



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.892-A, DE 2003

(Do Sr. Vieira Reis)

Obriga os hospitais, clínicas da rede Pública e Privada em todo o território nacional a adotarem medidas preventivas, tornando obrigatório uma etiqueta de identificação com foto do paciente; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela rejeição deste e da Emenda 1/2003 da CSSF (relator: DEP. GERALDO RESENDE).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- Emenda apresentada na Comissão
- parecer do relator
- parecer da Comissão

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Torna obrigatório aos hospitais e clínicas da rede pública e privada em todo o território nacional adotarem medidas preventivas, estabelecendo o uso obrigatório de etiqueta de identificação com foto do paciente.

Parágrafo único O sistema a ser implantado pelos hospitais e clínicas trata-se de uma mini câmara digital webcam que funciona com disparo contínuo incorporado ao computador, que possibilita ao usuário ter a sua foto impressa instantaneamente com o nome ou qualquer outro dado que se queira inserir, sistema amplamente usado nos edifícios comerciais e empresas públicas.

Art. 2º A consulta ou internação, em qualquer de suas modalidades, só será efetuada mediante a identificação do paciente pelo médico através da etiqueta de identificação, acompanhado do prontuário médico com a evolução clínica do paciente.

1. É facultado ao acompanhante sua permanência na sala durante a avaliação médica, sempre que a situação permitir.

2. O paciente tem o direito de ser informado quando o tratamento a que vai ser submetido (medicamento ou cirurgia) é experimental.

Parágrafo único O prontuário médico, receita médica, relatório médico, devem obrigatoriamente conter letra legível.

Art. 3º As unidades de saúde mencionada no artigo 1º, terão prazo de 120 (cento e vinte) dias a partir da publicação dessa Lei para se adequarem as novas normas estabelecidas.

Art. 4º Aos hospitais e clínicas da rede pública e privada acarretará o não cumprimento desta lei, as seguintes sanções:

I – multa de R\$5.000 (cinco mil) a R\$100.000 (cem mil) reais mais juros a taxa SELIC.

II – em caso de reincidência a cobrança em dobro da multa do inciso anterior e interdição do convênio com o SUS.

Art. 5º As infrações às disposições desta Lei serão apuradas em processo administrativo, sujeitando a direção clínica do hospital bem como aos infratores as penas de advertência, suspensão temporária e no caso de comprovação de negligência a exoneração do cargo.

Art. 6º O paciente que solicitar voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento e em caso de submeter-se ao ato cirúrgico, não poderá ser realizado sem o seu consentimento expresso ou de seu representante legal.

Parágrafo único O paciente ou familiar responsável terá acesso ao prontuário médico, podendo solicitar uma cópia integral do mesmo.

Art. 7º Ao paciente cabe solicitar do médico todas as informações que julgar necessárias. O médico terá obrigação de informar ao paciente ou responsável, em linguagem simples, sobre todos os aspectos que envolvam a doença, no diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

“Todo indivíduo tem direito a vida – Artigo 3º da Declaração Universal de Direitos Humanos – ONU 1.948”

A sociedade brasileira tem se sentido refém dos inúmeros casos que chegam através dos meios de comunicação dando conta de paciente que recorrem aos hospitais para simples exames rotineiros e acabam se submetendo a cirurgias mutiladoras. O caso mais recente ocorreu na data do dia 20 de agosto do corrente ano, no jornal Correio Braziliense, dando conta de um cidadão que recorreu a Policlínica do bairro São João, em Montes Claros, interior de Minas Gerais, onde faria um tratamento para dor de ouvido e no entanto, acabou nas mãos de um urologista e passou por uma cirurgia de vasectomia. No relato assustador, a gerência do posto informou que teria havido uma confusão na hora da chamada e a

atendente disse que havia chamado um paciente com o nome de Aldemar e Valdemar se apresentou para a operação, **"Eu achei que a dor de ouvido tinha virado caxumba e havia descido. Aí não perguntei nada"** disse o pobre Valdemar. Todo o relato apresentado parece um anedota, porém esta realidade é a que estamos convivendo, e em alguns casos com consequências tão desastrosas e irreversíveis, como foi o destacado na primeira página do Jornal O Globo do dia 11/08/2003, dando conta da menor de 1 ano e 4 meses que deu entrada no Hospital Miguel Couto com diarreia e vômito e devido a infecção generalizada teve os cinco dedos da mão direita amputados sem que a sua mãe autorizasse a cirurgia.

No Brasil, o quadro é preocupante, 85% das pessoas que procuram os hospitais da rede pública se queixando de algum desconforto insistente, aqui ou ali, pode ser na cabeça, joelho, olhos, perna, ombro, apesar dos números, a maioria dos médicos não dá a devida importância à dor nossa de cada dia. Quando o paciente aparece no hospital o profissional, na sua maioria, trata logo de dizer que a sensação é sintoma de outra doença. Procura dali, vasculha de lá, acaba achando algum problema. Porém, se não há nada de errado, taxa-se de "psicológico" o tal incômodo. E lá vai o doente para casa, sentindo a mesma angústia.

O maior erro de um médico é não acreditar no relato do paciente e até que se prove o contrário, ela existe e precisa ser tratada. As dores sem causa aparente são justamente as mais preocupantes. Se elas são persistentes e não passam com analgésico, são chamadas de crônicas. Já as agudas são uma reação do organismo a estímulos externos. Exemplo: quando uma criança cai e quebra a perna, ela sente uma dor aguda, provocada pelo tombo. Caso a aflição persista após o tratamento, o problema é crônico. Normalmente, se o tipo agudo não for bem cuidado, ele vira crônico.

A desumanização do tratamento de muitos hospitais no atendimento médico, a mercantilização da medicina e a crescente degradação da relação médico-paciente têm contribuído para o aumento expressivo dos erros médicos. A sociedade não pode aceitar calada e conformada! A atividade médica caracteriza-se por ser uma obrigação de meios e não de resultados. Porém, nem sempre são empregados os meios possíveis e adequados para que possam ser atingidos os melhores resultados. É quando o médico age com imprudência,

negligência ou imperícia que surge o erro médico. Baixos salários, falta de recursos, excesso de trabalho, não podem servir como justificativas aceitáveis.

Nesse sentido conto com os ilustres pares para a aprovação do presente projeto que visa corrigir erros irreparáveis de extrema importância para aqueles envolvidos nos dramas individuais do cotidiano brasileiro

Sala das Sessões, em 04 de setembro de 2003.

Deputado VIEIRA REIS
PMDB/RJ

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA
EMENDA MODIFICATIVA AO PL 1892/2003 – Nº 1/2003

Modifica o art. 7º do PL 1892/2003, para estabelecer o direito do paciente ou responsável de obter os esclarecimentos que desejar sobre sua doença.

Modifique-se a redação do art. 7º do PL 1892/2003, para a seguinte :

.....
“ ART. 7º : o médico tem o dever de informar ao paciente ou seu responsável, em linguagem simples e acessível, sobre todos os aspectos que envolvam a doença, no diagnóstico, tratamento de prognóstico, esclarecendo todas as dúvidas que forem suscitadas, inclusive por escrito, se solicitado.
Parágrafo único : o paciente tem o direito de saber a medicação que lhe está sendo aplicada, sem necessidade de esperar a chegada do médico para o esclarecimento.

JUSTIFICATIVA

Tem razão o autor do Projeto de Lei nº 1892/2003, quando fala da desumanização do tratamento em muitos hospitais no atendimento médico, com a degradação da relação médico-paciente. Impossível persistir essa situação de não reconhecer ao paciente o direito de entender

perfeitamente qual a sua doença, qual o tratamento, os exames que serão feitos, bem como o prognóstico.

Na forma como foi redigido o artigo 7º, do presente projeto, creio que merece reparo, para seu aperfeiçoamento, pois dá a impressão de que o paciente é que tem a obrigação de solicitar ao médico as informações.

Todas sabemos a aflição que envolve os doentes, principalmente os de baixa condição econômica que se vêem inibidos na presença de médicos e enfermeiros. Estes, por um dever de humanidade, devem colocá-los mais à vontade, dando as explicações necessárias sobre a doença, os exames, o diagnóstico e o tratamento, sem que seja necessária a iniciativa do paciente. A iniciativa tem de partir de quem está a cavaleiro na situação, ou seja, quem entende daquele assunto, no caso, o profissional de saúde.

É muito comum, o médico passar uma prescrição de medicamento e quando vai ser ministrada ao paciente e este procura saber do que se trata, o aplicador apenas responde que o paciente deve perguntar ao médico. Inadmissível! O paciente tem o direito de saber tudo que fazem com ele, e o que o fazem ingerir ou lhe ministram. Deve ser responsabilizado quem não age com essa sensibilidade para com o doente ou seu responsável.

A Emenda visa apenas ao melhor entendimento da forma como deve ser estabelecida a relação profissional de saúde-paciente.

MILTON BARBOSA
Deputado Federal
PFL/BA

I - RELATÓRIO

A proposição apresentada pelo ilustre Deputado Vieira Reis, obriga os hospitais e clínicas da rede pública e privada, em todo o território nacional, a adotarem medidas preventivas, tornando obrigatória uma etiqueta de identificação com foto do paciente.

Na justificação da propositura o ilustre autor enfatizou que “a sociedade brasileira tem se sentido refém dos inúmeros casos que chegam através dos meios de comunicação dando conta de pacientes que recorrem aos hospitais para simples exames rotineiros e acabam se submetendo a cirurgias mutiladoras”.

Apresentado originalmente em 04 de setembro de 2003, o projeto em tela foi distribuído a esta comissão para apreciação do mérito e tramita com poder terminativo, conforme preceitua o art. 24, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

Distribuído a esta comissão, nos termos do art. 119, caput, I, do Regimento Interno, o Sr. Presidente determinou a abertura e divulgação na Ordem do Dia das Comissões de prazo para recebimento de emendas ao projeto, a partir de 24 de setembro de 2003, por cinco sessões. Esgotado o prazo, uma emenda foi apresentada.

É o relatório.

II - VOTO DO RELATOR

Em razão do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na medicina, a singularidade do paciente, de fato, ficou em segundo plano; sua doença passou a ser objeto do saber reconhecido cientificamente. O ato médico, portanto, se desumanizou. Da mesma forma, ocorreram transformações na formação médica, cada vez mais especializada, e nas condições de trabalho, restringindo a disponibilidade do médico tanto para o contato com o paciente quanto para a busca de formação mais abrangente.

As atuais condições do exercício da medicina não têm contribuído para a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes e para o atendimento humanizado e de boa qualidade. Esse quadro estende-se tanto a outros profissionais da área como às instituições de saúde.

Analisando a proposição em foco e a emenda que modifica o artigo 7º do Projeto de Lei em referência, estabelecendo “o direito do paciente ou responsável de obter os esclarecimentos que desejar sobre sua doença”; nelas identificamos o destacado mérito de humanizar o atendimento das pessoas que procuram os serviços de saúde no nosso país evitando, conseqüentemente, os erros médicos.

Salientamos, contudo, que uma série de ações humanizadoras já estão sendo implantadas nos serviços de saúde brasileiros. Mas, a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização.

As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. O Código Brasileiro de Ética Médica já atribui aos Conselhos de

Medicina, às comissões de ética dos hospitais e às autoridades do SUS a fiscalização do cumprimento de suas normas, sujeitando os infratores às penas disciplinares previstas em Lei.

Destacamos, ainda, a escassez de recursos financeiros para implantação deste Projeto de Lei e os problemas de ordem operacional que poderão advir considerando-se a diversidade das formas de atendimento e registro de pacientes em todas as Unidades da Federação.

A contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; a aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; a abertura de novos serviços; a melhoria dos salários, das condições de trabalho e da imagem do serviço público de saúde junto à população são objetivos a serem buscados para a melhoria da assistência.

Cremos, portanto, que a simples identificação do paciente por foto não impedirá, isoladamente, a ocorrência de erros médicos nem tampouco contribuirá para a humanização do atendimento.

A propositura também invade seara legislativa reservada à competência do Executivo o que a torna inconstitucional. Ressalvando, pois, as nobres intenções do ilustre Deputado Vieira Reis, manifestamo-nos, em face dos motivos acima expostos, pela rejeição da emenda e do Projeto de Lei em apreciação.

Sala da Comissão, em agosto de 2005.

Deputado **GERALDO RESENDE**
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, rejeitou unanimemente o Projeto de Lei nº 1.892/2003, e a Emenda 1/2003 da CSSF, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Geraldo Resende.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Dr. Benedito Dias - Presidente, Arnaldo Faria de Sá e Almerinda de Carvalho - Vice-Presidentes, Amauri Gasques, Angela Guadagnin, Benjamin Maranhão, Darcísio Perondi, Dr. Francisco Gonçalves, Dr. Ribamar Alves, Dr.

Rosinha, Eduardo Barbosa, Geraldo Thadeu, Henrique Fontana, Jandira Feghali, José Linhares, Laura Carneiro, Manato, Nilton Baiano, Rafael Guerra, Roberto Gouveia, Suely Campos, Teté Bezerra, Zelinda Novaes, Carlos Mota, Celcita Pinheiro, Homero Barreto, Milton Cardias, Sandra Rosado, Selma Schons e Telma de Souza.

Sala da Comissão, em 17 de agosto de 2005.

Deputado DR. BENEDITO DIAS
Presidente

FIM DO DOCUMENTO
