

PROJETO DE LEI Nº , DE 2015
(Da Sra. Flávia Morais)

Estabelece prazo para a realização de cirurgia eletiva sensível ao tempo e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei tem por objetivo estabelecer prazo para a realização das cirurgias eletivas que especifica.

Art. 2º As cirurgias consideradas sensíveis ao tempo, ainda que consideradas eletivas, no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde e dos planos de saúde regidos pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, deverão se realizar dentro do prazo máximo de 180 dias contados da data de sua indicação médica.

§1º Nos casos em que a situação concreta recomendar, a cirurgia deverá se realizar em prazo menor, fixado pelo médico responsável pelo paciente.

§2º Consideram-se cirurgias eletivas sensíveis ao tempo os procedimentos relacionados a casos em que seu adiamento puder provocar danos à saúde do paciente.

§3º A lista das cirurgias constantes do anexo desta lei poderá ser complementada pelos órgãos reguladores competentes.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis por sua execução e regulação às penalidades administrativas previstas em lei e regulamento.

Art. 5º Esta lei entra em vigor 180 dias após a data de sua publicação.

ANEXO I

Código Procedimento	Nome do Procedimento
0405050097	Facectomia com implante de lente intraocular
0405050100	Facectomia s/implante de lente intraocular
0405050119	Facoemulsificação com implante de lente intraocular rígida
0405050372	Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável
0408040076	Artroplastia total de quadril (revisão/reconstrução)
0408040084	Artroplastia total primária do quadril cimentada
0408040092	Artroplastia total primária do quadril não cimentada/híbrida
0408050063	Artroplastia total primária do joelho
0408050055	Artroplastia total de joelho - revisão/reconstrução
0408050160	Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior)
0408050888	Tratamento cirúrgico de rotura de menisco com sutura meniscal uni / bicompartimental
0408050896	Tratamento cirúrgico de rotura do menisco com meniscectomia parcial / total
0404010016	Adenoidectomia
0404010024	Amigdalectomia
0404010032	Amigdalectomia c/ adenoidectomia
0404010105	Estapedectomia
0404010210	Mastoidectomia radical
0404010229	Mastoidectomia subtotal
0404010237	Microcirurgia otológica
0404010350	Timpanoplastia (uni / bilateral)
0409030040	Ressecção endoscópica de próstata
0409010235	Nefrolitotomia percutânea
0409010561	Ureterolitotomia
0406020566	Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)
0406020574	Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral)
0405030134	Vitrectomia anterior
0405030142	Vitrectomia posterior
0405020015	Correção cirúrgica de Estrabismo (acima de 2 músculos)
0405020023	Correção cirúrgica de Estrabismo (até 2 músculos)
48.010.07-3	Revascularização Miocárdica com uso de Extracorpórea
48.010.08-1	Revascularização Miocárdica com uso de Extracorpórea, com dois ou mais enxertos, inclusive arterial
48.010.09-0	Revascularização Miocárdica sem uso de Extracorpórea
48.010.10-3	Revascularização Miocárdica sem uso de Extracorpórea, com dois ou mais enxertos inclusive arterial
48.010.11-1	Infarctectomia ou Aneurismectomia associada ou não à revascularização miocárdica
48.010.12-0	Plástica Valvar
48.010.13-8	Implante de Prótese Valvar
48.010.14-6	Plástica Valvar e/ou Troca Valvar Múltipla
48.010.15-4	Troca Valvar com Revascularização Miocárdica
48.010.16-2	Implante com troca posição valvas (Cirurgia de Ross)
48.010.17-0	Instalação de Assistência Circulatória
48.010.18-9	Manutenção de Assistência Circulatória Prolongada
48.010.19-7	Ressecção de Endomiocardiofibrose
48.010.20-0	Pericardiectomia

48.010.21-9	Pericardiectomia Parcial
48.010.22-7	Correção de Aneurisma ou Dissecção da Aorta Toraco-Abdominal
48.010.23-5	Reconstrução da Raiz da Aorta
48.010.24-3	Reconstrução da Raiz da Aorta com tubo Valvado
48.010.25-1	Troca da Aorta Ascendente
48.010.26-0	Troca do Arco Aórtico
48.010.27-8	Implante de marcapasso epimiocárdico
48.010.28-6	Implante de Marcapasso de câmara única transvenoso
48.010.29-4	Implante de Marcapasso de dupla câmara transvenoso
48.010.30-8	Troca de gerador de marcapasso câmara única
48.010.31-6	Troca de gerador de marcapasso de dupla câmara

JUSTIFICATIVA

É possível constatar, pela leitura do Relatório da Tomada de Contas nº 032.624/2013-1, que, no âmbito do Tribunal de Contas da União, *iniciou-se a elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas, visando aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas*¹.

Assim é que me valho dos resultados do citado documento para fundamentar a presente iniciativa, que tem por objetivo primeiro estabelecer prazo para a realização de cirurgias eletivas. Num primeiro momento, parece um contrassenso estabelecer prazo para a realização dessas cirurgias, na medida em que vivemos meio a um caos que prestigia o atendimento de emergências e de urgências em nossa rede de saúde pública espalhada pelo País.

Mas, do Relatório da TC acima mencionada é possível constatar que a superlotação das emergências hospitalares se deve a diversas dificuldades dentre as quais, e em especial, a da população em geral não conseguir acessar facilmente as cirurgias eletivas². É que o paciente durante

¹ Aliás, por determinação da Presidência do Tribunal de Contas da União, acolhendo sugestão do Ministro Raimundo Carreiro efetuada na Sessão Plenária de 24/04/2013.

² 203. **Outra possível causa para a superlotação das emergências reside na dificuldade de acesso da população a consultas ambulatoriais com especialistas, exames de diagnóstico e cirurgias eletivas.** O'Dwyer et. al. (op. cit.), relata que a “falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos”.

meses fica obrigado à espera da realização de uma cirurgia eletiva³, fazendo com que um problema de saúde a ser resolvido com um procedimento programado, mais simples e barato, passe a ser realizado mediante procedimento emergencial ou de urgência.

Por conta disso e, é claro, de diversas outras vicissitudes do Sistema⁴, de modo em geral, pode-se afirmar que há um elevado percentual de consultas de emergências em relação ao total de consultas realizadas no âmbito do SUS⁵ que poderia e deveria ser evitado a bem da redução dos custos e da melhoria da qualidade do atendimento com a saúde pública no Brasil⁶.

É dizer, o que se apresenta hoje como algo a ser resolvido emergencialmente ou urgentemente, corresponde a uma situação passada que poderia ter sido resolvida com cirurgias eletivas. A propósito, cirurgia eletiva é, em medicina, aquela em que se consegue escolher a melhor data para se realizar um procedimento cirúrgico. Geralmente ela é realizada após diversos

³ 231. Também foi detectada a ausência de uma adequada regulação ou gestão dos leitos existentes, como se observa nos seguintes exemplos: a) em unidade no Amapá, **o paciente pode aguardar durante meses a realização de uma cirurgia eletiva**; b) na Paraíba, foram constatados casos de **pacientes que permanecem internados sem previsão para a realização das respectivas cirurgias**; c) no Maranhão, foi relatada a **internação contínua de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva**; d) no Piauí, relatou-se a **excessiva autonomia das clínicas** de um hospital visitado, cujas **vagas nos leitos de enfermaria e UTI são, em regra, ocupadas conforme decisão dos seus coordenadores**.

⁴ 297. A situação de pleno emprego para os profissionais de nível superior na área da saúde, o conhecido corporativismo das instituições representativas desses profissionais, os interesses políticos envolvidos e a mitificação do médico por parte da população acarretam diversas dificuldades no âmbito do sistema de saúde. Uma dessas dificuldades é a submissão da administração contratante aos interesses de categorias profissionais, que foi constatada em alguns estados. Em Sergipe, por exemplo, foi relatado nas entrevistas que algumas categorias médicas estão impondo aos hospitais condições para trabalhar. **Além disso, no âmbito desse estado, foi relatada a criação de sistema de regulação próprio pelos médicos, com a existência de uma fila de atendimento para privilegiar, na ordem da realização de cirurgias eletivas, os pacientes atendidos nos consultórios particulares desses médicos.**

⁵ 204. (...) elevado percentual de consultas de emergências em relação ao total de consultas realizadas no âmbito do SUS. A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estabeleceu que as consultas de urgência e emergência devam corresponder a 15% do total de consultas médicas programadas, as de clínicas básicas a 62,7% e as consultas especializadas a 22,3%. No entanto, segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde referente ao exercício de 2012, as consultas de emergências realizadas nos diversos tipos de unidades de saúde no âmbito do SUS corresponderam a 35,03% do total de consultas SUS. Nesse mesmo ano, as consultas básicas representaram 48,22% e as especializadas 16,74%. A participação das consultas de emergência em 2012 em relação ao total de consultas foi maior que a observada nos anos de 2009 a 2011 (31,37%, 33,87%, e 33,40%, respectivamente). O Gráfico 82 apresenta essa distribuição por tipo das consultas realizadas no SUS nos anos de 2009 a 2012, bem como permite a comparação com o parâmetro do Ministério da Saúde.

⁶ “205. A partir das considerações acima expostas, a unidade técnica entendeu que se a Atenção Básica cumprisse as suas funções na Rede de Atenção à Saúde (ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes), a demanda por atendimentos nas emergências hospitalares seria menor e, consequentemente, o custo para o Sistema Único de Saúde também seria reduzido.”

exames que são feitos para obter as melhores condições de saúde do paciente.

No entanto, não são poucos os casos em que a eletividade da cirurgia – que em tese significa a possibilidade da espera – acaba por encobrir danos causados à saúde de pacientes. Cito, por exemplo, a realização de procedimentos diagnósticos cardiológicos. Mesmo que exames revelem alterações importantes, como no caso de coronariopatia bi ou triarterial, muitas vezes não há como esperar o período de convalescença após a realização de uma cirurgia de revascularização miocárdica para a realização da cirurgia curativa da neoplasia.

Não é à toa que existem inúmeros atos normativos editados pelo próprio Poder Executivo, no âmbito da regulação da atividade, como são os casos das Portarias GM/MS nº 2.658⁷; 2.249⁸; 1.467⁹; 463¹⁰; 977¹¹ e 131¹², todas de 2014; 1.557¹³; 457¹⁴; 673¹⁵, 880¹⁶; 1357¹⁷; todas de 2013; 1340¹⁸ e Resoluções CIB nºs 88¹⁹, 262²⁰, 265²¹, todas de 2012; e a Portaria GM/MS nº 2.138²², de 2011, editadas dentro do “Programa Cirurgias Seletivas”.

⁷ Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

⁸ Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

⁹ Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e dá outras providências.

¹⁰ Estabelece a distribuição do limite financeiro dos recursos para a execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos do Estado e Municípios da Bahia referente aos Componentes: I - Cirurgias de Catarata, Componente II - Especialidades e Procedimentos Prioritários e o Componente III- Outros Procedimentos, para o exercício de 2012, conforme o Anexo desta Portaria.

¹¹ Estabelece os recursos financeiros destinados ao custeio da execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nos Estados de Alagoas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e ao Distrito Federal, conforme o anexo a esta Portaria.

¹² Estabelece a possibilidade de remanejamento de recursos financeiros do Componente II para realização de procedimentos de cirurgias eletivas do Componente III e dá outras providências.

¹³ Define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios dos anos de 2013 e 2014.

¹⁴ Autoriza a contratação de pessoa jurídica para realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos para atendimento ao usuário do SUS com base no disposto Portaria GM/MS Nº. 1.340 de 29 de junho de 2012, Resolução CIB/BA nº 262/2012 e Resolução CIB/BA nº 265/2012.

¹⁵ Autoriza a abertura do Credenciamento nº 003/2013, referente à contratação de empresa especializada na realização de procedimentos cirúrgicos eletivos para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁶ Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumato-ortopédicos de Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁷ Altera a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013 e dá outras providências.

¹⁸ Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013.

¹⁹ Aprova a alocação dos recursos financeiros para a execução de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade referente aos Componentes I, II e III da Portaria GM/MS Nº 2.318, de 30 de setembro de 2011, referente ao exercício 2012.

²⁰ Aprova a alocação de recursos para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios de 2012 e 2013 e dá outras providências.

Assim é que o presente projeto de lei pretende, nessa linha, estabelecer o prazo máximo de 180 dias (ou outro a ser definido, caso a caso, pelo médico responsável pelo atendimento quando for hipótese a ser submetida a prazo menor que o legal) para cirurgias consideradas *time-sensitive*, ainda que considerada eletiva. Trata-se de termo usado pela nova diretriz da AHA (American Heart Association) e que ora se pretende consagrar para quaisquer áreas da medicina. Correspondem aos procedimentos que merecem, dadas as peculiaridades que representam, estar vinculadas a prazos para a sua realização.

Refere-se a casos em que seu adiamento provoca danos ao paciente. A maioria das cirurgias oncológicas se enquadra nesta categoria, razão pela qual apresentei a emenda substitutiva global de plenário nº 1 ao Projeto de Lei nº 3887, de 1997, que, aprovada pelo Congresso Nacional, se transformou na Lei nº 12.732, de 2012, para atendimento daqueles que tanto sofrem com o câncer.

Trata-se, portanto, assim como o PL 3887, de 1997, de mais uma tentativa de estimular o debate com os membros do Congresso Nacional, representantes da classe médica e dos governos federal e estaduais, a fim de socorrer a população brasileira que já não aguenta mais tantos problemas no atendimento médico no Brasil. Obviamente o texto poderá receber, e é natural que receba, sugestões visando o aperfeiçoamento do que ora se propõe, já que o que se almeja, precípuamente, é trazer o tema para o centro dos debates nesta Casa Legislativa.

Isto posto, na certeza de que a presente medida é meritória, pedimos apoio aos membros do Congresso Nacional para a aprovação da presente iniciativa legislativa que tem por objetivo principal um atendimento mais efetivo e eficaz à saúde do povo brasileiro.

Sala das Sessões, de de 2015.

²¹ Aprova a Tabela de Valores Diferenciados da Tabela Unificada do SUS para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos referentes à Portaria GM/MS Nº 1.340 de 29 de junho de 2012, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios de junho de 2012 a junho de 2013.

²² Redefine a estratégia para a ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, que passará a contar com três componentes, com financiamento específico.

Deputada Flávia Morais
PDT/GO