

## **PARECER N° , DE 2014**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 233, de 2012, do Senador Vital do Rêgo, que *altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para assegurar a disponibilidade de leitos em unidades de terapia intensiva na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde.*

**RELATOR:** Senador **HUMBERTO COSTA**

### **I – RELATÓRIO**

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 233, de 2012, de autoria do Senador Vital do Rêgo, propõe alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, com a finalidade de atribuir competência à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) para participar de ações administrativas relacionadas com os serviços de terapia intensiva, em nível estadual. Para tanto, o art. 1º do projeto acrescenta inciso ao art. 17 da Lei nº 8.080, de 1990.

O dispositivo acrescentado atribui competência à direção estadual do SUS para “participar do planejamento, programação e organização dos serviços de terapia intensiva, promovendo as articulações necessárias para a identificação e a adequação da disponibilidade de leitos de terapia intensiva (UTI), em nível estadual, para o atendimento da demanda”.

O art. 2º do PLS nº 233, de 2012, determina que a lei dele resultante passe a vigorar na data de sua publicação.

Na justificação do projeto, o Senador Vital do Rêgo ressalta que a disponibilidade de leitos de terapia intensiva, tanto pela insuficiência

quanto pela má distribuição, é um dos gargalos da rede hospitalar do SUS. Argumenta o Senador que uma forma de minimizar a dificuldade de acesso a leitos de UTI é a implantação da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde dessa natureza, com a instituição de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência. Para que tal medida seja efetivada, seria fundamental a atuação dos gestores estaduais do SUS no sentido de promover a articulação dos entes municipais da respectiva unidade da Federação.

O PLS nº 233, de 2012, foi distribuído exclusivamente para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo.

Não foram apresentadas emendas ao projeto.

## II – ANÁLISE

O despacho para que esta Comissão analise o mérito do PLS nº 233, de 2012, fundamenta-se no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, que atribui à CAS competência para opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde e à competência do SUS. Em virtude do caráter terminativo da decisão, devem ser analisados, também, os aspectos relativos à constitucionalidade, à juridicidade e à técnica legislativa da proposição.

A seguridade social, matéria do Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. É o que determina o art. 194 da Lei Maior. Legislar sobre seguridade social, nela incluídas as políticas e a regulamentação das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, matéria da Lei nº 8.080, de 1990, é competência privativa da União, a teor do que dispõe o inciso XXIII do art. 22 da Constituição. Ademais, o PLS nº 233, de 2012, não trata de matéria cuja iniciativa é reservada ao Presidente da República, a teor do § 1º do art. 61 da Carta Magna. Portanto, o projeto em exame respeita plenamente os preceitos constitucionais relativos à competência para legislar e à iniciativa de proposições legislativas.

No tocante à juridicidade, também não identificamos óbices à aprovação do projeto, visto que ele apenas acrescenta competência às que

já são atribuídas à direção estadual do SUS pelo art. 17 da Lei Orgânica da Saúde.

Não foram identificados, também, violação aos preceitos da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que trata da elaboração, redação, alteração e consolidação das leis. O projeto altera lei vigente, em respeito ao que determina o inciso IV do art. 7º dessa lei complementar.

É inquestionável o mérito do PLS nº 233, de 2012, visto que ele se destina a explicitar, na Lei Orgânica da Saúde, a competência do gestor estadual de participar ativamente das diversas etapas – planejamento, programação e organização – relacionadas com a prestação de serviços de terapia intensiva no respectivo território.

A origem dos cuidados prestados ao paciente em regime que atualmente conhecemos como terapia intensiva remonta aos meados do século XIX. Durante a Guerra da Crimeia, a enfermeira britânica Florence Nightingale, juntamente com uma equipe de 38 enfermeiras voluntárias treinadas por ela, atuou, em 1854, no campo de batalha de Scurati, na Turquia. Com cuidados intensivos, a equipe liderada por Nightingale reduziu significativamente a mortalidade de soldados feridos, antes submetidos a precárias condições de tratamento.

Inspirados nas salas de recuperação anestésica, foram instalados, na primeira metade do século XX, os primeiros serviços que hoje conhecemos como unidades de terapia intensiva (UTI) ou de cuidados intensivos (UCI). A relevância desses serviços especializados na prestação de cuidados ao paciente em estado crítico torna-se cada vez mais evidente. O brutal aumento de lesões corporais graves, decorrência do crescente número de acidentes de várias naturezas, de queimaduras e de ferimentos causados por armas de todos os tipos, exige dos hospitais modernos a criação de ambientes dotados de equipamentos e de profissionais especializados no atendimento das vítimas dessas lesões.

Entretanto, não são essas vítimas de acidentes e violência os únicos beneficiados pelos cuidados intensivos. Doenças e agravos à saúde decorrentes de causas naturais podem, também, exigir tratamento e acompanhamento em UTI. É o caso do infarto agudo de miocárdio, do acidente vascular cerebral, das infecções graves, da embolia pulmonar e de

várias outras situações que acarretam risco de morte iminente ou de sérias complicações, caso não sejam instituídas medidas terapêuticas imediatas.

As especificidades de uma UTI – equipe multiprofissional altamente especializada, equipamentos caros e de manutenção dispendiosa, uso de medicamentos de alto custo – encarecem enormemente o tratamento prestado nesse ambiente. O paciente pobre ou de classe média que necessita de atendimento intensivo não consegue pagar, com recursos próprios, esse tipo de tratamento. Caso não seja beneficiário de um plano de saúde, a única alternativa é recorrer à assistência prestada pelo SUS. Mesmo as famílias ricas podem se defrontar com a perda do patrimônio acumulado durante toda uma vida, caso um dos seus integrantes tenha que permanecer numa UTI durante vários dias, às vezes meses ou anos.

A insuficiente oferta de leitos de terapia intensiva é, atualmente, um dos grandes problemas enfrentados pelos gestores do SUS em praticamente todas as unidades da Federação. A televisão, o rádio e os jornais trazem, frequentemente, notícias de situações preocupantes relacionadas com as dificuldades em se conseguir vagas para tratamento intensivo em hospitais públicos. Já se tornaram corriqueiras as decisões judiciais cuja finalidade é obrigar os gestores do SUS a providenciar a imediata internação de pacientes em UTIs.

Frente à carência de vagas em serviços próprios, os gestores são obrigados a contratar leitos em hospitais particulares, o que acarreta enormes gastos. Os recursos despendidos nessas internações compulsórias poderiam ser aplicados na instalação de leitos em hospitais públicos, caso os gestores do SUS se esmerassem no planejamento da instalação das unidades e na identificação dos diversos aspectos que influenciam as decisões: recursos disponíveis e necessários; necessidades dos municípios ou das regiões; disponibilidade de profissionais especializados; oferta de vagas em residência médica ou de enfermagem; treinamento de pessoal de nível técnico; entre outros.

A Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, recomenda que 4% a 10% dos leitos hospitalares, a depender do porte do município, devem ser reservados para tratamento intensivo. Dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que em agosto de 2012 existiam no País 47.375

leitos complementares, classificação que engloba todas as categorias de leitos de terapia intensiva: adultos, infantis, neonatais, queimados, entre outras.

À primeira vista, poderíamos considerar que essa disponibilidade está de acordo com a recomendação contida na Portaria GM/MS nº 1.101, de 2002. Entretanto, um exame mais detalhado dos números mostra uma distribuição bastante irregular dos leitos complementares disponíveis em cada região geográfica e em cada unidade da Federação. Há, também, má distribuição quando consideramos o âmbito de atendimento: do total de leitos complementares, 56,1% são de serviços próprios, conveniados ou contratados pelo SUS e 43,9% pertencem a serviços denominados “não SUS”: privados, filantrópicos e outros.

Essa má distribuição de leitos por âmbito de atendimento fica caracterizada quando se verifica que o SUS, seguramente responsável pelo atendimento de mais de 75% dos pacientes que necessitam de terapia intensiva, só dispõe de 56% daqueles 47 mil leitos complementares. Essa carência relativa de leitos em um dos lados – o SUS – e o excesso no outro lado – a rede “não SUS” – é um dos motivos que levam os gestores estaduais do Sistema a contratar leitos privados, em cumprimento às decisões judiciais.

Há, portanto, necessidade de melhor planejamento dos serviços de terapia intensiva de responsabilidade do SUS, com a finalidade de reduzir a carência de leitos em determinadas unidades da Federação e, dentro delas, em determinados municípios.

Não menos importante que a atenção prestada pelo SUS em serviços de terapia intensiva, o atendimento de urgências e emergências, bem como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), também necessitam de cuidadoso planejamento, a fim de evitar transtornos à população. Não são raros os casos de hospitais sobrecarregados com o atendimento de pacientes oriundos de municípios outros que não aquele em que está sendo prestado o atendimento. Pacientes com ferimentos e agravos à saúde de pequena gravidade, que poderiam ser adequadamente resolvidos em um pronto-socorro de pequeno ou médio porte, sobrecarregam desnecessariamente os serviços de maior complexidade.

A atribuição de competência aos gestores estaduais para o planejamento, a programação e a organização dos serviços de urgência e emergência, inclusive o Samu, também deve constar da Lei Orgânica da Saúde, motivo pelo qual submetemos uma emenda substitutiva à apreciação desta Comissão.

### **III – VOTO**

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 233, de 2012, com a seguinte emenda substitutiva:

#### **EMENDA N° 1– CAS (SUBSTITUTIVO)**

#### **PROJETO DE LEI DO SENADO N° 233, DE 2012**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para atribuir competência à direção estadual do Sistema Único de Saúde para participar do planejamento, da programação e da organização dos serviços de terapia intensiva, de urgências e emergências e de atendimento móvel de urgência.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** O art. 17 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte inciso XI e com a renumeração do vigente inciso XI e dos subsequentes:

“**Art. 17.** .....

.....

XI – colaborar com os municípios e participar do planejamento, da programação, do financiamento e da organização dos serviços de terapia intensiva, de urgências e emergências e de atendimento móvel de urgência, mediante articulações destinadas a identificar e adequar a disponibilidade, em nível estadual, de leitos e dos demais recursos necessários ao atendimento da demanda;

.....” (NR)

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 5 de fevereiro de 2014.

Senador WALDEMAR MOKA, Presidente

Senador HUMBERTO COSTA, Relator