

# **COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA**

## **PROJETO DE LEI Nº 191, DE 2011 (apensado o PL301, de 2011)**

Dispõe sobre a obrigatoriedade de o poder público fornecer gratuitamente alimentos especiais, fraldas e outros meios para manutenção do conforto, da função e da saúde de pessoas carentes com quadros irreversíveis decorrentes de doenças crônicas, acidentes e outros, após alta hospitalar.

**Autor:** Deputado Weliton Prado

**Relator:** Deputado Rogério Carvalho

### **I - RELATÓRIO**

O Projeto de Lei n.º 191, de 2011, de autoria do Deputado Weliton Prado, objetiva obrigar o poder público a fornecer gratuitamente alimentos especiais, fraldas e outros meios para manutenção do conforto, da função e da saúde de pessoas carentes com quadros irreversíveis decorrentes de doenças crônicas, acidentes e outros, após alta hospitalar.

A proposição determina que o fornecimento dos referidos meios previstos seja condicionado à comprovação pelas autoridades competentes das necessidades físicas e materiais do paciente. Também indica que as famílias devem ser assistidas, apoiadas e orientadas sobre como melhor utilizá-los e, ainda, que as instâncias gestoras do SUS, em suas respectivas esferas de governo, ficam obrigadas a promover cursos regulares de formação de cuidadores domiciliares.

Na justificação, o autor destaca que o projeto contribuirá para assegurar condições mínimas de sobrevivência digna para as pessoas com sérias limitações físicas, que receberam alta hospitalar, como também para a redução das internações hospitalares no País.

Foi apensado o Projeto de Lei n.º 301, de 2011, de autoria do Deputado Marçal Filho, que dispõe sobre a "obrigatoriedade de o poder público fornecer gratuitamente alimentos especiais, fraldas e outros meios para manutenção do conforto, da função e da saúde de pessoas carentes com quadros irreversíveis decorrentes de doenças crônicas, acidentes e outros, após alta hospitalar". Esse projeto possui redação e justificação idênticas às da proposição principal.

As proposições foram encaminhadas em regime de tramitação ordinária às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF), de Finanças e Tributação (CFT) e de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJC), com apreciação conclusiva pelas Comissões e cabendo à primeira, a apreciação do mérito.

Foi apresentada uma emenda na CSSF, do próprio autor do projeto, a fim de inserir na justificação que a proposição originou-se de outra, de autoria da Sra. Antônia Magalhães da Cruz - o Projeto de Lei n.º 7702, de 2010 -, e que foi arquivada no fim da 53ª legislatura.

É o relatório.

## **II - VOTO DO RELATOR**

O Projeto de Lei n.º 191, de 2011, demonstra a sensibilidade do autor para com o bem-estar da população carente do Brasil. Entretanto, a solução proposta não considerou várias limitações, apresentadas a seguir.

Inicialmente, destaca-se que não foi mencionada a fonte de recursos para a aquisição dos meios referidos no projeto, o que se apresenta como importante fator limitante, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) já apresenta restrições orçamentárias para desenvolver suas ações a contento.

Também é preciso considerar que num contexto em que os recursos são finitos é preciso ter bem claros quais os tipos de ações e serviços que serão oferecidos pelo sistema de saúde. Embora a desigualdade no País resulte em grande número de brasileiros com dificuldades econômicas, não se pode esperar que o sistema de saúde apresente todas as soluções para esse contexto. Em outras palavras, o Estado brasileiro necessita se posicionar como entende a integralidade da atenção à saúde e como irá provê-la.

Esse projeto suscita a discussão sobre que tipos de serviços devem ser oferecidos pelo SUS, ou seja, qual o padrão de integralidade a ser oferecida pelo sistema. Essa discussão esteve na base da argumentação e das recomendações do relatório final da Subcomissão especial destinada a tratar do financiamento, reestruturação da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em que fui relator. O relatório foi aprovado pela CSSF no final de 2011.

Essa Subcomissão propôs-se a refletir sobre a situação atual da implementação do SUS e a recomendar ações para o seu fortalecimento. Entre as falhas identificadas, foi destacada a escassez de financiamento e no campo da reorganização do SUS foi sugerida, entre outras medidas, uma maior valorização do princípio da integralidade da atenção, visto que, até o momento, a descentralização das ações e serviços de saúde tem sido o foco do sistema.

Nesse sentido, foi considerado necessário um pacto político que defina o que é a integralidade, caso contrário, a adoção de medidas isoladas produzirão soluções casuísticas, fora de planejamento, em que somente grupos bem articulados obtêm respostas às suas demandas.

Apenas um planejamento integrado dos entes federados que atenda os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde poderá tornar as ações do setor mais efetivas, evitando a baixa qualidade do serviço público de saúde e o desperdício de recursos públicos.

No caso em discussão, um planejamento entre entes federativos nacional, estaduais e municipais possibilitaria a distribuição espacial desses meios, de modo cooperativo, desde que identificados os usuários de fato do sistema.

Uma proposição legislativa que avança nessa Casa e que promove a definição da integralidade no SUS é o projeto sobre responsabilidade sanitária (o Projeto de Lei n.º 21, de 2007, de autoria do Deputado Dr. Rosinha); já aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família e pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público em 2008; atualmente encontra-se em consideração na Comissão de Finanças e Tributação. A definição de responsabilidades associadas a um claro padrão de integralidade, pactuado pelos componentes do SUS, oferecerá transparência e racionalidade ao sistema.

Quanto à preocupação do autor com a redução das internações hospitalares no Brasil, decorrentes de casos crônicos, e com a atenção pós-hospitalar, destaca-se que algumas medidas efetivas foram recentemente adotadas pelo Ministério da Saúde.

Por exemplo, a Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011, reorganiza o atendimento de urgência no Sistema Único de Saúde (SUS) e define que pacientes com dificuldade de locomoção ou que precisam de atenção regular, mas não necessitam ser hospitalizados, receberão cuidados médicos em casa.

O art. 12 dessa portaria indica que o “Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar”.

Desse modo, o Ministério da Saúde pretende reduzir as internações hospitalares e estimular a recuperação do paciente em casa. Segundo o Ministério da Saúde, até 2014, serão implantadas em todas as regiões do País, por meio do Programa Melhor em Casa, mil equipes de atenção domiciliar e mais quatrocentas equipes de apoio; representando um investimento de R\$ 1 bilhão para custear a implantação e manutenção desses serviços.

Temos também a considerar que a iniciativa de projetos que estabelecem programas e providências para execução do Poder Executivo é prerrogativa exclusiva da Presidência da República.

Diante do exposto, somos pela rejeição dos Projetos de Lei n.º 191, de 2011; n.º 301, de 2011, e da emenda apresentada na CSSF.

Sala da Comissão, em                      de                      de 2012.

Deputado Rogério Carvalho  
Relator