

PARECER Nº , DE 2019

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 53, de 2017, da Senadora Regina Sousa, que *altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, para prever a oferta de transporte à mãe e a seus filhos recém-nascidos.*



Relator: Senador **FLÁVIO ARNS**

I – RELATÓRIO

Vem à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 53, de 2017, de autoria da Senadora Regina Sousa, que *altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, para prever a oferta de transporte à mãe e a seus filhos recém-nascidos.*

O art. 1º da proposição altera o § 3º do art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), atribuindo-lhe a seguinte redação:

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e a seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária e garantia do transporte asséptico das mães e seus filhos recém-nascidos entre o local do parto e sua residência e da residência ao serviço de saúde de atenção primária para complementação dos exames previstos ao neonatal, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação.

O art. 2º, cláusula de vigência, determina que a lei eventualmente resultante da proposição passe a vigorar noventa dias após a data de sua publicação oficial.

Na justificação, a autora argumenta que, com frequência,

vemos mães com filhos recém-nascidos utilizando o transporte de massa, ambiente que gera risco importante de contaminação aos bebês, ainda pouco imunes a males que a população adulta tolera melhor. Uma viagem em um ônibus lotado pode selar, para o mal, o destino de um recém-nascido. Ou, pior ainda, equilibrando-se na garupa de uma motocicleta, com um bebê e a sacola com seus pertences no braço. Como já dissemos, desnecessário é expormos nossas crianças a tais riscos. E esta é apenas mais uma etapa do processo, que ainda será longo, de equalização das relações sociais entre nós.

A proposta, que não foi objeto de emendas, recebeu parecer favorável da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) e veio à CAS para análise em caráter terminativo.

Em 6 junho de 2018, o relator que me antecedeu na CAS, Senador Sérgio Petecão, apresentou relatório desfavorável, com base em sólidos argumentos a ele enviados pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de nota técnica elaborada em conjunto pela Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Por concordar com a análise contida naquele relatório, reproduzimos aqui a maior parte de seu conteúdo.

II – ANÁLISE

Compete à Comissão de Assuntos Sociais, nos termos do art. 100, inciso II, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde e às competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Em decorrência do caráter terminativo da decisão, cabe à CAS pronunciar-se também sobre a constitucionalidade e a juridicidade do projeto, aspectos nos quais não vislumbramos óbices a sua aprovação.

Acerca do mérito da proposta em apreciação, o projeto institui uma medida pertencente ao âmbito da assistência social e a transfere para o sistema de saúde. Porém, sob a perspectiva sanitária, é preciso esclarecer que a proposição comete alguns equívocos e que não há evidências técnicas que justifiquem exigir dos serviços de saúde o fornecimento de transporte a todas as lactantes e aos neonatos para minimizar o risco de contaminação dos bebês transportados em coletivos.



Nesse ponto da argumentação, destacamos, conforme já mencionado, que o MS encaminhou nota técnica que se posiciona contrariamente ao PLS nº 53, de 2017, e referenda nossa percepção de que a medida nele proposta não se respalda no conhecimento ou na prática atual relativa aos cuidados oferecidos à puérpera e ao neonato.

A nota técnica do MS ressalta que a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) prevê que, na alta hospitalar responsável (entendida como transferência do cuidado), são realizadas as seguintes ações: i) orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e favorecendo o autocuidado; ii) articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em particular com a atenção básica; e iii) implantação de alternativas às práticas hospitalares que incluem os cuidados domiciliares pactuados na RAS. Dessa forma, a nota técnica reforça a nossa percepção de que a mulher e seu recém-nascido somente terão alta em boas condições físicas, psíquicas e sociais.

Caso a mãe ou o bebê apresentem problemas de saúde, a nota técnica ressalta outra estratégia de organização da atenção à saúde da mulher e da criança adotada com o programa da Rede Cegonha, instituído no âmbito do SUS em 2011: a integralidade da assistência proporcionada pela implantação da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).

A CGBP é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela atenção básica ou especializada, que acolhe, orienta, cuida e acompanha: (i) gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (internação); (ii) gestantes, puérperas e recém-nascidos que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência não possam retornar ao domicílio logo antes da alta; e (iii) puérperas com bebê internado na unidade de tratamento intensivo neonatal do serviço de saúde ou que necessitem de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê.

A CGBP vincula-se à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. A unidade deve oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência. Dessa forma, garante-se que a mulher (gestante ou puérpera) e seu recém-nascido que estejam em condições vulneráveis



possam ser acolhidos e atendidos em suas necessidades e posteriormente recebam alta responsável.

Assim, ressalta-se que uma mulher e seu recém-nascido em condições de alta não estão em situação de vulnerabilidade nem de emergência. Nesse contexto, a preocupação com o oferecimento de um transporte asséptico é desnecessária quando consideramos o bom quadro clínico da mulher e do recém-nascido e a nutrição fornecida pelo aleitamento materno, que dá ao bebê a proteção contra os microrganismos presentes no ambiente, tendo em vista que os anticorpos disponíveis no leite humano são aqueles que a mãe produziu contra agentes infecciosos prevalentes nos locais em que ela vive. Portanto, quaisquer meios de transporte seguros podem ser utilizados, sem necessidade de um transporte asséptico.

Acerca desse transporte, chamamos ainda a atenção para dois equívocos cometidos pelo projeto. O primeiro é que, em verdade, não existe aquilo que o projeto denominou como *transporte asséptico*. O termo *asepsia* significa *ausência de matéria séptica (infecciosa, patogênica)* e *asséptico* é aquilo *que tem, realiza ou sofre asepsia* ou o que é *preservado de ou imune a germes patogênicos*. Os ambientes assépticos costumam estar restritos a ambientes de pesquisa científica, indústrias alimentícias e unidades hospitalares, pois têm alto custo de manutenção. Nos sistemas de saúde, de forma geral, eles se encontram em laboratórios, centros cirúrgicos ou unidades de tratamentos destinados a pacientes imunodeprimidos. Para entrar nesses ambientes, é obrigatório o uso de roupas e equipamentos capazes de preservar a asepsia do ambiente. Assim, não faz sentido designar um veículo qualquer, público ou privado, como *transporte asséptico*.

Além do mais, quanto à asepsia, é preciso salientar que, a despeito do possível desconforto pelo qual passarão a mãe e o bebê, o transporte em veículos públicos municipais, como o ônibus ou o metrô, pode acarretar menor risco de exposição a microrganismos patogênicos do que o traslado em veículos de transporte de pacientes, como as ambulâncias. Nelas, esse risco pode ser especialmente significativo no que concerne a bactérias resistentes a antibióticos, que costumam infectar ambientes hospitalares.

O segundo ponto diz respeito à referência mencionada na justificção do projeto sobre mães *equilibrando-se na garupa de uma motocicleta, com um bebê e a sacola com seus pertences no braço* e, portanto, envolve a questão da segurança do transporte. Sobre esse tema é preciso enfatizar que não cabe aos serviços de saúde suprir os problemas



crônicos da insuficiência de transporte público de qualidade ou resolver os problemas de segurança do trânsito nos municípios brasileiros.

Ainda quanto à preocupação manifestada no projeto com o risco de contaminação do bebê em meios de transporte de massa, a realidade mostra que esse risco não é significativo. A afirmação de que *uma viagem em um ônibus lotado pode selar, para o mal, o destino de um recém-nascido* é bastante exagerada. Se isso fosse verdade, o Brasil, com sua enorme desigualdade social e seu vasto espaço territorial – onde diariamente milhares de mães com seus neonatos fazem traslados em meios de transporte públicos –, não teria alcançado o objetivo de reduzir significativa e sustentavelmente, ao longo dos últimos quinze anos, seus índices de mortalidade neonatal. Estudo recente apontou que, entre os anos de 1997 e 2012, houve uma queda de 33% na taxa de mortalidade precoce no País (óbitos entre nascidos vivos nos primeiros seis dias de vida), que passou de 10,89 para 7,36 a cada mil nascidos vivos. Já as taxas de mortalidade neonatal tardia (óbitos ocorridos entre o 7º e o 28º dia de vida) caíram 21%, passando de 2,92 para 2,29 a cada mil nascidos vivos no mesmo período.

Não ignoramos a má notícia, divulgada em 2018, sobre o aumento da taxa de mortalidade infantil ocorrido em 2016, que interrompeu o longo período de queda do indicador. Após décadas de diminuição da taxa de mortes de bebês no Brasil, dados do MS mostraram, pela primeira vez desde 1990, que o País apresentou alta na taxa: foram 14 mortes a cada mil nascidos em 2016; um aumento de 4,8% em relação a 2015, quando 13,3 mortes (a cada mil) foram registradas.

Não obstante, como assinalou o documento *Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil*, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), *é importante observar que a reversão da tendência de queda em 2016 foi decorrente do aumento de óbitos no período pós-neonatal. Óbitos, estes, que ocorrem justamente em consequência da exposição a fatores externos associados à piora das condições de vida e do acesso a serviços de saúde*. Assim, nesse contexto de prolongada crise econômica por que passa o País, é ainda muito mais importante priorizar a melhoria do acesso aos serviços de saúde e do saneamento básico do que retirar recursos do SUS para transportar mães e recém-nascidos.

É claro que os neonatos demandam cuidados e devem ser preservados. No âmbito desses cuidados, salienta-se a importância das



estratégias dos serviços e profissionais de saúde de incentivar a amamentação, cujo maior mérito é fortalecer a imunidade dos recém-nascidos – conforme explicado anteriormente –, e o parto normal, que também contribui para estimular essa imunidade e acelerar a recuperação da parturiente e do neonato.

Nesse ponto, entendemos que os gestores de saúde vêm cumprido suas obrigações. Conforme esclarece a nota técnica do MS, os serviços da Rede Cegonha já oferecem os cuidados que visam a: i) assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; ii) oferecer à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Assim, no âmbito desse programa, é realizado o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica, acompanhamento esse que inclui visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento e também a busca ativa de crianças vulneráveis.

Além disso, um dos instrumentos para acompanhamento do desenvolvimento e crescimento do neonato é a Caderneta de Saúde da Criança, que pressupõe que o bebê seja levado à unidade básica de saúde (UBS) – serviço que faz o contato preferencial com os usuários, caracterizando-se como a porta principal de entrada e centro de comunicação da RAS – para fazer esse acompanhamento.

O MS recomenda que as crianças tenham sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida e duas consultas após o 12º mês até o 24º mês de vida. Após os dois anos as consultas devem ser, no mínimo, anuais. Mas, se houver alguma necessidade específica de saúde, a criança pode precisar ir mais vezes às consultas de acompanhamento.

A nota técnica do MS informa que, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada no ano de 2012 ultrapassou os 90% para todas as vacinas previstas para crianças menores de um ano (período onde se concentram o maior número de consultas de puericultura recomendadas). Dessa forma, pressupõe-se que o acesso ao acompanhamento das crianças na atenção básica tem sido exitoso.



Outrossim, se considerarmos que é necessário levar o cuidado com os recém-nascidos a esse ponto extremo de prover todos os deslocamentos da mãe e do bebê para o acompanhamento em serviços de saúde, teremos de adotar também outras medidas controladoras para evitar a exposição do neonato ao contato com pessoas. Assim, será necessário proibir as mães de saírem de casa com seus bebês para levá-los a lugares movimentados. Como bem sabemos, é muito comum – ainda que esse não seja um comportamento desejável ou saudável – ver mães com bebês recém-nascidos andando na rua, visitando os vizinhos e passeando em supermercados, *shopping centers*, lojas, bares, restaurantes e até na praia. Dessa forma, quaisquer medidas para prover todo o transporte da mãe e do bebê só se justificarão se também adotarmos medidas controladoras e punições para impedir que as mães saiam de casa com seus neonatos nesses passeios aqui mencionados.

Por fim, o ponto mais importante a destacar é que a proposta irá desviar recursos da assistência à saúde para a prestação de um serviço estranho às competências do sistema de saúde, no qual a estruturação de um sistema de transporte, composto por ambulâncias e outros veículos de transporte de emergência, destina-se ao atendimento de casos de urgência e a prover o traslado de pacientes entre os serviços para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou para unidades de internação especializadas.

No âmbito do SUS, atua o sistema de transporte pertencente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), além de circularem veículos privativos dos serviços de saúde para realizar atividades internas necessárias à sua estruturação e manutenção. Se a proposta contida no PLS em análise acarretar a utilização dos veículos do Samu-192, será difícil justificar, em algumas localidades, que a ambulância não estará disponível para transportar um paciente gravemente acidentado ou infartado porque precisará transportar mães saudáveis e seus bebês também saudáveis para suas residências. É bom lembrar que muitas unidades de saúde recebem gestantes de outros municípios e até de outros estados, o que aumenta bastante a complexidade de transportá-las de volta a suas residências.

Se não forem utilizados os veículos do Samu-192, será necessário estruturar e manter um sistema paralelo para o transporte de mães e bebês, o que é ainda mais indesejável, dada a carência e a escassez crônicas de recursos para manter os serviços de saúde. Como justificar a existência de veículos aguardando o momento da alta para transportar mães e bebês



quando faltam insumos necessários para o atendimento de saúde mais básico, como gases e medicamentos?

Explicitadas as razões contrárias à proposição sob o ponto de vista da saúde, ressaltamos que a nota técnica do MS também destacou o fato que já ocorre no SUS: quando uma puérpera não tem transporte ou condições financeiras para retornar à sua casa com seu bebê, o serviço social é acionado para lhe dar assistência. Isso referenda a opinião manifestada neste relatório de que esse é um tema que compete à área de assistência social, e não à de saúde, além de mostrar que se trata de um problema adequadamente equacionado nos serviços do SUS.

III – VOTO

Diante do exposto, nosso voto é pela **rejeição** do PLS nº 53, de 2017.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

