

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 3.031, DE 2008

Torna obrigatório o fornecimento gratuito de sapatos especiais ou de palmilhas ortopédicas para pacientes portadores de diabetes mellitus, no âmbito do SUS.

Autor: Deputado SANDES JÚNIOR

Relator: Deputado ROGÉRIO CARVALHO

I - RELATÓRIO

A proposição em estudo tem o objetivo de obrigar o Sistema Único de Saúde – SUS, a fornecer gratuitamente sapatos especiais ou palmilhas ortopédicas para portadores de diabetes mellitus. Para que o paciente receba este benefício é necessário estar em acompanhamento de saúde em unidade de serviços do SUS e ter o uso de sapatos especiais, ou de palmilhas ortopédicas, prescritos por médico vinculado ao SUS. O art. 2º atribui o custeio desta medida ao orçamento do SUS.

A justificação ressalta que existem mais de cinco milhões de diabéticos no país, o que coloca esta doença como um dos principais problemas na saúde pública brasileira. O pé diabético é uma das causas mais freqüentes de internação dos diabéticos, e uma das complicações mais comuns.

Além do acompanhamento cuidadoso e do tratamento adequado, o uso de palmilhas ortopédicas ou sapatos especiais, que impeçam ou minimizem os traumas, são essenciais para estes doentes.

Não foram apresentadas emendas no prazo regimental. Devem manifestar-se em seguida as Comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

II - VOTO DO RELATOR

Estamos de pleno acordo com o ilustre Autor da proposta, quando manifesta sua preocupação com o cuidado aos diabéticos, realmente uma população expressiva em nosso país. A prevenção do pé diabético é uma das medidas mais importantes para evitar que ferimentos simples acabem levando a infecções graves ou a amputações.

No entanto, o Sistema Único de Saúde já prevê o fornecimento de calçados especiais e de palmilhas anatômicas para portadores de diabetes. Uma série de normas e Portarias tratam da questão, inclusive a Tabela de Procedimentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS.

Não podemos nos esquecer de que é dever das autoridades de saúde, de acordo com os preceitos constitucionais, atuar não apenas na assistência às doenças, mas em sua prevenção ou evitando que ela apresente complicações. Desta forma, consideramos redundante elaborar uma lei federal para obrigar o SUS a realizar uma ação que ele já incorporou à sua rotina, não obstante, devemos reconhecer a idéia meritória do autor da Proposta.

De qualquer modo, um projeto como este, que determina ações a serem realizadas por outros níveis de governo, correm o risco de serem questionados por vício de iniciativa, uma vez que intervêm em atribuições de outro Poder. É dever do Executivo em todas as esferas – União, estados e Municípios, organizar o sistema público de atenção à saúde e realizar as atividades necessárias para atender à população sob sua responsabilidade, segundo objetivos e prioridades pactuados entre estas instâncias.

Nesse sentido, apontamos óbice de ordem constitucional na Proposição. O art. 2º da Constituição Federal dispõe que os Poderes da

União são independentes entre si. Além disso, o art. 18 estabelece que os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) são todos autônomos. Tais projetos contrariam ambos os artigos ao instituírem obrigações para outro Poder (no caso, o Executivo) e para outros entes federados.

De outro lado, uma das três principais diretrizes do SUS é a integralidade do atendimento (CF, art. 198, II). A Lei nº 8.080/90, define o que se entende por integralidade: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7º, II). A mesma Lei, em seu art. 5º, define entre os objetivos do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Parece claro que o entendimento da diretriz constitucional do atendimento integral e do princípio da integralidade da assistência assentado na CF e na lei infraconstitucional atribui ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou patologia que acometa qualquer cidadão, em todos os níveis de complexidade, e que suas ações contemplam todas as etapas da história das doenças e agravos – a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação.

Entretanto, essa generalidade da definição de integralidade, contida na Constituição e na legislação geral do SUS, é de caráter jus político e, se interpretada sem contextualização da história social, apenas servirá para enfraquecer o direito à saúde.

Ora, a integralidade é historicamente construída e definida, ainda que seja possível fazer várias formulações a seu respeito. O padrão de integralidade é dependente do financiamento, da riqueza disponível, da opção tecnoassistencial, do grau de integração da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção que se conseguem imprimir na operação cotidiana dos serviços e dos sistemas de saúde, do grau de inclusão social de um povo, da legislação que vigora numa nação, do grau de civilidade incorporada na luta política e dos avanços científicos e tecnológicos.

Definindo que os limites da integralidade são historicamente estabelecidos, pode-se falar de uma integralidade na perspectiva de cada indivíduo e de determinados coletivos. Portanto, para

garantir de forma sistêmica a integralidade de cada um dos milhões de usuários do SUS, deve-se trabalhar com a idéia de padrão de integralidade, de onde emanam os componentes de cada projeto terapêutico individual, conformado nas várias interseções entre trabalhadores e usuários, e auxiliado pelo complexo regulatório.

E no caso de determinados coletivos, identificados como de risco pelas suas vulnerabilidades, a garantia de integralidade é dada por uma linha de produção de cuidado específica contínente de ofertas de vários serviços e redes assistenciais que asseguram garantia de acesso a tecnologias adequadas e vinculam trabalhadores e usuários.

Logo, é desnecessário pensar que precisaremos de uma lei específica para cada tipo de patologia para que o SUS proceda conforme a diretriz da integralidade. Aliás, torna-se imperioso é a edição de uma legislação que possibilite um planejamento sanitário, pactuado de modo intergovernamental, e que diga o padrão de integralidade da saúde do cidadão brasileiro e, inclusive, a partir desse planejamento se definam as responsabilidades sanitárias dos gestores, que serão firmadas em contrato de ação pública. Logo, tais questões não podem ser casuísticas, por mais importante e de valioso mérito o caso concreto posto, como é o caso em tela.

Em resumo: a necessidade de que venhamos a aprovar leis específicas para assegurar que o SUS assista integralmente esta ou aquela doença nos traz a perspectiva de um ordenamento jurídico na área da saúde totalmente fragmentado, que descaracteriza completamente a diretriz da integralidade e os princípios constitucionais do SUS.

Vale acrescer que legislações casuísticas e marginais ao planejamento sanitário podem, com efeito, significar privilegiar grupos mais bem organizados, em detrimento daqueles com menor poder de articulação, mas que necessitam, igualmente ou até com certo grau de diferenciação, o mesmo tratamento ou até mais e outras ações e serviços de saúde. É claro que se está a falar daquelas hipóteses motivadas pelo princípio da equidade.

Ou seja, grupos de pacientes que conseguirem vocalizar suas necessidades específicas e obter alguma lei, também específica aos seus casos, terão tratamento privilegiado no SUS e isso significa uma afronta à equidade; e um reforço à desigualdade social, uma característica tão indesejada da nossa sociedade.

Ressaltamos, ainda, que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre temas como a proteção e defesa da saúde, e que “no âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais” (CF, art. 24, XII, § 1º).

Além disso, no caso presente, como já é rotina estabelecida no SUS o fornecimento de calçados e palmilhas, vemos que esta proposta não apresenta inovação. Assim sendo, não subsistem motivos para aprová-la.

Em conclusão, o voto é pela rejeição do Projeto de Lei nº 3.031, de 2008.

Sala da Comissão, em de de 2011.

Deputado Rogério Carvalho
Relator