SENADO FEDERAL

INDICAÇÃO N° 49, DE 2021

Sugere ao Ministro de Estado da Saúde a inclusão da cadeira ortostática entre os equipamentos a serem dispensados pelo Sistema Único de Saúde.

AUTORIA: Senadora Mara Gabrilli (PSDB/SP)

Página da matéria

SF/21209.93145-84

INDICAÇÃO Nº , DE 2021

Sugere ao Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde a inclusão da cadeira ortostática entre os equipamentos a serem dispensados pelo Sistema Único de Saúde.

Com fundamento nos arts. 224, I, e 226, I, do Regimento Interno do Senado Federal, solicito que seja encaminhada ao Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde sugestão inclusão da cadeira ortostática entre os equipamentos a serem dispensados pelo Sistema Único de Saúde.

JUSTIFICAÇÃO

Conforme preconiza a Constituição da República Federativa do Brasil, a saúde é um direito público subjetivo indisponível assegurado a todas as pessoas. É, dessa forma, prerrogativa de cada um dos brasileiros e dever do Estado. A sua tutela comporta tanto a preservação, mediante políticas públicas para redução de riscos, como a proteção, no tratamento e reabilitação dos sujeitos. É por essa razão que o Poder Público tem de atuar visando à resolução dos problemas de saúde de todos, com especial enfoque nas políticas públicas no segmento de pessoas com deficiência.

De acordo com o resultado do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há, no Brasil, 45,6 milhões de pessoas com alguma deficiência (23,91% da população). Desses indivíduos, cerca de 13 milhões (7% dos brasileiros) têm deficiência motora, dos quais

4,4 milhões (2,33% da população total) apresentam níveis severos de manifestação.

Com o objetivo de beneficiar esse expressivo grupo populacional que, historicamente, tem sofrido segregação social, o País aderiu, em 2009, à Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, cujos textos passaram a integrar a Constituição da República Federativa do Brasil com equivalência à Emenda à Constituição e, portanto, com aplicabilidade imediata.

SF/21209.93145-84

Cabe esclarecer que essa norma reconhece o valor de cada indivíduo sem prejulgá-lo por sua deficiência e estabelece as linhas de ação para que todas as pessoas, sem distinção, atinjam seu potencial. A partir da entrada dessa nova regra no ordenamento jurídico pátrio, o Brasil assumiu o compromisso de concretizar a plena cidadania desses sujeitos, visando à supressão dos limites que a sociedade lhes impõe.

Posteriormente, o Governo Federal instituiu, mediante o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite-, organizado em quatro eixos (acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade). Esse programa deveria representar a materialização do compromisso assumido pelo País após a adesão ao estabelecido na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Consoante o artigo 4º, inciso IV do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, uma das vertentes desse plano é a acessibilidade, que consiste na condição para o uso seguro e autônomo dos espaços, serviços e sistemas disponíveis por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida. Ademais, entre as diretrizes do plano (art. 3º do Decreto), está a promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva. Em vista desses dois exemplos elucidativos, fica claro que o Estado Brasileiro deve garantir à pessoa com deficiência a prerrogativa de se locomover da maneira mais eficiente possível – tarefa que é facilitada com o uso da cadeira ortostática.

Atualmente, há vários equipamentos que conferem certo grau de acessibilidade às pessoas com deficiência motora. A título de exemplo, cite-se a cadeira de rodas - dispositivo mais comum-, que passou por uma série de melhorias ao longo do último século, de forma a adaptar-se melhor aos diversos tipos de restrições que acometem os sujeitos com restrições físicas.

Com a evolução das técnicas de engenharia biomédica, no entanto, principalmente no campo das tecnologias assistivas, percebeu-se ser possível acrescentar à cadeira convencional dispositivo que proporciona a posição ortostática (de pé) aos cidadãos com paralisia. Esse aparato não apenas lhes traz benefícios fisiológicos (aperfeiçoamento da função circulatória, digestiva, respiratória), como também melhora a qualidade de vida (com a redução da incidência de escaras, desconfortos por pressões lombares e doenças como a osteoporose). Ademais, colabora para o aprimoramento das relações sociais, pois fomenta a independência, o que facilita a integração na comunidade e a realização de atividades cotidianas. Com a cadeira ortostática, a pessoa com deficiência motora pode alternar posições e enxergar o mundo sob um ângulo diferente. Por tudo isso, o seu uso contribui para o aumento da autoestima e da autorrealização daqueles que dela necessitam.

SF/21209.93145-84

Outro benefício do ortostatismo que deve ser salientado é a prevenção de agravos que podem advir da manutenção prolongada da posição sentada, ocasionada, geralmente, por lesões medulares. Nesse contexto, é necessário que sejam examinados alguns dados estatísticos para que se perceba a dimensão do impacto das lesões medulares na saúde pública.

De acordo com a publicação Saúde Brasil 2011, desse Ministério, os eventos externos originadores de morbidade, como os acidentes automobilísticos, quedas e episódios de violência, representam importante causa de internação nos hospitais do Sistema Único de Saúde. No período de 2002 a 2011, por exemplo, a proporção de internações por causas externas apresentou aumento progressivo (de 6,1% em 2002 para 8,6% em 2011), com destaque para maior incidência em indivíduos adultos do sexo masculino (homens representaram 70,4% das internações por essas causas, e as mulheres, 29,6%).

A revista O Mundo da Saúde, do segundo trimestre de 2012, informa que as estatísticas em âmbito mundial demonstram que de 30 a 40 pessoas a cada milhão de habitantes sofrem lesão medular anualmente. Acrescenta que, conforme a instituição norte-americana National Spinal Cord Injury Statistical Center, há aproximadamente 10.000 novos casos de lesão medular a cada ano nos Estados Unidos.

No Brasil, os números também são expressivos. De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que computa as

internações nos hospitais próprios ou conveniados, num total de 20 milhões de internações, 20 mil correspondem a lesões da coluna e da medula.

Dessas vítimas, cujo número, como se pode ver, cada dia mais se avulta, muitas ficam acometidas por lesão medular permanente, que varia quanto a sua intensidade e leva à perda parcial ou total da função motora, sensitiva e complicações no sistema orgânico. Uma das implicações possíveis é a alteração do metabolismo ósseo que, muitas vezes, evolui para a osteoporose de desuso.

Vê-se, após essa breve explanação, que, em função do número crescente de eventos externos – seja pelo recrudescimento da violência, seja pelo desordenado crescimento urbano, que levou ao aumento da frota de veículos sem a devida melhoria nas vias-, o número de lesionados medulares só tem aumentado nos últimos anos. E, juntamente com essas lesões, comumente, vêm outros agravos (como a osteoporose), cujo tratamento impacta gravemente a saúde pública.

A osteoporose é um exemplo emblemático dessas moléstias. Por ser uma doença de etiologia múltipla, tem diversas causas possíveis, entre elas a lesão medular pela paralisia dos membros. Esse tipo de osteoporose (de lesados medulares) decorre do desuso e, por isso, difere da osteoporose tradicional.

O tratamento da osteoporose é caro. Conforme artigo publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia, edição de julho a setembro de 2014, estima-se que, no Brasil, a doença acometa 10 milhões de pessoas, com prevalência de 11% a 23,8% para todos os tipos de fratura por fragilidade óssea.

De acordo com essa publicação, não foram encontrados estudos de base populacional sobre os custos específicos para a osteoporose no Brasil, embora haja alguns levantamentos de pesquisadores sobre o impacto financeiro do tratamento dessa doença no SUS (principalmente em idosos). Com base nesses levantamentos, essa revista aponta que, no triênio de 2008-2010, 3.252.756 procedimentos relacionados ao tratamento de osteoporose em idosos ensejaram o gasto de R$288.986.335,15 (e as cifras cresceram perceptivelmente a cada ano).

Já o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde, de março de 2013, sugere que a cada ano o Sistema Único de Saúde tem gastos crescentes com medicamentos para o tratamento dessa doença em

SF/21209.93145-84

idosos. Aponta que, em 2006, foram R$20 milhões, e em 2009, R$24,77 milhões. Já as internações consumiram, respectivamente, R$49 e R$57,61 milhões.

Mais: consoante o Ministério da Saúde, entre 2009 e 2010, os investimentos destinados à atenção ao paciente portador de osteoporose e vítimas de quedas e fraturas (não foi mencionado se o gasto se referia apenas a idosos ou também englobava pessoas com osteoporose de desuso) foram de aproximadamente R$81 milhões (procedimentos) e R$24,77 milhões (medicamentos).

É importante demonstrar que, embora não haja uma aferição exata do valor investido anualmente no SUS para o tratamento de pessoas com lesões medulares com osteoporose por desuso, percebe-se, em face dos dados mencionados, que o gasto per capita é, obviamente, alto – e poderia ser minorado com medidas preventivas, como a adoção da cadeira ortostática.

Um ponto a se ressaltar, além disso, é que o tratamento medicamentoso da osteoporose é contínuo, pois periodicamente são dispensados fármacos àqueles que deles necessitem. E, se porventura ocorre uma fratura, o gasto cresce de forma vertiginosa. Em contrapartida, a dispensação da cadeira é única. Bastará a concessão de um aparato para prevenir tantos agravos – e tanto sofrimento.

A título de exemplo, demonstre-se que, de acordo com a Revista Brasileira de Reumatologia, volume 56 de 2012, estimativas de custos hospitalares para tratamento da fratura aguda do fêmur por osteoporose em dois hospitais de São Paulo conveniados ao SUS (Hospital Universitário e Santa Casa de Misericórdia) indicaram que o gasto médio foi de R$8.266,25 e R$1.949,65, respectivamente. Porém, os próprios autores do cálculo consideram que os valores estão subestimados, pois, no sistema de saúde suplementar, o orçamento para o tratamento de cada fratura, no mesmo período, foi de R$24.000,00.

Como se pode ver, a inclusão da cadeira ortostática na listagem de equipamentos dispensados pelo SUS não só traz benefícios imediatos para a saúde da pessoa com deficiência motora, como também enseja economia para os cofres públicos, já que atua na prevenção de agravos como a osteoporose, cujo tratamento representa gasto relevante ao erário.

SF/21209.93145-84

Os indivíduos com restrição de movimento, com a cadeira ortostática, têm outras perspectivas. Seus membros inferiores passam a ser exigidos, porque a força biomecânica que os músculos exercem sobre os ossos é capaz de aumentar a densidade mineral óssea. Dessa maneira, previne-se a osteoporose e os consequentes gastos dela advindos. E a osteoporose é apenas um exemplo de agravos que podem ser prevenidos. Escaras, complicações digestivas, respiratórias, circulatórias, todos esses desconfortos (que sobrecarregam o SUS) podem ser evitados com a adoção da posição ortostática por essa cadeira especial.

Atualmente, a listagem de produtos dispensados pelo SUS consta da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), instituída pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 321/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2007. Essa foi modificada por portarias posteriores, como a de nº 1.272, de 25 de junho de 2013, que lhe incluiu procedimentos de cadeiras de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas.

Para que as pessoas com deficiência motora pudessem colher todos os bons frutos do ortostatismo, seria de suma importância que a cadeira ortostática também fosse incluída na tabela mencionada. Como visto, não apenas a Constituição Federal assegura o direito universal à saúde. A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que passou a fazer parte da Lei Maior em 2009, também busca assegurar à pessoa com deficiência o pleno acesso à cidadania. Além disso, o Plano Viver Sem Limite deveria representar a ratificação pelo governo brasileiro do compromisso firmado com os cidadãos com quaisquer limitações. Em face de toda essa regulação, fica patente a necessidade de disponibilização desse aparato na rede pública, com fulcro no bem-estar dos cidadãos com paralisias.

Diante do exposto, apresento a presente indicação, sugerindo a inclusão da cadeira ortostática na mencionada tabela, para garantir a todas as pessoas com deficiência motora os benefícios que esse aparato pode proporcionar.

Sala das Sessões,

Senadora MARA GABRILLI

SF/21209.93145-84