



Cadernos Saúde, Resistência e LUTA

Revista Eletrônica número 01
Associação dos Servidores da Saúde de
Niterói
Niterói maio / junho 2021

Contribuição Crítica e Propostas ao Plano Municipal de Saúde Participativo de Niterói

Organizadores

César Roberto Braga Macedo
Janaina Mendes
Madrilane Carvalho Costa
José Ricardo Lessa
Jorge Gomes
Zulmira Gomes
Lilian Torquato
Auxiliadora de Oliveira
Marcos Alvarenga
Marcelo Rettori
Filomena Aparecida Mendes

" Contra a Violação dos Direitos Humanos nos Serviços de
Saúde"



Associação dos Servidores da Saúde de Niterói

O menos que um escritor pode fazer, numa época de atrocidade e injustiças como a nossa, é acender a sua lâmpada, fazer luz à realidade de seu mundo, evitando que sobre ele caia a escuridão, propícia aos ladrões, aos assassinos e aos tiranos. Sim, segurar a lâmpada, a despeito da náusea e do horror. Se não tivermos uma lâmpada elétrica, acendemos nosso toco de vela ou, em último caso, risquemos fósforos repetidamente, como sinal de que não desertamos nosso posto”

Érico Veríssimo (1905 – 1975). Solo de Clarineta“

2021

Diretoria da Associação: César Roberto Braga Macedo, Janaina Mendes, Madrilane Carvalho Costa, José Ricardo Lessa, Jorge Gomes, Zulmira Gomes, Lilian Torquato, Auxiliadora de Oliveira, Marcos Alvarenga, Marcelo Rettori, Filomena Aparecida Mendes

Sede: Avenida Ernani do Amaral Peixoto nº 178, sala 703 – Centro – Niterói – RJ.
Telefone: 3620-0730. / E-mail: aspmsn91@gmail.com / Site: <http://associacaodasaudedeneroi.com.br/>



O SONO DA RAZÃO PRODUZ MONSTROS

Uma das obras mais famosas, do pintor espanhol Francisco de Goya escancara, que a ignorância, a ociosidade, o desapego ao estudo, o desprezo a intelectualidade, o comodismo de pensamento, a hipocrisia, o deixar-se dominar por medos estremeecedores produz terreno fértil para ideias perigosas, para a construção de convicções aberrantes alicerçadas pela desinformação, por pré-conceitos mal avaliados, por medos fantasmagóricos. Em tal condição de razão anestesiada, o homem é dominado pelo estado de inconsciência que não mais lhe permite ser senhor de seus sentidos. Com a razão em sono profundo, o inconsciente assume o comando, o que pode propiciar terreno fértil para o despontar de monstruosidades.

<https://artout.com.br/o-sono-da-razao-produz-monstros/>

Sumário

1. Introdução - O Plano Municipal de Saúde, considerações e desdobramentos.....	5
2. Contribuições e propostas ao Plano Municipal de Saúde de Niterói 2021	7
3. Elementos para o capítulo da Pandemia. Reflexões a acrescentar	19
4. Elementos para o capítulo sobre Recursos Humanos	20
5. Conferência Livre Região Metropolitana do Rio de Janeiro – Propostas... ..	21

Associação dos Servidores da Saúde de Niterói

1. O Plano Municipal de Saúde, considerações e desdobramentos

De grande importância, a iniciativa por parte da Secretaria Municipal de Saúde em adotar o método participativo na construção do Plano Municipal de Saúde apresenta certas limitações, dadas as circunstâncias do processo Pandêmico, as restrições impostas pelo momento e as dificuldades próprias ao ambiente virtual. No entanto, o documento final foi objeto de intensos debates na Comissão Executiva e na reunião do Pleno do Conselho Municipal de Saúde, redundando na proposta de aprofundamento de alguns capítulos, na inclusão de capítulos adicionais e na incorporação das diversas contribuições oriundas dos debates entre o conjunto dos Conselheiros, que por proposta do Secretário Rodrigo Oliveira, aprovaram o documento com as inclusões a serem realizadas.

Pontos importantes:

O documento deve ser acrescido de reflexões que contextualizem o momento político que estamos vivendo, com as limitações impostas aos SUS pelas Políticas de austeridade, notadamente a EC 95, e de retirada de Direitos, estabelecendo um diálogo franco com a sociedade, em momentos de grandes tensões e contradições. Importante ter uma doutrina clara, e não subjacente, que explicita a necessidade do Sistema Universal, Integral e Igualitário, se colocando em uma posição de **Resistência**. Viver é resistir.

O Plano precisa aprofundar o capítulo que trata da caracterização do Município, haja visto, a necessidade de dados, informações e reflexões que possibilitem compreender o Município que apesar de ter um IDH alto, apresenta profundas contradições em seus territórios. Além da questão ambiental, da mobilidade urbana e da dinâmica econômica da cidade.

Necessário reescrever e aprofundar os elementos do diagnóstico de Saúde. As informações postas dificultam ver a cidade e suas contradições, por falta de uma análise crítica de seus indicadores não consegue delinear com clareza as necessidades em saúde da população, em seus territórios. Das doenças crônico degenerativas (IAM, AVC, doenças respiratórias, diabetes, etc..), das causas externas (acidentes e violências), das doenças oncológicas, das doenças infecciosas, de notificação compulsória.

Capítulos que deverão ser incluídos:

1. Recursos Humanos – haja visto o mundo de contradições existentes, pelo grande número de formas precárias dos contratos de trabalho e da grande disparidade dos valores de remuneração atribuídos à força de trabalho. Deverá ser analisada e estabelecido um equacionamento e dimensionamento qualitativo e quantitativo da força de trabalho.

2. A VIPAHE deverá realizar uma análise qualitativa e quantitativa da rede Hospitalar e Especializada, analisando a necessidade de expansões, buscando estabelecer uma visão de futuro. Plano Diretor de Hospitais.

3. A VIPACAF deverá analisar a estrutura do complexo da Atenção Primária (Unidades do Saúde da Família, Policlínicas Regionais e de Família, SPA, etc... Núcleos de Apoio a Saúde da Família), estabelecendo um horizonte no tempo, da necessidade de expansão da rede de Atenção Primária e de sua modernização em organização e componentes tecnológicos.

As estruturas voltadas para a Atenção Psicossocial deverão ser analisadas, e expandidas quantitativa e qualitativamente, em função do estado atual de seus dispositivos, e dos elementos necessários ao aprofundamento da Reforma Psiquiátrica.

O documento deve explicitar com muita clareza a natureza das relações a serem estabelecidas entre a Secretaria Municipal de Saúde e suas duas Fundações; A Fundação Municipal de Saúde - FMS e a Fundação Estatal de Saúde - FeSaúde, com seus atuais e futuros dispositivos assistenciais, mecanismos de transposição, e estruturação em Rede de Assistência, com determinação de missão, capacidades operacionais e fluxos assistenciais.

Aprofundar o capítulo sobre a Pandemia, e seus impactos diferenciados nos territórios e diversos grupos sociais da cidade, além de incluir os meses de recrudescimento da epidemia, e sua análise. Precisa descrever e analisar criticamente o desempenho das estruturas assistenciais voltadas para o enfrentamento da Pandemia, a capacidade operacional das unidades públicas e privadas em número de leitos especializados e de terapia Intensiva. Além das Unidades de Atenção Primária e seu papel estratégico.

As "metas" foram definidas a partir de propostas apreendidas no aplicativo Colab. No entanto, faltam análises. As propostas, tem que definir com clareza onde chegar, os vazios que pretendem preencher, que impactos sociais pretendem produzir, sem o qual, ficam difíceis de serem acompanhadas e avaliadas. Precisam ganhar expressão no tempo, na dimensão e nos impactos e desfechos que pretendem produzir.

2. Contribuições e propostas ao Plano Municipal de Saúde de Niterói 2021

A - Introdução. O SUS para além da pandemia

B – A Narrativa do Plano

Articulador – Desfragmentador do sentido da ação

Redimensionar a Estratégia de Saúde da Família (medicina geral integral)

Programas de Atendimento Domiciliar Terapêutico

Programa de Internação Domiciliar

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e a

Rede de Atenção às Urgências

Rede de Atenção Especializada – Rede de Meios Diagnósticos (análises clínicas, imagens, métodos gráficos)

Redimensionar nossa Rede de Atenção Hospitalar –

(leitos de internação qualificados pediátricos e adultos - Terapia Intensiva – atendimento cardiovascular – vascular encefálico)

C – Como dar Materialidade ao Processo:

Pela regulação da totalidade da oferta de serviços

Pela contratualização de toda oferta

Pela busca intensiva de recursos nas demais esferas de governo

(ação técnica – planejamento – ação política)

D - A Regulação e Contratualização necessitam de uma base material de início para se legitimar.

NECESSIDADES SOCIAIS (dados populacionais, filas de espera formais ou percebidas, epidemiologia...) X ***OFERTAS CONSTITUIDAS***. Dimensionar os vazios assistenciais que impactam fortemente na satisfação X insatisfação da população – Indicadores seriados de morbidade e mortalidade – Inquéritos populacionais – Estudos qualitativos e quantitativos de avaliação – Núcleos de Saúde Coletiva Regionais

E – OBJETIVOS DE CURTO PRAZO:

Reordenamento regulado dos serviços atuais em um sistema composto de redes de serviços e de apoio diagnóstico, linhas de cuidados e hierarquias.

Com identificação de linha estratégica: Impacto nos indicadores de efetividade da resposta / satisfação das necessidades

F - NESTA PERSPECTIVA OS INVESTIMENTOS EM:

Serviços localizados em redes de atenção

As linhas de atenção devem ser trabalhadas apontando na articulação orgânica de redes com a regulação:

A. Introdução. O SUS para além da pandemia. Os Direitos Humanos na Atenção à Saúde em Tempos de Corona vírus: Pacientes e Profissionais no centro da crise e seus papéis na construção do futuro

¹ Médico Sanitarista - Mestre em Gestão da Clínica e Coordenação Médica – Especialista em Saúde Pública e Planejamento de Saúde - Membro da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE – Presidente da Associação dos Servidores da Saúde de Niterói

O ciclo pandêmico que enfrentamos, formado em confluência com as ameaças globais, nos coloca diante de uma disjuntiva: ceder como pessoas isoladas e pressionadas pelo medo, ou enfrentar como coletivos organizados para transformar este mundo que se despedaça em meio aos incêndios de nossas florestas, e a absurda opulência de uma poderosa minoria que se impõe. A múltipla crise que vivemos é consequência de um processo centenário de acumulação de capital, exclusão social, sofrimento humano e devastação ambiental. Um caminho trilhado em séculos de construção de iniquidade econômica, que se retroalimenta de segregação racial e dominação patriarcal. A COVID 19, fez com que as desigualdades sociais se tornassem ainda mais evidentes, e mostrou o quanto o SUS se configurou como o elemento central no enfrentamento da pandemia, pois para além do atendimento aos doentes, é a Saúde como um Direito que evidenciou toda a sua necessidade. Temos grandes desafios a superar, mas nesse momento temos acompanhado manifestações fundamentais, em que é pautada a urgência da luta antifascista e antirracista. Além disso, a conjuntura política no Brasil exige organização e movimentação pelo fim das desigualdades sociais e econômicas. A Saúde é o direito básico à vida e o SUS precisa ganhar força e arquitetura para que contribua fortemente para construção de uma sociedade melhor e mais justa!

Em uma conjuntura marcada por confrontações decorrentes da chegada ao poder, de uma oligarquia historicamente disposta a impor o aprofundamento das políticas de austeridade neoliberais, em um marco regressivo quanto aos direitos sociais e do trabalhador, impõe a todos nós, a luta pela radicalização da democracia direta, na luta contra o fascismo, na reafirmação dos direitos sociais, do direito a saúde, dos direitos humanos.

No plano municipal, no campo da saúde, precisamos fazer avançar o princípio da universalidade, da integralidade e da Igualdade do SUS, compondo e reivindicando um marco de integração dos serviços municipais de saúde, de sua forte articulação no plano regional, incorporando as estruturas assistenciais sob a gestão estadual e federal, isto significa transcender a gestão do ponto de vista político.

A luta pela saúde como um Direito. Breves elementos históricos

No campo das proteções sociais a compreensão da saúde como um direito, faz parte da luta permanente, já de longa data, do povo brasileiro. No Brasil esteve presente em nossa história, durante todo o século XX e mesmo com os inúmeros avanços conquistados a partir da Constituição de 1988, adentramos o século XXI, com vazios assistenciais importantes, onde as lutas contra as iniquidades sociais, com forte expressão nas condições de vida e saúde da população brasileira, certamente ainda precisam ser travadas. No confronto entre duas **racionalidades**, “saúde como um direito” e a “saúde como um bem que se adquire segundo a lógica do mercado”, em contraposição a política de universalização versus focalização; o **“modo de atenção assistencial mercantil, baseado em procedimentos”**, ainda hegemônico, contribui fortemente para a fragmentação tanto interna, ao setor saúde, quanto externa em seu relacionamento com os demais componentes da rede de proteções sociais. Mais do que nunca, o desafio da garantia do direito a saúde impõe enfrentamentos tanto teóricos quanto no processo de construção do Sistema Único de Saúde, em sua cotidianidade.

O objetivo do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, segundo COSTA (1985), nunca foi proteger a totalidade dos seus habitantes, dos surtos epidêmicos e doenças parasitárias, nem sua finalidade foi recuperar a saúde do homem comum. *“Ao contrário do que sustentavam os tratados sobre o projeto de saúde pública no Brasil, (.....) considera – se que o ritmo, extensão e intensidade das ações sanitárias obedeceram a critérios predominantemente utilitários, definidos a partir dos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional”*.

Autores como Sergio Góes de Paula e José Carlos Braga (1981), têm afirmado que a partir do surgimento do trabalho assalariado no Brasil, após a abolição da escravatura, é que a saúde começa a ser compreendida como questão social, e portanto passível da intervenção do Estado : *“ao longo da história do capitalismo, a questão da saúde não só cresce como problema coletivo, como também ganha espaço no pensamento econômico social. Tal avanço teórico se dá não exatamente na medida que aumenta a gravidade do problema da saúde coletiva, mas na proporção em que a atenção à saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura sócio econômica concreta”*.

Os referidos autores evidenciam, que embora economistas clássicos como Adam Smith e Ricardo não tenham demonstrado maiores preocupações com as especificidades da saúde, os mesmos desenvolveram importantes instrumentos para a reflexão econômica sobre a saúde. Neste sentido, a mesma aparece subsumida às argumentações desenvolvidas sobre outros temas, como a *“reprodução da força de trabalho e o mínimo de subsistência”*. Adam Smith, por exemplo, chamou a atenção para a divisão social do trabalho, que permite ver o processo de troca de bens e serviços como um processo social, no qual, o trabalho, enquanto intercâmbio orgânico do homem com a natureza, é apontado como medida real do valor. Enunciar que o valor emana do trabalho e não da terra ou da troca, é deslocar a atenção para o processo de produção, para o centro do movimento social e econômico. A especialização de determinado trabalhador para uma determinada atividade do processo produtivo se destaca como a divisão técnica do trabalho, o que produz efeitos positivos sobre a produtividade do trabalho, no entanto autores como Marx, e no século passado Berlinguer destacam que a questão da especialização e do trabalho fabril deverão ser analisadas considerando – se a questão do trabalho como determinante do nível de saúde.

No mesmo sentido, Braga e Paula (1981) afirmam que é no pensamento de Marx e Engels que se encontram as mais relevantes reflexões relacionadas com a questão da saúde, por razões consideradas como fundamentais; primeiro por suas posições ideológicas de defesa da classe operária, e depois por metodologicamente analisarem a sociedade como um todo; embora tenham dado primazia aos aspectos econômicos na determinação da estrutura social, assumem as questões econômicas, políticas e ideológicas como intimamente relacionadas. *“A relação social fundamental é a que se estabelece entre capital e trabalho. E no processo de produção se enraízam as determinações sociais da saúde e da doença, em dois planos inseparáveis: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e nos bens coletivos que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho”*. É na imposição a longas e extenuantes jornadas de trabalho, pela pressão dos capitalistas na busca de ampliação da extração da mais valia absoluta, na utilização de máquinas e tecnologias que elevam a produtividade e a mais valia relativa, além de gerarem massas de desempregados, sem que isso venha gerar a mínima preocupação por parte dos capitalistas.

Ainda segundo Braga e Paula, para Marx, a grande indústria movida por um processo de trabalho destinado a valorizar o capital tem efeitos prejudiciais à saúde dos

trabalhadores. “A máquina dá o ritmo do trabalho, a máquina expelle resíduos nocivos, a máquina decepa mãos de seus operadores. A máquina é constantemente conservada e reparada. Mas a conservação e reparação da saúde dos trabalhadores está subordinada a determinações econômicas e principalmente políticas”.

O que estes autores destacam de modo enfático é a relação entre a saúde e o processo capitalista de produção, e não somente a saúde e o processo industrial. De todo modo, em qualquer sistema econômico o trabalho na indústria pode incorrer em agravos a saúde, mas em um sistema onde a lógica econômica tem domínio sobre a lógica da vida, o enfrentamento destas questões sempre ocorre como questão política, seja como luta específica dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, seja pelo enfrentamento, dentro de um processo político e ideológico que incorpore a saúde como um Direito.

Neste sentido, as políticas de saúde são decorrentes de processos de construção histórica, advindos de uma dada situação econômica, dos avanços do conhecimento científico e da capacidade das classes sociais influenciarem no sentido do êxito e do grau de implantação de seus projetos. No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964, estava presente. No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988 esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. É neste sentido que a estruturação da política de saúde no Brasil está diretamente relacionada à forte pressão da classe trabalhadora em pleno processo de industrialização e surgimento da classe operária. As reivindicações por melhores condições de vida e trabalho incluíam as condições sanitárias, as demandas por acesso a serviços de saúde, à saúde do trabalhador, entre outros. Entretanto, a racionalidade hegemônica do Estado brasileiro incorpora elementos da luta dos trabalhadores e os transmuta em políticas que atendam predominantemente aos interesses privados. De fato, enquanto política social, a saúde expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade.

A intensa luta política travada na década de 80, no contexto do processo de democratização do País, produziu um dos grandes avanços dos últimos anos, assegurando na legislação brasileira, a saúde como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção. Não obstante, vivemos um momento de forte impasse no processo de concretização do **acesso universal aos serviços de saúde**. O acompanhamento da mídia nacional tem mostrado de forma contundente, o quanto os vazios assistenciais impactam na possibilidade de a população ter **garantia de acesso** aos serviços de saúde. O imperativo ético em advogar permanentemente pela defesa do cidadão requer, em contraparte, a necessidade constante no sentido da luta pelo fortalecimento do conceito da saúde como um direito, e portanto, um direito humano fundamental, individual e coletivo. A compreensão da determinação social do processo saúde enfermidade, através do conceito ampliado de saúde engendra a reorganização do sistema de atenção, em que **o acesso** deve funcionar como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer

serviço e ser o orientador de todas as políticas.

O dimensionamento das necessidades sociais em saúde da população deve se configurar como elemento balizador, no processo de concepção do sistema de saúde e no engendramento das formas particulares de sua organização, em função das características dos territórios sociais e da diretiva em responder a estas necessidades. Na dimensão social, o acesso é considerado como a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação. A consagração da saúde, na Constituição Nacional de 1988, como direito universal, sendo dever do Estado sua garantia, não deve nos fazer esquecer que *“o poder da norma não reside na norma, o que é fundamental são as estruturas de poder subjacentes a norma”* (MASCARO, Alysson 2002).

O campo da saúde e dos direitos humanos são hoje claramente fortalecidos por suas similitudes, e não por suas diferenças. Tomados em conjunto, estes dois campos representam aspirações universais. Eles se fundam sobre as obrigações governamentais para com suas populações, e se apoiam mutuamente, um necessita do cumprimento do outro. Compreender as necessidades sociais tendo como base o marco referencial constitucional da saúde como um direito, e o cumprimento dos direitos humanos nos aportam um componente fundamental, no processo e desafio de construirmos um sistema de saúde universal e de qualidade. É através do aprofundamento das experiências no planejamento tendo como base as necessidades sociais em saúde e os direitos humanos que poderemos estabelecer formas mais precisas de interação entre a promoção da qualidade de vida, a proteção da saúde e dos direitos humanos.

Deste ponto de vista, as estruturas de poder resultantes do processo político em nosso País tem sido um impeditivo no processo de consolidação dos princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde, e, portanto, da garantia do direito. A mercadorização da saúde avança como conceito e como prática, e a olhos vistos, percebemos o SUS, sendo corroído por fora e por dentro, principalmente a partir de políticas de precarização sistêmica de seus profissionais, e como todos sabemos, a mercadorização da saúde é uma forma de impedir o acesso.

Devemos compreender que a adoção do imperativo ético de responder às necessidades sociais em saúde, é capaz de impactar de modo significativo na qualidade de vida e saúde de nossas coletividades, enquanto componente fundamental ao desenvolvimento de autonomia, e isto pressupõe responder a todos com universalidade, integralidade e igualdade de possibilidades de acesso. Para tanto, a luta por uma atuação coerente com uma resposta universal, onde combinemos suficiência com qualidade, nos impõe a adoção de um ***“modo de atenção promocional da qualidade de vida e garantidor dos direitos”***, como estratégia fundamental que possibilite a desfragmentação da compreensão e da prática, no processo de organização do setor saúde e no conjunto das relações, que necessariamente se impõem com os demais componentes da rede de proteção social.

O sistema de saúde deve ser sensível às necessidades das pessoas, com certa plasticidade, mas também estável, com elementos diferenciáveis, e profundamente humano, atento à situação individual, mas sem ignorar o todo. Neste sentido, este desafio se coloca

de forma particularmente exuberante na atenção às urgências, porque parte do princípio de que a integração da assistência, a partir do circuito das urgências, seja capaz de fazer avançar a integração necessária dos entes federados, e das instituições que compõem o SUS, fortalecendo o processo de regionalização e hierarquização da assistência a partir de figuras regionais reais, sem fronteiras administrativas, que via de regra contrariam o fluxo de movimento das pessoas, cumprindo o desafio de colocar **o cidadão no centro do sistema**.

Os horizontes possíveis de serem descortinados se abrem como uma possibilidade de termos políticas públicas que transcendam os limites tradicionalmente impostos pela questão orçamentária. Precisamos de forma drástica diminuir rapidamente o vazio entre o conjunto das necessidades em saúde e qualidade de vida da população e o que os atuais equipamentos sociais são capazes de ofertar, com nítidas insuficiências.

Niterói precisa urgentemente de uma reforma urbana, onde se estabeleça um olhar sobre a cidade que esteja articulado em um único projeto, nos diversos campos de incidência da esfera pública. O desenvolvimento social e econômico, a saúde, a educação, a questão ambiental, a mobilidade urbana, a cultura, a proteção da vida, o esporte, o lazer, etc..., articulados em um **projeto político de cidade**. A pro atividade política, na busca de recursos, necessita de um **Plano Municipal de Saúde** realista, mas arrojado, que aponte na direção da relação presente – futuro, criando potência e densidade às ações, comprometidos com um projeto de País. A relação dialética entre o pensar e o agir, localmente e globalmente. Um Plano que seja capaz de mobilizar corações e mentes da população desta cidade - que o vejam inscritos profundamente em seus projetos de vida.

B – A Narrativa do Plano Municipal de Saúde

1. Articulador – Desfragmentador do sentido da ação – Um enunciado com conteúdo de verdade, capaz de comunicar / unificar a compreensão do público interno (governo) e externo, a população em torno ao postulado de que:

Toda necessidade de atenção à saúde, de atenção às urgências, de expansão da medicina de família, de hospitalização, de tratamento especializado (consultas e exames especializados de diferentes densidades tecnológicas, cirurgias...), da oferta de medicamentos essenciais, dos medicamentos especiais (de acordo com a legislação) será acolhida, respondida da forma mais rápida e oportuna disponível, conforme a necessidade das pessoas. As urgências serão respondidas de forma imediata em todos os níveis de atenção, e os pacientes que pela natureza do seu problema puderem esperar, saberão o **Tempo Máximo** de espera sem prejuízo da sua autonomia, serão orientados sobre o que fazer enquanto esperam e saberão a quem recorrer caso sua situação durante o tempo de espera se altere...

Necessário apresentar o processo de construção desta possibilidade como uma caminhada desde o início comprometida e operante do postulado acima, tornar transparente os passos do processo e seus resultados (esforço de comunicação política do processo), onde se inclua o acesso à informação sobre a existência / ou não de filas de espera, seus critérios e progressão e que se identifique fisicamente todos os serviços do SUS, com todas as suas obrigações de componentes de um sistema.

2. Neste contexto os **Programas de Atendimento Domiciliar Terapêutico**, desenvolvidos pelas unidades do *Complexo de Atenção Primária à Saúde* (médicos de família e Policlínicas

Regionais ou Comunitárias deverão incorporar de modo sistemático, serviços e especialidades, como cirurgia ambulatorial, cardiologia, reumatologia, geriatria, etc...) e o **Programa de Internação Domiciliar** com retaguarda do SAMU, das Unidades de Atendimento às Urgências não Hospitalares (UPAS - pronto atendimentos) e os Hospitais, ganham significado e relevância.

3. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU deverá ser potencializado em sua estrutura de funcionamento, fortalecendo sua função de **regulação médica das urgências**, e de ordenadora do circuito de atenção às urgências, o que é fundamental para que as famílias da cidade o percebam como elo fundamental da rede de proteção da vida, e uma garantia de segurança vital, no atendimento às urgências que demandarem este tipo de recurso. A performance do sistema deve perseguir como meta o que determina a portaria MS 2048/02, de tempo máximo de chegada das Unidades de Suporte Avançado – USA - em 8 minutos e Unidades de Suporte Básico – UBS em 12 minutos. Fundamental medir o impacto em vidas sendo salvas, em menor tempo médio de internação hospitalar, na redução de sequelas e na capacidade de reabilitação.

4. A Medicina de Família (Estratégia Saúde da Família) precisa se ampliar para que propicie acesso aos cuidados de saúde, a toda população, com nítida expansão para os diversos grupos sociais que compõe a cidade, além de se expandir na lógica contra-hegemônica do **modo de atenção promocional da qualidade de vida e saúde garantidor dos direitos**, o que significa buscar novas formas de organização que se coloquem como alternativa assistencial para o conjunto da população, garantindo os princípios da Universalidade, da Integralidade e da Igualdade do SUS. Temos que levar em consideração que com o envelhecimento da população – transição demográfica – e o que chamamos de transição epidemiológica, tem levado aos serviços de saúde, pacientes que necessitam de acesso a recursos tecnológicos de base mais avançada (endoscopia digestiva, broncoscopia, ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, Ressonância magnética, etc..), e inovações tecnológicas como o diagnóstico com papel de filtro, que possibilitem diagnóstico mais rapidamente e definam conduta terapêutica, evitando internações desnecessárias e complicações, via de regra também desnecessárias.

C – Como dar Materialidade ao Processo:

1. Pela pro atividade política buscando compor um campo de resistência, à tendência instalada de regressividade dos direitos sociais. Isto se dá internamente ao município, com mobilização popular, e pela articulação ativa de outros entes federados. **Busca intensiva** de recursos nas demais esferas de governo (ação técnica – planejamento – ação política).

2. Pela regulação da totalidade da oferta de serviços do sistema municipal de saúde, e dos demais municípios da Região Metropolitana II, em um lapso de tempo não superior a 3 meses – para isto a base de equipamentos, software, inteligência do talento humano e sua contratação em número e perfil, conectividade de equipamentos e protocolos com todos os prestadores públicos e privados, com forte compromisso gestor com os demais municípios com protagonismo forte do controle social são essenciais;

3. Pela contratualização de toda oferta, em contratos orçamentados com metas em resultados assistenciais / impacto em saúde pública (dissociar pagamento da produção da

doença e associá-lo ao pagamento da capacidade de produzir autonomia e bem estar das pessoas); estabelecer penalidades e possibilidades de intervenção do gestor no corpo dos contratos, tornar este debate público e matéria de agenda dos conselhos com o devido cuidado na estratégia política e comunicação política.

D - A Regulação e Contratualização necessitam de uma base material de início para se legitimar.

Esta base se constitui de uma análise de necessidades sociais em torno aos temas de regulação e uma análise das **ofertas existentes** em torno as **necessidades sociais em saúde**, permitindo identificar os déficits de resposta e iniquidades de acesso e resolução de problemas por parte da população.

NECESSIDADES SOCIAIS (dados populacionais, filas de espera formais ou percebidas, epidemiologia...) X **OFERTAS CONSTITUIDAS** atualmente (ordenadas em relação às necessidades documentadas em numero e qualidade; integralidade / igualdade, distribuídas em matriz de redes, linhas e hierarquias, espacializadas) = DÉFICITS DE OFERTA E BRECHAS DE IGUALDADE POR TERRITÓRIO X GRUPOS HUMANOS X PROBLEMAS OU PATOLOGIAS

E – Objetivos de Curto Prazo

Reordenamento regulado dos serviços atuais em um sistema composto de redes de serviços e de apoio diagnóstico, linhas de cuidados e hierarquias, com identificação de linha estratégica:

Planos diretores de urgências – hospitalização e atenção especializada – dialogando com a estratégia de Atenção Primária do município (estratégia saúde da família) – complexo da atenção primária envolvendo os pronto-atendimentos / policlínicas e interação com pré-hospitalar móvel e programa de internação domiciliar.

Impacto nos indicadores de efetividade da resposta / satisfação das necessidades e no perfil de autonomia e saúde da população, diminuindo brechas de igualdade no acesso e na resolubilidade qualificada das necessidades.

F - NESTA PERSPECTIVA OS INVESTIMENTOS EM:

1-Serviços localizados em redes de atenção ganham um sentido estratégico articulado e articulador, porém para isso precisam se localizar em um plano estratégico explícito e unitário, principalmente no contexto do Plano Diretor de Hospitais, da atenção especializada e da Atenção Primária.

- **Hospital Municipal Oceânico – Incorporação definitiva à Rede de Atenção da Cidade com definição clara de seu futuro papel. Deve haver Previsão Orçamentária para aquisição desta estrutura, bem como recursos necessários ao estabelecimento de sua nova função.**
- Hospital Universitário Antônio Pedro – deve haver contratualização e regulação de toda sua capacidade operacional
- Hospital Estadual Azevedo Lima – Contratualização e Regulação
- Hospital Municipal Carlos Tortelli – Definir clareza da Missão –
- Centro de Imagem
- Hospital Ari Parreiras
- Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – Política de Saúde Mental – Reforma Psiquiátrica
- Rede de Atenção Psico Social – requalificação e expansão dos CAPS
- Hospital Orêncio de Freitas – Hospital Escola – Excelência Cirúrgica – Maior Densidade Tecnológica
- Hospital Getúlio Vargas Filho - Hospital Escola – Excelência na Atenção Infantil – Qualificação da Rede de Assistência
- Unidade de Urgência Mario Monteiro
- Requalificação / redimensionamento das Policlínicas de Especialidades
- Requalificação / redimensionamento das Policlínicas Regionais e Comunitárias
- Requalificação dos Pronto Atendimentos – adequação a portaria MS 2048/02 – Engenhoca e Largo da Batalha

- Ampliação da Atenção Primária à Saúde – Estratégia Saúde da Família
- Implantação dos componentes da Política de Atenção Integral às Urgências
- **Fortalecimento do SAMU. A regulação médica de Urgência é elemento estratégico fundamental no ordenamento do atendimento dos pacientes agudos, sendo elemento garantidor do Acesso e da Rede de Proteção da Vida.**
- Investimento na regulação
- Investimento na reorganização interna administrativa da FMS Niterói, **aumento do grau de informatização**, profissionalização de sua estrutura.
- **Política de gestão dos trabalhadores da saúde** dando fim a todas as formas precárias de contratação e estabelecendo uma política de REMUNERAÇÃO do Trabalho igualitária, dando fim a todas as distorções prevalentes.

2- As linhas de atenção devem ser trabalhadas apontando na articulação orgânica de redes com regulação:

Saúde mental (criação de leitos psiquiátricos em hospital geral, saúde da mulher, materno-infantil (neonatologia/perinatologia), traumatologia/ortopedia, neurologia clínica e neurocirurgia, vascular, endoscopia (hemorragias digestivas), nefro - cuidado com renais crônicos e insuficiência renal aguda, cardiovascular (IAM, Acidente Vascular encefálico), unidade de dor torácicatodas integradas em linhas completas de atenção no marco de redes com hierarquias definidas.

Um discurso síntese deve centrar –se em pontos com o conteúdo acima

O que caracteriza o Sistema de Saúde do Município de Niterói é um importante déficit estrutural, decorrente da insuficiência em saúde da família (baixa cobertura populacional), falta de leitos de internação qualificados ativos, falta de unidades de terapia

intensiva, desarticulação entre os componentes da rede de atenção, falta de controle e avaliação e principalmente da figura de uma gestão profissionalizada.

G. MARCO CONCEITUAL DA SAÚDE

1. A estratégia promocional da qualidade de vida e saúde

-  A estratégia promocional da qualidade de vida e saúde como conceito estruturante de todo o sistema de saúde e das ações de governo, o ambiente em que vivemos é responsabilidade nossa, o serviço de saúde pactua, trabalha junto, chega junto à população para resolver os problemas locais de saúde e necessidades para uma vida digna.
-  O melhor serviço de saúde é aquele perto de sua casa,
-  O serviço de saúde é seu, os profissionais têm que lhe conhecer, saber de suas dificuldades, de suas angústias e de suas necessidades para poder junto com você resolver o problema,

2. MODO DE ATENÇÃO

-  Promocional da qualidade de vida e saúde, garantidor dos direitos sociais
-  Cidadão centrado – aspectos intersubjetivos da atenção/ assistência à saúde, vínculo, responsabilização, escuta e acolhimento. Proteção da Vida.
-  Os serviços trabalharão em redes regionais de saúde, todos interligados,
-  As regionais indicam a descentralização, terão autonomia, cada vez mais o gestor da unidade terá recursos para fazer funcionar,

3. CAPACIDADE DE GESTÃO

-  Profissionalização da gestão
-  Avaliação processual baseada em resultados em qualidade de vida e autonomia da população. A busca do melhor resultado em qualidade de vida e desenvolvimento de autonomia. Para toda a rede, própria e contratada, rever os contratos e a produção por prestador,
-  Implantar a rede interligada para controle da oferta de serviços, de leitos e de outros insumos,
-  Regulação social de procedimentos especiais e estratégicos,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AROUCA, A S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury; CAMPOS, Gastão W. S. Reforma sanitária-Itália e Brasil. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BRAGA, JCS; PAULA, S. G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo : HUCITEC, 1986

BRASIL. Constituição (1988).Constituição da República Federativa do Brasil.16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992.

_____.Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 – Ministério da Saúde

CAMPOS CMS. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007;11(23):605-18.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): 219 -230, 2000

CEBES – EDITORIAL – SAÚDE E DEBATE - RIO DE JANEIRO, V. 38, N. 101, P. 194-199, ABR-JUN 2014

COSTA, Nilson do Rosário – Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil – Petrópolis – Rio de Janeiro Editora Vozes – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, 1985

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DE NEGRI, Filho A. El enfoque de los derechos humanos en calidad de vida y salud y su aplicación en la reestructuración programática y la reorganización de los servicios /reflexiones alrededor de una estrategia de aplicación. Health and human rights. 2008; 10 (1): 93-101.

ESCOREL, S Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 206p

ESCOREL, Sarah. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovannella, Ligia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. 2008.

LUZ, Madel Therezinha – Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva – Vol.1, Numero 1, 1991

LUZ, Madel Therezinha – Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano – Ciência & Saúde Coletiva, 5(2): 293 – 312, 2000

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

3.Elementos para o capítulo da Pandemia. Reflexões a acrescentar

Face o recrudescimento da Pandemia e seus reflexos em nossa cidade, com elevação em número de casos e óbitos, além de forte tensão no conjunto da Rede de Assistência à Saúde – pública e privada, a Associação dos Servidores da Saúde de Niterói e o SINDSPREV- RJ Niterói reiteram a necessidade que seja realizada uma discussão aprofundada sobre Niterói e a Pandemia.

O capítulo deve possibilitar uma profunda reflexão, sobre a dinâmica da Epidemia, o curso da infecção nos bairros e seu impacto sobre os grupos sociais da cidade (importante saber sobre os territórios e classes sociais mais atingidas, em casos e óbitos), os grupos de idade, etnia. Fragilidades estruturais e vulnerabilidades por conta das comorbidades, desestruturação familiar, desemprego, situação de penúria social, etc..., bem como das medidas sociais de apoio e amparo às situações, e circunstâncias degradantes da qualidade de vida. Deve conter informações que permitam a total clareza sobre a complacência da estrutura Assistencial ambulatorial – Atenção Primária, hospitalar e especializada, bem como em meios diagnósticos. Quantos e onde estão os Leitos qualificados para COVID, Unidades de Terapia Intensiva, notadamente a ocupação de Leitos públicos e Privados. Discriminados por Unidade assistencial. Quais as definições estratégicas para enfrentar a Pandemia em sua plenitude? Organização da capilaridade em Pontos de Imunização? Clareza quanto aos grupos populacionais e suas estratégias, tendo por base sua distribuição nos territórios sociais.

Implantar Sala de Situação com **PAINEL de LEITOS**, públicos e privados, para acompanharmos esta evolução, atualizado diariamente, e publicizado. Com informações das Unidades de Pronto Atendimento (SPAs, UMAM Emergência do HMCT, e outros) - **Tempos de Espera** para atendimento, **tempos de espera de pacientes quando da necessidade de Internação. Existem pacientes nas SALAS VERMELHAS, aguardando transferência para Unidade de Terapia Intensiva?** e em Salas de Observação? Como está o Hospital Universitário Antônio Pedro - **HUAP**, e o **Hospital Azevedo Lima**, o H. Horêncio de Freitas, o Hosp. Ary Parreiras?? **Como está o Hospital Oceânico?** e demais estruturas assistenciais da cidade? Qual a mortalidade hospitalar por COVID e demais causas, por unidade hospitalar? Em que circunstâncias se encontram os demais leitos para pacientes agudos e crônicos agudizados (câncer, IAM, AVC, etc...)? Como está sendo equacionada a questão dos Profissionais de Saúde, e sua contratação para os Postos de Trabalho, com as necessidades emergentes? Qual o impacto em morbidade e mortalidade, casos e óbitos, sobre os Profissionais de Saúde?

Precisamos de uma política de comunicação clara, para a população e profissionais de SAÚDE. As mensagens oficiais devem ser objetivas, para que não tenham dúvida quanto a recrudescência da EPIDEMIA, e a extrema gravidade do processo a que todos e todas estão expostos. Como lidar com os diversos locais de aglomeração? Que todos entendam as necessárias medidas que vêm sendo adotadas pelo Governo Municipal e que devem manter o ISOLAMENTO SOCIAL, ou LOCKDOWN. O Conselho deve ter

informações necessárias à sua participação ativa neste processo, e nas decisões necessárias para o enfrentamento da Pandemia.

4. Elementos para o capítulo sobre Recursos Humanos

Recursos Humanos – haja visto o imenso das contradições existentes, pelo grande número de formas precárias dos contratos de trabalho e da grande disparidade dos valores de remuneração atribuídos à força de trabalho. Deverá ser analisada e estabelecido um equacionamento e dimensionamento qualitativo e quantitativo da força de trabalho, das diversas estruturas que compõe a Secretaria Municipal de Saúde (FMS – FeSaúde)

- a) Os trabalhadores do SUS em Niterói – e o perfil profissional e assistencial – situação atual e necessidades projetadas – bases financeiras e orçamentárias
- b) Análise por Unidades Assistenciais e componentes da Rede de Assistência - As insuficiências e os vazios assistenciais – Rede de Atenção Primária – Rede de Atenção Especializada – Rede de Urgências - Rede de Internações.
- c) Formas precárias de trabalho – RPAs, contratos temporários, contratos por terceiros – Os, Pejotas, etc...
- d) Trabalhadores com contratos formais -- Servidores Municipais, Estaduais e Federais. A precarização pelos baixos salários – A aniquilação da formalidade contratual – A asfixia e o apagamento da memória institucional pela terceirização total. Palavra de ordem do Neoliberalismo.
- e) Impactos no Direito Constitucional à Saúde – A violação do Direito Humano à Saúde como norma de organização dos serviços – As insuficiências e os vazios assistenciais – Rede de Atenção Primária – Rede de Atenção Especializada – Rede de Urgências - Rede de Internações.
- f) Concurso Público Iguatário, base Salarial Digna e Justa, como forma de enfrentamento da Precariedade Assistencial e a garantia do Direito à Saúde. (FMS - FeSaúde)

5. Conferência Livre Região Metropolitana do Rio de Janeiro – Niterói 29/05/2019

Direitos Humanos na Atenção às Urgências e no Acesso à Atenção Hospitalar

A Conferência Livre da Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, foi uma iniciativa conjunta da **Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE)**, da Associação dos Servidores da Saúde de Niterói, da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, da Comissão de Direitos Humanos da OAB (Niterói), do SINDSPREV Regional Niterói e grupo de Pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – FIOCRUZ), como previsto no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), e realizada no município de Niterói no dia 29 de maio, na sede da OAB Seccional Niterói. Início das inscrições (realizadas também pela internet) às 8h30 e mesa de abertura às 9h, com encerramento às 18h. A Conferência reuniu 73 pessoas, sendo pesquisadores, profissionais de saúde, gestores de hospitais e serviços de saúde e representantes da população (movimento associativo de bairros e movimento sindical), conselheiros municipais de saúde, para debater o tema **Direitos Humanos na Atenção às Urgências e no Acesso à Atenção Hospitalar**.

O encontro aprovou por unanimidade em sua plenária final:

- 1) As teses contidas no Documento Orientador para o debate, e a Campanha Nacional pelos Direitos Humanos na Atenção às Urgências, (anexo 1) com suas metas mobilizadoras para buscar garantir uma nova realidade no processo de Implantação do Sistema Universal, Integral e Igualitário.
- 2) O delegado pactuado pela Conferência Livre para a Conferência Nacional de Saúde, foi o Dr. José Ricardo de Oliveira Lessa - Presidente da Comissão de Direitos Humanos da OAB Seccional Niterói.



Das Atividades

A cerimônia de abertura foi conduzida pelo presidente da Associação dos Servidores da Saúde de Niterói, César Roberto Braga Macedo, e contou com os seguintes membros da mesa José Ricardo de Oliveira Lessa, presidente da Comissão de Direitos Humanos da OAB - Niterói, Armando De Negri, coordenador da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Elaine Pelaez, do Conselho Nacional de Saúde; Ramon Sánchez, vice-presidente de atenção hospitalar de Niterói, representando a secretaria de saúde do município; Maria Ivone Suppo, diretora do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro/Regional Niterói; Carlos Roberto de Almeida Albuquerque, presidente da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Itaboraí; Fernando Tinoco, da Comissão de Políticas Públicas da OAB Niterói; Jorge Orlando Sereno Ramos, da Comissão de Saúde da OAB Niterói; José Plácido, da Federação das Associações de Moradores de Niterói.

Foto da mesa de Abertura



Participaram: Armando De Negri, coordenador da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Gisele Odwyer, pesquisadora e professora do Departamento de Planejamento – ENSP Fiocruz; Wladimir Tadeu Baptista, professor da Faculdade de Medicina da UFF e membro da Comissão de Políticas Públicas da OAB e Bárbara Celeste Rolim, da Fundação Municipal de Saúde.

Armando De Negri - fez uma análise comparativa dos sistemas de saúde e a realidade nacional e a internacional em relação ao atendimento de emergências, frisando sobre o vazio assistencial no

atendimento brasileiro. Criticando duramente a falta de políticas públicas específicas para o atendimento das urgências, produzindo uma “desassistência programada” e violando o direito humano à saúde. “Na Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, mantivemos por quase quatro anos um observatório diário do que saía na mídia, em todos os estados, sobre essa condição. E vimos que, nesse período, as situações se repetiam, sob variadas formas, quase sistematicamente em todos os estados. Era raro haver uma semana em que um estado não tivesse ao menos uma notícia nesse sentido”. Isso mostra que há uma fragilidade na resposta à necessidade das pessoas que buscam as urgências, tanto considerando o número dos serviços como a sua capacidade de absorção em relação às necessidades. É praticamente inevitável que aconteçam situações de desassistência, ou de assistência prestada em um tempo insatisfatório, incapaz de evitar mortes e sequelas.

Gisele Odwyer falou sobre seu estudo sobre a situação da saúde pública no Rio de Janeiro, com destaque para a situação das UPAs, o as disfuncionalidades de tais equipamentos, premidas pela falta de acesso a leitos hospitalares .

Wladimir Tadeu Baptista falou sobre os conflitos políticos que levam a judicialização de ações para garantir um atendimento satisfatório no setor de saúde pública.

Bárbara Celeste Rolim analisou o quadro dos serviços de saúde na cidade de Niterói, suas debilidades estruturais face um quadro de restrições impostas pelas outras esferas de governo e o peso que recai sobre os municípios.



Documento Orientador, aprovado na plenária final por unanimidade:

O respeito aos direitos humanos nos serviços de atenção as urgências do Brasil

Eliminando a Superlotação dos Serviços de Urgências e a Crise de Acesso Hospitalar como violação Massiva e Sistemática dos Direitos Humanos

Análise: Os serviços de urgências do SUS e também da saúde suplementar, se encontram cotidianamente congestionados e superlotados. Além do grande número de pessoas que buscam atenção ambulatorial, o que mais caracteriza esta situação dramática é a demora em obter a hospitalização e os procedimentos especializados que são requeridos pela condição dos pacientes. Todos os dias temos relatos de pessoas que sofrem as consequências de uma espera excessiva nos serviços de urgências e muitos morrem ou sofrem complicações

devida a saturação dos serviços e tempo de permanência muito longo nos serviços de urgências.

Este problema afeta muitos países e tem sido objeto de muitos estudos e de constantes modificações nos sistemas de saúde para buscar um equilíbrio entre necessidades da população e ofertas de serviços de modo a alcançar resultados qualificados e seguros para todas as pessoas que precisam de atenção.

No Brasil, a insuficiência dos serviços de saúde, faltando expandir a saúde da família e a atenção básica a pelo menos uma ESF para cada 2000 habitantes e tornar acessível os serviços especializados no tempo requerido nos ambulatórios para evitar situações agudas descontroladas especialmente nos pacientes crônicos, ainda não encontraram solução de suficiência em um momento histórico onde o sistema em construção ainda não tinha alcançado equilíbrio e se congelaram por 20 anos os gastos públicos, o que vai aumentar a deficiência acumulada e isto significará a persistência de situações difíceis com a ocorrência de mortes evitáveis, complicações e gastos injustificados, pois os pacientes chegarão mais graves ao tratamento efetivo.

Controlar o tempo de permanência nas urgências é uma medida fundamental para proteger a vida dos pacientes, para tanto os serviços tem que estar organizados para acolher, diagnosticar e começar o tratamento efetivo no menor tempo requerido pelo paciente, para que ele preserve suas chances de cura sem prejuízos permanentes a sua saúde e sem desperdiçar os recursos do sistema de saúde.

O tempo de permanência é o tempo total que o paciente fica no serviço de urgências até que se defina sua condição de alta, ou seja, diagnosticado e com tratamento inicial que o proteja: o paciente pode ir para casa com ou sem indicação de seguimento ambulatorial ou ser transferido para leito hospitalar que tenha os recursos que ele necessita.

Todas essas definições devem ocorrer em um tempo adequado para os pacientes e alguns países adotaram um tempo limite de permanência (até 4 horas no Reino Unido e na Austrália, até 76 horas na Nova Zelândia, de 4 a 8 horas segundo a classificação dos pacientes no Canadá)... O objetivo deste limite se relaciona com o início do tratamento efetivo o mais cedo possível, para aumentar a possibilidade de sobreviver com qualidade de vida e evitar gastos desnecessários, o que protege o sistema de saúde.

No Brasil se admite, segundo o Ministério da Saúde, a permanência dos pacientes nas urgências por até 24 h o que compromete o seu prognóstico e, portanto, suas chances de sobrevivência e cura. Os estudos realizados em outros países dizem que os pacientes que ficam mais de 12 h nas urgências antes de ser internados têm 40% mais chances de morrer e ficaram mais tempos internados, ocupando leitos de forma desnecessária e aumentando ainda mais a congestão dos serviços de urgências onde outros pacientes aguardam internação.

Discutir as causas todas da superlotação das urgências e tratar de enfrenta-las no contexto de cada serviço – município- região – estado com o objetivo de alcançar um tempo máximo de permanência que proteja os pacientes nas urgências passa a ser um objetivo urgente para

proteger a cidadania e o sistema de saúde. Para tanto é necessário que os hospitais assumam seus serviços de urgências como parte integrante dos hospitais e reconheçam que hoje cerca de 75% das hospitalizações proveem das urgências, portanto a superlotação das urgências é uma responsabilidade de todo o hospital. Além do que estudos realizados no exterior mostram que havendo necessidade de internação esta deve ocorrer nas enfermarias ainda que em leitos extras pois isto representa menor risco de morte e desassistência do que nos serviços de urgências e maior satisfação dos pacientes e familiares, é o que se chama protocolos de máxima capacidade, necessários em um contexto onde vivemos todos os dias uma situação onde temos mais pacientes do que capacidade de absorção dos mesmos nos leitos hospitalares e nas urgências. Deveríamos assim frear a tendência de hospitalizar pacientes nos pronto socorros, seguindo a resolução do Conselho Federal de Medicina 2077 / 2014 que obriga que as equipes de hospitalização atendam e garantam internação dos pacientes nas suas unidades, mesmo que seja com leitos extras. Estas medidas terão grande efeito no fluxo da internação dos pacientes. É preciso que a população de usuários e trabalhadores tenham claro o impacto que o tempo tem em cada tipo de urgência e desta maneira trabalhemos todos juntos para evitar que uma atenção fora de tempo comprometa o futuro do paciente.

Propomos que esta Conferência Livre discuta o Tempo de Permanência como um tema fundamental para garantir os direitos humanos nas urgências.

Se não enfrentarmos a profunda carência de leitos hospitalares efetivos no País não conseguiremos superar a superlotação dos serviços hospitalares de urgências, nem as filas por procedimentos especializados que dependem de estruturas hospitalares. Basta lembrar que hoje vemos crises de acesso hospitalar em muitos países com forte atenção primária e esforços históricos de ambulatorização e constituição de unidades de cuidados integrados continuados para a longa permanência, mas que tendo pouco mais de três leitos de agudos por 1000 habitantes enfrentam crises permanentes de acesso. Veja a situação no Reino Unido, na Irlanda, na Suécia, na Austrália, na Espanha, dentre outros em que o corte de leitos foi excessivo e / ou não acompanhou a evolução demográfica das necessidades. No Brasil onde os leitos efetivos não são mais que 0,7 por mil habitantes, a profundidade da crise exige uma reforma hospitalar no SUS que aponte o caminho para um ponto de equilíbrio futuro aceitável para a sociedade. O déficit nominal de leitos no País supera o número de 500.000 com diminuição constante do número de leitos do estoque geral desde 1992 e um número de leitos ociosos por falta de capacidade efetiva de quase 50% da oferta física existente. Recomendamos como meta nacional 4 leitos por 1000 habitantes, onde 2,5 leitos por 1000 para agudos, 1 leito por mil habitantes para atenção eletiva e 0,5 leitos por 1000 habitantes para longa permanência com cuidados sociais e sanitários e que não necessitam ser em ambiente hospitalar.

Queremos colocar a consideração dos participantes as seguintes iniciativas que foram construídas pela RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências) em debates desde o ano 2007 compondo o marco de uma Campanha Nacional que foi aprovada pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde em 2011 mas que nunca foi implementada junto a Rede de Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, proposta que gostaríamos de retomar no espaço dessas Conferências Livres. A Campanha propõe 4 eixos de luta e 12 metas de mobilização:

PROPOSTA

Campanha Nacional pelos Direitos Humanos na Atenção às Urgências

1- Desbanalização do sofrimento da população nos serviços de saúde, especialmente nas urgências, lutando pela constituição de respostas suficientes em quantidade e qualidade para todos e todas, observando as necessidades de forma integral e com equidade, eliminando o tempo prolongado de espera, e erradicando as mortes evitáveis, a sobre-morbidade e exposição a enfermidades e traumatismos, hoje negligenciados pelas políticas de Estado e por muitas gestões de saúde;

2- Profissionalização da gestão e da atenção às urgências através de formação e habilitação, certificação profissional para a gestão e atenção às urgências e a conquista de adequadas condições de trabalho, com financiamento adequado e remuneração e carreira, com o objetivo de alcançar as condições ótimas de atendimento da população;

3- Responsabilização dos gestores nas três esferas de governo e nos próprios serviços de urgências; lutando contra a naturalização das condições inaceitáveis de atenção aos pacientes nas urgências, construindo uma regulação operacional do sistema que garanta resposta oportuna e suficiente (em atenção móvel, leitos e consultas/exames necessários) contra a recorrência de uma crise que deveria ser enfrentada de forma estrutural com medidas e resultados de curto e médio prazo, estabelecimento de tipologias de serviços com a correspondente sustentação financeira (definir e financiar adequadamente os serviços de atenção de urgências no contexto de sistemas regionais de atenção). Pois se sabemos que a oferta existente é insuficiente para a demanda já conhecida, isto caracteriza uma negligência imperdoável, UMA DESASSISTENCIA PROGRAMADA, que vai se agravando a cada dia.

4- Instalação e atuação de comitês gestores participativos nos serviços de urgências com a participação paritária entre usuários e não-usuários e ouvidorias ativas / responsáveis de gestão clínica – nas redes de atenção básica, nos SAMU, Pronto Atendimentos e Serviços de Urgência Hospitalares.

12 Metas Mobilizadoras desses 4 eixos:

1-Nenhum paciente internado nos serviços hospitalares de urgências ou nas UPAs;

2-Tempo de permanência máximo de 4 a 8 horas nas urgências, conforme a classificação inicial dos pacientes;

3-Hospitais com uma taxa de ocupação de 85%, em equilíbrio entre uso ótimo e evitando superlotação;

4-Zero macas de ambulâncias retidas nos hospitais e UPAs;

5-100% das mortes e complicações ocorridas nos serviços de urgências investigadas pelos comitês de mortalidade desses serviços, com publicação das conclusões das análises, evitando a repetição de falhas ou insuficiências nos serviços;

6-Todos serviços de urgências com suas competências e obrigações publicadas em um guia digital de serviços disponibilizado ao público dos municípios, regiões e estados, com todos os serviços sendo acompanhados por comitês gestores ou grupos condutores, observado a paridade com os usuários e publicando periodicamente o seu desempenho em termos de resultados assistenciais, de tempos de espera e de permanência, e de uso dos recursos de internação;

7-Todos serviços de urgências com metas e limites de tempos de espera e permanência para atenção as urgências definidos e publicados, onde a espera pelo primeiro atendimento médico não seja maior que uma hora, conforme as recomendações internacionais;

8-Força de trabalho nas urgências dimensionada conforme o volume e gravidade esperada dos pacientes em cada período de tempo, considerando tempo médio de atenção por perfil de gravidade dos pacientes e tempo máximo de espera (ver recomendações sobre lotação de médicos na Resolução CFM 2077/2014);

9-Instituída uma forma de medidas que intervenham oportunamente, tais informações devem compor um painel de acesso ao público pela internet;

10-Cumprimento das habilitações mínimas certificadas dos trabalhadores das urgências conforme as orientações da Portaria Ministerial da Saúde 2048 / 2002;

11-Promovido em todas as regiões de saúde do Brasil e nos Estados a elaboração de um planejamento integrado de Redes de Atenção as Urgências com Redes Hospitalares e de Atenção Básica suficientes, compondo um todo suficiente e onde se defina segundo necessidades populacionais e linhas de cuidado a suficiência de serviços de urgências e de número de leitos de agudos, eletivos e de longa permanência que deem conta da dívida social atual e do crescimento futuro projetado da demanda pelo crescimento e longevidade populacional, tendências epidemiológicas e impactos econômicos, sociais e ambientais na vida das pessoas;

12-Fortalecidos os complexos de regulação assistencial as urgências e a saúde em geral, com garantia de tempos de espera adequados para o melhor resultado clínico.

Temos que lutar contra a PEC 95, contra a financeirização das políticas sociais, da dívida e dos interesses da dívida brasileira que deve ser auditada, eventualmente anulada, e de uma reforma tributária onde os que mais tem paguem muito mais que os que nada tem, com o objetivo de redistribuição da riqueza mediante tributos progressivos e serviços públicos de qualidade para toda a sociedade; pois a ausência ou insuficiência de recursos impede alcançar o equilíbrio do sistema de saúde e submete os insuficientes serviços de urgências a uma pressão ainda mais violenta.

A congestão dos serviços de urgência e a crise de acesso hospitalar no SUS, é inaceitável. Podemos e merecemos transformar a realidade.