COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 3.752, DE 2012

(Apensados os PLs 4.841, de 2012; 6.266, de 2013; 8.160, de 2014; 8.271, de 2014; 275, de 2015; 278, de 2015; 310, de 2015; 1.459, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015 e 4.387, de 2016)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para estabelecer prazo de atendimento no Sistema Único de Saúde - SUS.

Autor: Deputado Ronaldo Fonseca

Relator: Deputado Sérgio Vidigal

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei 3.752, de 2012, de autoria do Deputado Ronaldo Fonseca, objetiva alterar a Lei 8.080, de 1990, para estabelecer prazo máximo para a realização de exames diagnósticos e de procedimentos para recuperação da saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O art. 2º da proposição insere o art. 19-V na Lei 8.080, de 1990, estabelecendo um tempo máximo de espera de trinta dias para exames e procedimentos. As Unidades de Terapia Intensiva e os casos considerados como de urgência e emergência são identificados como exceções, uma vez que exigem atendimento imediato.

O mesmo artigo prevê que caso o atendimento não se realize dentro do prazo estipulado, o Poder Público deverá providenciar sua imediata realização por meio da rede privada de saúde. Também estabelece

que a não observância dos dispositivos da Lei implicará em abertura de processo administrativo pelo órgão competente para apuração da responsabilidade.

Finalmente, o art. 3º da proposição prevê a entrada em vigor 180 dias após a publicação da Lei.

Na justificação, o Autor destaca que a legislação sanitária não dispõe sobre o tempo máximo de espera pelos usuários do sistema, sugerindo que isso tenha ocorrido pela “predominância das necessidades de gestão do sistema sobre o que realmente interessa: a prestação de serviço de qualidade e oportuno para cada cidadão”.

Foi apensado o projeto 4.841, de 2012, do Deputado Alberto Filho, que “dispõe sobre o tempo máximo de espera para realização de procedimentos médicos e ambulatoriais nas Unidades da Rede Pública de Saúde e dá outras providências”. A proposta obriga as unidades a atender os usuários do Sistema Único de Saúde com prazos máximos de espera a partir do agendamento, que seriam quinze dias para exames médicos; trinta para consulta e sessenta para cirurgias eletivas.

Consultas para idosos, gestantes, valetudinários e portadores de necessidades especiais devem ser realizadas no prazo máximo de três dias a partir do agendamento. Menores de dez anos ou portadores de doença grave terão os prazos reduzidos em um terço. Exceções são casos de atendimento de urgência e emergência ou Unidades de Terapia Intensiva, que exigem atendimento imediato. Por fim, propõe a abertura de processo administrativo para o descumprimento.

Os próximos dois apensados trazem diversos pontos idênticos. O Projeto de Lei 6.266, de 2013, do Deputado Sandro Mabel, que “estabelece prazos para o início efetivo do atendimento médico nos hospitais e demais unidades públicas de saúde federais, estaduais e municipais”. A proposta aborda o atendimento nas unidades de saúde, que deve ser imediato em casos de urgência e emergência, até uma hora após preenchimento de ficha e no máximo uma hora após o horário agendado. Obriga unidades de saúde a afixarem placa com nome e especialidade de médicos de plantão. Na falta de cumprimento, o paciente deve ser encaminhado e o atendimento em unidade privada, custeado pelo SUS, que também deve prover o transporte. A unidade ou hospital público deve ainda conseguir vaga em hospital particular.

O art. 5º determina que denúncias e reclamações dos usuários do serviço público de saúde devem ser encaminhadas ao Ministério Público ou à Comissão de Defesa do Consumidor local. O art. 6º prevê penas da esfera civil e penal para encarregados da direção da unidade de saúde, além de advertência, suspensão, demissão e multa.

O Projeto de Lei 8.160, de 2014, do Deputado Luiz Carlos Busato, “estabelece prazos para o início do atendimento médico nos hospitais e demais unidades do Sistema Único de Saúde”. Assim, determina que os atendimentos médicos no SUS devem ser iniciados de imediato, em caso de urgência e emergência; no máximo uma hora após o preenchimento da ficha de identificação nas recepções para atendimentos que não dependem de agendamento e no máximo em uma hora após o horário agendado, em atendimentos marcados anteriormente. O art. 3º obriga a exibição de nomes e especialidades de médicos plantonistas em placar nas entradas de hospitais e unidades do SUS.

Se não houver possibilidade de atendimento para procedimentos que dispensam marcação em uma hora, será obrigatório o encaminhamento a uma unidade privada. O art. 5º obriga o encaminhamento de denúncias à Comissão de Defesa do Consumidor nas esferas municipal, estadual, federal ou ao Ministério Público. As sanções administrativas de advertência e multa serão aplicáveis, sem prejuízo da responsabilização civil e penal. Por fim, o artigo 7º estabelece o prazo de cento e oitenta dias para a adaptação à lei.

O Projeto 8.271, de 2014, dos Deputados Beto Albuquerque e Paulo Foletto “altera a lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”, para que os exames sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias”. Como prevê a ementa, em casos em que a hipótese principal seja neoplasia maligna, o médico responsável fundamentará solicitação e os exames serão realizados em, no máximo, trinta dias. O Projeto de Lei 310, de 2015, do Deputado Kaio Maniçoba, o Projeto de Lei 275, de 2015, da Deputada Carmen Zanotto e o Projeto de Lei 1.513, de 2015, do Deputado Uldurico Junior, também apensados, trazem ementa e teor idênticos.

Tramita em conjunto ainda o Projeto de Lei 278, de 2015, do Deputado Heuler Cruvinel, que “dispõe sobre a obrigatoriedade de agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios no âmbito do Sistema Único de Saúde na forma que especifica”. A proposta estabelece que o médico responsável solicitará exames pré-operatórios, agendará a consulta de retorno e a cirurgia dentro do prazo de validade dos exames. Deverá ser garantida a realização na data estabelecida, sendo que o descumprimento sujeita à pena de multa.

O próximo apensado, Projeto de Lei 1.459, de 2015, da Deputada Flávia Morais, “estabelece prazo para a realização de cirurgia eletiva sensível ao tempo e dá outras providências”. O texto determina que cirurgias eletivas sensíveis ao tempo, na esfera do SUS ou de planos e seguros privados de saúde, sejam realizadas no prazo máximo de cento e oitenta dias após a indicação médica. O médico responsável pode fixar prazo menor, quando a situação recomendar. O parágrafo 3º do artigo 2º conceitua cirurgia eletiva sensível ao tempo aquelas cujo adiamento possa provocar danos à saúde do paciente. Em seguida, informa que a lista constante do anexo pode ser complementada pelos órgãos reguladores. O artigo 3º sujeita gestores a penalidades administrativas previstas em lei e regulamento.

A seguir, o anexo traz o código e o nome dos procedimentos considerados como sensíveis ao tempo, que incluem facetectomia, tratamento cirúrgico de varizes, vitrectomia, correção de estrabismo, revascularização miocárdica, infartectomia ou aneurismectomia, cirurgia em valvas, implante de marcapasso e troca de gerador, adenoidectomia ou amigdalectomia, timpanoplastia, nefrolitotomia.

O Projeto de Lei 4.239, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati “dispõe sobre a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em oferecer para crianças com pré-diagnóstico de câncer, a realização de exames complementares e tratamento no prazo de no máximo 30 dias, visando a proteger a saúde dessas crianças”. O art. 1º explicita que o prazo será contado a partir do dia em que for firmado o diagnóstico. Considera iniciado o tratamento se for realizada cirurgia, radio ou quimioterapia. O § 2º estabelece que o exame deve ser realizado se forem cumpridas as exigências do *caput*.

Por fim, o Projeto de Lei 4.387, de 2016, do Deputado Wilson Filho “estabelece prazos para realização de exames no Sistema Único de Saúde – SUS”. Obriga, assim, o prazo máximo de trinta dias para exames e procedimentos de rotina ou eletivos e quinze dias em caso de urgência. Se os

prazos não forem obedecidos, a autoridade sanitária deve encaminhar o paciente para a rede privada. Por fim, impõe a pena de multa, além de sanções civis e penais para a desobediência.

Decorrido o prazo regimental, não foram apresentadas emendas.

As proposições foram despachadas para apreciação conclusiva das Comissões de Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e Cidadania.

II – VOTO DO RELATOR

O Projeto de Lei 3.752, de 2012, no mesmo sentido de seus apensados, aborda questões centrais para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde: a universalização do acesso, a qualidade e integralidade da atenção e o respeito ao usuário. O tempo de espera para realização de exames e de procedimentos é um dos fatores que determina o resultado final para o paciente. Evidentemente, quanto mais precoce a intervenção, maior a chance de cura e menores os danos para a pessoa, em termos de sequelas e complexidade de tratamentos e, via de regra, menores gastos em saúde.

O primeiro apensado, o Projeto 4.841, de 2012, tem a mesma preocupação. No entanto, a fórmula que propõe abriga tantas exceções que tornam difícil seu cumprimento. Por exemplo, quando reduz o prazo de atendimento para portadores de doenças graves, implica a exigência de se definir os critérios para caracterizá-las. Muitas doenças corriqueiras podem apresentar complicações bastante sérias. Queixas aparentemente simples podem esconder alterações orgânicas que levam à morte. A depender do estado clínico da pessoa, mesmo uma doença banal pode representar risco de morte.

As próximas proposições, Projetos de Lei 6.266, de 2013 e 8.160, de 2014, parecem-nos igualmente de difícil implementação. Além disto, conflitam com diversos fluxos e instâncias já estabelecidos na legislação sanitária. Por exemplo, o encaminhamento de denúncias dos usuários tem foro nas Ouvidorias do SUS e nos Conselhos de Saúde, não na esfera consumerista. A transferência de pacientes para internação obedece a

contratos de organização, e existe uma Central de Regulação para identificar leitos aptos para os receberem, tanto em unidades públicas quanto privadas, contratadas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Assim, o pagamento pelos serviços de assistência é suportado pelo SUS, mas com a observância de parâmetros e limites acordados.

Fazemos ainda a ressalva de que o encaminhamento para serviços privados não será panaceia para desafogar o SUS, como também sugere o Projeto de Lei 4.387, de 2016, haja vista a atual incapacidade de atendimento de unidades vinculadas a planos e seguros de saúde e mesmo de serviços privados. Parece-nos ainda de pouco impacto determinar que se encaminhe a serviço privado pessoas que aguardem uma hora após preencher ficha de identificação para atendimentos que não requeiram agendamento prévio, que são muito poucos, de fato.

Outra ponderação é quanto aos recursos para apoiar essa determinação, cujo custo terá, obrigatoriamente, de ser pactuado entre os diferentes atores de acordo com as diretrizes do SUS, sob pena de desequilibrar gravemente o orçamento alocado.

Estabelecer trinta dias para exames diagnósticos em pacientes com suspeita de neoplasia maligna é um complemento oportuno para a Lei que disciplina o prazo de sessenta dias para o primeiro tratamento para neoplasias no SUS, conforme propõem os projetos 8.271, de 2014; 275, de 2015; 310, de 2015; 1.513, de 2015 e 4.239, de 2015.

O Projeto de Lei 278, de 2015 toca em um ponto essencial para a consolidação da linha de cuidado com paciente cirúrgico – assegurar a realização da cirurgia no prazo em que os exames pré-operatórios sejam válidos para conferir segurança ao ato. Alguns testes, especialmente de natureza cardiológica, ou os requeridos em virtude de fatores como faixa etária e presença de comorbidades ou mesmo para cirurgia bariátrica, são de acesso difícil e são válidos por tempo determinado. É vital que os resultados sejam aceitáveis quando da intervenção cirúrgica, o que demanda, reiteramos, organização dos serviços.

O Projeto de Lei 1.459, de 2015, adota o conceito de cirurgia sensível ao tempo, que enquadra a maioria das cirurgias oncológicas, para determinar que sejam realizadas em no máximo, cento e oitenta dias. No entanto, consideramos que, quando há indicação inequívoca de intervenção cirúrgica eletiva, qualquer adiamento traz prejuízos para o paciente.

A Autora faz menção a relatório do Tribunal de Contas da União que constata a superlotação das emergências, falhas na regulação de leitos, inúmeras dificuldades com profissionais da saúde. A conclusão reforça que, se as medidas de atenção básica estivessem sendo desempenhadas da forma ideal, a consequência natural seria o desafogamento das unidades de pronto atendimento com redução de custos para o SUS.

O perigo de elaborar listas, como a do anexo, ainda que possam ser complementadas no futuro, como diz o texto, é a impossibilidade de serem exaustivas. Por esse motivo, a nosso ver, elas devem integrar normas regulamentadoras, de mais fácil atualização. Por exemplo, não constam cirurgias para correção de hérnias inguinais ou de litíase biliar na relação anexa. Sabe-se, entretanto, das complicações que essas duas condições, aparentemente simples, podem trazer aos pacientes que demoram a ser operados.

Tendo em vista os projetos sob comento, vemos que todos refletem a vontade de evitar o agravamento das doenças das pessoas e reforçam as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde – ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, com atendimento integral, priorizando-se atividades preventivas sem prejuízo da assistência.

Apesar de o SUS ter alcançado expressivas conquistas na ampliação da cobertura de ações e serviços, as ainda numerosas filas, a demanda reprimida e mesmo a falta de medicamentos, frequentemente denunciadas na mídia, são a expressão concreta de que ainda não se atingiu o ideal traçado pela Constituição de 1988. Era de se esperar que a situação apontada tivesse sido resolvida antes, como decorrência natural do cumprimento do texto constitucional. No entanto, persistem problemas estruturais bastante graves e ainda não corrigidos, que deixam evidente que o objeto das proposições não é senão consequência de um desafio maior que precisa ser superado. Algo como a ponta do iceberg.

Dentre esses problemas, o subfinanciamento do SUS talvez seja um dos mais pungentes. O padrão de financiamento do SUS pela União permanece praticamente inalterado, contingenciado e tende a se reduzir. Estados e Municípios encontram dificuldades em ampliar e qualificar ações e serviços de saúde e informam aportar recursos em proporções muito superiores às definidas em lei.

Por outro lado, o Programa Mais Médicos aliviou a falta de profissionais de saúde e logrou melhorar o acesso de populações em situação de desigualdade a ações e serviços de saúde. No entanto, a despeito do progresso da atenção básica, persistem empecilhos na atenção de média e alta complexidade. A gestão do sistema e a consolidação de redes de saúde ainda não alcança a extensão requerida. Faltam leitos, unidades, profissionais, medicamentos, equipamentos. Enfim, percalços na construção do SUS ideal se abatem sobre os usuários, retratados por filas e demanda reprimida e pior, pelo agravamento das patologias.

Nesse cenário, consideramos que é importante, sim, estabelecer prazos para os diversos tipos de atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como limitar o tempo de espera nas recepções ou antessalas, até mesmo para reforçar o direito de o cidadão ser atendido com respeito. No entanto, estabelecer limites é extremamente complexo e demanda, além de organização gerencial, disponibilidade de recursos humanos, insumos e infraestrutura.

Como comparação com o setor de planos e seguros privados de saúde, a Resolução Normativa 259, de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, estabelece, por exemplo, prazos máximos para atendimento de três dias úteis para serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, de sete dias úteis para realização de consulta básica de pediatria e ginecologia, e de 21 dias úteis para atendimento em internação eletiva. Esses prazos referem-se aos serviços e não a profissionais específicos.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 2077, de 2014, considera desejável que, em serviços de emergência, cada médico atenda um máximo de três pacientes por hora. Foi amplamente adotado o acolhimento com classificação de risco, que indica o atendimento imediato apenas em casos de risco de morte iminente. Com esse exemplo, vemos em que medida o dimensionamento e a quantificação de recursos humanos representam outro grande obstáculo para o fluxo de atendimentos à saúde.

É concreta a dificuldade de estabelecer o prazo ideal para que alguém seja atendido no serviço de saúde. O ideal será sempre o imediato, ou o mais rápido possível. No caso presente, o essencial é identificar a cadeia de causas que resultam na insuficiência de atendimento às pessoas e trabalhar

arduamente no sentido de apoiar as mudanças necessárias. A solução não reside apenas em editar uma lei para indicar um tempo máximo de espera, que muito provavelmente será impossível de cumprir de pronto, como está ocorrendo com o prazo de sessenta dias para pacientes oncológicos que foi determinado pela Lei 12.732, de 2012.

Se não existe estrutura para cumprir o que a legislação determina, a penalização de gestores será a única saída para a situação. Não é isso o que se deseja. A dificuldade que se tenta remediar com leis depende do aperfeiçoamento da gestão em todos os níveis, com definição de redes e regulação, qualificação do atendimento e fornecimento regular e suficiente de insumos. Essas são ações típicas do Poder Executivo.

Os princípios legais que norteiam o Sistema Único de Saúde estabelecem a competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em seu âmbito administrativo de “elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde”.

Tendo isso em vista, optamos por apresentar duas proposições nesse Relatório, uma Indicação e um Substitutivo.

A Indicação sugere que o SUS defina, em todos os níveis, prazos para os diversos procedimentos, incluindo a questão da validade de exames pré-operatórios. Optamos por esse instrumento em respeito ao que prega o Regimento Interno da Câmara dos Deputados,

Art. 113. Indicação é a proposição através da qual o Deputado:
I – sugere a outro Poder a adoção de providência, a realização de ato administrativo ou de gestão, ou o envio de projeto sobre a matéria de sua iniciativa exclusiva.

Assim, julgamos prudente que o próprio SUS se incumba de definir prazos reais e atingíveis, estabelecendo metas para que eles sejam progressivamente encurtados, à medida que se adotam estratégias para ampliar recursos orçamentários, humanos e de infraestrutura, bem como o aperfeiçoamento da gestão.

Mesmo considerando impossível consolidar no texto da lei um parâmetro aplicável à infinidade de situações clínicas encontradas na

vida cotidiana, julgamos essencial pontuar para os gestores de saúde a necessidade de que ele seja estabelecido e que haja um esforço de organização para obedecê-lo e eliminar as filas no SUS. Optamos, assim, por sumarizar as preocupações de falta de acesso manifestadas pelos projetos em alteração à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Desse modo, deixamos margem para as normas infralegais procederem ao detalhamento indispensável, no mesmo sentido da Indicação proposta.

Mantemos, ainda, a alteração sugerida por diversos projetos para a Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012. Esses dois tópicos constam do substitutivo que apresentamos.

Diante do exposto, somos pela aprovação do Projeto de Lei 3.752, de 2012 e dos Projetos de Lei apensados, 4.841, de 2012; 6.266, de 2013; 8.160, de 2014; 8.271, de 2014; 275, de 2015; 278, de 2015; 310, de 2015; 1.459, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015 e 4.387, de 2016, na forma do substitutivo que apresentamos a seguir, e pelo encaminhamento de Indicação ao Poder Executivo.

Sala da Comissão, em 02 de agosto de 2016.

Deputado SÉRGIO VIDIGAL
Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 3.752, DE 2012

(Apensados os PLs 4.841, de 2012; 6.266, de 2013; 8.160, de 2014; 8.271, de 2014; 275, de 2015; 278, de 2015; 310, de 2015; 1.459, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015 e 4.387, de 2016)

Altera as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 12.732, de 22 de novembro de 2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 15 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“

Parágrafo único. A elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade referidos no item V contemplará a definição de prazos máximos para a prestação de serviços de assistência à saúde.”(NR)

Art. 2º O art. 2º da Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início” passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

“

§ 3º. Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica for a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser

realizados no prazo máximo de trinta dias mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (NR)

Art. 3º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

Sala da Comissão, em 02 de agosto de 2016.

Deputado SÉRGIO VIDIGAL
Relator