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

Ementa: Institui a criação do atendimento no terceiro turno nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nos Multicentros e Centros de Saúde, no âmbito do município de Salvador e dá outras providências.

Autor: Alberto Braga

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 190/2021

ABRIL/2023

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 190/2021

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) autoriza ao Poder Executivo Municipal a criação do atendimento no terceiro turno nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nos Multicentros e Centros de Saúde, no âmbito do município de Salvador e dá outras providências.

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 seguida, tanto a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) como a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização (CFOF) opinaram pela aprovação do projeto. Abaixo, trecho do parecer da CFOF:

> (...) verifica-se que a proposição atende aos aspectos orçamentários e financeiros, razão pela qual opina-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO DE LEI N. 190/2021**.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e o PLE 190/2021 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

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

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 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.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por exemplo, 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.

De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (2017) é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracterize por:

I - Definição do território e territorialização: a gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade.

II - Responsabilização Sanitária: papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial: a responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica (AB) como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V – Acesso: a unidade de saúde (US) deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão

organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Segundo seus postulados de ação, a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento e favorece uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil, promovendo sua participação efetiva na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida. As experiências da implementação e funcionamento da estratégia no Brasil são diversas em sua dinâmica, evolução, fortalezas e desafios de gestão.

Sobre o atendimento de urgências e emergências, em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) publicada em 2003 e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil (RUE).

Trata-se de uma das redes temáticas prioritárias do SUS que tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. A implementação da RUE deve se dar, portanto, de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as

referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços.

As principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

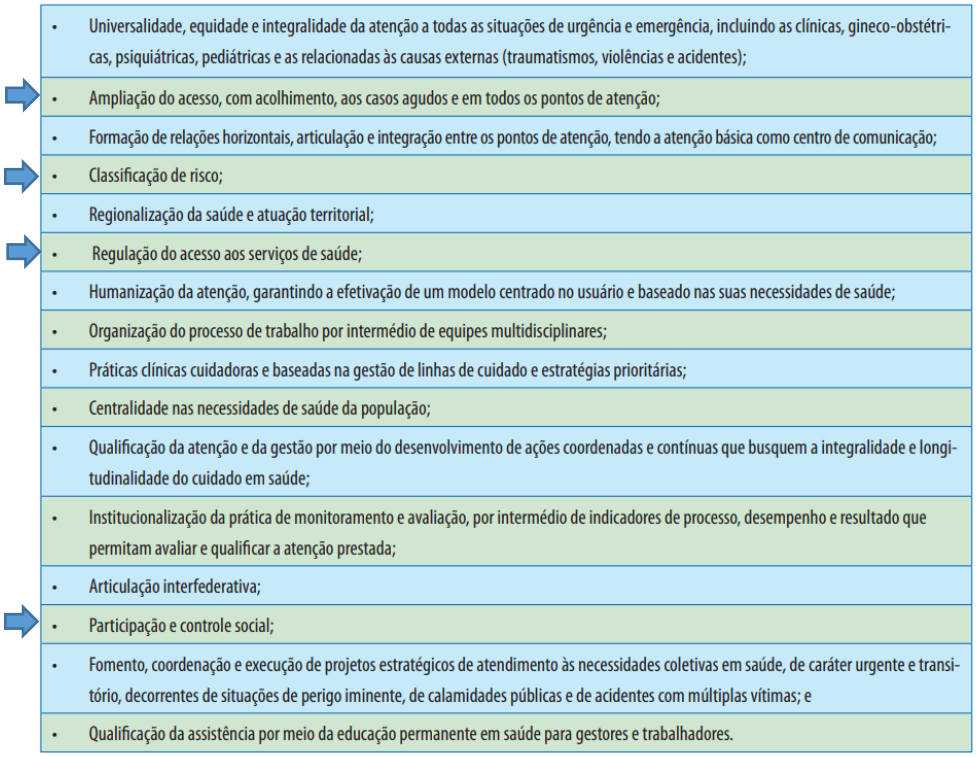


Figura 1. Principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE
Fonte: Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)

A RUE, enquanto uma rede complexa de ações e serviços e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (Brasil, 2013).

É uma rede constituída pela Promoção e Prevenção[2], Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, SAMU 192; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar. Dada a complexidade das situações de

[2] Ações realizadas no âmbito do setor saúde (em todos os níveis de complexidade) e em articulação com outros setores (ações Intersetoriais).

urgência e emergência, a RUE, da mesma forma que as demais redes, deve trabalhar conjuntamente com a Atenção Básica. É obvio que é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço; é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



Figura 2. Componentes da RUE e suas interfaces.
Fonte: Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

Assim, para que a Rede oferte assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui. Para tanto, há que se investir no SUS, principalmente na ampliação de recursos orçamentários e financeiros com vistas à qualificação de equipes e de serviços de saúde.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) após avaliação do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, evidencia –se que os principais problemas de saúde dos usuários na

área de urgência e emergência estão relacionados a alta morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e o Acidente Vascular Cerebral – AVC, além do aumento relativo ás violências e aos acidentes de trânsito.

Desta forma, a RUE tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção.

Portanto, as ações e os serviços de saúde no âmbito de SUS devem ser organizados para que funcionem de forma harmônica e integrada, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde dentro de programas isolados, avulsos e sem conexão com as necessidades epidemiológicas da população e as condições sociodemográficas da região. A Atenção Básica é coordenadora desse processo e principal porta de entrada no SUS.

No entanto, a RUE não se confunde com a AB, mas, se inter-relacionam e são interdependentes. Assim, a implantação do chamado “terceiro turno” na Atenção Básica (1º nível de atenção) e em Multicentros e Centros de Saúde (atendimento especializado - 2º nível de atenção em saúde) prevista no PLE 190/2021 deve ser discutida à luz das normativas do SUS e de acordo com a PNAB (2017) e com as normas relativas à implementação da RUE, a pactuação de um horário diferenciado de atendimento no âmbito da ESF é possível, mas, deve ser organizado a partir da realidade local sob a regência do controle social e das comunidades interessadas.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acima exposto, reforça que o tema é objeto de atenção do Sistema Único de Saúde e, portanto, deverá ser discutido no âmbito da presente Comissão Temática.

Nesse debate, é importante considerar as normas vigentes do SUS, especialmente a PNAB (2017) e a Portaria nº 1.600/2011 (que instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS), além do processo de

pactuação de metas realizadas nos diferentes níveis de gestão da saúde. Nesse contexto, é preciso sinalizar que a pactuação de um horário diferenciado de atendimento no âmbito da ESF é possível, mas, deve ser organizado a partir da realidade local sob a regência do controle social e das comunidades interessadas

Assim, a discussão do PLE 190/2021 no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social poderá contribuir para a compreensão da relevância das ações de saúde mental no âmbito escolar sob a responsabilidade das equipes de saúde do SUS.

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.

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

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.