

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 3.697, DE 2012

(Aposos: PL nº 5.612, de 2013, PL nº 3.951, de 2015; e PL nº 6.773, de 2016)

Dispõe sobre o programa de agendamento de consultas e entrega domiciliar de medicamentos de uso contínuo às pessoas portadoras de necessidades especiais e aos idosos em todo o território nacional, e dá outras providências.

Autor: Deputado Marco Tebaldi

Relatora: Deputada Raquel Muniz

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei em epígrafe objetiva criar o programa de agendamento telefônico de consultas e a entrega domiciliar gratuita de medicamentos de uso contínuo às pessoas portadoras de necessidades especiais e aos idosos, com cobertura em todo o território nacional. Além disso, a proposição define o que seria considerado, para a lei, portador de necessidade especial e idoso. A proposta também veda a criação de tarifas para agendamento de consulta ou entrega dos medicamentos e prevê que o cadastramento dos beneficiários se dará em uma Unidade Básica de Saúde, definindo os documentos necessários para tal fim.

Entretanto, a proposta restringe o agendamento de consultas por via telefônica a 30% do total de consultas disponíveis diariamente e estabelece que o medicamento de uso contínuo fornecido deverá ser suficiente, pelo menos, para 01(um) mês de tratamento. Há também previsão de interrupção caso ocorra algumas condições listadas, além de sanções para o descumprimento da lei.

Apensado ao projeto encontram-se três outras propostas. O primeiro apenso, o PL Nº 5.612, de 2013, de autoria do Deputado Davi Alves, tem objetivo semelhante ao do principal, sendo que a marcação de consultas se daria pela rede mundial de computadores.

O segundo projeto, o PL nº 3.951, de 2015, conjuga os dois sistemas previstos nos projetos anteriores, a telefonia e a internet.

Por fim, o PL nº 6.773, de 2016, sugere a criação do “TELESSAÚDE”, uma espécie de plantão nacional de orientação aos usuários do SUS a ser realizado por telefone. A finalidade do plantão telefônico seria a de prestar orientações sobre a rede de serviços disponíveis no SUS para atender o quadro de enfermidade que o usuário apresenta.

As propostas foram distribuídas para apreciação conclusiva das Comissões de Seguridade Social e Família; de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência; de Finanças e Tributação (Art. 54 RICD); e de Constituição e Justiça e de Cidadania (Art. 54 RICD).

No prazo regimental, não foram apresentadas emendas à proposição no âmbito desta Comissão de Seguridade Social e Família.

II – VOTO DA RELATORA

As proposições sumariadas no Relatório precedente demonstram a preocupação de seus autores em facilitar o acesso de idosos e pessoas com deficiência aos serviços de atenção à saúde, em especial o agendamento de consultas e a entrega domiciliar de medicamentos de uso contínuo. Sabemos que tais ações são extremamente importantes para aqueles que possuem limitações relacionadas à locomoção.

Entretanto, em que pesem os méritos das propostas, precisamos avaliar a sua aplicabilidade em todo o território nacional. Sabemos que o Brasil é um país de dimensões gigantes e com diferenças regionais e locais proporcionais ao seu tamanho. Se em algumas regiões do país esses tipos de serviços, de atenção diretamente no domicílio do paciente, podem ser realizados sem grandes óbices, muitos lugares não terão condições operacionais de implementar tal obrigação.

De fato, no que tange aos serviços de saúde pública no nosso país, nem sempre aquilo imaginado como ideal pode ser concretizado. As carências no âmbito do SUS são enormes, algumas intransponíveis. Faltam medicamentos, insumos, instalações, equipamentos e principalmente profissionais qualificados e em quantidade mínima suficiente para a realização dos serviços mais essenciais, o que se dirá de serviços de apoio. Seria bastante temerário instituir uma obrigação aos gestores de saúde que, já se sabe previamente, será de difícil implementação em muitos lugares, sem sopesar as possibilidades de responsabilização desses gestores pelo descumprimento de normas jurídicas impraticáveis.

Diante de tantas carências e tantos obstáculos à adequada atenção à saúde, à atividade fim do SUS, seria uma irresponsabilidade a criação de novas obrigações, não relacionadas de forma imediata com a prestação dos serviços que compõem a atividade finalística do sistema, as quais poderiam impactar ainda mais negativamente a concretização do direito à saúde, ao forçar os gestores a mobilizar diversos recursos em serviços como os ora propostos.

Importante destacar, ainda, que tais obrigações serão assumidas pelos municípios, pois são eles os maiores responsáveis pela organização e manutenção dos serviços de atenção à saúde. O impacto financeiro será sentido pelos cofres municipais. Entendo não ser adequado, tendo em vista o pacto federativo e a distribuição de competências entre os entes federados, que a União institua, de forma unilateral, novas obrigações a serem desempenhadas pelos demais entes e sem qualquer contrapartida federal.

Além disso, vale salientar a existência da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizada como uma *“modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”*. Esse serviço de atenção domiciliar idealizado para o SUS e atualmente disciplinado pela Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, atua de forma complementar à internação hospitalar e conta com equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de apoio. Obviamente que nesse tipo de atendimento, a dispensação dos medicamentos

e o fornecimento de outras terapias, tendo em vista a integralidade do SUS, fazem parte do escopo do serviço.

Com efeito, muitos gestores municipais e estaduais de saúde desenvolvem ações que vêm ao encontro dos mesmos objetivos perseguidos pelos parlamentares e albergados no programa de atenção domiciliar regulamentado pelo Ministério da Saúde.

No que tange especificamente à proposta de criação de um plantão telefônico destinado a prestar orientações aos usuários do SUS acerca de “quadro de enfermidade que o usuário apresenta”, veiculada no PL 6.773/2016, entendemos não ser ela adequada. Se há quadro de enfermidade, é essencial que o paciente procure o serviço de saúde e seja atendido pelo médico especialista, de acordo com os sintomas iniciais. Não há como ser feita a substituição do atendimento médico presencial, com anamnese adequada do indivíduo, por uma consulta telefônica, sem avaliação de sinais, sintomas e aparência do paciente. Os riscos desse tipo de atendimento podem ser ainda maiores e levar a tratamentos inadequados e ao uso não indicado de medicamentos.

Assim, reconhecemos que as iniciativas têm seus méritos, porém, perante os muitos obstáculos existentes à sua operacionalização em todo o território nacional, em respeito à descentralização do SUS e ao pacto federativo e como forma de proteger os gestores públicos de saúde contra sanções e responsabilizações por descumprimento normativo, considero de bom alvitre que os projetos não sejam acolhidos por esta CSSF.

Ante o exposto, manifestamos nosso VOTO pela REJEIÇÃO dos Projetos de Lei n.º 3.697, de 2012; nº 5.612, de 2013; nº 3.951, de 2015; e nº 6.773, de 2016.

Sala da Comissão, em de de 2017.

Deputada RAQUEL MUNIZ
Relatora