

PROJETO DE LEI Nº 7.417/2002 DE 2002

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescente-se a seguinte alínea “c” ao inciso I, do art. 12, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998:

“Art. 12.

I -

c) cobertura de atendimentos domiciliares, realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.”

Art. 2º Acrescente-se a seguinte alínea “g” ao inciso II, do art. 12, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998:

“Art. 12.

II -

c) cobertura de internações domiciliares realizadas por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.”

Art. 3º Acrescentem-se os seguintes §§ 4º e 5º ao art. 12, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998:

“Art. 12.
.....

§ 4º A cobertura de atendimentos e internações domiciliares, a que se referem, respectivamente, a alínea “c”, do inciso I, e a alínea “g”, do inciso II, inclui os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.”

§ 5º O atendimento e a internação domiciliares, a que se referem, respectivamente, a alínea “c”, do inciso I, e a alínea “g”, do inciso II, só podem ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.”

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O modelo assistencial de saúde hegemônico em todo o mundo baseia-se na hospitalização do paciente. Até o início do século passado, a especialização médica era muito rara e a medicina era exercida por generalistas que, via de regra, atendiam as pessoas no próprio domicílio.

A incorporação tecnológica, a evolução dos conhecimentos sobre biologia e a conseqüente especialização da prática médica levaram o hospital a tornar-se o centro nevrálgico do sistema de saúde. É para o hospital que a população passou a acorrer em busca de atendimento, pois reconhece naquele espaço a existência de recursos humanos e materiais essenciais à prática em saúde na atualidade.

Esse modelo, entretanto, encontra-se em crise. A grande especialização da prática médica levou à impessoalidade e a que a desconfiança contaminasse a relação médico-paciente. O excessivo uso da tecnologia, em substituição aos chamados métodos hipocráticos, fez com que a medicina se tornasse cara e nem por isso mais eficiente. O ambiente hospitalar, também, mostrou-se não tão adequado, ao trazer riscos para o paciente, com a disseminação de infecções hospitalares. Do ponto de vista simbólico, igualmente, a substituição do nascer e do morrer em casa, cercado pelos entes queridos, impactou sobremaneira a forma de encarar a existência por parte da população. Agora, nascer e morrer significa um ambiente estranho, cheio de luzes, tubos e maquinário.

Com isso, observou-se há alguns anos um movimento de “desospitalização”, centrado na certeza de que nem sempre a internação ou o atendimento no hospital é a melhor escolha. Partindo da premissa de que é possível levar ao domicílio do paciente uma assistência de qualidade e com a tecnologia mais atual,

desenvolveu-se nos países mais avançados o conceito de “home care”. Com isso, pacientes que tinham condições de habitação razoáveis, atenção de seus familiares, não apresentavam quadros agudos ou graves e demandavam internações mais longas, passaram a ser mantidos em casa, onde equipes treinadas de profissionais de saúde os visitam periodicamente e orientam os familiares no sentido de prestar a atenção necessária.

No Brasil, a Lei n.º 10.424, de 2002, inseriu o atendimento e a internação domiciliares no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, de forma a que a rede de serviços públicos passasse a adotar o conceito e a oferecer essa modalidade aos cidadãos.

Ocorre, entretanto, que o sistema supletivo vem resistindo a adotar tal prática de uma forma totalmente irracional, tendo em vista que as avaliações levadas a cabo em nível internacional provaram que essa modalidade de atenção é poupadora de recursos. Destaque-se que pacientes mais esclarecidos têm conseguido decisões judiciais obrigando as operadoras a custear a atenção domiciliar em várias Unidades da Federação.

Assim, propomos que o art. 12, da Lei 9.656, de 1998, a Lei dos Planos de Saúde, passe a tornar o atendimento e a internação domiciliares como parte do chamado plano referência, isto é, do rol mínimo de atenção que qualquer plano de saúde é obrigado a oferecer a seus usuários.

Diante da importância e do grande alcance social e sanitário de nossa proposta, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional.

Sala das Sessões, em de de 2002.

Dr. Hélio
DEPUTADO FEDERAL
PDT/SP