

PARECER Nº , DE 2010

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 228, de 2008, da Senadora Patrícia Saboya, que *define práticas preventivas nos cuidados com a saúde, estabelece normas para atendimento médico da criança e do adolescente no âmbito dos planos e seguros privados de assistência à saúde.*

RELATORA: Senadora **ROSALBA CIARLINI**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 228, de 2008, de autoria da Senadora Patrícia Saboya. A proposição tem por objetivo disciplinar o atendimento médico prestado a crianças e adolescentes pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

O art. 1º define que esse atendimento visará à promoção, proteção e recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento do ser humano durante os períodos da infância e da adolescência. Esse dispositivo contém quatro parágrafos. O primeiro deles determina os meios a serem empregados para a consecução dos objetivos: ações educativas, preventivas, diagnósticas e terapêuticas, além de outras ações voltadas para a recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento.

O § 2º determina que as ações profiláticas e educativas serão efetuadas por meio de atendimentos médicos regulares, enquanto as demais ações são consideradas atendimentos médicos curativos. Pelo § 3º, os atendimentos médicos tratados pelo projeto serão cobertos pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e pelas cooperativas médicas, de acordo com as necessidades de cada faixa etária. Por fim, o § 4º estabelece que os atendimentos médicos curativos deverão ser garantidos

pelas operadoras, sempre que necessário, sem limitações de quantidade e qualidade.

Os atendimentos médicos prestados a crianças e adolescentes deverão ser efetuados por médicos com título de especialização em pediatria, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina. É o que dispõe o art. 2º do PLS nº 228, de 2008.

Pelo art. 3º da proposição, “o valor de remuneração do médico pelo atendimento para cuidados com a saúde será sempre maior que o da remuneração atribuída ao atendimento médico curativo.” O parágrafo único faz referência a uma tabela (Anexo I do projeto), que indica os marcos temporais das consultas pediátricas recomendadas.

O conteúdo mínimo dos atendimentos médicos a crianças e adolescentes é definido no art. 4º. Ele inclui avaliações nutricional, psicomotora, visual, ambiental, auditiva e bucal, entre outras. Os dois parágrafos desse artigo estabelecem que o pediatra deverá orientar os pais a respeito dos cuidados recomendados ao paciente, anotar as orientações no prontuário e encaminhar o paciente a outro profissional, em caso de necessidade.

O art. 5º atribui aos pais ou responsáveis o ônus de possibilitar à criança e ao adolescente o acesso ao atendimento médico na frequência recomendada pelo Anexo I da proposição. À operadora de planos de saúde caberá a tarefa de comunicar a família sobre os atendimentos médicos (§ 1º). Cada falta a uma das consultas agendadas pela operadora, de acordo com a tabela do Anexo I, acarretará a perda da cobertura de um atendimento médico curativo para a criança ou o adolescente faltante (§ 2º). Os registros dos atendimentos médicos serão mantidos pela operadora (§ 3º).

As consultas de que trata o Anexo I da proposição não poderão ser prejudicadas por prazos de carência para marcação de consultas, de acordo com o art. 6º do projeto. O art. 7º determina que a lei que o projeto eventualmente originar entrará em vigor na data de sua publicação.

Na justificação do PLS, a autora enfatiza que a medida proposta representará um ganho econômico significativo para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde. Ainda segundo a autora, haverá impacto na redução de internações

hospitalares e na utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, refletindo-se em economia de recursos financeiros.

Distribuída para a apreciação da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), a proposição foi aprovada com emenda substitutiva, de autoria do relator, o Senador Mão Santa.

O substitutivo da CDH ao PLS nº 228, de 2008, promove a inserção de quatro parágrafos no art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde). Esses dispositivos cuidam de regular a assistência à saúde das crianças e dos adolescentes no âmbito dos planos e seguros privados de assistência à saúde, porém com menor detalhamento do que o texto original do projeto.

II – ANÁLISE

A pediatria pode ser conceituada como “o campo da medicina que atende os problemas de saúde da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade”, nas palavras do saudoso Prof. Pedro de Alcântara, pediatra que dá nome ao Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Com efeito, e em função dessa peculiaridade da criança, ela está em condição de maior vulnerabilidade, em comparação com os adultos em geral, o que se reflete em maior taxa de mortalidade, que é mais elevada no primeiro ano de vida. É um período que inspira cuidados especiais, que exige uma atenção muito cuidadosa por parte do médico.

A imaturidade da criança também resulta em maior interdependência entre seus diversos órgãos e sistemas. Disso resulta que o dano em um órgão facilita ou determina algum prejuízo para os demais, o que dá ao conjunto biopsíquico do infante um caráter estritamente unitário, só decomponível por razões didáticas.

Por conseguinte, a criança raramente adoece por problemas localizados em um ou dois sistemas orgânicos apenas. Geralmente, suas enfermidades a acometem de forma global, visto que cada atributo orgânico ou psíquico da criança influi sobre os demais, de modo direto ou indireto.

Dessa unidade funcional decorre o caráter unitário e integral da assistência médica a ser prestada à criança.

Diante da responsabilidade de prestar assistência global à criança, a pediatria, mais do que qualquer outro ramo da medicina, condiciona e exige condições especiais de espírito e de conduta do médico. A pediatria exige uma atividade propedêutica mais minuciosa do médico, que deve avaliar as condições físicas e psíquicas da criança, suas condições de vida, incluindo ambientais, espirituais e familiares, além de questões que possam vir a afetá-la no futuro.

O pediatra é talhado para a doçura e a gentileza, em função da vulnerabilidade emocional da criança que assiste. De fato, a pediatria – tomando-se emprestado o linguajar próprio do meio jurídico – tem como pressupostos de existência e validade o amor à criança, o interesse por seu bem-estar e o dom de se afligir por seu sofrimento.

Não obstante, a realidade do mercado de trabalho para o pediatra tem dificultado o cumprimento de seus desígnios. A sobrecarga profissional por acúmulo de serviço, a pressa no atendimento e a falta do hábito de comunicação entre médico e cliente lançam dúvidas sobre a eficácia das consultas pediátricas que não sejam para tratar de episódios infecciosos e agudos.

Nesse sentido, o atendimento programado, com revisões médicas pré-agendadas, associado ao atendimento eventual, na hipótese de surgirem agravos inesperados, conforme propugna o Projeto de Lei sob análise, faz com que o pediatra conheça mais profundamente seu cliente, seus hábitos e suas susceptibilidades, capacitando-o a escolher o melhor tratamento entre as várias opções terapêuticas geralmente disponíveis. Isso também facilita o papel de coordenador das condutas a serem tomadas por outros especialistas, em caso de necessidade (cirurgias, procedimentos diagnósticos etc.).

O atendimento integral prestado de forma adequada pelo pediatra, sem compartimentalização estanque, resulta em redução de custos e melhoria das condições de saúde da clientela assistida. Aparentemente, contudo, as operadoras de planos de saúde não têm dado o devido valor a essa atuação diferenciada do pediatra, ao promover condições não propícias ao desenvolvimento de seu trabalho, incluindo baixa remuneração, glosas e dificuldades na cobertura dos atendimentos.

Para se tornar médico, o aluno deve se dedicar intensamente aos estudos por pelo menos seis anos. Depois são dois a quatro anos a mais dedicados à residência em pediatria. Vê-se que o benefício dessa longa e difícil trajetória precisa ser bem recompensado, para que haja sucesso e perpetuação dessa especialidade.

Na ausência da devida valorização profissional, tem ocorrido queda gradual no número de vagas preenchidas nas residências médicas de pediatria, o que evidencia que a escolha pela especialidade vem sendo declinada em favor de outras mais atrativas economicamente. Não raro, os programas de residência médica não conseguem preencher todas as suas vagas disponíveis.

As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde são as responsáveis por financiar a maioria dos atendimentos pediátricos no mercado privado. Quando essas operadoras sub-remuneram a consulta frente aos procedimentos médicos, há uma profunda desvalorização do trabalho do pediatra, desestimulando a formação desses profissionais e gerando uma escassez na oferta desse serviço, visto que a prática pediátrica é fundamentalmente baseada na consulta (ambatório e pronto-socorro).

A baixa remuneração dos pediatras acaba por resultar, como compensação, em longas jornadas de trabalho e acúmulo de vínculos empregatícios. É a forma de esses médicos conseguirem uma renda suficiente para manter suas famílias e buscar aperfeiçoamento profissional (frequência a congressos, aquisição de livros etc.). O prejuízo para a qualidade de vida e para o convívio familiar é significativo, todavia.

Considerando que, segundo a ciência econômica, o mercado de saúde não é perfeitamente competitivo, é fundamental que o legislador interfira em sua regulação para buscar o equilíbrio em favor dos interesses da sociedade. O tratamento dado à pediatria pelas operadoras de planos de saúde deve ser revisto, valorizando a atuação clínico-ambulatorial do pediatra, a fim de viabilizar o exercício profissional digno e o atendimento adequado às crianças e aos adolescentes.

O PLS nº 228, de 2008, é fruto de iniciativa da Sociedade Brasileira de Pediatria, entidade com amplo histórico de defesa da saúde infantil. Por isso, o Congresso Nacional deve manifestar enfaticamente seu apoio aos pediatras brasileiros, por meio da aprovação célere da proposição sob análise.

Por fim, conforme apontou com muita propriedade o médico e Senador Mão Santa em seu relatório aprovado por unanimidade na CDH, o texto original do PLS nº 228, de 2008, apresenta alguns problemas de mérito, constitucionalidade e técnica legislativa. Esses óbices foram devidamente sanados no substitutivo oferecido pelo relator naquela comissão, o qual deve ser acatado por esta CAS.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 228, de 2008, nos termos da emenda substitutiva aprovada na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa.

Sala da Comissão, 01 de dezembro de 2010.

Senador Paulo Paim, Presidente em exercício

Senadora Rosalba Ciarlini, Relatora



SENADO FEDERAL
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

IV - DECISÃO DA COMISSÃO

A Comissão de Assuntos Sociais, na Reunião realizada em 1º de dezembro de 2010, aprovou o Substitutivo ao Projeto de Lei do Senado nº 228, de 2008, relatado pela Senadora Rosalba Ciarlini, em Turno Único. A matéria vai a Turno Suplementar, nos termos do art. 282, combinado com o art. 92 do RISF.

EMENDA Nº 1 – CDH-CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 228, DE 2008

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 35-F**

§ 1º A assistência à saúde da criança e do adolescente, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, inclui:

I – a prevenção da ocorrência de agravos à saúde que ponham em risco o êxito do processo de crescimento e desenvolvimento;

II – a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos requeridos para a detecção e o tratamento dos agravos que venham a acometê-los;

III – a realização de ações voltadas para a recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento.

§ 2º As ações e os procedimentos para a assistência à saúde da criança e do adolescente serão estabelecidos em protocolos clínico-terapêuticos elaborados pela ANS após oitiva da Sociedade Brasileira de Pediatria e priorizarão as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

§ 3º Os atendimentos médicos de crianças e adolescentes serão feitos por portadores de título de especialista em pediatria reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, salvo na falta do referido especialista quando for caso de urgência ou emergência.

§ 4º É assegurado o acesso ao atendimento por outros profissionais de saúde, segundo estabelecerem os protocolos de que trata o § 2º ou indicação pelo médico assistente. (NR)”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 1º de dezembro de 2010.

TEXTO FINAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 228, DE 2008

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 35-F

§ 1º A assistência à saúde da criança e do adolescente, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, inclui:

I – a prevenção da ocorrência de agravos à saúde que ponham em risco o êxito do processo de crescimento e desenvolvimento;
II – a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos requeridos para a detecção e o tratamento dos agravos que venham a acometê-los;

III – a realização de ações voltadas para a recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento.

§ 2º As ações e os procedimentos para a assistência à saúde da criança e do adolescente serão estabelecidos em protocolos clínico-terapêuticos elaborados pela ANS após oitiva da Sociedade Brasileira de Pediatria e priorizarão as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

§ 3º Os atendimentos médicos de crianças e adolescentes serão feitos por portadores de título de especialista em pediatria reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, salvo na falta do referido especialista quando for caso de urgência ou emergência.

§ 4º É assegurado o acesso ao atendimento por outros profissionais de saúde, segundo estabelecerem os protocolos de que trata o § 2º ou indicação pelo médico assistente. (NR)”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Comissões, 08 de dezembro de 2010

Senadora Rosalba Ciarlini
Presidente da Comissão de Assuntos Sociais