



SENADO FEDERAL

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

PAUTA DA 33ª REUNIÃO

(3ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura)

**27/08/2025
QUARTA-FEIRA
às 09 horas**

**Presidente: Senador Marcelo Castro
Vice-Presidente: Senadora Dra. Eudócia**



Comissão de Assuntos Sociais

**33ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA, DA 3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA
DA 57ª LEGISLATURA, A REALIZAR-SE EM 27/08/2025.**

33ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA

quarta-feira, às 09 horas

SUMÁRIO

ITEM	PROPOSIÇÃO	RELATOR (A)	PÁGINA
1	PL 2371/2021 - Não Terminativo -	SENADORA DRA. EUDÓCIA	11
2	PL 5497/2023 - Terminativo -	SENADOR OTTO ALENCAR	22
3	PL 853/2019 - Terminativo -	SENADORA JUSSARA LIMA	41
4	PL 2992/2022 - Não Terminativo -	SENADORA ANA PAULA LOBATO	53
5	PL 1018/2024 - Não Terminativo -	SENADORA ANA PAULA LOBATO	65
6	PL 2336/2023 - Não Terminativo -	SENADORA PROFESSORA DORINHA SEABRA	78

7	PL 2880/2023 - Não Terminativo -	SENADORA DAMARES ALVES	97
8	PL 2708/2019 - Terminativo -	SENADOR FLÁVIO ARNS	116
9	PL 1011/2023 - Terminativo -	SENADORA LEILA BARROS	131
10	REQ 72/2025 - CAS - Não Terminativo -		174

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

PRESIDENTE: Senador Marcelo Castro

VICE-PRESIDENTE: Senadora Dra. Eudócia

(21 titulares e 21 suplentes)

TITULARES			SUPLENTE
Bloco Parlamentar Democracia(MDB, PSDB, PODEMOS, UNIÃO)			
Marcelo Castro(MDB)(1)(11)	PI 3303-6130 / 4078	1 Renan Calheiros(MDB)(1)(11)	AL 3303-2261 / 2262 / 2265 / 2268
Eduardo Braga(MDB)(1)(11)	AM 3303-6230	2 Alan Rick(UNIÃO)(1)(11)	AC 3303-6333
Efraim Filho(UNIÃO)(11)(3)	PB 3303-5934 / 5931	3 Veneziano Vital do Rêgo(MDB)(11)(3)	PB 3303-2252 / 2481
Jayme Campos(UNIÃO)(14)(11)(3)	MT 3303-2390 / 2384 / 2394	4 Soraya Thronicke(PODEMOS)(11)(3)	MS 3303-1775
Professora Dorinha Seabra(UNIÃO)(19)(15)	TO 3303-5990 / 5995 / 5900	5 Styvenson Valentim(PSDB)(8)(19)(11)(13)	RN 3303-1148
Plínio Valério(PSDB)(10)(11)	AM 3303-2898 / 2800	6 Fernando Dueire(MDB)(12)	PE 3303-3522
Bloco Parlamentar da Resistência Democrática(PSB, PSD)			
Jussara Lima(PSD)(4)	PI 3303-5800	1 Otto Alencar(PSD)(4)	BA 3303-3172 / 1464 / 1467
Mara Gabrilli(PSD)(4)	SP 3303-2191	2 Angelo Coronel(PSD)(4)	BA 3303-6103 / 6105
Zenaide Maia(PSD)(4)	RN 3303-2371 / 2372 / 2358	3 Lucas Barreto(PSD)(4)	AP 3303-4851
Sérgio Petecão(PSD)(4)	AC 3303-4086 / 6708 / 6709	4 Nelsinho Trad(PSD)(4)	MS 3303-6767 / 6768
Flávio Arns(PSB)(4)	PR 3303-6301	5 Daniella Ribeiro(PP)(9)	PB 3303-6788 / 6790
Bloco Parlamentar Vanguarda(PL, NOVO)			
Dra. Eudócia(PL)(2)	AL 3303-6083	1 Astronauta Marcos Pontes(PL)(2)	SP 3303-1177 / 1797
Wellington Fagundes(PL)(22)(20)(2)(21)	MT 3303-6219 / 3778 / 3772 / 6209 / 6213 / 3775	2 Rogerio Marinho(PL)(2)	RN 3303-1826
Romário(PL)(2)	RJ 3303-6519 / 6517	3 Magno Malta(PL)(2)	ES 3303-6370
Wilder Moraes(PL)(2)	GO 3303-6440	4 Jaime Bagattoli(PL)(17)	RO 3303-2714
Bloco Parlamentar Pelo Brasil(PDT, PT)			
Paulo Paim(PT)(6)	RS 3303-5232 / 5231 / 5230 / 5235	1 Fabiano Contarato(PT)(6)	ES 3303-9054 / 6743
Humberto Costa(PT)(6)	PE 3303-6285 / 6286	2 Teresa Leitão(PT)(6)	PE 3303-2423
Ana Paula Lobato(PDT)(6)	MA 3303-2967	3 Leila Barros(PDT)(6)	DF 3303-6427
Bloco Parlamentar Aliança(PP, REPUBLICANOS)			
Laércio Oliveira(PP)(5)	SE 3303-1763 / 1764	1 Mecias de Jesus(REPUBLICANOS)(16)	RR 3303-5291 / 5292
Dr. Hiran(PP)(5)	RR 3303-6251	2 Esperidião Amin(PP)(18)	SC 3303-6446 / 6447 / 6454
Damara Alves(REPUBLICANOS)(5)	DF 3303-3265	3 Cleitinho(REPUBLICANOS)(5)	MG 3303-3811

- (1) Em 18.02.2025, os Senadores Marcelo Castro e Eduardo Braga foram designados membros titulares e os Senadores Renan Calheiros e Veneziano Vital do Rêgo, membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 020/2025-GLMDB).
- (2) Em 18.02.2025, os Senadores Dra. Eudócia, Eduardo Girão, Romário e Wilder Moraes foram designados membros titulares e os Senadores Astronauta Marcos Pontes, Rogerio Marinho e Magno Malta, membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar Vanguarda, para compor a comissão (Of. nº 008/2025-BLVANG).
- (3) Em 18.02.2025, os Senadores Efraim Filho e Professora Dorinha Seabra foram designados membros titulares e os Senadores Alan Rick e Marcio Bittar, membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 12/2025-GLUNIAO).
- (4) Em 18.02.2025, os Senadores Jussara Lima, Mara Gabrilli, Zenaide Maia, Sérgio Petecão e Flávio Arns foram designados membros titulares e os Senadores Otto Alencar, Angelo Coronel, Lucas Barreto e Nelsinho Trad, membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor a comissão (Of. nº 004/2025-GSEGAMA).
- (5) Em 18.02.2025, os Senadores Laércio Oliveira, Dr. Hiran e Damara Alves foram designados membros titulares e o Senador Cleitinho, membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Aliança, para compor a comissão (Of. nº 002/2025-GABLID/BLALIAN).
- (6) Em 18.02.2025, os Senadores Paulo Paim, Humberto Costa e Ana Paula Lobato foram designados membros titulares e os Senadores Fabiano Contarato, Teresa Leitão e Leila Barros, membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar Pelo Brasil, para compor a comissão (Of. nº 026/2025-GLPDT).
- (7) Em 19.02.2025, a comissão reunida elegeu os Senadores Marcelo Castro e Dra. Eudócia, Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, deste colegiado.
- (8) Em 19.02.2025, a Senadora Soraya Thronicke foi designada membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 010/2025-GLPODEMOS).
- (9) Em 19.02.2025, a Senadora Daniella Ribeiro foi designada membro suplente, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor a comissão (Of. nº 5/2025-GSEGAMA).
- (10) Em 19.02.2025, o Senador Plínio Valério foi designado membro titular, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 001/2025-GLPSDB).
- (11) Em 19.02.2025, os Senadores Marcelo Castro, Eduardo Braga, Efraim Filho, Professora Dorinha Seabra e Plínio Valério foram designados membros titulares e os Senadores Renan Calheiros, Alan Rick, Veneziano Vital do Rêgo, Soraya Thronicke e Marcio Bittar, membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 006/2025-BLDEM).
- (12) Em 19.02.2025, o Senador Fernando Dueire foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 007/2025-BLDEM).
- (13) Em 20.02.2025, o Senador Marcio Bittar deixou de compor a comissão (Of. nº 009/2025-BLDEM).
- (14) Em 20.02.2025, o Senador Jayme Campos foi designado membro titular, em substituição à Senadora Professora Dorinha Seabra, que deixa de compor a comissão pelo Bloco Parlamentar Democracia (Of. nº 012/2025-BLDEM).
- (15) Em 20.02.2025, a Senadora Professora Dorinha Seabra foi designada membro titular, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 013/2025-BLDEM).
- (16) Em 21.02.2025, o Senador Mecias de Jesus foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Aliança, para compor a comissão (Of. nº 007/2025-GABLID/BLALIAN).
- (17) Em 24.02.2025, o Senador Jaime Bagattoli foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Vanguarda, para compor a comissão (Of. nº 011/2025-BLVANG).
- (18) Em 25.03.2025, o Senador Esperidião Amin foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Aliança, para compor a comissão (Of. nº 013/2025-GABLID/BLALIAN).

-
- (19) Em 07.04.2025, o Senador Styvenson Valentim foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Democracia, para compor a comissão (Of. nº 028/2025-BLDEM).
- (20) Em 09.05.2025, o Senador Wellington Fagundes foi designado membro titular, em substituição ao Senador Eduardo Girão, que deixa de compor a comissão, pelo Bloco Parlamentar Vanguarda (Of. nº 045/2025-BLVANG).
- (21) Em 28.05.2025, o Senador Eduardo Girão foi designado membro titular, em substituição ao Senador Wellington Fagundes, que deixa de compor a comissão, pelo Bloco Parlamentar Vanguarda (Of. nº 057/2025-BLVANG).
- (22) Em 20.08.2025, o Senador Wellington Fagundes foi designado membro titular, em substituição ao Senador Eduardo Girão, que deixa de compor a comissão, pelo Bloco Parlamentar Vanguarda (Of. nº 075/2025-BLVANG).

REUNIÕES ORDINÁRIAS:

SECRETÁRIO(A): SAULO KLÉBER RODRIGUES RIBEIRO

TELEFONE-SECRETARIA: 3303-4608

FAX:

TELEFONE - SALA DE REUNIÕES: 3303-4608

E-MAIL: cas@senado.leg.br



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA

3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA
57ª LEGISLATURA

Em 27 de agosto de 2025
(quarta-feira)
às 09h

PAUTA

33ª Reunião, Extraordinária

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

	Deliberativa
Local	Anexo II, Ala Senador Alexandre Costa, Plenário nº 9

Atualizações:

1. Inclusão do relatório do item 2. (21/08/2025 17:24)
2. Inclusão de observação no item 9. (25/08/2025 09:37)

PAUTA

ITEM 1

PROJETO DE LEI Nº 2371, DE 2021

- Não Terminativo -

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a imunoterapia nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas do câncer.

Autoria: Câmara dos Deputados

Relatoria: Senadora Dra. Eudócia

Relatório: Favorável ao Projeto.

Observações:

Em 21/08/2025, foi concedida vista coletiva, nos termos regimentais.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 2

PROJETO DE LEI Nº 5497, DE 2023

- Terminativo -

Altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre a tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.

Autoria: Senadora Daniella Ribeiro

Relatoria: Senador Otto Alencar

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das Emendas nº 1-CI e 2-CI.

Observações:

1- A matéria foi apreciada pela Comissão de Serviços de Infraestrutura, com parecer favorável ao Projeto.

2- Será realizada uma única votação nominal para o Projeto e para as emendas, nos termos do relatório apresentado, salvo requerimento de destaque.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Parecer \(CI\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 3

PROJETO DE LEI Nº 853, DE 2019

- Terminativo -

Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães.

Autoria: Câmara dos Deputados

Relatoria: Senadora Jussara Lima

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

Em 8/7/2025, foi realizada audiência pública para instrução da matéria.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 4

PROJETO DE LEI Nº 2992, DE 2022

- Não Terminativo -

Altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências, para tornar dedutíveis da base de cálculo do imposto sobre a renda das pessoas físicas as despesas com vacinas.

Autoria: Senador Lasier Martins

Relatoria: Senadora Ana Paula Lobato

Relatório: Favorável ao Projeto.

Observações:

Matéria a ser apreciada pela Comissão de Assuntos Econômicos, em decisão terminativa.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 5

PROJETO DE LEI Nº 1018, DE 2024

- Não Terminativo -

Institui o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental.

Autoria: Senador Alan Rick

Relatoria: Senadora Ana Paula Lobato

Relatório: Favorável ao Projeto, com duas emendas que apresenta.

Observações:

Matéria a ser apreciada pela Comissão de Educação e Cultura, em decisão terminativa.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 6

PROJETO DE LEI Nº 2336, DE 2023

- Não Terminativo -

Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

Autoria: Câmara dos Deputados

Relatoria: Senadora Professora Dorinha Seabra

Relatório: Favorável ao Projeto, com a Emenda nº 1-CAE.

Observações:

A matéria foi apreciada pela Comissão de Assuntos Econômicos, com parecer favorável ao Projeto.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Parecer \(CAE\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 7

PROJETO DE LEI Nº 2880, DE 2023

- Não Terminativo -

Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.

Autoria: Câmara dos Deputados

Relatoria: Senadora Damares Alves

Relatório: Favorável ao Projeto.

Observações:

A matéria foi apreciada pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa, com parecer favorável ao Projeto.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

[Parecer \(CDH\)](#)

ITEM 8

PROJETO DE LEI Nº 2708, DE 2019

- Terminativo -

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 tornar obrigatória a cobertura de internação domiciliar pós-hospitalar, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.

Autoria: Senador Romário

Relatoria: Senador Flávio Arns

Relatório: Pela aprovação do Projeto e de quatro emendas que apresenta.

Observações:

Será realizada uma única votação nominal para o Projeto e para as emendas, nos termos do relatório apresentado, salvo requerimento de destaque.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 9

PROJETO DE LEI Nº 1011, DE 2023

- Terminativo -

Institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências.

Autoria: Senador Randolfe Rodrigues

Relatoria: Senadora Leila Barros

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das Emendas nº 2-T e 3-CMA e pela rejeição da Emenda nº 1-T, nos termos de emenda substitutiva que apresenta.

Observações:

1- *A matéria foi apreciada pela Comissão de Meio Ambiente, com parecer favorável ao Projeto.*

2- *Nos termos do art. 282, combinado com o art. 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o substitutivo, será ele submetido a turno suplementar.*

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

[Parecer \(CMA\)](#)

[Emenda 1-T \(CMA\)](#)

[Emenda 2-T \(CMA\)](#)

ITEM 10

REQUERIMENTO DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS Nº 72, DE 2025

Requer, nos termos do art. 58, § 2º, II, da Constituição Federal e do art. 93, II, do Regimento Interno do Senado Federal, a realização de audiência pública, com o objetivo de debater a PEC 1/2025, que "Altera a Constituição Federal para garantir que os recursos transferidos pela União ao Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) sejam corrigidos anualmente pela variação da receita corrente líquida (RCL) da União".

Autoria: Senador Izalci Lucas, Senadora Damares Alves, Senador Hamilton Mourão

Textos da pauta:

[Requerimento \(CAS\)](#)

1



SENADO FEDERAL

Gabinete da senadora Dra. Eudócia

PARECER Nº , DE 2025

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei nº 2.371, de 2021, do Deputado Bibó Nunes, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a imunoterapia nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas do câncer.

Relatora: Senadora **DRA. EUDÓCIA**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei nº 2.371, de 2021, do Deputado Bibó Nunes, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a imunoterapia nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas do câncer.

A proposição acrescenta parágrafo ao art. 19-O da Lei Orgânica da Saúde, para dispor que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) de câncer incluirão a imunoterapia, quando esse tratamento se mostrar superior ou mais seguro que as opções tradicionais, na forma do regulamento.

Na justificação, o autor argumenta que a imunoterapia, geralmente, ainda está restrita à rede privada de saúde, e que é importante prever o acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), quando for comprovadamente mais eficaz do que o tratamento tradicional.

No Senado Federal, a proposição foi distribuída para ser analisada pela CAS e pelo Plenário.

Não foram oferecidas emendas no prazo regimental.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100, inciso II, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS opinar sobre proposições relativas à proteção e defesa da saúde, bem como às competências do Sistema Único de Saúde (SUS). É o caso do PL nº 2.371, de 2021, que ora se examina.

A proposição trata de matéria – proteção e defesa da saúde –, que está inserida na competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal, conforme dispõe o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal (CF). Também está de acordo com os comandos constitucionais relativos às atribuições do Congresso Nacional (art. 48, da CF) e à legitimidade da iniciativa legislativa dos parlamentares (art. 61, da CF).

Sob o prisma da constitucionalidade material, as proposições alinham-se aos princípios e normas na Lei Maior e, em especial, ao art. 196, que dispõe:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

No que tange à juridicidade, nada há objetar, uma vez que a proposição inova no mundo jurídico e está em conformidade com o ordenamento jurídico pátrio e o entendimento jurisprudencial.

Em relação a extensão do direito à saúde, os tribunais vêm decidindo que este direito é amplo e abrange a necessidade de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, tanto para prevenção, promoção, **quanto para**

recuperação da saúde, incluindo tratamentos e medicamentos, mesmo que de alto custo, quando comprovada a necessidade e a inexistência de alternativas.

Nesse sentido, é a orientação jurisprudencial do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT).¹

Os tribunais superiores têm se manifestado no sentido de **que o Poder Público deve garantir o direito à saúde, inclusive em casos de judicialização**, onde se busca o fornecimento de tratamentos e medicamentos através de ações judiciais.

O STJ tem reiteradamente defendido o direito à saúde como um direito fundamental, e tem-se manifestado a favor de medidas que assegurem o acesso a tratamentos e medicamentos, mesmo que não incluídos no rol da ANS ou em protocolos do SUS.²

Em relação a técnica legislativa, a proposição observou os ditames da Lei Complementar n. 95/98.

Quanto ao mérito, louvamos a iniciativa do ilustre autor, Deputado Bibó Nunes, que visa, acertadamente, incorporar a imunoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos e resgatando a esperança pela cura.

¹ “(...)comprovada a necessidade de procedimento médico à parte demandante, é dever dos entes públicos o fornecimento, garantindo as condições de saúde e sobrevivência dignas, com amparo nos artigos 196 e 197 da Constituição Federal.” (TJDFT, Acórdão 1641147, 07026404020228070018, Relatora: GISLENE PINHEIRO, 7ª Turma Cível, data de julgamento: 16/11/2022, publicado no PJe: 26/11/2022.)

“(…) É sabido que o direito à saúde do ser humano deve ser tratado com a máxima prioridade, relacionado diretamente à dignidade da pessoa humana, que é um fundamento da República Federativa do Brasil, e à vida, o bem maior de todos os protegidos constitucionalmente. Consequentemente, compete ao Estado garantir a efetividade desse direito social, nos termos dos artigos 6.º c/c artigo 196, ambos da Constituição Federal.” (TJDFT, Acórdão 1121124, 20160110201975APO, Relator: ROBSON BARBOSA DE AZEVEDO, 5ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 29/8/2018, publicado no DJE: 4/9/2018.)

² “(...)1. A ordem constitucional vigente, em seu art. 196, consagra o direito à saúde como dever do Estado, que deverá, por meio de políticas sociais e econômicas, propiciar aos necessitados não “qualquer tratamento”, mas o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento.

2. Sobreleva notar, ainda, que hoje é patente a ideia de que a Constituição não é ornamental, não se resume a um museu de princípios, não é meramente um ideário; reclama efetividade real de suas normas. Destarte, na aplicação das normas constitucionais, a exegese deve partir dos princípios fundamentais, para os princípios setoriais. E, sob esse ângulo, merece destaque o princípio fundante da República que destina especial proteção a dignidade da pessoa humana.”

A imunoterapia é uma abordagem médica que estimula o sistema imunológico do paciente a combater doenças, especialmente o câncer. Esse tratamento foi desenvolvido a partir da descoberta de que as células cancerígenas empregam moléculas reguladoras, chamadas correceptores, para inibir as células de defesa do corpo e evitar sua destruição.

Os medicamentos imunoterápicos atuam bloqueando a atividade desses correceptores, facilitando a ação efetiva do sistema imunológico. Os tipos mais comuns de imunoterapia aprovados são: inibidores de checkpoint imunológico (anti-PD-1, anti-CTLA-4), vacinas terapêuticas (em estágios de pesquisa), citocinas (como IL-2 e IFN-alfa), anticorpos monoclonais, vacinas contra o câncer e as *Car-T Cells* (células que passaram por modificação genética e foram reprogramadas em laboratório, derivadas de linfócitos T – células de defesa).

As imunoterapias são utilizadas, principalmente, para melanoma, câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC), carcinoma urotelial (bexiga), linfomas (em especial, linfoma de Hodgkin), câncer de cabeça e pescoço, câncer renal e câncer de mama triplo negativo (em alguns casos).

Esse tratamento oncológico é amplamente adotado em diversos países, especialmente aqueles com sistemas de saúde mais avançados.

Os Estados Unidos foi o pioneiro no desenvolvimento e aprovação de imunoterapias. O FDA (agência reguladora) já aprovou diversos tratamentos, como os inibidores de checkpoint (ex: pembrolizumabe, nivolumabe), uso em câncer de pulmão, melanoma, linfoma, entre outros.

A EMA (Agência Europeia de Medicamentos) já aprovou imunoterapias semelhantes às dos EUA. Alemanha, França, Itália e Espanha têm centros especializados e acesso pelo sistema de saúde.

O Reino Unido fez grandes investimentos em pesquisa, em parceria com farmacêuticas, para oferecer imunoterapia para vários tipos de câncer.

No Japão, a imunoterapia é adotada especialmente para câncer de pulmão e gástrico, e o desenvolvimento de terapias próprias também estão em andamento.

A China investiu fortemente em pesquisa e aprovação de imunoterapias, bem como no desenvolvimento de terapias locais (como CAR-T cells) e aprovação de terapias internacionais.

O Canadá aprovou a imunoterapia para diversos tipos de câncer tornando disponível em centros oncológicos pelo sistema público de saúde (Medicare).

O Brasil também utiliza imunoterapias no tratamento do câncer, especialmente, nos grandes centros oncológicos públicos e privados. O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a imunoterapia como tratamento para o melanoma cutâneo avançado não-cirúrgico e metastático, especificamente com os medicamentos nivolumabe (Opdivo) e pembrolizumabe (Keytruda).

Na iniciativa privada, os planos de saúde cobrem diversas imunoterapias, especialmente após inclusão no rol da ANS; o mesmo acontece com os hospitais oncológicos. Cito como exemplo, o A.C. Camargo Cancer Center (SP), Hospital Sírio-Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital de Amor (Barretos), Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

Para tornar as imunoterapias mais acessíveis e reduzir custos, um novo centro de pesquisas foi inaugurado no ano passado em Eusébio, na Região Metropolitana de Fortaleza, Ceará. Situado no *campus* da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o “*Centro Pasteur Fiocruz de Imunologia e Imunoterapia*” reúne pesquisadores brasileiros e estrangeiros – do Instituto Pasteur de Paris (França) e da Fiocruz –, voltados para pesquisa e desenvolvimento de imunoterapias em doenças infecciosas e não transmissíveis.

A adoção tem crescido nos últimos anos, embora ainda exista desafios no acesso amplo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, devido a omissão normativa para a concretização das políticas públicas de saúde.

Sabemos que um único dia pode fazer a diferença na vida do paciente oncológico, que luta contra o tempo para ter acesso ao tratamento indicado e aumentar suas chances de cura.

Não é razoável imaginar que o paciente com indicação de imunoterapia para tratamento oncológico tenha que aguardar 180 dias ou mais para conclusão do processo administrativo de incorporação de medicamento, produto ou procedimento no SUS, sem contar a realização de audiência pública, consulta pública, avaliação da comissão intergestores tripartite, e demais burocracias

exigidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde – CONITEC, que é um órgão colegiado de caráter permanente do Ministério da Saúde e tem como função essencial assessorar na definição das tecnologias do SUS. É responsável pela avaliação de evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento.

Entendo que os procedimentos burocráticos não podem estar acima da ciência e do direito à saúde. São inúmeros os estudos científicos publicados no Brasil e no mundo que evidenciam a eficácia, a efetividade e a segurança das imunoterapias.

Ademais, devido a interpretação constitucional ampla do direito à saúde, a avaliação econômica dos benefícios da imunoterapia deve considerar que a falta de incorporação no SUS gera um gasto ainda maior com a judicialização e o acesso compulsório.

Nesse contexto, o Projeto de lei ora em análise contribuirá para o acesso equitativo às imunoterapias, quando for a opção de tratamento comprovadamente mais eficaz.

Reconhecemos, portanto, o mérito do PL nº 2.371, de 2021, motivo pelo qual manifestamos nosso apoio à sua aprovação.

III – VOTO

Ante o exposto, o voto é pela **APROVAÇÃO** do Projeto de Lei nº 2.371, de 2021, em sua redação original.

Sala das sessões, 26 de maio de 2025.

Senadora Dra EUDÓCIA (PL/AL)



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 2371, DE 2021

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a imunoterapia nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas do câncer.

AUTORIA: Câmara dos Deputados

DOCUMENTOS:

- [Texto do projeto de lei da Câmara](#)
- [Legislação citada](#)
- [Projeto original](#)

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2035797&filename=PL-2371-2021



[Página da matéria](#)



Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a imunoterapia nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas do câncer.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 19-O da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerado o parágrafo único como § 1º:

“Art. 19-O.

§ 1º

§ 2º Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas do câncer incluirão a utilização de imunoterapia quando se mostrar superior ou mais segura que as opções tradicionais, na forma do regulamento.”(NR)

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

CÂMARA DOS DEPUTADOS, na data da chancela.

ARTHUR LIRA
Presidente





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Of. nº 383/2024/PS-GSE

Brasília, na data da apresentação.

A Sua Excelência o Senhor
Senador ROGÉRIO CARVALHO
Primeiro-Secretário do Senado Federal

Assunto: **Envio de proposição para apreciação**

Senhor Primeiro-Secretário,

Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à apreciação do Senado Federal, nos termos do caput do art. 65 da Constituição Federal combinado com o art. 134 do Regimento Comum, o Projeto de Lei nº 2.371, de 2021, da Câmara dos Deputados, que “Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a imunoterapia nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas do câncer.”

Atenciosamente,

LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário



LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (1990) - 8080/90
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990;8080>
- art19-15

2

PARECER Nº , DE 2024

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei nº 5.497, de 2023, da Senadora Daniella Ribeiro, que *altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre a tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.*

Relator: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

Vem à análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei (PL) nº 5.497, de 2023, da Senadora Daniella Ribeiro. O projeto propõe a obrigatoriedade de se divulgar, nos terminais de transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, além de aviões, embarcações, vagões de passageiros e nos bilhetes aéreos, informações sobre os riscos e as medidas de prevenção de tromboembolismo venoso.

Para atingir esse fim, o projeto propõe alterações em cinco leis regulamentadoras do transporte de passageiros: as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, e nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, ambas relacionadas ao transporte aéreo; e as Leis nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, que tratam, respectivamente, dos transportes aquaviário, rodoviário e ferroviário.

Especificamente, a proposição acrescenta o art. 11-A na Lei nº 6.009, de 1973, para exigir que os sistemas de áudio ou multimídia dos aeródromos transmitam as informações de que trata o PL e, na ausência de tais sistemas, que as companhias aéreas as forneçam durante o embarque.

Além disso, modifica o Código Brasileiro de Aeronáutica (Lei nº 7.565, de 1986) para garantir que essas mensagens preventivas sejam impressas nos comprovantes de compra de bilhetes aéreos e divulgadas nos sistemas de comunicação das aeronaves.

Ademais, a proposta altera, ainda, as Leis nº 9.537, de 1997, nº 11.975, de 2009, e nº 14.273, de 2021, que tratam dos transportes aquaviário, rodoviário e ferroviário, respectivamente, para determinar que as informações mencionadas sejam afixadas nos pontos de venda de passagens, nos terminais de embarque e no interior dos veículos de transporte de passageiros, conforme cada modalidade tratada nas leis citadas.

Por fim, fixa a vigência a partir da data de publicação da nova lei, caso seja aprovada.

Em suas razões, a autora destaca que a ocorrência do tromboembolismo venoso tem seu risco aumentado em viagens longas devido à imobilidade. Argumenta que, embora existam medidas eficazes de prevenção, muitos viajantes desconhecem meios para reduzir a ocorrência desse agravo.

O projeto, que ora tramita em decisão terminativa pela CAS, foi aprovado pela Comissão de Serviços de Infraestrutura (CI) com duas emendas de nossa autoria. A Emenda nº 1 ajustou a ementa do PL às mudanças introduzidas pela Emenda nº 2, que suprimiu os artigos 3º, 4º e 5º da proposição, restringindo as medidas propostas exclusivamente às viagens aéreas. Isso porque a CI concluiu que, até o momento, não havia evidências suficientes para afirmar que as iniciativas sugeridas seriam vantajosas para outros modos de transporte, considerando uma dinâmica de circulação maior do passageiro nesses meios.

II – ANÁLISE

Compete à CAS, nos termos do art. 100, inciso II, do Regimento Interno do Senado Federal, opinar sobre matérias que dizem respeito à proteção e à defesa da saúde. Esse é o caso do projeto de lei sob análise, que dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgar informações sobre os riscos e as medidas de prevenção de tromboembolismo venoso em pontos de contato essenciais para o viajante, tanto antes quanto durante suas viagens.

O tromboembolismo venoso é condição potencialmente fatal, que abrange principalmente a trombose venosa profunda, caracterizada pela formação de coágulos no interior dos vasos sanguíneos, e a embolia pulmonar, que ocorre quando esses coágulos migram até os pulmões.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, a trombose venosa afeta cerca de 300 mil brasileiros todos os anos. Essa condição, frequentemente prevenível, é responsável por mais de 165 internações hospitalares por dia no País, o que representa significativo problema de saúde pública. A situação se torna ainda mais grave quando se considera que a trombose venosa pode evoluir para embolia pulmonar, complicação em que uma em cada quatro pessoas acometidas sofre morte súbita, ou seja, morre antes mesmo do diagnóstico ou tratamento serem possíveis.

Embora o tromboembolismo venoso seja muito mais frequente em ambientes hospitalares, especialmente após cirurgias ortopédicas, oncológicas e ginecológicas, a associação com viagens aéreas é conhecida desde os primeiros relatos de Homans, médico americano, em 1954. Cabe aqui registrar que a imobilidade prologada — costumeira em viagens de longa distância, seja por ar, seja por terra —, favorece a estase venosa, o que eleva o risco de tromboembolismo venoso.

No entanto, embora não entendamos completamente como o tromboembolismo se desenvolve durante voos, sabemos que viajar de avião introduz riscos adicionais. A título de exemplo, a hipóxia prolongada e a baixa umidade do ar, típicas nas cabines de voos comerciais, podem contribuir, respectivamente, para ativar a coagulação e para aumentar a viscosidade sanguínea, elevando assim o risco dessa condição.

Esses fatores, quando associados a voos longos — especialmente aqueles com mais de oito horas de duração —, elevam o risco de tromboembolismo, segundo estimativas, em 26% a cada duas horas adicionais de voo. Viagens com mais de quatro horas já apresentam risco duas a três vezes maior quando comparadas a voos mais breves. Além disso, passageiros que realizam múltiplos voos em curto espaço de tempo, independente da duração de cada um, também têm risco aumentado para o desenvolvimento da condição.

É importante notar também que a chance de tromboembolismo em viagens aéreas pode ser significativamente maior entre viajantes com fatores de risco adicionais, tais como obesidade, gravidez, cirurgias recentes e uso de

contraceptivos orais. Essas condições, entre outras bastante comuns na população geral, podem intensificar a propensão de desenvolver tromboembolismo em até vinte vezes.

Sendo assim, dado o grande número de passageiros que transita pelos aeroportos brasileiros, conforme registrado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) — cerca de 115 milhões de pessoas transportadas em voos nacionais e internacionais em 2023 —, o risco de tromboembolismo venoso entre viajantes emerge como significativa questão de saúde pública, o que justifica, portanto, a intervenção do Poder Público em defesa da saúde e segurança dessa parcela da população.

Pesquisa acadêmica realizada em 2015, abrangendo países de todos os continentes, aponta que apenas 45% dos entrevistados estavam cientes de que é possível prevenir coágulos sanguíneos; e o entendimento sobre fatores de risco importantes, como câncer, hospitalizações e cirurgias, era ainda menor. Embora não tenhamos dados nacionais sobre o nível de conhecimento da população viajante sobre a temática, evidências apontam que as companhias aéreas têm falhado em disseminar essas informações essenciais até mesmo aos seus funcionários.

Esse registro inicial é fundamental para destacar o mérito do PL nº 5.497, de 2023, que propõe alteração relevante na legislação de transportes para garantir que os riscos e as medidas preventivas do tromboembolismo sejam adequadamente informados aos viajantes. Do ponto de vista do direito à saúde, não há dúvida de que tal medida pode contribuir para a conscientização sobre o tromboembolismo venoso e, assim, promover avanços na proteção e defesa da saúde.

Concluimos, portanto, que a proposta é meritória e está em harmonia com os princípios constitucionais do direito à vida, à saúde e à segurança, além de reforçar o dever do Estado de garantir essas proteções aos cidadãos.

Confirmamos, também, que não há óbice de regimentalidade, de juridicidade ou de constitucionalidade na proposição.

III – VOTO

Diante do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 5.497, de 2023, com acolhimento das Emendas nº 1 e 2 da Comissão de Serviços de Infraestrutura.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 25, DE 2024

Da COMISSÃO DE SERVIÇOS DE INFRAESTRUTURA, sobre o Projeto de Lei nº 5497, de 2023, da Senadora Daniella Ribeiro, que Altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre a tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.

PRESIDENTE: Senador Confúcio Moura

RELATOR: Senador Otto Alencar

04 de junho de 2024



PARECER Nº , DE 2024

Da COMISSÃO DE SERVIÇOS DE INFRAESTRUTURA, sobre o Projeto de Lei nº 5.497, de 2023, da Senadora Daniella Ribeiro, que *altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre a tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.*

Relator: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei (PL) nº 5.497, de 2023, de autoria da Senadora Daniella Ribeiro, tem como objetivo tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.

Para atingir essa finalidade, o PL altera as altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021. As duas primeiras que tratam do transporte aéreo, enquanto as demais, respectivamente, do transporte aquaviário, rodoviário e ferroviário.

O art. 1º do PL promove alteração na Lei nº 6.009, de 1973, para determinar que os sistemas de comunicação em áudio ou multimídia de aeródromos divulguem mensagens sobre os riscos de tromboembolismo e suas medidas de prevenção. Já o art. 2º estabelece a veiculação de mensagens de teor

semelhante tanto no comprovante de compra de bilhetes de passagens aéreas, quanto nos sistemas de comunicação em áudio ou multimídia das aeronaves, por meio de alteração na Lei nº 7.565, de 1986.

Por sua vez, os arts. 3º, 4º e 5º determinam a afixação de mensagens com o mesmo cunho nos locais de venda de passagens para os meios de transporte, respectivamente, aquaviário, rodoviário e ferroviário, por meio de alterações nas citadas leis que regulam cada uma dessas modais de transporte.

O art. 5º trata da vigência da lei e estabelece que a lei entrará em vigor na data de sua publicação.

O PL foi distribuído para análise da Comissão de Serviços de Infraestrutura (CI) e, posteriormente, irá à Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.

Decorrido o prazo regimental, não foram apresentadas emendas ao projeto.

II – ANÁLISE

De acordo com o inciso I do art. 104 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CI opinar sobre matérias pertinentes a transportes de terra, mar e ar, de modo que a proposição sob análise, que torna obrigatória a divulgação de mensagens sobre o tromboembolismo venoso em diferentes meios de transporte, é pertinente à temática desta Comissão.

A proposição trata de matéria – proteção e defesa da saúde –, que está inserida na competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal, conforme dispõe o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal (CF). Também está de acordo com os comandos constitucionais relativos às atribuições do Congresso Nacional (art. 48, da CF) e à legitimidade da iniciativa legislativa dos parlamentares (art. 61, da CF). Portanto, não vislumbramos óbices quanto à constitucionalidade da proposta. O projeto de lei também atende aos requisitos de juridicidade, inclusive quanto à técnica legislativa, e à regimentalidade.

O tromboembolismo venoso é um problema de saúde pública de grande relevância. Segundo a Diretriz Conjunta sobre Tromboembolismo

Venoso, que reuniu diferentes sociedades médicas, esse problema de saúde é a terceira causa mais frequente de síndrome cardiovascular aguda e causa a morte súbita ou nas primeiras horas após os sintomas em 34% das pessoas acometidas.

No Brasil, os dados do Ministério da Saúde demonstram que o número de internações relacionadas a episódios de tromboembolismo ultrapassou quinhentas e vinte mil, entre 2010 e 2021. Já o número de óbitos foi de sessenta e sete mil, no período de 2010 a 2019.

Hereditariedade, idade, sexo, hipertensão arterial, tabagismo, uso de anticoncepcionais de risco e sobrepeso são alguns dos fatores que contribuem para o aumento do risco de episódios de tromboembolismo. Outro fator de risco conhecido é a imobilização por tempo prolongado, como no caso de internações prolongadas ou em viagens em que a pessoa tende a permanecer por longos períodos sem se movimentar.

Contudo, a maioria dos estudos demonstra que o tromboembolismo está associado sobretudo a voos longos, viagens aéreas de grande duração ou com a realização de vários voos curtos em um pequeno intervalo de dias. Isso se deve às limitações para que os passageiros se movimentem durante as viagens, cujo espaço é limitado e não há paradas, assim como, provavelmente, à pressurização da cabine dos aviões.

A prevenção do tromboembolismo é realizada por meio da adoção de medidas simples, como o uso de meias de compressão, além do acompanhamento médico individualizado, com o uso de anticoagulantes quando necessário.

Nesse sentido, o projeto é meritório ao estabelecer a obrigatoriedade da divulgação de mensagens sobre o tromboembolismo venoso, desde o momento em que o cidadão adquire a passagem, assim como previamente ao embarque e durante o voo. Contudo, não há evidências suficientes de que tais medidas sejam benéficas para outros modos de transporte, tais como aquaviário, terrestre e ferroviário, os quais também são abrangidas pelo projeto, uma vez que a dinâmica de circulação dos passageiros nesses modos é bem maior.

Por isso, apresentamos emenda que suprime os arts. 3º, 4º e 5º, para restringir as medidas às viagens aéreas, fazendo a supressão do art. 332-A. do art. 2º, além de emenda para adequar a ementa do PL a essas alterações.

Com esses ajustes, consideramos que o projeto de lei sob análise aprimora a legislação vigente e, portanto, merece aprovação.

III – VOTO

Ante o exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 5.497, de 2023, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº – CI

Dê-se a seguinte redação à ementa do Projeto de Lei nº 5.497, de 2023:

“Altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, e nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre o tromboembolismo venoso em terminais de transporte aéreo, bem como nos aviões e nos bilhetes aéreos.”

EMENDA Nº – CI

Suprimam-se os arts. 3º, 4º e 5º e art. 332-A, do art. 2º do Projeto de Lei nº 5.497, de 2023, renumerando o subsequente.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

**Relatório de Registro de Presença****14ª, Extraordinária****Comissão de Serviços de Infraestrutura**

Bloco Parlamentar Democracia (MDB, UNIÃO)		
TITULARES		SUPLENTE
JAYME CAMPOS	PRESENTE	1. EFRAIM FILHO
SORAYA THRONICKE	PRESENTE	2. ALAN RICK
RODRIGO CUNHA		3. JADER BARBALHO
EDUARDO BRAGA		4. FERNANDO FARIAS
VENEZIANO VITAL DO RÊGO		5. MARCELO CASTRO
CONFÚCIO MOURA	PRESENTE	6. ZEQUINHA MARINHO
CARLOS VIANA	PRESENTE	7. CID GOMES
WEVERTON	PRESENTE	8. ALESSANDRO VIEIRA
MARCOS ROGÉRIO	PRESENTE	9. RANDOLFE RODRIGUES

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PSB, PT, PSD)		
TITULARES		SUPLENTE
DANIELLA RIBEIRO		1. IRAJÁ
VANDERLAN CARDOSO	PRESENTE	2. SÉRGIO PETECÃO
LUCAS BARRETO	PRESENTE	3. MARGARETH BUZETTI
OTTO ALENCAR	PRESENTE	4. OMAR AZIZ
AUGUSTA BRITO		5. HUMBERTO COSTA
TERESA LEITÃO	PRESENTE	6. ROGÉRIO CARVALHO
BETO FARO		7. FABIANO CONTARATO
CHICO RODRIGUES	PRESENTE	8. JORGE KAJURU

Bloco Parlamentar Vanguarda (PL, NOVO)		
TITULARES		SUPLENTE
WELLINGTON FAGUNDES		1. JAIME BAGATTOLI
WILDER MORAIS	PRESENTE	2. JORGE SEIF
EDUARDO GOMES	PRESENTE	3. ASTRONAUTA MARCOS PONTES

Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS)		
TITULARES		SUPLENTE
TEREZA CRISTINA	PRESENTE	1. LAÉRCIO OLIVEIRA
IRENEU ORTH		2. ESPERIDIÃO AMIN
CLEITINHO		3. MECIAS DE JESUS

Não Membros Presentes

PROFESSORA DORINHA SEABRA
ZENAIDE MAIA
IZALCI LUCAS
PAULO PAIM

DECISÃO DA COMISSÃO

(PL 5497/2023)

REUNIDA A COMISSÃO NESSA DATA, É LIDO E APROVADO O RELATÓRIO, QUE PASSA A CONSTITUIR PARECER DA CI, FAVORÁVEL AO PROJETO COM AS EMENDAS N° 1/CI E N° 2/CI.

04 de junho de 2024

Senador Confúcio Moura

Presidente da Comissão de Serviços de Infraestrutura



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 5497, DE 2023

Altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre a tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.

AUTORIA: Senadora Daniella Ribeiro (PSD/PB)



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
GABINETE DA SENADORA DANIELLA RIBEIRO

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

Altera as Leis nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, nº 11.975, de 7 de julho de 2009, e nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, para tornar obrigatória a divulgação de mensagens sobre a tromboembolismo venoso em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 6.009, de 26 de dezembro de 1973, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“**Art. 11-A.** Os sistemas de comunicação em áudio ou multimídia dos aeródromos divulgarão mensagens ou vídeos sobre os riscos de tromboembolismo venoso e medidas para sua prevenção, na forma do regulamento.

Parágrafo único. Nos locais onde não houver sistema de comunicação operante, a companhia aérea prestará a informação de que trata o *caput*, no momento do embarque.”

Art. 2º A Lei nº 7.565, de 19 de dezembro de 1986, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 227.**

§ 1º

§ 2º Será impressa no comprovante de compra do bilhete de passagem aérea mensagem sobre os riscos de tromboembolismo venoso e medidas para sua prevenção, na forma do regulamento.”
(NR)



“**Art. 322-A.** Os sistemas de comunicação em áudio ou multimídia das aeronaves divulgarão mensagens ou vídeos sobre os riscos de tromboembolismo venoso e medidas para sua prevenção, na forma do regulamento.”

Art. 3º A Lei nº 9.537, de 11 de dezembro de 1997, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

“**Art. 4º-B.** Os operadores afixarão, em lugar visível e de fácil acesso aos usuários, no local de venda de passagens, nos terminais de embarque e nas embarcações de transporte de passageiros, mensagem sobre os riscos de tromboembolismo venoso e medidas para sua prevenção, na forma do regulamento.”

Art. 4º A Lei nº 11.975, de 7 de julho de 2009, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 10.**

Parágrafo único. A transportadora afixará, nos locais de que trata o *caput*, mensagem sobre os riscos de tromboembolismo venoso e medidas para sua prevenção, na forma do regulamento.” (NR)

Art. 5º A Lei nº 14.273, de 23 de dezembro de 2021, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 57.**

Parágrafo único. Em cumprimento ao disposto no inciso III do *caput*, a operadora afixará, em lugar visível e de fácil acesso aos usuários, no local de venda de passagens, nos terminais de embarque e nos vagões de transporte de passageiros, mensagem sobre os riscos de tromboembolismo venoso e medidas para sua prevenção, na forma do regulamento.” (NR)

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) ocorre quando um coágulo sanguíneo formado em uma veia profunda, geralmente em um dos membros inferiores, desprende-se da parede vascular e se movimenta por veias cada



vez mais calibrosas até ganhar as câmaras cardíacas e ser impulsionado pelo coração através de artérias cada vez mais estreitas, obstruindo uma delas, como um êmbolo, normalmente no pulmão, e causando a interrupção da circulação sanguínea, com a consequente destruição tecidual decorrente da isquemia (tromboembolismo pulmonar).

O TEV é uma doença que pode gerar complicações graves e é frequentemente letal, demandando prevenção e intervenção médica imediata, caso venha a acontecer.

Os fatores de risco para o TEV são aqueles relacionados à formação de coágulos: trauma; fraturas de membros inferiores, bacia ou coluna; gravidez e período puerperal; terapia hormonal; doenças que promovem um estado de hipercoagulabilidade (como vários tipos de câncer e trombofilias, a exemplo da síndrome do anticorpo antifosfolípide – SAAF); obesidade; imobilidade completa; redução da mobilidade que ocorre em viagens longas, por mais de quatro horas; internações de mais de dois dias, por doenças clínicas infecciosas, inflamatórias, cardíacas e respiratórias; paralisias de membros por acidente vascular cerebral; cirurgias de porte moderado em pacientes com outros fatores de risco ou qualquer cirurgia de grande porte.

A prevenção do TEV inclui medidas para evitar imobilidade prolongada, exercícios regulares, fisioterapia e exercícios específicos em situações de imobilidade inevitável, além de recomendações como manter-se hidratado, usar meias de compressão e fazer profilaxia com anticoagulantes em casos de risco elevado e durante internações.

Uma das situações que geram maior risco para o surgimento do TEV é a imobilidade dos passageiros em viagens, especialmente aquelas de mais longa duração. Há exercícios que podem ser realizados para favorecer a contração da musculatura dos membros inferiores e, assim, diminuir o risco dessa terrível doença. No entanto, poucas pessoas estão devidamente orientadas a se proteger nessas situações.

Por isso, propomos que, em terminais do transporte rodoviário, ferroviário, aéreo e aquaviário, bem como nos aviões, embarcações e vagões de passageiros, e nos bilhetes aéreos, sejam divulgadas mensagens impressas ou eletrônicas com alertas e informações sobre o risco de TEV durante a viagem. Além disso, é de todo recomendável que as conhecidas mensagens de segurança transmitidas a todos os passageiros no início e durante o voo,



por meio do sistema de áudio das aeronaves, também incluíam informações para a proteção da saúde dos viajantes.

Assim, contamos com o apoio dos dignos pares para a aprovação da matéria, que promoverá medidas concretas de proteção à saúde e sem dúvida salvará vidas.

Sala das Sessões,

Senadora DANIELLA RIBEIRO
PSD-PB



LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 6.009, de 26 de Dezembro de 1973 - LEI-6009-1973-12-26 - 6009/73
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1973;6009>
- Lei nº 7.565, de 19 de Dezembro de 1986 - Código Brasileiro de Aeronáutica - 7565/86
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1986;7565>
- Lei nº 9.537, de 11 de Dezembro de 1997 - Lei de Segurança do Tráfego Aquaviário - 9537/97
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1997;9537>
- Lei nº 11.975, de 7 de Julho de 2009 - LEI-11975-2009-07-07 - 11975/09
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2009;11975>
- Lei nº 14.273, de 23 de Dezembro de 2021 - Lei das Ferrovias - 14273/21
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2021;14273>

3

PARECER Nº , DE 2024

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei nº 853, de 2019, da Deputada Sâmia Bomfim, que *institui a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães*.

Relatora: Senadora **JUSSARA LIMA**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei (PL) nº 853, de 2019, de autoria da Deputada Sâmia Bomfim, que *institui a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães*.

O projeto é composto por três artigos. O art. 1º institui a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães (SNCGM), a ser celebrada anualmente na semana do dia 15 de agosto.

O art. 2º explicita que a SNCGM será destinada à divulgação dos direitos – trabalhistas, sociais, familiares e os relacionados à saúde – e cuidados relativos a gestantes, mães e bebês, bem como à valorização do cuidado paterno, à disseminação de informações sobre a prevenção de acidentes com crianças e da exposição precoce dos infantes à comunicação mercadológica, sobre o desenvolvimento integral da primeira infância, sobre o combate ao uso precoce de telas e ao consumo de alimentos e bebidas que contribuam para a obesidade, segundo orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

O mesmo artigo coloca como objetivo da SNCGM a “conscientização” dos órgãos responsáveis por gestantes e mães em situação de privação de liberdade para o cumprimento das normas sanitárias e assistenciais definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, concede

atenção prioritária à divulgação dos direitos de mães e gestantes: de crianças com deficiência; adolescentes; pertencentes a comunidades tradicionais; e em situação de alta vulnerabilidade.

O art. 3º, cláusula de vigência, estabelece que a lei gerada pela eventual aprovação do projeto entrará em vigor na data de sua publicação.

Na justificação, a autora argumenta que o acesso à informação é fundamental para que a população tenha conhecimento dos seus direitos e para que eles sejam respeitados e cumpridos. Assim, defende a instituição da SNCGM na semana em que é celebrado o Dia da Gestante – o dia 15 de agosto –, com o objetivo de divulgar informações sobre as garantias relacionadas à saúde das gestantes.

A matéria, que não recebeu emendas, foi distribuída para a apreciação da CAS, de onde seguirá para o Plenário.

II – ANÁLISE

Compete à CAS opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e à defesa da saúde, temática abrangida pelo projeto em análise, nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

A Lei nº 12.345, de 9 de dezembro de 2010, que *fixa critérios para a instituição de datas comemorativas*, estabelece que a inclusão de efemérides no calendário nacional deve ser justificada pela alta significação da data para os variados segmentos da sociedade brasileira. Seu art. 2º detalha os métodos para demonstrar tal significação, ou seja, por meio de consultas e audiências públicas, que devem ser devidamente documentadas e realizadas com entidades legalmente reconhecidas, vinculadas aos grupos interessados.

Além disso, o art. 3º exige que a divulgação dessas atividades seja ampla, utilizando os meios oficiais de comunicação. Por fim, o art. 4º da mesma lei obriga que qualquer projeto que proponha a inclusão de nova data comemorativa esteja acompanhado de comprovação de consultas ou audiências públicas realizadas.

Sobre esses requisitos, cabe registrar que o parecer aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, o qual analisou os aspectos formais da matéria, reconheceu a alta significação

da instituição da SNCGM ao afirmar *ser a questão das gestantes e mães de crianças na primeira infância um tema de fundamental relevo para a sociedade como um todo*. Concordamos com esse posicionamento.

Em relação ao mérito, cabe apontar que dados sanitários e demográficos mostram a importância de se intensificarem as ações de proteção da gestação, da maternidade e da primeira infância, tal como pretende o PL nº 853, de 2019.

De fato, ainda persistem no Brasil desafios para a melhoria dos indicadores relacionados à mortalidade materna e infantil, embora os dados sanitários demonstrem avanços obtidos nas últimas décadas pelo SUS. De fato, nesse período, o Estado brasileiro tem conduzido programas governamentais estruturais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a instituição da Rede Cegonha, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

A razão de mortalidade materna (RMM) – que estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até quarenta e dois dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos – passou por um período de piora durante o período da disseminação generalizada da covid-19, mas agora voltou aos níveis pré-pandêmicos.

Com efeito, em 2020, a RMM, que é o dado fundamental para avaliar a qualidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher, calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), subiu a 74,7 e saltou a 117,4 em 2021. Em 2022, ano em que a vacinação contra a covid-19 estava mais avançada, o indicador recuou a 57,7 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde às gestantes, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal até a assistência ao parto e ao puerpério. Assim, o que se nota pelos números recentes da RMM é que eventos que causam restrições na oferta dos serviços de atenção à saúde da mulher, conforme ocorreu na pandemia da covid-19, podem aumentar a quantidade de óbitos ligados ao ato de dar à luz.

Nesse contexto, cabe anotar que um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) é reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de setenta mortes por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030.

Com vistas a tornar os ODS mais pertinentes aos desafios locais, o Governo Federal, em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), adaptou as metas à realidade nacional, redefinindo o ODS da seguinte maneira: *até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos*. Estabelecido esse novo limite, infere-se que é preciso aprofundar as ações de atenção à saúde das gestantes.

O País tem evoluído na assistência ao parto, considerando-se que o percentual de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado atingiu 98,7% em 2022, segundo o IPEA. Há algumas diferenças regionais, pois essa mesma proporção calculada para a região Norte alcança 97,1% no mesmo ano.

Dessa forma, diante das diferenças regionais na atenção ao parto e dos atuais números da RMM, com destaque para a oscilação desse índice durante a pandemia, deve-se considerar que o sistema de saúde precisa se manter alerta e devidamente estruturado para prestar adequada atenção à saúde das gestantes. Se assim proceder, a meta estipulada poderá ser cumprida de forma satisfatória.

Em relação à mortalidade de crianças, outro ODS visa a, *até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 25 por 1.000 nascidos vivos*.

A taxa de mortalidade neonatal (TMN) – calculada com base no número de óbitos de 0 a 27 dias de vida completos, por 1.000 nascidos vivos, na população residente – apresenta padrão de queda desde 1991. Em 2022, a TMN atingiu o valor mais baixo da série histórica, com 8,7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos.

Comportamento muito semelhante é observado na série histórica da taxa de mortalidade em menores de 5 anos, que considera o número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por 1.000 nascidos vivos, na população residente. Para 2022, esse indicador atingiu 15,5 mortes a cada 1.000 nascidos vivos.

Esses dois índices, calculados pelo IBGE, mostram que o Brasil tem evoluído também na atenção à saúde das crianças. No entanto, é preciso intensificar as ações para que os resultados melhorem ainda mais, já que essas taxas indicam que quase 40 mil brasileiros menores de 5 anos morreram em 2022: 15,5 mortes a cada 1.000 dos 2.561.922 nascidos vivos no ano de 2022, conforme os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do SUS.

Quanto aos dados relativos ao mercado de trabalho e da seguridade social, podemos atestar também o grande impacto contributivo que as mães trabalhadoras têm no mercado. Com efeito, em 2022, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, foram concedidos 1.346.127 benefícios de salário-maternidade, um dos principais e mais importantes direitos destinados à proteção das mães e da primeira infância.

Assim, é fundamental apoiar quaisquer iniciativas destinadas à garantia dos direitos de parturientes, mães e bebês, porque essa fase é caracterizada pela vulnerabilidade das mulheres e dos recém-nascidos e também porque é crucial para o bom desenvolvimento das crianças.

Por essa razão, somos favoráveis ao aproveitamento do PL em comento, que busca instituir a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães para dar publicidade e disseminar informações sobre os direitos e cuidados voltados para essas pessoas.

Por fim, ressaltamos que foram cumpridos os requisitos da Lei nº 12.345, de 2010, que no seu art. 2º dispõe que a instituição de datas comemorativas deverá ser precedida de “consultas e audiências públicas realizadas, devidamente documentadas, com organizações e associações legalmente reconhecidas e vinculadas aos segmentos interessados”. De fato, na data 08 de julho de 2025 tivemos uma audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais sobre a instituição da Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães, para se discutir e ratificar a criação dessa data nacional¹.

¹ As notas taquigráficas da audiência pública estão disponíveis no *link*: <https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/40/reuniao/13695>

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 853, de 2019.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Of. nº 188/2023/PS-GSE

Brasília, na data da apresentação.

A Sua Excelência o Senhor
Senador ROGÉRIO CARVALHO
Primeiro-Secretário do Senado Federal

Assunto: **Envio de proposição para apreciação**

Senhor Primeiro-Secretário,

Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à apreciação do Senado Federal, nos termos do caput do art. 65 da Constituição Federal combinado com o art. 134 do Regimento Comum, o Projeto de Lei nº 853, de 2019, da Câmara dos Deputados, que “Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães”.

Atenciosamente,

LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário

Apresentação: 16/08/2023 18:30:48.663 - Mesa

DOC n.717/2023



As

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/LD238224085300>

Avulso do PL 853/2019 [5 de 5]



LexEdit



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 853, DE 2019

Institui a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães.

AUTORIA: Câmara dos Deputados

DOCUMENTOS:

- [Texto do projeto de lei da Câmara](#)

- [Projeto original](#)

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1711813&filename=PL-853-2019



[Página da matéria](#)

Institui a Semana Nacional de
Conscientização sobre os Cuidados com
as Gestantes e as Mães.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica instituída a Semana Nacional de Conscientização sobre os Cuidados com as Gestantes e as Mães, com ênfase nos primeiros 1.000 (mil) dias, que compreende o período da gestação até o final do segundo ano de vida do bebê, a ser celebrada, anualmente, na semana do dia 15 de agosto.

Art. 2º A semana nacional de que trata esta Lei será destinada:

I - à divulgação dos direitos e dos cuidados relacionados à saúde das gestantes, das mães de bebês e dos bebês, incluída assistência à mulher durante a preparação da gestação, a gestação, o pré-parto, o parto e o puerpério;

II - à informação sobre os direitos trabalhistas da gestante, da mãe trabalhadora e da mãe estudante;

III - à divulgação dos direitos da mulher relacionados ao bebê, incluídos o direito ao aleitamento materno em qualquer ambiente, à formação de vínculo afetivo, à alimentação complementar saudável, à vacinação, ao acompanhamento pediátrico e ao acesso a creche;

IV - à divulgação da importância, para a saúde da mulher, do apoio paterno no cuidado com a gestação, o parto e o puerpério e em todas as atividades do lar, bem como à divulgação das vantagens do aleitamento materno até, pelo menos, 6 (seis) meses de vida do bebê;

V - à valorização do cuidado paterno, com incentivo à inclusão do pai no pré-natal, no acompanhamento do parto, na creche e nos demais serviços que atendam gestantes ou crianças;

VI - à prevenção de acidentes e à adoção de cuidados para evitar a exposição precoce da criança à comunicação mercadológica, o uso precoce de telas e o consumo de alimentos e bebidas que contribuam para a obesidade, segundo orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria;

VII - ao estímulo ao desenvolvimento integral da primeira infância, com ênfase nos primeiros 1.000 (mil) dias de vida.

§ 1º Inclui-se entre os objetivos da semana nacional de que trata esta Lei a conscientização dos órgãos responsáveis sobre a ambiência destinada às gestantes e às mulheres com filhos na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidades de privação de liberdade, de forma a atender às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acolhimento do filho, com vistas ao cuidado integral da criança.

§ 2º Atenção prioritária será dada à conscientização social sobre os direitos das gestantes e mães de crianças com deficiência, das gestantes e mães das comunidades tradicionais, das gestantes e mães adolescentes e das gestantes e mães em situação de alta vulnerabilidade.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, de de 2023.

ARTHUR LIRA
Presidente

4



SENADO FEDERAL
Gabinete da Senadora ANA PAULA LOBATO

PARECER Nº , DE 2023

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei nº 2.992, de 2022, do Senador Lasier Martins, que *altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências, para tornar dedutíveis da base de cálculo do imposto sobre a renda das pessoas físicas as despesas com vacinas.*

Relatora: Senadora ANA PAULA LOBATO

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei nº 2.992, de 2022, do Senador Lasier Martins, que *altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que modifica a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências, para tornar dedutíveis da base de cálculo do imposto sobre a renda das pessoas físicas as despesas com vacinas.*

Para alcançar o objetivo explicitado na ementa, o projeto, em seu art. 1º, inclui no art. 8º, II, *a*, da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, as despesas efetuadas com vacinas.

O art. 2º, a cláusula de vigência, determina que a lei originada do projeto entrará em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

O autor, na justificção da matéria, alega que o Programa Nacional de Imunizações (PNI), apesar de ser considerado um dos melhores do mundo, apresenta dificuldades, como a demora em incorporar vacinas no calendário nacional de vacinação e a disponibilização de determinadas vacinas apenas para certos grupos populacionais. Assim, a vacinação nos serviços privados pode



SENADO FEDERAL
Gabinete da Senadora **ANA PAULA LOBATO**

contribuir para desafogar o sistema público de saúde, o que deve ser estimulado. Dessa forma, propõe que as despesas relacionadas à vacinação sejam dedutíveis da base de cálculo do imposto de renda da pessoa física.

O projeto de lei foi distribuído para análise da CAS e deverá seguir, posteriormente, para a Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), para decisão em caráter terminativo.

No prazo regimental, não foram oferecidas emendas à proposição.

II – ANÁLISE

Compete à CAS, nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), o exame de proposições que tratam da proteção e defesa da saúde, temática abrangida pelo projeto em análise.

Em nosso entendimento, é meritória a medida proposta pelo projeto em comento de incluir as vacinas entre as despesas dedutíveis da base de cálculo do imposto sobre a renda da pessoa física, pois isso pode se configurar como fator de estímulo para essa importante ação de saúde que é a vacinação.

É preciso reconhecer que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um dos mais amplos do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos para toda a população, incluindo crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e populações indígenas, e tendo contribuído para o controle e até mesmo a erradicação de doenças graves no País.

No entanto, a despeito do indiscutível sucesso alcançado pelo PNI, é preciso reconhecer também as suas insuficiências, que foram corretamente apontadas pelo autor da proposição em sua justificação. Grande parte desses problemas, como a demora em incorporar novos imunobiológicos e a oferta de algumas vacinas apenas para grupos bastante restritos, é decorrente da situação de subfinanciamento que afeta cronicamente o nosso sistema público de saúde. Ademais, em face das quedas das coberturas vacinais observadas em nosso País nos últimos anos, toda medida que contribua para favorecer a vacinação é bem-vinda.



SENADO FEDERAL
Gabinete da Senadora **ANA PAULA LOBATO**

Assim, devemos ressaltar o mérito da medida veiculada pelo PL em análise, que reconhece o valor da vacinação para a saúde individual e coletiva e o papel dos serviços privados de imunização, que colaboram com essa importante estratégia de política pública preventiva. cremos que a medida proposta pode contribuir como fator de estímulo à vacinação, o que é benéfico para a saúde pública.

III – VOTO

Pelo exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.992, de 2022.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 2992, DE 2022

Altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências, para tornar dedutíveis da base de cálculo do imposto sobre a renda das pessoas físicas as despesas com vacinas.

AUTORIA: Senador Lasier Martins (PODEMOS/RS)



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Lasier Martins

PROJETO DE LEI Nº DE 2022

Altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências, para tornar dedutíveis da base de cálculo do imposto sobre a renda das pessoas físicas as despesas com vacinas.



SF/22608.08250-65

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A alínea *a*, do inciso II, do art. 8º, da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 8º**

II -

- a) Aos pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitalares, bem como as despesas com exames laboratoriais, **vacinas**, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias;

.....” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor em 1º de janeiro do ano subsequente à data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A legislação do Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas (IRPF) é bastante restritiva no que tange às despesas com saúde, não permitindo que as pessoas deduzam da base de cálculo do imposto as despesas com medicamentos, a menos que incluídas nas internações hospitalares. Como não há previsão expressa da dedução com a compra de remédios, mesmo que feita mediante receita médica, ela não enseja a redução da base de cálculo do imposto a ser pago.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

Essa limitação da dedutibilidade de medicamentos não é justificável, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria, por mandamento constitucional, prover saúde pública, inclusive no que tange à assistência farmacêutica, de forma universal e integral.

As pessoas somente comprometem sua renda e suas economias para comprar medicamentos porque o SUS falha em seu dever de fornecer o que precisam para realizar o tratamento de suas enfermidades.

A Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil vai além e classifica as vacinas, como qualquer outro imunobiológico, como medicamento. Por isso, essas despesas, quando realizadas em favor de clínicas privadas, também não são dedutíveis do IRPF.

Embora o Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil seja considerado um dos mais completos do mundo, há demora para a incorporação de certas vacinas ao calendário vacinal. Foi o caso da vacina contra a varicela e a da contra o papiloma vírus humano (HPV), que causa câncer de colo de útero. Essas vacinas, embora já estivessem disponíveis no mercado, há relativamente pouco tempo foram incorporadas ao PNI. A vacina contra febre amarela até recentemente era restrita a algumas regiões brasileiras. A vacina contra a dengue, embora já seja comercializada na rede privada, não está disponível no SUS.

Outras vacinas, mesmo integrando o calendário vacinal, são restritas a determinados grupos populacionais, embora possam beneficiar também pessoas de fora desses grupos. É o caso das vacinas contra o vírus influenza e a pneumocócica, que o SUS não oferece para adultos saudáveis, que poderiam se beneficiar dessa imunização.

Investimento em vacina é investimento em prevenção. Isso desafoga o sistema de saúde e, portanto, deve ser estimulado na população. Por essa razão, acreditamos que as despesas relacionadas à vacinação devem ser dedutíveis da base de cálculo do imposto de renda. Ninguém se vacina porque gosta, mas porque quer evitar doenças em si mesmo e em sua família.

Assim, o projeto tem por objeto único acrescentar gastos com vacinas da rede particular não cobertas pelo sistema público de saúde,



SF/22608.08250-65



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Lasier Martins

realizados pelo contribuinte do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), dentre as despesas passíveis de dedução na declaração de ajuste anual.

Dessa forma, o cálculo do impacto realizado para acompanhar este projeto, busca estimar, ainda que indiretamente, o gasto por pessoa com vacinas, dentre aqueles que são contribuintes do Imposto de Renda na modalidade completa, inferindo a partir dela o número de beneficiários da nova isenção. O valor da renúncia seria então esse número de beneficiários, multiplicado por um valor presumido do gasto com vacinas na rede particular, dadas a premissa de que a rede pública não adota tais vacinas. Deve-se considerar ainda, na estimativa deste gasto, o número de dependentes dos declarantes na modalidade completa.

O número de beneficiários que optaram pela declaração completa, no ano de 2016, correspondeu a 11,7 milhões de contribuintes¹.

Por falta de acesso ao número de dependentes, arbitramos que cada declarante na modalidade completa possui ao menos um dependente. Os gastos com vacinas desses também poderiam ser abatidos dos rendimentos tributáveis. Dessa forma, o número de beneficiários considerados nesse cálculo será da ordem de 23,4 milhões de pessoas.

As vacinas não administradas pela rede pública de saúde e as respectivas estimativas de preço, são as seguintes, conforme dados da Imunocamp² e do Laboratório Sabin:

Tabela - Vacinas não Administradas na Rede Pública da Saúde

Vacina	Doses	Valor por dose	Valor Total
Anti meningite meningocócica grupo A, C, W e Y	01	R\$ 310,00	R\$ 310,00
Anti pneumoco 13 valente	02	R\$ 330,00	R\$ 660,00
Anti hepatite A	02	R\$ 160,00	R\$ 320,00
Combinada HEXAVALENTE	01	R\$ 390,00	R\$ 390,00

¹ <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/estudo-gn-irpf-ac-2016.pdf>

² <http://www.imunocamp.com.br/vacinas-nao-oferecidas-rede-publica.html> <Acessado em 12/04/2019.>





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

Anti meningite meningocócica grupo B	02	R\$ 520,00	R\$ 1.040,00
	08	R\$ 1.710,00	R\$ 2.720,00

Fonte: Laboratório Sabin e dados da Imunocamp



SF/22608.08250-65



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Lasier Martins

Esse universo não abrange todas as vacinas existentes, pois são muitas, de doenças que nem mesmo ocorrem no Brasil, a exemplo da vacina contra a Cólera, que seria indicada para viajantes que tenham como destino áreas de risco.

Nesse estudo, conforme tabela supracitada, o gasto por pessoa, considerando que ela tomasse todas as vacinas para ter imunidade por toda a vida, seria da ordem de R\$ 2.720. Cabe frisar, todavia, que novas vacinas surgem e outras devem ser administradas por mais de uma vez ao longo da vida (seja para ampliar os efeitos ou mesmo para combater novas versões ou evoluções de vírus e bactérias existentes). Há, todavia, vacinas que, para garantir proteção constante, devem ser aplicadas anualmente, como a da gripe, que custa cerca de R\$ 140 reais.

Atendidas essas premissas, consideramos que o gasto per capita com vacinas, deva levar em conta o tempo de contribuição, ou seja, o período em que os contribuintes auferem renda, mais o tempo de inatividade em que a declaração de renda deva manter-se constante, na modalidade completa.

Adotaremos um tempo médio de contribuição de 30 anos e assumiremos que a aposentadoria dura em média 21 anos. Assim, cada contribuinte teria o prazo de 51 anos para deduzir do imposto de renda o gasto com vacinas não existentes na rede pública de saúde.

Considerando o número de contribuintes e de dependentes já contabilizados em 23,4 milhões de pessoas, e as premissas adotadas, chegamos a um gasto médio anual per capita com vacinas da ordem de R\$ 193 ($R\$ 53 + R\$ 140$ – vacina da gripe). Podemos, dessa forma, fazer o seguinte cálculo: 23,4 milhões de contribuintes multiplicados R\$ 193, chegando a um valor de R\$ 4,5 bilhões.

Esse valor poderia, no caso da aprovação desse projeto, ser deduzido dos rendimentos tributáveis, que no ano de 2016 somaram R\$ 915 bilhões (977 bilhões atualizados pelo IPCA).

A base de cálculo no ano de 2016 correspondeu a 684,91 bilhões (731 bilhões atualizados pelo IPCA). Caso fosse subtraído R\$ 4,5 bilhões, esse valor seria de R\$ 726,5 bilhões. Considerando os grandes números da



SF/22608.08250-65



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

receita, observamos que o imposto devido corresponde a 15% da Base de cálculo (alíquota efetiva adotada), de modo que adotaremos essa percentagem como a alíquota aplicada. Assim, o efeito final sobre a Receita seria da ordem de R\$ 675 milhões no ano de 2019.

Para estimar os anos de 2020 e 2021, atualizaremos os valores com o IPCA estimado no Relatório de Mercado Focus. Assim, as estimativas obtidas são os presentes na tabela a seguir.

Impacto estimado do PLS

Ano	2019	2020	2021
Impacto (R\$ milhões)	R\$ 675	R\$ 701	R\$ 727

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Laboratório Sabin, dados da Receita Federal e dados do Imunucamp.

Por essas razões, pedimos o apoio dos dignos pares para a aprovação deste projeto de lei, que tem por objetivo privilegiar os aspectos preventivos da saúde dos brasileiros, diminuindo o adoecimento e aumentando o nível geral de bem-estar da população.

Sala das Sessões,

Senador Lasier Martins
(PODEMOS-RS)



SF/22608.08250-65

LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 9.250, de 26 de Dezembro de 1995 - Legislação Tributária Federal - 9250/95
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1995;9250>
- art8_cpt_inc2_alii1

5



SENADO FEDERAL
Gabinete da Senadora **ANA PAULA LOBATO**

PARECER Nº , DE 2024

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei nº 1.018, de 2024, do Senador Alan Rick, que *institui o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental*.

Relatora: Senadora **ANA PAULA LOBATO**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei nº 1.018, de 2024, de autoria do Senador Alan Rick, que *institui o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental*.

De acordo com o art. 1º, o projeto tem o objetivo de avaliar e acompanhar semestralmente o estado nutricional de estudantes matriculados em estabelecimentos públicos, nos ensinos infantil e fundamental. As escolas participantes do Programa deverão contactar a unidade de saúde mais próxima, para informar o número de alunos matriculados e agendar a avaliação do estado nutricional dos educandos.

Os pais ou responsáveis serão comunicados pela escola sobre as datas das visitas das equipes de saúde com antecedência de, pelo menos, cinco dias e aqueles cujos filhos não tenham comparecido às visitas receberão comunicado sobre o fato, com a recomendação de visita à unidade de saúde para avaliação do estado nutricional (arts. 2º e 3º).

Segundo o art. 4º, os alunos que forem identificados com quadro de subnutrição terão direito, na forma do regulamento, a fornecimento gratuito

de suplementação alimentar líquida, a fim de garantir sua nutrição e seu pleno desenvolvimento.

O art. 5º é a cláusula de vigência, em que se estabelece que a lei originada da aprovação do projeto entre em vigor na data de sua publicação.

Na justificação, o autor lembra que, apesar dos avanços havidos, a fome ainda é uma realidade no País, tendo se agravado com a pandemia de covid-19 e a crise econômica que ela ocasionou. Nesse contexto, ganhou relevo a Estratégia NutriSUS, que, inicialmente voltada para crianças de zero a cinco anos de creches públicas, foi ampliada em 2022 para contemplar toda a população infantil da atenção primária à saúde, com prioridade para as crianças cadastradas no Programa Auxílio Brasil. Baseado nessa experiência, o autor defende que esse tipo de iniciativa abranja toda a educação infantil e o ensino fundamental, de forma a garantir o pleno desenvolvimento físico e intelectual dos alunos.

O projeto foi distribuído para a análise da CAS e da Comissão de Educação e Cultura (CE), que detém a decisão terminativa. Durante o prazo regimental, não foram apresentadas emendas à proposição.

II – ANÁLISE

Conforme o disposto no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS opinar sobre matérias que digam respeito à promoção e defesa da saúde, temática abrangida pelo projeto de lei em comento, cujo objetivo é avaliar e acompanhar o estado nutricional de crianças matriculadas em estabelecimentos públicos de ensino infantil e fundamental.

O projeto em tela reveste-se de grande importância, pois trata de tema relevante para a saúde pública: o acompanhamento do estado nutricional de crianças escolares.

De fato, a nutrição infantil tem papel primordial no desenvolvimento físico e cognitivo da criança, impactando diretamente o rendimento escolar e até mesmo a saúde do indivíduo na fase adulta. A criação de hábitos alimentares saudáveis é uma estratégia importante para a boa saúde da criança e, nessa perspectiva, o ambiente escolar representa um espaço estratégico a ser utilizado.

A privação de alimentos e a fome, que caracterizam a insegurança alimentar, levam a quadros de desnutrição e deficiências de micro e macronutrientes, elementos que são essenciais para o bom desenvolvimento físico e cognitivo das crianças, causando impactos negativos imediatos sobre as condições de saúde e bem-estar das crianças.

Dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil (VIGISAN), realizado entre 2021 e 2022, mostram que, no Brasil, pouco mais de 15% dos domicílios vivem em situação de insegurança alimentar moderada ou grave. A prevalência de insegurança alimentar aumenta nas residências em que há crianças ou adolescentes, passando para 25% naqueles com três ou mais pessoas com até 18 anos de idade.

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) – inquérito populacional de base domiciliar e com representatividade nacional – avaliou o estado nutricional e antropométrico de crianças entre seis meses e cinco anos de idade, tendo identificado uma prevalência de magreza em torno de 3% e de baixa estatura de 7%, que são indicadores de desnutrição em crianças. No entanto, dados de crianças acompanhadas pela atenção primária à saúde (APS) durante o ano de 2021 demonstraram prevalências de magreza e baixa estatura ainda piores, da ordem de 6% e 12%, respectivamente.

O Enani-2019 também produziu indicadores qualitativos relacionados à dieta que sugeriram baixa diversidade alimentar, com alto índice de consumo de alimentos ultraprocessados (88,8%), o que é indicativo de má alimentação e possíveis quadros de carências nutricionais, além de problemas como sobrepeso ou obesidade.

Esses dados demonstram que parte das crianças em idade escolar vive em um contexto de insegurança alimentar, ou seja, não conta com alimentação de qualidade e capaz de suprir as suas necessidades.

Assim, é inegável a importância do projeto sob análise, pois ele propõe medida capaz de contribuir para a identificação de carências nutricionais nas crianças em idade escolar e a devida intervenção para a correção do problema identificado, mediante o fornecimento de suplementação alimentar para os alunos que apresentarem quadros de subnutrição.

Ainda que o Ministério da Saúde tenha, em 2021, ampliado o NutriSUS – estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – por meio de sua implantação nas unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e não mais apenas em creches, cremos que a implantação da iniciativa nas escolas, mediante integração com equipes de saúde locais, pode ter um alcance ampliado e atingir maior número de crianças.

Sobre essa temática, registramos que, para avaliar a efetividade e a adesão do uso de sachês de micronutrientes em pó, foi realizado o Estudo Nacional de Fortificação da Alimentação Complementar (ENFAC), cujos resultados foram divulgados em 2014, os quais demonstraram que as crianças que fizeram uso dessa suplementação apresentaram menor prevalência de anemia, de deficiência de vitamina A e de ferro, com impactos positivos no seu crescimento e na sua saúde.

Em nosso entendimento, portanto, o projeto é meritório e merece ser aprovado.

No entanto, cremos que é possível aperfeiçoar a proposição. Os aspectos técnicos devem ser remetidos para a regulamentação da matéria, pois é o Poder Executivo quem detém a competência técnica para dispor sobre esses detalhes. Portanto, não é adequado estabelecer aspectos operacionais do programa governamental que se pretende criar, como a periodicidade semestral da avaliação do estado nutricional dos estudantes ou mesmo a forma de apresentação do suplemento alimentar a ser fornecido no âmbito do programa.

Assim, apresentamos duas emendas para suprimir esses aspectos técnico-operacionais e deixar que eles sejam estabelecidos no regulamento da matéria pelos órgãos do Poder Executivo responsáveis.

III – VOTO

Pelo exposto, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei nº 1.018, de 2024, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº – CAS

Dê-se ao art. 1º do Projeto de Lei nº 1.018, de 2024, a seguinte redação:

“**Art. 1º** Fica instituído o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental, que tem como objetivo avaliar e acompanhar o estado nutricional de estudantes matriculados em estabelecimentos públicos, até o fim do ensino fundamental, na forma do regulamento.

.....

§ 3º A periodicidade da avaliação prevista no *caput* será estabelecida no regulamento.”

EMENDA Nº – CAS

redação: Dê-se ao art. 4º do Projeto de Lei nº 1.018, de 2024, a seguinte

“**Art. 4º** Será garantido, na forma do regulamento, o fornecimento gratuito de suplementação alimentar a todos os alunos identificados pelas equipes de saúde com quadro de subnutrição.”

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 1018, DE 2024

Institui o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental.

AUTORIA: Senador Alan Rick (UNIÃO/AC)



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Gabinete Senador Alan Rick

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

Institui o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental, que tem como objetivo avaliar e acompanhar semestralmente o estado nutricional de estudantes matriculados em estabelecimentos públicos, até o fim do ensino fundamental.

§ 1º Todos os estabelecimentos de educação infantil e de ensino fundamental públicos ou que recebam recursos públicos deverão participar das atividades previstas nesta Lei.

§ 2º Os estabelecimentos de ensino participantes do Programa deverão entrar em contato com a unidade de saúde mais próxima, para informar quantos alunos estão matriculados e agendar a data em que a equipe de saúde irá à escola para promover a avaliação do estado nutricional dos alunos.

Art. 2º A escola deverá comunicar aos pais ou responsáveis de todos os alunos e divulgar na comunidade as datas das visitas das equipes de saúde com, no mínimo, 5 (cinco) dias de antecedência, com objetivo de reforçar a presença dos estudantes nos dias de avaliação.

Art. 3º Após as visitas das equipes de saúde, a escola deverá enviar comunicado aos pais ou responsáveis pelos alunos que não compareceram nas datas, com a recomendação de visita à unidade de saúde para avaliação do estado nutricional.





SENADO FEDERAL
Gabinete Senador Alan Rick

Art. 4º Alunos com quadro de subnutrição identificado pelas equipes de saúde terão direito a fornecimento gratuito de suplementação alimentar líquida, a fim de garantir sua nutrição e pleno desenvolvimento, na forma do regulamento.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.





SENADO FEDERAL
Gabinete Senador Alan Rick

JUSTIFICAÇÃO

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação brasileira desde a década de 90, com a sanção da Lei 8.080/1990, que expressou a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e determinou que as ações de alimentação e nutrição sejam desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Outros avanços na construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável foram a Lei 11.346/2006 (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional), o Decreto 7.272/2010 (Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional) e a Emenda Constitucional 64/2010, que incluiu a alimentação no rol dos direitos fundamentais da Constituição, como um direito social.

É meritória essa inclusão, num país que alimenta grande parte do mundo, mas que ainda tem pessoas passando fome dentro das próprias fronteiras. Há, porém, uma diferença aparentemente sutil, mas importante, entre a alimentação e a segurança alimentar e nutricional. Ao falar de alimentação, pode-se tratar do mero acesso a algum alimento. Garante-se, assim, o direito de comer. Já a segurança alimentar e nutricional é um conceito mais abrangente, pois tem relação com a garantia de condições de acesso aos alimentos básicos, seguros, de qualidade, em quantidade suficiente e em caráter contínuo, sem que isso comprometa outras necessidades essenciais.

Para o enfrentamento desse cenário, são necessárias ações intersetoriais que incluam diversos determinantes da saúde e nutrição. Uma iniciativa de destaque foi a criação, em 2015, da Estratégia NutriSUS de fortificação da alimentação infantil por meio de suplementação da alimentação na Atenção Primária à Saúde. Inicialmente, o programa se baseava na distribuição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó para que fosse adicionada a uma das refeições diárias oferecidas às crianças de 6 a 48 meses de idade, em ciclos semestrais de 60 dias de duração.

Segundo o Ministério da Saúde, como resultado dos esforços, o Brasil avançou na redução da anemia entre as crianças menores de cinco anos: os índices recuaram de 20,9% em 2006 para 10% em 2019¹. No entanto, a pandemia de covid-19 e

¹ Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019)





SENADO FEDERAL
Gabinete Senador Alan Rick

a crise econômica que ela ocasionou trouxeram um grave retrocesso no combate à fome. A quantidade de pessoas passando fome praticamente dobrou de 2020 a 2022².

Levantamento da Rede PENSSAN feito entre novembro de 2021 e abril de 2022 demonstrou que 33,1 milhões de brasileiros, o equivalente a 15,5% da população (14 milhões a mais que no primeiro levantamento, realizado em 2020) se encontrava em situação de insegurança alimentar grave.

Em função dos retrocessos, o NutriSUS foi ampliado em 2022. Antes desenvolvido em creches públicas ou conveniadas ao Governo Federal, a estratégia passou a ser aberta à toda a Atenção Primária à Saúde, tendo como público prioritário crianças cadastradas no Programa Auxílio Brasil³. Assim, as famílias podem buscar o suplemento alimentar nas Unidades Básicas de Saúde em vez de nas escolas, para acrescentar às refeições das crianças.

Defendemos que esse tipo de iniciativa englobe toda a educação infantil e o ensino fundamental, de forma a garantir o pleno desenvolvimento físico e intelectual dos alunos e contribuir para a melhoria dos índices de saúde pública, para os índices educacionais e para a redução das desigualdades.

Cabe ao Sistema Único de Saúde prover assistência terapêutica integral à população, o que inclui a suplementação alimentar nos casos em que há indicação técnica. Com efeito, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) inclui no campo de atuação do SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar. A competência para a execução dos serviços é da esfera municipal de gestão do Sistema, enquanto à União compete formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição.

Apesar de não constituir função da escola a distribuição de alimentos, consolidou-se, nas últimas décadas, o fornecimento de alimentação gratuita para os alunos das escolas públicas, uma vez que eles permanecem boa parte do dia nesses estabelecimentos (com tendência de extensão da jornada, devido ao aumento da carga

² 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, feito pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN)

³ Crianças de 6 a 24 meses de idade do Programa Auxílio Brasil nos municípios da região Norte e nos municípios com critério de vulnerabilidade alta e/ou muito alta no Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional de 2018 nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; e crianças indígenas de 6 a 59 meses de idade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)



SENADO FEDERAL
Gabinete Senador Alan Rick

horária escolar e à ampliação da oferta escolar em tempo integral) e que provêm, em sua maioria, de estratos sociais de baixa renda, mais suscetíveis à subnutrição.

Assim, a União mantém o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que tem como objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e da oferta de refeições que cubram as suas necessidades nutricionais durante o período letivo. Em que pesem a importância e a abrangência do Pnae, o programa enfrenta um grande déficit de financiamento, uma vez que os valores transferidos pela União não são suficientes para assegurar uma alimentação rica e saudável.

É preciso, portanto, um olhar mais atento à situação nutricional de nossos estudantes, o que pode ser alcançado em parte com uma ação conjunta dos sistemas de Educação e de Saúde, por meio de visitas avaliativas programadas das equipes de saúde às escolas. Acreditamos que uma avaliação periódica do estado nutricional dos alunos serviria como base para os gestores diagnosticarem e corrigirem eventuais falhas na alimentação escolar.

Precisamos ir além, no entanto, e dar uma forma de tratamento emergencial para os estudantes que já se encontram em quadro de subnutrição. Por isso, propomos que por indicação das equipes de saúde, estes estudantes tenham acesso a suplementos alimentares na forma líquida nos serviços de saúde, da mesma forma que as atendidas pelo NutriSUS, até o fim do ensino fundamental. Para preservar a autonomia dos entes federados, delegamos para o regulamento a forma em que se dará a suplementação.

Certos de que contribuiremos para a saúde e a educação das futuras gerações, pedimos o apoio dos nobres Pares para aprovação deste Projeto de Lei, que institui o Programa Nacional de Prevenção à Insegurança Alimentar na Educação Infantil e no Ensino Fundamental.

Sala das Sessões,

Senador ALAN RICK



LEGISLAÇÃO CITADA

- Constituição de 1988 - CON-1988-10-05 - 1988/88
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:constituicao:1988;1988>
- Decreto nº 7.272, de 25 de Agosto de 2010 - DEC-7272-2010-08-25 - 7272/10
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:decreto:2010;7272>
- Emenda Constitucional nº 64, de 2010 - EMC-64-2010-02-04 - 64/10
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:emenda.constitucional:2010;64>
- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde - 8080/90
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990;8080>
- Lei nº 11.346, de 15 de Setembro de 2006 - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - 11346/06
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2006;11346>

6



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

PARECER Nº , DE 2025

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei nº 2.336, de 2023, do Deputado Vermelho, que *dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro)*.

Relatora: Senadora **PROFESSORA DORINHA SEABRA****I – RELATÓRIO**

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais o Projeto de Lei nº 2.336, de 2023, do Deputado Vermelho, que *dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro)*.

O projeto tem oito artigos. O art. 1º define o escopo do projeto. O art. 2º estabelece requisitos para o exercício da atividade de condutor de ambulância. O art. 3º determina que as equipes de ambulâncias devem ter, pelo menos, um condutor e um membro da equipe de saúde. O art. 4º prevê a obrigatoriedade de registro do condutor de ambulância e o art. 5º reconhece a categoria como integrante da área da saúde. O art. 6º exige curso de reciclagem a cada cinco anos e habilitação em categoria D ou E. O art. 7º prevê prazo de 60 meses para atendimento dos requisitos de escolaridade e de treinamento e o art. 8º prevê a vigência imediata da lei.



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

Na justificação, o autor argumenta que o condutor de ambulância, além de enfrentar situações de tensão no trânsito e lidar com veículos com amplos pontos cegos, deve possuir domínio dos equipamentos de suporte à vida e auxiliar a equipe nas ações básicas de cuidado com o paciente. Além disso, esse condutor está exposto aos mesmos riscos biológicos que os profissionais da saúde. Ressalta ainda que a capacitação obrigatória contribui para a qualidade do serviço de transporte e assistência aos pacientes, sendo, portanto, fundamental conferir a esses profissionais reconhecimento legal e definir seus deveres e garantias.

O Projeto de Lei nº 2.336, de 2023, após ser aprovado pela Câmara dos Deputados, foi recebido pelo Plenário desta Casa em 12 de novembro de 2024 e distribuído inicialmente para análise da Comissão de Assuntos Econômicos - CAE. Nessa comissão, o projeto em análise foi aprovado, por meio do Parecer (SF) nº 26, de 5 de agosto de 2025, com emenda apresentada pela relatoria, a qual incluiu artigo que trata das atribuições específicas do condutor de ambulância.

Após a deliberação da CAE, a matéria foi remetida para análise desta Comissão de Assuntos Sociais, sendo que a decisão final caberá ao Plenário.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à Comissão de Assuntos Sociais apreciar matérias relativas às condições para o exercício de profissões e às relações de trabalho. Sendo assim, a regulamentação da atividade de condutor de ambulância, objeto do Projeto de Lei nº 2.336, de 2023, insere-se com propriedade no campo de competência desta Comissão.

Quanto à constitucionalidade, é competência privativa da União legislar sobre direito do trabalho, nos termos do art. 22, inciso I, da Constituição Federal. Além disso, a proposição não está contida no rol de matérias de iniciativa privativa do Presidente da República, cabendo, portanto, iniciativa parlamentar. Quanto à juridicidade, a matéria está em consonância com o ordenamento jurídico nacional. Isso inclui a técnica



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

legislativa, tendo em vista que o texto do projeto se encontra igualmente de acordo com as normas estabelecidas pela Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998.

Quanto ao mérito, destaca-se que o reconhecimento do condutor de ambulância como integrante da área da saúde é socialmente relevante. Trata-se de um profissional cuja atuação é indissociável da lógica de funcionamento dos serviços de urgência e emergência médica. Em seu cotidiano, o condutor lida com situações extremas, que exigem não apenas habilidade na condução do veículo, mas também sensibilidade, preparo emocional e domínio de rotinas básicas de apoio à equipe de saúde.

Nesse sentido, enfatiza-se que o exercício dessa profissão, além da mencionada relevância social, tem um alto potencial lesivo, uma vez que, em situações de atendimento a ocorrências, estão sujeitos a exceções a normas de trânsito, como ultrapassar limites de velocidade para garantir atendimento rápido. Portanto, é importante um treinamento rigoroso para que o profissional esteja plenamente capacitado para enfrentar essas situações de forma adequada.

Ressaltamos, ainda, que é positivo que o projeto preveja explicitamente que o condutor esteja sempre acompanhado de outros profissionais da saúde durante o atendimento médico, o que permite que seu reconhecimento como profissional da área não implique a atribuição de responsabilidades que excedam sua capacitação. Essa previsão protege tanto os pacientes quanto os próprios condutores.

Por fim, defende-se que a inclusão da emenda aprovada pela CAE, que detalha de forma minuciosa as atribuições específicas do condutor de ambulância, representa um avanço normativo essencial para a valorização e a profissionalização dessa função no âmbito da saúde. Ao explicitar deveres técnicos e operacionais, a emenda confere clareza jurídica e segurança institucional quanto ao escopo da atividade a ser desempenhada, evitando sobreposição indevida de responsabilidades e assegurando um padrão nacional mínimo de conduta, o que contribui diretamente para a integridade física e emocional da equipe técnica, dos pacientes e de seus acompanhantes.



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

III – VOTO

Pelo exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.336, de 2023, nos termos do Parecer (SF) nº 26, de 2025, aprovado pela Comissão de Assuntos Econômicos.

Sala da Comissão, de agosto de 2025.

Senador Marcelo Castro, Presidente

Senadora Professora Dorinha Seabra, Relatora



SENADO FEDERAL

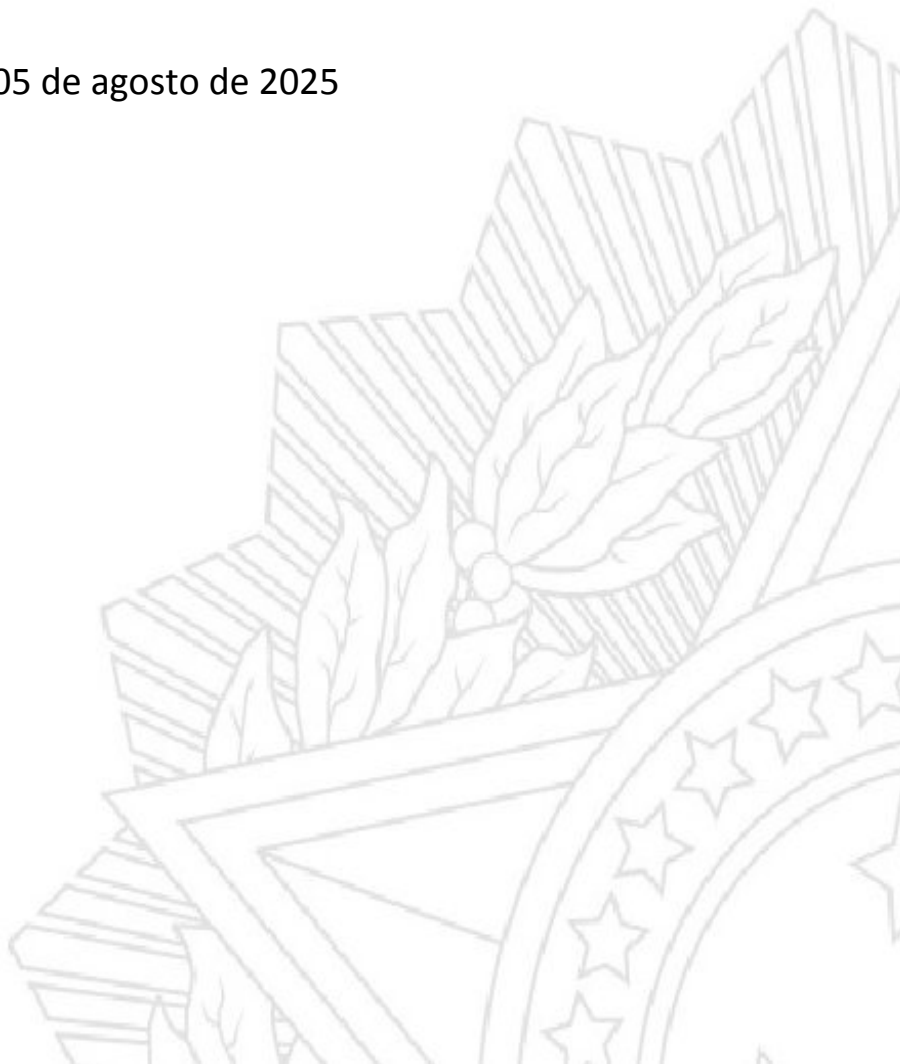
PARECER (SF) Nº 26, DE 2025

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, sobre o Projeto de Lei nº 2336, de 2023, que Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

PRESIDENTE: Senador Renan Calheiros

RELATOR: Senador Mecias de Jesus

05 de agosto de 2025





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Mecias de Jesus

PARECER Nº , DE 2025

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, sobre o Projeto de Lei nº 2336, de 2023, do Deputado Vermelho, que *dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro)*.

Relator: Senador **MECIAS DE JESUS**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Econômicos o Projeto de Lei nº 2336, de 2023, do Deputado Vermelho, que *dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro)*.

O projeto tem oito artigos. O art. 1º define o escopo do projeto. O art. 2º estabelece requisitos para o exercício da atividade de condutor de ambulâncias. O art. 3º determina que as equipes de ambulâncias devem ter, pelo menos, um condutor e um membro da equipe de saúde. O art. 4º prevê a obrigatoriedade de registro do condutor de ambulância e o art. 5º reconhece a categoria como integrante da área da saúde. O art. 6º exige curso de reciclagem a cada cinco anos e habilitação em categoria D ou E. O art. 7º prevê prazo de 60 meses para atendimento dos requisitos de escolaridade e de treinamento e o art. 8º prevê a vigência imediata da lei.

Na justificação, o autor argumenta que o condutor de ambulância, além de enfrentar situações de tensão no trânsito e lidar com veículos com amplos pontos cegos, deve possuir domínio dos equipamentos de suporte à vida e auxiliar a equipe nas ações básicas de cuidado com o paciente. Além disso, esse condutor está exposto aos mesmos riscos biológicos que os profissionais da saúde. Ressalta



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Mecias de Jesus

ainda que a capacitação obrigatória contribui para a qualidade do serviço de transporte e assistência aos pacientes, sendo, portanto, fundamental conferir a esses profissionais reconhecimento legal e definir seus deveres e garantias.

O Projeto de Lei nº 2336, de 2023, após ser aprovado pela Câmara dos Deputados, foi recebido pelo Plenário desta Casa em 12 de novembro de 2024 e distribuído inicialmente para análise por esta Comissão de Assuntos Econômicos. Após a deliberação desta Comissão, a matéria será remetida para análise pela Comissão de Assuntos Sociais, e a decisão final caberá ao Plenário.

II – ANÁLISE

Conforme o art. 99 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à Comissão de Assuntos Econômicos apreciar matérias relativas às finanças públicas. Tendo em vista que grande parte dos condutores de ambulâncias em nosso País prestam serviços aos entes federativos, cabe a esta Comissão analisar a matéria, em especial os efeitos econômicos resultantes das medidas propostas.

Quanto à constitucionalidade, é competência privativa da União legislar sobre direito do trabalho, nos termos do art. 22, inciso I, da Constituição Federal. Além disso, a proposição não está contida no rol de matérias de iniciativa privativa do Presidente da República, cabendo, portanto, iniciativa parlamentar. Quanto à juridicidade, a matéria está em consonância com o ordenamento jurídico nacional. Isso inclui a técnica legislativa, tendo em vista que o texto do projeto se encontra igualmente de acordo com as normas estabelecidas pela Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998.

Quanto ao mérito, destacamos que o exercício da profissão de condutor de ambulância tem uma considerável relevância social e um alto potencial lesivo, tanto pelo risco inerente ao trânsito quanto por estar relacionado ao atendimento de emergências. Os condutores de ambulâncias precisam dirigir em situações de atendimento a ocorrências e, assim, estão sujeitos a exceções a normas de trânsito, como ultrapassar limites de velocidade para garantir atendimento rápido. Portanto, é importante um preparo rigoroso para que o profissional esteja plenamente capacitado para enfrentar essas situações de forma adequada.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Mecias de Jesus

Ademais, é absolutamente razoável que o condutor de ambulância seja considerado integrante da área da saúde, visto que sua atuação não se restringe a dirigir o veículo, mas também abrange prestar auxílio à equipe médica durante o transporte e o manejo adequado de equipamentos necessários à proteção do paciente. Outra semelhança é a exposição direta aos mesmos riscos biológicos que afetam os demais profissionais da saúde.

Por fim, ressaltamos que é positivo que o projeto preveja explicitamente que o condutor esteja sempre acompanhado de outros profissionais da saúde durante o atendimento médico, o que permite que seu reconhecimento como profissional da área não implique a atribuição de responsabilidades que excedam sua capacitação. Essa previsão protege tanto os pacientes quanto os próprios condutores.

Ato contínuo, por emenda desta Relatoria, foi incluído artigo que trata das atribuições específicas do condutor de ambulância, com o objetivo de aprimorar o texto e conferir maior segurança jurídica à futura regulamentação da matéria.

Quanto aos efeitos econômicos da matéria, é importante ressaltar que a definição da atividade do condutor de ambulância como própria da área da saúde não tem o condão de automaticamente conceder o direito à aposentadoria especial para os profissionais da área, o que é verificado caso a caso, nos termos do art. 57, § 3º da Lei nº 8.213, de 1991. Portanto, a matéria não apresenta efeito negativo direto às finanças públicas, nem implica o descumprimento dos requisitos do Novo Regime Fiscal, da Lei de Responsabilidade Fiscal ou da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

III – VOTO

Pelo exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2336, de 2023, com emenda apresentada por esta Relatoria.

EMENDA Nº 1 - CAE

Acrescente-se o seguinte art. 7º ao PL nº 2.336, de 2023, renumerando-se os atuais arts. 7º e 8º para 8º e 9º, respectivamente:



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Mecias de Jesus

“Art. 7º São atribuições específicas do condutor de ambulância, no âmbito do transporte de pacientes em veículos do tipo ambulância:

I – conduzir veículos destinados à remoção intra-hospitalar, ao transporte de pacientes para consultas eletivas, diagnósticos ou acompanhamentos, bem como ao resgate de pacientes envolvidos em acidentes de trânsito ou ocorrências residenciais, portadores de diversas patologias, acompanhados ou não por familiares ou acompanhantes, e sempre em conjunto com equipes profissionais de saúde;

II- conhecer integralmente os equipamentos básicos e avançados de suporte à vida, bem como os insumos embarcados no veículo, além de possuir conhecimento em direção defensiva, de modo a garantir segurança viária, integridade física e clínica do paciente e estabilidade emocional da equipe e dos acompanhantes;

III – realizar check-list diário das condições técnicas do veículo e dos equipamentos embarcados, verificando itens essenciais como sistema de freios, suspensão, pneus, níveis de combustível e fluidos, funcionamento da sinalização luminosa e sonora, bem como os dispositivos de suporte básico à vida;

IV – conduzir o veículo de forma segura e compatível com as necessidades clínicas do paciente, assegurando fluidez no trânsito, estabilidade da condução especialmente em vias irregulares ou situações adversas, e previsibilidade de manobras para evitar agravamento do estado clínico do paciente;

V – prestar auxílio direto à equipe de saúde, quando solicitado, participando de ações como: a imobilização do paciente conforme os protocolos técnicos, a colaboração com manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) básica, e o correto manuseio e retirada dos equipamentos médicos fixos no interior do veículo;

VI – manter comunicação clara e contínua com a central de regulação por meio de fonia, fornecendo informações precisas sobre o tipo de deslocamento, local de destino, condição clínica do paciente, além de relatar incidentes durante o trajeto e eventuais necessidades logísticas ou operacionais;

VII – otimizar as rotas de deslocamento utilizando sistemas de geolocalização e conhecimento da malha viária, considerando fatores como a



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Mecias de Jesus

proximidade de unidades de saúde públicas e privadas, as condições do tráfego e as adversidades em vias alternativas;

VIII – cumprir a legislação de trânsito quando não estiver em atendimento de urgência, bem como os protocolos do Ministério da Saúde, as normas éticas e os regulamentos estabelecidos pelo ente contratante, incluindo a verificação da documentação obrigatória do veículo e dos registros de remoção, e a observância ao sigilo e respeito aos direitos dos pacientes;

IX – assegurar ambiente adequado no interior da ambulância, promovendo o conforto térmico e físico do paciente e de seus acompanhantes, adotando condução compatível com a fisiopatologia do quadro clínico, e adotando conduta profissional compatível com situações de urgência e emergência.

X – participar de capacitações periódicas promovidas pelo empregador ou por órgãos competentes, voltadas à atualização em técnicas de direção segura, noções básicas de primeiros socorros e suporte à equipe, além das normas técnicas e legais aplicáveis à função.” (NR)

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



Relatório de Registro de Presença

16ª, Ordinária

Comissão de Assuntos Econômicos

Bloco Parlamentar Democracia (UNIÃO, PODEMOS, MDB, PSDB)			
TITULARES		SUPLENTE	
EDUARDO BRAGA		1. FERNANDO FARIAS	PRESENTE
RENAN CALHEIROS	PRESENTE	2. EFRAIM FILHO	
FERNANDO DUEIRE		3. JADER BARBALHO	
ALESSANDRO VIEIRA	PRESENTE	4. SORAYA THRONICKE	PRESENTE
ALAN RICK	PRESENTE	5. VENEZIANO VITAL DO RÊGO	PRESENTE
PROFESSORA DORINHA SEABRA		6. MARCIO BITTAR	
CARLOS VIANA		7. GIORDANO	
PLÍNIO VALÉRIO	PRESENTE	8. ORIOVISTO GUIMARÃES	PRESENTE
Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PSB, PSD)			
TITULARES		SUPLENTE	
JORGE KAJURU		1. CID GOMES	PRESENTE
IRAJÁ		2. OTTO ALENCAR	PRESENTE
ANGELO CORONEL		3. OMAR AZIZ	PRESENTE
LUCAS BARRETO	PRESENTE	4. NELSON TRAD	
PEDRO CHAVES		5. DANIELLA RIBEIRO	
SÉRGIO PETECÃO	PRESENTE	6. ELIZIANE GAMA	
Bloco Parlamentar Vanguarda (PL, NOVO)			
TITULARES		SUPLENTE	
IZALCI LUCAS		1. MAGNO MALTA	
ROGERIO MARINHO		2. JAIME BAGATTOLI	
JORGE SEIF		3. DRA. EUDÓCIA	
WILDER MORAIS		4. EDUARDO GIRÃO	
WELLINGTON FAGUNDES		5. EDUARDO GOMES	
Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT)			
TITULARES		SUPLENTE	
RANDOLFE RODRIGUES		1. TERESA LEITÃO	PRESENTE
AUGUSTA BRITO		2. PAULO PAIM	PRESENTE
ROGÉRIO CARVALHO	PRESENTE	3. JAQUES WAGNER	PRESENTE
LEILA BARROS	PRESENTE	4. WEVERTON	
Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS)			
TITULARES		SUPLENTE	
CIRO NOGUEIRA		1. ESPERIDIÃO AMIN	PRESENTE
LUIS CARLOS HEINZE		2. TEREZA CRISTINA	
MECIAS DE JESUS	PRESENTE	3. DAMARES ALVES	
HAMILTON MOURÃO	PRESENTE	4. LAÉRCIO OLIVEIRA	PRESENTE

Não Membros Presentes



Relatório de Registro de Presença

Não Membros Presentes

FABIANO CONTARATO

ZENAIDE MAIA

DECISÃO DA COMISSÃO

(PL 2336/2023)

EM REUNIÃO REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO DO SENADOR MECIAS DE JESUS, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CAE, FAVORÁVEL AO PROJETO COM A EMENDA Nº1-CAE.

05 de agosto de 2025

Senador Renan Calheiros

Presidente da Comissão de Assuntos Econômicos



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 2336, DE 2023

Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

AUTORIA: Câmara dos Deputados

DOCUMENTOS:

- Texto do projeto de lei da Câmara
- Legislação citada
- Projeto original

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2267897&filename=PL-2336-2023



[Página da matéria](#)



Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei regula o exercício da profissão de condutor de ambulância.

Parágrafo único. Pertencem à categoria profissional de condutor de ambulância os profissionais habilitados que trabalhem no transporte de pacientes dentro do ambiente hospitalar ou entre unidades não hospitalares ou hospitalares de referência.

Art. 2º Para o exercício da atividade, o condutor de ambulância deve atender aos seguintes requisitos:

- I - ser maior de 21 (vinte e um) anos;
- II - ter concluído o ensino médio;
- III - ser habilitado na categoria D ou E da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- IV - comprovar a realização de treinamento e reciclagem em cursos específicos, na forma do art. 145-A da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

Art. 3º A ambulância deve contar com a composição mínima de 2 (duas) pessoas, quais sejam:

- I - o condutor, indispensável para o seu deslocamento; e
- II - um membro da equipe de saúde para a correta manutenção do paciente.





Art. 4º É obrigatório o correto registro do condutor de ambulância no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) com o código 7823-20 da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Art. 5º A categoria profissional de condutor de ambulância pertence à área da saúde.

Art. 6º O art. 145-A da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 145-A. Além do disposto no art. 145 deste Código, para conduzir ambulâncias, o candidato deverá comprovar treinamento especializado e reciclagem em cursos específicos a cada 5 (cinco) anos, nos termos da normatização do Contran, e estar habilitado na categoria D ou E.” (NR)

Art. 7º Fica concedido aos condutores de ambulância o prazo de 60 (sessenta) meses, contado da data de entrada em vigor desta Lei, para o atendimento dos requisitos previstos nos incisos II e IV do *caput* do art. 2º desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, na data da chancela.

ARTHUR LIRA
Presidente





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Apresentação: 11/11/2024 12:13:16.647 - Mesa

DOC n.1519/2024

.Of. nº 355/2024/PS-GSE

Brasília, na data da apresentação.

A Sua Excelência o Senhor
Senador ROGÉRIO CARVALHO
Primeiro-Secretário do Senado Federal

Assunto: **Envio de proposição para apreciação**

Senhor Primeiro-Secretário,

Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à apreciação do Senado Federal, nos termos do caput do art. 65 da Constituição Federal combinado com o art. 134 do Regimento Comum, o Projeto de Lei nº 2.336, de 2023, da Câmara dos Deputados, que “Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância da administração pública e da iniciativa privada; e altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).”

Atenciosamente,

LUCIANO BIVAR
Primeiro-Secretário



* C D 2 4 1 4 3 1 5 9 2 2 0 *

LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 9.503, de 23 de Setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro (1997) - 9503/97

<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1997;9503>

- art145-1

7



SENADO FEDERAL

PARECER Nº , DE 2025

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei nº 2.880, de 2023, do Deputado Capitão Alberto Neto, que *altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.*

Relatora: Senadora **DAMARES ALVES**

I – RELATÓRIO

Vem para deliberação da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei (PL) nº 2.880, de 2023, de autoria do Deputado Capitão Alberto Neto, que *altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.*

A proposição é composta de apenas dois artigos. O art. 1º acrescenta parágrafo único ao art. 23 da Lei nº 11.343, de 2006, que *institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, para estabelecer a*



SENADO FEDERAL

criação de programa específico de *assistência multiprofissional e interdisciplinar às mulheres usuárias e dependentes de álcool*, em consonância com os princípios que enumera.

O art. 2º, cláusula de vigência, estabelece que a lei decorrente do projeto entre em vigor na data da sua publicação.

Na justificação, o autor ressalta a necessidade de enfrentar o aumento do consumo de álcool entre mulheres no Brasil, fenômeno que, segundo ele, tem se intensificado nas últimas décadas. Destaca ainda que, ao buscar tratamento, esse público enfrenta barreiras específicas, como o estigma social, a ausência de serviços especializados e a sobrecarga de responsabilidades familiares. Conclui que, além de oferecer atendimento mais eficaz, a medida por ele proposta contribuirá para reduzir impactos negativos na economia e na estrutura social, como queda de produtividade, aumento dos gastos com saúde pública e prejuízos às famílias e comunidades.

O PL em comento foi aprovado, sem alterações, pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH). Após análise deste Colegiado, a proposição será examinada pelo Plenário.

Não lhe foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Compete à CAS opinar sobre matérias que digam respeito à proteção e defesa da saúde, conforme dispõe o inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF). Por conseguinte, o assunto da proposição sob análise está incluído na competência temática desta Comissão.

O projeto trata de matéria inserida na competência legislativa concorrente da União, dos estados e do Distrito Federal, conforme dispõe o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal (CF). Também está em consonância com os preceitos constitucionais



SENADO FEDERAL

relativos às atribuições do Congresso Nacional e à legitimidade da iniciativa legislativa dos parlamentares (arts. 48 e 61 da CF, respectivamente). Não existem óbices, portanto, quanto à constitucionalidade da proposta e isso também pode ser dito em relação à juridicidade, à regimentalidade e à técnica legislativa.

Sob o prisma do mérito, a proposta é oportuna e socialmente relevante. O consumo abusivo de álcool constitui um grave problema de saúde pública, cujos impactos são amplificados quando se observam os recortes de gênero, raça e classe social. De acordo com o Relatório Global sobre Álcool e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, publicado em 2024 com base em dados consolidados até 2019, o uso nocivo de álcool causou 2,6 milhões de mortes no mundo em um único ano. No Brasil, foram 91,9 mil óbitos, sendo que embora a maioria tenha ocorrido entre homens, os efeitos do álcool entre as mulheres têm crescido de forma alarmante.

No que tange ao mérito, destacamos que o Ministério da Saúde² vem alertando acerca do aumento expressivo do consumo abusivo de álcool no Brasil, com ênfase especial no público feminino. Segundo o órgão, entre 2006 e 2018, houve um crescimento de 42,9% entre as mulheres, enquanto os índices de consumo abusivo permaneceram relativamente estáveis entre os homens. Informa ainda que 17,9% da população adulta brasileira faz uso abusivo de bebidas alcoólicas, e que o consumo de álcool foi responsável por 1,45% dos óbitos no País entre 2000 e 2017. Esses dados evidenciam uma tendência preocupante, especialmente entre as mulheres, e reforçam a necessidade de políticas públicas direcionadas à prevenção e ao tratamento do uso nocivo de álcool.

Igualmente, o relatório do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

¹ Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health. WHO, 2018 e atualizações 2024. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/alcohol> Acesso: 08 jul. 2025.

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/julho/consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres> Acesso: 08 jul. 2025.



SENADO FEDERAL

(VIGITEL)³ referente ao período de 2006 a 2023 apresenta dados consolidados que revelam tendência crescente de consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. No período avaliado, a frequência de consumo abusivo nessa população, passou de 7,8% (2.288.921) para 15,2% (3.938.380), uma elevação de 42,9% no mesmo período⁴. Enquanto essa tendência de crescimento foi significativa no público feminino, entre os homens, não houve variação significativa no mesmo período, conforme descrito na figura 1:

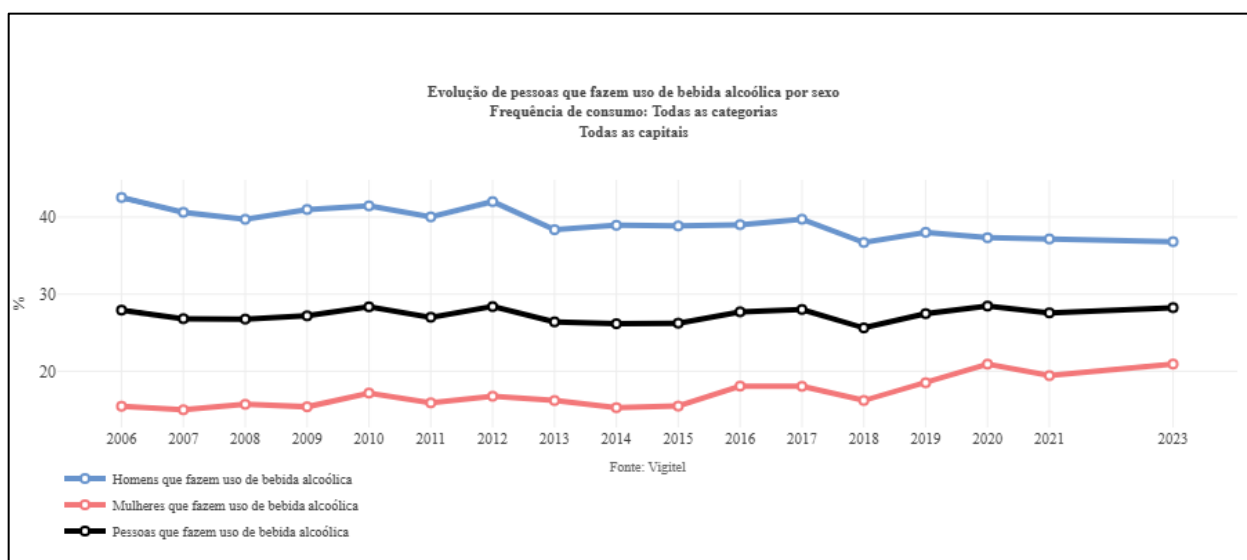


Figura 1 - Evolução de pessoas que fazem uso de bebida alcoólica por sexo, Observatório da Saúde Pública

Além disso, cumpre ressaltar que o impacto da dependência de álcool entre as mulheres brasileiras revela um cenário preocupante, marcado por desigualdades sociais e raciais que não podem ser ignoradas: mulheres negras sofrem de forma mais intensa os efeitos nocivos do consumo abusivo de álcool tanto em termos de maior

³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso em: 8 jul. 2025.

⁴ <http://observatoriosaudepublica.com.br/tema/uso-nocivo-de-alcool-etilismo> Acesso em: 8 jul. 2025.



SENADO FEDERAL

mortalidade quanto em relação às barreiras de acesso ao cuidado de saúde.

Estudo do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), intitulado “Álcool e a Saúde dos Brasileiros – Panorama 2024”⁵, mostra que esse fenômeno está diretamente relacionado a fatores como estresse, sobrecarga doméstica, insegurança alimentar, violência de gênero e baixa oferta de serviços especializados. O mesmo estudo evidencia que o impacto do álcool é desproporcionalmente maior entre mulheres negras. Em 2022, a taxa de óbitos totalmente atribuíveis ao álcool foi de 1,4 por 100 mil habitantes entre mulheres brancas, enquanto chegou a 2,2 entre mulheres pretas e 3,2 entre mulheres pardas. Essas disparidades revelam uma inaceitável desigualdade estrutural no acesso a políticas de saúde e tratamento especializado.

É importante destacar ainda que as mulheres enfrentam barreiras adicionais ao buscar ajuda: além do estigma social e da culpa culturalmente atribuída à mulher que consome álcool, muitas são responsáveis pelo cuidado de filhos e familiares, o que dificulta ou inviabiliza sua permanência em programas convencionais de tratamento. A criação de programas específicos, com abordagem multiprofissional e sensível às particularidades de gênero, é, portanto, fundamental para garantir acesso efetivo ao cuidado integral.

A proposta do PL nº 2.880/2023, ao determinar que a política nacional sobre drogas inclua um programa específico voltado às mulheres usuárias e dependentes de álcool, contribui para corrigir essa lacuna histórica e para alinhar o Brasil às melhores práticas internacionais de saúde pública sensível ao gênero, como já ocorre em países da União Europeia, Austrália e Canadá.

Adicionalmente, é importante frisar que a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), instituída pelo Decreto nº 11.343/2006 e em colaboração as Resoluções do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que têm como um dos seus pilares a promoção de

⁵ <https://cisa.org.br/biblioteca/downloads/artigo/item/485-panorama2024> Acesso em: 09 jul. 2025.



SENADO FEDERAL

estratégias específicas para grupos em situação de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, o direcionamento de ações para mulheres alcoolistas encontra respaldo nas diretrizes da própria política, que reconhece a importância de considerar os marcadores sociais de gênero, raça, etnia e classe na formulação de respostas estatais. O fortalecimento de programas sensíveis ao ciclo de vida, às desigualdades regionais e às necessidades específicas das mulheres é uma medida coerente com os compromissos assumidos pelo Brasil em conferências internacionais sobre saúde e direitos humanos.

Apesar da existência de programas já implementados por meio de portarias ministeriais e de diretrizes previstas em políticas públicas nacionais regulamentadas por decretos, tais instrumentos não possuem força normativa com o mesmo grau de estabilidade e exigibilidade que a lei ordinária. Em geral, tratam-se de atos infralegais sujeitos a revogação administrativa, com limitações em sua eficácia vinculante, especialmente no tocante à criação de obrigações continuadas para os entes federados. Nesse contexto, a positivação legal da obrigação de criação de programa de atenção específica às mulheres alcoolistas no ordenamento jurídico nacional é medida necessária para garantir maior segurança jurídica, continuidade das ações governamentais, previsibilidade orçamentária e uniformidade no atendimento à população-alvo, além de conferir ao tema o status normativo compatível com sua gravidade social e sanitária.

Por fim, a proposição também converge com os princípios da intersetorialidade e da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que exigem a articulação entre saúde, assistência social, educação, segurança pública e justiça para o enfrentamento eficaz dos problemas decorrentes do uso nocivo de álcool. A criação de programas especializados para mulheres alcoolistas poderá fomentar redes de atenção que ofereçam desde acolhimento humanizado até estratégias de reinserção social e laboral, com foco na reconstrução de vínculos familiares, proteção dos filhos e promoção da autonomia. Essa abordagem integrada é essencial para romper ciclos de exclusão e violência, garantir o direito à saúde e promover uma sociedade mais justa e igualitária.



SENADO FEDERAL

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.880, de 2023.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 2880, DE 2023

Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.

AUTORIA: Câmara dos Deputados

DOCUMENTOS:

- [Texto do projeto de lei da Câmara](#)
- [Legislação citada](#)
- [Projeto original](#)

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2282114&filename=PL-2880-2023



[Página da matéria](#)



Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 23 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 23.

Parágrafo único. Será criado programa específico de assistência multiprofissional e interdisciplinar às mulheres usuárias e dependentes de álcool, em consonância com os princípios da universalidade e da integralidade e com o disposto nos incisos I, II, III, IV, IX e X do *caput* do art. 22 desta Lei.” (NR)

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

CÂMARA DOS DEPUTADOS, na data da chancela.

ARTHUR LIRA
Presidente



Of. nº 288/2023/SGM-P

Brasília, na data da chancela.

A Sua Excelência o Senhor
Senador RODRIGO PACHECO
Presidente do Senado Federal

Assunto: **Envio de PL para apreciação**

Senhor Presidente,

Encaminho a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à apreciação do Senado Federal, nos termos do caput do art. 65 da Constituição Federal combinado com o art. 134 do Regimento Comum, o Projeto de Lei nº 2.880, de 2023, da Câmara dos Deputados, que “Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas”.

Atenciosamente,

ARTHUR LIRA
Presidente



Assi

<https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/2372972>

Avulso do PL 2880/2023 [3 de 4]

2372972

LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006 - Lei Antidrogas (2006); Lei de Drogas; Lei de Entorpecentes (2006); Lei Antitóxicos (2006); Lei dos Tóxicos (2006) - 11343/06
<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2006;11343>
- art23



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 35, DE 2025

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA, sobre o Projeto de Lei nº 2880, de 2023, que Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.

PRESIDENTE: Senadora Damares Alves

RELATOR: Senadora Professora Dorinha Seabra

28 de maio de 2025





SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

PARECER Nº , DE 2024

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA, sobre o Projeto de Lei nº 2.880, de 2023, do Deputado Capitão Alberto Neto, que *altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.*

Relatora: Senadora **PROFESSORA DORINHA SEABRA****I – RELATÓRIO**

Vem ao exame da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) o Projeto de Lei (PL) nº 2.880, de 2023, do Deputado Capitão Alberto Neto, que, conforme sua ementa, *altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de programa de saúde direcionado às mulheres alcoolistas.*

O PL está estruturado em dois artigos. O art. 1º acrescenta um parágrafo único ao art. 23 da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 — norma que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas —



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

SISNAD, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências —, para dispor sobre a criação de um programa específico de assistência multiprofissional e interdisciplinar voltado a mulheres usuárias e dependentes de álcool, em consonância com os princípios da universalidade e da integralidade previstos no art. 22 da norma.

O art. 2º, a seu turno, dispõe sobre a vigência da lei em que o PL vier a se transformar, que ocorrerá na data de sua publicação.

Na justificação, argumenta-se que o consumo de álcool entre as mulheres tem aumentado significativamente nos últimos anos. Segundo o autor, as mulheres tendem a apresentar maiores riscos de desenvolver problemas de saúde relacionados ao álcool, como doenças hepáticas, câncer, doenças cardiovasculares e danos neurológicos, mesmo consumindo quantidades menores em comparação aos homens.

A proposição foi distribuída para análise da CDH e da Comissão de Assuntos Sociais.

Não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Compete à CDH opinar sobre matérias relacionadas à garantia e promoção dos direitos humanos e da mulher, nos termos dos incisos III e IV do art. 102-E do Regimento Interno do Senado Federal, o que torna regimental a análise da proposição por este Colegiado.

Reconhecemos o mérito da proposição. Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

Inquérito Telefônico, do Ministério da Saúde, mostram que o índice de mulheres adultas que fazem uso abusivo do álcool passou de 9,7% em 2013 para 15,2% em 2023.

Esse cenário é preocupante por vários motivos. Primeiramente, o consumo excessivo de álcool traz impactos negativos à saúde e ao convívio social de qualquer pessoa, independentemente do gênero. No entanto, as mulheres alcoolistas enfrentam desafios ainda mais complexos, tanto devido a fatores biológicos que intensificam os efeitos do álcool em seus corpos, quanto pelas pressões sociais que dificultam o acesso ao tratamento adequado.

No aspecto biológico, de acordo com o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA), as mulheres possuem menos água no corpo e, em geral, pesam menos do que os homens. Além disso, os níveis de enzimas que metabolizam o álcool são menores nas mulheres. Essas características fazem com que, mesmo ingerindo a mesma quantidade de álcool, elas experimentem efeitos mais intensos e duradouros em comparação aos observados nos homens.

Socialmente, o estigma que recai sobre as usuárias e dependentes de álcool é muito mais severo, pois a sociedade tende a encarar com mais naturalidade o consumo de álcool por homens, enquanto condena de forma mais rígida esse comportamento entre mulheres. Além disso, a embriaguez coloca em risco a integridade física desse grupo, que fica mais exposto a agressões e violência, especialmente crimes sexuais, como o estupro.

Por essas razões, apoiamos a criação de um programa que atenda às particularidades do alcoolismo feminino, pois essa iniciativa tem o potencial de proporcionar intervenções mais eficazes e garantir o suporte necessário para a recuperação dessas mulheres.



SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora PROFESSORA DORINHA SEABRA

III – VOTO

Em razão do que foi exposto, concluímos pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.880, de 2023.

Sala da Comissão, de abril de 2025.

Senadora Damares Alves, Presidente

Senadora Professora Dorinha Seabra, Relatora

**Relatório de Registro de Presença****28ª, Extraordinária**

Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa

Bloco Parlamentar Democracia (UNIÃO, PODEMOS, MDB, PSDB)			
TITULARES		SUPLENTE	
IVETE DA SILVEIRA	PRESENTE	1. ALESSANDRO VIEIRA	
GIORDANO		2. PROFESSORA DORINHA SEABRA	PRESENTE
SERGIO MORO	PRESENTE	3. ZEQUINHA MARINHO	PRESENTE
VAGO		4. STYVENSON VALENTIM	PRESENTE
MARCOS DO VAL	PRESENTE	5. MARCIO BITTAR	
PLÍNIO VALÉRIO	PRESENTE	6. CONFÚCIO MOURA	
Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PSB, PSD)			
TITULARES		SUPLENTE	
CID GOMES		1. FLÁVIO ARNS	
JUSSARA LIMA	PRESENTE	2. VANDERLAN CARDOSO	
MARA GABRILLI	PRESENTE	3. VAGO	
VAGO		4. VAGO	
Bloco Parlamentar Vanguarda (PL, NOVO)			
TITULARES		SUPLENTE	
JAIME BAGATTOLI		1. EDUARDO GIRÃO	PRESENTE
MAGNO MALTA	PRESENTE	2. ROMÁRIO	PRESENTE
MARCOS ROGÉRIO		3. JORGE SEIF	
ASTRONAUTA MARCOS PONTES	PRESENTE	4. FLÁVIO BOLSONARO	
Bloco Parlamentar Pelo Brasil (PDT, PT)			
TITULARES		SUPLENTE	
FABIANO CONTARATO	PRESENTE	1. WEVERTON	PRESENTE
ROGÉRIO CARVALHO		2. AUGUSTA BRITO	
HUMBERTO COSTA	PRESENTE	3. PAULO PAIM	PRESENTE
Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS)			
TITULARES		SUPLENTE	
TEREZA CRISTINA		1. LAÉRCIO OLIVEIRA	PRESENTE
DAMARES ALVES	PRESENTE	2. MECIAS DE JESUS	PRESENTE

Não Membros Presentes

ANGELO CORONEL
SÉRGIO PETECÃO
CHICO RODRIGUES
ZENAIDE MAIA
BETO FARO
NELSINHO TRAD
IZALCI LUCAS

DECISÃO DA COMISSÃO

(PL 2880/2023)

NA 28ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CDH FAVORÁVEL AO PROJETO.

28 de maio de 2025

Senadora Damares Alves

Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Legislação
Participativa

8

Minuta

PARECER Nº , DE 2023

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei nº 2.708, de 2019, do Senador Romário, que *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 tornar obrigatória a cobertura de internação domiciliar pós-hospitalar, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.*

Relator: Senador **FLÁVIO ARNS**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei (PL) nº 2.708, de 2019, do Senador Romário, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), a fim de tornar obrigatória a cobertura de assistência domiciliar decorrente de internação hospitalar, chamada de “internação pós-hospitalar”, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.

Seu art. 1º altera o inciso I do *caput* do art. 1º daquele diploma legal, para incluir a expressão “domiciliar pós-hospitalar” entre as relacionadas para o plano privado de assistência à saúde. Já o art. 2º da proposição dá nova redação ao *caput* e ao inciso VI do art. 10. Inclui a expressão “ou domiciliar pós-hospitalar” no *caput* e substitui o trecho “ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12” por “não inserido na modalidade de internação domiciliar pós-hospitalar prevista no inciso II do art. 12 desta Lei” no inciso VI.

Esse dispositivo do PL nº 2.708, de 2019, promove ainda o acréscimo de um § 5º ao art. 10 da Lei dos Planos de Saúde, de modo a determinar que a internação domiciliar pós-hospitalar ocorrerá somente por indicação médica e com a expressa concordância do paciente ou de sua família.

Por sua vez, o art. 3º dá nova redação ao *caput* do inciso II do art. 12 da Lei dos Planos de Saúde e a suas alíneas “a”, “c”, “d”, “e” e “f”, a fim de adaptar o texto normativo vigente à proposta de incluir a internação domiciliar pós-hospitalar.

Por fim, o art. 4º constitui a cláusula de vigência, estabelecida para iniciar-se cento e oitenta dias após a data de publicação da lei originada do PL.

De acordo com o autor da proposição, a assistência domiciliar já integra a assistência prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme determina a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Todavia, no âmbito da saúde suplementar, não há dispositivo equivalente. A despeito desse vácuo legislativo, a assistência domiciliar já é oferecida pelas operadoras de planos de saúde e seguradoras.

Ainda segundo o autor, beneficiam-se dessa modalidade, em caráter permanente, pacientes em fase avançada ou terminal de doenças crônico-degenerativas e os que apresentam sequelas motoras, neurológicas, cognitivas ou sensoriais, condições que acarretam drástica limitação e implicam necessidade de acompanhamento constante.

Por fim, enfatiza o autor que a internação domiciliar é economicamente vantajosa, pois as despesas de um paciente chegam a ser 60% menores que na internação hospitalar. Ele cita estimativas de que a oxigenoterapia, por exemplo, tem redução de custo da ordem de 40% e a internação em hospitais de alto custo demanda entre quatro a cinco mil reais por dia, enquanto a internação em casa demanda de quatrocentos a quinhentos reais.

A proposição foi distribuída exclusivamente para a CAS, que decidirá em caráter terminativo, e não foi objeto de emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS deliberar sobre o mérito do PL nº 2.708, de 2019, por ele versar sobre proteção e defesa da saúde. Além disso, como a decisão sobre a matéria incumbe exclusivamente a esta Comissão e tem caráter terminativo, cabe a ela examinar a constitucionalidade, a juridicidade, a regimentalidade e a técnica legislativa da proposição.

No tocante à constitucionalidade, a proteção e defesa da saúde é matéria sobre a qual compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente, conforme dispõe o art. 24, inciso XII, da Constituição Federal. Por sua vez, o art. 48 da Carta Magna atribui competência ao Congresso Nacional para dispor sobre matéria de competência da União. Da mesma forma, a proposição não trata de matéria especificada nas alíneas do inciso II do § 1º do art. 61 da Constituição. Não há, portanto, vício de constitucionalidade.

Não foram identificados, tampouco, óbices de natureza jurídica, regimental ou de técnica legislativa que impeçam a aprovação do projeto.

Em relação ao mérito, cabe salientar que a atenção domiciliar já está devidamente prevista como forma de assistência a ser prestada pelo SUS, conforme determina o art. 19-I do Título II, Capítulo VI – Do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar, da Lei nº 8.080, de 1990, que foi inserido pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. É de se notar que esse dispositivo incumbe ao SUS a prestação de atenção domiciliar de forma ampla, referindo-se a “atendimento” e “internação” domiciliares, ou seja, inclui, respectivamente, ações ou procedimentos característicos do regime ambulatorial e do regime hospitalar, como a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.

Com relação à saúde suplementar, não existe obrigatoriedade de oferecimento da atenção domiciliar por parte das operadoras de planos ou seguros privados de saúde. A Resolução Normativa (RN) nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que *atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016,*

apenas prevê as condições a serem seguidas no caso de a operadora oferecer esse tipo de serviço, mas não obriga a que o serviço seja ofertado.

Com efeito, no Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, da ANS, publicado em 17 de maio de 2019, a Agência afirma que “as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de Atenção Domiciliar como parte da cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos novos e pelos planos antigos adaptados”.

Apesar de não haver obrigatoriedade, muitas operadoras de planos de saúde privados já oferecem a internação domiciliar a seus beneficiários. Entre aquelas que não oferecem o serviço, muitas tiveram de prover esse tipo de cuidado em decorrência de decisões favoráveis a beneficiários que demandaram esse tipo de atenção judicialmente.

Em relação ao funcionamento e à fiscalização da atenção domiciliar, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou, em 26 de janeiro de 2006, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, que *dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar*. O regulamento determina que as normas nele contidas são de cumprimento obrigatório por todos os serviços, públicos ou privados, que prestam atenção domiciliar, que abrange tanto a assistência de caráter ambulatorial quanto a de caráter hospitalar executadas no domicílio.

A RDC referida também estabelece critérios a serem observados quando da inclusão de pacientes para a internação domiciliar, como as condições mínimas exigidas do domicílio para que seja viabilizada a instalação do leito e dos equipamentos, bem como o acesso fácil de veículos e a existência de meios de comunicação.

Há ainda que mencionar outras normas infralegais sobre a matéria, emanadas dos conselhos fiscalizadores do exercício de algumas profissões de saúde, que tratam da atenção domiciliar no âmbito de atuação dos respectivos profissionais. No caso da atividade médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução nº 1.668, de 3 de junho de 2003, que *dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência*. No âmbito da enfermagem, a atividade é regulada pela Resolução nº 270, de 2002, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Vê-se, portanto, que, apesar de a matéria já estar amplamente regulada no ordenamento jurídico brasileiro, não existe obrigatoriedade legal da cobertura da internação domiciliar pós-hospitalar por parte das operadoras de planos de saúde. Daí a importância do PL nº 2.078, de 2019.

Ressalte-se que, ao instituir a obrigatoriedade de cobertura dessa modalidade assistencial, o projeto busca promover a integralidade da atenção à saúde no âmbito da saúde suplementar, equiparando-a ao que já é oferecido pelo SUS.

Os pacientes que podem se beneficiar da internação domiciliar são aqueles com doenças ou agravos incuráveis ou de longa evolução, em estado clínico estabilizado, mas que ainda demandam cuidados prestados por equipe multiprofissional de saúde. É o caso dos portadores de sequelas graves de acidente vascular encefálico; de doenças em estágio terminal; de demência senil; de doença pulmonar obstrutiva crônica avançada; e de sequelas de traumatismos graves.

Não por acaso, é modalidade de assistência já oferecida por muitas operadoras e em franca ascensão em todo o mundo. Trata-se da continuação, no espaço doméstico, do tratamento até então ministrado em ambiente nosocomial.

Cumpramos ressaltar o cuidado despendido pelo autor com a técnica legislativa na elaboração da proposição, promovendo alterações em diversos dispositivos da Lei dos Planos de Saúde, a fim de harmonizar as novas disposições com o conteúdo normativo vigente. Como resultado, a vinculação entre a assistência domiciliar e a internação hospitalar prévia ficou bastante clara no diploma legal, com algumas ressalvas de que trataremos adiante.

Importante apontar, contudo, que seria recomendável o estabelecimento de limites de abrangência geográfica específicos para essa cobertura adicional, a fim de não a tornar economicamente inviável. Afinal, se o beneficiário reside em local afastado, de difícil acesso, é praticamente impossível prover assistência domiciliar permanente de qualidade. Nesse caso, é mais prudente que ele seja mantido no ambiente nosocomial.

Outra questão a ser considerada é a redação conferida ao inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998. Esse dispositivo exclui da cobertura obrigatória dos planos de saúde o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar. No entanto, a Lei nº 12.880, de 2013, acrescentou

uma ressalva quanto ao tratamento oncológico nos planos ambulatoriais e nos hospitalares.

O PL nº 2.708, de 2019, retira essa ressalva do dispositivo, provavelmente por lapso do autor, determinando que é devida apenas a cobertura dos medicamentos para tratamento domiciliar inseridos na modalidade de assistência domiciliar pós-hospitalar. Dessa forma, é fundamental a recomposição da ressalva, a fim de evitar interpretações legais desfavoráveis e preservar o direito dos beneficiários de planos de saúde submetidos a tratamento oncológico.

Também merece correção a numeração do § 5º a ser acrescentado ao art. 10 da Lei dos Planos de Saúde. Ocorre que, desde a apresentação do PL nº 2.708, de 2019, houve a superveniência da Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022, que *altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar*. Esse diploma legal acrescentou alguns parágrafos no referido art. 10, de modo que o parágrafo a ser inserido pelo PL deve ser renumerado como § 12, para evitar a revogação inadvertida do atual § 5º.

Em relação ao inciso II do art. 12, consideramos prejudicial acrescentar a expressão “ou internação domiciliar pós-hospitalar”, conforme faz o PL. Esse acréscimo deixa margem à interpretação de que o oferecimento da cobertura para a internação pós-hospitalar é opcional para as operadoras (em função da conjunção “ou”), enquanto a ideia subjacente à proposição é tornar sua oferta obrigatória **sempre que o plano incluir internação hospitalar**. Julgamos apropriado, portanto, manter a redação atual do *caput* do inciso, de modo que a internação domiciliar pós-hospitalar seja necessariamente incluída em todos os planos que oferecerem internação hospitalar.

Por fim, em relação à redação dada à alínea “e” do inciso II do art. 12 da Lei dos Planos de Saúde, opinamos pela reformulação do texto, de modo a deixar explícito que o transporte do paciente do hospital para seu domicílio e vice-versa somente deve ser obrigatoriamente coberto pela operadora nos casos de internação domiciliar pós-hospitalar, que é o objeto do PL nº 2.708, de 2019.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 2.708, de 2019, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº -CAS

Dê-se a seguinte redação ao inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 2º do PL nº 2.708, de 2019:

“Art. 10.....

.....

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não inserido na modalidade de internação domiciliar pós-hospitalar, ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12 desta Lei;

.....” (NR)

EMENDA Nº -CAS

Renumere-se como § 12 o § 5º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 2º do PL nº 2.708, de 2019.

EMENDA Nº -CAS

Suprima-se a expressão “ou internação domiciliar pós-hospitalar” do inciso II do *caput* do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 3º do PL nº 2.708, de 2019.

EMENDA Nº -CAS

Dê-se a seguinte redação à alínea “e” do inciso II do *caput* do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do art. 3º do PL nº 2.708, de 2019:

“Art. 12.....

.....

II –

.....

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária ou prescrita, para outro estabelecimento hospitalar, e, no caso de internação domiciliar pós-hospitalar, do estabelecimento hospitalar para o domicílio ou do domicílio para o estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

..... ” (NR)

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SENADO FEDERAL

Gabinete do Sen. Romário (PODEMOS-RJ)

PROJETO DE LEI Nº , DE 2019

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 tornar obrigatória a cobertura de internação domiciliar pós-hospitalar, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.



SF/19622.58034-70

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O inciso I do *caput* do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 1º**

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando ao atendimento médico e odontológico e à assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar pós-hospitalar, a serem pagos integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

.....” (NR)

Art. 2º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 10.** É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial, hospitalar e domiciliar pós-hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças

e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

.....
 VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar fora do período de internação domiciliar pós-hospitalar prevista no inciso II do art. 12 desta Lei;

.....
 § 5º A internação domiciliar pós-hospitalar prevista no inciso II do art. 12 desta Lei ocorrerá somente por indicação médica e com a expressa concordância do paciente, quando este for capaz de dar o seu consentimento, ou de sua família, mediante assinatura de termo de consentimento informado.” (NR)



Art. 3º O inciso II do *caput* do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 12.**

.....
 II – quando incluir internação hospitalar ou internação domiciliar pós-hospitalar:

a) cobertura de internação hospitalar e internação domiciliar pós-hospitalar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

.....
 c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos e a serviços gerais de enfermagem e alimentação, durante internação hospitalar, e a honorários médicos e a serviços prestados por outros profissionais de saúde e prescritos pelo médico assistente, durante internação domiciliar pós-hospitalar;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar e de internação domiciliar pós-hospitalar;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária ou prescrita, para outro estabelecimento hospitalar, para o domicílio, ou do domicílio para o estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

f) cobertura de despesas de acompanhante de paciente menor de dezoito anos em internação hospitalar e de despesas com cuidador de paciente em internação domiciliar pós-hospitalar;

.....” (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A internação domiciliar já integra a assistência prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme determina a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Título II, Capítulo VI, que trata do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar, inserido na norma pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002.

Para a saúde suplementar, entretanto, não há dispositivo autorizador da internação domiciliar na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que disciplina o oferecimento de planos e seguros privados de assistência à saúde.

A despeito desse vácuo legislativo, o sistema de internação domiciliar já vem sendo oferecido pelas operadoras de planos de saúde e seguradoras.

A internação domiciliar é uma modalidade de assistência à saúde passível de ser indicada, em caráter temporário, para dar continuidade ao tratamento de paciente que demanda a atenção especializada de profissionais de saúde, mas não mais necessita permanecer hospitalizado.

A internação domiciliar reduz a demanda por vagas em hospitais e o tempo de permanência hospitalar. Quando bem indicada, é preferível à internação hospitalar, porque traz benefícios decorrentes do tratamento mais humanizado, ao manter o paciente em seu ambiente familiar, e da diminuição de intercorrências clínicas associadas à hospitalização, como é o caso das infecções hospitalares.

Além desses benefícios, a internação domiciliar é economicamente vantajosa, pois as despesas de um paciente chegam a ser 60% menores que na internação hospitalar. Há dados numéricos que estimam que a oxigenoterapia, por exemplo, tem redução de custo da ordem de 40%. Também



SF/19622.58034-70

existem estimativas de que a internação em hospitais de alto custo demanda entre quatro e cinco mil reais por dia, enquanto a assistência em casa demanda de quatrocentos a quinhentos reais diariamente.

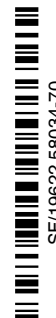
Por tudo isso, julgamos que a internação domiciliar, como modalidade de atenção à saúde, traz ganhos e vantagens para o paciente, para os serviços de saúde e para as operadoras de planos de saúde.

Ressalte-se que o Senado Federal já se debruçou sobre a análise do tema durante a apreciação do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 470, de 2012, de autoria do Senador Antonio Carlos Valadares, que *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 tornar obrigatória a cobertura de assistência domiciliar decorrente de internação hospitalar, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.*

O conteúdo dessa proposição, arquivada ao final da última legislatura, embasou este projeto de lei que apresentamos, com o objetivo de dar continuidade à discussão sobre tema sanitário tão relevante. Esperamos, portanto, receber o apoio dos nobres legisladores deste Congresso Nacional.

Sala das Sessões,

Senador ROMÁRIO
PODEMOS/ RJ



SF/19622.58034-70



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 2708, DE 2019

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 tornar obrigatória a cobertura de internação domiciliar pós-hospitalar, no plano-referência e no plano que inclua internação hospitalar.

AUTORIA: Senador Romário (PODE/RJ)



[Página da matéria](#)

LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde - 8080/90
<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990;8080>
- Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998 - Lei dos Planos de Saúde - 9656/98
<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1998;9656>
 - inciso I do artigo 1º
 - artigo 10
 - inciso II do artigo 12
- Lei nº 10.424, de 15 de Abril de 2002 - LEI-10424-2002-04-15 - 10424/02
<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2002;10424>

9

**PARECER Nº , DE 2024**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei nº 1.011, de 2023, do Senador Randolfe Rodrigues, que *institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências*.

Relatora: Senadora **LEILA BARROS**

I – RELATÓRIO

Vem a apreciação da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão terminativa, o Projeto de Lei (PL) nº 1.011, de 2023, do Senador Randolfe Rodrigues, que *institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências*.

O projeto de lei, composto de 19 artigos distribuídos em seis capítulos, busca instituir a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio, estabelecendo a colaboração entre os diferentes níveis de governo para sua implementação. Essa política visa a prevenir a exposição humana ao mercúrio acima dos limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma ação contínua do Poder Público.

Tratadas no capítulo I, as diretrizes abrangem várias áreas de ação estatal, como a promoção da saúde, segurança alimentar e qualidade de vida, bem como o desenvolvimento de instrumentos para informação, monitoramento e controle da exposição ao mercúrio. Também são previstas ações de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico relacionado ao tema e a sensibilização da sociedade sobre os riscos do mercúrio. Ao final, o capítulo traz a definição de termos relevantes para a aplicação da lei.

Detalha-se no capítulo II os critérios para determinar a exposição humana ao mercúrio, estabelecendo, no art. 6º, limites máximos aceitáveis de mercúrio em diferentes amostras biológicas: 2,3 microgramas de mercúrio total



por grama de cabelo, 9,2 microgramas de mercúrio total por litro de sangue e 50 microgramas de mercúrio total por grama de creatinina na urina. Esses limites podem ser atualizados por recomendação da OMS.

O capítulo III propõe a criação do Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio (SICEM), destinado a monitorar os casos de exposição no País. A União seria responsável por orientar, assessorar e elaborar normas operacionais para esse sistema, garantindo sua integração em todo o território nacional.

No tocante à segurança alimentar e prevenção da exposição, o capítulo IV sugere medidas para fortalecer programas de saúde, recomendar alimentos com baixo teor de mercúrio e estabelecer diretrizes para o consumo alimentar, visando proteger especialmente os grupos vulneráveis.

A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio, delineada no capítulo V, tem como objetivo educar e prevenir a população sobre os riscos do mercúrio, com especial atenção aos grupos vulneráveis, como crianças e gestantes. O dia 8 de novembro é proposto como o Dia Nacional do Enfrentamento à Exposição e Intoxicação por Mercúrio.

Por fim, o capítulo VI restringe-se a fixar a vigência da lei em que se converter o projeto para a data de sua publicação.

De acordo com a justificação, a contaminação por mercúrio pode ocorrer de diversas formas, incluindo a ingestão de alimentos contaminados, como peixes, e a inalação de vapores. Mesmo exposições aparentemente seguras podem causar danos significativos ao longo do tempo, especialmente no desenvolvimento infantil. Além disso, estudos recentes demonstraram que a exposição ao mercúrio está associada a problemas cardiovasculares, aumentando a urgência de medidas de prevenção.

Ainda segundo o autor da proposta, a legislação brasileira aborda principalmente casos de intoxicação por mercúrio, deixando uma lacuna na detecção precoce e na prevenção da exposição. Portanto, a implementação de uma política nacional de prevenção da exposição ao mercúrio faz-se necessária para proteger a saúde pública.



O projeto foi analisado primeiramente pela Comissão de Meio Ambiente (CMA), onde recebeu parecer favorável acolhendo as duas emendas apresentadas pelo Senador Weverton (Emendas 1-T e 2-T) no prazo regimental e uma outra acrescida pelo relator, Senador Otto Alencar (Emenda 3).

A Emenda 1-T adiciona o inciso VI no art. 9º, inserindo entre as atribuições da União a de mapear e gerar estatísticas de: a) áreas de garimpo que utilizem mercúrio; e b) incidência de casos de exposição por área mapeada, para posterior monitoramento. A Emenda 2-T acrescenta o inciso IX ao art. 3º do projeto, a fim de incluir nas diretrizes da Política a promoção e a articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio, seguindo os parâmetros do art. 7º.

A Emenda 3-CMA, do relator, retira a menção específica a limites máximos de conteúdo em mercúrio nas amostras de monitoramento humano para cabelo, sangue e urina, deixando o estabelecimento de tais limites ao regulamento, conforme recomendações da OMS e suas atualizações mais recentes.

Não foram apresentadas emendas na CAS.

II – ANÁLISE

Compete à CAS opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde, temática abrangida pelo projeto em análise, nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF). Por incumbir a este colegiado a apreciação do PL nº 1.011, de 2023, em sede terminativa, também é necessária a análise da matéria sob o prisma da constitucionalidade das propostas.

Embora a defesa da saúde seja matéria de competência legislativa concorrente da União, estados e Distrito Federal, conforme preceitua o art. 24, inciso XII, da Constituição, cabendo à União estabelecer normas gerais, alguns dispositivos do projeto pretendem criar obrigações para o Ministério da Saúde, em desconformidade com o disposto no art. 61 da Constituição, bem como o princípio da separação entre os Poderes (art. 2º da Constituição), já que compete privativamente ao Presidente da República dispor, mediante decreto, sobre a organização e competência dos órgãos do Poder Executivo. Ressalte-se que o projeto fala em “autoridade de saúde competente”, mas os arts. 4º, III, e 9º do próprio projeto, além do art. 9º, I, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,



deixam claro que se trata do Ministério da Saúde no âmbito federal e das Secretarias de Saúde em âmbito estadual e municipal.

Ademais, o projeto impõe deveres para outras unidades da Federação – obrigando os estados e municípios a tomar providências consentâneas com a política nacional criada pelo projeto, conferindo-lhes atribuições que dizem respeito à organização e ao funcionamento dos serviços públicos, os quais, em sua maioria, pertencem à sua esfera administrativa – e, assim, afronta-se o princípio federativo, resguardado pelo art. 1º, *caput*, da Constituição, além de cercear-se a autonomia dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, assegurada pelo art. 18, *caput*, da Carta Magna.

Por essa razão, a fim de garantir a validade da lei em que se converter o projeto, propomos emendas para suprimir os dispositivos que incorrem nesse tipo de inconstitucionalidade, preservando o espírito do projeto.

No mérito, acreditamos que o projeto materializa uma ação legítima e efetiva do Estado, voltada para proteger a população das nefastas consequências para a saúde da contaminação por mercúrio, que é altamente tóxico e pode afetar diversos órgãos e sistemas do corpo, com efeitos neurotóxicos significativos, especialmente em fetos, lactentes e crianças em desenvolvimento. A exposição das gestantes e das crianças ao mercúrio durante períodos críticos de desenvolvimento pode levar a defeitos congênitos, retardo no crescimento e a danos cerebrais permanentes, comprometendo o desenvolvimento cognitivo, motor e sensorial, o que resulta em dificuldades de aprendizado, problemas de memória, coordenação motora prejudicada e deficiência intelectual.

Foram identificados efeitos também sobre o sistema cardiovascular, incluindo maior risco de hipertensão arterial e eventos cardíacos, e sobre o sistema imune, tornando os expostos mais suscetíveis a infecções e doenças. A exposição ao vapor de mercúrio metálico pode causar irritação das vias respiratórias, levando a sintomas como tosse, dificuldade respiratória e dor no peito, e a inalação prolongada de vapores de mercúrio pode causar danos pulmonares graves e permanentes. O acúmulo nos rins pode levar à insuficiência renal. Outros sinais e sintomas frequentemente associados à exposição ao mercúrio são náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, irritação da pele e erosões cutâneas.



A instituição de um sistema de vigilância da exposição ao mercúrio emerge como uma necessidade na promoção da saúde pública, especialmente em locais em que a questão é mais preocupante e o controle é mais difícil, como na vasta região amazônica.

Por isso, consideramos meritório o projeto e reputamos adequadas as diretrizes estabelecidas, bem como a estruturação dos fundamentos de um sistema de controle de exposição mercúrio, o estabelecimento de normas gerais de controle alimentar e de uma campanha permanente de enfrentamento à exposição e à intoxicação por mercúrio.

Em relação à juridicidade e a técnica legislativa, entendemos desnecessário o estabelecimento de definições legais para conceitos já bem sedimentados na literatura atinente ao tema. Além disso, há detalhes que se enquadram melhor no regulamento da matéria, sendo de melhor técnica que a lei preveja as diretrizes gerais da política criada. Por isso, propomos a supressão de alguns dispositivos e o reposicionamento de outros, sem prejuízo de seus objetivos.

No que tange à definição do dia 8 de novembro como o Dia Nacional do Enfrentamento à Exposição e Intoxicação por Mercúrio, a Lei nº 12.345, de 9 de dezembro de 2010, exige que sejam realizadas audiências e consultas públicas para a instituição de datas comemorativas, com ampla divulgação pelos canais oficiais. Como esses requisitos não foram atendidos, excluímos o dispositivo do projeto.

Quanto às emendas aprovadas na CMA, a Emenda 1-T deve ser rejeitada, pois também fixa atribuições para o Ministério da Saúde, o que configura vício de iniciativa, conforme expusemos. A Emenda 2-T estabelece diretriz adequada para a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio e, portanto, deve ser mantida.

Também tem razão o relator na CMA quando defende que não devem ser fixados na lei limites pré-estabelecidos de exposição ao mercúrio, uma vez que tais padrões podem mudar em função da evolução do conhecimento científico e são mais adequados à definição regulamentar, levando em conta o maior engessamento característico do texto legal.



III – VOTO

Por essas razões, o voto é pela aprovação do projeto, pela rejeição da Emenda 1-T e pela aprovação das emendas 2-T e 3-CMA, bem como das emendas abaixo apresentadas, consolidadas na forma de substitutivo global à matéria.

EMENDA Nº -CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI Nº 1.011, de 2023

Institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no País e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio, como ação permanente para prevenção da exposição humana ao mercúrio.

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio:

I – a prevenção da exposição ao mercúrio, considerando as recomendações e os limites de exposição estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS);

II – a ênfase em ações preventivas multidisciplinares na promoção da saúde, da segurança alimentar e da qualidade de vida;



III – o desenvolvimento de instrumentos de informação, monitoramento, avaliação e controle da exposição ao mercúrio por parte da autoridade de saúde, abertos à participação da sociedade;

IV – o apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado ao enfrentamento da exposição ao mercúrio e dos problemas e determinantes a ela relacionados;

V – o apoio à formação continuada dos trabalhadores da rede de serviços de saúde sobre a exposição humana ao mercúrio;

VI – a informação e a sensibilização da sociedade sobre os riscos da exposição ao mercúrio e sobre a intoxicação por mercúrio como problema de saúde pública passível de prevenção;

VII – a promoção e articulação intersetorial para a prevenção da exposição ao mercúrio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, entre outras;

VIII – a promoção da notificação da exposição ao mercúrio, bem como o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre a exposição ao mercúrio, para subsidiar a formulação de políticas públicas e tomadas de decisão;

IX – a promoção e articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio;

X – o fortalecimento dos programas de atenção básica de saúde, para incluir em suas ações os serviços de prevenção e tratamento às pessoas expostas ao mercúrio, especialmente as mulheres grávidas ou em idade fértil e as crianças.

CAPÍTULO II

DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO

Art. 3º Serão estabelecidos em regulamento limites máximos de conteúdo em mercúrio nas amostras de monitoramento humano para cabelo,



sangue e urina, considerando as recomendações da OMS e suas atualizações mais recentes

§ 1º A exposição humana ao mercúrio será determinada pela quantidade do metal em amostras de cabelo, sangue ou urina.

§ 2º Será considerada exposta a pessoa que tiver níveis de mercúrio em seu corpo acima dos limites estabelecidos, independentemente da presença de sinais ou sintomas de dano à saúde, sendo necessário apenas o resultado de exame de quantificação de mercúrio.

CAPÍTULO III

DO SISTEMA DE CONTROLE DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO

Art. 4º Fica instituído o Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio – SICEM, com a finalidade de monitorar os casos de exposição ao mercúrio na população brasileira, com as seguintes atribuições:

I – prestar orientação e assessoramento técnico para sua implantação e implementação;

II – cooperar, tecnicamente, para a integração do Sistema em todo o território nacional;

III – elaborar normas operacionais e materiais para seu funcionamento;

IV – permitir o acesso, para fins de registro, aos profissionais da saúde e aos profissionais de ensino ou pesquisa habilitados que realizem pesquisas epidemiológicas, aprovadas segundo as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) correspondente, e incluam a quantificação de mercúrio em amostras de cabelo, sangue ou urina da população brasileira;

V – capacitar os profissionais da saúde e os profissionais de ensino ou pesquisa habilitados para identificar e registrar os casos de exposição ao mercúrio.



Art. 5º São objetivos do monitoramento da exposição humana ao mercúrio:

I – promover a avaliação periódica da exposição ao mercúrio na população brasileira, especialmente daquelas populações que já tenham dados de contaminação ou exposição prévias;

II – incluir como exame de rotina a quantificação de mercúrio para grávidas e lactantes, como parte dos programas de saúde de acompanhamento pré-natal e de desenvolvimento infantil;

III – estimular o financiamento de pesquisas voltadas para o monitoramento da exposição ao mercúrio na população brasileira, com ênfase em grupos vulneráveis;

IV – criar e fortalecer a infraestrutura necessária para a quantificação de mercúrio nas regiões afetadas;

V – criar programas que apoiem laboratórios itinerantes de monitoramento nas regiões afastadas das capitais;

VI – promover termos de cooperação mútua entre órgãos e entidades públicas e privadas, destinados ao monitoramento e acompanhamento da exposição humana ao mercúrio na população brasileira, especialmente nos grupos vulneráveis.

Art. 6º Para a alimentação de informações no sistema, será criado formulário próprio e específico para a investigação de Exposição ao Mercúrio e para o controle da Exposição ao Mercúrio, permitindo-se o registro individual dos casos confirmados de exposição ao mercúrio, bem como o monitoramento geográfico da população avaliada.

§ 1º Nos registros constarão, obrigatoriamente, a quantificação de mercúrio nas amostras de cabelo, sangue ou urina, assim como, as informações sobre as pessoas avaliadas e a identificação do responsável pelo registro e quantificação de mercúrio.

§ 2º O SICEM permitirá a atualização periódica dos registros individuais de exposição ao mercúrio, possibilitando o acompanhamento e a



evolução dos casos ao longo do tempo, assim como o registro retroativo dos casos, mediante justificativa.

§ 3º Serão disponibilizados, em plataforma de acesso público, dados abertos e anonimizados dos registros de exposição humana ao mercúrio, periodicamente atualizados e que permitam o seu tratamento pela sociedade civil.

§ 4º Será publicado, na forma do regulamento, com periodicidade no mínimo anual, um relatório comparativo com os dados do SICEM, mapeando a distribuição geográfica e o nível de exposição da população avaliada durante cada período.

CAPÍTULO IV

DA SEGURANÇA ALIMENTAR E DA PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO

Art. 7º Sem prejuízo das demais medidas previstas na legislação e na regulamentação da matéria, as medidas de segurança alimentar e de prevenção da exposição ao mercúrio, com ênfase em grupos vulneráveis, serão implementadas por meio de estratégias e programas desenvolvidos com a participação da sociedade, para assegurar o direito à segurança e à soberania alimentar, com base nos seguintes objetivos:

I – implementar políticas públicas de avaliação dos potenciais riscos toxicológicos causados aos povos e à população brasileiros, com ênfase nos grupos vulneráveis, pelo consumo de alimentos contaminados;

II – recomendar o consumo de alimentos com menor quantidade de mercúrio, levando em consideração a frequência de consumo de cada alimento pela população e, especialmente, pelos grupos vulnerabilizados;

III – estabelecer recomendações de consumo de alimentos, de acordo com o conteúdo de mercúrio em cada alimento, em atenção à frequência de consumo do alimento pela população, especialmente grupos vulnerabilizados, e à quantidade máxima de consumo semanal de mercúrio recomendada para cada pessoa;



IV – incentivar políticas públicas de produção de alimentos respeitando a sociobiodiversidade, a tradição e a cultura alimentar da população brasileira e, especialmente, dos grupos vulneráveis, como alternativas ao consumo de alimentos contaminados por mercúrio;

V – criar grupo de trabalho intersetorial multidisciplinar no âmbito da segurança alimentar e da exposição ao mercúrio, para atuar diretamente às pessoas expostas, em consonância com o disposto do art. 12 da Lei nº 8.080/1990;

VI – estimular o desenvolvimento de pesquisas científicas relacionadas à segurança alimentar no âmbito da exposição mercurial na população brasileira, com ênfase nos grupos vulneráveis;

VII – incluir no Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), conforme a Lei nº 11.346, de 2006, em caráter permanente, o debate acerca da prevenção da exposição ao mercúrio na segurança alimentar da população brasileira, com ênfase nos grupos vulneráveis;

VIII – incluir em serviços telefônicos de informação sobre saúde orientações para atendimento de pessoas expostas ao mercúrio que estejam ou não com sintomas de intoxicação por mercúrio;

IX – publicar um Guia Básico de Prevenção da Exposição ao Mercúrio, a fim de orientar o trabalho dos agentes de saúde em relação à exposição humana ao mercúrio.

CAPÍTULO V

DA CAMPANHA PERMANENTE DE ENFRENTAMENTO À EXPOSIÇÃO E INTOXICAÇÃO POR MERCÚRIO

Art. 8º A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio no País terá como público-alvo toda a população brasileira, com ênfase nos grupos vulneráveis, e será orientada pelos seguintes princípios:

I – enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio;



II – garantia à saúde e à segurança alimentar;

III – dever do Poder Público de garantir políticas sociais que visem à redução dos riscos de agravos pela exposição ao mercúrio, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção, proteção e recuperação;

IV – incentivo aos programas educacionais que divulguem os riscos da exposição ao mercúrio;

V – cuidado e acompanhamento das pessoas intoxicadas por mercúrio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

VI – formação permanente de profissionais da saúde para a identificação dos sintomas da intoxicação por mercúrio e para prestar os primeiros socorros de forma adequada.

Art. 9º A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio será educativa e preventiva, respeitadas outras opções de campanhas aplicáveis ao tema.

Art. 10. Serão celebrados convênios que possam englobar de forma voluntária instituições governamentais e não governamentais, empresas, universidades públicas e privadas e a sociedade civil, a fim de, em conjunto, realizarem as ações da campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio.

Art. 11. A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio aplicará em suas ações cartilha elaborada pelo SICEM e pelo SINAN.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão,

, Presidente



, Relatora



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI Nº 1011, DE 2023

Institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências.

AUTORIA: Senador Randolfe Rodrigues (REDE/AP)



[Página da matéria](#)



PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

Institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º. Fica instituída a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal.

Art. 2º. A Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio será uma ação permanente do poder público para prevenção da exposição humana ao mercúrio, acima do limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

Art. 3º. São diretrizes da Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio:

I – a prevenção da exposição ao mercúrio, acima do limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS;

II – a ênfase em ações preventivas multidisciplinares na promoção da saúde, da segurança alimentar e da qualidade de vida;

III – o desenvolvimento de instrumentos de informação, monitoramento, avaliação e controle da exposição ao mercúrio por parte da autoridade de saúde, abertos à participação da sociedade;

IV – o apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado ao enfrentamento da exposição ao mercúrio e dos problemas e determinantes a ela relacionados;

V – o apoio à formação continuada dos trabalhadores da rede de serviços de saúde sobre à exposição humana ao mercúrio;



SF/23574.23340-00

VI – a informação e a sensibilização da sociedade sobre os riscos da exposição ao mercúrio, acima do limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, e sobre a intoxicação por mercúrio como problema de saúde pública passível de prevenção;

VII – a promoção e articulação intersetorial para a prevenção da exposição ao mercúrio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, entre outras;

VIII – a promoção da notificação da exposição ao mercúrio, bem como o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre a exposição ao mercúrio, envolvendo a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, para subsidiar a formulação de políticas públicas e tomadas de decisão.

Art. 4º. Para os efeitos desta lei, considera-se:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, entre outros;

II - amostra: pequena parte de um todo e que o representa;

III - autoridade de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - contaminação mercurial: introdução de mercúrio no meio ambiente (água, ar, solo ou alimentos) em concentrações nocivas à saúde dos seres humanos;

V - composto de mercúrio: qualquer substância consistindo em átomos de mercúrio e um ou mais átomos de outros elementos químicos que possam ser separados em componentes diferentes apenas por meio de reações químicas;

VI - dados anonimizados: utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo;

VII - diagnóstico clínico: identificação de doença ou dano que é realizada por um profissional da saúde;

VIII - exame de rotina: exame realizado em laboratório, que faz parte do protocolo preestabelecido para acompanhamento da saúde do indivíduo. Os exames de rotina são sempre realizados para avaliar o estado de saúde, independentemente da presença de agravos ou não;

IX - exposição ao mercúrio: presença do metal em um ser vivo, independentemente da presença de sinais de dano ou não. A exposição humana ao mercúrio indica que a pessoa

entrou em contato com o metal e pode ser medida pela quantidade de mercúrio encontrada em amostras de cabelo, sangue e/ou urina;

X - grupos vulnerabilizados: grupos de pessoas que podem ser mais afetados por um agravo devido às suas características (idade, sexo, etnia, raça, profissão, socioeconômicas, educacionais, exposição, entre outras);

XI - intoxicação por mercúrio: conjunto de sinais clínicos evidentes resultantes do dano provocado pela presença do mercúrio. A intoxicação acontece apenas depois da exposição e pode demorar um tempo até ser evidente para realizar o diagnóstico clínico;

XII - mercúrio: metal que pode ser encontrado: i) na forma de vapor tóxico no ar, ii) como parte dos músculos e outros tecidos em todos os seres vivos, iii) como um componente das águas (chuva, rios, lagos, oceanos) e dos solos, e iv) na forma de líquido prateado que é usado na indústria e em atividades profissionais (amalgamas odontológicas, baterias, garimpagem de ouro e outros metais preciosos, lâmpadas, pilhas, baterias, entre outras);

XIII - mercúrio total: quantidade que inclui a somatória das quantidades de todos os compostos de mercúrio presentes em uma amostra;

XIV - monitoramento: observação e registro regular de alguma característica;

XV - notificação compulsória: comunicação obrigatória sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação da doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal;

XVI – regiões afetadas: regiões onde tenha sido detectada contaminação de mercúrio no ambiente e/ou populações expostas;

XVII- registro retroativo: registro de avaliações realizadas no passado;

XVIII - tratamento de dados: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

CAPÍTULO II

DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO

Art. 5º. A exposição humana ao mercúrio será determinada pela quantidade do metal em amostras de cabelo, sangue e/ou urina.



Art. 6º. Serão estabelecidos limites máximos aceitos de conteúdo em mercúrio nas amostras de monitoramento humano (cabelo, sangue, urina), seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS, que são equivalentes a 2,3 microgramas de mercúrio total por grama de cabelo, 9,2 microgramas de mercúrio total por litro de sangue e 50 microgramas de mercúrio total por grama de creatinina na urina.

Parágrafo único. Os limites máximos aceitos poderão ser atualizados conforme as recomendações mais recentes da Organização Mundial da Saúde - OMS.

Art. 7º. Será considerada exposta a pessoa que tiver níveis de mercúrio em seu corpo acima dos limites aceitos, nos termos do art. 6º desta lei, independentemente da presença de sinais e/ou sintomas de dano à saúde, sendo necessário apenas o resultado de exame de quantificação de mercúrio.

CAPÍTULO III

DO SISTEMA DE CONTROLE DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO E DO MONITORAMENTO

Art. 8º. Fica instituído o Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio - SICEM com a finalidade de monitorar os casos de exposição ao mercúrio na população brasileira.

Art. 9º. É atribuição da União, por intermédio do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio - SICEM:

I - orientar e assessorar, tecnicamente, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a implantação e implementação do Sistema;

II – cooperar, tecnicamente, com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a integração do Sistema em todo o território nacional;

III - elaborar normas operacionais e materiais do Sistema e divulgar aos Estados, Municípios e Distrito Federal;

IV - permitir o acesso ao Sistema, para fins de registro, aos profissionais da saúde e aos profissionais de ensino e/ou pesquisa habilitados que realizem pesquisas epidemiológicas, aprovadas segundo as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP correspondente, e incluam a quantificação de mercúrio em amostras de cabelo, sangue e/ou urina da população brasileira;



V - capacitar os profissionais da saúde e os profissionais de ensino e/ou pesquisa habilitados para identificar e registrar os casos de exposição ao mercúrio.

Art. 10. A autoridade de saúde competente criará um formulário específico denominado “Ficha de Investigação de Exposição ao Mercúrio”, para incluir no Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio - SICEM, permitindo o registro individual dos casos confirmados de exposição ao mercúrio, bem como o monitoramento geográfico da população avaliada.

§ 1º. Nos registros constarão, obrigatoriamente, a quantificação de mercúrio nas amostras de cabelo, sangue e/ou urina, assim como os dados das pessoas avaliadas (como sexo, idade e raça, entre outros) e os dados do responsável pelo registro e quantificação de mercúrio.

§ 2º. A quantificação de mercúrio será registrada de acordo com a amostra humana coletada: em microgramas de mercúrio total por grama de cabelo, em microgramas de mercúrio total por litro de sangue e/ou em microgramas de mercúrio total por grama de creatinina na urina.

§ 3º. O Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio - SICEM permitirá a atualização periódica dos registros individuais de exposição ao mercúrio, possibilitando o acompanhamento e a evolução dos casos ao longo do tempo, assim como o registro retroativo dos casos, mediante justificativa.

§ 4º. O registro dos dados da pessoa exposta ao mercúrio no Sistema será compulsório quando a quantidade de mercúrio nas amostras da pessoa avaliada supere os limites máximos estabelecidos nos termos do art. 6º desta lei, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde - OMS.

§ 5º. Quando os níveis de mercúrio forem iguais ou inferiores aos limites máximos estabelecidos nos termos do art. 6º desta lei, o registro dos dados da pessoa exposta será facultativo.

§ 6º. A autoridade de saúde competente disponibilizará em plataforma de acesso público, dados abertos e anonimizados dos registros de exposição humana ao mercúrio, periodicamente atualizados e que permitam o seu tratamento pela sociedade civil.

§ 7º. A autoridade de saúde competente publicará anualmente um relatório comparativo com os dados do Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio - SICEM, mapeando a distribuição geográfica e o nível de exposição da população avaliada durante o período.



SF/23574.23340-00

Art. 11. Para fins de monitoramento da exposição humana ao mercúrio, serão considerados os seguintes objetivos:

I – promover a avaliação periódica da exposição ao mercúrio na população brasileira, especialmente daquelas populações que já tenham dados de contaminação e/ou exposição prévias que superem os limites máximos estabelecidos;

II – incluir como exame de rotina a quantificação de mercúrio para grávidas e lactantes, como parte dos programas de saúde de acompanhamento pré-natal e de desenvolvimento infantil;

III - estimular o financiamento de pesquisas voltadas para o monitoramento da exposição ao mercúrio na população brasileira, com ênfase nos grupos vulnerabilizados;

IV – criar e fortalecer a infraestrutura necessária para a quantificação de mercúrio nas regiões afetadas;

V - criar programas que apoiem laboratórios itinerantes de monitoramento nas regiões afastadas das capitais;

VI - promover termo de cooperação mútua entre a União, os Estados, os Municípios, o Distrito Federal, a Sociedade Civil, as Universidades Públicas e/ou Privadas, as Organizações Sociais e as Organizações Não-Governamentais, destinado ao monitoramento e acompanhamento da exposição humana ao mercúrio na população brasileira e, especialmente, nos grupos vulnerabilizados.

CAPÍTULO IV

DA SEGURANÇA ALIMENTAR E DA PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO

Art. 12. As medidas de segurança alimentar e de prevenção da exposição ao mercúrio destinadas à população brasileira, com ênfase nos grupos vulnerabilizados, serão implementadas pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal, por meio de estratégias e programas desenvolvidos com a participação da sociedade, para assegurar o direito humano à segurança e à soberania alimentar, com base nos seguintes objetivos:

I - fortalecer os programas de atenção básica de saúde para incluir em suas ações os serviços de prevenção e tratamento às pessoas expostas ao mercúrio, especialmente as mulheres grávidas ou em idade fértil e as crianças;

II - implementar políticas públicas de avaliação dos potenciais riscos toxicológicos causados aos povos e à população brasileiros, com ênfase nos grupos vulnerabilizados, pelo consumo de alimentos contaminados;

III - recomendar o consumo de alimentos que possuam menor quantidade de mercúrio, levando em consideração a frequência de consumo de cada alimento pela população e, especialmente, pelos grupos vulnerabilizados;

IV – estabelecer recomendações de consumo de alimentos, de acordo com o conteúdo de mercúrio em cada alimento, em atenção à frequência de consumo do alimento pela população, especialmente grupos vulnerabilizados, e à quantidade máxima de consumo semanal de mercúrio recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS para cada pessoa;

V - incentivar políticas públicas de produção de alimentos respeitando a sociobiodiversidade, a tradição e a cultura alimentar da população brasileira e, especialmente, dos grupos vulnerabilizados como alternativas ao consumo de alimentos contaminados por mercúrio;

VI - criar um grupo de trabalho intersetorial multidisciplinar no âmbito da segurança alimentar e da exposição ao mercúrio para atuar diretamente às pessoas expostas, em consonância com o disposto do art. 12 da Lei nº 8.080/1990;

VII - estimular o desenvolvimento de pesquisas científicas relacionadas à segurança alimentar no âmbito da exposição mercurial na população brasileira, com ênfase nos grupos vulnerabilizados;

VIII - incluir no Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Consea, conforme a Lei nº 11.346/2006, em caráter permanente, o debate acerca da prevenção da exposição ao mercúrio na segurança alimentar da população brasileira, com ênfase nos grupos vulnerabilizados.

IX – incluir no Disque Saúde 136 orientações para atendimento de pessoas expostas ao mercúrio que estejam ou não com sintomas de intoxicação por mercúrio;

X – publicar um Guia Básico de Prevenção da Exposição ao Mercúrio, a fim de orientar o trabalho dos agentes de saúde em relação à exposição humana ao mercúrio.

CAPÍTULO V

DA CAMPANHA PERMANENTE DE ENFRENTAMENTO À EXPOSIÇÃO E INTOXICAÇÃO POR MERCÚRIO



Art. 13. A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio no país terá como público-alvo toda a população brasileira, com ênfase nos grupos vulnerabilizados.

Art. 14. Será orientada pelos seguintes princípios:

- I - enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio;
- II – ônus do poder público federal, estadual, municipal e distrital no enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio;
- III - garantia à saúde e à segurança alimentar;
- IV – dever do poder público de asseverar mediante políticas sociais que visem à redução dos riscos de agravos pela exposição ao mercúrio, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção, proteção e recuperação;
- V - formação permanente de profissionais da saúde para diagnóstico dos sintomas da intoxicação por mercúrio e para prestar os primeiros socorros de forma adequada;
- VI - incentivo aos programas educacionais que divulguem os riscos da exposição ao mercúrio;
- VII – cuidado e acompanhamento das pessoas intoxicadas por mercúrio no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 15. A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio será educativa e preventiva, respeitadas outras opções de campanhas aplicáveis ao tema.

Art. 16. A União, em cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, incentivará a criação da Parceria Nacional do Mercúrio e a celebração de convênios, que possam englobar de forma voluntária instituições governamentais e não governamentais, empresas, universidades públicas e privadas e a sociedade civil, a fim de, em conjunto, realizarem as ações da campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio.

Art. 17. A campanha permanente de enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio aplicará em suas ações a cartilha do Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio - SICEM e do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 18. Fica estabelecido o dia 8 de novembro como o Dia Nacional do Enfrentamento à Exposição e Intoxicação por Mercúrio no país.

Parágrafo único. Os órgãos públicos federais, estaduais, municipais e distritais na semana antecedente ao Dia Nacional do Enfrentamento à Exposição e Intoxicação por Mercúrio deverão divulgar programação sobre a temática, alinhando-se ao disposto no art. 14 desta lei.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O Brasil é um país de dimensões continentais, extremamente rico em recursos naturais com potencial de exploração econômica. Entretanto, um crescimento econômico equilibrado que garanta o futuro dessa exploração dos recursos naturais requer ferramentas que permitam o desenvolvimento sustentável, isto é, que permitam o gerenciamento adequado dos impactos e oportunize a prevenção de problemas maiores.

Nesse contexto, o uso de mercúrio na indústria e outras atividades econômicas se apresenta muitas vezes como essencial. Ele é usado em uma infinidade de produtos (lâmpadas fluorescentes, tomadas elétricas, entre outros) e atividades (odontologia e garimpagem de metais preciosos, entre outras). A isso se soma que os solos de muitas regiões brasileiras já são naturalmente muito ricos em mercúrio¹.

Infelizmente, o mercúrio é extremamente tóxico para o ser humano, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde - OMS um dos dez produtos químicos de maior preocupação para a saúde pública no mundo inteiro². Ele afeta especialmente mulheres gestantes, seus fetos em desenvolvimento, bebês e crianças, assim como outros grupos vulnerabilizados da população brasileira, comprometendo seriamente o futuro da força de trabalho.

¹ Crespo-Lopez et al. (2020). Mercury: What can we learn from the Amazon? Disponível em; <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.106223>

² Consultar: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-chemicals-of-public-health-concern>

Ainda, todos entramos em contato com ele, em maior ou menor medida, já que o mercúrio tem a capacidade de viajar longas distâncias no ar (já foi detectado mercúrio em regiões tão afastadas como o Ártico, completamente desabitadas e, portanto, sem registros de qualquer atividade humana que pudesse levar o mercúrio para aquele ambiente) e se introduz facilmente na cadeia alimentar sendo que atividades de exportação de alimentos, como a venda dos peixes da Amazônia atingem tanto o mercado nacional como o internacional, contribuindo para que esse contato com o metal seja generalizado na população e não apenas restringido a um grupo de pessoas ou a um país.

Todas as formas químicas de mercúrio são tóxicas para os seres humanos, mas o mercúrio encontrado nos alimentos é o que apresenta maior capacidade de provocar danos, sendo o sistema nervoso central o mais afetado. O conjunto de sintomas neurológicos que o mercúrio pode causar é extenso e diversificado, incluindo até mais de 250 sintomas diferentes que podem contribuir para o diagnóstico da intoxicação (doença provocada pelo envenenamento com mercúrio)³.

Distúrbios visuais e auditivos e aqueles relacionados com o controle motor (como tremores, falta de coordenação, fraqueza muscular, falta de equilíbrio, dormência dos membros e paralisia, entre outros) parecem ser os mais frequentemente relatados⁴. As crianças e fetos, por possuírem o sistema nervoso em formação, são particularmente vulnerabilizados, e podem sofrer déficits severos no seu desenvolvimento físico e intelectual. Em crianças, o aumento de apenas 1 microgramas de mercúrio total por grama de cabelo leva à diminuição de 1 ponto no coeficiente intelectual⁵.

Estudos realizados no Brasil demonstram que há exposição desde a fase pré-natal (via transplacentária) até a primeira infância (aleitamento materno e consumo de peixes contaminados). Esses trabalhos relacionaram os níveis de mercúrio encontrados nas crianças com sintomas de atraso no desenvolvimento infantil (diminuição das funções motoras e linguísticas, decréscimo do desempenho visoespacial, déficits de memória, baixos desenvolvimento mental e psicomotor e alterações na relação pessoal-social)⁶.

³ Rice et al. (2014). Environmental Mercury and Its Toxic Effects. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.3961/jpmph.2014.47.2.74>

⁴ Santos-Sacramento et al. (2021). Human neurotoxicity of mercury in the Amazon: A scoping review with insights and critical considerations. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2020.111686>

⁵ Feng et al. (2020). Impact of low-level mercury exposure on intelligence quotient in children via rice consumption. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2020.110870>

⁶ Antunes dos Santos et al. (2016). Methylmercury and brain development: A review of recent literature. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.jtemb.2016.03.001>



Outro aspecto importante a levar em consideração é a limitada capacidade do cérebro de se recuperar após um dano, à diferença de outros órgãos como o fígado ou os ossos. Assim, em uma exposição crônica, os pequenos danos continuados causados mesmo que por quantidades relativamente baixas e supostamente “seguras” de mercúrio ficam se acumulando no cérebro, mesmo que o mercúrio seja posteriormente eliminado.

O dano ao cérebro causado pelo mercúrio é unidirecional, ou seja, uma vez que ele começa, ele não pode regredir, nem mesmo após a redução dos níveis de mercúrio no corpo e isso já foi descrito em indivíduos intoxicados por mercúrio nos episódios de intoxicação em vários países. Há, ainda, evidências de efeitos detectados na idade adulta/envelhecimento, mesmo quando a exposição ocorreu apenas durante o desenvolvimento (gestação – primeira infância).

Destaca-se que o tratamento farmacológico usualmente aplicado em pessoas contaminadas (fármacos que se ligam ao mercúrio e facilitam a eliminação dele) resulta comprovadamente ineficaz quando a exposição é muito alta ou já existe um dano evidente, pois a redução dos níveis de mercúrio no sangue não implica em uma melhora dos sintomas^{7,8}. É desconhecido se essa ineficácia dos fármacos usados na intoxicação mercurial também acontece nas exposições crônicas (repetidamente e por longo tempo) a doses mais baixas do metal.

Assim, a prevenção é o remédio mais eficaz na exposição humana ao mercúrio e o único que pode garantir a redução ou eliminação dos efeitos nocivos. Daí a importância de realizar uma detecção precoce e monitoramentos continuados, especialmente nos grupos vulnerabilizados, para detectar qualquer possível exposição e estar a tempo de intervir. Infelizmente, a legislação atual apenas considera compulsória a notificação da intoxicação, isto é, quando já existe um dano muitas vezes irreversível e que não permite um mapeamento adequado para realizar estratégias de prevenção.

A detecção precoce da exposição (quando houve o contato com mercúrio, mas ainda não há indícios evidentes de dano), estendida também aos adultos, resulta ainda mais urgente em vista das evidências científicas mais recentes. Embora o cérebro tenha sido classicamente considerado como o principal órgão alvo do dano por mercúrio, esse metal pode ser encontrado em diversos órgãos e tecidos.

⁷ Spiller et al. (2021). Rethinking treatment of mercury poisoning: the roles of selenium, acetylcysteine, and thiol chelators in the treatment of mercury poisoning: a narrative review. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24734306.2020.1870077>

⁸ Mudan et al. (2019). Notes from the Field: Methylmercury Toxicity from a Skin Lightening Cream Obtained from Mexico — California, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6850a4>

Recentemente, um grupo de pesquisadores da Universidade de Ottawa no Canadá⁹ fez um levantamento de todos os estudos realizados com populações humanas expostas e realizaram meta-análises com todos esses dados, descobrindo que a exposição humana ao mercúrio aumenta significativamente os desfechos cardiovasculares, fatais e não fatais, a partir de exposições tão baixas quanto 1 micrograma de mercúrio total por grama de cabelo.

De forma alarmante, os pesquisadores demonstram que se a pessoa apresenta mais de 2 microgramas de mercúrio total por grama de cabelo terá um risco aumentado de vir a sofrer acidente vascular cerebral e doenças cardiovasculares, e ainda a um aumento de 59% na chance de desenvolver hipertensão.

Assim, precisamos urgentemente de uma ferramenta que nos permita mapear e controlar a exposição por mercúrio, já que não existe no Brasil, até agora, nenhuma política pública afirmativa para detectar e prevenir os casos de exposição humana ao mercúrio.

Diante da gravidade das questões relatadas, da relevância da temática para a saúde pública do povo brasileiro, solicitamos o apoio de Vossas Excelências a esta proposta, apresentada com o valoroso auxílio da Rede Amazônica de Clínicas de Direitos Humanos, da Universidade Federal do Amapá, da Universidade do Estado do Amazonas, da Universidade da Região de Joinville, da Universidade Federal do Pará e da Universidade Federal do Oeste do Pará.

Sala das Sessões,

Senador RANDOLFE RODRIGUES

REDE/AP

⁹ Hu et al. (2021). Mercury exposure, cardiovascular disease, and mortality: A systematic review and dose-response meta-analysis. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110538>

LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde - 8080/90

<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990;8080>

- art12

- Lei nº 11.346, de 15 de Setembro de 2006 - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - 11346/06

<https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2006;11346>



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 3, DE 2024

Da COMISSÃO DE MEIO AMBIENTE, sobre o Projeto de Lei nº 1011, de 2023, do Senador Randolfe Rodrigues, que Institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências.

PRESIDENTE: Senadora Leila Barros

RELATOR: Senador Otto Alencar

28 de fevereiro de 2024



PARECER Nº 3 , DE 2024

Da COMISSÃO DE MEIO AMBIENTE, sobre o Projeto de Lei nº 1.011, de 2023, do Senador Randolfe Rodrigues, que *institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências*.

Relator: Senador **OTTO ALENCAR**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Meio Ambiente (CMA), o Projeto de Lei nº 1.011, de 2023, do Senador Randolfe Rodrigues, que *institui a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no país e dá outras providências*.

O projeto possui 19 artigos, organizados em seis capítulos.

O Capítulo I trata das Disposições Gerais. Os arts. 1º e 2º estabelecem que a Política será implementada pela União em cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, para prevenção da exposição humana ao mercúrio, acima do limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O art. 3º cuida das diretrizes da lei, como: ações preventivas multidisciplinares; instrumentos de informação, monitoramento, avaliação e controle da exposição ao mercúrio; formação continuada dos trabalhadores da rede de serviços de saúde; e promoção da notificação da exposição ao mercúrio. O art. 4º traz as definições, entre elas: i) exposição ao mercúrio: presença do metal em um ser vivo, independentemente da presença de sinais de dano ou não; ii) autoridade de saúde: Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); e iii) notificação compulsória: comunicação obrigatória sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação da doença, agravamento ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal.

No Capítulo II o projeto explora a Exposição ao Mercúrio, que é determinada pela quantidade do metal em amostras de cabelo, sangue e/ou urina, definindo limites máximos para cada uma delas conforme recomendações da OMS. É considerada exposta a pessoa que apresentar níveis de mercúrio em seu corpo acima desses limites.

O Capítulo III aborda o Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio e do Monitoramento. Institui o Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio (SICEM), para monitorar os casos de exposição ao mercúrio na população brasileira. Delineia atribuições para a União no âmbito do Sistema, por exemplo, cooperar, tecnicamente, com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a integração do Sistema em todo o território nacional e elaborar normas operacionais e materiais. Cria a Ficha de Investigação de Exposição ao Mercúrio, para registro individual dos casos confirmados de exposição ao mercúrio. Determina que a autoridade de saúde competente publicará anualmente um relatório comparativo com os dados do SICEM, mapeando a distribuição geográfica e o nível de exposição da população avaliada durante o período.

O Capítulo IV disciplina a Segurança Alimentar e a Prevenção da Exposição ao Mercúrio. Estatui como objetivos das medidas de segurança alimentar e de prevenção da exposição ao mercúrio: i) fortalecer os programas de atenção básica de saúde; ii) recomendar o consumo de alimentos que possuam menor quantidade de mercúrio; e iii) traçar recomendações de consumo de alimentos, de acordo com o conteúdo estimado de mercúrio em cada alimento.

No Capítulo V, o Projeto estrutura a Campanha Permanente de Enfrentamento à Exposição e Intoxicação por Mercúrio, preventiva e educativa, pautada nos seguintes princípios: enfrentamento à exposição e intoxicação por mercúrio; ônus do poder público nesse enfrentamento; formação de profissionais da saúde; programas educacionais; cuidado e acompanhamento das pessoas intoxicadas pelo SUS. Fixa o dia 8 de novembro como o Dia Nacional do Enfrentamento à Exposição e Intoxicação por Mercúrio no País, com a sua programação alinhada aos princípios definidos na lei.

O Capítulo VI traz como cláusula de vigência a data da publicação da lei que resultar da aprovação do projeto.

Na justificação, o autor explica que o mercúrio é muito utilizado na indústria e em outras atividades, como na fabricação de lâmpadas fluorescentes; tomadas elétricas; materiais de odontologia e insumos para a garimpagem de metais preciosos. Contudo, o metal é extremamente tóxico, sendo considerado pela OMS como um dos dez produtos químicos de maior preocupação para a saúde pública no mundo. Ressalta a mobilidade do mercúrio, capaz de viajar longas distâncias no ar, contudo o mais nocivo às populações é o mercúrio encontrado nos alimentos, devido à sua maior capacidade de provocar danos, principalmente neurológicos. Os mais afetados são os indivíduos nas fases pré-natal e infantil.

A matéria foi distribuída às Comissões de Meio Ambiente e de Assuntos Sociais (CAS), cabendo à última a decisão terminativa. Na CMA, no período regimental previsto no art. 122, II, “c” e § 1º para projetos terminativos em comissão, recebeu as emendas nºs 1-T e 2-T, de autoria do Senador Weverton.

A primeira adiciona o inciso VI no art. 9º, inserindo entre as atribuições da União a de mapear e gerar estatísticas de: a) áreas de garimpo que utilizem mercúrio; e b) incidência de casos de exposição por área mapeada, para posterior monitoramento. A segunda acrescenta o inciso IX no art. 3º do projeto, a fim de incluir nas diretrizes da Política a promoção e a articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio, seguindo os parâmetros do art. 7º.

II – ANÁLISE

Compete à CMA opinar sobre assuntos pertinentes à defesa do meio ambiente, especialmente a proteção do meio ambiente e o controle da poluição nos termos do art. 102-F do Regimento Interno do Senado Federal. Considerando que o projeto será apreciado em decisão terminativa na CAS, procederemos somente à análise de mérito.

Cumprimentamos o Senador Randolfe Rodrigues pela iniciativa que tem como preocupação a garantia da sadia qualidade de vida do povo brasileiro, também presente no art. 225 da Constituição Federal (CF). Enfrentar a exposição ao mercúrio é papel do poder público, pois a ele cabe controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente (inciso V, § 1º do art. 225 da CF).

De acordo com a Agência Bori, o Brasil até 2020 era o quinto país do mundo que mais emitia mercúrio. Além do mercúrio emitido a cada ano, ainda temos de lidar com o mercúrio herdado, resultante de séculos de exploração de mineração de metais preciosos. A periculosidade do mercúrio decorre particularmente da sua capacidade de bioacumulação em seres vivos, ou seja, mesmo que eliminássemos as novas emissões, ele ainda persistiria no ambiente nos variados níveis tróficos de ecossistemas, em peixes, aves e outros seres vivos, por muitos séculos.

De acordo com o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), no Brasil não há produção primária de mercúrio, e o metal entra no mercado nacional por meio da importação. É utilizado na indústria (produção de soda cáustica e cloro), em obturações dentárias, em equipamentos eletrônicos (lâmpadas fluorescentes, condutores elétricos), na mineração artesanal e de pequena escala, em equipamentos e procedimentos hospitalares e laboratoriais. No garimpo, é usado na separação de partículas finas de ouro mediante a amalgamação e posterior separação pela queima. Nesse processo, o mercúrio é propagado para os rios e solos na forma metálica e para a atmosfera em sua forma gasosa.

Um dos casos mais emblemáticos de contaminação por mercúrio ocorreu na cidade costeira de Minamata, Japão, onde surgiu a síndrome neurológica denominada Doença de Minamata. O mercúrio, utilizado como catalisador para a produção de plásticos, foi sendo lançado ao longo de décadas em um rio que desaguava na bacia de Minamata. No decurso dos anos, toda a cadeia alimentar da região foi sendo contaminada, e em 1956 o primeiro caso de dano neurológico em humanos foi registrado na região. O consumo de peixes da bacia de Minamata foi a principal causa para a intoxicação por mercúrio, e estima-se que cerca de 20.000 pessoas foram afetadas, envolvendo mortes e sequelas permanentes.

A preocupação pela exposição ao mercúrio hoje é mundial e a “Convenção de Minamata”, que entrou em vigor em 16 de agosto de 2017, é o tratado internacional que tem por objetivo estabelecer medidas para redução do uso de mercúrio. No Brasil, o Decreto nº 9.470, de 14 de agosto de 2018, promulgou a Convenção. Estruturada em 35 artigos, a Convenção de Minamata trata de: i) fontes de oferta de mercúrio e comércio; ii) produtos com mercúrio adicionado; iii) processos de manufatura nos quais mercúrio ou compostos de mercúrio são utilizados; iv) isenções disponíveis mediante solicitação de uma Parte; v) mineração de ouro artesanal e em pequena escala; v) emissões; vi) liberações; vii) armazenamento provisório ambientalmente saudável de

mercúrio, diferente de resíduos de mercúrio; viii) resíduos de mercúrio; ix) áreas contaminadas; x) recursos financeiros e mecanismo financeiro; xi) capacitação, assistência técnica e transferência de tecnologia; xii) comitê de implementação e cumprimento; xiii) aspectos de saúde; xiv) intercâmbio de informações; xv) informações públicas, conscientização, educação pesquisa, desenvolvimento e monitoramento; entre outros.

A Convenção de Minamata complementa a Convenção de Basileia, da qual o Brasil também é signatário, e que trata do controle de movimentos transfronteiriços de resíduos perigosos e seu depósito. Em nossa análise, entendemos que o PL nº 1.011, de 2023, contribui para a implementação da Convenção de Minamata, pois estrutura a Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio no âmbito doméstico, por meio de diretrizes, princípios, objetivos e de medidas estruturantes como o SICEM e a campanha de enfrentamento à exposição e à intoxicação por mercúrio.

A contribuição que temos ao projeto é no sentido de retirar do texto unidades de medida referentes a limites máximos de mercúrio em amostras de monitoramento humano, para evitar que esses valores se desatualizem ao longo do tempo e do desenvolvimento científico. A nosso ver, a menção quanto aos limites máximos definidos pela OMS já é suficiente para atingir o objetivo que se deseja, sendo que o valor exato da concentração de mercúrio poderia ser fixado em ato infralegal. Apresentamos uma emenda ao final nesse sentido.

Agradecemos ao Senador Weverton pela apresentação das Emendas nºs 1-T e 2-T, que vêm para ampliar as diretrizes da Política e as atribuições da União na prevenção da exposição ao mercúrio. Por isso devem ser acolhidas.

III – VOTO

Ante o exposto, votamos pela **aprovação** do Projeto de Lei nº 1.011, de 2023, pela **aprovação** das Emendas nºs 1-T e 2-T e pela apresentação da seguinte emenda:

EMENDA Nº 3 - CMA

Dê-se ao art. 6º do Projeto de Lei nº 1.011, de 2023, a seguinte redação:

“**Art. 6º** Serão estabelecidos em regulamento limites máximos aceitos de conteúdo em mercúrio nas amostras de monitoramento humano para cabelo, sangue e urina, conforme recomendações da OMS e suas atualizações mais recentes.”

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SENADO FEDERAL
Gabinete do **SENADOR WEVERTON**

EMENDA Nº 1 - T/CMA

(ao PL 1011/2023)

Acrescente-se o inciso VI ao art. 9º do PL 1011/2023:

“VI –mapear e gerar estatísticas de:

- a) áreas de garimpo que utilizem mercúrio;
- b) incidência de casos de exposição por área mapeada, para posterior monitoramento.” (NR)

JUSTIFICAÇÃO

O artigo 9º trata das atribuições da União, por intermédio do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio – SICEM.

Consideramos importante que todos os casos sejam monitorados e relacionados às áreas de atuação, bem como acompanhar as áreas de garimpo legalmente autorizadas para gerar estatísticas que irão direcionar as ações futuras, tanto de prevenção quanto de mitigação de efeitos.

Sala das Sessões,

Senador WEVERTON



SENADO FEDERAL
Gabinete do **SENADOR WEVERTON**

EMENDA Nº 2 - T/CMA

(ao PL 1011/2023)

Acrescente-se o inciso IX ao art. 3º do PL 1011/2023:

“IX – a promoção e articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio, seguindo os parâmetros do art. 7º.” (NR)

JUSTIFICAÇÃO

O art. 3º deste importante Projeto de Lei, trata das diretrizes da Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio, estabelecendo guias para as ações preventivas, informação e monitoramento, desenvolvimento científico e tecnológico, formação continuada, informação e notificação de exposição.

Uma importante diretriz que carece de inserção neste rol é a promoção e articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio, ou seja, em caso de exposição, quais as ações serão necessárias para a minimização dos efeitos negativos à saúde.

Todos presenciamos a crise de saúde enfrentada pelos Yanomamis como efeito da excessiva exposição ao mercúrio oriundo de garimpos ilegais.

**SENADO FEDERAL**Gabinete do **SENADOR WEVERTON**

Tomando como exemplo a crise Yanomami, a criação de protocolos de como enfrentar as situações após a exposição ao mercúrio, é o que se propõe com a presente emenda.

Sala das Sessões,

Senador WEVERTON

**Relatório de Registro de Presença****3ª, Extraordinária****Comissão de Meio Ambiente**

Bloco Parlamentar Democracia (UNIÃO, PODEMOS, PDT, MDB, PSDB)			
TITULARES		SUPLENTE	
MARCIO BITTAR	PRESENTE	1. CARLOS VIANA	
JAYME CAMPOS	PRESENTE	2. PLÍNIO VALÉRIO	PRESENTE
CONFÚCIO MOURA		3. VENEZIANO VITAL DO RÊGO	PRESENTE
GIORDANO		4. ALESSANDRO VIEIRA	PRESENTE
MARCOS DO VAL	PRESENTE	5. CID GOMES	
LEILA BARROS	PRESENTE	6. ZEQUINHA MARINHO	PRESENTE

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PSB, PT, PSD)			
TITULARES		SUPLENTE	
MARGARETH BUZETTI	PRESENTE	1. VANDERLAN CARDOSO	
ELIZIANE GAMA		2. NELSON TRAD	
SÉRGIO PETECÃO		3. OTTO ALENCAR	PRESENTE
BETO FARO		4. JAQUES WAGNER	
FABIANO CONTARATO	PRESENTE	5. TERESA LEITÃO	PRESENTE
JORGE KAJURU		6. ANA PAULA LOBATO	

Bloco Parlamentar Vanguarda (PL, NOVO)			
TITULARES		SUPLENTE	
ROGERIO MARINHO		1. WELLINGTON FAGUNDES	
EDUARDO GOMES		2. JORGE SEIF	
JAIME BAGATTOLI		3. CARLOS PORTINHO	

Bloco Parlamentar Aliança (PP, REPUBLICANOS)			
TITULARES		SUPLENTE	
TEREZA CRISTINA		1. LUIS CARLOS HEINZE	
DAMARES ALVES	PRESENTE	2. MECIAS DE JESUS	PRESENTE

Não Membros Presentes

DR. HIRAN
IZALCI LUCAS
LUCAS BARRETO
WILDER MORAIS
AUGUSTA BRITO
RODRIGO CUNHA
ZENAIDE MAIA
PAULO PAIM

DECISÃO DA COMISSÃO**(PL 1011/2023)**

NA 3ª REUNIÃO FOI APROVADO O RELATÓRIO DO SENADOR OTTO ALENCAR, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA COMISSÃO, FAVORÁVEL AO PROJETO DE LEI 1011, DE 2023, COM AS EMENDAS Nº 1-T/CMA, 2-T/CMA E 3/CMA.

28 de fevereiro de 2024

Senadora LEILA BARROS

Presidente da Comissão de Meio Ambiente



SENADO FEDERAL
Gabinete do **SENADOR WEVERTON**

EMENDA Nº - CMA

(ao PL 1011/2023)

Acrescente-se o inciso VI ao art. 9º do PL 1011/2023:

“VI –mapear e gerar estatísticas de:

- a) áreas de garimpo que utilizem mercúrio;
- b) incidência de casos de exposição por área mapeada, para posterior monitoramento.” (NR)

JUSTIFICAÇÃO

O artigo 9º trata das atribuições da União, por intermédio do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema de Controle da Exposição ao Mercúrio – SICEM.

Consideramos importante que todos os casos sejam monitorados e relacionados às áreas de atuação, bem como acompanhar as áreas de garimpo legalmente autorizadas para gerar estatísticas que irão direcionar as ações futuras, tanto de prevenção quanto de mitigação de efeitos.

Sala das Sessões,

Senador WEVERTON



SENADO FEDERAL
Gabinete do **SENADOR WEVERTON**

EMENDA Nº - CMA

(ao PL 1011/2023)

Acrescente-se o inciso IX ao art. 3º do PL 1011/2023:

“IX – a promoção e articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio, seguindo os parâmetros do art. 7º.” (NR)

JUSTIFICAÇÃO

O art. 3º deste importante Projeto de Lei, trata das diretrizes da Política Nacional de Prevenção da Exposição ao Mercúrio, estabelecendo guias para as ações preventivas, informação e monitoramento, desenvolvimento científico e tecnológico, formação continuada, informação e notificação de exposição.

Uma importante diretriz que carece de inserção neste rol é a promoção e articulação intersetorial para as ações de tratamento e minimização de efeitos à saúde, em caso de exposição ao mercúrio, ou seja, em caso de exposição, quais as ações serão necessárias para a minimização dos efeitos negativos à saúde.

Todos presenciamos a crise de saúde enfrentada pelos Yanomamis como efeito da excessiva exposição ao mercúrio oriundo de garimpos ilegais.

**SENADO FEDERAL**Gabinete do **SENADOR WEVERTON**

Tomando como exemplo a crise Yanomami, a criação de protocolos de como enfrentar as situações após a exposição ao mercúrio, é o que se propõe com a presente emenda.

Sala das Sessões,

Senador WEVERTON

10



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Izalci Lucas

REQUERIMENTO Nº DE - CAS

Senhor Presidente,

Requeiro, nos termos do art. 58, § 2º, II, da Constituição Federal e do art. 93, II, do Regimento Interno do Senado Federal, a realização de audiência pública, com o objetivo de debater a PEC 1/2025, que "Altera a Constituição Federal para garantir que os recursos transferidos pela União ao Fundo Constitucional do Distrito Federal (FCDF) sejam corrigidos anualmente pela variação da receita corrente líquida (RCL) da União".

Proponho para a audiência a presença dos seguintes convidados:

- o Senhor Juracy Cavalcante Lacerda Junior, Secretário de Saúde do Distrito Federal;
- a Senhora Dayse Amarilio, Deputada Distrital;
- o Senhor Jorge Viana, Deputado Distrital;
- o Senhor Cleber Monteiro, Presidente do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGES/DF;
- o Senhor Iuri Marques, Presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância Ambiental em Saúde do Distrito Federal;
- o Senhor João Cardoso Silva, Presidente do Sindicato dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem no Distrito Federal;
- o Senhor Marcos Gutemberg Fialho da Costa, Presidente do Sindicato dos Médicos do Distrito Federal;



- o Senhor Wendel Teixeira Santos, Presidente Presidente do Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal;
- o Senhor Jorge Henrique de Sousa e Silva Filho, Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal;
- o Senhor Representante das carreiras Especialistas em Saúde do Distrito Federal;
- o Senhor Representante das carreiras gestão e assistência pública à saúde.

Sala da Comissão, de de .

Senador Izalci Lucas
(PL - DF)
Senador





SENADO FEDERAL

Esta página foi gerada para informar os signatários do documento e não integra o documento original, que pode ser acessado por meio do QRCode

Assinam eletronicamente o documento SF251955440943, em ordem cronológica:

1. Sen. Damares Alves
2. Sen. Hamilton Mourão
3. Sen. Izalci Lucas