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

Ementa: Dispõe sobre a obrigatoriedade do oferecimento de equipe profissional da área de saúde pelo município de Salvador à gestante durante o processo do pré-natal, parto e pós-parto e dá outras providências.

Autor: Duda Sanches

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 195/2020

MARÇO/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 195/2020

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) dispõe sobre a obrigatoriedade do oferecimento de equipe profissional da área de saúde pelo município de Salvador à gestante durante o processo do pré-natal, parto e pós-parto 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 08 de outubro de 2020, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) opinou pela aprovação do referido projeto.

Em 30 de novembro de 2022, a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização analisou a proposta e aprovou o parecer contrário emitido pelo relator por considerar que, apesar de relevante valor para a população soteropolitana, a proposta legislativa acarretaria aumento de despesas e impacto orçamentário-financeiro considerável ao erário.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e o PLE 195/2020 chegou à Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social.

Conforme o art. 68, IX, "a", do Regimento Interno[12] 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.

[1] Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), Especialista em Medicina Social (ISC/UFBA), Especialização em Bioética e Direito Médico (Faculdade Baiana de Direito – em curso)
[2] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

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

2 DESENVOLVIMENTO

Os indicadores de mortalidade infantil e mortalidade materna são considerados estratégicos por organismos nacionais e internacionais, visto que avaliam o impacto das condições de vida na saúde, bem como, o acesso a serviços básicos de saúde no Brasil.

Vale destacar que, em 1990, a Razão de Mortalidade Materna[3] no Brasil atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos (dados aterrorizadores). Após mais de uma década e meia de esforços político-institucionais, em 2007, o indicador apresentou uma redução e chegou a uma taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No entanto, embora essa taxa tenha sofrido uma redução de 52% nesse período, o número de mortes maternas no Brasil permanece elevado e distante da meta de 35 óbitos, acordada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. (BRASIL, 2010).

Diante disso, há mais de duas décadas discute-se o modelo de atenção ao parto no Brasil com o objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das taxas alcançadas em outros países. Nesse processo, no bojo de um movimento internacional de crescimento da consciência das mulheres de seu papel social historicamente construído, em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM é um marco político e histórico para a área de Saúde da Mulher no Brasil. Constava no programa

[3] Indicador epidemiológico medido através da razão entre o total de óbitos maternos e o número de nascidos vivos no período (X 100.000).

original do PAISM que as atividades básicas de atenção integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanente e racionalmente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina (RATTNER, 2014).

Em 2004, esse programa tomou a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e definiu prioridades baseadas em um diagnóstico da situação de saúde das mulheres no Brasil elaborado em conjunto com diversos atores sociais. Esta política incorpora a integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores (RATTNER, 2014).

Além disso, destaca-se a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do SUS.

Atualmente, a Saúde da Mulher no Brasil atua em três grandes áreas prioritárias, além da atenção obstétrica: planejamento reprodutivo, câncer ginecológico e atenção a mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência (RATTNER, 2014).

Em 2011, o Governo Federal criou a Rede Cegonha (RC), estratégia instituída no Sistema Único de Saúde, através da Portaria 1.459/2011, com o objetivo primordial de reduzir a morbimortalidade materna. Para tanto, a RC visa garantir um pré-natal de qualidade, com acolhimento, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade, segurança na atenção ao parto e nascimento, vinculação da gestante a uma unidade de referência mais próxima, atenção à planejamento familiar adequado estando planejada a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação (MARANHÃO, 2015).

Nessa análise, importa considerar as elevadas taxas de cesariana e práticas inadequadas na assistência ao parto normal, de modo a tornar imprescindível que a mulher gestante seja informada sobre seus direitos (acompanhante de sua escolha, vinculação ao local do parto, acesso a boas práticas de cuidado no parto e nascimento), o que possibilita o fortalecimento da

sua autonomia, protagonismo e confiança nos processos naturais da gestação, parto e amamentação. A realização do pré-natal, desse modo, torna-se extremamente importante, pois procura assegurar que a gestação tenha um bom desenvolvimento, o que permitirá um parto de um bebê saudável, sem causar impacto para a saúde da mãe. A Rede Cegonha, portanto, mostrou avanço na proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, em termos da gestão do cuidado e do sistema. Além do que essa política nacional de atenção integral à saúde tenta organizar os serviços e as equipes de saúde que respeitem os direitos reprodutivos, partindo sempre do protagonismo da mulher, do recém-nascido e dos familiares (GUERRA *et al*., 2016).

Avançando na análise em busca da realidade soteropolitana, vale destacar que o atual Plano Municipal de Saúde de Salvador traz uma comparação interessante, entre os indicadores de mortalidade materna em Belo Horizonte, Salvador e o estado da Bahia (ver gráfico abaixo[4]).



Fontes: SIM e SINASC.

É assombrosa a diferença entre os dados apresentados. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) em Salvador é muito superior ao encontrado na capital mineira e no estado da Bahia como um todo. Fato que denota a urgência de priorização desse grupo para a intervenção em saúde.

[44] Gráfico 43 retirado do PMS 2022 – 2025 Volume I.

Segundo o documento, a análise da distribuição por raça/cor, revelou que as Mulheres Negras - Pretas e Pardas representam 88% dos óbitos e as brancas correspondem a 8%. A faixa etária de 30 a 39 concentrou a maior ocorrência de óbitos maternos e 61% dos óbitos ocorreram no Puerpério, ou seja, após o parto.

Assim, fica evidente que estamos diante de dados que revelam desigualdades sociais extremas em Salvador. A Mortalidade Materna é sem dúvida, um problema de saúde pública agravado por questões sociais e de acesso a serviços de saúde.

No entanto, importa lembrar que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a saúde passou a ser considerada um direito fundamental no Brasil:

> 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).

O artigo 196 traz, na ordem jurídico-constitucional brasileira, a dupla fundamentalidade formal e material de que se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral.

Nesse sentido, 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 e nestes mais de 30 anos de redemocratização, são inquestionáveis os inúmeros avanços alcançados pelo SUS e dentre tantos, podemos destacar a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

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) realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada; (ii) desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; (iii) desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral; (iv) realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).

Como pode ser visto, as ações de atenção à gestante durante o processo do pré-natal, parto e pós-parto são objeto de atuação do SUS e de suas equipes de saúde, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na Rede Cegonha e na ESF, dentre outras.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O SUS é responsável pelo planejamento e execução de ações de saúde no Brasil (saúde da mulher, saúde da criança, atenção básica, rede cegonha, entre outras tantas). Portanto, o tema acima abordado deverá ser discutido no âmbito da presente Comissão Temática.

Nesse debate, é importante considerar que, embora tenha sido ampliado o acesso ao pré-natal no Brasil, há problemas sérios em relação à sua qualidade, o que é revelado pelos altos números de doenças infectocontagiosas (inclusive, a sífilis congênita), a continuidade de casos de tétano neonatal e, principalmente, pela alta razão de mortalidade materna – sendo que estudos mostram que mais de 90% dos óbitos maternos seriam evitáveis de alguma forma (RATTNER, 2014).

A discussão do PLE 195/2020 no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social poderá contribuir para a compreensão da relevância das ações de saúde da mulher sob a

responsabilidade das equipes de saúde do SUS, apesar do objeto em análise já estar incluído no planejamento do SUS brasileiro, inclusive em Salvador. Um ponto importante a ser destacado está no que se refere ao argumento de "aumento de despesas e impacto orçamentário-financeiro considerável ao erário". A área de Saúde da Mulher, especialmente, o pré-natal, o parto e o puerpério são prioridades em saúde e os recursos para estas ações estão garantidos constitucionalmente e dispostos na Lei 8.080/1990 e em outras normas[5].

Assim, por tudo que foi exposto, depreende-se que as principais diretrizes técnico-políticas em Saúde da Mulher estão conformadas pelo SUS. No entanto, ainda são escassos e insuficientes os recursos destinados ao SUS (apesar do reconhecimento constitucional da saúde como um direito de todos) e a Saúde da Mulher, mesmo sendo considerada área prioritária de intervenção, enfrenta graves problemas estruturais e de financiamento (RATTNER, 2014; GUERRA, *et al*., 2016). Por isso, os esforços devem ser empreendidos no sentido de ampliar e fortalecer estas ações, em todos os âmbitos, inclusive no Legislativo. É urgente a discussão e priorização de recursos materiais, humanos, orçamentários e financeiros alinhados a esta finalidade.

[5] Por exemplo, os percentuais de investimento financeiro da União, Estados e Município na Saúde estão definidos pela Lei Complementa nº 141, de 13 de janeiro de 2012, proveniente da Emenda Constitucional nº 29/2000.

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. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos de desenvolvimento do milênio*: Relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2013.

Guerra, H. S. et al. ANÁLISE DAS AÇÕES DA REDE CEGONHA NO CENÁRIO BRASILEIRO. Iniciação Científica *CESUMAR* - jan./jun. 2016, v. 18, n. 1, p. 73-80 - ISSN 1518-1243

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v.13, p. 759-768, 2009.

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.

SALVADOR. *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2022-2025 – Volume I* / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2022.

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.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do plano de qualificação das maternidades: oferta da política

nacional de humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *Interface* (Botucatu), v. 18, suppl. 1, p. 997-1011, 2014.