ESTUDO TÉCNICO
PARA A COMISSÃO DE SAÚDE, PLANEJAMENTO FAMILIAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ementa: Institui a Política Municipal de Apoio e Atenção às Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsivo no Município de Salvador.

Autor: José Antônio Mesquita Nogueira.

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 168/2021

FEVEREIRO/2022

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Coordenação das Comissões, tampouco da Câmara Municipal de Salvador, sendo exclusiva responsabilidade de seus autores.

ESTUDO TÉCNICO DO PLE Nº 168/2021

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) institui a Política Municipal de Apoio e Atenção às Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsivo no Município de Salvador.

Cumpre informar que, segundo o banco de dados da Supervisão de Análise e Pesquisa, não há nenhuma outra proposição legislativa em tramitação que verse especificamente sobre o tema aludido na epígrafe.

Em 20 de setembro de 2021, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) opinou pela aprovação do referido projeto e em 17 de dezembro de 2021 a Comissão de Finança, Orçamento e Fiscalização emitiu parecer favorável ao Projeto de Lei.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e o PLE 168/2021 chegou à Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social.

Conforme o art. 68, IX, "a", do Regimento Interno[1] desta Casa, compete a referida Comissão "opinar em todas as proposições relativas a questões inerentes à Saúde e diretrizes do SUS". Assim, este trabalho busca, através de uma análise técnico-cientifico, fazer um breve estudo das disposições e elementos técnicos presentes no Projeto de Lei, com vistas a subsidiar as discussões da matéria pela Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social, no seu âmbito de atuação.

Nesse sentido, vale ressaltar que os estudos técnicos têm o objetivo de apresentar um levantamento documental dos dispositivos legais (municipal, estadual, nacional) relacionados ao objeto do estudo. Assim como, dados e pesquisas de órgãos institucionais relacionados à temática em tela e pesquisas acadêmicas de destaque sobre o assunto.

Deve-se destacar ainda, que não é foco do trabalho qualquer análise relacionada à constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-se apenas

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

sistematizar os principais referenciais técnicos e o ordenamento legal relacionado ao tema.

2 DESENVOLVIMENTO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a saúde passou a ser considerada um direito:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na ordem jurídico-constitucional brasileira, o direito à saúde possui uma dupla fundamentalidade formal e material de que se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral. Segundo Sarlet e Figueiredo (2012), a fundamentalidade material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, principalmente por sua "importância como pressuposto à manutenção e gozo da própria vida – e vida com dignidade" (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 31-32). Os autores também discorrem sobre a fundamentalidade formal do direito à saúde, lembrando que o referido direito decorre de sua previsão constitucional e desdobra-se em três elementos, a saber: a) o direito à saúde, enquanto um direito fundamental, situa-se no ápice do ordenamento jurídico (são normas de superior hierarquia formal e axiológica); b) encontram-se submetidos aos limites formais e materiais ("cláusulas pétreas") da reforma constitucional; c) são normas diretamente aplicáveis, vinculando de forma imediata as entidades estatais e os particulares (conforme dispõe o § 1º do art. 5º da CF 88).

Cumpre destacar que as características da saúde como um direito social acabam por exigir do Estado a execução de ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e assistência à saúde e de intervenções na dinâmica social que garantam o exercício deste direito (AITH, 2010).

Nesse sentido, a própria CF 88 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à efetivação do direito à saúde no Brasil, reputando-se inquestionáveis os inúmeros avanços alcançados desde então. Dentre os

avanços, na área de saúde mental, pode-se destacar a Lei nº 10.216/2001 (marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tendo sido base fundamental para a publicação das políticas de atenção à saúde mental no país.

Nesse sentido, vale frisar que a reorientação ou redirecionamento do modelo assistencial “deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (BRASIL, 2002).

Esta reorientação tem como meta imprimir um modelo de atenção à saúde mental centrado na não exclusão dos usuários com transtorno mental e com a problemática de álcool e outras drogas da vida social. O modelo hegemônico historicamente instituído a essa população esteve centrado em práticas manicomiais do isolamento em hospitais psiquiátricos, do uso prioritário de medicamentos, do cerceamento pela vigilância e da não individuação das pessoas. Desta maneira, além da manutenção do convívio social dessas pessoas que perderam ou nunca tiveram, tem-se como desafio a assegurar a conquista, a consolidação e ampliação dos seus direitos civis e políticos.

Para firmar uma política de saúde mental com os fundamentados legais subscritos na Lei 10.216/2001, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios para criação de programas e de serviços de saúde mental, abertos e de base comunitária, para que o usuário do SUS não perca seus vínculos familiares e sociais, tais como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Residências terapêuticas, Leitos em hospitais gerais, além de buscar o fortalecimento da atenção à saúde mental na Atenção Básica, com o Consultório na rua, entre outros dispositivos, consolidando assim a rede de atenção que possa atender as pessoas em situação de sofrimento psíquico. Ou seja, as políticas de saúde mental no SUS devem ser executadas a partir de critérios estabelecidos na Lei 10.216/2001 e planejadas a partir de um diagnóstico epidemiológico situacional territorialmente referenciado.

Assim, a referida norma valorizou a descentralização do modelo de atenção à saúde, quando determinou a estruturação de serviços mais próximos

do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população. O marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil elevou o país “para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)” (BRASIL, 2019).

Ou seja, o SUS é o responsável pelo planejamento e execução de ações de saúde mental no Brasil e os dispositivos normativos que tratam desse processo foram pensados de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos.

Nesse sentido, vale destacar o papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que busca consolidar um modelo aberto e de base comunitária e que conta com a Atenção Básica em Saúde - primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação –para um trabalho eficaz.

É importante ressaltar que nos municípios que não tem serviços especializados em saúde mental, como o CAPS, as ações de saúde mental são mais focadas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os CAPS são dispositivos estratégicos para a reorganização do modelo de atenção na área da Saúde mental e construção de uma rede comunitária de cuidados e também funcionam segundo a lógica do território em saúde. De acordo com a modalidade de serviço, constituem-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos de acordo com o porte, complexidade das ações desenvolvidas, constituição das equipes de saúde e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2002b). Além dos CAPS destinados aos portadores de transtornos mentais adultos, tem-se Centro de Atenção Psicossocial Infanto

Juvenil - CAPS i (destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad (voltado para pessoas acometidas por problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas). Cabe aos CAPS supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território. A esta ação dá-se o nome de apoio matricial.

A ESF é considerada uma das maiores conquistas do SUS, por superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Evidencia-se a superação do modelo médico assistencial privatista e a edificação de um modelo integral, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, resguardando as dimensões éticas, culturais e sociais importantes ao cuidado com a saúde da população (TEIXEIRA, 2001).

Segundo o MS, um ponto importante da ESF é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo, um médico (generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição um cirurgião-dentista (generalista ou especialista em Saúde da Família) e auxiliares e/ou técnicos em Saúde Bucal.

Cada eSF é responsável por um quantitativo de famílias de um determinado território adscrito. A aproximação das equipes de Saúde da Família com a população deve possibilitar o vínculo dos trabalhadores da equipe com os usuários e a comunidade, ampliando suas fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade da atenção básica. Assim, para a ESF, a responsabilidade sanitária está atrelada ao vínculo estabelecido entre a eSF e a população adscrita.

A análise da Política Nacional de Atenção Básica (2012) permite informar que o processo de trabalho das equipes de atenção básica prioriza uma série de ações, dentre as quais destacam-se: (i) Participar do processo de

territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; (ii) Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; (iii) Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.); (iv) Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB; (v) Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares.

Sabe-se que 80 a 90% dos problemas de saúde mental teriam resolutividade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e para que ela possa ser eficiente, eficaz e resolutiva, faz-se necessário que a eSF possa fazer uma melhor escuta, articulando diferentes saberes, para reconhecer os fatores de risco e proteção nas situações que envolvem as pessoas em situação de sofrimento psíquico e definir estratégias de intervenções mais adequadas, no seu campo de competência e de responsabilidade, antes de fazer encaminhamentos para os serviços mais especializados. No entanto, o SUS precisa de orçamento e planejamento que reconheçam os problemas prioritários das populações, especialmente daquelas comunidades em situação de maior risco e vulnerabilidade social.

Athié *et al* (2013) ressaltam a necessidade de ampliação da cobertura em saúde mental na Atenção Primária, em razão da alta prevalência de sofrimento psíquico apresentado em estudo da OMS, realizado e m 1995, depressão (31%), ansiedade (19%), alcoolismo (10%) e transtornos somatoformes (18%), como também, afirmam que esses dados são similares em estudos brasileiros realizados na década de 80, prevalências aproximadas de 55% de transtornos mentais comuns nos pacientes de centros de saúde de São Paulo.

Assim, a articulação e integração da saúde mental com os outros dispositivos da atenção básica, entre eles o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Consultório na Rua e outros recursos tem como ferramenta essencial o apoio matricial/matriciamento para desenvolver o processo de qualificação das eSF com vista ao fortalecimento da RAPS já definidas e atuantes no SUS local/municipal/regional.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A instituição de uma Política Municipal de Apoio e Atenção às Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsivo é parte da temática relacionada à Atenção à Saúde Mental no âmbito da Saúde Pública do Município de Salvador e, assim, se constitui em temática de interesse da presente Comissão.

Nesse sentido, as ações de saúde relacionadas à Política em comento encontram-se no âmbito de atuação do SUS e de suas equipes de saúde. Ou seja, a partir do atual regramento normativo do SUS as equipes de saúde do município de Salvador têm responsabilidade sanitária pelo planejamento e execução das ações de Atenção à Saúde Mental, inclusive em relação ao Transtorno de Acumulação Compulsivo, caso este se configurar em problema de saúde pública de relevância epidemiológica ou social territorialmente definido.

Como visto anteriormente, a experiência do Brasil na implementação de uma política de saúde mental levou a uma profunda transformação do sistema nacional de saúde mental e a melhorias significativas na acessibilidade e qualidade dos cuidados dessa área.

No entanto, apesar de todos os progressos alcançados, subsistem ainda desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, baseada no conhecimento científico mais atualizado e alinhada com os preceitos constitucionais do SUS e com os instrumentos internacionais de direitos humanos. Nesse contexto, todos os esforços deverão ser empreendidos para o fortalecimento das RAPS no SUS do município de Salvador, de modo a dar continuidade aos progressos já alcançados com base na lei de saúde mental do país e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nessa matéria.

Assim, pelo exposto acima, pode-se considerar que o PLE 168/2021 no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social poderá contribuir para a discussão das ações de saúde mental no âmbito do SUS do município de Salvador.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. *In*: SANTOS, L. (org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

Athié K, Fortes S, Delgado PG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Com*. 2013; 8(26):64-74.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 dez. 2021.

BRASIL. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. 3ª Edição. Brasília, Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde / MS, 2002

Brasil. *Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção a Transtornos por Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas*. Brasília, 1999

BRASIL. *Relatório Final do Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custodia e Tratamento Psiquiátrico*. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SALVADOR. *Regimento Interno*. Resolução 910, de 1991. Salvador, BA: Câmara Municipal de Salvador, 1991.

SALVADOR. *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021* / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Notas sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional brasileira. *In*: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (org.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

TEIXEIRA, C. F. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.