

Prezado Vereador Aurélio Nomura, em nome do Dr Manoel Carlos Neri da Silva, presidente do Conselho Federal de Enfermagem, o parabenizo pela discussão em pauta que, certamente será uma ótima iniciativa para as melhorias ao atendimento dos usuários na cidade de São Paulo.

Considerando o assunto que será discutido, acredito ser oportuno trazer o conceito do que é PROTOCOLO ASSISTENCIAL:

Protocolo assistencial é um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem pode fazer e como fazer.

Como foi citado na PL 0665/2019, vários hospitais de São Paulo adotam o uso de protocolos assistenciais, inclusive os hospitais públicos. O uso dos Protocolos, dentre eles, Protocolo de atendimento de AVC, IAM, IRA, SEPSE e outros, visam garantir qualidade e segurança do paciente, atender às legislações vigentes, Portarias do Ministério da Saúde, Resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa e Normas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde etc.

Em razão das inúmeras situações de emergências atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento que necessitam atendimento imediato, o Ministério da Saúde, através da PORTARIA Nº 10 DE 3 DE JANEIRO DE 2017, redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde e a instituição do acolhimento com classificação de risco.

RECEBIDO
Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa
Em 13/9/19 às 12:05
Caio Rodrigues 11.267

Nas instituições públicas e privadas de São Paulo, o serviço está implantado em todas as instituições usando a seguinte classificação:

- 1) Vermelho (emergência) — neste caso o paciente necessita de atendimento imediato;
- 2) Laranja (muito urgente) — o paciente necessita de atendimento o mais rápido possível;
- 3) Amarelo (urgente) — neste caso o paciente necessita de avaliação, o caso não é considerado emergência, e o paciente já têm condições de aguardar o atendimento;
- 4) Verde (pouco urgente) — Casos pouco graves, que podem inclusive serem tratados ambulatorialmente;
- 5) Azul (não urgente) — Casos de baixa complexidade, o paciente deve ser tratado ambulatorialmente.

A Resolução COFEN nº 423/2012 Normatiza a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos:

Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Parágrafo único. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

E, na Resolução CFM nº 2.077/14 do Conselho Federal de Medicina, consta que é **PRIVATIVO DO PROFISSIONAL MÉDICO** a classificação das necessidades urgentes do paciente que define seu fluxo em todo o processo de atenção hospitalar.

Diante do exposto e,

CONSIDERANDO o disposto na Constituição Federal de 1988 de que:

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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 8.080/90 que regulamenta, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde e que determina os Princípios do SUS (Universalização, Equidade, Integralidade) e trata:

- (a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- (b) das competências e atribuições das três esferas de governo;
- (c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- (d) da política de recursos humanos;
- (e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 10.241/99 sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo (DIREITOS DO PACIENTE):

Artigo 1º – A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será **universal e igualitária**, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- I – ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II – ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- III – não ser identificado ou tratado por:
 - a) números;
 - b) códigos; ou
 - c) de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

Artigo 3º – **É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:**

- I – realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde;
- III – **manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes.**

Parágrafo único – O disposto no inciso III deste artigo compreende **também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera.**

Artigo 4º – Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público têm que garantir a todos os pacientes e usuários:

I – a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento para a assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição; e
II – o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.

Parágrafo único - O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

Artigo 5º – O descumprimento do disposto nesta lei implicará sanções administrativas, civis e penais.

Parágrafo único – Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Estadual de Saúde.

CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde através da RDC Anvisa nº 36 institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde e a obrigatoriedade da implantação do núcleo de segurança do paciente e seus protocolos, dentre eles, Protocolo de identificação do paciente e Protocolo de higienização das mãos.

CONSIDERANDO a RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA ANVISA–RDC Nº 63 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde:

Art. 8º O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;

- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

E, CONSIDERANDO a PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 do Ministério da Saúde que estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

Diante de todo exposto, entendemos que é nobre a iniciativa do vereador Nomura em propor melhorias nos atendimentos dos pacientes com sepse, porém, existe em nosso ordenamento jurídico, hierarquia, cuja Constituição Federal ocupa o ápice da pirâmide. Assim, as legislações infraconstitucionais devem tê-la como norte, respeitá-la, para não ter sua validade questionada. Se isso ocorre, há meios para expurgá-la da legislação. Qualquer pessoa física ou jurídica, por meio de controle repressivo difuso, pode discutir sua inconstitucionalidade de lei municipal que padeça de vícios formais.

A competência do município está delimitada na Constituição Federal. Nesse sentido, apesar de ampla, tem limitações, ou seja, não pode o município legislar em assuntos que a Constituição Federal não lhe atribuiu legitimidade. A jurisprudência também é pacífica acerca do tema. São vários os julgados que dizem que ainda que o excesso de poder legislativo deve ser combatido, não se pode admitir a vigência de leis que afrontam a Constituição Federal e que não estejam harmônicas com as esferas federal e estadual e, assim, causar instabilidade e insegurança jurídica às instituições e aos profissionais envolvidos, neste caso e principalmente, os enfermeiros que atuam nos serviços de urgências, emergências, acolhimento e classificação de risco.

A proposta de uma lei especificamente para o atendimento aos pacientes com sepse, em detrimento de outros, contraria as legislações e normas vigentes que preconizam, em todo território nacional, a prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, de forma universal e igualitária.

Concluindo, já existe ampla legislação para garantir a prestação de assistência segura e com qualidade aos pacientes em situações de emergências. O que tem faltado é fiscalização e determinação para o cumprimento das leis. Dentre os impeditivos para o cumprimento dos protocolos implantados, citamos: número inadequado dos profissionais médicos e enfermeiros; treinamento e capacitações da equipe multiprofissional deficitários; falta de leitos nas unidades de urgência e emergência e centro de tratamento intensivo. E é sobre isso que o município deve procurar regulamentar, a fim de dar eficácia às normas já existentes e garantir atendimento seguro e de qualidade a todos os usuários em quaisquer situações de emergência.

Luís Otávio
13/09/19