



SENADO FEDERAL

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

PAUTA DA 45ª REUNIÃO

(4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura)

**05/12/2018
QUARTA-FEIRA
às 09 horas**

**Presidente: Senadora Marta Suplicy
Vice-Presidente: Senador Ronaldo Caiado**



Comissão de Assuntos Sociais

**45ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA, DA 4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA
DA 55ª LEGISLATURA, A REALIZAR-SE EM 05/12/2018.**

45ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA
Quarta-feira, às 09 horas

SUMÁRIO

1ª PARTE - DELIBERATIVA

ITEM	PROPOSIÇÃO	RELATOR (A)	PÁGINA
1	PLC 37/2018 - Não Terminativo -	SENADOR CIRO NOGUEIRA	13
2	OFS 19/2018 - Não Terminativo -	SENADOR PAULO PAIM	20
3	PLS 118/2011 (Tramita em conjunto com: PLS 234/2012) - Terminativo -	SENADOR PAULO PAIM	55
4	PLS 332/2013 - Terminativo -	SENADOR SÉRGIO PETECÃO	79
5	PLS 525/2013 - Terminativo -	SENADOR VALDIR RAUPP	106
6	PLS 282/2016 - Terminativo -	SENADOR JOSÉ PIMENTEL	120

7	PLS 299/2016 - Terminativo -	SENADORA VANESSA GRAZZIOTIN	138
8	PLS 350/2016 - Terminativo -	SENADOR EDUARDO AMORIM	150
9	PLS 8/2018 - Terminativo -	SENADOR ARMANDO MONTEIRO	172
10	PLS 107/2018 - Terminativo -	SENADORA MARTA SUPPLY	182
11	PLS 140/2017 - Terminativo -	SENADORA LÍDICE DA MATA	192
12	PLS 138/2017 - Terminativo -	SENADOR JORGE VIANA	212

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA DO PODER

FINALIDADE	PÁGINA
<p>Discussão e votação do Relatório da "Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS".</p> <ul style="list-style-type: none"> - RAS 2/2018. - Relatoria: Senador Dalírio Beber. - Pendente de Relatório. - Em 23.05.2018, foi aprovado o Plano de Trabalho apresentado pelo Relator. - Em 06.06.2018, foram solicitadas informações aos Ministros de Estado da Saúde e da Fazenda, nos termos dos incisos IX e XIII, do art. 90 do Regimento Interno do Senado Federal, para instruir a avaliação da Política Pública. - Em 26.06.2018, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiência Pública para instrução da matéria. - Votação simbólica. 	254

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

PRESIDENTE: Senadora Marta Suplicy

VICE-PRESIDENTE: Senador Ronaldo Caiado

(20 titulares e 20 suplentes)

TITULARES			SUPLENTE
MDB			
Hélio José(PROS)(9)	DF (61) 3303-6640/6645/6646	1 Garibaldi Alves Filho(9)	RN (61) 3303-2371 a 2377
Waldemir Moka(9)(12)	MS (61) 3303-6767 / 6768	2 Valdir Raupp(9)	RO (61) 3303-2252/2253
Marta Suplicy(9)	SP (61) 3303-6510	3 Romero Jucá(9)	RR (61) 3303-2112 / 3303-2115
Elmano Férrer(PODE)(9)(15)(31)(26)(30)	PI (61) 3303-1015/1115/1215/2415/3055/3056/4847	4 Edison Lobão(9)	MA (61) 3303-2311 a 2313
Airton Sandoval(9)(13)	SP	5 Rose de Freitas(PODE)(15)	ES (61) 3303-1156 e 1158
Bloco Parlamentar da Resistência Democrática(PDT, PT)			
Ângela Portela(PDT)(2)	RR	1 Fátima Bezerra(PT)(2)	RN (61) 3303-1777 / 1884 / 1778 / 1682
Humberto Costa(PT)(2)	PE (61) 3303-6285 / 6286	2 Gleisi Hoffmann(PT)(2)	PR (61) 3303-6271
Paulo Paim(PT)(2)	RS (61) 3303-5227/5232	3 José Pimentel(PT)(2)	CE (61) 3303-6390 / 6391
Paulo Rocha(PT)(2)	PA (61) 3303-3800	4 Jorge Viana(PT)(2)	AC (61) 3303-6366 e 3303-6367
Regina Sousa(PT)(2)	PI (61) 3303-9049 e 9050	5 Lindbergh Farias(PT)(3)	RJ (61) 3303-6427
Bloco Social Democrata(DEM, PSDB)			
Dalirio Beber(PSDB)(7)	SC (61) 3303-6446	1 Flexa Ribeiro(PSDB)(7)	PA (61) 3303-2342
Eduardo Amorim(PSDB)(7)	SE (61) 3303 6205 a 3303 6211	2 Ricardo Ferraço(PSDB)(7)(19)(20)(22)(21)	ES (61) 3303-6590
Ronaldo Caiado(DEM)(10)	GO (61) 3303-6439 e 6440	3 José Agripino(DEM)(10)	RN (61) 3303-2361 a 2366
Maria do Carmo Alves(DEM)(10)	SE (61) 3303-1306/4055	4 Wilder Moraes(DEM)(10)(25)	GO (61)3303 2092 a (61)3303 2099
Bloco Parlamentar Democracia Progressista(PP, PSD)			
Sérgio Petecão(PSD)(4)(29)(27)	AC (61) 3303-6706 a 6713	1 Otto Alencar(PSD)(4)	BA (61) 3303-1464 e 1467
Ana Amélia(PP)(4)(16)(17)	RS (61) 3303 6083	2 Ciro Nogueira(PP)(11)(23)	PI (61) 3303-6185 / 6187
Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania(PODE, PPS, PSB, PCdoB, PV, REDE)			
Lídice da Mata(PSB)(5)	BA (61) 3303-6408	1 Romário(PODE)(5)	RJ (61) 3303-6517 / 3303-6519
Randolfe Rodrigues(REDE)(6)	AP (61) 3303-6568	2 Vanessa Grazziotin(PCdoB)(5)	AM (61) 3303-6726
Bloco Moderador(PTC, PR, PTB, PRB)			
Cidinho Santos(PR)(8)(24)(28)	MT 3303-6170/3303-6167	1 Armando Monteiro(PTB)(8)	PE (61) 3303 6124 e 3303 6125
Vicentinho Alves(PR)(8)	TO (61) 3303-6469 / 6467	2 Eduardo Lopes(PR)(8)	RJ (61) 3303-5730

- (1) Os Blocos Parlamentares Democracia Progressista, Socialismo e Democracia e Moderador compartilham 1 vaga na comissão, com a qual o colegiado totaliza 21 membros.
- (2) Em 09.03.2017, os Senadores Ângela Portela, Humberto Costa, Paulo Paim, Paulo Rocha e Regina Sousa foram designados membros titulares; e os Senadores Fátima Bezerra, Gleisi Hoffmann, José Pimentel e Jorge Viana, como membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor o colegiado (Of. 7/2017-GLBPRD).
- (3) Em 09.03.2017, o Senador Lindbergh Farias foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor o colegiado (Of. 24/2017-GLBPRD).
- (4) Em 09.03.2017, os Senadores Sérgio Petecão e Ana Amélia foram designados membros titulares; e o Senador Otto Alencar, como membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo. 21/2017-BLDPRO).
- (5) Em 09.03.2017, a Senadora Lídice da Mata foi designada membro titular; e os Senadores Romário e Vanessa Grazziotin, membros suplentes, pelo Bloco Socialismo e Democracia, para compor o colegiado (Memo. 5/2017-BLSDEM).
- (6) Em 09.03.2017, o Senador Randolfe Rodrigues foi designado membro titular, pelo Bloco Socialismo e Democracia, para compor o colegiado (Memo. 15/2017-BLSDEM).
- (7) Em 09.03.2017, os Senadores Dalirio Beber e Eduardo Amorim foram designados membros titulares; e os Senadores Flexa Ribeiro e Ricardo Ferraço, membros suplentes, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 27/2017-GLPSDB).
- (8) Em 09.03.2017, os Senadores Cidinho Santos e Vicentinho Alves foram designados membros titulares; e os Senadores Armando Monteiro e Eduardo Lopes, membros suplentes, pelo Bloco Moderador, para compor o colegiado (Of. 5/2017-BLOMOD).
- (9) Em 09.03.2017, os Senadores Hélio José, Eduardo Braga, Marta Suplicy, Rose de Freitas e Renan Calheiros foram designados membros titulares; e os Senadores Garibaldi Alves Filho, Valdir Raupp, Romero Jucá e Edison Lobão, membros suplentes, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. 32/2017-GLPMDB).
- (10) Em 13.03.2017, os Senadores Ronaldo Caiado e Maria do Carmo Alves foram designados membros titulares; e os Senadores José Agripino e Davi Alcolumbre, membros suplentes, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 7/2017-GLDEM).
- (11) Em 14.03.2017, o Senador Wilder Moraes foi designado membro suplente pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo. 38/2017-GLDPRO).
- (12) Em 14.03.2017, o Senador Waldemir Moka foi designado membro titular, em substituição ao senador Eduardo Braga, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 51/2017-GLPMDB).
- (13) Em 14.03.2017, o Senador Airton Sandoval foi designado membro titular, em substituição ao senador Renan Calheiros, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 52/2017-GLPMDB).
- (14) Em 15.03.2017, a Comissão reunida elegeu os Senadores Marta Suplicy e Ronaldo Caiado, respectivamente, Presidente e Vice-Presidente deste colegiado (Of. nº 1/2017-CAS).

- (15) Em 31.03.2017, o Senador Elmano Férrer foi designado membro titular, em substituição à senadora Rose de Freitas, que passa a atuar como suplente, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 86/2017-GLPMDB).
- (16) Em 07.06.2017, o Senador Benedito de Lira foi designado membro titular, em substituição à senadora Ana Amélia, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Of. s/n).
- (17) Em 14.06.2017, a Senadora Ana Amélia foi designada membro titular, em substituição ao Senador Benedito de Lira, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo 33/2017-BLDPRO).
- (18) Em 27.09.2017, foi criado o Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania.
- (19) Em 07.11.2017, o Senador Ricardo Ferraço licenciou-se, nos termos do art. 43, incisos I e II, do Regimento Interno, conforme os Requerimentos nºs 959 e 960/2017.
- (20) Em 21.11.2017, o Senador Sérgio de Castro foi designado membro titular, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado em vaga anteriormente ocupada pelo Senador Ricardo Ferraço (Of. nº 238/2017-GLPSDB).
- (21) Em 12.03.2018, vago em virtude do retorno do Senador Ricardo Ferraço, titular do mandato.
- (22) Em 13.03.2018, o Senador Ricardo Ferraço foi designado membro suplente, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. nº 17/2018-GLPSDB).
- (23) Em 17.04.2018, o Senador Ciro Nogueira foi designado membro suplente, em substituição ao Senador Wilder Moraes, pelo Bloco Democracia Progressista, na comissão (Memo. 3/2018-BLDPRO).
- (24) Em 03.05.2018, o Senador Rodrigues Palma foi designado membro titular, pelo Bloco Moderador, em substituição ao Senador Cidinho Santos (Of. 28/2018-BLOMOD).
- (25) Em 06.06.2018, o Senador Wilder Moraes foi designado membro suplente, em substituição ao Senador Davi Alcolumbre, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 17/2018-GLDEM).
- (26) Em 07.08.2018, o Senador José Amauri foi designado membro titular pelo MDB, para compor o colegiado, em substituição ao senador Elmano Ferrer (Of. nº 84/2018-GLPMDB).
- (27) Em 04.09.2018, o Senador Roberto Muniz foi designado membro titular, em substituição ao senador Sérgio Petecão, para compor o colegiado, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista (Of. nº 58/2018-BLDPRO).
- (28) Em 05.09.2018, o Senador Cidinho Santos foi designado membro titular, em substituição ao senador Rodrigues Palma, pelo Bloco Moderador, para compor o colegiado (Of. nº 57/2018-BLOMOD).
- (29) Em 09.10.2018, o Senador Sérgio Petecão foi designado membro titular pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, em substituição ao Senador Roberto Muniz (Of. 60/2018-BLDPRO).
- (30) Em 08.11.2018, vago em virtude do retorno do Senador Elmano Férrer, titular do mandato (Of. s/n).
- (31) Em 12.11.2018, o Senador Elmano Férrer foi designado membro titular pelo MDB, para compor o colegiado (Of. nº 113/2018-GLPMDB).

REUNIÕES ORDINÁRIAS: QUARTAS-FEIRAS 9:00 HORAS
SECRETÁRIO(A): PATRICIA DE LURDES MOTTA DE OLIVEIRA E
OLIVEIRA
TELEFONE-SECRETARIA: 61 33034608
FAX:

TELEFONE - SALA DE REUNIÕES: 61 33034608
E-MAIL: cas@senado.gov.br



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA

4ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA
55ª LEGISLATURA

Em 5 de dezembro de 2018
(quarta-feira)
às 09h

PAUTA
45ª Reunião, Extraordinária

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

1ª PARTE	Deliberativa
2ª PARTE	Avaliação de Política Pública do Poder Executivo em 2018 (Artigo 96-B do RISF)
Local	Anexo II, Ala Senador Alexandre Costa, Plenário nº 9

Retificações:

1. Item 12 - Inclusão de Relatório (03/12/2018 16:36)
2. 2ª Parte - Relatório final da Avaliação de Política Pública em 2018 (04/12/2018 19:46)

1ª PARTE**PAUTA****ITEM 1****PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 37, de 2018****- Não Terminativo -**

Institui o Mês de Prevenção das Doenças do Coração no Brasil.

Autoria: Deputado Alfredo Nascimento

Relatoria: Senador Ciro Nogueira

Relatório: Pela rejeição do Projeto.

Observações:

- A matéria vai ao Plenário do Senado Federal para prosseguimento da tramitação.
- Votação simbólica.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 2**OFÍCIO "S" Nº 19, de 2018****- Não Terminativo -**

Encaminha, em cumprimento ao § 2º do art. 23 da Lei nº 13.303, de 30 junho de 2016 (Lei das Estatais), o relatório demonstrando o atendimento das metas e resultados na execução do Plano de Negócios de 2017 do HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A., o qual foi aprovado pelo Conselho de Administração em Reunião Extraordinária realizada em 23 de fevereiro de 2018.

Autoria: Grupo Hospitalar Conceição

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pelo conhecimento e arquivamento do Ofício "S" nº 19, 2018.

Observações:

- Votação simbólica.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 3**TRAMITAÇÃO CONJUNTA****PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 118, de 2011****- Terminativo -**

Acrescenta o art. 431-A à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e altera o caput do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o preenchimento de quotas para pessoas com deficiência.

Autoria: Senador Ciro Nogueira

Textos da pauta:[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)[Avulso inicial da matéria](#)[Legislação citada](#)[Parecer \(CDH\)\)](#)**TRAMITA EM CONJUNTO****PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 234, de 2012****- Terminativo -**

Dispõe sobre o preenchimento de cotas pelos beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, de que trata o artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Autoria: Senador Benedito de Lira

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pela rejeição dos Projetos de Lei do Senado nº 118, de 2011 e nº 234, de 2012, que tramitam em conjunto.

Observações:

- *Em 31.05.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.*
- *Em 05.10.2016, a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa aprovou parecer contrário ao Projeto de Lei do Senado nº 118, de 2011 e ao Projeto de Lei do Senado nº 234, de 2012, que tramitam em conjunto.*
- *Votação Nominal.*

Textos da pauta:[Avulso inicial da matéria](#)**ITEM 4****PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 332, de 2013****- Terminativo -**

Torna obrigatória a aferição, a comunicação aos órgãos de vigilância sanitária e a divulgação de indicadores de avaliação das unidades de terapia intensiva públicas e privadas.

Autoria: Senadora Lúcia Vânia

Relatoria: Senador Sérgio Petecão

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta.

Observações:

- *Em 09.05.2018, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.*
- *Nos termos do artigo 282, combinado com o artigo 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o Substitutivo será ele submetido a Turno Suplementar.*
- *Votação nominal.*

Textos da pauta:[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)[Avulso inicial da matéria](#)**ITEM 5****PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 525, de 2013****- 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 vedar que o prestador de serviço e o profissional

de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.

Autoria: Senador Pedro Taques

Relatoria: Senador Valdir Raupp

Relatório: Pela rejeição do Projeto.

Observações:

- Em 18.04.2018, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Em 19.05.2015, a Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle aprovou Parecer favorável ao Projeto.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

[Parecer \(CMA\)\)](#)

ITEM 6

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 282, de 2016

- Terminativo -

Modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.

Autoria: Senadora Marta Suplicy

Relatoria: Senador José Pimentel

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 13.06.2018, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais pela Relatora "ad hoc" Senadora Ana Amélia, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Em 25.04.2018, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer favorável ao Projeto.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

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

[Parecer \(CCJ\)\)](#)

ITEM 7

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 299, de 2016

- Terminativo -

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.

Autoria: Senador Telmário Mota

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pela aprovação do Projeto e pela rejeição da Emenda nº 1-T.

Observações:

- Em 18.04.2018, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Em 10.08.2016, durante o prazo regimental, a Senadora Ana Amélia apresentou a Emenda nº 1-T.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Emenda \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 8**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 350, de 2016****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências, para obrigar que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com o potencial de desencadear reações alérgicas.

Autoria: Senador Wellington Fagundes

Relatoria: Senador Eduardo Amorim

Relatório: Pela rejeição do Projeto.

Observações:

- Em 25.04.2018, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Em 30.08.2017, a Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor aprovou Parecer contrário ao Projeto.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)
[Parecer \(CTFC\)\)](#)

ITEM 9**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 8, de 2018****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para revogar o seu art. 18, que dispõe sobre as condições para o registro de medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira.

Autoria: Senadora Ana Amélia

Relatoria: Senador Armando Monteiro

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 17.10.2018, lido o Relatório, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 10

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 107, de 2018**- Terminativo -**

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, com o objetivo de facilitar o acesso a procedimentos laqueaduras e vasectomias.

Autoria: Senador Randolfe Rodrigues

Relatoria: Senadora Marta Suplicy

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 06.06.2018, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 11**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 140, de 2017****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Autoria: Senador Dário Berger

Relatoria: Senadora Lídice da Mata

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda nº 1-CCJ.

Observações:

- Em 30.05.2018, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer favorável ao Projeto com a Emenda nº 1-CCJ.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Parecer \(CCJ\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 12**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 138, de 2017****- Terminativo -**

Altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.

Autoria: Senador Armando Monteiro

Relatoria: Senador Jorge Viana

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das 2 (duas) Emendas que apresenta.

Observações:

- Em 28.11.2018, a Comissão de Relações Exteriores aprova Parecer favorável ao Projeto.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)
[Parecer \(CRE\)](#)

2ª PARTE**Avaliação de Política Pública do Poder Executivo em 2018 (Artigo 96-B do RISF)****Finalidade:**

Discussão e votação do Relatório da "Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS".

- RAS 2/2018.
- Relatoria: Senador Dalírio Beber.
- Pendente de Relatório.
- Em 23.05.2018, foi aprovado o Plano de Trabalho apresentado pelo Relator.
- Em 06.06.2018, foram solicitadas informações aos Ministros de Estado da Saúde e da Fazenda, nos termos dos incisos IX e XIII, do art. 90 do Regimento Interno do Senado Federal, para instruir a avaliação da Política Pública.
- Em 26.06.2018, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiência Pública para instrução da matéria.
- Votação simbólica.

Anexos da Pauta

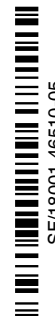
[Relatório Final](#)
[RAS 2, de 2018](#)

1ª PARTE - DELIBERATIVA

1

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS,
sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 37, de 2018
(nº 5.102, de 2016, na Casa de origem), do
Deputado Alfredo Nascimento, que *institui o Mês
de Prevenção das Doenças do Coração no Brasil*.



Relator: Senador **CIRO NOGUEIRA**

I – RELATÓRIO

Vem à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 37, de 2018 (Projeto de Lei nº 5.102, de 2016, na origem), de autoria do Deputado Alfredo Nascimento, que propõe seja instituído o Mês de Prevenção das Doenças do Coração no Brasil, a ser celebrado, anualmente, no mês de setembro.

A proposição consta de quatro dispositivos: o art. 1º institui a referida efeméride, os arts. 2º e 3º estabelecem que durante o mês de setembro sejam realizadas campanhas alertando sobre os perigos da doença, bem como que o Poder Executivo celebre convênios para a realização dos eventos. Por fim, no art. 4º, consta a cláusula de vigência, a qual propõe que a futura Lei entre em vigor na data de sua publicação.

Em sua justificção, o autor da matéria esclarece que a escolha do mês de setembro se deve ao fato de o Dia Mundial do Coração ser comemorado no dia 29 de setembro. O autor também argumenta que “o projeto pretende que seja feita grande divulgação dos perigos da doença do coração e evitar possíveis ataques, nos mesmos moldes do que é feito para o câncer de mama, cuja campanha é feita em outubro (Outubro Rosa) e o câncer de próstata, cuja campanha é em novembro (Novembro Azul)”.

Na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 5.102, de 2016, foi aprovado pelas Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

No Senado Federal, o PLC nº 37, de 2018, foi distribuído para a apreciação exclusiva da Comissão de Assuntos Sociais. Após a análise da CAS, a matéria segue para a decisão do Plenário.

Não foram apresentadas emendas à proposição.

II – ANÁLISE

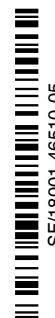
Nos termos do art. 100, inciso II, do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CAS opinar sobre matérias que versem sobre proteção e defesa da saúde, caso do projeto de lei em análise.

Com efeito, não se pode negar o mérito da iniciativa, pois, como bem enfatiza o autor da matéria, “a prevenção é a ferramenta mais importante que temos quando se trata de saúde”. Dessa forma, considera o autor, é preciso promover campanhas que tenham como foco “a conscientização da população quanto à presença e importância dos fatores de riscos cardiovasculares e as formas para se prevenir de um possível ataque cardíaco. Chamar atenção, informar e alertar de diversas maneiras, com a ajuda de todos, seja governo, comunidades, público em geral”.

Cumprе enfatizar, contudo, que o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 37, de 2018, ora em análise, que propõe a instituição do “Mês de Prevenção das Doenças do Coração”, foi apresentado, na Casa de origem, sem que tivessem sido realizadas consultas e/ou audiências públicas com organizações e associações legalmente reconhecidas e vinculadas aos segmentos interessados, conforme determina a Lei nº 12.345, de 09 de dezembro 2010, que “fixa critérios para a instituição de datas comemorativas”.

Com efeito, a apresentação de proposição legislativa para a instituição de efemérides está regulamentada pela Lei nº 12.345, de 9 de dezembro de 2010.

De acordo com essa lei, “a instituição de datas comemorativas destinadas a vigorar no território nacional obedecerá ao critério da alta significação para os diferentes segmentos profissionais, políticos, religiosos, culturais e étnicos que compõem a sociedade brasileira” (art. 1º). A definição do critério de alta significação, de acordo com o art. 2º dessa norma legal, “será dada, em cada caso, por meio de consultas e audiências públicas realizadas, e devidamente documentadas, com organizações e associações legalmente reconhecidas e vinculadas aos setores interessados”.



A referida Lei também exige, no art. 3º, que “a abertura e os resultados das consultas e audiências públicas para a definição do critério de alta significação serão objeto de ampla divulgação pelos meios oficiais, facultando-se a participação dos veículos de comunicação social privados”. Estabelece, por fim, no art. 4º, que “a instituição de data comemorativa seja proposta por meio de projeto de lei acompanhado de comprovação da realização das mencionadas consultas ou audiências públicas”.

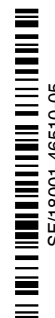
Ademais, em atendimento a requerimento da Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) para que se pronunciasse a respeito do assunto, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) declarou, no Parecer nº 219, de 2012, que “a Lei nº 12.345, de 2010, é constitucional, e seus critérios e procedimentos devem balizar a aprovação dos projetos de lei específicos que instituem datas comemorativas”. Entendeu aquele colegiado, também, que, “a partir da data da publicação da Lei nº 12.345, de 2010, deve ser rejeitado, por incompatibilidade com o ordenamento jurídico nacional, o projeto de lei que institua data comemorativa sem ter atendido os critérios nela estabelecidos”.

Dessa forma, concluiu a CCJ, “os projetos de lei que instituem datas comemorativas apresentados desde a publicação da Lei nº 12.345, de 2010, devem se sujeitar aos requisitos procedimentais nela estabelecidos (arts. 2º a 4º) para que tramitem regularmente”.

Todavia, em relação à proposição em epígrafe, repara-se, que, na Casa de origem, a matéria não foi distribuída para a apreciação da Comissão de Cultura (CCULT), que, nos termos do art. 32, inciso XXI, alínea “f”, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, é a comissão permanente competente para opinar sobre matérias que versem sobre datas comemorativas e, conseqüentemente, que observa regularmente o devido cumprimento das exigências contidas na Lei nº 12.345, de 2010.

Com efeito, observa-se que, naquela Casa, a matéria foi distribuída apenas para a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), que se ateve a apreciar o mérito da iniciativa sob a ótica de políticas para a saúde; e para a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), a qual, por sua vez, limitou-se a observar, de forma genérica, a constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa da proposição.

Nesse contexto, no caso do PLC nº 37, de 2018, impende à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, por ser a única comissão permanente a se pronunciar nesta Casa, suscitar o vício de injuridicidade em que incorre o projeto.



SF/18001.46510-05

Cabe destacar, mais uma vez, que, em seu Parecer sobre o tema, a CCJ determinou que, a partir da data da publicação da Lei nº 12.345, de 2010, projeto de lei que proponha a instituição de data comemorativa sem que tenha demonstrado o adimplemento dos requisitos postos naquele diploma legal não deverá ser sequer admitido a tramitar. Admitida, por hipótese, a tramitação, o projeto de lei deverá ser rejeitado, por incompatibilidade com o ordenamento jurídico nacional.

Desde a aprovação da Lei nº 12.345, de 2010, diversas matérias que tramitaram no Congresso foram rejeitadas, arquivadas ou devolvidas ao autor em decorrência do não cumprimento das determinações daquela norma legal. A adoção dessas medidas tem evitado o uso abusivo das proposições destinadas a homenagens, que congestionam a atividade legislativa e distorcem a atuação e o papel precípuos do Parlamento.

Diante disso, em cumprimento às determinações da Lei nº 12.345, de 2010, bem como às orientações constantes no Parecer nº 219, de 2012, da Comissão de Constituição e Justiça do Senado Federal, a proposição ora em análise deve ser rejeitada, por incompatibilidade com o ordenamento jurídico nacional.

Cabe ponderar, todavia, que, por seu inegável mérito, a matéria poderá ser reapresentada, desta vez de acordo com as determinações da Lei nº 12.345, de 2010, e ser facilmente aprovada pelo Congresso Nacional.

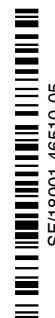
III – VOTO

Diante do exposto, o voto é pela **rejeição** do projeto de Lei da Câmara nº 37, de 2018.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/18001.46510-05



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 37, DE 2018

(nº 5.102/2016, na Câmara dos Deputados)

Institui o Mês de Prevenção das Doenças do Coração no Brasil.

AUTORIA: Câmara dos Deputados

DOCUMENTOS:

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

- [Projeto original](#)

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1452919&filename=PL-5102-2016



[Página da matéria](#)

Institui o Mês de Prevenção das Doenças do Coração no Brasil.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica instituído, em âmbito nacional, o Mês de Prevenção das Doenças do Coração, a ser comemorado no mês de setembro.

Art. 2º No mês de setembro serão feitas campanhas, com uso de todas as formas de divulgação, que deverão alertar as pessoas sobre os perigos das doenças do coração e sugerir que façam uma avaliação cardiológica.

Art. 3º Para a realização dos eventos de que trata o art. 2º desta Lei, o Poder Executivo poderá celebrar convênios a fim de oferecer exames essenciais à população.

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

CÂMARA DOS DEPUTADOS, de abril de 2018.

RODRIGO MAIA
Presidente

1ª PARTE - DELIBERATIVA

2



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Ofício “S” nº 19, de 2018 (Ofício nº 470, de 2018, na origem), do Grupo Hospitalar Conceição, que *encaminha, em cumprimento ao § 2º do art. 23 da Lei nº 13.303, de 30 junho de 2016 (Lei das Estatais), o relatório demonstrando o atendimento das metas e resultados na execução do Plano de Negócios de 2017 do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., o qual foi aprovado pelo Conselho de Administração em Reunião Extraordinária realizada em 23 de fevereiro de 2018.*



Relator: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Vem à análise desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Ofício “S” nº 19, de 2018 (Ofício nº 470, de 2018, na origem), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que encaminha relatório demonstrativo de atendimento de metas e resultados na execução do Plano de Negócios de 2017, do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

O envio da matéria à apreciação do Senado Federal está fundamentado no § 2º do art. 23 da Lei nº 13.303, de 30 junho de 2016 (Lei das Estatais), que *dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.*

O relatório que acompanha o ofício apresenta, de forma gráfica, a evolução mensal dos seguintes indicadores, referentes aos anos de 2016 e 2017,

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador PAULO PAIM

mensurados para a verificação do cumprimento de metas: absenteísmo, percentual de contratos mapeados, percentual de economia na revisão dos contratos de locação de equipamentos, número de consultas realizadas, número de cirurgias, número de partos realizados, tempo de permanência hospitalar, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, número de horas extras e percentual acumulado da execução orçamentária ao longo do ano.

No documento são apresentados, também, os resultados de acompanhamento de oito objetivos estratégicos, 43 iniciativas estratégicas, 168 ações e 627 atividades do planejamento estratégico do GHC.

A matéria foi distribuída unicamente à apreciação da CAS.

II – ANÁLISE

Compete à CAS apreciar matérias relativas à proteção e à defesa da saúde e às competências do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme dispõe o inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal. Por conseguinte, a matéria sob análise tem pertinência temática com esta Comissão.

A esse respeito, a Lei nº 13.303, de 2016, determina em seu art. 23, § 2º, que o conselho de administração das empresas públicas, sociedades de economia mista e suas subsidiárias deve analisar, anualmente, as metas e os resultados do plano de negócios e da estratégia de longo prazo dessas estatais e informar o Congresso Nacional, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal ou as Câmaras Municipais e os respectivos tribunais de contas, quando houver.

No âmbito da União, o regulamento da referida lei – Decreto nº 8.945, de 27 de dezembro de 2016 – repete o mesmo comando legal, estabelecendo em seu art. 37, § 3º, que as conclusões da avaliação das metas das estatais devem ser informadas ao Congresso Nacional e ao Tribunal de Contas da União.

No caso em tela, cumpre ressaltar que o Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. (HNSC) é uma empresa pública, com personalidade de direito privado, sob controle acionário integral da União.



SF/18620.17579-85

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador PAULO PAIM

As demais unidades de saúde geridas pelo Grupo Hospitalar Conceição (GNC) – Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmea, a Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, além de doze unidades básicas do Serviço de Saúde Comunitária, de três Centros de Atenção Psicossocial e da Escola GHC – são todas filiais do HNSC, entidade da administração pública federal indireta, vinculada ao Ministério da Saúde, de acordo com o disposto no artigo 146 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990. Todos esses serviços de saúde estão localizados no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul.

Dessa forma, o HNSC está sujeito às disposições da Lei nº 13.303, de 2016, e também à Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 (Lei das Sociedades Anônimas).

Por essas razões, o Conselho de Administração do HNSC demonstra obediência à determinação legal retromencionada, ao enviar relatório com a descrição e a evolução temporal de indicadores que mensuram a qualidade das atividades ali desenvolvidas, bem como as conclusões da análise de atendimento das metas e alcance de resultados na execução do plano de negócios e da estratégia de longo prazo. Ao analisar esse relatório, nota-se que em apenas dois indicadores houve descumprimento da meta: no número de consultas realizadas em fevereiro de 2017, explicando-se que esse resultado se deu em virtude de “sazonalidade por conta do número de dias úteis” daquele mês; e no número de partos realizados, que esteve abaixo da meta mensal por várias vezes, fato justificado pela menor demanda espontânea de partos. Ademais, os resultados medidos apontam 85% dos indicadores com status “ótimo” ou “bom”.

No entanto, ainda que a Lei das Estatais estabeleça regras gerais para a fiscalização e controle das empresas públicas, sociedades de economia mista e de suas subsidiárias, existem também leis específicas que tratam do controle social no âmbito do SUS, estrutura à qual pertence o HNSC.

São elas: a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Lei Complementar (LCP) nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que definem como instâncias de controle do SUS o Conselho de Saúde e o Poder Legislativo, que pode ser auxiliado pelos respectivos Tribunais de Contas nessa tarefa.



SF/18620.17579-85

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador PAULO PAIM

O SUS obedece às diretrizes de descentralização das ações e de direção única em cada esfera de governo (art. 198, inciso I, da Constituição Federal), de tal modo que o controle e a fiscalização de suas atividades é feita também de maneira descentralizada, pelas instituições de controle locais, cada qual em seu respectivo território de atuação.

Dessa forma, ainda que o HNSC tenha sido constituído como empresa pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, suas atividades estão voltadas principalmente para a população da região metropolitana de Porto Alegre, de tal modo que as ações de seu conselho de administração devem ser controladas e fiscalizadas pelo Poder Legislativo daquele município.

Assim, ao tomarmos ciência do relatório demonstrativo de atendimento de metas e resultados na execução do Plano de Negócios de 2017 do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., concluímos que o GHC, nesta oportunidade, buscou cumprir com suas obrigações.

A despeito disso, manifestamos o nosso entendimento de que os relatórios vindouros devem ser encaminhados para análise da Câmara Municipal de Porto Alegre (e do Conselho de Saúde daquele município) e não mais ao Congresso Nacional.

Esclarecemos ainda que, segundo o art. 411 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), o Senado está impossibilitado de encaminhar à Câmara dos Deputados ou a outro órgão do poder público petições, memoriais, representações ou outros documentos que tenha recebido por seu Serviço de Protocolo. Por isso, esta Casa não pode enviar o relatório conhecido às instituições municipais antes mencionadas.

Adicionalmente, consideramos pertinente, de acordo com a alínea *d* do inciso V do art. 133 do Risf, orientar que o teor deste parecer, por meio de ofício, seja encaminhado ao GHC, autor do relatório de que ora tomamos ciência.

III – VOTO

Com base no exposto, o voto é pelo **arquivamento** do Ofício “S” nº 19, de 2018, e pelo encaminhamento de ofício à Diretoria do Grupo



SF/18620.17579-85



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM

Hospitalar Conceição para comunicar o entendimento desta Casa acerca do encaminhamento futuro destes relatórios à Câmara Municipal e ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

Senador Paulo Paim
PT/RS





SENADO FEDERAL

OFÍCIO "S" Nº 19, DE 2018

Encaminha, em cumprimento ao § 2º do art. 23 da Lei nº 13.303, de 30 junho de 2016 (Lei das Estatais), o relatório demonstrando o atendimento das metas e resultados na execução do Plano de Negócios de 2017 do HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A., o qual foi aprovado pelo Conselho de Administração em Reunião Extraordinária realizada em 23 de fevereiro de 2018.

AUTORIA: Grupo Hospitalar Conceição

DOCUMENTOS:

- [Texto do ofício](#)

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais



[Página da matéria](#)

	GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO			
	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO HOSPITAL CRISTO REDENTOR HOSPITAL FEMINA	CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 696 CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653 CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20 CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17		F(51) 3357 2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200 F(51) 3357 2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250 F(51) 3357 4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000 F(51) 3314 5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001
	Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90			

GHC-DIRET.470/18

Porto Alegre, 07 de maio de 2018.

Ilmo. Sr.
 Dr. Eunício Lopes de Oliveira
 M.D. Presidente do Senado Federal
 Brasília – DF

Senhor Presidente,

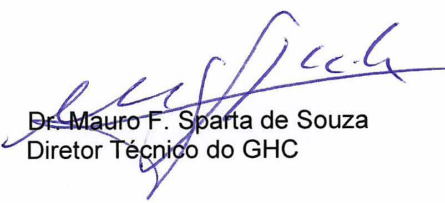
Em cumprimento ao disposto na Lei nº 13.303/16 e no Decreto nº 8.945/16, encaminhamos a V.Sa. Relatório demonstrando o atendimento das metas e resultados na execução do Plano de Negócios de 2017 do HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A., o qual foi aprovado pelo Conselho de Administração em Reunião Extraordinária realizada em 23 de fevereiro de 2018.

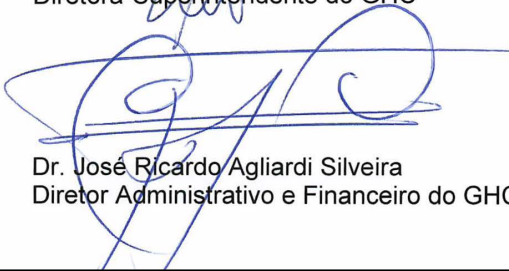
*“Art. 37....§ 3º - Compete ao Conselho de Administração da empresa, se houver, ou de sua controladora, sob pena de seus integrantes responderem por omissão, promover anualmente análise quanto ao atendimento das metas e dos resultados na execução do plano de negócios e da estratégia de longo prazo, devendo publicar suas conclusões e informá-las ao **Congresso Nacional** e ao Tribunal de Contas da União.” (grifo nosso)*

Colocando-nos à disposição de V.Sa. para quaisquer esclarecimentos complementares que entender necessários, subscrevemo-nos


Cordialmente,


 Dra. Adriana Denise Acker
 Diretora-Superintendente do GHC


 Dr. Mauro F. Sparta de Souza
 Diretor Técnico do GHC


 Dr. José Ricardo Agliardi Silveira
 Diretor Administrativo e Financeiro do GHC

Recebido em 09 / 09 / 18
 Hora: 12 : 50



2017

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Conselho de Administração

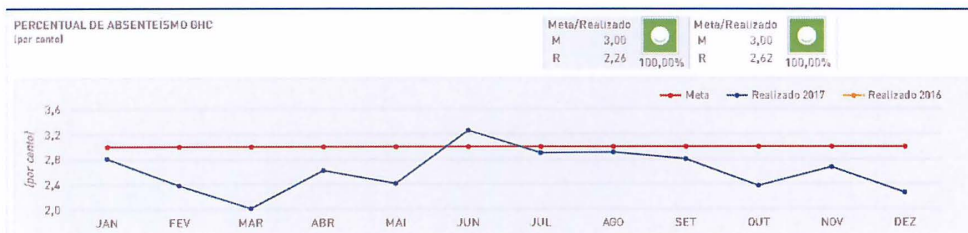
[Atendimento das metas e resultados na execução do Plano de Negócio]

O Conselho de Administração do Grupo Hospitalar Conceição apresenta os Resultados do Plano de Negócio e Execução das Metas dessa instituição conforme prevê a Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016.

O Conselho de Administração do GHC aprovou em 2016 o Planejamento Estratégico 2017 - 2022 da instituição e monitorou seus resultados e indicadores semestralmente.

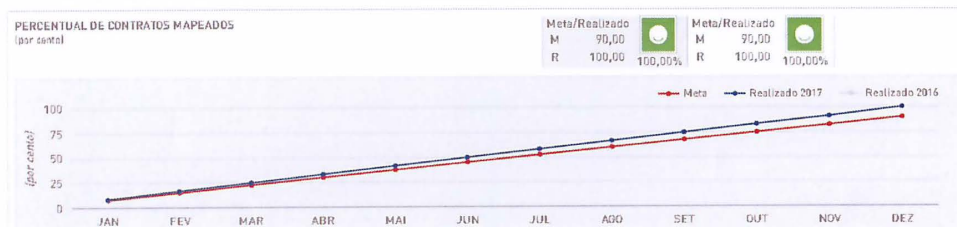
Acompanhamos os indicadores macro do Grupo Hospitalar Conceição a saber:

► Percentual de absenteísmo;



O percentual de absenteísmo do GHC manteve desempenho satisfatório no exercício 2017, apresentando 100% de atingimento da meta.

► Percentual de contratos mapeados;



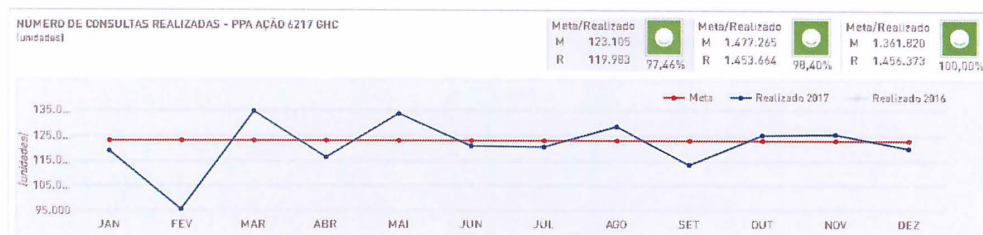
Os resultados do indicador de percentual de contratos mapeados no ano de 2017 foram cumpridos de acordo com a meta estabelecida.

► Percentual de economia na revisão dos contratos de locação de equipamentos com fornecimento de insumos químicos;



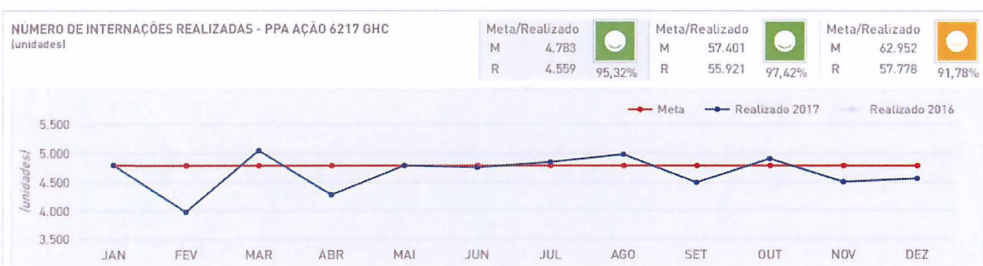
Os resultados deste indicador mantiveram-se com desempenho satisfatório no exercício 2017, apresentando atingimento de 100% da meta.

► Número de consultas realizadas - PPA ação 6217;



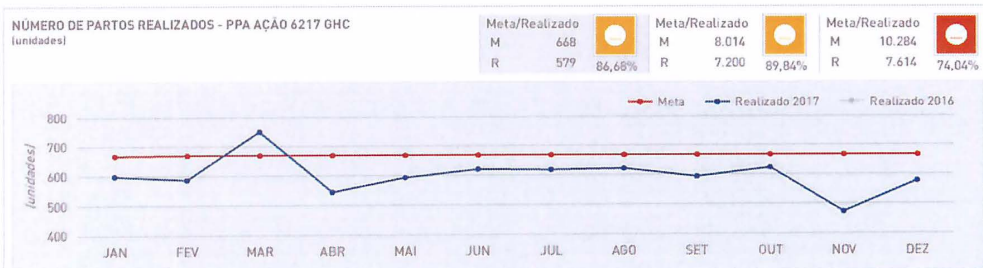
O desempenho do indicador número de consultas realizadas no GHC, em 2017, obteve resultado satisfatório, exceto no mês de fevereiro onde há sazonalidade por conta do número de dias úteis.

► Número de cirurgias realizadas - PPA ação 6217;



Os resultados do indicador número de cirurgias realizadas, no ano de 2017, foram cumpridos de acordo com a meta estabelecida.

► Número de partos realizados - PPA ação 6217;



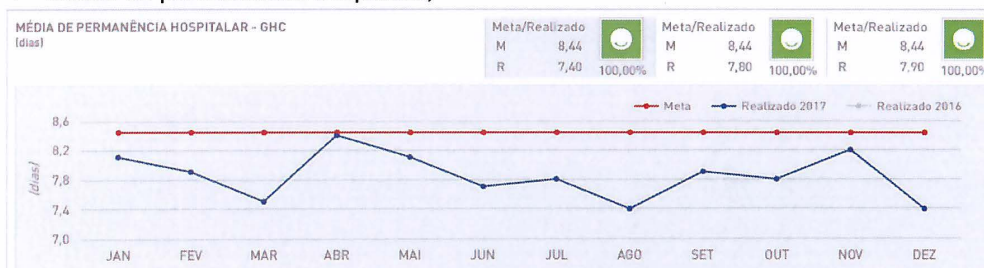
O referido indicador está associado a resultados que dependem de demanda espontânea. Observa-se que as demais maternidades, de Porto Alegre ou da Região Metropolitana, estão absorvendo o parto habitual e encaminhando as gestantes de alto risco para maternidades que são referência ao Alto Risco. Este fator refletiu na taxa de cesariana, na superlotação da enfermaria de alto risco e UTI Neonatal. Este aumento tem sido atribuído, na literatura, à maior complexidade dos casos, à idade materna avançada, obesidade, hipertensão, dentre outros.

Segundo o IBGE, o Rio Grande do Sul demonstra as menores taxas de natalidade do país (11,6).

A taxa de fecundidade no Rio Grande do Sul também é a menor do Brasil. A redução do número de partos no GHC é esperada, em virtude dos indicadores citados.

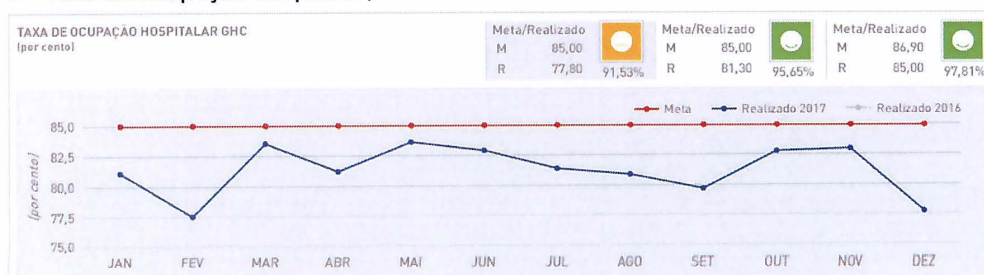
É importante destacar o efeito da sazonalidade dos nascimentos que ocorre nos Estados do Sul do país, pois os dados do Ministério da Saúde, de 2013 a 2016, demonstram uma queda significativa entre os meses de março a novembro, do referido período.

► Média de permanência hospitalar;



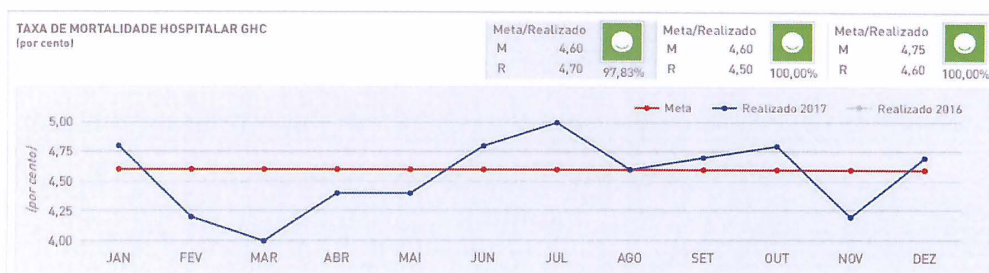
Os resultados referentes à média de permanência hospitalar no ano de 2017 demonstraram eficiência na gestão de leitos da instituição, apresentando 100% de atingimento da meta.

► Taxa de ocupação hospitalar;



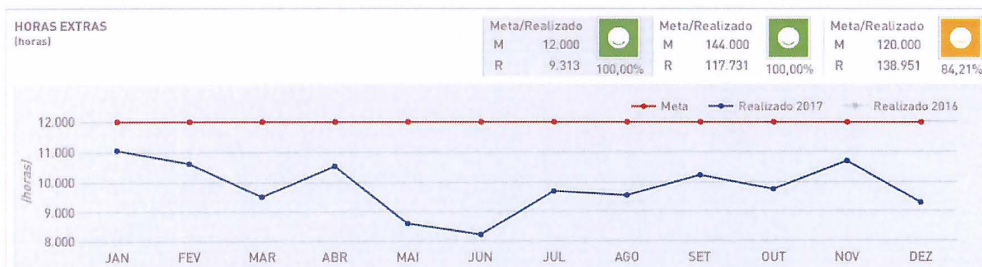
Os resultados referentes à taxa de ocupação hospitalar do ano de 2017 foram cumpridos de acordo com a meta estabelecida.

► Taxa de mortalidade hospitalar;



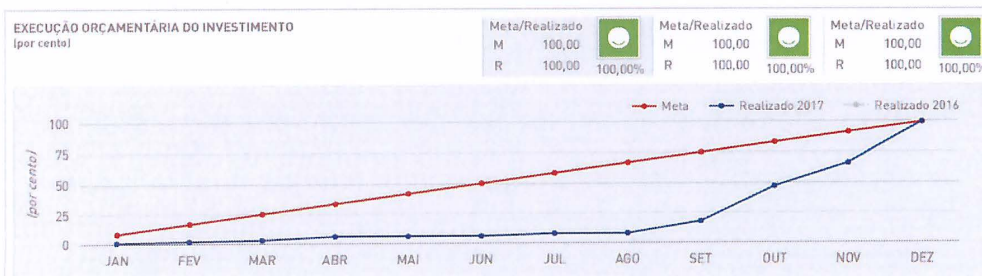
Os resultados do indicador de taxa de mortalidade hospitalar obtiveram, em 2017, resultados dentro da meta estabelecida.

► Horas extras;



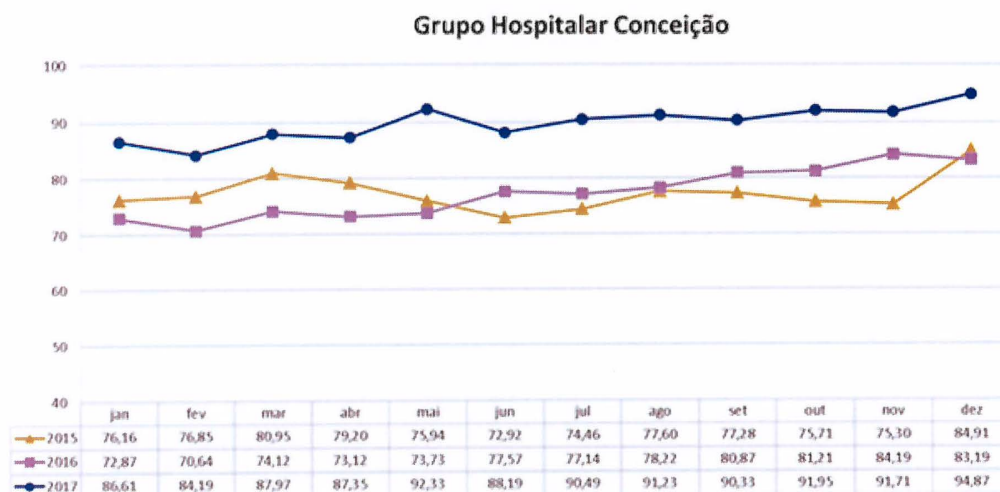
Os resultados do indicador horas extras mantiveram-se com desempenho satisfatório no exercício 2017, apresentando 100% de atingimento da meta.

► Execução orçamentária do investimento;



Em virtude da análise do primeiro trimestre de 2017, a Diretoria juntamente com as Gerências envolvidas no processo (Financeira, Engenharia e Patrimônio, Licitações e Materiais) realizou monitoramento sistemático da execução do orçamento para investimentos, visando maior agilidade nas conclusões dos projetos e nas descrições das especificações técnicas para a compra dos equipamentos autorizados pela Diretoria ao PI - Plano de Desenvolvimento o que possibilitou a execução do orçamento dentro do cronograma previsto.

No exercício 2017, além dos indicadores acompanhados por este conselho conforme apresentamos anteriormente o Grupo Hospitalar Conceição acompanhou 142 indicadores em suas 25 Gerências. Observamos que o GHC obteve o melhor resultado comparando com os dois últimos anos, conforme apresentamos no gráfico abaixo.



Demonstramos abaixo as Iniciativas Estratégicas classificadas de acordo com o grau de exposição ao Risco:

1 - Qualificar as redes de atenção	Qualificar a Assistência Domiciliar	Risco Médio
	Qualificar a vigilância e a atenção à saúde da pessoa com doença transmissível	Risco Médio
	Qualificar o diagnóstico e tratamento em tempo oportuno à pessoa com câncer	Risco Médio
	Qualificar a Rede Cegonha	Risco Médio
	Qualificar a atenção à saúde da população nas unidades básicas	Risco Médio
	Aperfeiçoar a rede de saúde mental	Risco Baixo
	Qualificar a atenção integral à saúde da pessoa AVC/IAM	Risco Médio
	Aprimorar os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Risco Alto
	Aperfeiçoar as ações voltadas para a segurança do Paciente com trauma e colaboradores	Risco Alto
2 - Consolidar o GHC como centro de excelência em ensino e pesquisa	Reconhecer a Escola GHC como Instituição de Ensino Superior	Risco Médio
	Ofertar cursos técnicos e de pós-graduação para o SUS	Risco Baixo
	Ofertar cursos de qualificação para trabalhadores do GHC	Risco Baixo
	Instituir Linha de Pesquisa	Risco Baixo
	Estudar Fundação Pública de Direito Privado	Risco Baixo

3 - Adequar a estrutura física à intenção Estratégica	Atender às exigências dos órgãos de fiscalização	Risco Médio
	Adequar a estrutura física das áreas de apoio	Risco Baixo
	Adequar a estrutura física das áreas assistenciais	Risco Alto
	Qualificar a gestão de energia elétrica do HNSC e HCC	Risco Médio
	Construir Centros de Diagnóstico, Terapia e Apoio Técnico	Risco Alto
4 - Fortalecer as práticas de gestão e de governança	Racionalizar despesas e custos	Risco Alto
	Acompanhamento físico e financeiro da Contratualização e físico do PPA	Risco Alto
	Institucionalizar a cultura do Planejamento Estratégico	Risco Baixo
	Qualificar a gestão do processo de abastecimento e distribuição	Risco Médio
	Instituir programa de integridade em conformidade com a Comissão Interministerial de Governança Corporativa e Lei nº 12.846	Risco Alto
	Instituir Comitês conforme normativos aplicáveis e boas práticas de Governança	Risco Médio
5 - Atualizar e qualificar a tecnologia da informação	Adequar os normativos internos a legislação vigente e boas práticas de Governança	Risco Alto
	Planejar, implementar e manter práticas de Governança em TI	Risco Médio

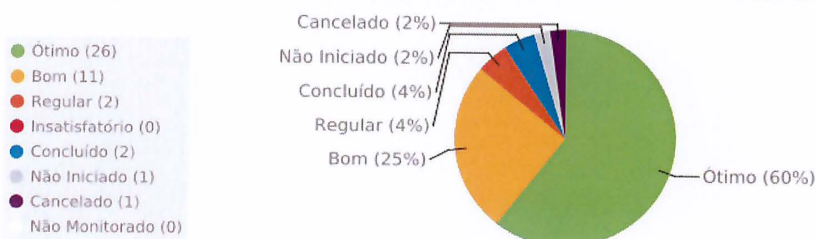


6 - Fortalecer as práticas de Gestão das Pessoas através do desenvolvimento das lideranças	Reavaliar o Quadro de Lotação e dimensionamento com validação in loco	Risco Médio
	Implementar Plano de Desenvolvimento Institucional focado na capacitação permanente dos Gestores e Trabalhadores	Risco Baixo
	Qualificar a avaliação de desempenho	Risco Médio
	Qualificar a Saúde do Trabalhador	Risco Alto
	Acompanhar o cumprimento das determinações do Ministério Público do Trabalho e demais Instituições que tratam da saúde do trabalhador	Risco Alto
	Implementar Benefícios de Previdência Privada e Plano de Demissão Voluntária	Risco Alto
	Implementar e Fortalecer processos e instâncias de Gestão Participativa e Inclusão Social	Risco Baixo
7 - Construir política de comunicação convergente com a intenção estratégica	Atualizar o site institucional	Risco Baixo
	Padronizar a comunicação visual	Risco Baixo

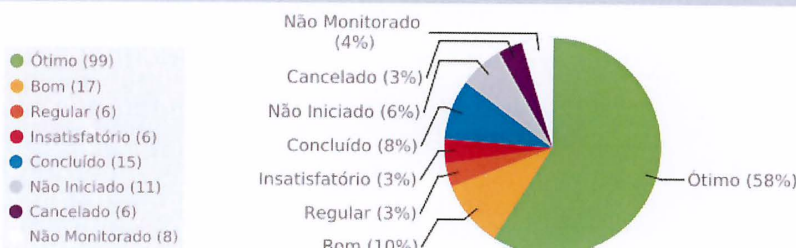
8 - Institucionalizar a gestão de Riscos e Conformidade	Instituir área dedicada à operacionalização da Gestão de Riscos	Risco Médio
	Implementar políticas de Gestão de Riscos	Risco Médio
	Mapear processos críticos identificando riscos e controles	Risco Médio
	Atuar na prevenção de incidentes/eventos adversos	Risco Alto
	Monitorar as infecções relacionadas à assistência em saúde	Risco Médio
	Implantar o Programa de Segurança do Paciente e desenvolvimento de ferramentas de gestão, educação e práticas compartilhadas	Risco Médio
	Prevenir as causas raízes que motivam as ações trabalhistas	Risco Alto

No que se refere ao Planejamento Estratégico da unidade, em 2017 foram acompanhados oito Objetivos Estratégicos, 43 Iniciativas Estratégicas, 168 Ações e 627 atividades. Apresentamos a seguir seus resultados:

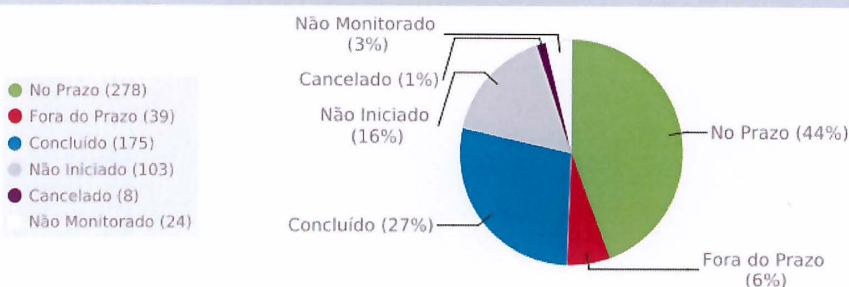
43 INICIATIVAS ESTRATÉGICAS



168 AÇÕES



627 ATIVIDADES















O GHC obteve um resultado de 85% entre status ótimo e bom, seu desempenho foi satisfatório, visto que neste exercício havia o desafio de avançar de forma ágil nos processos relacionados à Lei nº 13.303/16 e Decreto nº 8.945/16, ampliar o escopo da Gestão de Riscos, que até 2016 estava focada nos protocolos preconizados pela Organização Mundial de Saúde, para a Gestão de Riscos corporativa e qualificar a gestão de seus processos assistenciais.
















Anexo I
















Relatório de Monitoramento do Planejamento do GHC
















PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
1 Redes de Atenção	01 Qualificar a Assistência Domiciliar	 08/2017	Sati Jaber Mahmud
	01 Qualificar o pedido de consultoria ao PAD	 08/2017	Sati Jaber Mahmud
	02 Ampliar a capacidade do transporte para as equipes do PAD	 08/2017	Sati Jaber Mahmud
	03 Qualificar e uniformizar as rotinas do atendimento domiciliar	 08/2017	Sati Jaber Mahmud
	04 Adequar RH para criação de EMAP	 05/2017	Sati Jaber Mahmud
	05 Promover sistematicamente atividades de formação para trabalhadores e usuários do PAD	 08/2017	Sati Jaber Mahmud
	06 Avaliação e monitoramento das ações do PAD	 --/--	Sati Jaber Mahmud
	07 Criação do Plano de Acesso Mais Seguro do PAD/GHC	 08/2017	Sati Jaber Mahmud
	08 Criação do protocolo de segurança do paciente em atenção domiciliar	 --/--	Diani de Oliveira Machado
	02 Qualificar a vigilância e a atenção à saúde da pessoa com doença transmissível	 08/2017	Breno Riegel Santos
	01 Qualificar a vigilância epidemiológica do usuário com TB	 08/2017	Patricia Fisch
	02 Qualificar o acompanhamento do tratamento para os usuários com TB após alta hospitalar	 08/2017	Roberto Luiz Targa Ferreira
	03		
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	Implantar identificação precoce do paciente com HIV	 08/2017	Breno Riegel Santos
	04 Qualificar a referência e contra referência para o paciente com HIV	 08/2017	Breno Riegel Santos
	05 Unificar a dispensação de medicamentos para o tratamento de HIV e TB pela Farmácia de Medicamentos Especiais	 08/2017	Karen Magnus Ritt
	03 Qualificar o diagnóstico e tratamento em tempo oportuno à pessoa com câncer	 08/2017	Marcelo Eduardo Zanella Capra
	01 Implantar a vigilância ao câncer	 08/2017	Ivana Rosângela dos Santos Varella
	02 Melhorar a segurança e qualidade na assistência ao paciente com câncer	 08/2017	Marcelo Eduardo Zanella Capra
	03 Implantar sistemática de gestão para tratamento precoce do paciente com câncer	 08/2017	Gustavo Vasconcelos Alves
	04 Qualificar a Rede Cegonha	 08/2017	Paulo Sérgio Mário
	01 Qualificar a segurança do binômio mãe e bebê	 08/2017	Lisete Maria Ambrosi
	02 Qualificar boas práticas na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição	 08/2017	Lisete Maria Ambrosi
	03 Qualificar o atendimento do pré natal de alto risco e medicina fetal do HNSC	 --/--	Paulo Sérgio Mário
	04 Qualificar as boas práticas na maternidade do Hospital Fêmina	 08/2017	Eduardo Neubarth Trindade
	05 Verificar a eficácia da classificação de risco no Hospital da Criança Conceição	 08/2017	Alexandre Ulrich Álvares da Silva
	06 Elaborar protocolos assistenciais do HNSC	 08/2017	Claudio Mesquita Campello
	07 Elaborar protocolos assistenciais do HCC	 08/2017	Alexandre Ulrich Álvares da Silva
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	08 Elaborar protocolos assistenciais do HF	 08/2017	Eduardo Neubarth Trindade
	09 Implantar linha de cuidado do paciente crítico infantil	 08/2017	Alexandre Ulrich Álvares da Silva
	10 Qualificar o acolhimento e classificação de risco nas Unidades do Hospital Nossa Senhora da Conceição	 08/2017	Paulo Sérgio Mário
	11 Compartilhar as boas práticas instituídas com outras Instituições	 08/2017	Paulo Sérgio Mário
05	Qualificar a atenção à saúde da população nas unidades básicas	 08/2017	Landia Maria Araújo Cunha
	01 Organizar o acesso da população de abrangência	 08/2017	Simone Faoro Bertoni
	02 Implementar projeto acesso mais seguro	 08/2017	Elisabeth Susana Wartchow
	03 Realizar levantamento do parque tecnológico do SSC	 08/2017	Victor Nascimento Fontanive
	04 Identificar as necessidades para adequação de Recursos Humanos na GSC/GHC	 08/2017	Simone Faoro Bertoni
	05 Aperfeiçoar e desenvolver ações de saúde e cultura	 08/2017	Simone Faoro Bertoni
06	Aperfeiçoar a rede de saúde mental	 08/2017	Simone Faoro Bertoni
	01 Promover o cuidado compartilhado	 08/2017	Rita Mello de Mello
	02 Fortalecer a Linha de cuidado em Saúde Mental	 08/2017	Simone Faoro Bertoni
07	Qualificar atenção integral à saúde da pessoa AVC/IAM	 08/2017	José Accioly Jobim Fossari
	01 Qualificar a vigilância epidemiológica ao AVC	 08/2017	Rodrigo Targa Martins















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	02 Ampliar acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno ao paciente com AVC	 08/2017	Rodrigo Targa Martins
	03 Garantir o cuidado integral do paciente na Unidade de Internação do AVC	 08/2017	Rodrigo Targa Martins
	04 Qualificar o acesso à reabilitação do paciente com AVC no pós alta hospitalar	 08/2017	João Potrich
	05 Planejar as modificações necessárias no atendimento com AVC grave	 08/2017	Rodrigo Targa Martins
	06 Implantar programa de educação continuada em linha de cuidado ao paciente com AVC	 08/2017	Rodrigo Targa Martins
	07 Qualificar a Linha de Cuidado do IAM	 08/2017	Alfeu Roberto Rombaldi
	08 Implantar protocolo de atendimento ao IAM no GHC	 08/2017	Alfeu Roberto Rombaldi
	09 Qualificar o parque tecnológico para atendimento ao IAM	 08/2017	Alfeu Roberto Rombaldi
	08 Aprimorar os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	 08/2017	Alexandre Tesheiner Bessil
	01 Acompanhar as ações contidas no Plano de Providências do Programa SOS Emergências	 05/2017	Alexandra Kruei
	02 Informatizar a Emergência	 08/2017	Fábio Lantz
	03 Implementar o Sistema Kanban informatizado nas áreas piloto	 08/2017	José Accioly Jobim Fossari
	04 Fortalecer o papel do NIR na gestão de consultas, procedimentos e leitos, com foco na gestão da clínica.	 08/2017	Juliana Weidlich Sommer
	05 Utilizar protocolos clínicos validados pelas equipes assistenciais, baseados em evidências e aprovado pelo NATS.	 08/2017	José Accioly Jobim Fossari
	06 Garantir a qualidade da classificação de risco	 08/2017	Carlos Augusto Descovi
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	07 Buscar junto ao MS a contratação de leitos externos de retaguarda	 --/----	Elisabete Storck Duarte
	08 Fortalecer o modelo assistencial de equipe horizontal multiprofissional na Emergência	 05/2017	Fábio Lantz
	09 Fortalecer trabalho multidisciplinar na instituição	 08/2017	José Accioly Jobim Fossari
	09 Aperfeiçoar as ações voltadas para a segurança do Paciente com trauma e colaboradores	 08/2017	João Potrich
	01 Atualizar parque tecnológico e padronizar atendimento ao paciente vítima de trauma	 08/2017	João Potrich
	02 Implementar Projeto reconhecimento facial ampliando a segurança de pacientes e colaboradores	 08/2017	João Potrich
	03 Disseminar e fortalecer a cultura de segurança do paciente	 08/2017	João Potrich
2 Ensino e Pesquisa	01 Reconhecer a Escola GHC como Instituição de Ensino Superior	 08/2017	Geraldo Pereira Jotz
	01 Credenciar a Escola GHC junto ao MEC	 08/2017	Geraldo Pereira Jotz
	02 Ofertar cursos técnicos e de pós-graduação para o SUS	 08/2017	Geraldo Pereira Jotz
	01 Implantar curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos	 08/2017	Daniel Klug
	02 Implantar curso de Tecnólogo em Gestão Hospitalar	 08/2017	Geraldo Pereira Jotz
	03 Reeditar curso de Especialização em Saúde do Idoso	 --/----	Maximiliano Silva Storch
	04 Implantar curso Técnico em Administração com ênfase em Gestão em Saúde	 05/2017	Bianca da Silva Alves
	05 Implantar curso Técnico em Nutrição	 05/2017	Bianca da Silva Alves

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	06 Capacitar profissionais para implantar protocolos assistenciais	 08/2017	Sérgio Antônio Sirena
	03 Ofertar cursos de qualificação para trabalhadores do GHC	 05/2017	Geraldo Pereira Jotz
	01 Implantar curso de Qualificação em Administração - Ênfase em Gestão em Saúde, destinado a trabalhadores da área administrativa e gestores, na modalidade à distância (EAD)	 05/2017	Silvani Bottlender Severo
	02 Implantar Cursos de Qualificação para Trabalhadores da Enfermagem com ênfase Urgência e Emergência	 05/2017	Suzana Rolim Tambará
	04 Instituir Linha de Pesquisa	 08/2017	Geraldo Pereira Jotz
	01 Instituir diretrizes para as pesquisas institucionais	 08/2017	Sérgio Antônio Sirena
	05 Estudar Fundação Pública de Direito Privado	 08/2017	Geraldo Pereira Jotz
	01 Viabilizar a criação da Fundação Pública de Direito Privado	 08/2017	Abrahão Assen Arus Neto
3 Estrutura Física	01 Atender as exigências dos órgãos de fiscalização	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	01 Acompanhar a execução do Plano de Prevenção e Combate à Incêndio - PPCI da unidade HNSC	 08/2017	Cibele Sangoi Klusener
	02 Acompanhar a execução do Plano de Prevenção e Combate à Incêndio - PPCI da unidade HF	 08/2017	Cibele Sangoi Klusener
	03 Acompanhar a execução do Plano de Prevenção e Combate à Incêndio - PPCI da unidade HCR	 08/2017	Cibele Sangoi Klusener
	04 Acompanhar a execução dos apontamentos do Ministério Público do Trabalho	 08/2017	Juliano Milani
	02 Adequar a estrutura física das áreas de apoio	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	01 Reformar vestiário HNSC e HCC	 08/2017	Evaldo Bidese
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	02 Reforma do Centro Obstétrico do HNSC	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	03 Adequar a estrutura física das áreas assistenciais	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	01 Reformar área do 1º B	 05/2017	João Adoir de Fraga
	02 Adaptar a área da Emergência HNSC	 08/2017	Elsa Maria Toniolo
	03 Adaptar a área do Ambulatório HNSC	 08/2017	Cristina Grigollo
	04 Aumentar o número de leitos internação HCR	 08/2017	Marcos Uchoa Leal
	05 Projeto Hospital Materno Infantil	 08/2017	Alexandre Ulrich Álvares da Silva
	06 Aperfeiçoar a estrutura física das UBS	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	07 Reformar área para Unidade UNIRSE-TB	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	04 Qualificar a gestão de energia elétrica do HNSC e HCC	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	01 Construir a Subestação HNSC	 08/2017	Cláudio Rodrigues Campello
	05 Construir Centros de Diagnóstico, Terapia e Apoio Técnico	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	01 Construir o Centro de Diagnóstico e Terapia do HNSC (prédios 1 e 2)	 08/2017	Terezinha de Fátima Finamor Pinto
	02 Construir o Centro Oncológico do HNSC	 08/2017	Terezinha de Fátima Finamor Pinto
4 Governança	01 Racionalizar despesas e custos	 08/2017	Peter Cassol Silveira
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	01 Revisão da política de contratação de exames clínicos	 08/2017	Peter Cassol Silveira
	02 Revisão de políticas de contratação de equipamentos de laboratório de análise clínica	 08/2017	Peter Cassol Silveira
	03 Revisão de políticas contratação de serviços de ambulância	 08/2017	Celso da Silva Procópio
	04 Revisão de políticas de contratação de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos hospitalares	 08/2017	Peter Cassol Silveira
	05 Revisão de políticas de contratação de mão de obra terceirizada	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	06 Revisão de todos os contratos	 08/2017	Peter Cassol Silveira
02	Acompanhamento físico e financeiro da Contratualização e físico do PPA	 08/2017	Ricardo Soares Almeida
	01 Acompanhar a execução da contratualização pactuada e recebida dos repasse dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde para o Município e GHC	 08/2017	Ricardo Soares Almeida
	02 Viabilizar a captação de novos recursos	 08/2017	Ricardo Soares Almeida
	03 Acompanhar os indicadores previstos na Contratualização	 08/2017	Ricardo Soares Almeida
03	Institucionalizar a cultura do Planejamento Estratégico	 08/2017	Rozelaine Eduardo Ziegelmann
	01 Implementar a sistemática de monitoramento do planejamento estratégico do GHC	 08/2017	Rozelaine Eduardo Ziegelmann
04	Qualificar a gestão do processo de abastecimento e distribuição	 08/2017	Juliano Milani
	01 Implantar a Central de Logística do GHC	 08/2017	Juliano Milani
	02 Adequar postos de enfermagem	 08/2017	Juliano Milani
















OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	03 Adequar o prédio B da central de logística	 08/2017	Isar Perelman Rosenberg
	04 Transferir a área de marcação de consultas, SAME, entrega de exames e entrega de medicamentos do HNSC para o prédio da CELOG	 08/2017	Luisa Vargas Dornelles
	05 Instituir programa de integridade em conformidade com a Comissão Interministerial de Governança Corporativa e Lei nº 12.846	 08/2017	Rozelaine Eduardo Ziegelmann
	01 Disseminar as normas éticas na Instituição	 08/2017	Rozelaine Eduardo Ziegelmann
	02 Instituir Canal de Denúncias	 05/2017	Marco Antônio Fisch
	03 Instituir Políticas de Integridade	 08/2017	Rozelaine Eduardo Ziegelmann
	06 Instituir Comitês conforme normativos aplicáveis e boas práticas de Governança	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros
	01 Formalizar Comitê Estatutário de Elegibilidade	 08/2017	Lilian Souza Strohmeier
	02 Formalizar Comitê de Auditoria	 08/2017	Lilian Souza Strohmeier
	07 Adequar os normativos internos a legislação vigente e boas práticas de Governança	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros
	01 Alterar o Estatuto Social do GHC	 08/2017	Vitto Giancristoforo dos Santos
	01 Planejar, implementar e manter práticas de Governança em TI	 08/2017	Marco Antônio Fisch
5 Tecnologia da Informação	01 Revisão do Plano Estratégico de Tecnologia de Informação - PETI do GHC	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	02 Revisão do Plano Diretor de TI - PDTI do GHC	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	03 Criação de colegiado de nível estratégico de TI previsto na legislação	 08/2017	Marco Antônio Fisch





OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	04 Reestruturação do Colegiado de nível tático de TI	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	05 Elaborar Plano de Investimento e Plano Orçamentário para a TI	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	06 Criar Catálogo de Serviços, sistemas e fluxos	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	07 Implantar a Gestão de Portfólio de Aplicações de TI	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	08 Definição de Processos Críticos	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	09 Criar e divulgar Matriz de Responsabilidades (RACI)	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	10 Formalizar os processos de gestão de serviços internos de TI	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	11 Desenvolver práticas de Gestão de Projetos	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	12 Formalizar os processos de software	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	13 Aperfeiçoar as Políticas de Segurança da Informação	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	14 Mudar Datacenter Secundário (DCS) para a Central de Logística	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	15 Iniciar projeto de armazenamento digital de documentos	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	16 Integrar WMS da CLOG com o software de gestão de materiais do GHC	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	17 Implantar controle de acesso nos hospitais HFE e HNSC	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	18 Implantar o acolhimento virtual nas Emergências do GHC	 08/2017	Marco Antônio Fisch

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	19 Implantar sistema de rastreabilidade até a beira-leito	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	20 Implantar sistema de vigilância da Tuberculose	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	21 Implantar sistema de Prescrição de Enfermagem	 08/2017	Marco Antônio Fisch
	22 Informatizar linha de cuidado do câncer	 08/2017	Marco Antônio Fisch
6 Gestão de Pessoas	01 Reavaliar o Quadro de Lotação e dimensionamento com validação in loco	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	01 Garantir a gestão do quadro de lotação de forma permanente	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	02 Implementar Plano de Desenvolvimento Institucional focado na capacitação permanente dos Gestores e Trabalhadores	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	01 Desenvolver atividades de formação articuladas com o Planejamento Estratégico	 05/2017	José Ricardo Agliardi Silveira
	03 Qualificar a avaliação de desenvolvimento	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	01 Elaborar proposta de Plano de Carreira	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	02 Revisar a Política de Avaliação de Desenvolvimento	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	04 Qualificar a Saúde do Trabalhador	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	01 Realizar ações de prevenção e promoção de saúde nos setores com maior afastamento ou vulnerabilidade aos problemas osteomusculares e de saúde mental	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	02 Organizar a implantação das Brigadas de Incêndio no GHC	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	05 Acompanhar o cumprimento das determinações do Ministério Público do Trabalho e demais Instituições que tratam da saúde do trabalhador	 08/2017	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	01 Instituir cronograma de atividades para o cumprimento das determinações	 05/2017	José Ricardo Agliardi Silveira
	06 Implementar Benefícios de Previdência Privada e Plano de Demissão Voluntária	 --/----	Rodrigo Casagrande Dreyer Pinto
	01 Elaborar Projeto para implantação do Plano de Demissão Voluntária (PDV)	 --/----	Denise Raquel Blauth
	02 Elaborar Projeto de Benefício de Previdência Complementar (PPC)	 --/----	Denise Raquel Blauth
	07 Implementar e Fortalecer processos e instâncias de Gestão Participativa e Inclusão Social	 08/2017	Sandro Roberto Franciscatto
	01 Ampliar e qualificar as condições de funcionamento das diversas formas de participação Cidadã nas unidades do GHC	 08/2017	Rosângela Vianna Bellos
	02 Promoção e qualificação dos programas de Inclusão Social no GHC	 08/2017	Rosângela Vianna Bellos
7 Comunicação	01 Atualizar o site institucional	 05/2017	Andrea Rodrigues de Araújo
	01 Contratação de empresa para fazer o layout e a comunicação com a base de dados	 05/2017	Andrea Rodrigues de Araújo
	02 Padronizar a comunicação visual	 08/2017	Andrea Rodrigues de Araújo
	01 Buscar melhorar a ambiência por meio de campanha interna para redução da poluição sonora e visual e padronização da sinalização	 08/2017	Andrea Rodrigues de Araújo
	02 Padronização das logomarcas nos documentos e apresentações	 05/2017	Andrea Rodrigues de Araújo
8 Gestão de Riscos	01 Instituir área dedicada à operacionalização da Gestão de Riscos	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros
	01 Alterar o Estatuto Social do GHC e incluir as áreas de Gestão de Riscos e Compliance	 08/2017	Vitto Giancristoforo dos Santos
	02 Implementar políticas de Gestão de Riscos	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
01	01 Instituir a Política de Gestão de Riscos (documento com a declaração das intenções e diretrizes gerais do GHC relacionadas à gestão de riscos)	 08/2017	Lilian Souza Strohmeier
	02 Divulgar a Política de Gestão de Riscos	 08/2017	Lilian Souza Strohmeier
	03 Aprimorar o acompanhamento dos planos de ação	 08/2017	Lilian Souza Strohmeier
	03 Mapear processos críticos identificando riscos e controles	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros
	01 Elaborar o mapa de risco do processo de suprimentos de medicamentos e material médico (Projeto Piloto)	 08/2017	Lilian Souza Strohmeier
	02 Elaborar o mapa de risco de processo assistencial de área crítica do SADT	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	03 Elaborar o mapa de risco de processos críticos do Posto 3º I1 do HNSC	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	04 Elaborar o mapa de risco de processos críticos das Unidades de Internação do Posto 4º BI do HNSC	 --/--	Vanessa Menezes Catalan
	05 Elaborar o mapa de risco de processos críticos da Emergência do HCR	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	06 Elaborar o mapa de risco de processos críticos da unidade de Internação da Neurocirurgia 2A do HCR	 --/--	Vanessa Menezes Catalan
02	07 Elaborar o mapa de risco de processos críticos do Banco de Sangue do HFE	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	08 Elaborar o mapa de risco de processos críticos do Centro Obstétrico do HFE	 --/--	Vanessa Menezes Catalan
	09 Elaborar o mapa de risco de processos críticos da UTI neonatal do HCC	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	10 Elaborar o mapa de risco de processos críticos do Bloco Cirúrgico do HCC	 --/--	Vanessa Menezes Catalan
04	Atuar na prevenção de incidentes/eventos adversos	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	01 Revisar os documentos relacionados ao Plano Nacional de Segurança do Paciente	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	02 Aprimorar comunicação entre equipes assistenciais no GHC	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	03 Aprimorar o sistema de monitoramento e de notificação dos incidentes/eventos adversos do GHC	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	04 Sensibilizar os profissionais do GHC sobre os temas relacionados à segurança assistencial	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
05	Monitorar as infecções relacionadas à assistência em saúde	 08/2017	Patrícia Reis Pereira
	01 Realizar atividades para melhoria da adesão à higienização de mãos	 08/2017	Patrícia Reis Pereira
	02 Monitorar higienização do ambiente de unidades assistenciais críticas	 08/2017	Patrícia Reis Pereira
	03 Instituir sistema informatizado para acompanhamento do CIH	 08/2017	Marco Antônio Fisch
06	Prevenir as causas raízes que motivam as ações trabalhistas	 08/2017	Luciano Manini Neuman
	01 Realizar estudo de possibilidade de reconhecimento administrativo nas situações que haja ilegalidade	 08/2017	Gabriela Schardosim Cardoso
	02 Realizar levantamento sobre causas vinculadas a falhas dos processos de trabalho	 08/2017	Denise Raquel Blauth
	03 Controlar o comparecimento das testemunhas	 08/2017	Luciano Manini Neuman
	04 Verificar a possibilidade de atendimento das recomendações da Controladoria-Geral da União contidas na Ordem de Serviço nº 201601757	 08/2017	Luciano Manini Neuman
	05 Adequação do sistema de governança do GHC relacionado às ações trabalhistas	 08/2017	Luciano Manini Neuman
07	Implantar o Programa de Segurança do Paciente e desenvolvimento de ferramentas de gestão, educação e práticas compartilhadas	 08/2017	Rômulo Nascimento Barros

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	STATUS	RESPONSÁVEL
	01 Aumentar para 90% o percentual de conformidade do HNSC aos itens da RDC nº 36	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	02 Aumentar para 65% o percentual de conformidade do HNSC à meta internacional de comunicação efetiva	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	03 Aumentar para 75% o percentual de conformidade do HNSC ao protocolo 'Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos'	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan
	04 Aumentar para 75% o percentual de conformidade do HNSC ao protocolo de Prevenção de Lesões por Pressão	 08/2017	Vanessa Menezes Catalan

1ª PARTE - DELIBERATIVA

3



PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 118, de 2011, do Senador Ciro Nogueira, que *acrescenta o art. 431-A à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e altera o caput do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o preenchimento de quotas para pessoas com deficiência*; e o PLS nº 234, de 2012, do Senador Benedito de Lira, que *dispõe sobre o preenchimento de cotas pelos beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, de que trata o artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991*.

Relator: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

São submetidos à análise desta Comissão, em caráter terminativo, os Projetos de Lei do Senado (PLS) nº 118, de 2011, e nº 234, de 2012, que tramitam em conjunto em decorrência da aprovação dos Requerimentos nº 713 e nº 714, de 2013.

Os projetos tratam das obrigações das empresas quanto à contratação de pessoas com deficiência para a composição de seus quadros de funcionários.



O PLS nº 118, de 2011, ao modificar o art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, estabelece que os beneficiários reabilitados e as pessoas com deficiência, cuja contratação a lei obriga, possam ser contratados ainda que na condição de aprendiz. Altera, também, a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, no que está regula a contratação de aprendizes, acrescentando-lhe o art. 431-A, que determina que a contratação do aprendiz com deficiência ou reabilitado deve ser considerada para efeito de cumprimento da obrigação prevista no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991.

Já o PLS nº 234, de 2012, ao acrescentar o art. 93-A à Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, prevê, em seu *caput*, penas para o descumprimento da obrigação de contratar pessoas com deficiência, habilitadas, ou beneficiários reabilitados. Para tanto, determina que o descumprimento dessa obrigação implica o recolhimento ao Fundo de Amparo ao Trabalhador de “valores equivalentes à remuneração mensal dos cargos não preenchidos, acrescidos dos valores correspondentes aos encargos patronais que sobre eles incidiriam”. Em seus dois parágrafos, estabelece o caráter excepcional e temporário de tal recolhimento, acrescido do fato de que a efetuação do mesmo não exime da obrigação disposta no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, bem como determina a destinação exclusiva dos valores assim recolhidos a “programas de qualificação dos beneficiários reabilitados e das pessoas com deficiência”.

Ambos os projetos foram rejeitados pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), cabendo a esta Comissão decisão em caráter terminativo.

Não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 90, I, combinado com o disposto no art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal, compete à Comissão de



Assuntos Sociais discutir e votar, em caráter terminativo, proposições que versem sobre relações de trabalho e seguridade social.

Sob o aspecto formal, não vislumbramos óbice algum de natureza jurídica ou constitucional nos projetos. A disciplina das matérias é de competência legislativa da União (art. 22, I, da Constituição Federal – CF), além de incluir-se entre as atribuições do Congresso Nacional (art. 48, *caput*, da CF).

As normas propostas não afrontam os princípios adotados pela Constituição. Não há, portanto, impedimentos constitucionais formais, nem materiais. Também os requisitos de adequação às regras regimentais foram respeitados.

O Brasil tem 45,6 milhões de pessoas com deficiência, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Aqueles com pelo menos uma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou mental, somam 23,9%.

A Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência completou 25 anos. Nos últimos cinco anos, segundo dados do Ministério do Trabalho, houve incremento de 20% na participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. De acordo com os números do último Relatório Anual de Informações Sociais (Rais), em 2013, foram criados 27,5 mil empregos para pessoas com deficiência. Com o resultado, chegou a 357,8 mil o número de vagas ocupadas, quando computadas empresas públicas de regime estatutário e as que contratam de forma espontânea.

Infelizmente, apesar desse avanço, constata-se que grande parcela das empresas ainda não consideram a pessoa com deficiência como alguém que vai gerar produtividade e competitividade, mas como uma obrigação legal ou uma despesa a mais.

A legislação vigente, todavia, contém o que há de mais moderno em conceito para garantia de direito à pessoa com deficiência, mas o preconceito restringe a efetiva inclusão desses cidadãos. Ademais,



nossa legislação confere, sem dúvida alguma, maior efetividade aos inúmeros dispositivos da Constituição Federal e de convenções internacionais subscritas pelo Brasil, no sentido de viabilizar uma maior inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.

As soluções propostas pelos projetos em exame, seja onerando o empregador que não cumpre o preenchimento das cotas em seu estabelecimento, seja permitindo o possível uso instrumental da relação de aprendizagem para desvencilhamento de suas obrigações legais, desestimulam uma efetiva inclusão das pessoas com deficiência ou reabilitadas no mercado de trabalho.

Ainda que passível de ser aperfeiçoado, o atual sistema de cotas representa um instrumento imprescindível para inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho e, por conseguinte, na Previdência Social.

A situação é preocupante, pois esses cidadãos, se não estão trabalhando, não estão filiados ao sistema público de previdência, estando, conseqüentemente, mais expostos aos riscos sociais. Terão pior qualidade de vida, além de não poderem, no futuro, enfrentar com condições satisfatórias o declínio de sua capacidade laboral e, muito menos, seu envelhecimento.

Mais ainda, por não serem filiados ao sistema previdenciário público, acarretarão altos custos sociais no futuro, já que ficarão à mercê dos programas assistências do Estado ou da ajuda dos familiares que terão suas rendas diminuídas e, conseqüentemente, uma piora de suas condições de vida.

A inclusão das pessoas com deficiência no âmbito da Previdência Social representa um grande passo na sustentação da renda e



no combate à pobreza. Com efeito, a expansão da cobertura representa o principal desafio de curto prazo, tanto para o desenvolvimento do sistema previdenciário brasileiro, quanto para a continuidade da política de sustentação de renda dessas pessoas. Do contrário, um contingente enorme de brasileiros irá pressionar por aumento de gastos públicos em programas assistenciais e ainda reduzirá a renda média dos membros de suas famílias.

Assim, a despeito do nobre propósito de contribuir para um mais efetivo cumprimento da lei de cotas para pessoas com deficiência, os projetos sob análise não favorecem uma maior inserção dessas pessoas no mercado de trabalho, não atendendo, assim, o objetivo para a qual a referida lei foi criada.

III – VOTO

Em razão do exposto, o voto é pela rejeição dos Projetos de Lei do Senado nºs 118, de 2011, e 234, de 2012.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 118, DE 2011

Acrescenta o art. 431-A à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e altera o *caput* do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o preenchimento de quotas para pessoas com deficiência

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho), passa a vigorar acrescido do seguinte art. 431-A:

“Art. 431-A. As pessoas portadoras de deficiência ou reabilitadas, contratadas na condição de aprendizes, são consideradas, para efeito de cálculo da proporção fixada no artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.”

Art. 2º O *caput* do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passa a vigorar com a seguinte redação:

2

“**Art. 93.** A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, ainda que na condição de aprendiz, na seguinte proporção:

.....” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

Em face das inúmeras dificuldades encontradas pelas empresas para o preenchimento de vagas destinadas aos portadores de necessidades especiais, oferecemos para discussão e deliberação a presente proposição, que tem por objetivo estabelecer que a exigência legal possa ser cumprida por aprendizes.

Vale lembrar que o disposto no artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, estabelece um percentual de vagas destinadas obrigatoriamente aos portadores de deficiência de 2% a 5%, considerado o número de empregados da empresa.

Ocorre que, segundo muitos empresários, há carência de mão de obra especializada neste segmento, o que acaba inibindo as contratações.

Por iniciativa do Ministério Público do Trabalho, experiência nesse sentido já vem sendo feita em vários estados, possibilitando a inserção de portadores de deficiência no mercado de trabalho, por meio de capacitação como aprendizes nas empresas.

Todavia, ainda existem dúvidas na aplicação da lei de quotas, o que desestimula as empresas a aderirem com maior empenho na capacitação desta mão-de-obra.

3

É importante resgatar a plena cidadania das pessoas portadoras de deficiência, oferecendo-lhes condições de acessar o mercado de trabalho, mesmo que, inicialmente, na condição de aprendiz, para que possam estar mais capacitadas e almejar, inclusive, maior remuneração.

As empresas, por seu turno, serão estimuladas a desenvolverem programas próprios para o cumprimento da lei, sem estarem apreensivas com eventual vulnerabilidade jurídica dessas medidas.

Notícia publicada no jornal Folha de São Paulo, de 12 de fevereiro de 2011, informa que, na média, apenas 21,4% das empresas cumprem a lei, sendo este percentual maior nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Ceará e Distrito Federal.

Em face desta realidade é que buscamos dar oportunidade a ambas as partes: para as empresas, o cumprimento da lei; e aos portadores de deficiência, a possibilidade de serem capacitados pelas próprias empresas e alcançarem a plenitude do mercado de trabalho.

Sala das Sessões,

Senador **CIRO NOGUEIRA**

LEGISLAÇÃO CITADA

DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943

Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição,

4

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho, que a este decreto-lei acompanha, com as alterações por ela introduzidas na legislação vigente.

Parágrafo único. Continuam em vigor as disposições legais transitórias ou de emergência, bem como as que não tenham aplicação em todo o território nacional.

Art. 2º O presente decreto-lei entrará em vigor em 10 de novembro de 1943.

Rio de Janeiro, 1 de maio de 1943, 122º da Independência e 55º da República.

GETÚLIO VARGAS.

Alexandre Marcondes Filho.

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.8.1943

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO**TÍTULO I****INTRODUÇÃO**

Art. 1º - Esta Consolidação estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nela previstas

.....

Art. 431. A contratação do aprendiz poderá ser efetivada pela empresa onde se realizará a aprendizagem ou pelas entidades mencionadas no inciso II do art. 430, caso em que não gera vínculo de emprego com a empresa tomadora dos serviços.

a) revogada;" [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

b) revogada;" [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

c) revogada." [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

Parágrafo único. [\(VETADO\)](#) [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

Art. 432. A duração do trabalho do aprendiz não excederá de seis horas diárias, sendo vedadas a prorrogação e a compensação de jornada. [\(Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000\)](#)

5

§ 1º O limite previsto neste artigo poderá ser de até oito horas diárias para os aprendizes que já tiverem completado o ensino fundamental, se nelas forem computadas as horas destinadas à aprendizagem teórica. ([Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

§ 2º Revogado. ([Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

Art. 922 - O disposto no art. 301 regerá somente as relações de empregos iniciadas depois da vigência desta Consolidação. ([Incluído pelo Decreto-lei nº 6.353, de 20.3.1944](#))

ANEXO

Quadro a que se refere o art. 577 da Consolidação das Leis do Trabalho

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991.

[Regulamento](#)

[Normas de hierarquia inferior](#)

[Mensagem de veto](#)

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I **DA FINALIDADE E DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Art. 1º A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

6

I - até 200 empregados.....	2%;
II - de 201 a 500.....	3%;
III - de 501 a 1.000.....	4%;
IV - de 1.001 em diante.	5%.

§ 1º A dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

§ 2º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, aos sindicatos ou entidades representativas dos empregados

.....

Art. 156. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 24 de julho de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR

Antonio Magri

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.7.1991 e Republicado no D.O.U. de 14.8.1998

(Às Comissões de Direitos Humanos e Legislação Participativa; e de Assuntos Sociais, cabendo à última a decisão terminativa.)

Publicado no **DSF**, em 25/03/2011.

Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal – Brasília-DF
OS: 10989/2011



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943

Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Consolidação das Leis do Trabalho, que a este decreto-lei acompanha, com as alterações por ela introduzidas na legislação vigente.

Parágrafo único. Continuam em vigor as disposições legais transitórias ou de emergência, bem como as que não tenham aplicação em todo o território nacional.

Art. 2º O presente decreto-lei entrará em vigor em 10 de novembro de 1943.

Rio de Janeiro, 1 de maio de 1943, 122º da Independência e 55º da República.

GETÚLIO VARGAS.
Alexandre Marcondes Filho.

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.8.1943

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO

TÍTULO I

INTRODUÇÃO

Art. 1º - Esta Consolidação estatui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nela previstas

.....

Art. 431. A contratação do aprendiz poderá ser efetivada pela empresa onde se realizará a aprendizagem ou pelas entidades mencionadas no inciso II do art. 430, caso em que não gera vínculo de emprego com a empresa tomadora dos serviços.

a) revogada;" [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

b) revogada;" [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

c) revogada;" [Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

Parágrafo único. [\(VETADO\) Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000](#))

Art. 432. A duração do trabalho do aprendiz não excederá de seis horas diárias, sendo vedadas a prorrogação e a compensação de jornada. [\(Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000\)](#)

§ 1º O limite previsto neste artigo poderá ser de até oito horas diárias para os aprendizes que já tiverem completado o ensino fundamental, se nelas forem computadas as horas destinadas à aprendizagem teórica. [\(Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000\)](#)

§ 2º Revogado. [\(Redação dada pela Lei nº 10.097, de 19.12.2000\)](#)

Art. 922 - O disposto no art. 301 regerá somente as relações de empregos iniciadas depois da vigência desta Consolidação. [\(Incluído pelo Decreto-lei nº 6.353, de 20.3.1944\)](#)

ANEXO

Quadro a que se refere o art. 577 da Consolidação das Leis do Trabalho



Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991.

[Regulamento](#)
[Normas de hierarquia inferior](#)
[Mensagem de veto](#)

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DA FINALIDADE E DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 1º A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados.....2%;

II - de 201 a 500.....3%;

III - de 501 a 1.000.....4%;

IV - de 1.001 em diante.5%.

§ 1º A dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

§ 2º O Ministério do Trabalho e da Previdência Social deverá gerar estatísticas sobre o total de empregados e as vagas preenchidas por reabilitados e deficientes habilitados, fornecendo-as, quando solicitadas, aos sindicatos ou entidades representativas dos empregados

.....

Art. 156. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 24 de julho de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR
Antonio Magri

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.7.1991 e Republicado no D.O.U. de 14.8.1998

PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 118, de 2011, do Senador Ciro Nogueira, que acrescenta o art. 431-A à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e altera o *caput* do art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o preenchimento de quotas para pessoas com deficiência; e o PLS nº 234, de 2012, do Senador Benedito de Lira, que dispõe sobre o preenchimento de cotas pelos beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, de que trata o artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Relator: Senador **ROMÁRIO**

I – RELATÓRIO

Vêm ao exame desta Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) os Projetos de Lei do Senado (PLS) nº 118, de 2011, e nº 234, de 2012, que tramitam em conjunto em razão da aprovação dos Requerimentos nº 713 e nº 714, de 2013. Os projetos tratam das obrigações das empresas quanto à contratação de pessoas com deficiência para a composição de seus quadros de funcionários.

O PLS nº 118, de 2011, altera o art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para determinar que os beneficiários reabilitados e as pessoas com deficiência, cuja contratação a lei obriga, possam ser contratados “ainda que na condição de aprendiz”. Altera também a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, no que esta regula a contratação de aprendizes, acrescentando-lhe o art. 431-A, que esclarece que a contratação do aprendiz com deficiência ou reabilitado deve ser considerada para efeito de cumprimento da obrigação prevista no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991.

Por seu turno, o PLS nº 234, de 2012, trata diferentemente a mesma matéria, ao prever penas para o descumprimento da obrigação de contratar pessoas com deficiência, habilitadas, ou beneficiários reabilitados. Determina que o descumprimento dessa obrigação implicará o recolhimento ao Fundo de Amparo ao Trabalhador de “valores equivalentes à remuneração mensal dos cargos não preenchidos, acrescidos dos valores correspondentes aos encargos patronais que sobre eles incidiriam”. Em seus dois parágrafos, o dispositivo que propõe incluir na Lei nº 8.213, de 1991, determina o caráter excepcional e temporário de tal recolhimento, acrescido do fato de que a efetuação do mesmo não exime da obrigação disposta no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, bem como determina a destinação exclusiva dos valores assim recolhidos a “programas de qualificação dos beneficiários reabilitados e das pessoas com deficiência”.

Após o exame dos projetos por esta CDH, seguirão as proposições para a consideração da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), que sobre elas decidirá em caráter terminativo. Não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Conforme o art. 102-E, VI, do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CDH o exame de proposição que verse sobre proteção e integração social de pessoas com deficiência, o que torna regimental o seu exame dos PLS nº 118, de 2011, e 234, de 2012. Não se encontram evidências de injuridicidade e de inconstitucionalidade, tampouco.

Os PLS nº 118, de 2011, e nº 234, de 2012, buscam regular, ainda que com meios e em direções significativamente diferentes, a mesma matéria, a saber, a obrigação, estabelecida pelo art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, de que empresas contratem beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, habilitadas.

A determinação da lei tem suscitado conflitos e controvérsias. De um lado, entidades patronais queixam-se da impossibilidade do cumprimento da obrigação na medida em que não existe suficiente oferta da mão de obra cuja contratação a lei obriga; de outro, entidades de defesa dos direitos das pessoas com deficiência insistem que a posição das empresas deriva de preconceito injustificável, não sendo verdadeira a carência que alegam os empresários, ou, se o for, não o sendo de modo suficiente a recomendar a cessação do comando jurídico de caráter pedagógico, transformador e equalizante.

Assim, o PLS nº 234, de 2012, vai na direção de considerar a atitude do empresário que descumpre a obrigação de que vimos falando como sendo uma falta imperdoável, derivada de conduta inescusável e injusta e, portanto, passível de punição: o PLS virtualmente aumenta os custos do empresariado com a inadimplência à obrigação do mencionado art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, ao determinar que os valores da remuneração dos cargos que deveriam ser preenchidos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, habilitadas, sejam, na medida em que não forem preenchidos na forma da lei, recolhidos ao Fundo de Amparo ao Trabalhador para o custeio da qualificação necessária de pessoas com deficiência ou de beneficiários reabilitados.

Por sua vez, o PLS nº 118, de 2011, adota outra estratégia: autoriza o cumprimento da obrigação imposta pelo art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, por pessoas com deficiência na condição de aprendizes. Diversas foram as críticas que a proposição recebeu em razão do modo como aborda as relações entre a aprendizagem, a deficiência, e a atividade econômica. Foi criticado o possível uso instrumental da relação de aprendizagem para desvencilhamento, por parte das empresas, de suas obrigações legais.

Para que a apreciação da matéria tenha caráter abrangente, e dela resulte boa legislação, é útil observarmos que o Parlamento já rediscute o mencionado art. 93 há, pelo menos, dez anos. Além das proposições já arquivadas, tramitam ainda hoje três outros projetos com intuito semelhante. Tal movimentação demonstra que a coordenação da ação das partes em jogo, que deve ser feita pela lei, ainda não atingiu o ponto ideal com a legislação de que atualmente dispomos. Se é imprescindível que se mantenha o sentido geral de reconhecimento, por parte da sociedade, das pessoas com deficiência, também é decisivo que os setores produtivos, já marcados pela incerteza econômica, não sejam prejudicados pela imposição de obrigações de difícil cumprimento.

Quando uma sociedade se decide pela implementação de ideais de igualdade, como é o caso da nossa, a maneira correta de se fazer isso é dialogando com as forças internas desta sociedade. De acordo com os setores produtivos, não é o preconceito que previne a contratação de pessoas com deficiência – conforme obriga a lei, sob pena de multa (que os empresários ou pagam ou incorrem em custos advocatícios para não as pagar) –, mas sim a relativa ausência de pessoas com deficiência capacitadas para o desempenho de tarefas determinadas, de que têm necessidade as atividades econômicas. É fato que há grandes esforços, de instituições estatais e privadas, para qualificar a mão de obra de pessoas com deficiência, mas, ainda assim, eles não se mostram suficientes, dadas as características

complexas e regionalizadas das exigências do mercado de trabalho. Como, então, qualificar mão de obra em escala suficiente, com destinação local, e, ao mesmo tempo, fazer avançar o valor de igualdade contido no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991?

A resposta deve ser composta pela organização das forças sociais envolvidas, com o consequente delineamento claro das dimensões e características do problema. Podemos observar que nenhuma das proposições que ora analisamos é expressão do *entendimento* entre as forças envolvidas, sendo, antes, cada uma delas, um gesto de confronto com a parte adversária. O resultado não poderia ser senão o do bloqueio sistemático e recíproco de uma força pela outra e a estagnação da matéria. Apenas o debate aprofundado, que ora procuramos levar adiante, será capaz de promover a fusão de valores e de visões de mundo, de modo a promover o avanço simultâneo do ideal igualitarista da luta pelos direitos das pessoas com deficiência, por um lado, e a necessária geração de riquezas de forma economicamente racional, por outro.

Em reunião promovida por meu gabinete em junho passado, estiveram presentes os representantes de diversos grupos de interesse envolvidos. Expuseram suas posições, no mais das vezes críticas aos projetos em análise, representantes da Confederação Nacional da Indústria, (CNI), do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), dos Centros de Referência para Pessoas com Deficiência (CRPD) e da Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (FENAPAE). Ainda estiveram presentes assessores de outros parlamentares, deste Senado e da Câmara dos Deputados, bem como membros do corpo técnico desta casa.

Esse significativo esforço de coordenação comprometeu os envolvidos com a *produção de legislação ampla, que aborde as diversas facetas do tema*, de modo a evitar que a abordagem limitada e unilateral desagrade, por definição, às diversas partes envolvidas.

É por tais razões, substantivas e derivadas da observação atenta de processos históricos recentes, de natureza institucional, econômica e cultural, que *não vemos em nenhuma das duas proposições senão a virtude negativa de tentar anular a posição contrária*. A legislação verdadeiramente adequada ao tema, que configure acordo verossímil entre as partes interessadas, porque a elas imanente, haverá de surgir do debate realista e, simultaneamente, generoso e compreensivo, que ora procuramos promover. Acreditamos na possibilidade de que o debate revelará às partes seus

interesses comuns, de modo a tornar a lei não um dano a seus interesses, mas um instrumento de promoção dos mesmos.

III – VOTO

Em razão do exposto, o voto é pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 118, de 2011, bem como pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 234, de 2012.

Sala da Comissão, 05 de outubro de 2016.

Paulo Paim, Presidente

Romário, Relator



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 234, DE 2012

Dispõe sobre o preenchimento de cotas pelos beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência, de que trata o artigo 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

Art. 93-A A empresa que não observar o disposto no artigo 93 recolherá ao Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, valores equivalentes à remuneração mensal dos cargos não preenchidos, acrescidos dos valores correspondentes aos encargos patronais que sobre eles incidiriam.

§ 1º O recolhimento dos valores previstos no caput poderá ser feito somente em caráter excepcional e temporário, não sendo substitutivo à determinação do artigo 93, nos termos do regulamento.

§ 2º Os recursos recolhidos na forma deste artigo serão destinados exclusivamente aos programas de qualificação dos beneficiários reabilitados e das pessoas com deficiência.

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

2

JUSTIFICAÇÃO

Até a divulgação do Censo 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Ministério do Trabalho e Emprego considerava a existência de cerca de 24 milhões de pessoas com deficiência no Brasil.

A Convenção nº 159, de 1983, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificada pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 51, de 28 de agosto de 1989, tem como princípio garantir o emprego adequado e a possibilidade de integração ou reintegração das pessoas com deficiência na sociedade.

Ao tratar da ordem econômica, o artigo 170 da Constituição Federal enuncia claramente que essa ordem deve ser desenvolvida dentro dos parâmetros da justiça social, bem como assegurar a satisfação de uma vida digna, realizando a busca do pleno emprego e reduzindo as desigualdades sociais. Mais ainda, a ordem econômica fundamenta-se na livre iniciativa, desde que cumprida a função social, ou seja, a função das empresas é atender, prioritariamente, às necessidades básicas das pessoas. Assim, a atividade econômica só se legitima e cumpre seu papel quando gera empregos, fomenta a sociedade e garante uma existência digna às pessoas.

Por isso, às empresas cabe a implementação de programas de formação profissional e, por consequência, a flexibilização de exigências para o preenchimento de seus quadros de pessoal, de modo a, efetivamente, permitir o acesso ao trabalho às pessoas com deficiência, um grupo social que se encontra em evidente estado de vulnerabilidade.

O Ministério Público do Trabalho tem atuado no sentido de possibilitar às empresas que estejam em desacordo com a lei a correção de sua conduta por meio do cumprimento de obrigações e condições fixadas em termos de compromisso, mediante o Termo de Ajuste de Conduta – TAC, visando ao preenchimento das vagas para pessoas com deficiência.

Infelizmente, após quase duas décadas da implementação de política de cotas na iniciativa privada, ainda resta metade das vagas a serem preenchidas.

Não são poucas as alegações pelas pessoas com deficiência e pelas empresas para não cumprirem as cotas de vagas de trabalho. De uma forma geral, as maiores causas são o preconceito, pouca qualificação e a falta de políticas governamentais efetivas para tornar mais acessível às empresas um sistema de rápida identificação de interessados às vagas e o correto mapeamento das funções dentro da empresa por tipo de deficiências compatíveis.

3

Nesse contexto, com o intuito de imprimir maior efetividade às políticas de integração social e de apoio às pessoas com deficiência, estamos propondo que, eventualmente, a empresa que não efetivou o preenchimento da cota de vagas de trabalho possa recolher ao Fundo de Amparo ao Trabalhador o montante que seria despendido com o salário e os encargos legais referentes ao cargo que não foi ocupado.

O projeto é inspirado na legislação francesa, que prevê uma “cota-contribuição” a ser depositada pela empresa no Fundo para Integração Profissional do Deficiente (instituído para incentivar a contratação e manutenção no emprego de pessoas com deficiência), se ela não pode cumprir integralmente as normas quanto ao preenchimento das cotas.

Por essas razões, e diante do indiscutível alcance social de nossa iniciativa, esperamos contar com o apoio necessário dos membros deste Congresso Nacional para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões,

Senador **BENEDITO DE LIRA**

LEGISLAÇÃO CITADA

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991.

<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/>

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**TÍTULO I
DA FINALIDADE E DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção:

I - até 200 empregados.....	2%;
II - de 201 a 500.....	3%;
III - de 501 a 1.000.....	4%;
IV - de 1.001 em diante.	5%.

Brasília, em 24 de julho de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR
Antonio Magri

(Às Comissões de Assuntos Sociais; e de Direitos Humanos e Legislação Participativa, cabendo à última decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, em 07/07/2012..

**Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal – Brasília-DF
OS:13247/2012**

1ª PARTE - DELIBERATIVA

4



SENADOR SÉRGIO PETECÃO

PARECER Nº , DE 2015

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 332, de 2013, da Senadora Lúcia Vânia, que *torna obrigatória a aferição, a comunicação aos órgãos de vigilância sanitária e a divulgação de indicadores de avaliação das unidades de terapia intensiva públicas e privadas.*



SF/17844.66316-74

RELATOR: Senador **SÉRGIO PETECÃO**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 332, de 2013, de autoria da Senadora Lúcia Vânia.

O *caput* do art. 1º define o escopo da lei, que é o de tornar obrigatória a aferição e comunicação aos órgãos de vigilância sanitária de indicadores de avaliação das unidades de terapia intensiva públicas e privadas.

Os três parágrafos desse artigo estabelecem normas gerais a serem seguidas na realização da avaliação pretendida: i) os indicadores que comporão a avaliação devem abranger a estrutura, os processos e os resultados das unidades de terapia intensiva avaliadas; ii) cada unidade de terapia intensiva deverá ser avaliada individualmente; e iii) a comunicação dos indicadores deverá especificar o tipo de unidade de terapia intensiva (adulto, especializada, neonatal, pediátrica ou pediátrica mista).

O art. 2º contém as definições dos seguintes termos: indicadores de avaliação, terapia intensiva (TI) e unidade de terapia intensiva (UTI).



SENADOR SÉRGIO PETECÃO

O art. 3º traz o rol de indicadores que deverão ser comunicados e contemplados nas avaliações das UTI, cuja metodologia de cálculo será definida em regulamento. Além daqueles especificados, o dispositivo possibilita que outros indicadores sejam incluídos por meio do regulamento. São especificados trinta indicadores a serem comunicados aos órgãos de vigilância sanitária federal, estadual ou distrital.

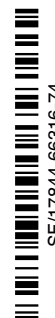
A periodicidade da comunicação dos indicadores será definida pelo regulamento, segundo a especificidade de cada um deles (art. 4º), mas, independentemente disso, o projeto estabelece ser obrigatória a comunicação dos dados consolidados do ano anterior até o último dia do mês de fevereiro (art. 5º).

O art. 6º determina que os indicadores de cada UTI, com os respectivos dados de identificação do estabelecimento de saúde, sejam divulgados na internet e em outros meios de comunicação definidos em regulamento, na mesma periodicidade de sua comunicação. O tempo de permanência dos indicadores varia de acordo com sua caracterização como consolidados ou não consolidados: os primeiros serão mantidos de forma permanente na internet, enquanto os segundos serão mantidos pelo prazo de cinco anos.

O art. 7º trata das penalidades a serem impostas em caso de descumprimento das medidas, e o art. 8º estabelece que essas normas começarão a vigorar cento e oitenta dias após a publicação da lei em que o PLS sob análise pretende se converter.

O projeto foi distribuído para o exame exclusivo da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão em caráter terminativo, tendo sido previamente relatado pelo Senador Paulo Bauer, que se manifestou pela sua aprovação. Por concordarmos com alguns argumentos apresentados, incorporamos ao presente relatório parte da competente análise empreendida pelo relator que nos antecedeu.

Não foram apresentadas emendas ao projeto.





SENADOR SÉRGIO PETECÃO

II – ANÁLISE

Compete à CAS, nos termos do art. 100, inciso II, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde. Pelo fato de a decisão ser terminativa, este Colegiado também deve deliberar sobre a constitucionalidade, juridicidade, a regimentalidade e os aspectos de técnica legislativa do PLS nº 332, de 2013.

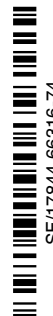
No tocante à constitucionalidade, nada obsta à aprovação do projeto, que trata de matéria sobre a qual cabe ao Congresso Nacional dispor e à União legislar concorrentemente com os estados e o Distrito Federal, conforme determinam, respectivamente, os arts. 48 e 24, inciso XII, da Constituição Federal. Igualmente, não há óbice quanto à iniciativa, pois a matéria não consta do § 1º do art. 61 da Carta Magna, onde são especificadas aquelas de iniciativa privativa do Presidente da República.

No que diz respeito à juridicidade e à regimentalidade, a proposição se encontra adequada ao ordenamento jurídico e aos ditames do Risf.

Quanto à técnica legislativa, não há reparos a fazer: o PLS está de acordo com o que preceitua a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre os aspectos técnicos que devem ser observados na elaboração das leis.

No tocante ao mérito, reconhecemos como de grande relevância o monitoramento e a avaliação da atividade das UTIs, uma vez que sua finalidade primordial é prestar atendimento a pacientes graves. Além disso, reconhecemos como relevante a proposta de tornar obrigatória a publicação na internet dos indicadores apurados em cada UTI do País. Essa medida garantirá à população a informação sobre a qualidade dos serviços ofertados e as deficiências encontradas. Configura-se, pois, como critério de segurança e de proteção do direito de informação dos pacientes, além de meio para viabilizar o exercício do controle social.

A importância do tema, inclusive, já ensejou a edição de normas infralegais por parte da autoridade sanitária competente – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A esse respeito, chama atenção o fato de o projeto de lei sob análise propor rol de indicadores muito mais extenso que o





SENADOR SÉRGIO PETECÃO

proposto pela Anvisa, efetuando detalhamento que consideramos excessivo. Por esses motivos, sugerimos a supressão dos incisos do art. 3º, para deixar que a regulamentação dos aspectos técnicos referentes ao assunto em questão, como a escolha dos indicadores e a definição das metodologias, seja feita pela Anvisa, órgão técnico mais habilitado para a tarefa.

Além disso, consideramos essencial que os indicadores tenham a capacidade de refletir as especificidades do paciente que é atendido na uma UTI, a fim de que se previna a ocorrência de má interpretação, distorções e omissões relacionadas aos números. Assim, propomos que seja obrigatória a inclusão de indicadores que reflitam as particularidades nosológicas de cada UTI analisada.

A avaliação de uma UTI é tarefa demasiadamente complexa e não basta apenas informar dados que reflitam a qualidade das instalações, os tipos de equipamentos disponíveis e as taxas de morbidade e de mortalidade. Deve-se também registrar as doenças mais prevalentes em cada UTI analisada, seja geral ou especializada.

Nesse contexto, a aferição de índices de gravidade e prognóstico dos pacientes no momento da sua admissão à UTI – como o escore APACHE – é fundamental para que a avaliação da qualidade de assistência prestada seja justa e correta. Afinal, uma UTI pode ter alta morbidade e mortalidade porque os pacientes para ela encaminhados são muito graves e não por motivos de má qualidade da assistência. Assim, ao pretendermos positivar o controle a ser instituídos sobre as UTIs, acreditamos que essa importante questão deve ser prevista no texto do projeto.

Note-se que, para discriminar ainda mais as particularidades da cada UTI, julgamos necessário incluir a definição de unidade de terapia intensiva especializada (UTIE) para, assim, identificar as unidades destinadas ao tratamento intensivo de grupo específico de pacientes. Como exemplos, podemos destacar as unidades oncológicas, neurológicas, neurocirúrgicas e cardiológicas.

Em síntese, por considerarmos meritória a instituição da obrigatoriedade de monitoramento e avaliação das UTI, julgamos que a proposição deve prosperar. Contudo, diante das questões que acabamos de apresentar nesse relatório, consideramos necessário fazer alguns ajustes no projeto sob análise e, por isso, sugerimos a aprovação do projeto nos termos de substitutivo.





SENADOR SÉRGIO PETECÃO

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 332, de 2013, nos termos da seguinte emenda:

EMENDA Nº - CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 332, DE 2013

Torna obrigatória a aferição, a comunicação aos órgãos de vigilância sanitária e a divulgação de indicadores de avaliação das unidades de terapia intensiva públicas e privadas.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

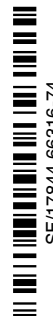
Art. 1º É obrigatória a aferição, a comunicação aos órgãos de vigilância sanitária e a divulgação de indicadores de avaliação de unidades de terapia intensiva públicas e privadas.

§ 1º Os indicadores referidos no *caput* abrangem a avaliação de estrutura, de processos e de resultados dos serviços de terapia intensiva, conforme estabelecido em regulamento.

§ 2º Na hipótese de um mesmo estabelecimento hospitalar manter mais de uma unidade de terapia intensiva, a comunicação a que se refere o *caput* deve ser feita separadamente para cada uma delas.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, consideram-se:

I – indicadores de avaliação: dados e estatísticas que permitam aferir o desempenho, a qualidade e a segurança de uma unidade de terapia intensiva, mediante, entre outras medidas, o estabelecimento de correlação entre o número de pacientes admitidos no serviço em determinado período com o tempo de permanência, as altas, as transferências para unidades internas ou externas ao hospital, os



SF/17844.86316-74



SENADOR SÉRGIO PETECÃO

óbitos e os eventos que influenciam positiva ou negativamente a evolução do quadro clínico do paciente;

II – terapia intensiva: regime de tratamento contínuo de pacientes em estado grave, instituído e conduzido por equipe médica especializada, com disponibilidade de equipe multiprofissional de apoio e com a utilização de recursos materiais e tecnológicos adequados aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de monitorização ou avaliação contínua da evolução do estado clínico do paciente;

III – unidade de terapia intensiva (UTI): área física e delimitada do estabelecimento hospitalar onde se localizam os leitos destinados à realização de terapia intensiva;

IV – unidade de terapia intensiva especializada (UTIE): unidade de terapia intensiva destinada ao tratamento de determinado grupo de pacientes, doenças ou condições clínicas.

Art. 3º O regulamento desta Lei estabelecerá os indicadores que deverão ser aferidos e divulgados pelos hospitais que disponham de UTI, bem como a metodologia para seus respectivos cálculos.

Parágrafo único. A lista de indicadores de que trata o *caput* será periodicamente reavaliada, a fim de que se mantenham adequados ao desenvolvimento tecnológico em saúde e às necessidades da população.

Art. 4º A periodicidade da comunicação de que trata esta Lei será definida em regulamento, e poderá variar de acordo com os diferentes indicadores.

Parágrafo único. Independentemente da periodicidade a que se refere o *caput*, é obrigatória a comunicação, até o último dia útil do mês de fevereiro de cada ano, dos dados consolidados relativos aos indicadores do ano anterior.

Art. 5º Os indicadores de que trata esta Lei deverão permitir a adequada comparabilidade entre instituições e entre unidades de terapia intensiva.

Parágrafo único. O regulamento estabelecerá as metodologias de cálculo de indicadores que considerem as particularidades nosológicas de cada tipo de UTI.



SF/17844.86316-74



SENADOR SÉRGIO PETECÃO

Art. 6º Os indicadores a que se refere esta Lei serão divulgados na rede mundial de computadores (*internet*) e em outros meios de comunicação, na forma definida pelo regulamento, na mesma periodicidade da sua comunicação.

§ 1º Os dados não consolidados deverão ser mantidos na *internet* por tempo não inferior a cinco anos.

§ 2º Os dados consolidados a que se refere o art. 4º serão mantidos permanentemente na *internet*.

§ 3º Além dos indicadores, as divulgações a que se refere o *caput* deverão conter, entre outras informações definidas em regulamento:

I – o nome e o endereço do hospital responsável pela unidade objeto dos dados;

II – especialização da UTIE, se for o caso;

III – instruções que permitam o acesso aos dados relativos aos períodos anteriores.

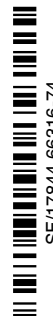
Art. 7º A infração ao disposto nesta Lei sujeita o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor após decorridos trezentos e sessenta dias de sua publicação oficial.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 332, DE 2013

Torna obrigatória a aferição, a comunicação aos órgãos de vigilância sanitária e a divulgação de indicadores de avaliação das unidades de terapia intensiva públicas e privadas.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a obrigatoriedade de aferição, comunicação aos órgãos de vigilância sanitária e divulgação de indicadores de avaliação de unidades de terapia intensiva públicas e privadas.

§ 1º Os indicadores referidos no *caput* abrangem a avaliação de estrutura, processos e resultados dos serviços de terapia intensiva, conforme estabelecido em regulamento.

§ 2º Na hipótese de um mesmo estabelecimento hospitalar manter mais de uma unidade de terapia intensiva, a comunicação a que se refere o *caput* deve ser feita separadamente para cada uma delas.

§ 3º A comunicação a que se refere o *caput* deverá conter a especificação do tipo de unidade de terapia intensiva objeto da medida: adulto, especializada, neonatal, pediátrica ou pediátrica mista.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, consideram-se as seguintes definições:

I – indicadores de avaliação: dados estatísticos que permitem aferir o desempenho, a qualidade e a segurança de uma unidade de terapia intensiva mediante, entre outras medidas, o estabelecimento de correlação entre o número de pacientes

admitidos no serviço em determinado período com o tempo de permanência, as altas, as transferências para unidades internas ou externas ao hospital, os óbitos e os eventos que influenciam positiva ou negativamente a evolução do quadro clínico do paciente;

II – terapia intensiva (TI): tratamento contínuo de pacientes em estado grave ou crítico, por equipe multiprofissional especializada e com a utilização de recursos materiais e tecnológicos especiais e adequados aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de monitorização ou avaliação contínua da evolução do estado clínico do paciente;

III – unidade de terapia intensiva (UTI): área física e delimitada do estabelecimento hospitalar onde se localizam os leitos destinados ao tratamento contínuo de pacientes em estado grave ou crítico, por equipe multiprofissional especializada e com a utilização de recursos materiais e tecnológicos especiais e adequados aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de monitorização ou avaliação contínua da evolução do estado clínico do paciente, bem como as dependências de apoio ao desempenho das atividades próprias da unidade.

Art. 3º Sem prejuízo do atendimento de exigências relativas a outros indicadores estabelecidas em regulamento, o hospital público ou privado que mantenha unidade de terapia intensiva em suas dependências deverá comunicar aos órgãos de vigilância sanitária federal e estadual ou distrital os seguintes indicadores relativos a pacientes admitidos no serviço, calculados, para o período informado, segundo metodologia especificada em regulamento:

I – número de leitos hospitalares, incluídos os das unidades de terapia intensiva;

II – número e tipos de unidades de terapia intensiva existentes no hospital;

III – percentagem dos leitos hospitalares utilizados em terapia intensiva;

IV – número de leitos da unidade de terapia intensiva;

V – especificação das dependências de apoio próprias da unidade de terapia intensiva, e os respectivos números relativos ao número de leitos da unidade;

VI – especificação dos profissionais integrantes das equipes assistencial e administrativa da unidade de terapia intensiva, e os respectivos números relativos ao número de leitos da unidade;

VII – especificação dos equipamentos de administração medicamentosa, de diagnóstico, de assistência cardiorrespiratória e de monitorização do estado clínico dos pacientes, e os respectivos números relativos ao número de leitos da unidade;

VIII – índices de gravidade e de prognóstico;

IX – tempo médio de permanência global, entendida como a média do tempo de permanência de todos os pacientes, independentemente do desfecho;

X – número absoluto de óbitos;

XI – taxa de mortalidade observada e estimada de acordo com o modelo prognóstico estabelecido;

XII – tempo médio de permanência de pacientes que foram a óbito;

XIII – taxa de altas, relativa ao número de pacientes internados no período;

XIV – tempo médio de permanência de pacientes que receberam alta;

XV – números absolutos e taxa de transferência para outras unidades do hospital, relativa ao número de pacientes internados no período;

XVI – tempo médio de permanência de pacientes transferidos para outras unidades do hospital;

XVII – números absolutos e taxa de transferência para outras unidades de terapia intensiva, relativa ao número de pacientes internados no período;

XVIII – tempo médio de permanência de pacientes transferidos para outras unidades de terapia intensiva;

XIX – números absolutos e taxa de transferência para outros hospitais de pacientes que receberam alta da terapia intensiva, relativa ao número de pacientes internados no período;

XX – tempo médio de permanência de pacientes que receberam alta da terapia intensiva, transferidos para outros hospitais;

XXI – números absolutos e taxa de readmissão em quarenta e oito horas, relativa ao número de pacientes transferidos ou que receberam alta no período;

XXII – números absolutos e taxa de utilização de ventilação mecânica, relativa ao número de pacientes internados no período;

XXIII – incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica;

XXIV – números absolutos e taxa de utilização de acesso vascular central, relativa ao número de pacientes internados no período;

XXV – incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada a acesso vascular central;

XXVI – números absolutos e taxa de utilização de cateter vesical de demora, relativa ao número de pacientes internados no período;

XXVII – incidência de infecções do trato urinário relacionadas a utilização de cateter vesical de demora;

XXVIII – especificação dos acidentes e intercorrências que resultaram em óbito de paciente, e os respectivos números absolutos e relativos ao número de pacientes internados no período;

XXIX – especificação dos acidentes e intercorrências que resultaram em alteração do quadro clínico dos pacientes, exceto óbito, e os respectivos números absolutos e relativos ao número de pacientes internados no período;

XXX – especificação dos acidentes de trabalho, e os respectivos números absolutos e relativos ao número de trabalhadores e de dias trabalhados.

Art. 4º A periodicidade da comunicação de que trata esta Lei será definida em regulamento elaborado pelo órgão federal de vigilância sanitária e poderá variar de acordo com os diferentes indicadores.

Art. 5º Independentemente da periodicidade estabelecida no regulamento a que se refere o art. 4º, é obrigatória a comunicação, até o último dia útil do mês de fevereiro de cada ano, dos dados consolidados relativos aos indicadores do ano anterior.

Art. 6º Os indicadores a que se refere esta Lei serão divulgados, pelo órgão federal de vigilância sanitária, na rede mundial de computadores (internet) e em outros meios de comunicação definidos em regulamento, na mesma periodicidade da sua comunicação.

§ 1º Os dados não consolidados deverão ser mantidos na internet por tempo não inferior a cinco anos.

§ 2º Os dados consolidados a que se refere o art. 5º serão mantidos permanentemente na internet.

§ 3º Além dos indicadores, as divulgações a que se refere o *caput* deverão conter, entre outras informações definidas em regulamento:

I – o nome e o endereço do hospital responsável pela unidade objeto dos dados;

II – instruções que permitam o acesso aos dados relativos aos períodos anteriores.

Art. 7º A infração ao disposto nesta Lei sujeita o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A terapia intensiva em unidade hospitalar especializada, denominada unidade de terapia intensiva (UTI), é um valioso recurso utilizado na atenção à saúde de pacientes em estado grave, muitas vezes crítico, que demanda cuidados ininterruptos, prestados por equipe multiprofissional de saúde.

Justamente pela situação grave ou crítica dos pacientes admitidos nas UTIs, o número de óbitos nelas ocorridos, bem como a duração da internação e dos tratamentos, podem impressionar negativamente o observador, quando avaliados isolada e superficialmente. Dessa maneira, é importante que a população e os órgãos de vigilância sanitária disponham de dados que os permitam avaliar o desempenho, a qualidade e a segurança dessas unidades hospitalares.

Alguns dos indicadores já são de monitorização obrigatória, conforme estabelece a Resolução RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Outra norma infralegal publicada na mesma data – a Instrução Normativa nº 4, da Anvisa – especifica tais indicadores. Entretanto, por não constar de lei, a exigência nem sempre é cumprida, o que dificulta a fiscalização e a instituição de medidas destinadas a melhorar os indicadores.

O projeto que submetemos à apreciação das Casas do Congresso Nacional tem a finalidade de tornar obrigatória, em lei, a aferição e a comunicação dos indicadores. Estamos propondo, também, que a divulgação dos dados na internet se torne obrigatória. Essa medida certamente concorrerá para que a população tome conhecimento do desempenho dos diversos serviços de terapia intensiva do País, o que levará, na iniciativa privada, à escolha daqueles que mostrarem melhores resultados. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a divulgação permitirá à população identificar os serviços deficitários e exigir melhorias.

Contudo, o mais importante para todos os envolvidos – pacientes, prestadores de serviços de saúde e gestores – são as consequências de todo esse conjunto de medidas: melhorias na atenção à saúde de pessoas que se encontram em situação extremamente delicada e sob risco de iminente perda da vida.

Pela importância das medidas propostas, que certamente concorrerão para a melhora da atenção à saúde da população brasileira, contamos com o apoio dos parlamentares de ambas as Casas Legislativas para a aprovação do projeto.

Sala das Sessões,

Senadora **LÚCIA VÂNIA**

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977.

Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **CONGRESSO NACIONAL** decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art . 1º - As infrações à legislação sanitária federal, ressalvadas as previstas expressamente em normas especiais, são as configuradas na presente Lei.

Art . 2º - Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, as infrações sanitárias serão punidas, alternativa ou cumulativamente, com as penalidades de:

I - advertência;

II - multa;

III - apreensão de produto;

IV - inutilização de produto;

V - interdição de produto;

VI - suspensão de vendas e/ou fabricação de produto;

VII - cancelamento de registro de produto;

VIII - interdição parcial ou total do estabelecimento;

~~IX - proibição de propaganda;~~

~~X - cancelamento de autorização para funcionamento de empresa;~~

~~XI - cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento;~~

IX - proibição de propaganda; (Redação dada pela Lei nº 9.695, de 1998)

X - cancelamento de autorização para funcionamento da empresa; (Redação dada pela Lei nº 9.695, de 1998)

XI - cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento; (Redação dada pela Lei nº 9.695, de 1998)

XI-A - intervenção no estabelecimento que receba recursos públicos de qualquer esfera. (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 1º-A. A pena de multa consiste no pagamento das seguintes quantias: (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

I - nas infrações leves, de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 20.000,00 (vinte mil reais); (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

II - nas infrações graves, de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais); (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais). (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 1º-B. As multas previstas neste artigo serão aplicadas em dobro em caso de reincidência. (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 1º-C. Aos valores das multas previstas nesta Lei aplicar-se-á o coeficiente de atualização monetária referido no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 6.205, de 29 de abril de 1975. (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 1º-D. Sem prejuízo do disposto nos arts. 4º e 6º desta Lei, na aplicação da penalidade de multa a autoridade sanitária competente levará em consideração a capacidade econômica do infrator. (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

XI - imposição de mensagem retificadora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XII - suspensão de propaganda e publicidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

§ 1º A pena de multa consiste no pagamento das seguintes quantias: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

I - nas infrações leves, de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

II - nas infrações graves, de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais). (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

§ 2º As multas previstas neste artigo serão aplicadas em dobro em caso de reincidência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

§ 3º Sem prejuízo do disposto nos arts. 4º e 6º desta Lei, na aplicação da penalidade de multa a autoridade sanitária competente levará em consideração a capacidade econômica do infrator. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

Art. 3º - O resultado da infração sanitária é imputável a quem lhe deu causa ou para ela concorreu.

§ 1º - Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual a infração não teria ocorrido.

§ 2º - Exclui a imputação de infração a causa decorrente de força maior ou proveniente de eventos naturais ou circunstâncias imprevisíveis, que vier a determinar avaria, deterioração ou alteração de produtos ou bens do interesse da saúde pública.

Art. 4º - As infrações sanitárias classificam-se em:

I - leves, aquelas em que o infrator seja beneficiado por circunstância atenuante;

II - graves, aquelas em que for verificada uma circunstância agravante;

III - gravíssimas, aquelas em que seja verificada a existência de duas ou mais circunstâncias agravantes.

~~Art. 5º - A pena de multa consiste no pagamento das seguintes quantias:-~~

~~I - nas infrações leves, de Cr\$2.000,00 a Cr\$10.000,00;-~~

~~II - nas infrações graves, de Cr\$10.000,00 a Cr\$20.000,00;-~~

~~III - nas infrações gravíssimas, de Cr\$20.000,00 a Cr\$80.000,00;-~~

~~§ 1º - Aos valores das multas previstas nesta Lei aplicar-se-á o coeficiente de atualização monetária referido~~

no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 6.205, de 29 de abril de 1975.

~~§ 2º - Sem prejuízo do disposto nos artigos 4º e 6º desta Lei, na aplicação da penalidade de multa a autoridade sanitária competente levará em consideração a capacidade econômica do infrator.~~

~~Art. 5º A pena de multa consiste no recolhimento de importância em dinheiro, variável segundo a gravidade da infração, conforme a classificação estabelecida no artigo anterior, a que correspondem os seguintes limites: (Redação dada pela Lei nº 7.967, de 1989).~~

~~I - para as do item I, entre NCz\$ 500,00 e NCz\$ 2.500,00; (Redação dada pela Lei nº 7.967, de 1989)~~

~~II - para as do item II, entre NCz\$ 2.500,00 e NCz\$ 5.000,00; e (Redação dada pela Lei nº 7.967, de 1989)~~

~~III - para as do item III, entre NCz\$ 5.000,00 e NCz\$ 20.000,00. (Redação dada pela Lei nº 7.967, de 1989)~~

~~§ 1º A multa será aplicada em dobro nas reincidências específicas e acrescidas da metade de seu valor, nas genéricas. (Redação dada pela Lei nº 7.967, de 1989)~~

~~§ 2º Sem prejuízo do disposto nos artigos 4º e 6º desta Lei, a autoridade sanitária levará em consideração, na aplicação da multa, a capacidade econômica do infrator. (Redação dada pela Lei nº 7.967, de 1989)~~

~~§ 3º Os valores estabelecidos neste artigo serão corrigidos com base na variação diária do Bônus do Tesouro Nacional (BTN) ou outro índice que venha a substituí-lo. (Incluído pela Lei nº 7.967, de 1989)~~

Art. 5º A intervenção no estabelecimento, prevista no inciso XI-A do art. 2º, será decretada pelo Ministro da Saúde, que designará interventor, o qual ficará investido de poderes de gestão, afastados os sócios, gerentes ou diretores que contratual ou estatutariamente são detentores de tais poderes e não poderá exceder a cento e oitenta dias, renováveis por igual período. (Redação dada pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 1º Da decretação de intervenção caberá pedido de revisão, sem efeito suspensivo, dirigido ao Ministro da Saúde, que deverá apreciá-lo no prazo de trinta dias. (Redação dada pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 2º Não apreciado o pedido de revisão no prazo assinalado no parágrafo anterior, cessará a intervenção de pleno direito, pelo simples decurso do prazo. (Redação dada pela Lei nº 9.695, de 1998)

§ 2º-A. Ao final da intervenção, o interventor apresentará prestação de contas do período que durou a intervenção. (Incluído pela Lei nº 9.695, de 1998)

Art. 6º - Para a imposição da pena e a sua graduação, a autoridade sanitária levará em conta:

I - as circunstâncias atenuantes e agravantes;

II - a gravidade do fato, tendo em vista as suas consequências para a saúde pública;

III - os antecedentes do infrator quanto às normas sanitárias.

Art. 7º - São circunstâncias atenuantes:

I - a ação do infrator não ter sido fundamental para a consecução do evento;

II - a errada compreensão da norma sanitária, admitida como excusável, quanto patente a incapacidade do agente para atender o caráter ilícito do fato;

III - o infrator, por espontânea vontade, imediatamente, procurar reparar ou minorar as consequências do ato lesivo à saúde pública que lhe for imputado;

IV - ter o infrator sofrido coação, a que podia resistir, para a prática do ato;

V - ser o infrator primário, e a falta cometida, de natureza leve.

Art. 8º - São circunstâncias agravantes:

I - ser o infrator reincidente;

II - ter o infrator cometido a infração para obter vantagem pecuniária decorrente do consumo pelo público do produto elaborado em contrário ao disposto na legislação sanitária;

III - o infrator coagir outrem para a execução material da infração;

IV - ter a infração conseqüências calamitosas à saúde pública;

V - se, tendo conhecimento de ato lesivo à saúde pública, o infrator deixar de tomar as providências de sua alçada tendentes a evitá-lo;

VI - ter o infrator agido com dolo, ainda que eventual fraude ou má fé.

Parágrafo único - A reincidência específica torna o infrator passível de enquadramento na penalidade máxima e a caracterização da infração como gravíssima.

Art. 9º - Havendo concurso de circunstâncias atenuantes e agravantes à aplicação da pena será considerada em razão das que sejam preponderantes.

Art. 10 - São infrações sanitárias:

I - construir, instalar ou fazer funcionar, em qualquer parte do território nacional, laboratórios de produção de medicamentos, drogas, insumos, cosméticos, produtos de higiene, dietéticos, correlatos, ou quaisquer outros estabelecimentos que fabriquem alimentos, aditivos para alimentos, bebidas, embalagens, saneantes e demais produtos que interessem à saúde pública, sem registro, licença e autorizações do órgão sanitário competente ou contrariando as normas legais pertinentes:

pena - advertência, interdição, cancelamento de autorização e de licença, e/ou multa.

II - construir, instalar ou fazer funcionar hospitais, postos ou casas de saúde, clínicas em geral, casas de repouso, serviços ou unidades de saúde, estabelecimentos ou organizações afins, que se dediquem à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem licença do órgão sanitário competente ou contrariando normas legais e regulamentares pertinentes:

pena - advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa.

~~III - instalar consultórios médicos odontológicos, e de quaisquer atividades paramédicas, laboratórios de análises e de pesquisas clínicas, bancos de sangue, de leite humano, de olhos, e estabelecimentos de atividades afins, institutos de esteticismo, ginástica, fisioterapia e de recuperação, balneários, estâncias hidrominerais, termas, climatéricas, de repouso, e de gêneres, gabinetes ou serviços que utilizem aparelhos e equipamentos geradores de raio-X, substâncias radioativas ou radiações ionizantes e outras, estabelecimentos, laboratórios, oficinas e serviços de ótica, de aparelhos ou materiais óticos, de prótese dentária, de aparelhos ou materiais para uso odontológico, ou explorar atividades comerciais, industriais, ou filantrópicas, com a participação de agentes que exerçam profissões ou ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde, sem licença do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto nas demais normas legais e regulamentares pertinentes:-~~

~~pena - advertência, interdição, cancelamento da licença, e/ou multa;~~

III - instalar ou manter em funcionamento consultórios médicos, odontológicos e de pesquisas clínicas, clínicas de hemodiálise, bancos de sangue, de leite humano, de olhos, e estabelecimentos de atividades afins, institutos de esteticismo, ginástica, fisioterapia e de recuperação, balneários, estâncias hidrominerais, termas, climatéricas, de repouso, e congêneres, gabinetes ou serviços que utilizem aparelhos e equipamentos geradores de raios X, substâncias radioativas, ou radiações ionizantes e outras, estabelecimentos, laboratórios, oficinas e serviços de ótica, de aparelhos ou materiais óticos, de prótese dentária, de aparelhos ou materiais para uso odontológico, ou explorar atividades comerciais, industriais, ou filantrópicas, com a participação de agentes que exerçam profissões ou ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde, sem licença do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto nas demais normas legais e regulamentares pertinentes: (Redação dada pela Lei nº 9.695 de 1998)

Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento da licença e/ou multa; (Redação dada pela Lei nº 9.695 de 1998)

IV - extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, manipular, purificar, fracionar, embalar ou reembalar, importar, exportar, armazenar, expedir, transportar, comprar, vender, ceder ou usar alimentos, produtos alimentícios, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, produtos dietéticos, de higiene, cosméticos, correlatos, embalagens, saneantes, utensílios e aparelhos que interessem à saúde pública ou individual, sem registro, licença, ou autorizações do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto na legislação sanitária pertinente:

pena - advertência, apreensão e inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;

V - fazer propaganda de produtos sob vigilância sanitária, alimentos e outros, contrariando a legislação sanitária:

~~pena - advertência, proibição de propaganda, suspensão de venda e/ou multa;~~

pena - advertência, proibição de propaganda, suspensão de venda, imposição de mensagem retificadora, suspensão de propaganda e publicidade e multa. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

VI - deixar, aquele que tiver o dever legal de fazê-lo, de notificar doença ou zoonose transmissível ao homem, de acordo com o que disponham as normas legais ou regulamentares vigentes:

pena - advertência, e/ou multa;

VII - impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias:

pena - advertência, e/ou multa;

VIII - reter atestado de vacinação obrigatória, deixar de executar, dificultar ou opor-se à execução de medidas sanitárias que visem à prevenção das doenças transmissíveis e sua disseminação, à preservação e à manutenção da saúde:

pena - advertência, interdição, cancelamento de licença ou autorização, e/ou multa;

IX - opor-se à exigência de provas imunológicas ou à sua execução pelas autoridades sanitárias:

pena - advertência, e/ou multa;

X - obstar ou dificultar a ação fiscalizadora das autoridades sanitárias competentes no exercício de suas funções:

~~pena - advertência, interdição, cancelamento de licença e autorização, e/ou multa;~~

Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento de licença e/ou multa; (Redação dada pela Lei nº 9.695 de 1998)

XI - aviar receita em desacordo com prescrições médicas ou determinação expressa de lei e normas regulamentares:

pena - advertência, interdição, cancelamento de licença, e/ou multa;

XII - fornecer, vender ou praticar atos de comércio em relação a medicamentos, drogas e correlatos cuja venda e uso dependam de prescrição médica, sem observância dessa exigência e contrariando as normas legais e regulamentares:

pena - advertência, interdição, cancelamento da licença, e/ou multa;

XIII - retirar ou aplicar sangue, proceder a operações de plasmaferese, ou desenvolver outras atividades hemoterápicas, contrariando normas legais e regulamentares:

~~pena - advertência, interdição, cancelamento da licença e registro, e/ou multa;~~

Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento da licença e registro e/ou multa; (Redação dada pela Lei nº 9.695 de 1998)

XIV - exportar sangue e seus derivados, placentas, órgãos, glândulas ou hormônios, bem como quaisquer substâncias ou partes do corpo humano, ou utilizá-los contrariando as disposições legais e regulamentares:

~~pena - advertência, interdição, cancelamento de licença e registro, e/ou multa;~~

Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento de licença e registro e/ou multa; (Redação dada pela Lei nº 9.695 de 1998)

XV - rotular alimentos e produtos alimentícios ou bebidas bem como medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, produtos dietéticos, de higiene, cosméticos, perfumes, correlatos, saneantes, de correção estética e quaisquer outros contrariando as normas legais e regulamentares:

pena - advertência, inutilização, interdição, e/ou multa;

XVI - alterar o processo de fabricação dos produtos sujeitos a controle sanitário, modificar os seus componentes básicos, nome, e demais elementos objeto do registro, sem a necessária autorização do órgão sanitário competente:

pena - advertência, interdição, cancelamento do registro da licença e autorização, e/ou multa;

XVII - reaproveitar vasilhames de saneantes, seus congêneres e de outros produtos capazes de serem nocivos à saúde, no envasilhamento de alimentos, bebidas, refrigerantes, produtos dietéticos, medicamentos, drogas, produtos de higiene, cosméticos e perfumes:

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;

~~XVIII - expor à venda ou entregar ao consumo produtos de interesse à saúde cujo prazo de validade tenha expirado, ou apor-lhes novas datas, após expirado o prazo;~~

XVIII - importar ou exportar, expor à venda ou entregar ao consumo produtos de interesse à saúde cujo prazo de validade tenha se expirado, ou apor-lhes novas datas, após expirado o prazo; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, da licença e da autorização, e/ou multa.

XIX - industrializar produtos de interesse sanitário sem a assistência de responsável técnico, legalmente habilitado:

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;

XX - utilizar, na preparação de hormônios, órgãos de animais doentes, estafados ou emagrecidos ou que apresentem sinais de decomposição no momento de serem manipulados:

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, da autorização e da licença, e/ou multa;

XXI - comercializar produtos biológicos, imunoterápicos e outros que exijam cuidados especiais de conservação, preparação, expedição, ou transporte, sem observância das condições necessárias à sua preservação:

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;

XXII - aplicação, por empresas particulares, de raticidas cuja ação se produza por gás ou vapor, em galerias, bueiros, porões, sótãos ou locais de possível comunicação com residências ou frequentados por pessoas e animais:

pena - advertência, interdição, cancelamento de licença e de autorização, e/ou multa;

XXIII - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades e outras exigências sanitárias pelas empresas de transportes, seus agentes e consignatários, comandantes ou responsáveis diretos por embarcações, aeronaves, ferrovias, veículos terrestres, nacionais e estrangeiros:

pena - advertência, interdição, e/ou multa;

XXIV - inobservância das exigências sanitárias relativas a imóveis, pelos seus proprietários, ou por quem detenha legalmente a sua posse:

pena - advertência, interdição, e/ou multa;

XXV - exercer profissões e ocupações relacionadas com a saúde sem a necessária habilitação legal:

pena - interdição e/ou multa;

XXVI - cometer o exercício de encargos relacionados com a promoção, proteção e recuperação da saúde a pessoas sem a necessária habilitação legal:

pena - interdição, e/ou multa;

XXVII - proceder à cremação de cadáveres, ou utilizá-los, contrariando as normas sanitárias pertinentes:

pena - advertência, interdição, e/ou multa;

XXVIII - fraudar, falsificar ou adulterar alimentos, inclusive bebidas, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, dietéticos, saneantes e quaisquer outros que interessem à saúde pública:

~~pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento;~~

pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para o funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXIX - transgredir outras normas legais e regulamentares destinadas à proteção da saúde:

~~pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou de fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento, proibição de propaganda;~~

pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto; suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto; interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento, proibição de propaganda e/ou multa; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

~~XXX - expor, ou entregar ao consumo humano, sal, refinado ou moído, que não contenha iodo na proporção de dez miligramas de iodo metalóide por quilograma de produto;~~

XXX - expor ou entregar ao consumo humano, sal refinado, moído ou granulado, que não contenha iodo na proporção estabelecida pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela Lei nº 9.005, de 1995)

~~pena - advertência, apreensão e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento;~~

pena - advertência, apreensão e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto e interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXI - descumprir atos emanados das autoridades sanitárias competentes visando à aplicação da legislação pertinente:

~~pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou de fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento; cancelamento do alvará de licenciamento da empresa, proibição de propaganda;~~

pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou de fabricação do produto, cancelamento do registro do produto; interdição parcial ou total do estabelecimento; cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento, proibição de propaganda e/ou multa; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

Parágrafo único - Independem de licença para funcionamento os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequadas e à assistência e responsabilidade técnicas.

XXXII - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias, por pessoas física ou jurídica, que operem a prestação de serviços de interesse da saúde pública em embarcações, aeronaves, veículos terrestres, terminais alfandegados, terminais aeroportuários ou portuários, estações e passagens de fronteira e pontos de apoio de veículos terrestres: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXIII - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias, por empresas administradoras de terminais alfandegados, terminais aeroportuários ou portuários, estações e passagens de fronteira e pontos de apoio de veículos terrestres: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXIV - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias relacionadas à importação ou exportação, por pessoas física ou jurídica, de matérias-primas ou produtos sob vigilância sanitária: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXV - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias relacionadas a estabelecimentos e às boas práticas de fabricação de matérias-primas e de produtos sob vigilância sanitária: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXVI - proceder a mudança de estabelecimento de armazenagem de produto importado sob interdição, sem autorização do órgão sanitário competente: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXVII - proceder a comercialização de produto importado sob interdição: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXVIII - deixar de garantir, em estabelecimentos destinados à armazenagem e/ou distribuição de produtos sob vigilância sanitária, a manutenção dos padrões de identidade e qualidade de produtos importados sob interdição ou aguardando inspeção física: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XXXX - interromper, suspender ou reduzir, sem justa causa, a produção ou distribuição de medicamentos de tarja vermelha, de uso continuado ou essencial à saúde do indivíduo, ou de tarja preta, provocando o desabastecimento do mercado: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento do registro do produto, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XL - deixar de comunicar ao órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde a interrupção, suspensão ou redução da fabricação ou da distribuição dos medicamentos referidos no inciso XXXX (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento do registro do produto, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

XLI - descumprir normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias, por pessoas físicas ou jurídicas, que operem a prestação de serviços de interesse da saúde pública em embarcações, aeronaves, veículos terrestres, terminais alfandegados, terminais aeroportuários ou portuários, estações e passagens de fronteira e pontos de apoio de veículo terrestres: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

pena - advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento do registro do produto, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

Art. 11 - A inobservância ou a desobediência às normas sanitárias para o ingresso e a fixação de estrangeiro no País, implicará em impedimento do desembarque ou permanência do alienígena no território nacional, pela autoridade sanitária competente.

TÍTULO II

DO PROCESSO

Art. 12 - As infrações sanitárias serão apuradas no processo administrativo próprio, iniciado com a lavratura de auto de infração, observados o rito e prazos estabelecidos nesta Lei.

Art. 13 - O auto de infração será lavrado na sede da repartição competente ou no local em que for verificada a infração, pela autoridade sanitária que a houver constatado, devendo conter:

I - nome do infrator, seu domicílio e residência, bem como os demais elementos necessários à sua qualificação e identificação civil;

II - local, data e hora da lavratura onde a infração foi verificada;

III - descrição da infração e menção do dispositivo legal ou regulamentar transgredido;

IV - penalidade a que está sujeito o infrator e o respectivo preceito legal que autoriza a sua imposição;

V - ciência, pelo autuado, de que responderá pelo fato em processo administrativo;

VI - assinatura do autuado ou, na sua ausência ou recusa, de duas testemunhas, e do autuante;

VII - prazo para interposição de recurso, quando cabível.

Parágrafo único - Havendo recusa do infrator em assinar o auto, será feita, neste, a menção do fato.

Art. 14 - As penalidades previstas nesta Lei serão aplicadas pelas autoridades sanitárias competentes do

Ministério da Saúde, dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, conforme as atribuições que lhes sejam conferidas pelas legislações respectivas ou por delegação de competência através de convênios.

Art . 15 - A autoridade que determinar a lavratura de auto de infração ordenará, por despacho em processo, que o autuante proceda à prévia verificação da matéria de fato.

Art . 16 - Os servidores ficam responsáveis pelas declarações que fizerem nos autos de infração, sendo passíveis de punição, por falta grave, em casos de falsidade ou omissão dolosa.

Art . 17 - O infrator será notificado para ciência do auto de infração:

I - pessoalmente;

II - pelo correio ou via postal;

III - por edital, se estiver em lugar incerto ou não sabido.

§ 1º - Se o infrator for notificado pessoalmente e recusar-se a exarar ciência, deverá essa circunstância ser mencionada expressamente pela autoridade que afetou a notificação.

§ 2º - O edital referido no inciso III deste artigo será publicado uma única vez, na imprensa oficial, considerando-se efetivada a notificação cinco dias após a publicação.

Art . 18 - Quando, apesar da lavratura do auto de infração, subsistir, ainda, para o infrator, obrigação a cumprir, será expedido edital fixado o prazo de trinta dias para o seu cumprimento, observado o disposto no § 2º do art. 17.

Parágrafo único - O prazo para o cumprimento da obrigação subsistente poderá ser reduzido ou aumentado, em casos excepcionais, por motivos de interesse público, mediante despacho fundamentado.

Art . 19 - A desobediência à determinação contida no edital a que se alude no art. 18 desta Lei, além de sua execução forçada acarretará a imposição de multa diária, arbitrada de acordo com os valores correspondentes à classificação da infração, até o exato cumprimento da obrigação, sem prejuízo de outras penalidades previstas na legislação vigente.

Art . 20 - O desrespeito ou desacato ao servidor competente, em razão de suas atribuições legais, bem como embargo oposto a qualquer ato de fiscalização de leis ou atos regulamentares em matéria de saúde, sujeitarão o infrator à penalidade de multa.

Art . 21 - As multas impostas em auto de infração poderão sofrer redução de vinte por cento caso o infrator efetue o pagamento no prazo de vinte dias, contados da data em que for notificado, implicando na desistência tácita de defesa ou recurso.

Art . 22 - O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de quinze dias contados de sua notificação.

§ 1º - Antes do julgamento da defesa ou da impugnação a que se refere este artigo deverá a autoridade julgadora ouvir o servidor autuante, que terá o prazo de dez dias para se pronunciar a respeito.

§ 2º - Apresentada ou não a defesa ou impugnação, o auto de infração será julgado pelo dirigente do órgão de vigilância sanitária competente.

Art . 23 - A apuração do ilícito, em se tratando de produto ou substância referidos no art. 10, inciso IV, far-se-á mediante a apreensão de amostras para a realização de análise fiscal e de interdição, se for o caso.

§ 1º - A apreensão de amostras para efeito de análise, fiscal ou de controle, não será acompanhada da interdição do produto.

§ 2º - Excetuam-se do disposto no parágrafo anterior os casos em que sejam flagrantes os indícios de alteração ou adulteração do produto, hipótese em que a interdição terá caráter preventivo ou de medida cautelar.

§ 3º - A interdição do produto será obrigatório quando resultarem provadas, em análise laboratoriais ou no exame de processos, ações fraudulentas que impliquem em falsificação ou adulteração.

§ 4º - A interdição do produto e do estabelecimento, como medida cautelar, durará o tempo necessário à realização de testes, provas, análises ou outras providências requeridas, não podendo, em qualquer caso, exceder o prazo de noventa dias, findo qual o produto ou estabelecimento será automaticamente liberado.

Art. 24 - Na hipótese de interdição do produto, previsto no § 2º do art. 23, a autoridade sanitária lavrará o termo respectivo, cuja primeira via será entregue, juntamente com o auto de infração, ao infrator ou ao seu representante legal, obedecidos os mesmos requisitos daquele, quanto à aposição do ciente.

Art. 25 - Se a interação for imposta como resultado de laudo laboratorial, a autoridade sanitária competente fará constar do processo o despacho respectivo e lavrará o termo de interdição, inclusive, do estabelecimento, quando for o caso.

Art. 26 - O termo de apreensão e de interdição especificará a natureza, quantidade, nome e/ou marca, tipo procedência, nome e endereço da empresa e do detentor do produto.

Art. 27 - A apreensão do produto ou substância constituirá na colheita de amostra representativa do estoque existente, a qual, divide em três partes, será tornada inviolável, para que se assegurem as características de conservação e autenticidade, sendo uma delas entregue ao detentor ou responsável, a fim de servir como contraprova, e a duas imediatamente encaminhadas ao laboratório oficial, para realização das análises indispensáveis.

§ 1º - se a sua quantidade ou natureza não permitir a colheita de amostras, o produto ou substâncias será encaminhado ao laboratório oficial, para realização da análise fiscal, na presença do seu detentor ou do representante legal da empresa e do perito pela mesma indicado.

§ 2º - Na hipótese prevista no § 1º deste artigo, se ausentes as pessoas mencionadas, serão convocadas duas testemunhas para presenciar a análise.

§ 3º - Será lavrado laudo minucioso e conclusivo da análise fiscal, o qual será arquivado no laboratório oficial, extraídas cópias, uma para integrar o processo e as demais para serem entregues ao detentor ou responsável pelo produto ou substância e à empresa fabricante.

§ 4º - O infrator, discordando do resultado condenatório da análise, poderá, em separado ou juntamente com o pedido de revisão da decisão recorrida, requerer perícia de contraprova, apresentando a amostra em seu poder e indicando seu próprio perito.

§ 5º - Da perícia de contraprova será lavrada ata circunstanciada, datada e assinada por todos os participantes, cuja primeira via integrará o processo, e conterá todos os quesitos formulados pelos peritos.

§ 6º - A perícia de contraprova não será efetuada se houver indícios de violação da amostra em poder do infrator e, nessa hipótese, prevalecerá como definitivo o laudo condenatório.

§ 7º - Aplicar-se-á na perícia de contraprova o mesmo método de análise empregado na análise fiscal condenatória, salvo se houver concordância dos peritos quanto à adoção de outro.

§ 8º - A discordância entre os resultados da análise fiscal condenatória e da perícia de contraprova ensejará recurso à autoridade superior no prazo de dez dias, o qual determinará novo exame pericial, a ser realizado na segunda amostra em poder do laboratório oficial.

Art. 28 - Não sendo comprovada, através da análise fiscal, ou da perícia de contraprova, a infração objeto da apuração, e sendo considerado o produto próprio para o consumo, a autoridade competente lavrará despacho liberando-o e determinando o arquivamento do processo.

Art. 29 - Nas transgressões que independam de análises ou perícias, inclusive por desacato à autoridade sanitária, o processo obedecerá a rito sumaríssimo e será considerado conclusivo caso infrator não apresente recurso no prazo de quinze dias.

Art. 30 - Das decisões condenatórias poderá o infrator recorrer, dentro de igual prazo ao fixado para a defesa, inclusive quando se tratar de multa.

Parágrafo único - Mantida a decisão condenatória, caberá recurso para a autoridade superior, dentro da esfera governamental sob cuja jurisdição se haja instaurado o processo, no prazo de vinte dias de sua ciência ou publicação.

Art . 31 - Não caberá recurso na hipótese de condenação definitiva do produto em razão de laudo laboratorial confirmado em perícia de contraprova, ou nos casos de fraude, falsificação ou adulteração.

Art . 32 - Os recursos interpostos das decisões não definitivas somente terão efeito suspensivo relativamente ao pagamento da penalidade pecuniária, não impedindo a imediata exigibilidade do cumprimento da obrigação subsistente na forma do disposto no art. 18.

Parágrafo único - O recurso previsto no § 8º do art. 27 será decidido no prazo de dez dias.

Art . 33 - Quando aplicada a pena de multa, o infrator será notificado para efetuar o pagamento no prazo de trinta dias, contados da data da notificação, recolhendo-a à conta do Fundo Nacional de Saúde, ou às repartições fazendárias dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, conforme a jurisdição administrativa em que ocorra o processo.

§ 1º - A notificação será feita mediante registro postal, ou por meio de edital publicado na imprensa oficial, se não localizado o infrator.

§ 2º - O não recolhimento da multa, dentro do prazo fixado neste artigo, implicará na sua inscrição para cobrança judicial, na forma da legislação pertinente.

Art . 34 - Decorrido o prazo mencionado no parágrafo único do art. 30, sem que seja recorrida a decisão condenatória, ou requerida a perícia de contraprova, o laudo de análise condenatório será considerado definitivo e o processo, desde que não instaurado pelo órgão de vigilância sanitária federal, ser-lhe-á transmitido para ser declarado o cancelamento do registro e determinada a apreensão e inutilização do produto, em todo o território nacional, independentemente de outras penalidades cabíveis, quando for o caso.

Art . 35 - A inutilização dos produtos e o cancelamento do registro, da autorização para o funcionamento da empresa e da licença dos estabelecimentos somente ocorrerão após a publicação, na imprensa oficial, de decisão irreversível.

Art . 36 - No caso de condenação definitiva do produto cuja alteração, adulteração ou falsificação não impliquem em torná-lo impróprio para o uso ou consumo, poderá a autoridade sanitária, ao proferir a decisão, destinar a sua distribuição a estabelecimentos assistenciais, de preferência oficiais, quando esse aproveitamento for viável em programas de saúde.

Art . 37 - Ultimada a instrução do processo, uma vez esgotados os prazos para recurso sem apresentação de defesa, ou apreciados os recursos, a autoridade sanitária proferirá a decisão final dando o processo por concluso, após a publicação desta última na imprensa oficial e da adoção das medidas impostas.

Art . 38 - As infrações às disposições legais e regulamentares de ordem sanitária prescrevem em cinco anos.

§ 1º - A prescrição interrompe-se pela notificação, ou outro ato da autoridade competente, que objetive a sua apuração e conseqüente imposição de pena.

§ 2º - Não corre o prazo prescricional enquanto houver processo administrativo pendente de decisão.

Art . 39 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art . 40 - Ficam revogados o Decreto-lei nº 785, de 25 de agosto de 1969, e demais disposições em contrário.

Brasília, em 20 de agosto de 1977; 156º da Independência e 89º da República.

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 24.8.1977

(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.)

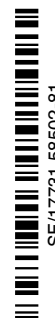
Publicado no DSF, de 14/8/2013.

1ª PARTE - DELIBERATIVA

5

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 525, de 2013, do Senador Pedro Taques, *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 vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.*



SF/17731.58502-81

Relator: Senador **VALDIR RAUPP**

I – RELATÓRIO

Vem, para análise desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 525, de 2013, do Senador Pedro Taques, *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 vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.*

O projeto é constituído por dois artigos. O primeiro deles altera a redação do inciso II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, de modo a atingir o objetivo descrito na ementa da proposição. Adicionalmente, promove a redução do limite mínimo de idade para que o beneficiário seja privilegiado

na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos no âmbito da saúde suplementar, que passa de 65 para 60 anos.

O art. 2º – cláusula de vigência – determina que a lei eventualmente originada da proposição entre em vigor na data de sua publicação.

O autor argumenta, na justificação de sua proposta, que são corriqueiras as situações em que pacientes somente conseguem agendamento com o médico caso se disponham a pagar pela consulta ou procedimento do próprio bolso. Dessa forma, tal discriminação deve ser abolida.

A proposição foi previamente distribuída à Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA), onde recebeu parecer pela aprovação. Será agora apreciada por esta CAS, para decisão em caráter terminativo.

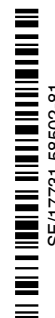
Não lhe foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

A apreciação do PLS nº 525, de 2013, pela CAS justifica-se em razão do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), que confere à Comissão competência para opinar, quanto ao mérito, sobre proposições que versem sobre proteção e defesa da saúde. A competência para proferir decisão em caráter terminativo sobre a matéria está fundamentada, por sua vez, no inciso I do art. 91 do Risf.

A iniciativa em apreço pretende combater a prática comumente adotada por consultórios médicos e clínicas privadas de oferecer prazos diferenciados para a marcação de consultas, a depender de sua forma de pagamento: se o pagamento for efetuado diretamente pelo paciente ou seu responsável (modalidade denominada *out of pocket* na literatura especializada), há disponibilização de vagas em curto espaço de tempo; se o atendimento for cobrado do plano de saúde, o prazo é muito superior.

Tal prática não é de todo surpreendente, visto que os médicos e demais profissionais de saúde tendem a privilegiar o atendimento aos chamados “pacientes particulares”. Essas consultas são remuneradas por valores muitas vezes superiores àqueles pagos pelas operadoras de planos de



SF/17731.58502-81

saúde, estimulando os médicos a tentar aumentar o seu percentual de atendimento a esses clientes.

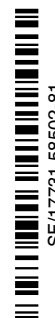
Com efeito, o problema da dificuldade na marcação de consultas, exames e outros procedimentos no âmbito da saúde suplementar é frequente e não mostra sinais de melhora. A principal causa é a baixa remuneração paga pelas operadoras de planos de saúde aos prestadores de serviço, que se sentem desestimulados a atender seus beneficiários.

A nosso ver, contudo, a aprovação do PLS nº 525, de 2013, em nada mudaria essa realidade, visto que nada indica um significativo aumento da oferta de consultas e procedimentos para os beneficiários de planos de saúde decorrente da medida.

Caso a proposição sob análise seja aprovada e convertida em lei, espera-se que os médicos com elevado percentual de pacientes que pagam do próprio bolso deixem de atender os beneficiários de planos de saúde, a fim de não prejudicar sua principal fonte de sustento. Para os médicos que têm poucos clientes "particulares", a adoção da agenda única não vai representar aumento significativo da disponibilidade de vagas para os beneficiários de planos de saúde, pois sua agenda já é majoritariamente ocupada por estes. Tudo continuará como está, exceto para os pacientes que pagam do próprio bolso, que passarão a ter dificuldades na marcação de consultas.

Com efeito, o comando legal proposto impede a adoção de práticas discriminatórias, mas ainda deixa ampla margem de manobra para os profissionais de saúde que atuam no mercado privado. Aqueles que tiverem grande volume de pacientes beneficiários de planos de saúde podem rescindir o contrato com algumas operadoras e, com isso, reduzir a demanda. Alternativamente, podem passar a atender também em outra clínica, que não aceite planos de saúde, a fim de segregar a clientela sem o risco da discriminação e de cometer ato ilícito.

Em resumo, a aprovação do PLS nº 525, de 2013, não resultará, a nosso ver, em significativa melhora do cenário da saúde suplementar no Brasil, marcada pela insatisfação generalizada de beneficiários, operadoras e prestadores de serviço. A demora na marcação de consultas, exames e procedimentos é uma constante e, certamente, não será alterada, visto que os valores pagos aos prestadores pelas operadoras permanecerão pouco convidativos. A medida representará apenas mais um elemento complicador



SF/17731.58502-81

na já turbulenta relação entre a tríade formada por operadora, beneficiário e prestador de serviço.

Quanto à redução do limite de idade a partir da qual os beneficiários devem ser privilegiados na marcação de consultas, exames e procedimentos, trata-se de mero ajuste às disposições do Estatuto do Idoso, sem qualquer impacto sobre o ordenamento jurídico. Como o Estatuto é posterior à Lei dos Planos de Saúde, atualmente vige a idade por ele determinada, ou seja, sessenta anos.

Os aspectos relativos à constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa da proposição foram detidamente analisados no âmbito de sua apreciação pela CMA, que a julgou formalmente apta a ser incorporada ao ordenamento jurídico pátrio. No entanto, considerando as questões relativas ao mérito do projeto, posicionamo-nos contrariamente à sua aprovação.

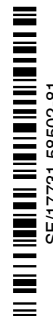
III – VOTO

Diante dos argumentos expostos, o voto é pela REJEIÇÃO do Projeto de Lei do Senado nº 525, de 2013.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17731.58502-81



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 525, DE 2013

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 vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 18.

.....

II – a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com sessenta anos ou mais de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças de até cinco anos, vedadas a utilização de agendas com prazos de marcação diferenciados e qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente consumidor de plano ou seguro privado de assistência à saúde e o paciente custeado por recursos próprios;

..... (NR)”

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

2

JUSTIFICAÇÃO

Todos nós já nos deparamos com uma prática abusiva que afeta, de forma geral, os beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Ao tentarmos agendar uma consulta médica, somos afrontados pela pergunta “É por convênio ou é particular?”, seguida da singela explicação de que “Se for particular, existe vaga hoje, mas, se for por convênio, só há horário disponível daqui a dois meses”.

Esse é um tipo de conduta mesquinha e discriminatória contra os pacientes consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde, cujo objetivo é coagi-los a pagar, com recursos próprios, por consultas, exames e procedimentos que deveriam ser cobertos pelo plano ou seguro.

O projeto de lei que apresentamos tem a finalidade de proibir que as pessoas físicas ou jurídicas que prestem serviços de saúde aos beneficiários de planos privados de saúde adotem agendamento diferenciado ou qualquer espécie de discriminação entre esses beneficiários e os pacientes que pagam o atendimento com recursos próprios, referidos no jargão da área de saúde como “pacientes particulares”.

Aproveitamos a oportunidade para propor, também, a diminuição da idade de 65 para 60 anos para a priorização do atendimento às pessoas idosas prevista no inciso II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998. Essa alteração visa harmonizar a Lei dos Planos de Saúde com o Estatuto do Idoso, cujo art. 1º considera idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Por sinal, a Lei dos Planos de Saúde já utiliza esse critério em vários dispositivos, especialmente quando veda aumento do valor da contraprestação em razão de mudança da faixa etária a partir dos 60 anos.

Esperamos, com esta proposta, contribuir para a diminuição do enorme número de reclamações dos consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Sala das Sessões,

PEDRO TAQUES
Senador da República

3
LEGISLAÇÃO CITADA

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

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 a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

4

- a) custeio de despesas; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
 - b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
 - c) reembolso de despesas; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
 - d) mecanismos de regulação; [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
 - e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
 - f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
- § 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
- § 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
- § 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)
- § 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

(...)

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

5

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001\)](#)

(Às Comissões de Meio Ambiente Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle; e de Assuntos Sociais, cabendo à última a decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, de 12/12/2013.

PARECER Nº , DE 2014

Da COMISSÃO DE MEIO AMBIENTE, DEFESA DO CONSUMIDOR E FISCALIZAÇÃO E CONTROLE, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 525, de 2013, do Senador Pedro Taques, 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 vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.*

RELATOR: Senador **EDUARDO AMORIM**

I – RELATÓRIO

Trata-se do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 525, de 2013, do Senador Pedro Taques, 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 vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde utilize agenda diferenciada para a marcação de consultas, exames e procedimentos ou pratique qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente coberto por plano ou seguro e aquele custeado por recursos próprios.*

A proposição é composta de dois artigos. O art. 1º altera o inciso II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. Atualmente, referido dispositivo tem a seguinte redação:

“a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos”

As alterações propostas são duas: reduz a idade estabelecida de sessenta e cinco para sessenta anos e inclui, ao final do dispositivo, o seguinte:

“vedadas a utilização de agendas com prazos de marcação diferenciados e qualquer discriminação ou diferenciação de prazo de marcação entre o paciente consumidor de plano ou seguro privado de assistência à saúde e o paciente custeado por recursos próprios.”

Como se pode observar, além de estender o benefício da prioridade na marcação de consulta para as pessoas que já tenham completado sessenta anos de idade, mas não tenha ainda sessenta e cinco, a proposição objetiva vedar que sejam preteridos usuários de planos de saúde.

Na justificção, o autor da proposição é enfático ao afirmar que, na prática, são comuns casos em que pacientes somente conseguem a necessária consulta com o médico caso se disponham a pagar pela consulta. Propõe que essa discriminação seja proibida, bem como assevera que a redução da idade de sessenta e cinco anos para sessenta já está presente em diplomas legais, que define idoso como pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos.

A proposição foi distribuída esta Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA). Após, a proposição será encaminhada à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para decisão terminativa.

Não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 102-A, III, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), cabe à Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor

e Fiscalização e Controle, opinar sobre assuntos atinentes à defesa do consumidor, como é o caso.

No que se refere à constitucionalidade da proposição, observa-se que a União é competente para legislar a respeito de seguros, de direito do consumidor e de saúde, a teor do arts. 22, VII, e 24, V e XII, da Constituição Federal (CF) e do art. 48 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Quanto à espécie normativa a ser utilizada, verifica-se que a escolha por um projeto de lei ordinária revela-se correta, pois a matéria não está reservada pela CF à lei complementar.

No que concerne à juridicidade, a proposição se afigura irretocável, porquanto: *i)* o meio eleito para o alcance dos objetivos pretendidos (normatização via edição de lei) é o adequado; *ii)* a matéria nela vertida *inova* o ordenamento jurídico; *iii)* possui o atributo da *generalidade*; *iv)* se afigura dotada de potencial *coercitividade*; e *v)* se revela compatível com os princípios diretores do sistema de direito pátrio.

A matéria veiculada não é de iniciativa privativa do Presidente da República (art. 61, § 1º, da CF) nem está no rol das competências exclusivas do Congresso Nacional ou de qualquer de suas Casas, expresso nos arts. 49, 51 e 52 da CF.

Não há ressalvas a fazer no tocante à técnica legislativa empregada.

No mérito, estamos totalmente de acordo com as razões apresentadas na justificação da proposição.

A redução da idade de sessenta e cinco para sessenta anos está de acordo com a definição de idoso constante do art. 1º da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Desse modo, além de beneficiar expressivo contingente da população, a proposição tem o condão de harmonizar o direito positivo, atendendo à melhor técnica jurídica.

No que se refere à vedação da discriminação quanto ao atendimento, entendemos que não apenas a medida proposta é justa, como necessária para a eficácia do mandamento contido no inciso que se pretende alterar. Com efeito, o

inciso II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece que a prioridade deve ser para os casos de emergência ou urgência, bem como por critérios etários. A prática atual, ao privilegiar pessoas que pagarão diretamente pela consulta viola, por si só, as prioridades estabelecidas pela Lei.

Ressaltamos que não há, sob qualquer aspecto, violação do princípio da livre iniciativa (art. 170 da CF), pois o prestador de serviço de saúde não está obrigado a firmar qualquer contrato regido pela Lei nº 9.656, de 1998. Caso opte por fazê-lo, porém, deve se submeter inteiramente a esse regramento.

III – VOTO

Ante o exposto, voto pela constitucionalidade, boa técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação do PLS nº 525, de 2013.

Sala da Comissão, 19 de maio de 2015

Senador Otto Alencar, Presidente



, Relator

1ª PARTE - DELIBERATIVA

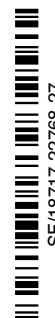
6



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 282, de 2016, da Senadora Marta Suplicy, que *modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.*



SF/18717.22768-27

Relator: Senador **JOSÉ PIMENTEL**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 282, de 2016, que modifica a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social de despesas realizadas em razão da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Por meio de alterações nos arts. 120 e 121 da referida lei, a proposta estabelece que a Previdência Social deva ajuizar ação regressiva em desfavor dos responsáveis nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha, após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória. Mais ainda: o pagamento, pela Previdência Social, de prestações pagas decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher, não exclui a responsabilidade civil pelo ato praticado.

Ao justificar sua iniciativa, a autora afirma que a exigência de ressarcimento, pela Previdência Social, dos gastos com benefícios que não precisariam ser concedidos, se não houvesse violência familiar ou doméstica, pode constituir fator importante para coibir desse tipo de agressão.

A proposta foi aprovada sem emendas pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.

Caso seja acolhida neste Colegiado, e não haja recursos para votação em Plenário, o texto seguirá para o exame da Câmara dos Deputados.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal, cabe a esta Comissão opinar sobre assuntos relacionados à seguridade, tema do PLS nº 282, de 2016, o que torna regimental a presente análise.

Ademais de regimental, a matéria não apresenta vícios de constitucionalidade ou juridicidade, sendo vazada em adequada técnica legislativa.

Quanto ao mérito da proposta, não há reparos a fazer, eis que se trata de projeto que objetiva dar maior eficácia ao ressarcimento dos gastos da Previdência Social. A medida também traz a importante capacidade de se tornar um instrumento valioso no enfrentamento à violência contra a mulher.

Registre-se que, hoje, algumas ações regressivas nesse sentido já vêm sendo ajuizadas, mas enfrentam certa resistência do Poder Judiciário pelo fato de não haver previsão legal expressa.

Com efeito, pode-se constatar que na atual redação do art. 120 da Lei nº 8.213, de 14 de julho de 1991, há tão somente previsão da obrigação da Previdência Social ajuizar a ação regressiva, nos casos de prestações ocasionadas por acidente do trabalho.

Não existe, contudo, menção na lei à violência contra mulher. Trata-se de evidente lapso legislativo que vem dificultando o ajuizamento de ações nesses casos. É imprescindível, portanto, que essa lacuna seja preenchida em nosso ordenamento jurídico, até porque o exercício do direito de regresso, para além da finalidade indenizatória do gasto público, tem forte caráter punitivo-pedagógico, pois não deixa de ser uma grave sanção pecuniária ao agressor.



SF/18717.22768-27

No Brasil, segundo a Organização das Nações Unidas, 40% das mulheres já sofreram violência doméstica em algum momento de sua vida. Em 2014, foram mais de 45 mil estupros registrados no país.

A cada duas horas, uma mulher é assassinada no País. Em grande parte dos casos, por homens com os quais têm relações afetivas, situação o que coloca o Brasil na 5ª posição em um ranking de feminicídio que avaliou a incidência do crime em 83 países.

O número de casos de violência doméstica registrados no Brasil aumentou em 2017, aponta um estudo divulgado recentemente pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

No total, foram relacionados 1.273.398 processos em tramitação nas justiças estaduais em todo o País, sendo que apenas no ano passado foram registrados 388.263 novos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, um aumento de 16% em relação ao ano anterior. Até o final de 2017, havia um processo judicial de violência doméstica para cada 100 mulheres brasileiras. O número de casos pendentes se manteve estável em 833.289 processos.

É difícil calcular precisamente os custos associados a todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde e previdência.

Estudos demonstram, todavia, que as vítimas de violência doméstica têm mais problemas de saúde, apresentam maiores custos com cuidados de saúde e vão com maior frequência aos serviços de urgência do que as pessoas que não têm um histórico de violência.

Com a medida preconizadas pelo projeto sob exame, espera-se uma forte redução do número de casos de violência no Brasil, uma vez que as condenações obtidas nessas ações regressivas atuam como medida punitivo-pedagógica aos agressores, sejam eles efetivos ou potenciais.

III – VOTO

Pelo exposto, nosso voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado no 282, de 2016.

4

Sala da Comissão, de de 2018.

, Presidente

, Relator



SF/18717.22768-27



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 282, DE 2016

Modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.

AUTORIA: Senadora Marta Suplicy

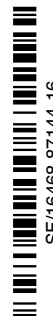
DESPACHO: Às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2016

Modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passam a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 120.** A Previdência Social ajuizará ação regressiva contra os responsáveis nos casos de:

I – negligência quanto às normas padrão de segurança e higiene do trabalho indicados para a proteção individual e coletiva;

II – violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória.” (NR)

“**Art. 121.** O pagamento, pela Previdência Social, das prestações por acidente do trabalho ou decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher não exclui a responsabilidade civil da empresa, na hipótese do inciso I do art. 120 desta Lei, ou do responsável pela violência doméstica e familiar contra a mulher, na hipótese do inciso II do mesmo artigo.” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A Seguridade Social, em suas inúmeras vertentes, procura oferecer uma cobertura completa aos efeitos negativos dos eventos que impedem as pessoas de trabalhar ou obter renda para o seu sustento. Nessa

linha, a diversidade de benefícios torna mais justa a sua distribuição e amplia a abrangência dos beneficiários. Trata-se, no caso do Brasil, de um sistema complexo e amplo que tem oferecido bons resultados na distribuição da renda, sendo um dos maiores programas mundiais de diminuição das disparidades sociais, se não for o maior deles.

Dispondo de um instrumento tão relevante, é natural que haja uma preocupação com a responsabilidade dos agentes que acarretam custos para o sistema como um todo. Em muitos casos, como a concessão do benefício precisa ser imediata, faz-se necessário que a Previdência Social assuma essa função e, posteriormente, vá buscar o ressarcimento dos gastos com a seguridade da vítima. O exemplo clássico é o das doenças ou acidentes de trabalho decorrentes de negligência com as normas de segurança e higiene, na proteção individual e coletiva dos trabalhadores.

No momento, nossa preocupação diz respeito à violência doméstica e familiar. Temos uma legislação avançada, formalizada na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Claro que a aplicação prática de seus dispositivos exige a sua constante atualização e adequação aos resultados que vão sendo apurados. É fundamental que os agressores sejam coibidos, controlados e reeducados para o respeito à dignidade humana.

Com esse intuito, cremos que a exigência de ressarcimento, pela Previdência Social, dos gastos com benefícios que não precisariam ser concedidos, se não houvesse violência familiar ou doméstica, possa ser mais um instrumento para inibir esses comportamentos agressivos e violentos.

É bom que os potenciais agressores pensem inúmeras vezes antes de agir contra a mulher. É fundamental que eles saibam da existência desta responsabilidade previdenciária, além das outras mais conhecidas.

Para evitar as alegações de presunção de inocência, estamos prevendo que a ação regressiva somente pode ser ajuizada após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória, o que, em tese, deve ocorrer o mais rápido possível para evitar a continuidade dos assédios e violências.

Dessa maneira, entendemos que os interesses das mulheres, da Previdência Social e da sociedade serão contemplados de forma equitativa e benéfica e, esperamos, haverá uma redução significativa no número de crimes desta natureza.



SF/16468.87144-16

Sala das Sessões,

Senador MARTA SUPPLY



LEGISLAÇÃO CITADA

Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991 - LEI DE BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - 8213/91

artigo 120

artigo 121

Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006 - LEI MARIA DA PENHA - 11340/06



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 49, DE 2018

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei do Senado nº282, de 2016, da Senadora Marta Suplicy, que Modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.

PRESIDENTE: Senador Edison Lobão

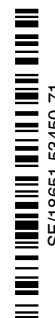
RELATOR: Senadora Lúcia Vânia

25 de Abril de 2018



PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 282, de 2016, da Senadora Marta Suplicy, que *modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.*



Relatora: Senadora **LÚCIA VÂNIA**

I – RELATÓRIO

Submete-se ao exame desta Comissão o texto do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 282, de 2016, que *Modifica os arts. 120 e 121 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para dispor sobre o ajuizamento de ação regressiva pela Previdência Social em face dos responsáveis por violência doméstica e familiar contra a mulher.*

Pela proposta, a Previdência Social ajuizará ação regressiva contra os responsáveis nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, após o trânsito em julgado da sentença penal condenatória. Mais ainda: o pagamento, pela Previdência Social, das prestações decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher, não exclui a responsabilidade civil do responsável pela violência doméstica e familiar contra a mulher.

Ao justificar sua iniciativa, a autora alega:

É fundamental que os agressores sejam coibidos, controlados e reeducados para o respeito à dignidade humana.

Com esse intuito, cremos que a exigência de ressarcimento, pela Previdência Social, dos gastos com benefícios que não precisariam ser concedidos, se não houvesse violência familiar ou doméstica, possa ser

mais um instrumento para inibir esses comportamentos agressivos e violentos.

É bom que os potenciais agressores pensem inúmeras vezes antes de agir contra a mulher. É fundamental que eles saibam da existência desta responsabilidade previdenciária, além das outras mais conhecidas.

A proposta foi distribuída às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; e de Assuntos Sociais, cabendo à última a decisão terminativa.

No prazo regimental, ao projeto não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

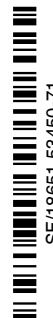
Nos termos do art. 101, I, do Regimento Interno do Senado Federal, compete a esta Comissão opinar sobre a constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade das matérias que lhe forem submetidas por despacho da Presidência.

Sob o aspecto formal, não vislumbramos óbice algum de natureza jurídica ou constitucional no PLS nº 282, de 2016, eis que a iniciativa da proposição está amparada no *caput* do art. 61 da Constituição Federal.

Ademais, a disciplina da matéria é de competência legislativa da União (art. 22, I, da Constituição Federal – CF) e inclui-se entre as atribuições do Congresso Nacional (art. 48, *caput*, da CF). Também os requisitos de adequação às regras regimentais foram respeitados.

No mérito não há reparos a fazer, em vista da pertinência e oportunidade da proposição.

A propósito, não poderíamos deixar de mencionar que já há algum tempo, no intuito de contribuir para a mudança dos trágicos cenários de violência contra a mulher, a Procuradoria-Geral Federal – PGF, criada pela Lei nº 10.480, de 2 de julho de 2002, órgão vinculado à Advocacia-Geral da União, ao qual compete a representação judicial e extrajudicial das autarquias e fundações públicas federais, já vem implementando uma postura



institucional de caráter proativo, ajuizando ações regressivas previdenciárias por todo o país, com o objetivo de ver ressarcidos os gastos públicos com o pagamento das prestações previdenciárias e também para inibir a perpetuação de condutas ilícitas que afetam negativamente toda a sociedade.

É difícil calcular os custos associados a todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde e previdência.

Estudos demonstram que as vítimas de violência doméstica têm mais problemas de saúde, apresentam maiores custos com cuidados de saúde e vão com maior frequência aos serviços de urgência do que as pessoas que não têm um histórico de violência.

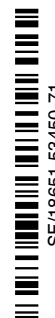
As estimativas de custo não conseguem contemplar, também, outros problemas de saúde decorrentes da violência doméstica, tais como depressão, tabagismo, abuso de álcool e drogas, gravidez indesejada, HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

A despeito de que ações regressivas nesse sentido já venham sendo ajuizadas, há certa resistência em relação a elas no âmbito do Poder Judiciário, bem como em alguns setores do meio jurídico, pelo fato de não haver previsão legal expressa.

Com efeito, pode-se constatar que na atual redação do art. 120 da Lei nº 8.213, de 14 de julho de 1991, há tão somente previsão da obrigação de a Previdência Social ajuizar a ação regressiva, especificamente nos casos de prestações ocasionadas por acidente do trabalho, *verbis*:

Art. 120. Nos casos de negligência quanto às normas padrão de segurança e higiene do trabalho indicados para a proteção individual e coletiva, a Previdência Social proporá ação regressiva contra os responsáveis.

Não existe, portanto, menção na lei quanto ao ajuizamento de ação regressiva em relação ao cometimento de ilícitos penais dolosos que resultarem em lesão corporal, morte ou perturbação funcional, decorrentes de violência doméstica contra mulher. Trata-se de evidente lapso legislativo que vem dificultando o ajuizamento de ações nesses casos. É imprescindível, portanto, que essa lacuna seja preenchida em nosso ordenamento jurídico, até porque o exercício do direito de regresso tem, para além da finalidade ressarcitória, forte caráter punitivo-pedagógico, pois não deixa de ser uma grave sanção pecuniária para o agressor.



Vale ressaltar que a medida preconizada pelo presente projeto guarda sintonia com o disposto na regra geral da responsabilização civil, conforme ocorre com as demais modalidades de ações regressivas, em que o fundamento normativo está no instituto da responsabilidade civil previsto no art. 186, combinado com o art. 927 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), que estabelecem:

“Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”

“Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

.....”

Alinhamo-nos, finalmente, com a autora da proposta, para quem, a aprovação do projeto contempla de forma equitativa e benéfica os interesses das mulheres, da Previdência Social e da sociedade, bem como deve propiciar uma redução significativa no número de crimes desta natureza, além, é claro, de atuar como medida punitivo-pedagógica aos agressores, sejam eles efetivos ou potenciais.

III – VOTO

Pelo exposto, nosso voto é pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 282, de 2016.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/18651.53450-71



6

Senado Federal

Relatório de Registro de Presença
CCJ, 25/04/2018 às 10h - 13ª, Ordinária
 Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Maioria (PMDB) (PMDB, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
JADER BARBALHO	1. ROBERTO REQUIÃO
EDISON LOBÃO PRESENTE	2. ROMERO JUCÁ PRESENTE
EDUARDO BRAGA PRESENTE	3. VAGO
SIMONE TEBET PRESENTE	4. GARIBALDI ALVES FILHO
VALDIR RAUPP PRESENTE	5. WALDEMIR MOKA PRESENTE
MARTA SUPPLY PRESENTE	6. ROSE DE FREITAS PRESENTE
JOSÉ MARANHÃO PRESENTE	7. DÁRIO BERGER PRESENTE

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)	
TITULARES	SUPLENTES
JORGE VIANA	1. HUMBERTO COSTA
JOSÉ PIMENTEL PRESENTE	2. LINDBERGH FARIAS
FÁTIMA BEZERRA PRESENTE	3. REGINA SOUSA PRESENTE
GLEISI HOFFMANN	4. HÉLIO JOSÉ PRESENTE
PAULO PAIM PRESENTE	5. ÂNGELA PORTELA PRESENTE
ACIR GURGACZ PRESENTE	6. SÉRGIO PETECÃO

Bloco Social Democrata (PSDB, DEM)	
TITULARES	SUPLENTES
AÉCIO NEVES	1. RICARDO FERRAÇO PRESENTE
ANTONIO ANASTASIA PRESENTE	2. CÂSSIO CUNHA LIMA PRESENTE
FLEXA RIBEIRO PRESENTE	3. EDUARDO AMORIM PRESENTE
WILDER MORAIS PRESENTE	4. RONALDO CAIADO PRESENTE
MARIA DO CARMO ALVES PRESENTE	5. JOSÉ SERRA

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
LASIER MARTINS PRESENTE	1. IVO CASSOL
BENEDITO DE LIRA	2. ANA AMÉLIA PRESENTE
CIRO NOGUEIRA	3. OMAR AZIZ

Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania (PPS, PSB, PCdoB, REDE, PODE)	
TITULARES	SUPLENTES
LÚCIA VÂNIA PRESENTE	1. ALVARO DIAS
LÍDICE DA MATA PRESENTE	2. JOÃO CAPIBERIBE PRESENTE
RANDOLFE RODRIGUES PRESENTE	3. VANESSA GRAZZIOTIN PRESENTE

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR)	
TITULARES	SUPLENTES
ARMANDO MONTEIRO PRESENTE	1. CIDINHO SANTOS PRESENTE
EDUARDO LOPES PRESENTE	2. VICENTINHO ALVES
MAGNO MALTA PRESENTE	3. WELLINGTON FAGUNDES

**Relatório de Registro de Presença****Não Membros Presentes**

ATAÍDES OLIVEIRA

JOSÉ MEDEIROS

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLS 282/2016)**

NA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO DA SENADORA LÚCIA VÂNIA, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CCJ FAVORÁVEL AO PROJETO.

25 de Abril de 2018

Senador EDISON LOBÃO

Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

1ª PARTE - DELIBERATIVA

7

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016, do Senador Telmário Mota, que *altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento*.



Relatora: Senadora **VANESSA GRAZZIOTIN**

I – RELATÓRIO

Vem para análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 299, de 2016, de autoria do Senador Telmário Mota, que *altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências*, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.

Seu art. 1º acrescenta um inciso XLIII ao art. 10 da Lei nº 6.437, de 2016, para incluir, no rol de infrações sanitárias, a prática de reutilizar produtos para a saúde, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização sejam proibidos por regulamento da autoridade sanitária. O projeto também estabelece as sanções para esse tipo de infração, quais sejam *advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa*.

O art. 2º, cláusula de vigência, determina que a lei eventualmente resultante do projeto em comento passe a vigorar na data de sua publicação.

Na justificção, o autor cita reportagem do programa *Fantástico*, da Rede Globo de Televisão, sobre esquema fraudulento instituído para reduzir as despesas das operadoras de planos de saúde

envolvidas. Tais empresas recompensavam financeiramente médicos que reaproveitassem indevidamente materiais utilizados em procedimentos cardiológicos invasivos. Diante disso, argumenta que a legislação brasileira necessita ser modificada para, de fato, coibir a reutilização de produtos para a saúde de “uso único”, ou seja, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização são proibidas.

O projeto sob análise será apreciado unicamente por este colegiado, em caráter terminativo.

Perante esta Comissão, foi oferecida a Emenda nº 1 – T, de autoria da Senadora Ana Amélia, que propõe modificar o texto do art. 1º do PLS em comento para enfatizar que a autoridade sanitária deve definir os produtos de saúde cuja reutilização é proibida. Acredita que essa alteração proverá maior segurança jurídica ao setor regulado.

II – ANÁLISE

De acordo com 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 proteção e defesa da saúde. Além disso, por se tratar de decisão exclusiva e terminativa, incumbe a este Colegiado ainda manifestar-se sobre os aspectos de constitucionalidade, de juridicidade, de regimentalidade e de técnica legislativa da matéria.

Inicialmente, cabe salientar que não se vislumbram óbices quanto à constitucionalidade da proposta, que 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), além de estar em conformidade com as atribuições do Congresso Nacional, estabelecidas pelo art. 48 da CF, e com a iniciativa legislativa outorgada aos parlamentares (art. 61 da CF).

Também não se verifica vício de injuridicidade e, quanto à regimentalidade, constata-se que o trâmite da matéria observou o disposto no Risf. Da mesma forma, a proposta atende aos requisitos de técnica legislativa, pois foi redigida de acordo com a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que *dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis*.



Passemos, agora, à análise do mérito da proposição.

Trata-se de projeto voltado à proteção da saúde da população, na medida que a reutilização inadequada de materiais cirúrgicos põe em risco a saúde de pacientes. O caso citado na justificção é paradigmático, pois exames cardiológicos invasivos são geralmente realizados em pacientes com doenças potencialmente graves. Portanto, o procedimento a que se submeteram ofereceu risco adicional – e desnecessário – devido à má qualidade do material, indevidamente reutilizado. Tal situação, nada aceitável, certamente tem impactos na taxa de mortalidade desses pacientes, haja vista o alto risco de complicações infecciosas, tais como a temida endocardite bacteriana.

No entanto, é necessário informar que alguns materiais utilizados em procedimentos médicos podem, de fato, ser reutilizados com segurança, desde que devidamente limpos, desinfetados ou esterilizados. Dada a sua grande importância sanitária, o tema está regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 156, de 11 de agosto de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Dentre outras disposições, essa RDC autoriza a Anvisa a valer-se de evidências científicas para determinar se o material pode – ou não – ser reprocessado. Nos casos em que se permite o reaproveitamento, há uma série de regras a serem observadas, tais como a proibição da comercialização de produtos reprocessados e a necessidade de licenciamento, junto à autoridade sanitária, das empresas que fazem reprocessamento.

Por sua vez, o rol de produtos cujo reaproveitamento é proibido está disposto no anexo da Resolução (RE) nº 2.605, de 11 de agosto de 2006, também da Anvisa. Portanto, nos termos da RDC nº 156, de 2006, a reutilização de qualquer material que conste dessa resolução é considerada infração sanitária.

Esse arcabouço normativo aqui apresentado deixa claro que a Anvisa tem, efetivamente, atuado sobre a questão da reutilização dos produtos para a saúde. A RE nº 2.605, de 2006, cumpre o papel de não deixar dúvidas sobre quais tipos de matérias cuja reprocessamento é proibido. Dessa forma, acreditamos ser inócua a modificação proposta pela Emenda nº 1 – T.



SF/17212.26483-73

Assim, a despeito de toda essa previsão normativa infralegal, observa-se que persistem práticas de reuso de material não passível de reprocessamento. Por esse motivo, somos favoráveis à positivação dessa infração no Ordenamento Jurídico. Acreditamos que essa medida, por proporcionar maior respaldo legal à Anvisa, contribuirá para aprimorar, efetivamente, os processos de fiscalização sobre a qualidade dos produtos para a saúde.

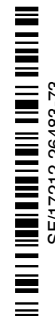
III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **rejeição** da Emenda nº 1 – T e pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/17212.26483-73

PLS 299/2016
00001-T

EMENDA Nº – CAS
(ao PLS nº 299, de 2016)

Dê-se a seguinte redação ao art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLIII:

“Art. 10.
.....

XLIII – reutilizar produtos para a saúde, tais como equipamentos, aparelhos, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização sejam expressamente proibidos pela autoridade sanitária, na forma do regulamento: pena – advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa.

JUSTIFICAÇÃO

O Projeto de Lei do Senado nº 299, de 2016, de autoria do Senador Telmário Mota, altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento é meritório. No entanto, em boa parte dos casos, não há proibição expressa da reutilização por parte da autoridade sanitária, nem tampouco autorização, deixando ao juízo da autoridade sanitária a interpretação de quais materiais são passíveis ou não de reutilização.

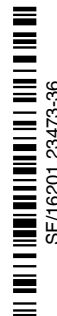


SF/16201.23473-36

Para adequarmos o texto da lei, para evitar futuras interpretações sobre a eventual omissão da regulação e garantir maior segurança nos procedimentos médicos e odontológicos, sugere-se alteração do inciso XLIII do art. 10 da Lei 6.437/1977, no intuito de incluir a palavra “expressamente”. Assim, o texto da lei será claro e objetivo, obrigando a autoridade sanitária a expressar quais são os produtos de saúde de reutilização proibida e conferindo segurança jurídica a empresas e profissionais dedicados à assistência à saúde no sentido de deixar claro quais são as práticas prescritas pela autoridade sanitária.

Sala da Comissão,

Senadora **Ana Amélia**
(PP-RS)



SF/16201.23473-36



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 299, DE 2016

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.

AUTORIA: Senador Telmário Mota

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2016

Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, para proibir reutilização de produtos para a saúde não passíveis de reprocessamento.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLIII:

“**Art. 10.**

.....

XLIII – reutilizar produtos para a saúde, tais como equipamentos, aparelhos, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, cuja limpeza, desinfecção ou esterilização sejam proibidos pela autoridade sanitária, na forma do regulamento:

pena – advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa.

.....” (NR)

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



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

JUSTIFICAÇÃO

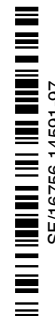
O reaproveitamento de equipamentos, aparelhos, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 156, de 11 de agosto de 2006, que *dispõe sobre o registro, rotulagem e re-processamento de produtos médicos, e dá outras providências*.

De acordo com essa norma, alguns desses produtos podem ser reprocessados e reutilizados, ou seja, podem ser reaproveitados em outros procedimentos após a devida limpeza, desinfecção e esterilização. Todavia, existem produtos cujo reprocessamento é proibido e, portanto, a Anvisa os considera de “uso único”, o que quer dizer que, por razões sanitárias, jamais devem ser reutilizados.

Apesar de a regra existir desde 2006, ainda há relatos de reutilização de produtos de “uso único”. O caso mais escandaloso foi divulgado recentemente pela imprensa, num programa jornalístico da televisão.

Trata-se da descoberta de indevida reutilização de cateteres utilizados em procedimentos cardiológicos invasivos. Segundo a reportagem, tal prática foi arquitetada por meio de abominável acordo entre alguns gestores de uma operadora de plano privado de assistência à saúde e um grupo de cardiologistas. Estes reutilizavam materiais de “uso único”, para que, com isso, houvesse redução das despesas que a operadora teria com o pagamento dos procedimentos. Em decorrência disso, a operadora recompensava os profissionais envolvidos mediante pagamento de honorários mais elevados que a média do mercado.

Diante desse grave fato, acreditamos que o Parlamento deve efetivamente atuar de modo a coibir condenável prática. Por isso, apresentamos projeto de lei para assegurar que a reutilização de produtos



SF/16756.14591-97



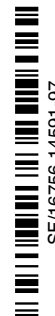
SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

para a saúde de “uso único” torne-se uma infração sanitária legalmente estabelecida e, por conseguinte, seja passível das penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que *configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências*.

Portanto, ao garantir maior segurança nos procedimentos médicos e odontológicos, acreditamos contribuir para melhorar a proteção à saúde da população.

Sala das Sessões,

Senador TELMÁRIO MOTA



LEGISLAÇÃO CITADA

Lei nº 6.437, de 20 de Agosto de 1977 - Lei de Infrações à Legislação Sanitária - 6437/77
artigo 10

1ª PARTE - DELIBERATIVA

8

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 350, de 2016, do Senador Wellington Fagundes, que *altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências, para obrigar que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com o potencial de desencadear reações alérgicas.*



Relator: Senador **EDUARDO AMORIM**

I – RELATÓRIO

Está sob exame nesta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para receber decisão em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 350, de 2016, de autoria do Senador Wellington Fagundes, composto por dois artigos.

O art. 1º inclui um art. 59-A na Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para obrigar os rótulos e as bulas dos produtos abrangidos pelo referido diploma legal – produtos farmacêuticos, cosméticos e saneantes – a exibir alertas sobre a presença de substâncias capazes de desencadear reações alérgicas.

O art. 2º encerra a cláusula de vigência, fixada em cento e oitenta dias da data de publicação da lei que porventura resultar da aprovação do projeto.

Em sua justificção, o autor faz um paralelo com a norma que obriga a aposição, nos rótulos de bebidas e alimentos, de alertas dirigidos aos consumidores sobre a presença de ingredientes com potencial de

provocar reações alérgicas. Dessa forma, norma semelhante deveria ser adotada para medicamentos, cosméticos e saneantes.

A proposição – que não recebeu emendas – foi previamente apreciada pela Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC), que seguiu o voto do relator, Senador Dalírio Beber, por sua rejeição.

II – ANÁLISE

A apreciação da proposta em referência pela CAS está em consonância com o disposto no art. 100, inciso II, do Regimento Interno desta Casa, segundo o qual compete a esta Comissão opinar sobre proteção e defesa da saúde e também sobre produção, controle e fiscalização de medicamentos. O caráter terminativo da decisão, por sua vez, apoia-se no inciso I do art. 91 do mesmo Regimento, que atribui aos colegiados, dispensada a competência do Plenário, a prerrogativa de discutir e votar projetos de lei ordinária de autoria de Senador. Nessa circunstância, cabe à CAS apreciar, também, os aspectos relativos à constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa da proposição.

O projeto de lei sob comento versa sobre proteção e defesa da saúde, matéria de competência legislativa concorrente da União, dos estados e do Distrito Federal (art. 24, inciso XII, da Constituição) e, portanto, também do Congresso Nacional, que tem a atribuição de dispor sobre todas as matérias de competência da União (*caput* do art. 48 da Carta Magna).

A iniciativa parlamentar é legítima, por força do *caput* do art. 61 da Constituição e, também, porque a matéria não se inclui entre as reservas do § 1º desse artigo. Trata-se, portanto, de proposição legislativa formalmente constitucional.

Sob o enfoque da constitucionalidade material, o projeto não apresenta vícios, tendo em vista que ele busca efetivar os princípios constitucionais da defesa do consumidor e do direito à saúde, insculpidos nos arts. 170, inciso V, e 196 da Constituição, respectivamente. Da mesma forma, não há reparos a fazer no tocante à técnica legislativa empregada pelo autor da proposição.

Quanto à juridicidade, contudo, identificamos óbices à aprovação do PLS nº 350, de 2016. Ocorre que a norma indicada como exemplo e motivação para a apresentação do PLS – a Resolução da Diretoria



SF/18699.88899-46

Colegiada (RDC) nº 26, de 2 de julho de 2015, que *dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares* – de fato veicula matéria equiparável à deste: aposição de alertas sanitários em rótulos e embalagens de alimentos e bebidas.

Ora, se o órgão responsável pela edição da referida norma – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – tem competência legal para fazê-lo, é certo que também detém a prerrogativa de estabelecer normas regulamentares semelhantes para medicamentos, cosméticos e saneantes. Com efeito, se em relação aos alimentos e bebidas ainda é possível argumentar que há uma certa superposição de competências com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), no caso dos produtos farmacêuticos e correlatos a competência normativa da Anvisa é absoluta e inquestionável.

A competência da Agência para expedir normas regulamentares relativas a produtos farmacêuticos, cosméticos e saneantes, além dos alimentos e bebidas, está explicitada no art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que *define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências*:

Art. 8º Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, **regulamentar**, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

§ 1º Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

I – medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;

II– alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;

III– cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;

IV – saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;

V – conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;

.....
VII – imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;

.....



SF/18699.88899-46

Dessa forma, resta evidente que o meio adequado para disciplinar a matéria sob análise é o mesmo empregado na regulamentação da rotulagem de alimentos e bebidas, ou seja, uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, órgão que dispõe de corpo técnico extremamente qualificado para cumprir tal atribuição.

Esse foi o argumento central para a rejeição do PLS nº 350, de 2016, pelos membros da CTFC. No entanto, o relator da matéria naquele colegiado aduziu ainda argumento adicional, relativo à harmonização das regras de rotulagem no âmbito das relações comerciais multilaterais brasileiras:

Cumprе destacar, ainda, que os regulamentos sanitários são harmonizados no domínio do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), com o propósito de zelar pela proteção e saúde dos consumidores e de facilitar o comércio entre os países do Cone Sul.

As resoluções do Grupo Mercado Comum (GMC) – órgão decisório executivo do Mercosul – referentes ao tema, com as respectivas normas de caráter infralegal que as incorporaram ao ordenamento jurídico nacional, são as seguintes:

- Resolução GMC nº 36, de 2004 (Regulamento Técnico Mercosul sobre rotulagem obrigatória geral para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes) e Resolução GMC nº 36, de 1999 (Regulamento Técnico Mercosul sobre rotulagem específica para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes) – incorporadas pela RDC nº 7, de 2015; e
- Resolução GMC nº 47, de 2007 (Regulamento Técnico Mercosul para produtos de limpeza) – incorporada pela RDC nº 40, de 2008.

Como se depreende, a rotulagem de produtos é amplamente tratada em normas infralegais e nas Resoluções GMC. Da perspectiva consumerista, percebe-se, igualmente, a diligência do legislador em relação à proteção à saúde e à segurança do consumidor. Ademais, desde 1977, foi configurada como infração sanitária a rotulagem de medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, saneantes e outros produtos correlatos em desacordo com as normas legais e regulamentares.

A respeito do mérito, o projeto também não exhibe argumentos sólidos para seu acolhimento por esta CAS.

Em relação aos medicamentos, o PLS nº 350, de 2016, busca instituir a mesma solução utilizada para alimentos: o uso obrigatório de



frases de alerta a respeito da presença de substâncias capazes de desencadear reações alérgicas. Não obstante, devem ser consideradas as diferenças existentes entre a produção e o consumo de alimentos e de medicamentos.

Com efeito, embora exista uma grande diversidade de alimentos disponíveis, pesquisas demonstram que um conjunto de apenas oito tipos de alimentos é responsável pela grande maioria das reações alérgicas alimentares: leite de vaca, ovo, trigo, soja, amendoim, castanhas, peixes e frutos do mar. Por isso, alertar sobre a presença desses ingredientes na composição dos alimentos é medida eficaz para evitar a ocorrência de problemas.

Além disso, diversos produtos alimentícios são processados em maquinário que pode conter traços dos citados alérgenos, embora essas substâncias não constem de sua composição original.

Outro diferencial é que a alimentação é feita de acordo com a livre vontade de cada pessoa, sem demandar qualquer orientação especializada.

Já o consumo de medicamentos e sua produção – estritamente controlada e realizada por profissionais com qualificação específica – dão-se de maneira totalmente diversa. A utilização de fármacos não é tão livre e as informações técnicas sobre o uso apropriado são previstas na bula.

Adicionalmente, não está estabelecido de maneira consistente um rol de substâncias farmacológicas que desencadeiam reações alérgicas em maior frequência, de tal forma que **qualquer excipiente ou fármaco pode potencialmente causar alergias**. Há, então, grande quantidade, variabilidade e diversidade de causadores de alergias medicamentosas.

Outra questão relevante refere-se ao fato de as reações de natureza alérgica representarem apenas uma parcela das chamadas reações adversas aos medicamentos. Dessa forma, ao consumir um medicamento ou outro produto farmacêutico, a pessoa deve estar alerta a todos os efeitos adversos possíveis, e não apenas aos de origem alérgica.

Portanto, enquanto o rótulo dos alimentos ocupa posição central na prestação de informações ao consumidor, a bula tem essa função precípua e inafastável no caso dos medicamentos. Assim, a legislação sanitária prioriza a prestação de informações necessárias ao consumidor nesse documento técnico.



SF/18699.88899-46

É muito importante enfatizar que a aposição obrigatória de alertas nas embalagens dos alimentos se tornou imperativa porque a descrição da relação de ingredientes abrange apenas aqueles adicionados intencionalmente e, em vários casos, não informa sobre a possível contaminação dos insumos – pelos alérgenos alimentares usuais – e do maquinário utilizado no processamento, além de não explicar a origem de muitos aditivos (gomos, estabilizantes, emulsificantes, conservantes etc.) empregados na produção, citados com nomes técnicos e de difícil compreensão.

Antes de a Anvisa editar a resolução, o indivíduo alérgico, mesmo após a leitura da relação de ingredientes do alimento, não conseguia obter informações a respeito da possível presença dos alérgenos em suas refeições.

Diferentemente, os insumos utilizados na produção de medicamentos têm, por exigência sanitária, grau mínimo de pureza e rigoroso controle de processamento por maquinário. Assim, a descrição de todos os compostos químicos utilizados, presente na bula, é fiel ao processo produtivo efetivamente realizado e livre de contaminação significativa.

Em suma: a descrição usual dos ingredientes dos alimentos poderia omitir a presença de vários alérgenos não adicionados intencionalmente, enquanto a produção de medicamentos segue processo produtivo bem mais rigoroso, de tal modo que a descrição de seus componentes (princípio ativo e excipientes), feita na bula, é fidedigna ao real conteúdo das formulações.

Por esse motivo, a aposição de alerta adicional sobre a presença de alérgenos nos rótulos dos medicamentos pouca relevância teria para a prevenção de reações adversas de natureza alérgica.

Ressaltamos, por fim, que os argumentos relativos aos medicamentos se aplicam aos cosméticos e saneantes. Praticamente todos têm potencial de causar reações alérgicas e sua composição já é descrita no rótulo.



SF/18699.88899-46

III – VOTO

Por todo o exposto, opinamos pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 350, de 2016.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 350, DE 2016

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências, para obrigar que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com o potencial de desencadear reações alérgicas.

AUTORIA: Senador Wellington Fagundes

DESPACHO: Às Comissões de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa



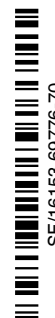
[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Gab. Senador WELLINGTON FAGUNDES

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2016

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que *dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências*, para obrigar que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com o potencial de desencadear reações alérgicas.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O Título X da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 59-A:

“**Art. 59-A.** Os rótulos e as bulas dos produtos abrangidos por esta Lei deverão alertar sobre a presença de substâncias capazes de desencadear reações alérgicas.”

Art. 2º Esta lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

A preocupação com a proteção da saúde da população motivou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a publicar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26, de 2 de



SENADO FEDERAL
Gab. Senador WELLINGTON FAGUNDES

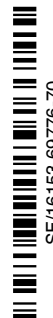
julho de 2015, que *dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares.*

Ao tornar obrigatório que os rótulos de alimentos e bebidas alertem sobre ingredientes com potencial de causar reações alérgicas – cujo rol consta do anexo da referida norma –, a Anvisa ampliou o acesso à informação por parte dos consumidores. Ao mesmo tempo, a agência proporcionou maior segurança às pessoas com alergia, nas quais a ingestão inadvertida de determinadas substâncias pode causar variados tipos de fenômenos imunológicos, a saber: urticária, diarreia, vômito, desnutrição e, quando grave, anafilaxia (espasmo de laringe, insuficiência respiratória hipotensão arterial e morte).

Embora isso signifique um grande avanço, a norma em questão restringe-se a alimentos. Porém, outros produtos também podem desencadear alergia, por exemplo, quando entram em contato com a pele ou são inalados. A senhora Carolina Kramer, mãe de uma bebê de três meses alérgica à proteína do leite de vaca, nos traz as dificuldades e os riscos que enfrenta na luta para proteger a saúde de sua filha.

É flagrante que, embora seja deveras importante, normatizar apenas os rótulos de alimentos e bebidas é medida de eficácia limitada.

Por esse motivo, apresentamos proposição legislativa para tornar obrigatório que os fabricantes de cosméticos, saneantes,



SF/16153.69776-70



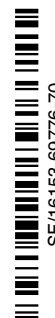
SENADO FEDERAL
Gab. Senador WELLINGTON FAGUNDES

perfumes, produtos de higiene e medicamentos informem os consumidores sobre a presença, nesses produtos, de substâncias capazes de causar alergia.

Com isso esperamos contribuir para diminuir a incidência de reações alérgicas decorrentes de contato inadvertido com os produtos em questão.

Sala das Sessões,

Senador WELLINGTON FAGUNDES



LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 6.360, de 23 de Setembro de 1976 - Lei de Vigilância Sanitária sobre Produtos Farmacêuticos - 6360/76



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 29, DE 2017

Da COMISSÃO DE TRANSPARÊNCIA, GOVERNANÇA, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE E DEFESA DO CONSUMIDOR, sobre o processo Projeto de Lei do Senado nº350, de 2016, do Senador Wellington Fagundes, que Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências, para obrigar que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com o potencial de desencadear reações alérgicas.

PRESIDENTE: Senador Ataídes Oliveira

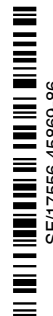
RELATOR: Senador Dalirio Beber

30 de Agosto de 2017



PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE TRANSPARÊNCIA, GOVERNANÇA, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE E DEFESA DO CONSUMIDOR, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 350, de 2016, do Senador Wellington Fagundes, que *altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências, para obrigar que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com o potencial de desencadear reações alérgicas.*



Relator: Senador **DALIRIO BEBER**

I – RELATÓRIO

É submetido à deliberação deste colegiado o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 350, de 2016, de autoria do Senador Wellington Fagundes, o qual obriga que os rótulos e as bulas de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos alertem sobre a presença de substâncias com potencial de desencadear reações alérgicas.

A proposição é estruturada em dois artigos.

O art. 1º propõe o acréscimo de art. 59-A à Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que *dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências, com o*

intuito de que os rótulos e as bulas desses produtos alertem sobre a presença de substâncias com potencial de desencadear reações alérgicas.

O art. 2º estipula que a lei que eventualmente se originar da proposta passará a vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação oficial.

Ao justificar a iniciativa, o autor menciona o advento da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 26, de 2 de julho de 2015, editada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que *dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares*. E pondera a respeito da necessidade de estender essa obrigatoriedade aos medicamentos, às drogas, aos insumos farmacêuticos e correlatos, aos cosméticos, aos saneantes e a outros produtos.

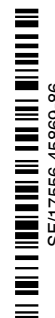
A proposição será apreciada por este colegiado e pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em decisão terminativa.

Não foram oferecidas emendas.

I – ANÁLISE

Por força do disposto no art. 102-A, inciso III, alínea *a*, do Regimento Interno do Senado Federal, com a redação dada pela Resolução nº 3, de 2017, compete à CTFC *opinar sobre assuntos pertinentes à defesa do consumidor, especialmente estudar, elaborar e propor normas e medidas voltadas à melhoria contínua das relações de mercado, em especial as que envolvem fornecedores e consumidores*.

Para o exame da matéria, passamos a expor uma síntese da legislação atinente à rotulagem de medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, saneantes e outros produtos correlatos.



SF/17556.45869-86

Da ótica consumerista, observe-se que o acesso a informações completas sobre produtos ofertados constitui direito básico do consumidor, assegurado pelo art. 6º, inciso III, da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Nesse sentido, o art. 31, *caput*, da lei consumerista, impõe ao fornecedor o dever de prestar informações ao consumidor, de modo claro, ostensivo e em língua portuguesa, acerca das características atinentes aos produtos ofertados, inclusive quanto à sua composição, assim como sobre os riscos que apresentem à saúde e segurança dos consumidores.

Além disso, a Política Nacional das Relações de Consumo tem como um de seus objetivos a transparência das relações de consumo, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor no mercado. (CDC, art. 4º, *caput* e inciso I).

Os fornecedores que desrespeitarem as normas de defesa do consumidor, por força do disposto no art. 56 do CDC, ficam sujeitos a sanções administrativas, sem prejuízo das de natureza civil, penal e das definidas em normas específicas. São elas, conforme o caso: multa; apreensão do produto; inutilização do produto; cassação do registro do produto junto ao órgão competente; proibição de fabricação do produto; suspensão de fornecimento de produtos ou serviço; suspensão temporária de atividade; revogação de concessão ou permissão de uso; cassação de licença do estabelecimento ou de atividade; interdição, total ou parcial, de estabelecimento, de obra ou de atividade; intervenção administrativa; e imposição de contrapropaganda.

No tocante à legislação sanitária, mencione-se que a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS (art. 1º) e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (art. 3º), autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde.

Em particular, em relação aos medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, saneantes e outros produtos correlatos, conforme o disposto no art. 8º, § 1º, incisos I, III e IV, da referida norma, eles são considerados bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária



pela Anvisa, que detém a competência para regulamentar, controlar e fiscalizar esses produtos. Incumbe à Anvisa estabelecer regras (art. 7º, inciso III) e, à sua Diretoria Colegiada, editar normas sobre temas de competência da Agência (art. 15, inciso III).

Ademais, na hipótese de risco iminente à saúde ou de ofensa à legislação pertinente, a Agência tem o poder de proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos (art. 7º, inciso XV).

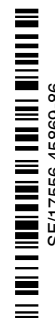
Já o art. 10, inciso XV, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que *configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências*, define como infração sanitária rotular medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, cosméticos, saneantes, entre outros, contrariando as normas legais e regulamentares. As penas previstas são: advertência, inutilização, interdição e/ou multa.

Por conseguinte, entre as matérias de competência normativa da Anvisa, insere-se o disciplinamento relativo à obrigatoriedade de advertência, nos rótulos de produtos, sobre a presença de substâncias com potencial de provocar reações alérgicas.

No que concerne especificamente aos medicamentos, a Diretoria Colegiada da Anvisa expediu a RDC nº 137, de 29 de maio de 2003, que regulamenta a presença de advertências nas bulas e embalagens, sob pena de não concessão ou renovação do respectivo registro sanitário.

Cumpre destacar, ainda, que os regulamentos sanitários são harmonizados no domínio do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), com o propósito de zelar pela proteção e saúde dos consumidores e de facilitar o comércio entre os países do Cone Sul.

As resoluções do Grupo Mercado Comum (GMC) – órgão decisório executivo do Mercosul – referentes ao tema, com as respectivas normas de caráter infralegal que as incorporaram ao ordenamento jurídico nacional, são as seguintes:



SF/17556.45869-86

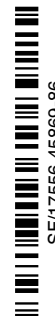
- Resolução GMC nº 36, de 2004 (Regulamento Técnico Mercosul sobre rotulagem obrigatória geral para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes) e Resolução GMC nº 36, de 1999 (Regulamento Técnico Mercosul sobre rotulagem específica para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes) – incorporadas pela RDC nº 7, de 2015; e
- Resolução GMC nº 47, de 2007 (Regulamento Técnico Mercosul para produtos de limpeza) – incorporada pela RDC nº 40, de 2008.

Como se depreende, a rotulagem de produtos é amplamente tratada em normas infralegais e nas Resoluções GMC. Da perspectiva consumerista, percebe-se, igualmente, a diligência do legislador em relação à proteção, à saúde e à segurança do consumidor. Ademais, desde 1977, foi configurada como infração sanitária a rotulagem de medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, saneantes e outros produtos correlatos em desacordo com as normas legais e regulamentares.

Desse modo, consideramos que o objeto da proposição em comento está adequadamente regulado mediante normas infralegais editadas pela Anvisa – que são a espécie normativa apropriada ao tema – e devidamente harmonizadas no âmbito do Mercosul.

Por conseguinte, eventual aprimoramento da disciplina, se meritório, também deveria ser feito mediante norma infralegal, a ser editada pela Diretoria Colegiada da Anvisa, órgão a quem cabe o papel regulamentador. Além disso, a legislação nacional sobre a rotulagem de produtos deve ser compatibilizada com base nos respectivos instrumentos harmonizados no Mercosul. Qualquer alteração nesses regulamentos requer discussão e consenso no âmbito do Mercosul.

Em conclusão, entendemos não ser oportuno o disciplinamento proposto pelo PLS nº 350, de 2016.



III – VOTO

Por todo o exposto, opinamos pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 350, de 2016.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17556.45869-86



Relatório de Registro de Presença

CTFC, 30/08/2017 às 09h - 15ª, Extraordinária

Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do

PMDB	
TITULARES	SUPLENTES
RENAN CALHEIROS	1. SIMONE TEBET
AIRTON SANDOVAL PRESENTE	2. GARIBALDI ALVES FILHO
DÁRIO BERGER PRESENTE	3. ELMANO FÉRRER PRESENTE
ROMERO JUCÁ PRESENTE	4. VAGO

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)	
TITULARES	SUPLENTES
FÁTIMA BEZERRA	1. GLEISI HOFFMANN
PAULO PAIM PRESENTE	2. HUMBERTO COSTA
REGINA SOUSA PRESENTE	3. JORGE VIANA
ACIR GURGACZ	4. LINDBERGH FARIAS

Bloco Social Democrata (DEM, PSDB, PV)	
TITULARES	SUPLENTES
ATAÍDES OLIVEIRA PRESENTE	1. MARIA DO CARMO ALVES
DALIRIO BEBER PRESENTE	2. FLEXA RIBEIRO PRESENTE
DAVI ALCOLUMBRE	3. RICARDO FERRAÇO

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
SÉRGIO PETECÃO PRESENTE	1. ANA AMÉLIA PRESENTE
GLADSON CAMELI PRESENTE	2. WILDER MORAIS PRESENTE

Bloco Parlamentar Socialismo e Democracia (PPS, PSB, PCdoB, REDE)	
TITULARES	SUPLENTES
JOÃO CAPIBERIBE	1. RANDOLFE RODRIGUES
VANESSA GRAZZIOTIN	2. CRISTOVAM BUARQUE

Bloco Moderador (PTC, PR, PSC, PTB, PRB)	
TITULARES	SUPLENTES
CIDINHO SANTOS PRESENTE	1. EDUARDO LOPES PRESENTE
ARMANDO MONTEIRO	2. VAGO

Não Membros Presentes

RONALDO CAIADO
 VALDIR RAUPP
 HÉLIO JOSÉ
 WELLINGTON FAGUNDES
 PAULO ROCHA
 JOSÉ MEDEIROS
 VICENTINHO ALVES

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLS 350/2016)**

NA 15ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO DO SENADOR DALIRIO BEBER, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CTFC PELA REJEIÇÃO DO PROJETO.

30 de Agosto de 2017

Senador ATAÍDES OLIVEIRA

Presidente da Comissão de Transparência, Governança,
Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor

1ª PARTE - DELIBERATIVA

9



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 8, de 2018, da Senadora Ana Amélia, que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para revogar o seu art. 18, que dispõe sobre as condições para o registro de medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira.

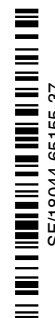
Relator: Senador **ARMANDO MONTEIRO**

I – RELATÓRIO

Vem à análise desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 8, de 2018, da Senadora Ana Amélia, que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para revogar o seu art. 18, que dispõe sobre as condições para o registro de medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira.

O projeto é composto por dois artigos. O art. 1º revoga o art. 18 da Lei nº 6.360, de 1976, enquanto o art. 2º, cláusula de vigência, estabelece que a lei originada de sua eventual aprovação entrará em vigor na data de sua publicação.

A autora justifica que antes da atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a existência de registro estrangeiro era uma forma complementar de garantir a boa procedência dos medicamentos importados, mas o desenvolvimento e o aumento da estrutura e das



SF/18044.65155-37

atividades da Agência, que goza de credibilidade internacional e verifica a segurança de tais produtos, tornaram desnecessária a comprovação desse requisito.

A matéria, que não recebeu emendas, foi distribuída para apreciação da CAS, para decisão terminativa.

II – ANÁLISE

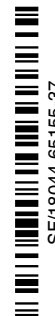
É atribuição da CAS opinar sobre proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde – temática abrangida pelo projeto sob análise –, nos termos do inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF). Além disso, por se tratar de apreciação em caráter terminativo, cabe também a esta Comissão examinar a constitucionalidade, a juridicidade e a técnica legislativa da proposição.

Não vislumbramos qualquer vício de inconstitucionalidade, material ou formal, na proposta. De acordo com o inciso XII do art. 24 da Constituição Federal, compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde. Além disso, segundo o art. 61 da Carta Magna, a iniciativa de projeto de lei que verse sobre a matéria de que trata a proposição em tela não é privativa do Presidente da República, sendo, portanto, permitida a parlamentar.

Também não encontramos quaisquer problemas relacionados à juridicidade e à técnica legislativa da propositura. Analisemos, portanto, o mérito.

Atualmente, as regras legais a respeito do registro de medicamentos de procedência estrangeira estão designadas no art. 18 da Lei nº 6.360, de 1976, cujo *caput* define que *o registro de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira dependerá, além das condições, das exigências e dos procedimentos previstos nesta Lei e seu regulamento, da comprovação de que já é registrado no país de origem.*

Portanto, esse artigo cuida de definir uma regra legal adicional para os medicamentos de procedência estrangeira em relação aos nacionais: a comprovação de que o medicamento já é registrado no país de origem.



Ademais, ressalva que o regulamento pode estabelecer outras normas complementares para o registro dos fármacos estrangeiros.

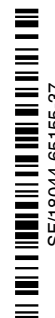
Essa diferenciação nos parece desnecessária, pois o registro desse tipo de medicamento, que é importado, segue o trâmite usual de registro, tendo que cumprir todas as exigências estabelecidas na legislação para os fármacos nacionais, como se fosse um produto totalmente novo – isto é, independe de eventualmente ser uma formulação aprovada e registrada em outro país –, além da comprovação do registro no país de origem, imposta pela lei.

Ora, se o medicamento preenche todos os requisitos de segurança e eficácia exigidos para que possa ser consumido no Brasil, o local onde foi fabricado é irrelevante para que seja registrado. As regras não devem prever trâmites ou procedimentos que constituam mera burocracia, pois, além da falta de serventia, dificultam que produtos inovadores – e que podem salvar vidas – sejam ofertados aos brasileiros.

O PLS nº 8, de 2018, pretende, então, revogar o art. 18 da Lei nº 6.360, de 1976. Assim, o texto desse diploma legal passaria a não ter nenhuma regra específica para o registro de medicamentos de procedência estrangeira, de tal modo que seu processo de registro passaria a ser regido pelas mesmas regras legais estabelecidas para os fármacos produzidos no território nacional e, assim, a apresentação de registro no país de origem seria suprimida.

Tal mudança na legislação, de fato, mantém a segurança dos fármacos consumidos no Brasil e dá a todas as formulações que satisfazem os requisitos para tanto igual tratamento para seu registro, independentemente do local de sua fabricação. Isso certamente eliminará burocracias e beneficiará os pacientes.

Conforme bem aponta a autora da matéria, o estágio de desenvolvimento e credibilidade da Anvisa, que analisa e concede o registro de medicamentos no País, permite que confiemos no seu trabalho, em relação aos produtos nacionais e também aos estrangeiros. Assim sendo, somos favoráveis à aprovação da propositura em comento.



III – VOTO

Em vista do exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 8, de 2018.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/18044.65155-37



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 8, DE 2018

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para revogar o seu art. 18, que dispõe sobre as condições para o registro de medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira.

AUTORIA: Senadora Ana Amélia (PP/RS)

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2018

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para revogar o seu art. 18, que dispõe sobre as condições para o registro de medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica revogado o art. 18 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976.

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

JUSTIFICAÇÃO

O art. 18 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, estabelece que “o registro de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos de procedência estrangeira dependerá, além das condições, das exigências e dos procedimentos previstos nesta Lei e seu regulamento, da comprovação de que já é registrado no país de origem”.

Assim, para que sejam registrados no Brasil, os medicamentos de procedência estrangeira passam pelo mesmo processo de verificação do cumprimento de requisitos (documentais e de segurança e eficácia) requeridos para os produtos nacionais, com a exigência adicional de comprovação de existência de registro ativo no país de origem.

Essa exigência de registro no país de origem – regra nascida com a redação original da Lei nº 6.360, de 1973 – justificava-se porque anteriormente as atividades de fiscalização e controle de medicamentos no Brasil eram muito frágeis, situação que começou a se modificar com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, finalmente, apresentou estabilidade após a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que se deu pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

Assim, antes da atuação da Anvisa, a existência de registro estrangeiro era uma forma complementar de garantir a boa procedência dos medicamentos importados, com o cumprimento de normas sanitárias no país de origem e a segurança mínima de que esses produtos não provinham de atividades ilícitas.

Com o tempo, o desenvolvimento e aumento da estrutura e das atividades da Anvisa tornaram desnecessário o requisito de comprovação da existência de registro em outro país. Ademais, essa é uma barreira que pode impedir que bons produtos circulem no mercado nacional, prejudicando os pacientes e também a cadeia de comercialização. Como exemplo, lembramos que há medicamentos que combatem doenças – como as tropicais, por exemplo – que nem mesmo ocorrem no local em que são fabricados, o que dispensaria o seu registro na sede produtiva, mas os impediria de serem registrados no Brasil.

Considerando que o Brasil é reconhecido como um país de alta vigilância sanitária, entendemos que a alteração proposta representa um avanço na legislação nacional, pois permitirá que produtos de importância mundial sejam lançados aqui primeiro. Ademais, é importante reconhecer que a existência dessa regra no âmbito legal impede que a própria Anvisa



SF/18890.15979-52

modernize de maneira célere as regras relacionadas aos medicamentos importados por meio da edição de normas infralegais.

Nesse sentido, é importante retirarmos do plano legal a exigência de que a comprovação de registro no país de origem seja requisito para o registro de medicamentos importados. Contamos, então, com o apoio de nossos pares para que a proposta que ora apresentamos seja aprovada.

Sala das Sessões,

Senadora **ANA AMÉLIA**
(PP/RS)



SF/18890.15979-52

LEGISLAÇÃO CITADA

- urn:lex:br:federal:lei:1973;6360

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1973;6360>

- Lei nº 6.360, de 23 de Setembro de 1976 - Lei de Vigilância Sanitária sobre Produtos Farmacêuticos - 6360/76

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1976;6360>

- artigo 18

- Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999 - Lei do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - 9782/99

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1999;9782>

1ª PARTE - DELIBERATIVA

10

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 107, de 2018, do Senador Randolfe Rodrigues, que *altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, com o objetivo de facilitar o acesso a procedimentos laqueaduras e vasectomias.*

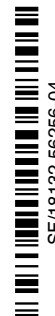
Relatora: Senadora **MARTA SUPLICY**

I – RELATÓRIO

Vem para o exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 107, de 2018, que modifica o § 2º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que, conforme sua ementa, “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.”

O art. 1º do PLS nº 107, de 2018, altera o § 2º do art.10 da mencionada Lei nº 9.263, de 1996, que define as únicas situações em que é permitida a esterilização voluntária. O atual § 2º diz:

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.



O novo § 2º possibilita que a esterilização voluntária, cirúrgica, seja realizada logo a seguir, durante o período do “pós-parto ou do pós-aborto imediato”. Eis seu texto:

§ 2º É vedada, exceto nos casos de cesarianas sucessivas anteriores ou em outras situações previstas em regulamento, a esterilização cirúrgica em mulher durante o parto ou aborto, admitindo-se a realização da esterilização no período do pós-parto ou do pós-aborto imediato, durante a mesma internação, segundo a decisão da mulher pronunciada no prazo estabelecido no inciso I.

Em seu art. 2º, a proposição revoga o § 5º do mesmo art. 10º da Lei nº 9.263, de 1996, tornando possível a decisão unilateral da pessoa que deseja se submeter à esterilização cirúrgica, sem a necessidade do assentimento do cônjuge.

A proposição foi distribuída unicamente à CAS, que sobre ela decide em caráter terminativo.

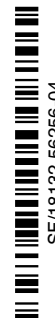
Não foram apresentadas emendas no prazo regimental.

II – ANÁLISE

De acordo com o inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à Comissão de Assuntos Sociais o exame de matéria relativa à “proteção e defesa da saúde”, o que evidencia a regimentalidade da apreciação do PLS nº 107, de 2018 por este colegiado.

Não se observam problemas de constitucionalidade na proposição. Materialmente, desdobra o valor constitucional do planejamento familiar, conforme o comando do § 7º do art. 226 da Carta Magna, sem contradizer qualquer outra ideia constitucional. Formalmente, trata-se de exercício de competência constitucional do Parlamento, vasada na forma adequada, a lei, conforme os arts. 24, inciso XII, 48 e 61 da Carta.

A proposição não contradiz qualquer outra norma do ordenamento jurídico vigente e não é redundante, porque acrescenta conteúdo normativo ao ordenamento, o que a torna perfeitamente jurídica.



SF/18132.56256-04

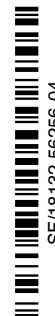
Quanto ao mérito, gostaria de esclarecer, logo de saída, que não apenas vejo valor na proposição, como a considero um avanço ao facilitar o acesso das pessoas a um relevante instrumento de saúde reprodutiva.

Conforme diz a própria ementa da Lei nº 9.263, de 1996, sua finalidade é a de regular o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata dos direitos reprodutivos. A intenção manifesta da Lei é a de regular o uso dos direitos reprodutivos, dentre os quais está o de esterilização voluntária de mulheres e de homens, levando em consideração diversos fatores que possam influenciar o uso racional e saudável desses direitos. O legislador identificou dois grandes inimigos da razão, no caso: (a), o estado puerperal, que influencia o julgamento por meio de forças psicológicas que se dissiparão com o passar dos dias e que prejudicam o melhor juízo da mulher; e (b), as pressões culturais, sociais e do estamento dos médicos, bem como das gestantes, que levam a elevadíssimo índice de partos cesáreos. O legislador, assim, buscou impedir o que costumava ocorrer: que o interesse na esterilização se transformasse, ele próprio, em “causa” da indicação médica da cesariana. Sabe-se que o parto deve ser “normal”, e o parto cesariano só se deve justificar por razões médicas, isto é, estritamente atinentes à saúde. A indicação de cesariana com o fim do exercício de um direito reprodutivo não pode tornar-se, portanto, razão médica.

Tendo tudo isso em mente, a proposição, o que faz, é permitir o que a Lei anteriormente impedia, a saber, a associação entre cesariana e esterilização. Medida desejada e oportuna para muitas mulheres que não terão outra oportunidade de se submeter a outra cirurgia e se afastar de suas funções cotidianas. Cabe ainda destacar que a mulher corre menos riscos quando os procedimentos são realizados em uma única oportunidade.

Além dessas razões de interesse da mulher, devemos mencionar que a medida certamente representará um custo menor para o serviço de saúde, por aproveitar a equipe médica no momento do parto cesárea, a internação e a ocupação de um leito, por exemplo.

A nosso ver, a condição emocional gerada pelo puerpério e as pressões sociais já são suficientemente neutralizadas pela permanência em vigência dos demais conteúdos normativos do referido art. 10. Vejamos seu caput, seu inciso I e seu § 6º:



Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

.....
§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Outras salvaguardas também seguirão vigentes: necessidade de consentimento por escrito, dado em boas condições de julgamento e com sessenta dias de antecedência. A proposição, assim, logra regular melhor a matéria, ao associar direitos e interesses individuais razoáveis ao planejamento familiar.

Ao revogar o § 5º da Lei nº 9.263, de 1996, a proposição também acerta: não há boas razões constitucionais para se atribuir ao cônjuge poder de veto sobre decisão que é, em si, exercício de direito individual bem assegurado pela Carta Magna (art. 5º, incisos I, VIII, X e outros).

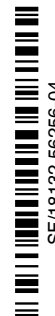
III – VOTO

Em razão do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 107, de 2018.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/18132.56256-04



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 107, DE 2018

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, com o objetivo de facilitar o acesso a procedimentos laqueaduras e vasectomias.

AUTORIA: Senador Randolfe Rodrigues (REDE/AP)

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2018

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, com o objetivo de facilitar o acesso a procedimentos laqueaduras e vasectomias.



SF/18195.97885-37

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, passar a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 10.**

.....
§ 2º É vedada, exceto nos casos de cesarianas sucessivas anteriores ou em outras situações previstas em regulamento, a esterilização cirúrgica em mulher durante o parto ou aborto, admitindo-se a realização da esterilização no período do pós-parto ou do pós-aborto imediato, durante a mesma internação, segundo a decisão da mulher pronunciada no prazo estabelecido no inciso I.

.....(NR)”

Art. 2º Revogue-se o §5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

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



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regula o § 7º do art. 226 da Constituição da República, que trata do planejamento familiar, definido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Entre as opções, métodos e técnicas de contracepção cientificamente aceitos e que não colocam em risco a vida e a saúde das pessoas, ofertadas à população no âmbito dessa Lei, consta o acesso de homens e mulheres à esterilização cirúrgica.

Entretanto, o estabelecimento de restrições no art. 10 do referido diploma acaba por dificultar o acesso das pessoas a esse importante meio de planejamento familiar no momento em que a matéria foi regulamentada.

A primeira dificuldade se dá quando a Lei, ao não explicitar a possibilidade de que a laqueadura possa ocorrer no pós-parto imediato, deixou o campo aberto para que a regulamentação da matéria atuasse num sentido de praticamente inviabilizar o acesso das mulheres ao procedimento. Assim ocorre em razão de a Portaria nº 48, de 1999, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, estender a proibição até o 42º dia após o parto ou aborto.

Essa restrição cria problemas para as mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) para realizarem a laqueadura tubária, pois gera a necessidade de segunda internação, novo preparo cirúrgico e, por conseguinte, aumento dos riscos de complicações para a mulher, sem ignorar as consequências indesejáveis produzidas pelo afastamento da mãe do recém-nascido.

Ressaltamos que, por um lado, a medida que propomos preserva a intenção original do legislador de separar o momento do parto e o momento de encerrar a capacidade reprodutiva da mulher, ao manter a exigência de que a decisão seja adotada pelo menos sessenta dias antes do procedimento. Por outro lado, mantém o propósito de não estimular a realização de cesariana com a finalidade de esterilizar, ao distinguir os atos cirúrgicos.



SF/18195.97885-37



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Randolfe Rodrigues

Uma outra alteração promovida com a proposição é ampliar no regulamento a possibilidade de realização da laqueadura no momento do parto, além daquela prevista na norma legal – quando houver sucessivas cesarianas. Há situações outras que justificam a realização da laqueadura no momento da cesariana, a exemplo da vigência de doença de base ou qualquer condição em que a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico represente maior risco para a saúde da mulher.

Além dessas mudanças, também alteramos a lei para revogar a exigência de que ambos os cônjuges comprovem concordância com a decisão de esterilização voluntária.

A proposta que submetemos ao Congresso deixa que o casal, o homem ou a mulher decidam livremente a respeito de manter ou não as suas próprias condições de concepção. A concordância do casal sobre o assunto é até moralmente recomendável, mas deve ficar a seu próprio e livre critério decidir o que fazer dentro da sociedade conjugal, sem a necessidade de demonstração ao Poder Público.

Por essas razões, contamos com o apoio dos Parlamentares das duas Casas Legislativas para a aprovação do projeto de lei que apresentamos.

Sala das Sessões,

Senador **RANDOLFE RODRIGUES**
REDE – AP



SF/18195.97885-37

LEGISLAÇÃO CITADA

- Constituição de 1988 - 1988/88

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:constituicao:1988;1988>

- parágrafo 7º do artigo 226

- Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996 - Lei do Planejamento Familiar - 9263/96

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1996;9263>

- artigo 10

- parágrafo 5º do artigo 10

1ª PARTE - DELIBERATIVA

11



SENADO FEDERAL
GABINETE DA SENADORA LÍDICE DA MATA

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 140, de 2017, de autoria do Senador Dário Berger, que *altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*, para dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, *a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.



Relatora: Senadora **LÍDICE DA MATA**

I – RELATÓRIO

Chega para a apreciação desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), após análise e aprovação de parecer, com uma emenda, pela CCJ, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 140, de 2017, de autoria do Senador Dário Berger, que tem o objetivo de instituir medidas para promover celeridade, previsibilidade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A matéria é composta por seis artigos. O art. 1º acrescenta um inciso XXII ao art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) –, que determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem implementar ações que garantam celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do SUS.

O art. 2º determina que o paciente com indicação de procedimento – qualquer um - a ser realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) receberá no ato ou por meio inequívoco no prazo máximo de cinco dias, protocolo de encaminhamento contendo a data e o local de realização do procedimento.

Adicionalmente, o art. 3º dispõe que deverá ser definido um prazo máximo para a realização desses procedimentos.

A publicidade das filas de espera de pacientes que aguardam a realização de procedimentos, nos termos do art. 4º, será divulgada em sítio eletrônico, canais de atendimento telefônico ou presencial, guardados os sigilos médico e a intimidade do paciente, podendo haver alteração na ordem da fila, desde que haja prévia comunicação aos pacientes atingidos.

O art. 5º define as seguintes condutas, listadas em três incisos, como atos de improbidade administrativa: deixar de elaborar e fornecer ao usuário do SUS os documentos e informações previstos no art. 2º (inciso I); deixar de elaborar, atualizar e publicar semanalmente, a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização de procedimentos no âmbito do SUS (inciso II); adulterar ou fraudar a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização de procedimentos no âmbito do SUS (inciso III).

No parecer aprovado na CCJ, foi aprovada, também, uma emenda alterando o *caput* do art. 5º estabelecendo que os atos de improbidade administrativa estão sujeitos à comprovação de dolo.

Por fim, o art. 6º, cláusula de vigência, estabelece que a lei passará a vigor cento e oitenta dias após a publicação oficial.

Na justificação do projeto, o Nobre Senador Dário Berger explica que, tendo por base documentos apresentados pelo Instituto Oncoguia, visa com a aprovação deste projeto “*estabelecer um mecanismo de transparência nas filas de espera, de modo a permitir a fiscalização da sociedade, e que o paciente, tão logo receba a indicação de consulta, exame ou outro procedimento em saúde a ser realizado pelo SUS, saia da unidade de saúde com um protocolo indicando local, data e horário da realização ou, então, receba essa informação em prazo hábil.*”

A matéria tramita em caráter terminativo na CAS.

II – ANÁLISE

Incumbe à CAS se pronunciar sobre as proposições que digam respeito à proteção e defesa da saúde – temática abrangida pelo projeto sob análise –, conforme o inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF).

A matéria em análise trata de dois importantes temas no âmbito do SUS: transparência nas filas de espera e garantia de atendimento tempestivo, com a definição de data e lugar para que isso ocorra.

Em tempos recentes, o Estado brasileiro tem dado vários passos em direção à maior transparência de suas ações e atividades, em todos os Poderes. Assim, vários órgãos passaram a divulgar informações sobre seu funcionamento, incluindo valores de contratos, dados da execução orçamentária, seleções públicas, entre outras.

Nesse mesmo sentido, um marco fundamental foi a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação, que obriga as instâncias públicas a fornecerem, salvo em casos específicos em que o sigilo é necessário, todas as informações requeridas por interessados. Além disso, disciplina situações em que a disponibilização deve se dar independentemente de requerimento, com a divulgação direta e perene ao público.

A ideia efetivada por essas importantes mudanças legislativas e institucionais que perseguem a maior participação e controle sociais, que se mostraram inovadoras e bem-vindas em nosso país nos últimos anos, no entanto, já está presente na concepção do SUS desde a sua criação, com a Constituição Federal de 1988.

De fato, o inciso III do art. 198 da Carta Magna institui a participação da comunidade como uma das três diretrizes constitucionais para a organização do SUS e, no mesmo espírito, as duas leis que organizam as bases do Sistema reafirmam a importância disso para seu funcionamento, a saber: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 7º, VIII; e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, diploma legal aprovado especificamente para regulamentar o tema do controle social a ser exercido sobre o SUS.

As inovações tecnológicas ocorridas desde a edição da Lei nº 8.142, de 1990, permitiram que a disponibilização de informações fosse possível a qualquer hora e lugar, por meio da internet. Assim, surgiram novas ferramentas e sistemas integrados que permitem que a população acompanhe e fiscalize a atividade estatal, incluindo, naturalmente, a gestão dos serviços de saúde pública. Toda essa conjuntura fortalece sobremaneira a participação da comunidade, a entidade de controle mais importante do SUS.



Por isso, julgamos que o teor da matéria que analisamos é muito benéfico, traz avanços institucionais importantes e ataca práticas antiéticas – como o “furo de fila” de procedimentos e os “jeitinhos” – tão enraizadas em nossa cultura administrativa e política, que infelizmente ainda se mostra, com muita frequência, clientelista e patrimonialista. A publicização de todas as filas permitirá que mudanças de ordem sejam percebidas e, assim, fiscalizadas e auditadas. Além disso, essa medida cumpre a diretriz insculpida no inciso VI do art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990, segundo o qual o SUS deve divulgar *informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário*.

Adicionalmente, o projeto obriga o Poder Público a fornecer de maneira documental uma previsão ou perspectiva de atendimento aos cidadãos encaminhados para exames, consultas ou procedimentos no SUS. Além de ser uma garantia para os pacientes, o protocolo de encaminhamento registra e formaliza a entrada do usuário na fila de espera, evitando “encaixes” que não possuem razões técnicas para ocorrerem. Tal medida contribuirá significativamente para a implementação de um SUS resolutivo e com integralidade de assistência (incisos II e XII do art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990).

Entendemos, portanto, que a proposta em comento cria instrumentos para aumentar a transparência e a eficiência do SUS, atividades que se encontram em pleno acordo com a concepção e legislação construída para o Sistema ao longo do tempo. Dessa forma, recomendamos que seja integralmente aproveitada por esta Casa.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 140, de 2017, juntamente com a emenda nº 01-CCJ.

Sala da Comissão,

, Presidente

Senadora Lídice da Mata, Relatora





SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 68, DE 2018

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 140, de 2017, do Senador Dário Berger, que Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PRESIDENTE: Senador Edison Lobão

RELATOR: Senador Lasier Martins

30 de Maio de 2018

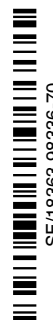




SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 140, de 2017, do Senador Dário Berger, que *altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*



SF/18363.98336-70

Relator: Senador **LASIER MARTINS**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 140, de 2017, do Senador Dário Berger, que *altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

Por meio do acréscimo de inciso ao art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), o primeiro artigo da proposição insere, entre as atribuições das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação de ações que garantam celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema.

O art. 2º determina que o paciente com indicação de realizar algum procedimento no âmbito do SUS deverá receber, no prazo de até cinco



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

3

dias, um protocolo de encaminhamento que indique a data e o local de realização do referido ato. Seu parágrafo único define procedimento para fins legais, incluindo ações de promoção e prevenção em saúde, procedimentos clínicos ou cirúrgicos e procedimentos diagnósticos.

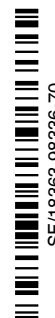
A previsão de prazos máximos para a realização de procedimentos no âmbito do SUS é determinada pelo art. 3º, enquanto o art. 4º torna obrigatória a divulgação, em sítio eletrônico e em canais de atendimento telefônico ou presencial, da fila de espera para a realização dos procedimentos. Essa publicidade deverá ser implementada de forma a preservar o sigilo médico e a intimidade da pessoa e qualquer alteração na ordem da fila deverá ser informada aos pacientes afetados.

O art. 5º do PLS nº 140, de 2017, classifica como atos de improbidade administrativa as seguintes condutas:

- i. deixar de fornecer ao usuário do SUS os documentos e informações previstos no art. 2º;
- ii. deixar de elaborar, atualizar e publicar semanalmente a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização de procedimentos;
- iii. adulterar ou fraudar a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização dos procedimentos.

A cláusula de vigência – art. 6º – estabelece que a lei eventualmente originada pela proposição sob exame entre em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação oficial.

Em sua justificação, o autor informa que a proposição legislativa é derivada de sugestão oferecida pelo Instituto Oncoguia, entidade que atua no auxílio ao paciente com câncer, por meio de ações de educação, conscientização, apoio e defesa dos seus direitos. De acordo com a entidade, há problemas graves para o paciente oncológico antes mesmo de ele obter o diagnóstico de sua enfermidade.





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Lasier Martins

Com o estabelecimento de prazos para a realização dos procedimentos médicos e a publicação das filas de espera no SUS, espera o autor que seja eliminada a possibilidade de “furar a fila” com o auxílio de pessoas influentes ou pelo pagamento ilegal de valores aos responsáveis pelos agendamentos.

Após a apreciação por este Colegiado, o PLS nº 140, de 2017, seguirá para a análise da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), que proferirá decisão sobre a matéria em caráter terminativo. A proposição não foi objeto de emendas.

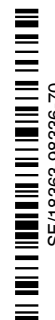
II – ANÁLISE

A competência desta Comissão para opinar sobre a constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade da matéria sob análise encontra respaldo no inciso I do art. 101 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF). As questões atinentes ao mérito da proposição serão avaliadas mais detidamente quando de sua apreciação pela CAS.

Sob o aspecto da constitucionalidade formal, nada há que se oponha à aprovação do PLS, já que a matéria é de competência legislativa da União em concorrência com os estados (proteção e defesa da saúde, nos termos do inciso XII do art. 24 da Carta Magna) e não se enquadra em qualquer das excepcionais hipóteses de reserva de iniciativa constitucionalmente previstas.

No que se refere à constitucionalidade material, a proposição merece prosperar, visto que se coaduna com os princípios orientadores da administração pública, em especial a publicidade e a impessoalidade, nos termos do art. 37 da Constituição. Com efeito, o PLS nº 140, de 2017, tem por objetivo dar concretude, nos serviços prestados pelo SUS à população, a esses princípios basilares do direito administrativo.

O projeto sob análise encontra também apoio nos dispositivos constitucionais que atribuem ao poder público e ao SUS a prerrogativa de dispor sobre a regulamentação das ações e serviços de saúde (art. 197) e de controlar e fiscalizar procedimentos sanitários (art. 200, I).



SF/18363.98336-70



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Lasier Martins

Os assuntos tratados no PLS nº 140, de 2017, inserem-se no âmbito da regulação dos serviços de saúde. Apesar de o País contar com uma Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, do Ministério da Saúde, a normatização vigente carece de meios efetivos que garantam a eficiência e a transparência dos processos.

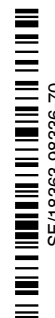
Em termos regimentais, também nada há que impeça a aprovação do PLS nº 140, de 2017, pois sua tramitação obedece ao rito do procedimento abreviado, previsto na Constituição Federal – art. 58, § 2º, I – e no Risf – art. 91.

Quanto à técnica legislativa, a proposição atende aos mandamentos da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1988, inclusive no que se refere à determinação de que o mesmo assunto não poderá ser disciplinado por mais de uma lei, fazendo remissão expressa à Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, para dispor sobre os atos de improbidade administrativa.

No mérito, é certo que o usuário do SUS passará a se sentir muito mais seguro no seu atendimento ao ter conhecimento dos prazos para a realização dos procedimentos de que necessita. Da mesma forma, a publicização das filas de atendimento vai acabar de vez com as trocas de favores para a marcação de consultas e procedimentos no SUS. São medidas extremamente bem-vindas para garantir a equidade e a integralidade na assistência à saúde.

Vale ressaltar ainda a preocupação do autor em promover a punição, na esfera criminal, dos servidores da saúde que descumprirem as determinações legais, fazendo remissão expressa à Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, que *dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências*.

Não obstante, para melhor conformar a matéria, propomos um pequeno ajuste para deixar claro que os atos de improbidade administrativa serão configurados quando praticados de forma dolosa, na forma da emenda apresentada.



SF/18363.98336-70



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador **Lasier Martins**

III – VOTO

Por todos esses motivos, votamos pela **constitucionalidade, juridicidade, regimentalidade e boa técnica legislativa** e, no mérito, pela **aprovação** do PLS nº 140, de 2017, com a seguinte emenda:

EMENDA Nº 1 – CCJ

Dê-se a seguinte redação ao *caput* do art. 5º, do PLS nº 140 de 2017:

“**Art. 5º** Constituem atos de improbidade administrativa, quando dolosos, nos termos do art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992;

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





Relatório de Registro de Presença
CCJ, 30/05/2018 às 10h - 18ª, Ordinária
 Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Maioria (MDB, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
JADER BARBALHO	1. ROBERTO REQUIÃO
EDISON LOBÃO PRESENTE	2. ROMERO JUCÁ
EDUARDO BRAGA	3. ROBERTO ROCHA
SIMONE TEBET PRESENTE	4. GARIBALDI ALVES FILHO
VALDIR RAUPP PRESENTE	5. WALDEMIR MOKA PRESENTE
MARTA SUPLCY PRESENTE	6. ROSE DE FREITAS
JOSÉ MARANHÃO	7. DÁRIO BERGER PRESENTE

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)	
TITULARES	SUPLENTES
JORGE VIANA PRESENTE	1. HUMBERTO COSTA
JOSÉ PIMENTEL PRESENTE	2. LINDBERGH FARIAS
FÁTIMA BEZERRA	3. REGINA SOUSA PRESENTE
GLEISI HOFFMANN	4. HÉLIO JOSÉ
PAULO PAIM PRESENTE	5. ÂNGELA PORTELA PRESENTE
ACIR GURGACZ	6. SÉRGIO PETECÃO

Bloco Social Democrata (PSDB, DEM)	
TITULARES	SUPLENTES
AÉCIO NEVES	1. RICARDO FERRAÇO
ANTONIO ANASTASIA PRESENTE	2. CÂSSIO CUNHA LIMA
FLEXA RIBEIRO PRESENTE	3. EDUARDO AMORIM PRESENTE
WILDER MORAIS	4. RONALDO CAIADO PRESENTE
MARIA DO CARMO ALVES PRESENTE	5. JOSÉ SERRA

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)	
TITULARES	SUPLENTES
LASIER MARTINS PRESENTE	1. IVO CASSOL
BENEDITO DE LIRA PRESENTE	2. ANA AMÉLIA
CIRO NOGUEIRA	3. OMAR AZIZ

Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania (PPS, PSB, PCdoB, REDE, PODE)	
TITULARES	SUPLENTES
ANTONIO CARLOS VALADARES	1. ALVARO DIAS
LÍDICE DA MATA PRESENTE	2. JOÃO CAPIBERIBE
RANDOLFE RODRIGUES	3. VANESSA GRAZZIOTIN PRESENTE

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR)	
TITULARES	SUPLENTES
ARMANDO MONTEIRO PRESENTE	1. RODRIGUES PALMA PRESENTE
EDUARDO LOPES	2. VICENTINHO ALVES
MAGNO MALTA PRESENTE	3. WELLINGTON FAGUNDES PRESENTE

**Relatório de Registro de Presença****Não Membros Presentes**

OTTO ALENCAR
ATAÍDES OLIVEIRA
PAULO ROCHA
PEDRO CHAVES

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLS 140/2017)**

NA 18ª REUNIÃO ORDINÁRIA, REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO DO SENADOR LASIER MARTINS, QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CCJ, FAVORÁVEL AO PROJETO, COM A EMENDA Nº 1-CCJ.

30 de Maio de 2018

Senador EDISON LOBÃO

Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 140, DE 2017

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

AUTORIA: Senador Dário Berger

DESPACHO: Às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a fim de determinar celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 15.

.....
XXII - implementar ações que garantam celeridade e transparência na realização de procedimentos no âmbito do SUS."
(NR)

Art. 2º O paciente com indicação de procedimento a ser realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) receberá no ato ou por meio inequívoco no prazo máximo de cinco dias, protocolo de encaminhamento contendo a data e o local de realização do procedimento.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, consideram-se procedimentos todos aqueles oferecidos pelo SUS, inclusive as ações de promoção e prevenção em saúde, os procedimentos clínicos ou cirúrgicos e os procedimentos com finalidade diagnóstica.

Art. 3º Serão estabelecidos prazos máximos para a realização de procedimentos no âmbito do SUS.

Art. 4º A publicidade das filas de espera de pacientes que aguardam a realização de procedimentos será assegurada mediante sua divulgação em sítio eletrônico e em canais de atendimento telefônico ou presencial, respeitados o sigilo médico e a intimidade da pessoa.

Parágrafo único. Na hipótese de necessidade devidamente fundamentada de alterar a ordem da fila, o paciente será comunicado com antecedência e será dada publicidade à alteração no sítio eletrônico mencionado no *caput*.

Art. 5º Constituem atos de improbidade administrativa, nos termos do art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992:

I - deixar de elaborar e fornecer ao usuário do SUS os documentos e informações previstos no art. 2º desta Lei;

II - deixar de elaborar, atualizar e publicar semanalmente, a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização de procedimentos no âmbito do SUS;

III - adulterar ou fraudar a lista ou a ordem dos pacientes que aguardam a realização de procedimentos no âmbito do SUS.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei é oriundo de documento apresentado pelo Instituto Oncoguia, associação sem fins lucrativos, qualificada como organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), criada com a missão de ajudar o paciente com câncer a viver melhor por meio de ações de educação, conscientização, apoio e defesa dos direitos dos pacientes.

Conforme dados de 2010 do TCU, mais de 60% dos casos de câncer no Brasil são diagnosticados em estágio avançado devido a dificuldades no acesso a consultas e exames. Quando o diagnóstico é tardio, o tratamento do paciente se torna mais complexo, e os custos para o sistema aumentam substancialmente.

Dessa forma, milhões de pacientes com câncer poderiam ser salvos de uma morte prematura e de sofrimento se tivessem tido acesso ao diagnóstico de forma rápida.



SF/17113.45758-12

Outra consequência são os custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento do paciente do mercado de trabalho.

Segundo o Instituto Oncoguia, o período pré-diagnóstico é hoje um dos pontos mais críticos do SUS. Até o paciente chegar ao resultado, existe uma longa peregrinação. No contexto dessa peregrinação, existem ainda dois agravantes: a) não há transparência e controle na lista de espera para consultas, exames e procedimentos em saúde, o que pode dar margem a todo tipo "jeitinhos", como aquele paciente que literalmente "fura a fila porque é amigo de um vereador"; b) na grande maioria das vezes, o paciente sai da consulta com o pedido de um exame sem o respectivo agendamento, ou seja, não sabe nem quando e nem onde irá realizar o procedimento. Orientam-no a aguardar por um telefonema. Isso também ocorre para consulta com especialistas e realização de outros procedimentos.

Ainda de acordo com o Oncoguia, pacientes têm denunciado a venda de vagas em filas do SUS. Consequentemente, a proposta de informatizar todas as filas do SUS e publicá-las na internet, respeitando a intimidade e o sigilo médico de cada caso, é fundamental para inibir práticas como a venda de "fura-fila", denunciada em inúmeras localidades do País, ou a antiga prática da "vereança medicinal" ou "medicina eleitoral", em que vereadores, candidatos a vereadores ou assessores de gabinete, e até mesmo profissionais de saúde, são apontados como possíveis intermediários entre os pacientes e os servidores públicos que realizam agendamentos do SUS. Pretende-se, com isso, garantir o fim de situações inaceitáveis de preterir um paciente por causa de um "encaixe" solicitado por pessoas com influência, que também constituem formas de corrupção.

Além disso, ao estabelecer um prazo máximo para realização da consulta, exame ou procedimento, o Poder Público demonstra respeito e garante dignidade aos pacientes, que poderão contar com o mínimo de previsibilidade para o seu atendimento. A ideia é acabar com a atual situação de pacientes que ficam aguardando meses por um telefonema que lhe dirá quando e onde deverá realizar o procedimento.

Nesse sentido, solicitamos o apoio dos nobres pares para estabelecer um mecanismo de transparência nas filas de espera, de modo a permitir a fiscalização da sociedade, e que o paciente, tão logo receba a indicação de consulta, exame ou outro procedimento em saúde a ser realizado pelo SUS, saia da unidade de saúde com um protocolo indicando local, data e horário da realização ou, então, receba essa informação em prazo hábil.



SF/17/113.45758-12

Sala das Sessões,

Senador **DÁRIO BERGER**



LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde - 8080/90
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990;8080>
 - artigo 15
- Lei nº 8.429, de 2 de Junho de 1992 - Lei da Improbidade Administrativa; Lei do Enriquecimento Ilícito (1992); Lei do Colarinho Branco (1992) - 8429/92
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1992;8429>
 - artigo 11

1ª PARTE - DELIBERATIVA

12

PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS,
sobre o Projeto de Lei do Senado nº 138, de 2017,
do Senador Armando Monteiro, que altera a Lei nº
7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor
sobre os trabalhadores contratados ou
transferidos por seus empregadores para prestar
serviços no exterior.

Relator: Senador **JORGE VIANA**

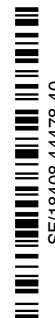
I – RELATÓRIO

Vem a esta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 138, de 2017, do Senador Armando Monteiro, que altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.

A presente matéria já foi analisada e aprovada pela Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CRE), em que fui o relator do projeto.

O PLS nº 138, de 2017, em síntese, propõe o retorno do critério da territorialidade (*lex loci executionis*) para análise das relações de contrato de trabalho internacional. Em outras palavras, a presente matéria define que a legislação trabalhista aplicável é a do local da prestação de serviços, como ocorre na grande maioria dos países.

O *caput* do art. 1º a ser alterado amplia o prazo pelo qual o empregado pode ser considerado como transitoriamente transferido de três



SF/18408.44478-40

meses para doze meses e acrescenta, como exceção à aplicabilidade da norma, o empregado transferido para fins educativos ou de treinamento.

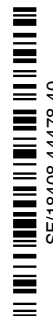
Além da ajuda de custo, há ainda a possibilidade de pagamento de outras verbas ao empregado que presta serviços de natureza transitória, tais como passagens de ida e volta e despesas com hospedagem, alimentação e transporte.

A proposta de alteração do art. 3º da Lei prevê que a norma a ser aplicada às relações decorrentes do contrato de trabalho deve ser a do local de execução do contrato (*lex loci executionis*). Resguarda-se, ainda, a aplicabilidade da lei brasileira no tocante aos recolhimentos para a Previdência Social, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS e o Programa de Integração Social - PIS/PASEP.

Esse artigo inova ao determinar a observância, se for o caso, dos acordos previdenciários internacionais firmados pelo Brasil (em número bem maior que o existente à época de elaboração da Lei Mendes Júnior). Também estabelece que tais encargos incidirão sobre o valor salarial do empregado à época da transferência, observada a evolução salarial definida em reajustamento por instrumento coletivo.

A proposta de alteração do art. 4º da Lei define um percentual mínimo para o adicional de transferência, o que não existe atualmente. Determina que seu valor é indenizatório e permite expressamente que seja pago na forma de moradia ou outro tipo de vantagem. Além disso, define que o adicional e as despesas de transferência correrão à conta do empregador.

Já a mudança do art. 5º da Lei permite que a remuneração devida seja depositada, no todo ou em parte, em moeda nacional ou estrangeira, em conta bancária no Brasil ou no exterior, observadas as leis e as normas aplicáveis no local da execução dos serviços. Além disso, exclui da incidência de impostos e contribuições federais no Brasil os valores fixados a título de rendimento bruto (*gross up*), com fins exclusivos de compensar o empregado pelos descontos fiscais exigidos pela legislação do local de realização dos serviços no exterior.



A proposta de alteração do art. 6º da Lei esclarece que correrá por conta do empregador o transporte de ida e volta do empregado e sua família e não a totalidade das despesas de férias, permitindo que seja antecipada para o primeiro ano de trabalho.

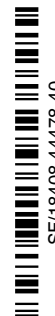
Já a redação sugerida para o art. 7º amplia o prazo máximo de permanência do empregado de três para cinco anos (ou em vários períodos sucessivos de três anos para o empregado contratado por empresa sediada no Brasil para trabalhar a seu serviço no exterior) e estabelece aviso prévio de retorno de no mínimo sessenta dias em benefício do empregado.

O art. 8º a ser alterado permite, explicitamente, que as despesas decorrentes do retorno do empregado ao Brasil, por iniciativa do trabalhador ou quando houver a rescisão contratual por justa causa, seja reembolsado à empresa pelo empregado, podendo a forma de ressarcimento desse valor ser ajustada entre as partes ou compensada nos termos da Lei.

Já a redação proposta para o art. 9º determina que o tempo no exterior será contado para fins da legislação previdenciária brasileira. Permite ainda que os valores da rescisão contratual pagos em razão de exigência da legislação estrangeira sejam compensados com o salário – observados os limites legais – e não apenas com o FGTS.

O art. 10 a ser alterado explicita que o adicional de transferência, as prestações “in natura”, o reembolso de despesas resultantes da transferência, bem como quaisquer outras vantagens a que fizer jus o empregado em função de sua permanência no exterior, não serão devidas após o término da sua transferência ou o respectivo retorno ao Brasil, não se incorporando ao contrato de trabalho para nenhum efeito. Ainda garante ao trabalhador a remuneração base a que faria jus se não houvesse a transferência.

Já a proposta de alteração do art. 12 mantém a necessidade de autorização prévia do Ministério do Trabalho para contratação de empregados para trabalhar no exterior, mas prevê apenas a comunicação da contratação àquele órgão para os seguintes empregadores: (i) empresa estrangeira não estabelecida no Brasil que tenha participação, direta ou indireta, de empresa brasileira em seu capital; e (ii) empresa estrangeira que



tiver participação, direta ou indireta, em empresa brasileira e que mantiver procurador no Brasil com poderes especiais de representação, inclusive o de receber citação.

Para o art. 14, a matéria reafirma a aplicação do critério da territorialidade (*lex loci executionis*) quando houver contratação direta do empregado por empresa estrangeira. A redação, contudo, preserva alguns direitos, tais como o recebimento de férias anuais, o custeio do retorno do trabalhador e a proibição ao aliciamento de trabalhadores (Capítulo II da Lei nº 7.064/1982).

A redação proposta para o art. 16 permite que a permanência do empregado no exterior seja superior a 5 (cinco) anos, desde que seja assegurado ao trabalhador o direito de gozar 3 (três) férias anuais no Brasil, com as despesas de transporte do empregado e de seus dependentes pagas pela empresa estrangeira.

Pretende-se com a matéria revogar o art. 18 da Lei, que obriga a empresa estrangeira a manter no Brasil procurador com poderes especiais de representação, inclusive o de receber citação.

Já a proposta para o art. 19 é de ampliar a responsabilidade solidária da pessoa jurídica domiciliada no Brasil e retirar a exigência de participação nacional para a contratação por empresa estrangeira.

A matéria inova ao propor a regulamentação da contratação ou transferência definitiva do empregado para o exterior. Ademais, exclui a aplicabilidade da CLT no que se refere à contagem do tempo de serviço de empregado readmitido, nos termos de seu art. 453 (arts. 20-A a 20-C).

A alteração do art. 21 amplia a proteção legal atualmente concedida ao empregado, a exemplo dos seguros de vida e de acidentes pessoais.

A redação sugerida para o art. 22 estabelece as obrigações que são devidas mesmo em caso de transferência definitiva do empregado.

Não foram oferecidas emendas ao PLS nº 318, de 2017.



SF/18408.44478-40

II – ANÁLISE

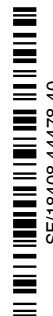
O PLS nº 318, de 2017, de autoria do Senador Armando Monteiro, foi inicialmente analisado e aprovado pela Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional – CRE, em que fui o Relator da matéria. O projeto vem agora ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais – CAS de modo terminativo.

O Regimento Interno do Senado Federal (RISF), em seu art. 100, estabelece que cabe à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) opinar sobre proposições que digam respeito a relações de trabalho, organização do sistema nacional de emprego e condição para o exercício de profissões, Seguridade Social e Previdência Social.

A legislação atual (Lei nº 7.064, de 1982), que rege as relações trabalhistas de brasileiros contratados ou transferidos para prestar serviços no exterior, traz insegurança jurídica e elevados custos aos empregadores. Com isso, as empresas optam por contratar estrangeiros nos países onde se instalam, o que significa uma considerável perda de postos de trabalho especializados para brasileiros, ainda mais em um mundo que permite a mobilidade de trabalhadores em todos os setores.

Ao restringir o processo de transferência do profissional brasileiro para outros países, a lei vigente tem impacto negativo para a disseminação, dentro das empresas brasileiras, de uma cultura organizacional capaz de promover a inovação, a tecnologia e a introdução de modernas práticas de gestão, no Brasil e no exterior.

A referida norma, também conhecida como Lei Mendes Júnior em razão dos negócios realizados pela empresa no Oriente Médio nas décadas de 1970 e 1980, foi estabelecida especificamente para regulamentar uma situação que, à época, havia se disseminado: a contratação de trabalhadores brasileiros para participação em obras de engenharia civil no exterior. Naquele tempo, as empresas brasileiras de engenharia e construção começaram a ganhar projeção internacional, notadamente em países latino-americanos e africanos, pelo que se tornou prática comum a contratação de trabalhadores brasileiros para trabalhar em canteiros de obras no exterior,



SF/18408.44478-40

contratados diretamente pelas empresas brasileiras e suas subsidiárias ou por associadas.

Até a edição da Lei Mendes Júnior, prevalecia nessas relações trabalhistas o critério da territorialidade previsto no art. 198 do Código Bustamante, internalizado pelo Decreto nº 18.871, de 13 de agosto de 1929:

Artículo 198. También es territorial la legislación sobre accidentes del trabajo y protección social del trabajador.

Essa disposição seria complementada pelo art. 651 da CLT:

Art. 651 - A competência das Juntas de Conciliação e Julgamento é determinada pela localidade onde o empregado, reclamante ou reclamado, prestar serviços ao empregador, ainda que tenha sido contratado noutro local ou no estrangeiro.

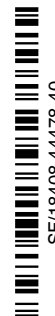
(...)

§ 2º - A competência das Juntas de Conciliação e Julgamento, estabelecida neste artigo, estende-se aos dissídios ocorridos em agência ou filial no estrangeiro, desde que o empregado seja brasileiro e não haja convenção internacional dispondo em contrário.

Em 1985, a Súmula do TST nº 207 consolidou o entendimento de que a relação jurídica trabalhista é regida pelas leis vigentes no país da prestação de serviço e não por aquelas do local da contratação. Em 2012, porém, essa súmula foi revogada.

Com a promulgação da Lei Mendes Júnior, ocorreu uma cisão no marco normativo brasileiro quanto à contratação de trabalhador no Brasil para exercício de atividades no exterior. De um lado, apenas para os empregados das empresas de engenharia no exterior (Lei Mendes Júnior), a aplicação da legislação mais favorável ao trabalhador; e, de outro, para os demais trabalhadores brasileiros expatriados, a aplicação da legislação do local da prestação de serviço (princípio da territorialidade ou *lex loci executionis*).

Em 2009, a Lei nº 11.962, ao modificar a Lei Mendes Júnior, estendeu sua aplicabilidade a todos os trabalhadores contratados no Brasil



SF/18408.44478-40

ou transferidos por seus empregadores para prestar serviço no exterior. Ou seja, a partir de então, as relações contratuais de trabalho dos empregados expatriados passaram a ser regidas pela legislação “mais favorável [ao trabalhador] (...), no conjunto de normas e em relação a cada matéria” (art. 3º, II, Lei Mendes Júnior).

Em resposta a esse cenário de insegurança jurídica, o PLS nº 138/2017 propõe o retorno definitivo da aplicabilidade do critério da territorialidade (*lex loci executionis*) nos contratos de trabalho de empregados expatriados.

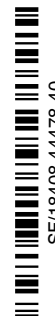
O PLS nº 138/2017 é fruto da negociação entre diversos atores no âmbito do Conselho Nacional de Imigração – CNIg, órgão do Ministério do Trabalho, responsável pela articulação da Política Migratória Brasileira, em especial da Política de Migração Laboral, por meio de diálogo permanente com a sociedade brasileira.

Já em 2005, esse Conselho – composto por representantes dos trabalhadores, dos empregadores, da comunidade científica e de diversos Ministérios – foi questionado sobre os problemas e as incertezas jurídicas decorrentes da aplicação da Lei Mendes Júnior.

À época, houve o alerta para o fechamento do mercado de trabalho no exterior para brasileiros. A razão seria o efeito extraterritorial da lei nacional, que prejudicava a ocupação, por trabalhadores do Brasil, de postos de trabalhos no exterior ofertados por empresas estrangeiras e brasileiras. Diante disso, o Conselho aprovou por unanimidade, em 2005, o texto base que buscava facilitar a internacionalização das empresas e abrir o mercado de trabalho no exterior para brasileiros.

Os juízes trabalhistas reiteradamente passaram a estender a aplicação da Lei Mendes Júnior a qualquer tipo de serviço, apesar de a Lei expressamente limitar sua aplicação aos serviços de engenharia. Isso gerava insegurança jurídica e altos custos na expatriação de profissionais, o que desestimulava a contratação de brasileiros para trabalhar no exterior.

Como já mencionado anteriormente, esse entendimento jurisprudencial tornou-se lei em 2009, com a edição da Lei nº 11.962, que



SF/18408.44478-40

alterou a Lei Mendes Júnior para estender sua aplicação a todos os brasileiros contratados no Brasil ou transferidos para o exterior.

Como resposta à alteração legislativa que desestimulava a contratação dos brasileiros para trabalhar no exterior, empresas estatais solicitaram ao Ministério do Planejamento uma nova análise da proposta aprovada pelo CNIg em 2005. O anteprojeto passou, então, pelo crivo de vários órgãos do Poder Público, como o Departamento de Empresas Estatais (DEST), o Ministério do Trabalho, o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Fazenda.

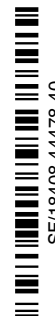
Em 2013, o anteprojeto foi submetido a nova avaliação em grupo coordenado pelo Presidente do CNIg e pelo Secretário de Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho. Do grupo também participaram: o DEST, a Casa Civil, o Ministério da Previdência Social, o Ministério das Relações Exteriores, a Secretaria da Receita Federal, as Confederações Patronais e as Centrais Sindicais.

Como chegou a meu conhecimento, a proposta apresentada pelo Senador Armando Monteiro espelha o texto discutido no âmbito deste grupo e soluciona a principal incerteza sobre a legislação aplicável aos trabalhadores brasileiros expatriados ao definir a aplicação da lei do local da prestação de serviços – o princípio da territorialidade.

Além de segurança jurídica, o projeto traz redução dos custos de transferência de empregados contratados para prestação de serviços no exterior, abertura de mercado de trabalho para brasileiros fora do país e garantia de direitos e segurança aos trabalhadores.

Uma alteração importante é a desoneração das empresas do pagamento dos encargos trabalhistas e previdenciários sobre a parcela paga ao empregado em razão de sua transferência ao exterior, o que eleva em demasiado o custo da contratação de brasileiros para esses postos de trabalho.

Deve ser ressaltado que tal previsão assegura ao empregado transferido todas as alterações ocorridas no salário base da categoria



SF/18408.44478-40

profissional durante a transferência, com os respectivos recolhimentos das contribuições para a Previdência Social, FGTS e PIS.

Propõe-se um adicional de 25% do salário base em razão da transferência, de caráter indenizatório, que serve como auxílio para custos adicionais com moradia, ensino, diferença de custo de vida, dentre outras despesas decorrentes dessa transferência.

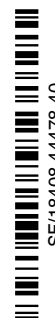
Aumenta-se o benefício que pode ser concedido ao trabalhador, ao prever que o adicional pode ser pago em espécie ou por meio de benefícios como moradia, custeio da escola dos filhos ou outras vantagens oferecidas pela empresa no exterior.

Prevê-se a não bitributação sobre o rendimento bruto (*gross up*) do trabalhador no que tange a impostos e contribuições federais no Brasil para garantir a irredutibilidade salarial.

Outro ponto relevante do Projeto é o aumento do prazo de transferência provisória para o exterior para 1 (um) ano sem que haja a aplicação do regime da lei de expatriação. Atualmente esse prazo é de 90 dias, período insuficiente tanto para a adaptação do empregado quanto para a prospecção comercial. A alteração compatibiliza a legislação brasileira com a realidade da maioria dos países, que consideram a residência fiscal a partir do 183º dia.

Além disso, permite-se expressamente a negociação entre empregado e empregadores para ampliar os direitos do trabalhador previstos na lei, como por exemplo, a antecipação do pagamento pelas férias no Brasil.

O texto proposto apresenta uma forma mais adequada e justa de ressarcir o empregador de uma rescisão ficta. As verbas rescisórias fictas serão compensadas pelo desconto em salários futuros e não mais sobre o saldo do FGTS, após o retorno do trabalhador ao Brasil, respeitando-se a margem consignável do salário. Essa alteração se apresenta como mais um benefício ao trabalhador no seu retorno, qual seja, um adiantamento de salários sem juros.



O projeto inova ao possibilitar a conversão da transferência do empregado de transitória para definitiva após sua permanência no exterior por prazo superior a 3 (três) anos. Nesse caso, (i) o contrato de trabalho no Brasil será rescindido, com o pagamento de todos os direitos inerentes à rescisão contratual e a consequente conversão da transferência em contratação definitiva pela empresa no exterior ou pela sucursal da empresa brasileira constituída no país da prestação de serviços; e (ii) o trabalhador será contratado no exterior, como empregado local.

A proposta está atenta às necessidades do trabalhador ao prever a contratação obrigatória de seguros de vida e acidentes pessoais a favor do trabalhador e dos seus dependentes.

Além do seguro saúde, o projeto obriga as empresas a fornecerem passagens de ida e volta quando o empregado ou seus dependentes necessitarem, em caráter de urgência, de assistência médica fora do local de trabalho no exterior.

Assegura-se também passagens de regresso ao Brasil, pagas pelo empregador: (i) ao trabalhador, no caso de retorno antecipado por motivo de saúde; e (ii) aos dependentes, no caso de falecimento do empregado.

Em suma, como ressalta o autor do projeto PLS nº 138, de 2017, Senador Armando Monteiro, a internacionalização da economia brasileira e a crescente globalização dos setores produtivos torna necessária a atualização da legislação trabalhista para que esta se ajuste aos princípios de Direito Internacional Privado do Trabalho.

O projeto, assim, tem o intuito de proporcionar a devida vantagem competitiva em favor dos trabalhadores brasileiros e seus empregadores. Para tanto, a matéria prevê que a legislação trabalhista aplicável deve ser a do local da prestação de serviços, como ocorre na grande maioria dos países.

Nesse sentido, a Lei de Imigração (Lei nº 13.445, de 2017), ao destacar a igualdade de direitos entre imigrantes e brasileiros, reforça o



princípio trabalhista da aplicação da lei do local da prestação dos serviços universalmente aceita.

Dessa forma, ao sugerir a mesma lógica para a Lei que trata dos trabalhadores brasileiros expatriados, é respeitado um imperativo de isonomia de tratamento: se ao estrangeiro que vem ao Brasil se aplica a lei trabalhista brasileira, em igualdade de condições com os brasileiros, aos brasileiros no exterior deve ser conferida a aplicação da lei trabalhista do local da prestação de serviços.

No entanto, é necessário harmonizar o PLS nº 138/2017 a outras alterações promovidas pela nova Lei de Imigração (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017).

Com a aprovação do novo marco regulatório de Imigração, houve a revogação da necessidade de autorização do Ministério do Trabalho para a contratação de estrangeiros que venham trabalhar no Brasil.

Do mesmo modo, o acesso ao mercado de trabalho estrangeiro por parte do trabalhador brasileiro não deve ser burocratizado. Se a nova Lei de Imigração desburocratiza o acesso do mercado de trabalho nacional ao imigrante, a nova Lei dos Trabalhadores Expatriados também deve desburocratizar o acesso do mercado de trabalho estrangeiro ao profissional brasileiro. Por isso, a proposta de comunicação e autorização ao Ministério do Trabalho da contratação de brasileiro para prestar serviços no exterior pode ser suprimida.

III – VOTO

Pelo exposto, voto pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 138, de 2017, de autoria do Senador Armando Monteiro, com as emendas que apresento a seguir:



EMENDA Nº – CAS

Suprima-se o art. 12 da Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, do art. 1º do PLS nº 138, de 2017.

**EMENDA Nº – CAS**

O artigo 3º do PLS nº 138, de 2017, passa a tramitar com a seguinte redação:

“Art. 3º Revogam-se os artigos 12, 13 e 18 da Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982.” (NR)

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 138, DE 2017

Altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.

AUTORIA: Senador Armando Monteiro

DESPACHO: Às Comissões de Relações Exteriores e Defesa Nacional; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017

Altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“**Art. 1º** Esta Lei regula a situação de empregados contratados no Brasil por empresas estrangeiras, ou transferidos por empresas constituídas sob as leis brasileiras e que tenham a sua sede e administração no País, para prestar serviços no exterior.

Parágrafo único. Fica excluído do regime desta Lei:

I - o empregado designado para prestar serviços de natureza transitória, por período não superior a 12 (doze) meses, desde que:

b) receba, além da passagem de ida e volta, diárias ou ajuda de custo, ou ainda, reembolso de despesas de hospedagem, alimentação e transporte, durante o período de trabalho no exterior os quais, seja qual for o respectivo valor, não terão natureza salarial.

II – os empregados que tenham seus contratos de trabalhos suspensos ou interrompidos em razão de viagem para estudos e pesquisa no exterior, com ou sem percepção de bolsas de estudo custeadas pelo empregador, ou outra instituição, desde que:

a) seja formalizado um termo por escrito, com os motivos e a finalidade concessão do afastamento para viagem de estudos ou pesquisa no exterior;



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

b) anotação da suspensão ou da interrupção do contrato na carteira de trabalho do empregado.” (NR)

“**Art. 3º** A empresa responsável pelo contrato de trabalho do empregado transferido assegurar-lhe-á a observância exclusiva da legislação do local da execução dos serviços, sendo também assegurado ao empregado:

.....
II - a manutenção no Brasil, sobre o salário base do empregado à época da transferência, dos recolhimentos das contribuições para:

- a) a previdência social, observados os acordos internacionais em matéria previdenciária em vigor no Brasil;
- b) o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS;
- c) o Programa de Integração Social - PIS/PASEP.

§ 1º A base de cálculo de todos os encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes da relação de trabalho será exclusivamente o salário base pago no Brasil, à época da transferência, contemplando as alterações ocorridas para a categoria profissional durante a transferência, na forma do Inciso II deste artigo.

§ 2º Nenhum outro encargo trabalhista, ou previdenciário será devido pela transferência e os encargos devidos não incidirão sobre qualquer outra remuneração ou vantagem adicional decorrente da transferência ou da prestação de serviço no exterior.” (NR)

“**Art. 4º** Mediante ajuste escrito entre empregador e empregado serão fixados os valores da remuneração decorrente da transferência, a qual incluirá, necessariamente, o salário base acrescido do adicional de transferência ao exterior, no valor mínimo de 25% sobre o salário base, firmado no ato da transferência.

§ 1º Caso a empresa forneça moradia no exterior, ou outra vantagem direta ou indiretamente ao empregado transferido ao exterior, estas serão compensadas no cálculo do adicional de transferência a que se refere o caput desse artigo, se o empregado optar por perceber essas vantagens.

§ 2º O adicional de transferência a que alude o caput deste artigo, bem como as despesas resultantes da transferência, que correrão por conta do empregador, serão fixados mediante ajuste escrito e ambos terão caráter indenizatório.” (NR)

“**Art. 5º**





SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

§ 1º Por opção escrita do empregado, a remuneração devida poderá ser depositada, no todo ou em parte, em conta bancária no Brasil ou no exterior, observadas as leis e normas aplicáveis no local da execução dos serviços.

§ 3º A moeda estrangeira prevista no caput desse artigo poderá ser a moeda do país de destino ou moeda de livre conversibilidade.

§ 4º -s eventuais valores pagos ou remetidos pelo empregador a título de reajustamento de rendimento bruto (*gross up*), com fins exclusivos de compensar o empregado pelos descontos fiscais exigidos conforme legislação do local de realização dos serviços no exterior, são isentos de impostos e contribuições federais no Brasil.” (NR)

“**Art. 6º** Após 2 (dois) anos de permanência no exterior será assegurado ao empregado o direito de gozar anualmente férias no Brasil, correndo por conta da empresa empregadora, ou para a qual tenha sido transferido, o custeio do transporte necessário para que o empregado venha ao Brasil e retorne ao local da prestação de serviços no exterior.

§ 1º O custeio de que trata o caput deste artigo se estende ao cônjuge e aos demais dependentes do empregado com ele residentes.

§ 3º O direito previsto no caput deste artigo poderá ser antecipado a partir do primeiro ano de permanência no exterior, desde que haja previsão neste sentido em instrumento coletivo de trabalho ou ajuste escrito.” (NR)

“**Art. 7º**

§ 1º Fica assegurado ao empregado o seu retorno ao Brasil, ao término do prazo de transferência ou, antes deste, na ocorrência das seguintes hipóteses:

a) após 3 (três) anos de trabalho contínuo, prazo que poderá ser prorrogado para 5 (cinco) anos mediante ajuste escrito entre empregado e empregador;

e) quando o serviço ou permanência do empregado no exterior deixar de ser necessário ou conveniente para a empresa.

§ 2º Nas hipóteses do inciso I do caput e das alíneas “a” e “e” do §1º deste artigo, a data do efetivo retorno deverá ser comunicada, por



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

escrito, pelo empregador ou empregado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, salvo acordo entre as partes.

§ 3º Na hipótese da transferência prevista no art. 2º, inciso III, o prazo de trabalho contínuo no exterior previsto no §1º, alínea “a” deste artigo, poderá ser estendido por sucessivos períodos de 3 (três) anos, mediante ajuste escrito entre empregado e empregador.” (NR)

“Art. 8º

Parágrafo único. Quando o retorno se verificar por iniciativa do empregado, ou quando este der justa causa para rescisão do contrato, ficará o empregado obrigado ao reembolso das despesas previstas neste artigo, podendo a forma de ressarcimento desse valor ser ajustada entre as partes ou compensada nos termos da Lei.” (NR)

“Art. 9º O período de duração da transferência será computado no tempo de serviço do empregado para todos os efeitos da legislação previdenciária brasileira, ainda que a lei local de prestação de serviço considere a natureza dessa prestação como autônoma e determine a liquidação dos direitos oriundos da respectiva cessação.

§ 1º Na hipótese de liquidação de direitos prevista neste artigo, a empresa empregadora no Brasil, que cedeu ou transferiu o empregado, ou aquela do mesmo grupo econômico para a qual retornar o empregado, fica autorizada a deduzir tais valores dos salários futuros, observada a margem consignável prevista na Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003, ou de eventual rescisão, mediante ajuste escrito.

§ 2º As deduções mencionadas no parágrafo anterior, relativamente ao pagamento em moeda estrangeira, serão calculadas mediante conversão em moeda nacional ao câmbio do dia em que se operar o pagamento.” (NR)

“Art. 10. O adicional de transferência, as prestações “*in natura*”, o reembolso de despesas resultantes da transferência, bem como quaisquer outras vantagens a que fizer jus o empregado em função de sua permanência no exterior, não serão devidas após seu o término da transferência ou o respectivo retorno ao Brasil, não se incorporando ao contrato de trabalho para nenhum efeito.

Parágrafo único. Fica assegurado ao empregado quando do retorno ao Brasil, a percepção do salário base que teria caso não tivesse sido transferido, acrescido dos reajustes salariais aplicados à categoria durante sua ausência.” (NR)



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

“**Art. 12.** A empresa estrangeira não estabelecida no Brasil que tenha participação, direta ou indireta, de empresa brasileira em seu capital e a empresa estrangeira que tiver participação, direta ou indireta, em empresa brasileira e que mantiver procurador no Brasil com poderes especiais de representação, inclusive o de receber citação, comunicará o Ministério do Trabalho e Emprego quando da contratação de empregados no Brasil para trabalhar no exterior.

Parágrafo único. A empresa estrangeira que não preencher os requisitos estabelecidos no *caput* deste artigo estará sujeita à autorização prévia do Ministério do Trabalho para contratação de empregados para trabalhar no exterior.” (NR)

“**Art. 14.** Sem prejuízo da obrigação da empresa estrangeira assegurar ao trabalhador os direitos a ele conferidos neste Capítulo, é garantida em qualquer hipótese a aplicação das leis do país da prestação dos serviços, que prevalecerá no que respeita a direitos, vantagens, garantias e obrigações trabalhistas e previdenciárias.” (NR)

“**Art. 16.** A permanência do empregado no exterior poderá ser ajustada por período superior a 5 (cinco) anos, desde que seja assegurado a ele o direito de gozar 3 (três) férias anuais no Brasil, com as despesas de transporte do empregado e seus dependentes, pagas pela empresa estrangeira.” (NR)

“**Art. 19.** A pessoa jurídica domiciliada no Brasil, a que alude o art. 12 será solidariamente responsável com a empresa estrangeira por todas as obrigações decorrentes da contratação do empregado.” (NR)

“**Art. 21.** As empresas de que trata esta Lei, farão, obrigatoriamente, seguro de vida e acidentes pessoais em favor do empregado, cobrindo o período a partir do embarque para o exterior, até o retorno ao Brasil.

§ 1º O valor do seguro não poderá ser inferior a 12 (doze) vezes o valor da remuneração mensal do empregado.

§ 2º O seguro previsto no *caput* deve incluir a cobertura do traslado de restos mortais e poderá ser estendido a outras hipóteses e aos dependentes legais do empregado que com ele residam no exterior, mediante ajuste escrito

§ 3º O seguro a que se refere o *caput* desse artigo não será exigido quando o empregado tiver plano de previdência complementar da empresa que contenha seguro com as mesmas coberturas ou a partir do



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

momento em que venham a ocorrer as hipóteses dos artigos 20-A e 20-B desta Lei.” (NR)

“**Art. 22.** Correrão por conta do empregador as despesas de transporte, inclusive dos dependentes que residam com o empregado no exterior, na sua ida, nas férias e no seu retorno ao Brasil na forma dos artigos 6º, 7º e 16 desta Lei, salvo a partir do momento em que venham a ocorrer as hipóteses dos artigos 20-A e 20-B desta Lei.

Parágrafo único. Correrão, ainda, por conta do empregador, as despesas de transporte, nas situações e condições que se seguem:

I – passagens de ida e volta, via aérea, quando o empregado e seus dependentes comprovadamente necessitarem, em caráter de urgência, de acesso a serviços de assistência médica fora do local de trabalho no exterior;

II – passagens de regresso ao Brasil no caso de retorno antecipado, por motivo de saúde, conforme recomendação constante de laudo médico; e

III – passagens de regresso o Brasil aos dependentes no caso de falecimento do empregado.” (NR)

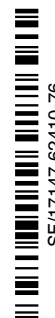
Art. 2º A Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo III-A e do seguinte art. 22-A:

“CAPITULO III-A - Da Contratação ou Transferência Definitiva

Art. 20-A. Nas hipóteses dos incisos I e II do art. 2º, caso empregador e empregado decidam, de comum acordo, após a permanência do empregado no exterior por prazo superior a 3 (três) anos, que a sua transferência terá caráter definitivo, o contrato de trabalho no Brasil será rescindido, com o pagamento de todos os direitos inerentes à rescisão contratual e a consequente conversão da transferência em contratação definitiva pela empresa no exterior ou pela sucursal da empresa brasileira constituída no país da prestação de serviços.

§ 1º Na situação prevista no caput o empregado deverá ser contratado no exterior, como empregado local, e deixará de ser segurado obrigatório nos termos da legislação previdenciária brasileira.

§ 2º Rescindido o contrato de trabalho no Brasil pela transferência definitiva do empregado para o exterior, a empresa de origem no Brasil fica desobrigada de efetuar qualquer pagamento ou recolher qualquer contribuição à Previdência Social do Brasil, Fundo de Garantia por





SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

Tempo de Serviço - FGTS, programa de Integração Social - PIS/PASEP, nem qualquer outro encargo decorrente da relação empregatícia extinta.”

“**Art. 20-B.** Nas hipóteses em que haja necessidade de preenchimento de vaga de trabalho no exterior da empresa brasileira ou de empresa estrangeira do seu mesmo grupo econômico, os empregados da empresa brasileira, que tiverem intenção de se fixar permanentemente no exterior poderão, mediante comum acordo, ser contratados em caráter definitivo, e serão regidos exclusivamente pela lei do local da prestação de serviços, inclusive no que tange a direitos trabalhistas e previdenciários.”

“**Art. 20-C.** Às hipóteses previstas nesse Capítulo não se aplica o art. 453 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo

Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, mesmo que o empregado tenha tido vínculo anterior com empregador do mesmo grupo econômico da empresa estrangeira contratante no Brasil.”

“**Art. 22-A.** Nas contratações ou transferências de trabalhadores brasileiros para trabalhar no exterior, realizadas na forma desta lei, as empresas responsáveis no Brasil, deverão assegurar aos trabalhadores plena informação sobre as condições de trabalho no exterior e sobre os principais direitos trabalhistas previstos na legislação do local da prestação de serviços, aplicável ao contrato do trabalhador, quais sejam:

- a) serviços a serem realizados, a empresa e cidade onde o trabalho ocorrerá;
- b) remuneração e forma de pagamento;
- c) turnos de trabalho e número de horas de trabalho e de repouso;
- d) a jornada de trabalho;
- e) período de férias remuneradas;
- f) prazo do contrato de trabalho;
- g) proteção em relação à segurança e saúde no trabalho, fornecimento de uniforme, equipamentos e utensílios de trabalho e existência de eventuais descontos ao trabalhador.

§ 1º As informações a que se referem o caput, deverão constar de um termo, a ser assinado pelo trabalhador e, em caso de descumprimento, a empresa signatária do termo poderá ser demandada pelos direitos nele referidos perante a Justiça do Trabalho no Brasil.



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

§ 2º O comprovante de pagamento dos direitos trabalhistas a que se refere o caput, servirá como título de quitação plena dos débitos trabalhistas pela empresa signatária do termo a que se refere o § 1º, ou pela empresa na qual o trabalhador prestou serviços no exterior, e poderá ser utilizado como prova perante a justiça do trabalho de qualquer desses países.”

Art. 3º Revoga-se o art. 18 da Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982.

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

JUSTIFICAÇÃO

O desenvolvimento da economia brasileira, com a crescente globalização de todos os setores produtivos, torna necessária a atualização da legislação trabalhista para que esta se ajuste aos princípios de Direito Internacional Privado do Trabalho, consubstanciados no Código de Bustamante, ratificado pelo Brasil por meio do Decreto nº 18.871, de 1929, que preconiza a territorialidade da legislação sobre proteção social do trabalhador nas relações de trabalho.

A Lei nº 7.064, de 1982, que regulamenta a transferência de brasileiros para o exterior, representa um entrave à internacionalização das empresas brasileiras, fecha as oportunidades no mercado internacional de trabalho para os brasileiros e, consequentemente, impede que sejam abertos mais postos de trabalho no Brasil ao se transferir seu ocupante anterior para o exterior.

Assim, é urgente a adequação das regras de contratação e transferência de brasileiros à nova realidade econômica, à prática e à legislação internacional, sob pena de dificultar a internacionalização das empresas brasileiras e fechar os postos de trabalho no exterior aos brasileiros.

A Lei nº 7.064, de 1982, foi editada em um momento totalmente diferente, no qual a expatriação era prática pouco comum. A Lei visava a certas



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

empresas de engenharia em um contexto específico, que estavam expandindo seus mercados, principalmente para a África, com o intuito de proteger os trabalhadores.

Desde 2004, os problemas de insegurança jurídica e custos elevados causados pela Lei nº 7.064, de 1982, se agravaram. A despeito desta Lei não se adequar à realidade mundial, a jurisprudência trabalhista passou a estendê-la para todos os setores empresariais.

Em conformidade com essas decisões judiciais, a Lei nº 11.962, de 2009, alterou o *caput* da Lei nº 7.064, de 1982, para estender sua aplicação a todas as empresas que transfiram ou contratem brasileiros para trabalhar no exterior.

Tal alteração não resolveu os principais obstáculos à internacionalização de empresas e à abertura de mercado de trabalho para brasileiros no exterior, criados pela Lei nº 7.064, de 1982. Apenas os estendeu a todas as empresas. Tais obstáculos podem ser resumidos em três pilares: a) insegurança jurídica; b) custos desproporcionalmente elevados de expatriação; c) incompatibilidade com as regras e o mercado internacional.

No tocante à insegurança jurídica, destaca-se às seguintes incertezas quanto: a) à legislação aplicável; b) ao caráter indenizatório (ou não) das verbas de transferência; c) à possibilidade de dispensa do empregado no Brasil e sua contratação no exterior, mesmo quando o contrato seja definitivo e não apenas transferência temporária (art. 453 da CLT); d) à viabilidade dos descontos do FGTS na rescisão ficta no exterior.

Não se pode pretender a aplicação ampla e irrestrita da legislação brasileira à relação contratual desenvolvida de pleno direito no exterior, em confronto com instrumentos normativos de Direito Internacional. Ademais, essa tentativa se mostrou inviável. Ela não confere igualdade de condições e de competitividade à empresa brasileira e faz com que o trabalhador brasileiro deixe de ser uma opção no mercado de trabalho mundial.

Inclusive, se tem notícia de que quando as empresas multinacionais abrem uma vaga no exterior para os interessados de todas as empresas do grupo, não permitem a inscrição de brasileiros no processo



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

seletivo, exatamente pelas dificuldades, inseguranças e custos da legislação brasileira que foge do padrão internacional.

Nossa proposta assegura a aplicação do princípio internacional *lex loci executioni* e garante ao trabalhador transferido a aplicação mitigada da legislação brasileira pertinente, ou seja, mantém os encargos previdenciários e trabalhistas no Brasil, enquanto perdurar o vínculo trabalhista nacional, tendo como base de cálculo o salário base do trabalhador à época da transferência, com todas as alterações que advirem para a categoria.

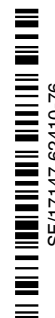
A internacionalização das empresas brasileiras impõe a melhor definição do critério utilizado para definir qual legislação é aplicada a brasileiros contratados no Brasil por empresa estrangeira para prestar serviços no exterior.

A Lei nº 7.064, de 1982, consagra dois critérios distintos: para a hipótese de transferência, o da regra mais favorável e para a hipótese de contratação por empresa estrangeira, o da territorialidade. Com relação a empregados contratados no Brasil, por empresa brasileira, para prestar serviços no país, e posteriormente transferidos por esta mesma empresa para prestar serviços no exterior, aplica-se a norma mais favorável, no conjunto de normas e em relação a cada matéria. Já com relação a empregados contratados por empresa estrangeira no Brasil, para prestar serviços no exterior, aplica-se a lei da localidade da prestação de serviços.

Com o recente cancelamento da Súmula nº 207 do Tribunal Superior do Trabalho, a jurisprudência tem distorcido os conceitos trazidos pela legislação.

Decisões judiciais têm entendido que, no caso de contrato de trabalho formalizado com empresa estrangeira no Brasil para prestação de serviços no exterior, se a empresa estrangeira pertencer a grupo econômico no qual conste empresa brasileira ou houver um contrato anterior do trabalhador com esta, essa contratação será considerada espécie de transferência, aplicando-se, ao invés da norma da localidade da prestação, a norma mais favorável.

A unicidade contratual não pode ser presumida, é necessária prova cabal de que se trata do mesmo contrato de trabalho. Iniciada uma nova



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

contratação por empresa estrangeira, para prestação direta de serviços no exterior, independe a configuração do grupo econômico da contratante e a existência de vínculo anterior no Brasil com empresa brasileira integrante do grupo, devendo ser aplicada a regra legalmente prevista, qual seja, a da territorialidade.

Criar regras intermediárias resultantes de casuística gera insegurança jurídica para os empregadores e para os investidores (nacionais e internacionais) que ficarão impedidos de efetuar planejamento para suas contratações e evitarão a contratação de brasileiros, como já vem ocorrendo. Ademais, as empresas contratantes serão excessivamente oneradas, pois serão obrigadas a recolher duplamente, para o sistema doméstico e estrangeiro, para garantir a regularidade da contratação.

A alteração proposta no substitutivo quanto a essa regra visa a esclarecer a hipótese de contratação de trabalhador brasileiro por empresa estrangeira para prestar serviços no exterior, definindo melhor os contornos da relação trabalhista e garantindo a aplicabilidade do princípio da *lex loci executionis*.

O alto custo da expatriação tem como principais fatores: a) dupla incidência dos encargos trabalhistas, previdenciários e tributários (sobre a folha de salário do contrato de trabalho no Brasil e do contrato de trabalho firmado no exterior); b) incidência dos encargos sobre todas as verbas da transferência inclusive passagens aéreas, pois atualmente tais verbas não possuem expresse caráter indenizatório; c) a rescisão ficta no exterior não vem sendo compensada com os saldos das contas do FGTS, devido ao entendimento do Conselho Curador do FGTS de que essa previsão foi revogada pela Lei nº 8.036, de 1990, e porque é extremamente burocrática, e depende de homologação judicial; d) a contratação direta do empregado brasileiro para trabalhar no exterior é permitida somente no caso de empresa estrangeira; e) exigência de manutenção do vínculo com a empresa brasileira enquanto durar a transferência, pois não é permitida a transferência definitiva do trabalhador para a empresa no exterior, fazendo com que a empresa no Brasil arque com os custos do empregado que está trabalhando no exterior.

A insegurança e os elevados custos levam as empresas a optarem por contratar estrangeiros nos países onde se instalam, o que significa uma considerável perda de postos de trabalho especializados para brasileiros, ainda



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

mais em um mundo que permite a mobilidade de trabalhadores em todos os setores e retira dos brasileiros essa janela de oportunidades.

O projeto que propomos tem como principais pontos a segurança jurídica, a redução dos custos da transferência, a abertura de mercado de trabalho para brasileiros no exterior e a garantia de direitos e segurança aos trabalhadores.

Uma das medidas mais importantes para o estímulo da transferência de brasileiros para trabalhar no exterior, ao invés da contratação de estrangeiros, é a definição de que a legislação trabalhista aplicável é a do local da prestação de serviços, como ocorre na grande maioria dos países, para que o Brasil não destoe das práticas internacionais. Outra alteração fundamental é a desoneração das empresas do pagamento dos encargos trabalhistas e previdenciários sobre a parcela paga ao empregado em razão da sua transferência ao exterior, o que eleva em demasiado o custo da contratação de brasileiros para esses postos de trabalho.

Deve ser ressaltado, que tal previsão assegura ao empregado transferido todas as alterações ocorridas no salário base da categoria profissional durante a transferência, com os respectivos recolhimentos das contribuições para a previdência social, FGTS e PIS.

Propõe-se um adicional de 25% do salário base em razão da transferência, de caráter indenizatório, que serve como auxílio para custos adicionais com moradia, ensino, diferença de custo de vida, dentre outras despesas decorrentes da transferência. Tal definição confere maior segurança jurídica às partes.

Aumenta-se o benefício que pode ser concedido ao trabalhador, ao prever que o adicional pode ser pago em espécie ou através de benefícios como moradia, custeio da escola dos filhos, ou outras vantagens oferecidas pela empresa no exterior. Em muitos casos, as vantagens oferecidas pelas empresas são maiores do que o valor do adicional, que tem o objetivo de auxiliar o trabalhador com as despesas extras e não custear totalmente as despesas de estada no exterior, eis que, como ocorre no Brasil, as despesas ordinárias são custeadas com o salário.



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

Prevê-se também a situação de o empregador ter de alterar o rendimento bruto do trabalhador (*gross up*) a fim de compensá-lo pelos descontos fiscais exigidos pela legislação do local da prestação de serviços e para isentar tais acréscimos de impostos e contribuições.

Além disso, permite-se expressamente a negociação entre empregado e empregadores para ampliar os direitos do trabalhador previstos na lei, como por exemplo, no tocante à antecipação do pagamento pelas férias no Brasil por parte do empregador.

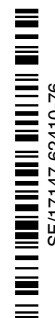
O texto proposto apresenta uma forma mais adequada e justa de ressarcir o empregador de uma rescisão ficta. As verbas rescisórias fictas serão compensadas pelo desconto em salários futuros, após o retorno do trabalhador ao Brasil, respeitando-se a margem consignável do salário. Essa alteração se apresenta como mais um benefício ao trabalhador no seu retorno, qual seja, um adiantamento de salários sem juros.

A proposta também estimula os acordos previdenciários, que é uma das maiores reivindicações dos brasileiros que moram e trabalham no exterior.

O Capítulo sobre a contratação ou transferência definitiva visa a abrir o mercado de trabalho para brasileiros ocuparem vagas definitivas no exterior independentemente de transferência, permitindo-se a conversão da transferência transitória em definitiva. As medidas colocadas no referido capítulo são essenciais para que as empresas sejam estimuladas a contratar brasileiros no exterior, pois a contratação direta por empresa estrangeira rompe o vínculo com a empresa no Brasil.

A proposta também está mais atenta aos problemas que o trabalhador encontra no exterior ao prever a contratação pelas empresas de seguro de vida e acidentes pessoais a favor do trabalhador e dos seus dependentes. O seguro deverá incluir a cobertura do traslado dos restos mortais do empregado em caso de comprovada morte em acidente de trabalho, cobrindo o período a partir do embarque para o exterior, até o retorno ao Brasil.

O texto ora sugerido é mais realista e efetivo ao trocar a exigência de que a empresa tenha serviço médico nas suas dependências ou próxima a ele, pela obrigação de que além do seguro saúde a empresa forneça passagens



SF/17147.62410-76



SENADO FEDERAL
Senador Armando Monteiro

de ida e volta quando o empregado ou seus dependentes necessitarem, em caráter de urgência, de acesso a serviços de assistência médica fora do local de trabalho no exterior.

Assegura-se também passagens de regresso ao Brasil pagas pela empresa no caso de retorno antecipado, por motivo de saúde e passagens de regresso o Brasil aos dependentes no caso de falecimento do empregado.

Por fim, para conferir plena garantia e segurança de respeito aos direitos dos trabalhadores que pretendam trabalhar no exterior, exige-se que as empresas assinem um termo de compromisso, onde é informado ao trabalhador sobre as condições de trabalho no exterior e os principais direitos trabalhistas previstos na legislação do local de prestação de serviços aplicável ao contrato do trabalhador e que, em caso de descumprimento, a empresa poderá ser demandada perante a Justiça do Trabalho brasileira.

Pelo exposto, esperamos contar com o apoio de nossos nobres Pares para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões,

Senador ARMANDO MONTEIRO



LEGISLAÇÃO CITADA

- Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943 - Legislação Trabalhista; Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); CLT - 5452/43
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:lei:1943;5452>
 - artigo 453
- Decreto nº 18.871, de 13 de Agosto de 1929 - 18871/29
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1929;18871>
- Lei nº 7.064, de 6 de Dezembro de 1982 - 7064/82
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1982;7064>
 - artigo 18
- Lei nº 8.036, de 11 de Maio de 1990 - Lei do FGTS; Lei do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - 8036/90
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990;8036>
- Lei nº 10.820, de 17 de Dezembro de 2003 - Lei do Crédito Consignado - 10820/03
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2003;10820>
- Lei nº 11.962, de 3 de Julho de 2009 - 11962/09
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2009;11962>



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 98, DE 2018

Da COMISSÃO DE RELAÇÕES EXTERIORES E DEFESA NACIONAL, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 138, de 2017, do Senador Armando Monteiro, que Altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.

PRESIDENTE: Senador Fernando Collor

RELATOR: Senador Jorge Viana

28 de Novembro de 2018



PARECER Nº , DE 2018

Da COMISSÃO DE RELAÇÕES EXTERIORES E DEFESA NACIONAL, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 138, de 2017, do Senador Armando Monteiro, *que altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.*

Relator: Senador **JORGE VIANA**

I – RELATÓRIO

Vem a esta Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CRE) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 138, de 2017, do Senador Armando Monteiro, *que altera a Lei nº 7.064, de 6 de dezembro de 1982, para dispor sobre os trabalhadores contratados ou transferidos por seus empregadores para prestar serviços no exterior.*

O PLS nº 138, de 2017, em síntese, propõe o retorno do critério da territorialidade (*lex loci executionis*) para análise das relações de contrato de trabalho internacional. Em outras palavras, a presente matéria define que a legislação trabalhista aplicável é a do local da prestação de serviços, como ocorre na grande maioria dos países.



SF/18345.803 15-60

O *caput* do art. 1º a ser alterado amplia o prazo pelo qual o empregado pode ser considerado como transitoriamente transferido de três meses para doze meses e acrescenta, como exceção à aplicabilidade da norma, o empregado transferido para fins educativos ou de treinamento. Além da ajuda de custo, há ainda a possibilidade de pagamento ao empregado que presta serviços de natureza transitória de outras verbas, tais

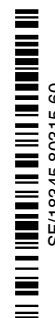
como passagens de ida e volta e despesas com hospedagem, alimentação e transporte.

A proposta de alteração do art. 3º da Lei prevê que a norma a ser aplicada às relações decorrentes do contrato de trabalho deve ser a do local de execução do contrato (*lex loci executionis*). Resguarda-se, ainda, a aplicabilidade da lei brasileira no tocante aos recolhimentos para a Previdência Social, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS e o Programa de Integração Social - PIS/PASEP.

Esse artigo inova ao determinar a observância, se for o caso, dos acordos previdenciários internacionais firmados pelo Brasil (em número bem maior que o existente à época de elaboração da Lei Mendes Júnior). Também estabelece que tais encargos incidirão sobre o valor salarial do empregado à época da transferência, observada a evolução salarial definida em reajustamento por instrumento coletivo.

A proposta de alteração do art. 4º da Lei define um percentual mínimo para o adicional de transferência, o que não existe atualmente. Determina que seu valor é indenizatório e permite expressamente que seja pago na forma de moradia ou outro tipo de vantagem. Além disso, define que o adicional e as despesas de transferência correrão à conta do empregador.

Já a mudança do art. 5º da Lei permite que a remuneração devida seja depositada, no todo ou em parte, em moeda nacional ou estrangeira, em conta bancária no Brasil ou no exterior, observadas as leis e normas aplicáveis no local da execução dos serviços. Além disso, exclui da incidência de impostos e contribuições federais no Brasil os valores fixados a título de rendimento bruto (*gross up*), com fins exclusivos de compensar o



SF/18345.803 15-60

empregado pelos descontos fiscais exigidos pela legislação do local de realização dos serviços no exterior.

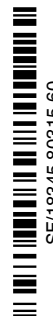
A proposta de alteração do art. 6º da Lei esclarece que correrá por conta do empregador apenas o transporte de ida e volta do empregado e sua família, não a totalidade das despesas de férias, e permite que seja antecipada para o primeiro ano de trabalho.

Já a redação sugerida para o art. 7º amplia o prazo máximo de permanência do empregado de três para cinco anos (ou em vários períodos sucessivos de três anos para o empregado contratado por empresa sediada no Brasil para trabalhar a seu serviço no exterior) e estabelece aviso prévio de retorno de no mínimo sessenta dias em benefício do empregado.

O art. 8º a ser alterado permite, explicitamente, que as despesas decorrentes do retorno do empregado ao Brasil, por iniciativa do trabalhador ou quando houver a rescisão contratual por justa causa, seja reembolsado à empresa pelo empregado, podendo a forma de ressarcimento desse valor ser ajustada entre as partes ou compensada nos termos da Lei.

Já a redação proposta para o art. 9º determina que o tempo no exterior será contado para fins da legislação previdenciária brasileira. Permite ainda que os valores da rescisão contratual pagos em razão de exigência da legislação estrangeira sejam compensados com o salário – observados os limites legais – e não apenas com o FGTS.

O art. 10 a ser alterado explicita que o adicional de transferência, as prestações “in natura”, o reembolso de despesas resultantes da transferência, bem como quaisquer outras vantagens a que fizer jus o empregado em função de sua permanência no exterior, não serão devidas após o término da sua transferência ou o respectivo retorno ao Brasil, não se incorporando ao contrato de trabalho para nenhum efeito. Ainda garante ao trabalhador a remuneração base a que faria jus se não houvesse a transferência.



Já a proposta de alteração do art. 12 mantém a necessidade de autorização prévia do Ministério do Trabalho para contratação de empregados para trabalhar no exterior, mas prevê apenas a comunicação da contratação àquele órgão para os seguintes empregadores: (i) empresa estrangeira não estabelecida no Brasil que tenha participação, direta ou indireta, de empresa brasileira em seu capital; e (ii) empresa estrangeira que tiver participação, direta ou indireta, em empresa brasileira e que mantiver procurador no Brasil com poderes especiais de representação, inclusive o de receber citação.

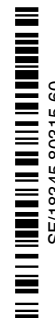
Para o art. 14, a matéria reafirma a aplicação do critério da territorialidade (*lex loci executionis*), quando houver contratação direta do empregado por empresa estrangeira. A redação, contudo, preserva alguns direitos, tais como o recebimento de férias anuais, o custeio do retorno do trabalhador e a proibição ao aliciamento de trabalhadores (Capítulo II da Lei nº 7.064/1982).

A redação proposta para o art. 16 permite que a permanência do empregado no exterior seja superior a 5 (cinco) anos, desde que seja assegurado ao trabalhador o direito de gozar 3 (três) férias anuais no Brasil, com as despesas de transporte do empregado e seus dependentes pagas pela empresa estrangeira.

Pretende-se com a matéria revogar o art. 18 da Lei, que obriga a empresa estrangeira a manter no Brasil procurador com poderes especiais de representação, inclusive o de receber citação.

Já a proposta para o art. 19 é de ampliar a responsabilidade solidária da pessoa jurídica domiciliada no Brasil e retirar a exigência de participação nacional para a contratação por empresa estrangeira.

A matéria inova ao propor a regulamentação da contratação ou transferência definitiva do empregado para o exterior. Ademais, exclui a aplicabilidade da CLT no que se refere à contagem do tempo de serviço de empregado readmitido, nos termos de seu art. 453 (arts. 20-A a 20-C).



SF/18345.803 15-60

A alteração do art. 21 amplia a proteção legal atualmente concedida ao empregado, a exemplo dos seguros de vida e de acidentes pessoais.

A redação sugerida para o art. 22 estabelece as obrigações que são devidas mesmo em caso de transferência definitiva do empregado.

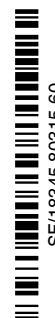
Não foram oferecidas emendas ao PLS nº 318, de 2017.

II – ANÁLISE

O PLS nº 318, de 2017, de autoria do Senador Armando Monteiro, foi inicialmente distribuído à Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional – CRE, em que fui designado Relator. Após a análise por esta Comissão, o projeto segue para análise terminativa na Comissão de Assuntos Sociais – CAS.

A legislação atual (Lei nº 7.064, de 1982), que rege as relações trabalhistas de brasileiros contratados ou transferidos para prestar serviços no exterior, traz insegurança jurídica e elevados custos aos empregadores. Com isso, as empresas optam por contratar estrangeiros nos países onde se instalam, o que significa uma considerável perda de postos de trabalho especializados para brasileiros, ainda mais em um mundo que permite a mobilidade de trabalhadores em todos os setores.

A referida norma, também conhecida como Lei Mendes Júnior em razão dos negócios realizados pela empresa no Oriente Médio nas décadas de 1970 e 1980, foi estabelecida especificamente para regulamentar uma situação que, à época, havia se disseminado: a contratação de trabalhadores brasileiros para participação em obras de engenharia civil no exterior. Naquele tempo, as empresas brasileiras de engenharia e construção começaram a ganhar projeção internacional, notadamente em países latino-americanos e africanos, pelo que se tornou prática comum a contratação de trabalhadores brasileiros para trabalhar em canteiros de obras no exterior, contratados diretamente pelas empresas brasileiras e suas subsidiárias ou por associadas.



SF/18345.803 15-60

Até a edição da Lei Mendes Júnior, prevalecia nessas relações trabalhistas o critério da territorialidade previsto no art. 651 da CLT e no art. 198 do Código Bustamante, internalizado pelo Decreto nº 18.871, de 13 de agosto de 1929:

Artículo 198. También es territorial la legislación sobre accidentes del trabajo y protección social del trabajador.

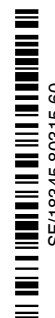
Art. 651 - A competência das Juntas de Conciliação e Julgamento é determinada pela localidade onde o empregado, reclamante ou reclamado, prestar serviços ao empregador, ainda que tenha sido contratado noutro local ou no estrangeiro.

(...)

§ 2º - A competência das Juntas de Conciliação e Julgamento, estabelecida neste artigo, estende-se aos dissídios ocorridos em agência ou filial no estrangeiro, desde que o empregado seja brasileiro e não haja convenção internacional dispondo em contrário.

Todavia, com a promulgação da nova lei, ocorreu uma cisão no marco normativo brasileiro no tocante à contratação de trabalhador no Brasil para exercício de atividades no exterior. De um lado, apenas para os empregados das empresas de engenharia no exterior (Lei Mendes Júnior), a aplicação da legislação mais favorável ao trabalhador; e, de outro, para os demais trabalhadores brasileiros expatriados, a aplicação da legislação do local da prestação de serviço (princípio da territorialidade ou *lex loci executionis*).

Em 2009, a Lei nº 11.962, ao modificar a Lei Mendes Júnior, estendeu sua aplicabilidade a todos os trabalhadores contratados no Brasil ou transferidos por seus empregadores para prestar serviço no exterior. Ou seja, a partir de então, as relações contratuais de trabalho dos empregados expatriados passaram a ser regidas pela legislação “mais favorável [ao trabalhador] (...), no conjunto de normas e em relação a cada matéria” (art. 3º, II, Lei Mendes Júnior).



SF/18345.803 15-60

Porém, o TST, em 2012, por meio da Súmula nº 207, interpretou a controvérsia da seguinte forma: a relação jurídica trabalhista é regida pelas leis vigentes no país da prestação de serviço e não por aquelas do local da contratação.

Em resposta a esse cenário de insegurança jurídica, o PLS nº 138/2017, na mesma linha da Súmula TST nº 207/2012, propõe o retorno definitivo da aplicabilidade do critério da territorialidade (*lex loci executionis*) nos contratos de trabalho de empregados expatriados.

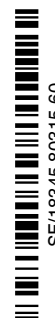
Além de segurança jurídica, o projeto traz redução dos custos de transferência de empregados contratados para prestação de serviços no exterior, abertura de mercado de trabalho para brasileiros fora do país e garantia de direitos e segurança aos trabalhadores.

Uma alteração fundamental é a desoneração das empresas do pagamento dos encargos trabalhistas e previdenciários sobre a parcela paga ao empregado em razão de sua transferência ao exterior, o que eleva em demasiado o custo da contratação de brasileiros para esses postos de trabalho.

Deve ser ressaltado que tal previsão assegura ao empregado transferido todas as alterações ocorridas no salário base da categoria profissional durante a transferência, com os respectivos recolhimentos das contribuições para a Previdência Social, FGTS e PIS.

Propõe-se um adicional de 25% do salário base em razão da transferência, de caráter indenizatório, que serve como auxílio para custos adicionais com moradia, ensino, diferença de custo de vida, dentre outras despesas decorrentes dessa transferência.

Aumenta-se o benefício que pode ser concedido ao trabalhador, ao prever que o adicional pode ser pago em espécie ou por meio de benefícios como moradia, custeio da escola dos filhos ou outras vantagens oferecidas pela empresa no exterior.



SF/18345.803 15-60

Prevê-se a não bitributação sobre o rendimento bruto (*gross up*) do trabalhador no que tange a impostos e contribuições federais no Brasil.

Além disso, permite-se expressamente a negociação entre empregado e empregadores para ampliar os direitos do trabalhador previstos na lei, como por exemplo, a antecipação do pagamento pelas férias no Brasil.

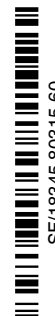
O texto proposto apresenta uma forma mais adequada e justa de ressarcir o empregador de uma rescisão ficta. As verbas rescisórias fictas serão compensadas pelo desconto em salários futuros, após o retorno do trabalhador ao Brasil, respeitando-se a margem consignável do salário. Essa alteração se apresenta como mais um benefício ao trabalhador no seu retorno, qual seja, um adiantamento de salários sem juros.

O projeto inova ao possibilitar a conversão da transferência do empregado de transitória para definitiva após sua permanência no exterior por prazo superior a 3 (três) anos. Nesse caso, (i) o contrato de trabalho no Brasil será rescindido, com o pagamento de todos os direitos inerentes à rescisão contratual e a consequente conversão da transferência em contratação definitiva pela empresa no exterior ou pela sucursal da empresa brasileira constituída no país da prestação de serviços; e (ii) o trabalhador será contratado no exterior, como empregado local.

A proposta está atenta às necessidades do trabalhador ao prever a contratação obrigatória de seguros de vida e acidentes pessoais a favor do trabalhador e dos seus dependentes.

Além do seguro saúde, o projeto obriga as empresas a fornecerem passagens de ida e volta quando o empregado ou seus dependentes necessitarem, em caráter de urgência, de assistência médica fora do local de trabalho no exterior.

Assegura-se também passagens de regresso ao Brasil, pagas pelo empregador: (i) ao trabalhador, no caso de retorno antecipado por motivo de saúde; e (ii) aos dependentes, no caso de falecimento do empregado.



Em suma, o projeto tem o intuito de atualizar a legislação brasileira para proporcionar a devida vantagem competitiva em favor dos trabalhadores brasileiros e seus empregadores. Para tanto, a matéria prevê que a legislação trabalhista aplicável deve ser a do local da prestação de serviços, como ocorre na grande maioria dos países.



III – VOTO

Em face do exposto, voto pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 138, de 2017, de autoria do Senador Armando Monteiro.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



Relatório de Registro de Presença
CRE, 28/11/2018 às 10h - 45ª, Extraordinária
Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional

MDB			
TITULARES		SUPLENTE	
EDISON LOBÃO		1. AIRTON SANDOVAL	PRESENTE
JOÃO ALBERTO SOUZA		2. VALDIR RAUPP	PRESENTE
ROBERTO REQUIÃO		3. HÉLIO JOSÉ	PRESENTE
ROMERO JUCÁ	PRESENTE	4. MARTA SUPPLY	PRESENTE
FERNANDO BEZERRA COELHO	PRESENTE		

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)			
TITULARES		SUPLENTE	
GLEISI HOFFMANN		1. FÁTIMA BEZERRA	PRESENTE
GUARACY SILVEIRA	PRESENTE	2. JOSÉ PIMENTEL	PRESENTE
JORGE VIANA	PRESENTE	3. PAULO PAIM	PRESENTE
LINDBERGH FARIAS		4. HUMBERTO COSTA	

Bloco Social Democrata (PSDB, DEM)			
TITULARES		SUPLENTE	
ANTONIO ANASTASIA	PRESENTE	1. CÁSSIO CUNHA LIMA	
PAULO BAUER		2. RONALDO CAIADO	
RICARDO FERRAÇO		3. FLEXA RIBEIRO	
JOSÉ AGRIPINO		4. TASSO JEREISSATI	

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)			
TITULARES		SUPLENTE	
LASIER MARTINS	PRESENTE	1. JOSÉ MEDEIROS	
ANA AMÉLIA	PRESENTE	2. GLADSON CAMELI	

Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania (PPS, PSB, PCdoB, PV, REDE, PODE)			
TITULARES		SUPLENTE	
CRISTOVAM BUARQUE	PRESENTE	1. VANESSA GRAZZIOTIN	
VAGO		2. RANDOLFE RODRIGUES	

Bloco Moderador (PTB, PRB, PR, PTC)			
TITULARES		SUPLENTE	
FERNANDO COLLOR	PRESENTE	1. WELLINGTON FAGUNDES	PRESENTE
PEDRO CHAVES	PRESENTE	2. ARMANDO MONTEIRO	PRESENTE

Não Membros Presentes

VICENTINHO ALVES
LÍDICE DA MATA
DÁRIO BERGER
ATAÍDES OLIVEIRA
CIDINHO SANTOS
ACIR GURGACZ



Relatório de Registro de Presença

Não Membros Presentes

PAULO ROCHA

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLS 138/2017)**

REUNIDA A COMISSÃO NESTA DATA, INCLUÍDA A MATÉRIA EXTRAPAUTA, É APROVADO O RELATÓRIO QUE PASSA A CONSTITUIR PARECER DA COMISSÃO FAVORÁVEL À MATÉRIA.

28 de Novembro de 2018

Senador FERNANDO COLLOR

Presidente da Comissão de Relações Exteriores e Defesa
Nacional

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

1

RELATÓRIO Nº , DE 2018

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Avaliação de Políticas Públicas
(em cumprimento à Resolução nº 44, de 2013)

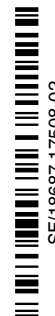
Avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos
Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)



SF/18687.17508-02

SUMÁRIO EXECUTIVO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as Santas Casas de Misericórdia acolhiam as pessoas que não eram beneficiárias do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal que prestava atendimento médico somente aos empregados no mercado formal de trabalho, com carteira assinada. A partir da promulgação da Constituição Federal e da publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), contudo, o sistema de saúde no Brasil passou a ser universal. Nesse novo contexto histórico, a amplitude da rede de hospitais filantrópicos foi elemento fundamental para que o Estado cumprisse a determinação constitucional de assegurar, a todos, acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Ainda hoje, o setor filantrópico é indispensável para o SUS. São 1.514 hospitais gerais e 163 hospitais especializados, que detêm 38% dos leitos, realiza 41,3% das internações e executam procedimentos ambulatoriais complexos, de alto valor agregado, além de empregar 400.000 trabalhadores, entre pessoal de saúde e administrativo, e mais de 80.000 médicos, de todas as especialidades. A esse respeito, pesquisa telefônica realizada pelo Instituto DataSenado, que ouviu 877 pessoas nos meses de agosto e setembro de 2018, avaliou o atendimento nas Santas Casas com um grau de satisfação de 52% de “ótimo” e “bom”. Os destaques positivos foram a localização, as condições de higiene, o atendimento prestado por funcionários responsáveis pelo agendamento, a qualidade do atendimento médico e das instalações. Os problemas apontados foram o tempo de espera para agendamento e o tempo de espera para atendimento. A grande maioria dos entrevistados avaliou que o hospital tinha os equipamentos necessários para o atendimento, mas considerou que os recursos financeiros eram insuficientes. No entanto, apesar da importância para o SUS e do reconhecimento da população, as entidades sem fins lucrativos enfrentam o desafio de manter a qualidade de seus serviços e a viabilidade operacional e financeira, especialmente diante da restrição orçamentária, dos custos crescentes e da demanda por novos investimentos. Assim, desde a implantação do SUS, essas instituições vêm sofrendo progressivo endividamento, o que afeta sobremaneira a continuidade da prestação de serviços. Diante desse quadro, sua sobrevivência está cada vez mais dependente de políticas públicas efetivas. Para estimular a participação dessas entidades no SUS, foram concedidos ao setor benefícios tributários, fiscais e previdenciários, entre eles imunidade a impostos e a contribuições sociais de seguridade social (previdenciárias, sobre receita ou faturamento e sobre importação de bens ou serviços). Além desses incentivos, foram criadas fontes alternativas de financiamento, tais como o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD); o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS); o Programa de Financiamento Específico para Santas Casas e Hospitais Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS (Pró-Santas Casas); e, mais recentemente, recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para crédito a hospitais filantrópicos, por meio da Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018. Todas essas medidas ainda se mostram insuficientes, pois é necessário que a formulação de políticas públicas leve em consideração a diversidade das entidades que compõem o setor. Ademais, na busca de sustentabilidade, devem ser privilegiados modelos de financiamento que exijam, em contrapartida, melhoria contínua da qualidade do atendimento e ampliação do acesso da população à saúde e da cobertura assistencial.



SF/18687.17508-02

ÍNDICE

1	Introdução	5
2	Terminologia	5
3	Histórico	7
4	Perfil do setor	11
4.1	Rede assistencial	11
4.2	Recursos humanos	13
4.3	Produção	16
4.3.1	Hospitalar	16
4.3.2	Ambulatorial	19
5	Arcação legal	21
5.1	Constituição Federal	21
5.2	Leis	22
6	Financiamento	26
6.1	Incentivos	30
6.1.1	Incentivo Financeiro 100% SUS	32
6.1.2	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)	33
6.1.3	Estímulo à contratualização	35
6.2	Programas	38
6.2.1	PRONON e PRONAS/PCD	38
6.2.2	PROSUS	38
6.2.3	Pró-Santas Casas	41
6.2.4	Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos	43
6.3	Recursos repassados às Santas Casas pelo Orçamento da União	43
7	Aspectos tributários	45
7.1	Isonções	49
7.2	Renúncia	52
8	Aspectos previdenciários	52
9	Audiências públicas	54
9.1	Primeira audiência pública	54
9.1.1	Participantes	54
9.1.2	Abertura	55
9.1.3	Depoimentos	55
9.1.4	Debates	63
9.2	Segunda audiência pública	68
9.2.1	Participantes	68
9.2.2	Abertura	69
9.2.3	Depoimentos	69
9.2.4	Debates	78
10	Requerimentos de informações	78
10.1	RAS nº 19, de 2018	79
10.1.1	Questionamentos	79
10.1.2	Respostas ao RAS nº 19, de 2018	80
10.2	RAS nº 20, de 2018	84
10.2.1	Questionamentos	84
10.2.2	Respostas ao RAS nº 20, de 2018	85
11	Pesquisas	87
11.1	Pesquisa de opinião sobre as Santas Casas - DataSenado	87



SF/18687.17508-02

11.2	Pesquisa sobre a contrapartida do setor filantrópico - FONIF	89
12	Iniciativas legislativas	89
12.1	Senado Federal	90
12.2	Câmara dos Deputados	92
13	Considerações finais	102



1 Introdução

Por força da aprovação do Requerimento nº 2, de 2018-CAS, e em atendimento ao art. 96-B, combinado com os arts. 90, inciso IX; e 100, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), a “Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS” foi selecionada para ser avaliada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 2018.

A razão dessa escolha decorreu da importância da atuação das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços ao SUS e para propiciar ao Senado Federal a oportunidade de debater a situação dessas instituições, com ênfase nas Santas Casas de Misericórdia.

O Senador Dalirio Beber foi designado relator da matéria.

2 Terminologia

A Carta Magna, em seu art. 199, § 1º, refere-se às “**entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos**” quando dispõe sobre a participação complementar no SUS, diferenciando-as das demais instituições privadas. A mesma terminologia é utilizada na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), ao detalhar essas disposições constitucionais.

Já o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), responsável pelo Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), utiliza a expressão “**Entidades sem Fins Lucrativos**”, ao classificar por esfera jurídica os estabelecimentos de saúde, nos seguintes termos:

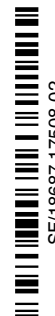
- Administração Pública: Federal, Estadual ou Distrito Federal, Municipal e Outros.



- Entidades Empresariais: Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista e Demais Entidades Empresariais.
- **Entidades sem Fins Lucrativos.**
- Pessoas Físicas.
- Instituições Extraterritoriais.
- Não especificado ou ignorado.

Por sua vez, a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que regulamenta o processo de certificação de entidades como beneficentes de saúde, utiliza a expressão “**entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços** nas áreas de assistência social, **saúde** ou educação”.

Outras leis relevantes sobre o tema, valem-se de expressões próprias para se referir ao setor. A Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, por exemplo, denomina o programa por ela instituído como Programa de Fortalecimento das **Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos** que Atuam na Área de Saúde (PROSUS). A Lei 13.479, de 5 de setembro de 2017, mais recente, utiliza nomenclatura semelhante à da Constituição da República – Programa de Financiamento Preferencial às **Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos** (Pro-Santas Casas). A Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018, por seu turno, tem como objeto as “**entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde**”.



Desse modo, percebe-se que não existe uma uniformidade na terminologia que define o setor, que historicamente acabou por ser identificado com as Santas Casas, pela inegável importância dessas instituições no contexto da assistência à saúde no Brasil, antes e depois da criação do SUS, como veremos no histórico apresentado na sequência.

Por esse motivo, neste relatório, a terminologia utilizada nas suas diferentes partes tem pequenas variações, de acordo com o tópico abordado e com as informações disponíveis oficialmente.

3 Histórico

No apagar das luzes do século XV, mais precisamente em 15 de agosto de 1498, a rainha Dona Leonor (1458-1525), a primeira das ocupantes do trono português do ramo Bragança, protetora do dramaturgo Gil Vicente¹, fundou em Lisboa uma irmandade dedicada à Virgem da Misericórdia, iniciativa paradigmática de auxílio aos pobres, que logo se tornou um modelo de sucesso, tendo sido estendida aos territórios ultramarinos.^{2, 3}

No Brasil, as Santas Casas de Misericórdia fazem parte da história da assistência à saúde desde seus primórdios. De fato, o mais antigo hospital brasileiro é a Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543 e até hoje em funcionamento.⁴ Ainda no Brasil Colônia,

¹ Iniciador do teatro português.

² FRANCO, Renato Júnio. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. **Estud. hist. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 5-25, Junho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862014000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2018

³ CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSP. E ENTIDADES FILANTRÓPICAS (CMBA). **A história de misericórdia das Santas Casas**. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 29 out. 2018.

⁴ Alguns pesquisadores sustentam que a Santa Casa de Misericórdia de Olinda (PE) seria a mais antiga do País, tendo sido criada em 1539 e extinta em 1859.



as Santas Casas foram as primeiras instituições a acolherem as pessoas com transtorno mental.⁵

Nesse sentido, já em 1584, o padre jesuíta José de Anchieta exaltava a sedimentação desse processo assistencial no Novo Mundo e registrava:

Em todas as capitanias há Casas de Misericórdia que servem de hospitais, edificadas e sustentadas pelos moradores da terra com muita devoção, (...) curam os enfermos de toda a sorte e fazem outras obras pias (...).⁶

De acordo com a pesquisadora Rita de Cássia Marques, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), contudo, a disseminação do modelo das Santas Casas no território brasileiro não ocorreu de forma tão homogênea:

Esse modelo assistencial da Santa Casa chegou ao Brasil, como a todas as colônias portuguesas, ainda no século XVI, mas não se desenvolveu em todo o território como pregava o *Compromisso* do século XV. As Santas Casas apareceram nas regiões litorâneas, mas tiveram dificuldades em se estabelecer no interior do país, especialmente em Minas Gerais, o que aconteceu somente a partir do século XVIII.⁷

A despeito disso, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços públicos de assistência à saúde no Brasil não era universal e, naquele período, somente as Santas Casas ofereciam

⁵ FIGUEIREDO, Gabriel. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 133, Set. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out 2018.

⁶ ANCHIETA, José de. **Cartas, informações, fragmentos históricos e sermões do Padre José de Anchieta**. Disponível em:

<https://www.literaturabrasileira.ufsc.br/documentos/?action=midias&id=136067>. Acesso em: 18 out 2018.

⁷ CASSIA MARQUES, Rita de. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) - séculos XVIII-XX. **Dynamis**, Granada, v. 31, n. 1, p. 107-129, 2011. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362011000100006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 out 2018.



SF/18687.17508-02

assistência médica gratuita às pessoas que não eram beneficiárias do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Extinta pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, essa autarquia prestava atendimento médico somente àqueles que contribuíssem com a previdência social, ou seja, que fossem empregados com carteira assinada.

O sistema de saúde vigente no País, até então, estava organizado em dois grandes segmentos: o segmento assistencial – de base eminentemente médico-hospitalar – e o segmento da saúde pública, mais voltado para ações preventivas.

Ao primeiro segmento – o médico-hospitalar – competia a assistência à saúde e era integrado pelos seguintes componentes:

- a) atenção previdenciária – de caráter médico-hospitalar, para todos que estivessem inseridos no mercado formal de trabalho;
- b) seguro-saúde – oferta de serviços de saúde para as grandes empresas multinacionais (medicina de grupo, seguro-saúde, cooperativas);
- c) setor privado autônomo – para aqueles que tinham capacidade financeira suficiente para realizar desembolsos diretos (chamados de gastos *out of pocket*, em inglês, ou seja, do próprio bolso);
- d) hospitais universitários – ensino e pesquisa, atenção de maior complexidade;
- e) serviços públicos de segmentos específicos da burocracia estatal – para as Forças Armadas e o funcionalismo público;



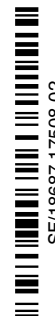
- f) **setor filantrópico** – para pobres e excluídos do mercado formal de trabalho.

A atenção previdenciária era prestada pelo Inamps, que centralizava os gastos públicos em saúde, por meio de serviços próprios e privados contratados. Desse modo, promoveu uma vultosa inversão de recursos na medicina privada, sendo o responsável pelo acelerado desenvolvimento do complexo médico-industrial privado observado naquele período.

Ao segundo segmento – o da saúde pública – cabiam as ações de prevenção e controle de doenças, voltadas para as grandes endemias, e, residualmente, a atenção à saúde destinada a segmentos específicos da população, que não tinham acesso ao sistema de assistência previdenciário. Ficava a cargo do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Assim, na prática, o sistema público de saúde caracterizava-se por uma dicotomia: de um lado, ações assistenciais curativas, de caráter individual, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, e de outro, ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde, de cunho coletivo, a cargo do Ministério da Saúde.

A área assistencial pública era excludente, não universal, de base contributiva, e fortemente centralizada na esfera federal. No âmbito da saúde pública, o Ministério da Saúde mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares voltadas para agravos específicos, tais como câncer, doenças psiquiátricas, tuberculose, hanseníase, ou para segmentos específicos, como a atenção materno-infantil. Nessa área, também, atuavam as unidades próprias dos estados e municípios.



Não havia, pois, uma rede articulada de serviços que suprisse adequadamente a totalidade das necessidades de saúde da população. Por essas razões, coube às entidades filantrópicas, com atuação destacada das Santas Casas de Misericórdia, o papel de suprir essa omissão do Estado brasileiro, sobretudo perante as populações mais carentes.

Mesmo após a universalização da atenção à saúde, ocorrida a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF) e da edição da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), as Santas Casas⁸, por constituírem uma rede hospitalar bem estruturada e com presença em diferentes regiões do País, continuaram a desempenhar papel relevante, sendo responsáveis por uma parcela significativa das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, atuando de forma complementar ao SUS.

4 Perfil do setor

4.1 Rede assistencial

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 1.609 hospitais gerais e 192 hospitais especializados, sem fins lucrativos, no Brasil. Isso representa 31,2% do total de hospitais gerais e 19,1% dos hospitais especializados, respectivamente.⁹

⁸ Delas derivaram outras entidades de características similares, tais como as Beneficências Portuguesas e os hospitais filantrópicos das comunidades judaica, nipônica e sírio-libanesa, bem como aqueles vinculados a outros movimentos da Igreja Católica, Protestante, Evangélica e Espírita, entre outros.

⁹ Dados relativos a julho de 2018.



Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde sem fins lucrativos por tipo.
Brasil, julho de 2018.

<i>Tipo de estabelecimento</i>	<i>Sem fins lucrativos</i>		<i>Total de estabelecimentos</i>
Centro de saúde/unidade básica de saúde	112	0,3%	37.077
Clínica especializada/ambulatório especializado	2.584	5,2%	49.284
Hospital especializado	192	19,0%	1.008
Hospital geral	1.609	31,3%	5.146
Hospital dia	44	6,6%	671
Policlínica	481	6,1%	7.828
Posto de saúde	45	0,5%	9.083
Pronto atendimento	24	2,0%	1.175
Pronto socorro especializado	2	2,3%	88
Pronto socorro geral	11	3,1%	350
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	466	1,9%	24.172

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Entre os hospitais que prestam serviços ao SUS, as entidades sem fins lucrativos representam cerca de um terço ou mais da rede hospitalar, como se observa na tabela 2.

Tabela 2 – Hospitais gerais e especializados que prestam serviços ao SUS por esfera jurídica. Brasil, julho de 2018.

<i>Esfera Jurídica/Hospital</i>	<i>Geral</i>		<i>Especializado</i>	
Administração Pública	2090	51,9%	251	44,5%
Entidades Empresariais	423	10,5%	150	26,6%
Entidades sem Fins Lucrativos	1514	37,6%	163	28,9%
Total	4027	100,0%	564	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

O total dos leitos de internação disponíveis ao SUS – públicos e privados – é em torno de 300 mil. Destes, os leitos de internação oferecidos por hospitais sem fins lucrativos correspondem a 37,52% do total (tabela 3).¹⁰

¹⁰ Não são considerados como leitos hospitalares os leitos de observação.



Tabela 3 – Leitos de internação por esfera jurídica do prestador SUS.
Brasil, julho de 2018.

<i>Esfera jurídica</i>	<i>Leitos</i>	
Administração Pública	163.437	54%
Entidades Empresariais	25.153	8%
Entidades sem Fins Lucrativos	113.267	38%
Total	301.857	100%

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

4.2 Recursos humanos

De acordo com o Cnes (setembro/2018), as entidades sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS empregam cerca de 400.000 trabalhadores em geral, entre pessoal de saúde (nível superior, nível técnico e auxiliar e nível elementar) e pessoal administrativo, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Quantidade de profissionais que trabalham no SUS, por esfera jurídica do prestador. Brasil, setembro de 2018.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Profissionais</i>	
Administração Pública	1.830.750	78,0%
Entidades Empresariais	113.218	4,8%
Entidades sem Fins Lucrativos	400.516	17,1%
Pessoas físicas	1.431	0,1%
Total	2.345.915	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Ainda segundo o Cnes, mais de 80.000 médicos (em setembro de 2018), de várias especialidades, prestam serviços ao SUS nas entidades sem fins lucrativos.

Tabela 5 – Quantidade de médicos que prestam serviços ao SUS em entidades sem fins lucrativos. Brasil, setembro de 2018.



<i>Médicos</i>	<i>n^o</i>
ANESTESISTA	4.180
Médico Anestesiologista	4.180
CIRURGIÃO GERAL	2.653
Médico Cirurgião Geral	2.653
CLÍNICO GERAL	27.726
Médico Clínico	27.624
Médico Generalista Alopata	102
GINECO OBSTETRA	3.093
Médico Ginecologista Obstetra	3.093
MÉDICO DE FAMÍLIA	52
Médico da estratégia de Saúde da Família	5
Médico de família e comunidade	47
PEDIATRA	6.708
Médico Pediatra	6.708
PSIQUIATRA	948
Médico psiquiatra	948
RADIOLOGISTA	2.126
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	2.126
SANITARISTA	10
Médico sanitarista	10
OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	36.015
Médico acupunturista	55
Médico alergista e imunologista	141
Médico anatomopatologista	323
Médico angiologista	566
Médico broncoesofalogista	64
Médico Cardiologista Intervencionista	313
Médico cancerologista cirúrgico	24
Médico cancerologista pediátrico	114
Médico cardiologista	4.633
Médico cirurgião cardiovascular	194
Médico cirurgião da mão	1
Médico cirurgião de cabeça e pescoço	255
Médico cirurgião do aparelho digestivo	271
Médico cirurgião pediátrico	197
Médico cirurgião plástico	526
Médico cirurgião torácico	40
Médico citopatologista	15
Médico coloproctologista	44
Médico dermatologista	641
Médico do trabalho	166
Médico em cirurgia vascular	299
Médico em endoscopia	68
Médico em medicina de trânsito	1
Médico em medicina intensiva	549



SF/18687.17508-02

<i>Médicos</i>	<i>n^o</i>
Médico em medicina nuclear	115
Médico em medicina preventiva e social	12
Médico endocrinologista e metabologista	344
Médico fisiatra	98
Médico gastroenterologista	434
Médico geneticista	39
Médico geriatra	69
Médico hansenologista	1
Médico hematologista	241
Médico hiperbarista	2
Médico homeopata	27
Médico infectologista	553
Médico legista	5
Médico mastologista	77
Médico nefrologista	1.342
Médico neurocirurgião	251
Médico neurofisiologista clínico	16
Médico neurologista	2.142
Médico nutrologista	175
Médico oftalmologista	2.532
Médico oncologista clínico	2.286
Médico ortopedista e traumatologista	2.230
Médico otorrinolaringologista	828
Médico patologista	28
Médico patologista clínico / medicina laboratorial	60
Médico pneumologista	225
Médico radioterapeuta	206
Médico residente	11.610
Médico reumatologista	155
Médico urologista	412
Total	83.511

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

O pessoal de saúde de nível superior que presta serviços ao SUS em entidades sem fins lucrativos (incluindo os médicos) totaliza 167.428 profissionais (setembro de 2018).



SF/18687.17508-02

4.3 Produção

4.3.1 Hospitalar

As entidades de saúde sem fins lucrativos contribuem de modo significativo para a produção hospitalar do SUS.

Segundo informações do Datasus, elas foram responsáveis por 41,3% das internações em 2017, sendo 40% das internações de média complexidade e 59% das de alta complexidade (tabela 6).

Tabela 6 – Internações hospitalares no SUS por esfera jurídica e complexidade. Brasil, 2017.

<i>Esfera jurídica</i>	<i>Média</i>	<i>Alta</i>	<i>Total</i>
Administração Pública	5.730.974	266.086	5.997.060
Entidades Empresariais	652.030	80.553	732.583
Entidades sem Fins Lucrativos	4.242.031	494.478	4.736.509
Não especificado ou ignorado	617	43	660
Total	10.625.652	841.160	11.466.812

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: Dados sujeitos a retificação.

A análise das internações hospitalares por grupos de procedimentos também evidencia a dimensão do setor filantrópico no SUS.

No ano de 2017, os hospitais sem fins lucrativos foram responsáveis por 51% dos procedimentos com finalidade diagnóstica, 40% dos procedimentos clínicos, 43% dos procedimentos cirúrgicos e 59% dos transplantes de órgãos, tecidos e células realizados pelo SUS (tabela 6).¹¹

¹¹ Os grupos de procedimentos apresentados na tabela 6 estão descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, a saber:

– Procedimentos com finalidade diagnóstica: coleta de material; diagnóstico em laboratório clínico; diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia; diagnóstico por radiologia; diagnóstico por ultrassonografia; diagnóstico por tomografia; diagnóstico por ressonância magnética; diagnóstico por medicina nuclear in vivo; diagnóstico por endoscopia; diagnóstico por radiologia intervencionista;



SF/18687.17508-02

Tabela 7 – Internações hospitalares do SUS por esfera jurídica e grupos de procedimentos selecionados. Brasil, 2017.

<i>Esfera jurídica</i>	Diagnóstico	Clínico	Cirúrgico	Transplante
Administração Pública	9.373	3.675.014	2.290.171	22.502
Entidades Empresariais	2.629	428.138	295.168	6.648
Entidades sem fins lucrativos	12.258	2.694.141	1.987.806	42.304
Não especificada/ignorada	-	358	302	-
Total	24.260	6.797.651	4.573.447	71.454

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quanto ao valor total das internações, o primeiro e o segundo lugares são ocupados, respectivamente, por hospitalizações para tratamento de infecções bacterianas e para procedimentos sequenciais em oncologia. As internações para procedimentos obstétricos (parto normal e cesariano) também se destacam, bem como aquelas para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos em cardiologia, tratamento de paciente oncológico e transplantes de rim (doador falecido) e fígado, apresentados na tabela 8.

Tabela 8 – Cinquenta principais procedimentos hospitalares realizados por entidades sem fins lucrativos no SUS, ordenados pelo valor total das internações. Brasil, 2017.

<i>Procedimento</i>	<i>Valor total (R\$)</i>
0303010037 tratamento de outras doenças bacterianas	334.131.891,52

- métodos diagnósticos em especialidades; diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia; diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental; diagnóstico por teste rápido.
- Procedimentos clínicos: fisioterapia, tratamentos clínicos (outras especialidades), tratamento em oncologia, tratamento em nefrologia, hemoterapia, tratamento odontológicos, tratamento de lesões, envenenamentos e outros decorrentes de causas externas, terapias especializadas, parto e nascimento.
 - Procedimentos cirúrgicos: Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa; cirurgia de glândulas endócrinas; cirurgia do sistema nervoso central e periférico; cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço; cirurgia do aparelho da visão; cirurgia do aparelho circulatório; cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal; cirurgia do sistema osteomuscular; cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia de mama; cirurgia obstétrica; cirurgia torácica; cirurgia reparadora; bucomaxilofacial; outras cirurgias; cirurgia em oncologia; anestesiologia, cirurgia em nefrologia.
 - Transplante de órgãos, tecidos e células: coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante, avaliação de morte encefálica; ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante; processamento de tecidos para transplante; acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante.



SF/18687.17508-02

<i>Procedimento</i>	<i>Valor total (R\$)</i>
0415020050 procedimentos sequenciais em oncologia	332.999.037,56
0415010012 tratamento c/ cirurgias múltiplas	315.181.961,81
0303140151 tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	279.535.364,46
0411010034 parto cesariano	208.925.831,41
0310010039 parto normal	191.904.848,69
0406030030 angioplastia coronariana c/ implante de stent	175.082.425,47
0406010935 revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea (c/ 2 ou mais enxertos)	174.062.396,23
0303060212 tratamento de insuficiência cardíaca	151.160.606,27
0415020034 outros procedimentos com cirurgias sequenciais	136.792.648,85
0303160063 tratamento de transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período neonatal	129.499.917,10
0406030022 angioplastia coronariana c/ implante de dois stents	128.077.517,27
0505020092 transplante de rim (órgão de doador falecido)	127.502.329,77
0303040149 tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo)	107.208.904,49
0505020050 transplante de fígado (órgão de doador falecido)	103.005.841,79
0415030013 tratamento cirúrgico em politraumatizado	95.753.465,33
0303160055 tratamento de transtornos relacionados c/ a duração da gestação e c/ o crescimento fetal	95.343.044,06
0303170093 tratamento em psiquiatria (por dia)	89.914.527,10
0304100021 tratamento clínico de paciente oncológico	79.231.496,01
0303130059 tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	78.839.207,80
0406010650 implante de marcapasso de câmara dupla transvenoso	74.638.664,05
0303140046 tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	69.607.702,02
0303060190 tratamento de infarto agudo do miocárdio	67.528.415,14
0303140135 tratamento de outras doenças do aparelho respiratório	65.425.522,25
0406010692 implante de prótese valvar	62.169.025,88
0411010026 parto cesariano em gestação de alto risco	58.040.822,62
0415020077 procedimentos sequenciais em neurocirurgia	56.826.318,30
0412040166 toracostomia com drenagem pleural fechada	54.462.314,38
0303060280 tratamento de síndrome coronariana aguda	53.042.072,78
0407010173 gastrectomia c/ derivação intestinal	51.926.220,42
0407030026 colecistectomia	51.323.544,70
0304080020 internação p/ quimioterapia de administração contínua	47.145.616,59
0303160039 tratamento de outros transtornos originados no período perinatal	40.927.191,37
0415040035 debridamento de ulcera / de tecidos desvitalizados	40.143.280,53
0406030049 angioplastia coronariana primária	37.449.323,28
0305020056 tratamento de insuficiência renal crônica	37.375.509,85
0304080039 internação p/ quimioterapia de leucemias agudas / crônicas agudizadas	35.575.389,01
0416080081 reconstrução c/ retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia	34.615.995,05
0404010377 traqueostomia	33.928.548,79
0303070102 tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	29.803.575,44
0506020045 tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos / células-tronco hematopoéticas	29.247.107,54
0407040102 hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	28.677.686,46
0406011206 troca valvar c/ revascularização miocárdica	27.332.432,97
0406010820 plastia valvar e/ou troca valvar múltipla	27.191.257,38
0303010061 tratamento de doenças infecciosas e intestinais	27.031.986,53
0408050632 tratamento cirúrgico de fratura transtrocanteriana	26.763.882,43
0408040092 artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida	25.150.111,01
0305020048 tratamento de insuficiência renal aguda	24.990.886,94
0407030034 colecistectomia videolaparoscópica	24.716.763,19
0303150050 tratamento de outras doenças do aparelho urinário	24.664.077,62

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: Situação da base de dados nacional em 10/09/2018. Dados sujeitos a retificação.

Já a tabela 9 evidencia que o valor médio das internações para transplantes ocupa nove entre os dez primeiros lugares das internações mais caras. O primeiro lugar é ocupado pelo transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de não aparentado. O órgão sólido cujo transplante resulta no maior valor médio de internação é o fígado.



SF/18687.17508-02

Tabela 9 – Cinquenta principais procedimentos hospitalares realizados por entidades sem fins lucrativos no SUS, ordenados pelo valor médio das internações. Brasil, 2017.

<i>Procedimento</i>	<i>Valor médio (R\$)</i>
0505010046 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue de cordão umbilical de não aparenta	114.876,79
0505010062 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico - não aparentado	114.876,03
0505010020 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea - não aparentado	114.211,19
0505020068 transplante de fígado (órgão de doador vivo)	108.043,50
0505020050 transplante de fígado (órgão de doador falecido)	105.755,48
0505020122 transplante de pulmão bilateral	104.394,74
0404010580 cirurgia de implante coclear bilateral	90.589,01
0505010011 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea - aparentado	86.866,88
0505010054 transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de sangue periférico - aparentado	86.261,59
0505020084 transplante de pulmão unilateral	73.423,74
0406010595 implante de cardioversor desfibrilador multi-sítio endocavitário c/ reversão para epimiocárdico por	58.755,03
0406010609 implante de cardioversor desfibrilador (cdi) multi-sítio transvenoso	58.012,89
0505020041 transplante de coração	57.883,95
0406010579 implante de cardioversor desfibrilador (cdi) multi-sítio transvenoso epimiocárdico por toracotomia p	57.761,41
0505020114 transplante simultâneo de pâncreas e rim	57.360,99
0406011176 troca de gerador e de eletrodos de cardio-desfibrilador multisítio	53.193,30
0406011117 troca de gerador de cárdio-desfibrilador multi-sítio	50.417,16
0406011222 unifocalização de ramos da artéria pulmonar s/ circulação extracorpórea	48.603,15
0505020092 transplante de rim (órgão de doador falecido)	45.814,71
0404010571 cirurgia de implante coclear unilateral	45.565,77
0404010148 implante coclear	44.589,51
0406010587 implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso	42.998,54
0406010560 implante de cardioversor desfibrilador de câmara única transvenoso	41.587,41
0505020076 transplante de pâncreas	40.012,95
0406011168 troca de gerador e de eletrodos de cardio-desfibrilador	37.340,37
0505020106 transplante de rim (órgão de doador vivo)	33.577,42
0406010366 correção de interrupção do arco aórtico	32.985,52
0406010285 correção de estenose aórtica (0 a 3 anos)	31.107,95
0406010331 correção de hipoplasia de ventrículo esquerdo	30.348,66
0406010463 correção de tronco arterioso persistente	30.178,21
0406011109 troca de gerador de cárdio-desfibrilador de câmara única/ dupla	29.471,85
0406010781 plástica / troca de válvula tricúspide (anomalia de Ebstein)	29.403,09
0406011362 correção de estenose mitral congênita (criança e adolescente)	29.188,62
0406010447 correção de transposição dos grandes vasos da base (criança e adolescente)	27.819,85
0406011290 ampliação de via de saída do ventrículo esquerdo (criança e adolescente)	27.639,96
0404010628 cirurgia para prótese auditiva ancorada no osso	27.589,91
0406010269 correção de dupla via de saída do ventrículo direito	27.555,68
0406040168 correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal e ilíacas c/ endoprótese bifurcada	27.112,17
0406010471 correção de ventrículo único	26.517,66
0406010498 correção do canal atrioventricular (total)	26.095,16
0406010617 implante de marcapasso cardíaco multi-sítio endocavitário c/ reversão p/ epimiocárdico (por toracoto	26.004,71
0406010250 correção de drenagem anômala total de veias pulmonares	25.874,14
0406011397 correção de hipertrofia septal assimétrica (criança e adolescente)	25.604,73
0406010420 correção de tetralogia de Fallot e variantes (criança e adolescente)	25.511,70
0303130059 tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	24.972,82
0408030828 tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior onze níveis	24.464,83
0406011419 correção de insuficiência mitral congênita (criança e adolescente)	24.202,60
0406011303 anastomose cavo-pulmonar bidirecional (criança e adolescente)	24.144,03
0505010070 transplante autogênico de células-tronco hematopoiéticas de medula óssea -	24.121,11
0406010153 correção de atresia pulmonar e comunicação interventricular	23.782,76

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: situação da base de dados nacional em 12/09/2018. Dados sujeitos a retificação.

4.3.2 Ambulatorial

No que tange à produção ambulatorial do SUS, as entidades sem fins lucrativos realizaram menos de 10% do total de procedimentos. Apesar

de reduzida em termos quantitativos, essa produção tem alto valor agregado, haja vista que os pagamentos a elas efetuados alcançam quase 30% do total geral (tabela 10).¹²

Tabela 10 – Produção ambulatorial do SUS por esfera jurídica do prestador. Brasil, 2017.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Quantidade</i>		<i>Valor (R\$)</i>	
Administração Pública	3.453.594.157	87%	9.155.531.481,75	48%
Entidades Empresariais	227.833.045	6%	4.495.641.496,97	24%
Entidades sem Fins Lucrativos	296.820.658	7%	5.375.276.783,13	28%
Pessoas físicas	205.035	0%	2.242.771,88	0%
Total	3.978.452.895	100%	19.028.692.533,73	100%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Em relação ao grau de complexidade dos procedimentos, as entidades sem fins lucrativos executaram 18% dos procedimentos de média complexidade¹³ e 2% dos procedimentos de alta complexidade¹⁴ no ano de 2017 (tabela 11).

¹² As informações constantes da tabela 10 referem-se à quantidade de procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde e ao valor aprovado para pagamento pelas Secretarias de Saúde.

¹³ O Ministério da Saúde considera a “média complexidade” como um dos três níveis de atenção à saúde do SUS. Trata-se de ações e serviços que visam a oferecer assistência prestada por profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. São exemplos de procedimentos de média complexidade: procedimentos especializados realizados por médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

¹⁴ Procedimentos de “alta complexidade” são aqueles de tecnologia avançada e de alto custo. As principais áreas que oferecem serviços de alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente com doença renal crônica (diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.



SF/18687.17508-02

Tabela 11 – Produção ambulatorial do SUS (quantidade) por esfera jurídica do prestador e complexidade do procedimento. Brasil, 2017.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Média complexidade</i>		<i>Alta complexidade</i>	
Administração Pública	1.024.220.710	68%	935287.130	97%
Entidades Empresariais	212.067.157	14%	14.342.206	1%
Entidades sem Fins Lucrativos	265.903.883	18%	18.297.360	2%
Pessoas Físicas	192.355	0%	582	0%
Total	1.502.384.105	100%	967.927.278	100%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Os valores de pagamento aprovados foram de 2,3 bilhões de reais para a média complexidade e 2,8 bilhões de reais para a alta complexidade, o que representa, respectivamente, 22% e 37% do total pago pela produção ambulatorial (tabela 12).

Tabela 12 – Produção ambulatorial do SUS (valor em R\$) por esfera jurídica do prestador e complexidade do procedimento. Brasil, 2017.

<i>Esfera Jurídica</i>	<i>Média complexidade</i>		<i>Alta complexidade</i>	
Administração Pública	6.466.451.854,82	62%	2.063.458.801,00	27%
Entidades Empresariais	1.618.581.382,83	16%	2.716.324.598,59	36%
Entidades sem Fins Lucrativos	2.332.655.741,74	22%	2.812.556.249,94	37%
Pessoas Físicas	1.448.148,27	0%	95.923,61	0%
Total	10.419.137.127,66	100%	7.592.435.573,14	100%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A participação das entidades sem fins lucrativos na atenção básica não é significativa.

5 Arcabouço legal

5.1 Constituição Federal

Por determinação constitucional, as ações e serviços de saúde podem ser executados diretamente pelo Estado ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado:



SF/18687.17508-02

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Isso significa que o SUS pode abarcar serviços de titularidade privada, com ou sem fins lucrativos, os quais podem participar de forma complementar ao sistema público, mediante contrato e convênio, com preferência para estes últimos.

Desse modo, a participação das entidades filantrópicas na assistência à saúde está especificamente prevista no § 1º do art. 199 da CF:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

.....

5.2 Leis

Na mesma linha do texto constitucional (art. 199, § 1º), o art. 4º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, não deixa dúvidas quanto à complementariedade de serviços privados.

As normas sobre essa participação complementar, previstas no art. 24 e seguintes da Lei 8.080, de 1990, determinam que, quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, devendo formalizar essa relação jurídica mediante contrato ou convênio, observadas as normas de direito



público. Na ocorrência dessa hipótese, de acordo com o disposto no art. 25, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência.

No entanto, para adquirir status de entidade de saúde beneficente e, com isso, passar a dispor dos benefícios que a legislação brasileira oferece, as entidades necessitam de prévia obtenção da Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS). Trata-se de documento oficial concedido pelo Governo Federal às entidades sem fins lucrativos que prestam serviços nas áreas de educação, assistência social ou saúde.

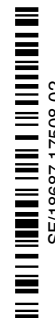
Portanto, somente são reconhecidas como “Entidade Beneficente de Assistência Social”, na área de saúde, as entidades que recebem Cebas, concedida pelo Ministério da Saúde a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos.

A obtenção da Cebas possibilita a isenção das contribuições sociais¹⁵ e a celebração de convênios com o poder público, entre outros benefícios. Para os efeitos trabalhistas, entretanto, essas entidades equiparam-se ao empregador comum, ou seja, pagam todos os encargos trabalhistas.

Para a aquisição da Cebas, as entidades solicitantes devem assumir as obrigações e atender aos requisitos que estão determinadas pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, *in verbis*:

Art. 4º Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá, nos termos do regulamento:

¹⁵ Contribuição a cargo da empresa (patronal) prevista nos arts. 22 e 23 da Lei nº 8.212, de 1991, no valor de 20% sobre a folha de pagamentos.



I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS;

II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);

III - comprovar, anualmente, da forma regulamentada pelo Ministério da Saúde, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados.

.....

Art. 5º A entidade de saúde deverá ainda **informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde**, na forma por ele estabelecida:

I - a **totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes não usuários do SUS;**

II - a **totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais realizados para os pacientes usuários do SUS;** e

III - **as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.**

Parágrafo único. A entidade deverá manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES atualizado, de acordo com a forma e o prazo determinado pelo Ministério da Saúde.

De maneira geral, as entidades devem celebrar contrato com gestor local do SUS e oferecer prestação de, no mínimo, 60% de seus serviços (ambulatoriais e hospitalares) ao sistema público de saúde. Além disso, os hospitais devem informar ao Ministério da Saúde sobre o número de internações e de atendimentos ambulatoriais realizados e sobre alterações referentes aos registros no CNES.

Por sua vez, o art. 21 da referida lei determina que compete ao Ministério da Saúde conceder ou renovar a Cebas da área de saúde que preencherem os requisitos previstos:

Art. 21. A análise e decisão dos requerimentos de concessão ou de renovação dos certificados das entidades beneficentes de assistência social serão apreciadas no âmbito dos seguintes Ministérios:

I - da Saúde, quanto às entidades da área de saúde;



SF/18687.17508-02

.....

Além dos temas já mencionados – participação no SUS e regulamentação da filantropia –, a legislação infraconstitucional que dispõe sobre as entidades sem fins lucrativos também se preocupou com o financiamento do setor e a regulamentação de novas formas de parceria entre o SUS e o terceiro setor: as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), situação sintetizada no quadro 1.



Quadro 1 – Legislação das entidades sem fins lucrativos.

Participação no SUS		Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde.
Filantropia		Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, certificação das entidades beneficentes de assistência social e isenção de contribuições para a seguridade social.
		Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018, certificação das entidades beneficentes de assistência social, na área de saúde.
Programas de financiamento	PRONON PRONAS/PCD	Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência.
	PROSUS	Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde – PROSUS.
		Lei nº 13.202, de 8 de dezembro de 2015, altera a Lei nº 12.873, de 2013.
		Lei nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, que reabre o prazo de adesão ao Prosus.
	Pro-Santas Casas	Lei nº 13.479, de 5 de setembro de 2017, cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pro-Santas Casas).
Terceiro setor		Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, a Lei das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).
		Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, Lei das Organizações Sociais (OS).



SF/18687.17508-02

6 Financiamento

A partir da criação do SUS, diferentemente do período anterior, as Santas Casas deixaram de prestar atendimento gratuito e, pelo fato de se vincularem ao sistema, passaram a receber pagamento pelos atendimentos prestados.

A despeito disso, há anos as instituições de saúde filantrópicas vêm alegando persistente crise financeira.

Com efeito, as dívidas contraídas pelas entidades sem fins lucrativos junto às instituições financeiras, fornecedores, impostos e passivos trabalhistas representam hoje a maior dificuldade enfrentada pelo setor. Segundo relatório da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), essas dívidas passaram de 1,8 bilhão de reais, em 2005; para 5,9 bilhões, em 2009; 11,2 bilhões, em 2011; e 21,6 bilhões, em 2015, dos quais 12 bilhões de reais com o sistema financeiro, em sua maioria constituída de novos empréstimos para rolar dívidas anteriores.¹⁶

Além disso, dados da mesma CMB, estimados até maio de 2015, revelam que as entidades integrantes do Sistema amargavam dívidas da ordem de 3,6 milhões de reais com fornecedores, 2,6 bilhões de reais relativos a impostos e contribuições não recolhidos, 1,5 bilhão de reais em passivos trabalhistas e 1,8 bilhão de reais em salários e honorários médicos atrasados (tabela 13).

¹⁶ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Confederação das Santas Casas diz que dívida das filantrópicas é culpa da defasagem da tabela do SUS. 05/07/2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/537434-CONFEDERACAO-DAS-SANTAS-CASAS-DIZ-QUE-DIVIDA-DAS-FILANTROPICAS-E-CULPA-DA-DEFASAGEM-DA-TABELA-DO-SUS.html>. Acesso em: 25 out. 2018.



Tabela 13 - Dívidas das Santas Casas e hospitais filantrópicos (posição em 31/05/2015)

<i>OBRIGAÇÕES PENDENTES</i>	<i>VALOR (em R\$ mil)</i>	<i>%</i>
Sistema financeiro	12.090.873	56,1
Fornecedores	3.636.219	16,9
Impostos e contribuições não recolhidos ¹⁷	2.595.848	12,0
Passivos trabalhistas	1.476.823	6,8
Salários atrasados e honorários médicos	1.767.854	8,2
TOTAL	21.567.617	100,0

Fonte: CMB.

Ainda de acordo com a CMB, a falta de sustentabilidade financeira das entidades do setor filantrópico tem levado à perda de mão de obra qualificada e, conseqüentemente, redução da capacidade de gestão e da qualidade da assistência disponibilizada. Nesse cenário, as Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos contabilizaram a redução de cerca de 11 mil leitos em 2015 e o fechamento de quase 40 mil postos de trabalho.¹⁸

Aventa-se que o principal motivo da crise seja o subfinanciamento, cuja expressão mais evidente parece ser a defasagem dos valores pagos aos prestadores de serviços de saúde, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS (Tabela SUS). De fato, é consenso entre os prestadores de serviço do setor, que, excetuando-se uma minoria de

¹⁷ Contribuições sociais devidas.

¹⁸ Segundo o presidente da CMB, Edson Rogatti, em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, em 21 de junho de 2016, o SUS paga, em média, 60% do que é gasto com cada atendimento. Ele afirma que as Santas Casas e hospitais filantrópicos têm mais gestão do que os hospitais públicos, já que, mesmo com todo o subfinanciamento, continuam sendo os maiores parceiros do SUS. Rogatti informou que, a crise está impactando a Saúde Pública, pois, em 2015, foram fechados 218 hospitais filantrópicos, 11 mil leitos e 39 mil trabalhadores foram demitidos. “A participação dessas entidades nos atendimentos também foi reduzida: passou de 88% em 2012 para 60% em 2015, mas nunca deixamos de atender nossos pacientes”. **CMB apresenta situação dos filantrópicos em audiência na Câmara dos Deputados**. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/noticias/cmb-apresenta-situacao-dos-filantropicos-em-audiencia-na-camara-dos-deputados/>. Acesso: em 1 nov. 2018.



SF/18687.17508-02

procedimentos altamente especializados, os valores pagos pelo SUS são insuficientes para cobrir os custos dos procedimentos.

A CMB credita essa situação de crise à persistência de uma prática equivocada de remuneração dos serviços prestados ao SUS, que impacta negativamente as condições econômico-financeiras das entidades.

Essa opinião também é compartilhada pela Federação das Santas Casas da Misericórdia e Hospitais Benéficos do Paraná (FEMIPA), segundo a qual as principais dificuldades enfrentadas pelos hospitais se devem à baixa remuneração praticada pela Tabela SUS – que remunera apenas 60% dos custos dos procedimentos – e à falta de recursos que deveriam ser investidos diretamente pelo poder público. Alega, ainda, que o segmento enfrenta constantes atrasos no repasse da remuneração pelos serviços prestados.¹⁹

O Ministério da Saúde contra argumenta que um número significativo de procedimentos foi reajustado nos últimos anos e que os valores da Tabela SUS são parâmetros mínimos de remuneração, apenas valores de referência, sendo facultado aos gestores negociar o pagamento a maior, de seu próprio Tesouro.²⁰

Outro aspecto relativo ao financiamento, que deve ser mencionado, é que, além dos recursos do SUS, algumas dessas instituições também se valem de convênios com planos de saúde, inclusive próprios, e prestam serviços para clientela particular.

¹⁹ FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DA MISERICÓRDIA E HOSPITAIS BENEFICENTES DO PARANÁ (FEMIPA). F.A.Q. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/faq/>. Acesso em: 25 out. 2018.

²⁰ Vide resposta ao Requerimento de Informações (RAS) nº 19, de 201, encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.



Por fim, de acordo com o Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, os recursos financeiros destinados aos hospitais privados sem fins lucrativos, provêm das seguintes fontes (tabela 14)²¹:

Tabela 14 - Síntese dos recursos financeiros destinados aos hospitais privados sem fins lucrativos. Brasil, 2017.

<i>Fonte</i>	<i>Valor (R\$)</i>
Pagamento por produção ¹	12,3 bilhões
Incentivos financeiros ²	2,4 bilhões
Convênios ³	526,4 milhões
Isenções ⁴	6,8 bilhões
Total de recursos	22 bilhões

Fontes: ¹ SIH e SIA/DATASUS/MS; ² CGHOSP/DAHU/SAS/MS; ³ Painel Transferências Abertas (<http://www.transferenciasabertas.planejamento.gov.br>); ⁴ Demonstrativo dos Gastos Tributários PLOA 2017 – Ministério da Fazenda.

6.1 Incentivos

O Ministério da Saúde, ao longo dos últimos anos, tem buscado estreitar a parceria com os hospitais filantrópicos, com foco na ampliação da prestação de serviços.

Assim, de modo complementar ao pagamento por produção, foram instituídos incentivos financeiros.

Três desses incentivos estão alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC):

²¹ DEPARTAMENTO DE CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SAÚDE (DCEBAS/SAS/MAS). **A relevância das Instituições Filantrópicas no cenário nacional e a observância de seus direitos e garantias constitucionais**. Apresentação de PowerPoint. Brasília, 5 de abril de 2018. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/7837cbd4-134f-4485-9006-99e451d7ff92>. Acesso em: 7 nov. 2018.



SF/18687.17508-02

- incentivo de orçamentação global: repassado aos gestores para financiamento de determinados estabelecimentos com base em seus custos reais aproximados;
- incentivo para qualificação de serviços: diretamente relacionado à execução de metas de qualidade, sem exigência de aumento de produção por parte do estabelecimento;
- incentivo para qualificação de leitos: para complementar diárias hospitalares, tem, como contrapartida, o cumprimento de metas de qualidade.

Entre outros incentivos que o setor recebe, destacam-se os seguintes: Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC); Incentivo Financeiro 100% SUS; Timemania; recursos das redes (Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial); habilitações (leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa, Unidade de Cuidados Prolongados – UCP etc.).

Os recursos disponíveis para esses incentivos estão baseados nas seguintes normas:

- Incentivo Financeiro 100% SUS: Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, artigos 340 a 349;
- Habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico e Unidade Coronariana (UCO): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Título X - Do



Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave e Título IX - Da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio (IAM) e o protocolo clínico sobre síndromes coronarianas agudas (SCA), deverá ser realizada pelo Estado e/ou Município;

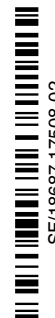
- Habilitação de Unidades Neonatais (UTJN, UCINCo e UCINCa): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Título IV - Que define os critérios de classificação e habilitação de leitos neonatais, deverá ser realizada pelo Estado e/ou Município;
- Unidade de Cuidados Prolongados (UCP): Portaria de Consolidação nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2018;
- Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e/ou Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH): Portaria GM/MS nº 2.925/2017 definiu que os hospitais que recebem o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) permanecerão recebendo os valores já repassados em portarias específicas.

Alguns desses incentivos serão pormenorizados na sequência.

6.1.1 Incentivo Financeiro 100% SUS

O “Incentivo Financeiro 100% SUS” destina-se a hospitais privados sem fins lucrativos cuja totalidade dos serviços ambulatoriais e hospitalares atende exclusivamente ao SUS.

Excepcionalmente, hospitais que prestem, no mínimo, 80% de seus atendimentos ambulatoriais exclusivamente para o SUS podem aderir



SF/18687.17508-02

ao referido incentivo, caso sejam o único prestador de saúde hospitalar do município e destinem a totalidade dos seus leitos de internação ao SUS.

Previsto na Seção VII da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde (PRC) nº 6, de 28 de setembro de 2017, o incentivo é repassado em doze parcelas mensais, cada uma equivalente a 1/12 (um doze avos) do valor total do incentivo, o qual será calculado da seguinte forma:

I - 20% (vinte por cento) do valor anual da produção de média complexidade aprovada no ano-base de 2011, para os primeiros 12 (doze) meses de vigência do incentivo, a contar da data de publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012;

II - 20% (vinte por cento) do valor anual contratualizado na média complexidade, a partir do 13º mês de vigência do incentivo, a contar da data da publicação da Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012.

De 2012 (ano de implantação do incentivo) até 2017, 99 hospitais aderiram ao incentivo, o que corresponde a um impacto financeiro anual de 135.824.600,93 reais.^{22, 23}

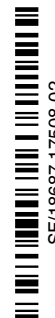
6.1.2 Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)

No intuito de aprimorar a qualidade, fortalecer a gestão, ampliar o acesso e aumentar o financiamento da atenção hospitalar foi instituído o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), por meio da Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014, do Gabinete do Ministério da Saúde.

O IGH consistiu no repasse de incentivos financeiros a estabelecimentos hospitalares públicos e privados que atendessem a

²² Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/incentivo-financeiro-100-sus>. Acesso em: 7 nov. 2018.

²³ De acordo com a resposta ao Requerimento de Informações (RAS) nº 19, de 2018, encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o valor anual repassado é de 144.763.755,32 reais e contempla 101 hospitais.



determinados critérios de elegibilidade. No caso dos hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, os requisitos eram os seguintes:

Art. 4º Farão jus ao IGH:

.....
II - hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com ou sem certificação de HE, que cumpram os seguintes requisitos:

a) **no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais** devidamente cadastrados no SCNES; e

b) **Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS)** ou protocolo de requerimento de renovação apresentado nos termos da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que garanta à entidade, até apreciação final do Ministério da Saúde, os direitos das entidades certificadas.

§ 1º Os estabelecimentos hospitalares constituídos como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos que possuírem de 30 (trinta) a 50 (cinquenta) leitos operacionais deverão possuir taxa de ocupação dos leitos SUS de, no mínimo, 30% (trinta por cento) no período definido como série histórica para cálculo do IGH e, pelo menos, 25 (vinte e cinco) ou mais leitos operacionais disponibilizados ao SUS para fazerem jus ao IGH.

§ 2º Na hipótese de descumprimento superveniente de quaisquer dos requisitos para concessão do IGH previstos neste artigo, o repasse do IGH será suspenso.

Os valores do IGH foram calculados de acordo com o faturamento referente aos procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar realizados entre junho de 2012 e maio de 2013:

Art. 7º O valor do IGH corresponderá, no mínimo, a **50% (cinquenta por cento) da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar** do hospital contratualizado, nos termos da Portaria nº 3.410/GM/MS, de 2013, e que cumpram os critérios de elegibilidade descritos no art. 4º e não incidam nos critérios de inelegibilidade descritos no art. 5º.

.....
§ 5º A série histórica de referência de que trata o "caput" compreende o período entre as competências de junho de 2012 e



SF/18687.17508-02

maio de 2013, podendo ser alterada a qualquer tempo a critério do Ministério da Saúde.

.....

Além disso, o IGH poderia ser ainda maior para entidades filantrópicas habilitadas como “Hospital 100% SUS” (70% da série histórica de referência da produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar) e para entidades filantrópicas habilitadas como “Hospital 100% SUS” e certificadas como “Hospital de Ensino” (80% da série histórica de referência da produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar).

Posteriormente, a portaria que instituiu o IGH foi revogada e incorporada à Portaria de Consolidação (PRC) nº 6, de 28 de setembro de 2017, *consolidação das normas sobre o financiamento dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde*.

Em 1º de novembro de 2017, a Portaria nº 2.925, do Gabinete do Ministério da Saúde, revogou os arts. 324 à 339, do Capítulo II, da Seção VII, “Do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)”, da PRC nº 6, de 2017, que dispunham sobre o IGH.

Tal portaria também substituiu o termo “Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)” pelo termo “Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC)” no Anexo II do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

6.1.3 Estímulo à contratualização

O processo de contratualização é a formalização de um instrumento contratual entre o gestor do SUS e o representante legal do



SF/18687.17508-02

hospital sob sua gestão, pelo qual se estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar.

Esse processo iniciou-se em 2004, quando o Ministério da Saúde instituiu medidas de reestruturação dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos. Para isso, implantou, naquela ocasião, um novo modelo de financiamento para esses hospitais, baseado no repasse de incentivos financeiros calculados a partir da série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento.

Na visão do Ministério da Saúde, a contratualização apresenta as seguintes vantagens:²⁴

- programação orçamentária e financeira;
- facilitação dos processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados;
- possibilidade de investimento na gestão hospitalar;
- adequação dos serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde;
- maior transparência na relação com o gestor local do SUS;
- melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde;
- ampliação dos mecanismos de participação e controle social;

²⁴ Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/contratualizacao>>. Acesso em: 12 set. 2018.



- possibilidade questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional;
- valorização dos aspectos referentes ao ensino, pesquisa, e produção de conhecimento;
- integração ensino-serviço;
- indução de um maior comprometimento do corpo de colaboradores da unidade hospitalar (contrato interno);
- melhor alocação e gestão dos recursos públicos por meio da racionalização do gasto e da qualidade do serviço prestado; e
- fortalecimento da relação entre o gestor e o prestador de serviço, uma vez que as metas passam a ser formuladas em parceria.

As diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS foram estabelecidas em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e estão atualmente previstas no Capítulo I do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação (PRC) nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

Para estimular a formalização de contratos entre gestores do SUS e hospitais, o Ministério da Saúde criou o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). Esse incentivo foi instituído pela Portaria nº 2.925, de 1º de novembro de 2017, que substituiu e renomeou o IGH para IAC. A referida portaria não alterou os valores repassados aos hospitais na modalidade IAC publicados em portarias específicas.



Atualmente, 1.034 hospitais recebem o IAC, o que representa um impacto financeiro de 2.359.515.474,07 reais ao ano.^{25, 26}

Não há previsão normativa para novas adesões, mas o repasse do IAC continua para as instituições já aderentes (portarias específicas).

6.2 Programas

6.2.1 PRONON e PRONAS/PCD

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) foram criados pela Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer e para estimular e desenvolver a prevenção e a reabilitação da pessoa com deficiência, respectivamente.

Esses programas buscam incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos que atuam no campo da oncologia e da pessoa com deficiência.

6.2.2 PROSUS

A despeito das isenções tributárias e dos incentivos financeiros, a maioria entidades sem fins lucrativos que atuam junto ao SUS não conseguiu equilibrar seus orçamentos, permanecendo financeiramente deficitárias.

²⁵ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/contratualizacao>. Acesso em: 7 nov. 2018.

²⁶ De acordo com a resposta ao Requerimento de Informações (RAS) nº 19, de 2018, encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o valor anual repassado é de 2.351.744.946,84 de reais e contempla 1.026 hospitais.



SF/18687.17508-02

Por essas razões, foi criado o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS).

Instituído pela Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, o Prosus é considerado o principal programa governamental voltada ao saneamento das dívidas do setor.

Posteriormente, a Portaria nº 535, de 8 de abril de 2014, do Gabinete do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 12.873, de 2013, estabeleceu prazo de até três meses contados da data da publicação para a solicitação de adesão ao Prosus. Além disso, determinou que a entidade solicitante deveria submeter proposta de aumento de, pelo menos, 5% no quantitativo de procedimentos de média complexidade ofertado em 2013, especificando o que já estava previsto em lei de forma genérica.²⁷

Mais recentemente, as Leis nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, e nº 13.202, de 8 de dezembro de 2015, resultantes da conversão das Medidas Provisórias (MP) nº 684 e nº 685, ambas de 21 de julho de 2015,

²⁷ A Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013, estabelece os requisitos para a adesão ao Prosus nos seguintes termos:

Art. 32. A manutenção da entidade de saúde privada filantrópica e da entidade de saúde sem fins lucrativos no Prosus é condicionada ao cumprimento, cumulativo, dos seguintes requisitos:

I - execução do plano de recuperação econômica e financeira;

II - recolhimento regular e espontâneo das obrigações tributárias federais correntes, devidas a partir do mês seguinte ao da data da publicação do deferimento do pedido de adesão à moratória, inclusive as retenções legais na condição de responsável tributário na forma da lei;

III - atendimento das demais condições estabelecidas pelo Ministério da Saúde;

IV - adimplemento do contrato, convênio ou instrumento congênere firmado com o gestor local do SUS e das regras fixadas no âmbito do SUS para a prestação de serviços a serem executados no âmbito do Prosus; e

V - incremento da oferta da prestação de serviços ao SUS de, no mínimo, 5% (cinco por cento) do montante já ofertado, com referência no ano de 2013.



permitiram a reabertura do prazo de adesão ao Prosus e a inclusão de débitos de parcelamentos no programa.

O prazo dado para a reabertura da adesão ao Prosus foi de três meses, contado a partir da data de publicação da Lei nº 13.204, de 2015. Já as entidades que obtiveram deferimento no pedido de adesão ao Prosus e da moratória ainda puderam incluir no programa os débitos de parcelamentos anteriores a abril de 2014 e os parcelamentos a que se refere o artigo 2º da Lei nº 12.996, de 2014. A medida foi estabelecida pela Lei nº 13.202, de 2015.^{28, 29}

O Prosus consiste na concessão de moratória e remissão das dívidas vencidas no âmbito da Secretaria da Receita Federal do Brasil e da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde, que participam de forma complementar do SUS e se encontram em grave situação econômica e financeira.

De acordo com a resposta da Procuradoria-Geral Adjunta de Gestão da Dívida Ativa da União e do FGTS (PGDAU) ao Requerimento de Informações (RAS) nº 20, de 2018, o montante de créditos tributários e não tributários inscritos em dívida ativa da União incluídos no Prosus é de 928.376.115,02 de reais, sendo que 120 entidades aderiram ao programa.³⁰

²⁸ Disponível em: <http://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/1299-reaberto-o-prazo-de-adesao-do-prosus>. Acesso em: 12 jun. 2017.

²⁹ A Lei nº 13.204, de 2015, também alterou a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, marco regulatório das Organizações da Sociedade Civil. O texto final ratificou a retirada dos serviços complementares de saúde do escopo da lei. Entre as alterações, está o acréscimo ao art. 3º, que prevê as situações em que a lei não se aplica, incluindo os convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, nos termos do parágrafo 1º do art. 199 da CF.

³⁰ Requerimento de Informações (RAS) nº 20, de 2018, encaminhado ao Ministro de Estado da Fazenda, acerca das questões fiscais, tributárias e previdenciárias que envolvem as entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS e os programas governamentais a elas direcionados.



Todavia, em virtude das peculiaridades jurídicas e administrativas de cada instituição filantrópica, as exigências para a adesão ao Prosus – plano para comprovar a capacidade de manutenção das suas atividades e previsão de aporte de recursos para o pagamento dos tributos devidos, entre outras – inviabilizaram a participação de muitas entidades, sobretudo aquelas que não tinham grandes dívidas tributárias.

Além disso, a CMB manifestou preocupação quanto à obrigação de aumentar em 5% a prestação de serviços de média complexidade ao SUS, visto que, em muitos casos, ou não há demanda assistencial prevista, ou os estabelecimentos não dispõem de profissionais e de equipamentos suficientes para aumentar a sua oferta de atendimentos.

Assim, dadas as exigências para a adesão, e como diversas entidades não conseguiram enquadramento no Prosus, a CMB alega ser importante a existência de alternativa que conceda condições especiais para que as entidades de saúde sem fins lucrativos parcelem seus débitos.

Por esses motivos, pequena parcela dos hospitais filantrópicos teve seus pedidos de adesão ao Prosus deferidos pelo Ministério da Saúde.

6.2.3 Pró-Santas Casas

Em 2017, foi aprovada a Lei nº 13.479, de 2017, que criou o Programa de Financiamento Específico para Santas Casas e Hospitais Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS (Pró-Santas Casas). O programa, com previsão de duração de cinco anos, cria uma linha de financiamento especial para essas entidades pagarem suas dívidas e se reestruturarem.



SF/18687.17508-02

O Pró-Santas Casas consiste em duas linhas de crédito operadas por bancos públicos (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil), com recursos previstos no Orçamento Geral da União. Serão liberados dois bilhões de reais anuais consignados no Orçamento Geral da União, totalizando dez bilhões ao final do período.

As instituições financeiras oficiais federais poderão criar linhas de crédito em duas modalidades: para reestruturação patrimonial e para capital de giro. A ideia é que, nessas operações, a União conceda subvenção econômica às instituições financeiras, sob a forma de equalização de taxas de juros, em duas modalidades distintas: crédito para reestruturação patrimonial, com taxa de juros de 0,5% ao ano, prazos mínimos de carência de dois anos e de amortização de quinze anos; e crédito para capital de giro, com taxa de juros correspondente à Taxa de Juros de Longo Prazo (TJLP), prazos mínimos de carência de seis meses e de amortização de cinco anos. A cobrança de quaisquer outros encargos financeiros será limitada a 1,2% ao ano, incidente sobre o saldo devedor da operação. Determina-se um limite para o montante de recursos a serem destinados a título de subvenção econômica, de 2 bilhões de reais, a serem consignados no Orçamento Geral da União.

Para aderir ao Pró-Santas Casas, as instituições deverão apresentar um plano de gestão a ser implantado em até dois anos, contados a partir da assinatura do contrato. O limite do crédito será equivalente aos últimos doze meses de faturamento relativos aos serviços prestados pela entidade por meio do SUS ou ao valor do saldo devedor de outras operações financeiras existentes, o que for menor.



Representantes do setor, entretanto, argumentam que o programa não representa uma solução à crise dos hospitais, mas apenas um alívio temporário. Por fim, o programa ainda aguarda regulamentação e previsão orçamentária.

6.2.4 Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos

Recentemente, foi editada a Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018, que *altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço [FGTS], para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde.*

Essa iniciativa tem por objetivo possibilitar que os recursos do FGTS possam ser emprestados, também, às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar ao SUS. Além disso, determina que pelo menos 5% do total das aplicações do FGTS sejam destinadas para operações de crédito à essas entidades.

6.3 Recursos repassados às Santas Casas pelo Orçamento da União

Os recursos repassados (pagos) para as Santas Casas de Misericórdia por meio do Orçamento da União, no período de 2015 a 2017, discriminados por ações orçamentárias, estão apresentados na tabela 15.

Nas Ações 216O e 8585, não foram apresentadas emendas orçamentárias, ou seja, seus recursos são oriundos dos projetos de lei encaminhados pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo; na Ação 4525, a totalidade dos recursos foi alocada por meio de emendas parlamentares, visto



que essa Ação não consta de referidos projetos de lei; e na Ação 8535 grande parte dos recursos foi alocada por meio de emendas parlamentares.

Ressalte-se, ainda, que a Ação 216O - Apoio à Manutenção das Santas Casas de Misericórdia, Estabelecimentos Hospitalares e Unidades de Reabilitação Física de Portadores de Deficiência, Sem Fins Econômicos (Lei Nº 11.345, de 14 de setembro de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 6.187, de 14 de agosto de 2007), foi incluída no Orçamento da União apenas em 2017. Trata-se da única Ação contemplada no Orçamento da União que menciona especificamente as Santas Casas de Misericórdia.³¹



³¹ A pesquisa foi feita por nota de empenho. Caso contrário, poucas dotações específicas para as Santas casas seriam encontradas, quais sejam somente as “carimbadas” na Lei Orçamentária.

Tabela 15 – Recursos repassados pelo Orçamento da União para as Santas Casas de Misericórdia (Ações 216O, 4525, 8535 e 8585), nos exercícios financeiros de 2015 a 2017.

<i>Ano</i>	<i>Ação (código/descrição)</i>	<i>Valor pago (R\$)</i>	<i>Totais anuais (R\$)</i>
2015	4525-Apoio à manutenção de unidades de saúde	11.018.765,59	550.598.328,36
2015	8535-Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	106.602.586,81	
2015	8585-Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	432.976.975,96	
2016	4525-Apoio à manutenção de unidades de saúde	6.573.778,74	554.780.286,03
2016	8535-Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	109.382.235,97	
2016	8585-Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	438.824.271,32	
2017	216O-Apoio à manutenção das Santas Casas de misericórdia, estabelecimentos hospitalares e unidades de reabilitação física de portadores de deficiência, sem fins econômicos (Lei nº 11.345, de 2006)	2.750.027,98	618.524.018,56
2017	4525-Apoio à manutenção de unidades de saúde	10.800.302,00	
2017	8535-Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde	112.246.406,85	
2017	8585-Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	492.727.281,73	

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), em 16.11.2018.
Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado Federal (CONORF).

Ademais, com a aprovação da Medida Provisória nº 848, de 16 de agosto de 2018, estima-se que serão repassados para as Santas Casas cerca de 4,4 bilhões reais oriundos do FGTS, a cada ano.

7 Aspectos tributários

No que tange aos benefícios tributários, o Constituinte de 1988 optou por conferir imunidade às instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, do pagamento de impostos. Assim, o art. 150 da CF – cuja seção é intitulada “Das Limitações do Poder de Tributar” – veda a



SF/18687.17508-02

instituição de impostos (federais, estaduais e municipais) sobre a renda, patrimônio e serviços dessas entidades, desde que relacionados às suas finalidades essenciais, a saber:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, **é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:**

.....
VI – instituir impostos sobre:

.....
c) **patrimônio, renda ou serviços** dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, **das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei;**

.....
§ 4º As vedações expressas no inciso VI, alíneas "b" e "c", compreendem somente o patrimônio, a renda e os serviços, **relacionados com as finalidades essenciais das entidades** nelas mencionadas.

.....
Quanto às contribuições para o financiamento da seguridade social, a CF, em seu art. 195, garante imunidade, desde que a entidade seja qualificada como beneficente de assistência social, nos seguintes termos:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão



concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

.....
§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

Como se nota, tanto o comando do art. 150, inciso VI, alínea “c” (imunidade a impostos), quanto a norma do § 7º do art. 195 (imunidade a contribuições sociais de seguridade social), todos da CF, exigem a regulação por meio de lei.

Para ser qualificada como entidade sem fins lucrativos e gozar da imunidade a impostos (art. 150, inciso VI, alínea “c”), as entidades devem cumprir os requisitos do art. 14 do Código Tributário Nacional (CTN), que assim dispõe:

Art. 14. O disposto na alínea “c” do inciso IV do artigo 9º é subordinado à observância dos seguintes requisitos pelas entidades nele referidas:

I – não distribuírem qualquer parcela de seu patrimônio ou de suas rendas, a qualquer título;

II – aplicarem integralmente, no País, os seus recursos na manutenção dos seus objetivos institucionais;

III – manterem escrituração de suas receitas e despesas em livros revestidos de formalidades capazes de assegurar sua exatidão.

Para gozar da imunidade relativa a contribuições sociais de seguridade social (art. 195, § 7º), a entidade necessita de prévia obtenção da Cebas.



Como citado anteriormente neste relatório, trata-se de documento concedido pelo Governo Federal às entidades sem fins lucrativos que prestam serviços de assistência social. Para a aquisição da certificação, as entidades solicitantes, na área de saúde, devem assumir as obrigações que estão determinadas pela Lei nº 12.101, de 2009.

No plano do direito em vigor, a entidade que atenda aos requisitos constitucionais e aos previstos no art. 14 do CTN e às exigências da Lei nº 12.101, de 2009, são imunes a impostos e a contribuições sociais de seguridade social, por força do art. 150, inciso VI, “c”, e do art. 195, § 7º, todos da CF.

É vasta, portanto, a concessão de benefícios fiscais às entidades de assistência social que acumulem os requisitos de não terem fins lucrativos e serem beneficentes de assistência social.

Caso não preencham os requisitos legais ou não obtenham decisão judicial os afastando, por eventual inconstitucionalidade, por exemplo, devem recolher impostos e ou contribuições sociais de seguridade social.

A título exemplificativo, as entidades que se amoldem às exigências constitucionais e legais, não devem:

- a) Contribuições previdenciárias (alínea “a” do inciso I do art. 195);
- b) Contribuições sobre a receita ou faturamento (Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – Contribuição para o



PIS/Pasep e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS) (alínea “b” do inciso I do art. 195); e

- c) Contribuições sobre importação de bens ou serviços (Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público incidente na Importação de Produtos Estrangeiros ou Serviços – Contribuição para o PIS/PASEP-Importação e Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social devida pelo Importador de Bens Estrangeiros ou Serviços do Exterior – COFINS-Importação) (inciso IV do art. 195).

Cite-se, ainda, benefício fiscal infraconstitucional concedido pelo art. 70 da Lei nº 13.043, de 13 de novembro de 2014, que reduziu a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/Pasep e da Cofins incidentes sobre a receita decorrente da venda de equipamentos ou materiais destinados a uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial, quando adquiridos, por exemplo, por entidades beneficentes de assistência social.

Existe, como se nota, vasto arcabouço legislativo que concede benefícios fiscais às entidades beneficentes de assistência social na área de saúde.

7.1 Isenções

As entidades beneficentes de assistência social contam com proteção constitucional para não suportarem a incidência de impostos nem de contribuições sociais.



SF/18687.17508-02

Em conformidade com o texto constitucional³², é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, instituírem impostos sobre patrimônio, renda ou serviços das instituições de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei. Ainda de acordo com a CF³³, são isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

Como visto, o benefício da não incidência tributária está condicionado ao atendimento das exigências legais. De modo a regular o dispositivo constitucional relativo à imunidade de impostos, foi publicado o art. 14 do CTN³⁴. Também regulamentaram o assunto os arts. 12 a 14 da Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997.

Todavia, o Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.802, declarou inconstitucionais os arts. 13 e 14, a alínea “f” do § 2º e o § 1º do art. 12 da Lei nº 9.532, de 1997.

No que se refere às contribuições sociais, o art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, disciplinava originalmente a fruição da não incidência tributária pelas entidades beneficentes.

Após algumas alterações, o benefício fiscal passou a ser regulado pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Segundo as disposições normativas, as instituições que atuam na área de saúde também

³² Em conformidade com o disposto na alínea “c” do inciso VI do art. 150 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB).

³³ De acordo com o § 7º do art. 195 da CRFB.

³⁴ Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966.



possuem direito ao benefício fiscal, desde que atendidas as condições fixadas em lei.

É relevante destacar que os dispositivos legais que condicionaram a fruição do benefício fiscal foram questionados judicialmente, pois, para muitos, a regulação constitucional exigiria formalmente lei complementar.

O Plenário do STF, no julgamento das ADIs³⁵ nos 2.028, 2.036, 2.228 e 2.621, declarou inconstitucionais dispositivos previstos na Lei nº 9.732, de 1998, que, além de promoverem alterações na Lei nº 8.212, de 1991, estabeleceram critérios para fruição do benefício fiscal. Para a Suprema Corte, os requisitos para gozo da imunidade devem estar previstos em lei complementar, a teor do art. 146, III, da CF.

Em decorrência da inexistência de norma específica para regular o § 7º do art. 195 da CF e considerada a natureza tributária das contribuições sociais, apenas o CTN – que foi recepcionado como lei complementar – constitui norma apta a fixar os requisitos para a fruição da imunidade.

Assim, até que lei complementar regule a matéria, as regras aplicáveis ao caso são as estabelecidas no art. 14 do referido código.

Especificamente para o processo de certificação das entidades beneficentes que atuam na área de saúde, foi publicada a Lei nº 13.650, de

³⁵ Em virtude da posterior edição da Lei nº 12.101, de 2009, que revogou dispositivos da Lei nº 8.212, de 1991, as ações foram recebidas como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF).



11 de abril de 2018. Essa lei flexibilizou a forma de comprovação dos requisitos para obtenção do certificado.

7.2 Renúncia

No concernente aos gastos tributários, a Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB)³⁶ projetou, para o ano de 2018, a renúncia de 1,294 bilhão de reais, 698 milhões de reais e 1,941 bilhão de reais, em relação ao IRPJ³⁷, à CSLL³⁸ e à COFINS³⁹, respectivamente, que seriam devidos pelas entidades sem fins lucrativos que atuam na área de assistência social e saúde.

Por sua vez, a renúncia projetada para as entidades filantrópicas (sem distinção de área de atuação) em relação às contribuições previdenciárias (cota patronal) foi de 11 bilhões de reais.⁴⁰

8 Aspectos previdenciários

Questão relevante na análise das entidades filantrópicas que prestam serviços ao SUS é a isenção da contribuição patronal à seguridade social de que usufruem, o que impacta a sustentabilidade previdenciária brasileira, uma vez que gera relevante renúncia fiscal.

³⁶ Conforme publicação: Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2018.

³⁷ Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas.

³⁸ Contribuição Social sobre o Lucro Líquido.

³⁹ Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

⁴⁰ Conforme publicação: Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária (Gastos Tributários) – PLOA 2018. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/texto-dgt-ploa-2018-arquivo-final-para-publicacao.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2018.



A tabela 16 traz os valores da renúncia de receitas previdenciárias nos últimos dez anos. As principais renúncias decorrem da desoneração de folha de pagamentos, de benefícios a entidades filantrópicas, de benefícios aos exportadores do setor rural, de benefícios ao microempreendedor individual e de benefícios a microempresas e empresas de pequeno porte que optaram pelo Simples Nacional. As renúncias das entidades filantrópicas são as mais representativas depois daquelas do Simples Nacional (a desoneração da folha de pagamento inclui diferentes setores e está reduzindo).

Tabela 16 - Renúncia de receitas previdenciárias decorrentes de benefícios concedidos às entidades filantrópicas e total das renúncias por todas as causas. Brasil, 2007 – 2016.

	<i>Entidades filantrópicas (R\$)</i>	<i>Renúncia total (R\$)</i>
2007	4.410.000,00	14.044.000,00
2008	4.984.000,00	15.558.000,00
2009	5.703.000,00	17.044.000,00
2010	6.368.000,00	17.932.000,00
2011	7.109.000,00	20.408.000,00
2012	8.099.000,00	30.664.000,00
2013	8.720.000,00	44.769.000,00
2014	10.428.000,00	57.956.000,00
2015	11.170.000,00	66.487.000,00
2016	11.562.000,00	57.737.000,00

Fonte: Aspectos fiscais da seguridade social no Brasil, Tesouro Nacional, 2017.

Em 2016, o déficit previdenciário teria sido 41% inferior ao registrado, caso fossem eliminadas todas as renúncias previdenciárias.⁴¹

⁴¹ SECRETARIA DO TESOUREIRO NACIONAL. Aspectos fiscais da seguridade social no Brasil. Tesouro Nacional, 2017. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/0/Relat%C3%B3rio+de+Previdencia+corrigido/8d3d80fa-8c36-4e7d-abf6-c9eb7865c60b>. Acesso em: 23 out. 2018.



Cabe destacar que as renúncias das entidades filantrópicas constantes na tabela 16 englobam a prestação de serviços na área de assistência social, saúde ou educação.

No ano de 2017, as renúncias totalizaram 3,8 bilhões de reais em saúde e assistência e 4,6 bilhões de reais em educação⁴².

9 Audiências públicas

9.1 Primeira audiência pública

Audiência pública realizada no dia 5 de abril de 2018, em atendimento ao Requerimento da Comissão de Assuntos Sociais (RAS) nº 36, de 2016, de autoria da Senadora Ana Amélia.

9.1.1 Participantes

- Sr. Claudemir Rodrigues Malaquias, Chefe do Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros da Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- Sr. Brunno Ferreira Gontijo, representante do Ministério da Saúde;
- Dr. Douglas Carneiro, Coordenador-Geral de Acompanhamento da Rede Socioassistencial Privada do Sistema Único de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social.

⁴² PORTAL G1. **Renúncia fiscal soma R\$ 400 bi em 2017 e supera gastos com saúde e educação** 03/09/2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/renuncia-fiscal-soma-r-400-bi-em-2017-e-supera-gastos-com-saude-e-educacao.ghtml>. Acesso em: 25 out. 2018.



SF/18687.17508-02

- Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF);
- Pedro Mello, pesquisador sênior da DOM Strategy Partners.

A sessão foi presidida pela Senadora Ana Amélia.

9.1.2 Abertura

O Presidente abriu a sessão agradecendo a presença dos convidados e relatando que acompanhou reunião entre representantes dos setor filantrópico e o Presidente do Senado, Senador Eunício Oliveira, onde foi discutida a possibilidade de agilizar a regulamentação da Lei nº 13.479, de 5 de setembro de 2017, que cria o Programa de Financiamento Preferencial às Instituições Filantrópicas e Sem Fins Lucrativos (Pro-Santas Casas) para atender instituições filantrópicas e sem fins lucrativos que participam de forma complementar do SUS.

Em seguida, a Senadora Ana Amélia passou a palavra aos depoentes.

9.1.3 Depoimentos

1. Do Sr. Claudemir Rodrigues Malaquias

Para o Sr. Claudemir, avaliar a sustentabilidade da Previdência é necessário antes de conceder qualquer benefício a determinados setores. Afinal, segundo ele, toda desoneração que afeta as contas da Previdência não deve comprometer a sustentabilidade do sistema.



SF/18687.17508-02

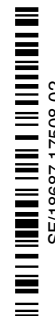
O Sr. Claudemir mostrou haver preocupação com as desonerações tributárias destinadas a vários setores. O descompasso entre a arrecadação e a renúncia em vários setores beneficiados, segundo ele, tem contribuído para o desequilíbrio da Previdência Social.

Exemplifica que, no caso das entidades sem fins lucrativos, em 2007, a arrecadação foi de 1,4 bilhão de reais e, em 2016, 3,647 bilhões de reais. Já as renúncias, segundo ele, têm um patamar crescente bem maior. Alega que o País saiu de 4,41 bilhões de reais, em 2007, e chegou a algo em torno de 10,236 bilhões de reais, em 2016. Segundo ele, esses números mostram uma comparação “entre aquilo com que efetivamente o setor está participando na conta previdenciária, na arrecadação, e a parte em que está sendo beneficiado”.

Assim, afirma que a alta desoneração da conta previdenciária é responsável pelo desequilíbrio da Previdência, o que compromete a sustentabilidade do sistema.

Diante disso, o palestrante evoca os desafios a serem enfrentados para reequilíbrio do sistema. Além da redução das desonerações, há necessidade de “assegurar a efetividade do resultado das entidades [beneficentes sem fins lucrativos]”, já que muitas dessas entidades assim o são somente do ponto de vista jurídico para deter o direito de gozar dos benefícios.

Propõe, por fim, que seja revisto o rol de entidades para verificar se realmente estão oferecendo a contrapartida que é exigida em razão do benefício fiscal.



2. Do Sr. Brunno Ferreira Gontijo

O depoente, que é da área de certificação das entidades filantrópicas no Ministério da Saúde, trouxe informações a respeito da relevância e da importância do setor filantrópico no SUS.

Afirma que, de modo geral, o sistema de informações do Ministério da Saúde identifica, atualmente, 7,8 mil estabelecimentos filantrópicos. Desse total, 40% prestam serviços ao SUS, seja hospitalar ou ambulatorial. Essas entidades estão presentes em 1.731 municípios. Em 55% deles, representam a única assistência hospitalar disponível. Isso quer dizer que “em torno de praticamente mil municípios, a única unidade hospitalar é um hospital filantrópico, ou seja, [...] não têm sequer um hospital público”.

O Sr. Brunno informou **que setor filantrópico responde por 30% dos hospitais, 37% dos leitos, e 41% das internações hospitalares.** A distribuição geográfica dessas entidades, por região, ocorre da seguinte forma: 60 no Norte, 470 no Nordeste, 166 no Centro-Oeste, 1.337 no Sudeste e 1.150 no Sul. **Conclui que, praticamente, 75% das unidades filantrópicas estão no Sul e no Sudeste.**

Em relação aos hospitais, 1,7 mil prestam serviços ao SUS. Destes, 378 atendem exclusivamente ao SUS (100% SUS), sendo que a maioria desses estabelecimentos está situada na Região Nordeste.

No que tange às especialidades de alta complexidade (cardiologia, oncologia etc.), essas entidades respondem por aproximadamente 58,9% dos atendimentos no SUS. Mais especificamente, o setor filantrópico é responsável por 55% das internações e dos transplantes; 67% das quimioterapias e 67% das cirurgias oncológicas.



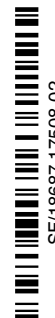
Em seguida, o expositor apresentou dados sobre as transferências de recursos feitas pelo Ministério da Saúde às entidades beneficentes sem fins lucrativos em 2017, direta ou indiretamente: pagamento por produção, 12,3 bilhões; incentivos financeiros (IAC, 100% SUS, REHUF), 2,4 bilhões; convênios, transferência de equipamentos, compras, reformas, 526,4 milhões; isenções tributárias (projeção retirada dos demonstrativos contábeis do Ministério da Fazenda, 6,8 bilhões. Isso perfaz um total, em 2017, de 22 bilhões de reais em transferências técnicas de recursos às entidades filantrópicas.

Em relação às linhas de crédito, o palestrante alegou que Ministério da Saúde “sempre trabalhou em parceria com o BNDES, Caixa Econômica e está tentando incorporar o Banco do Brasil”. Anteriormente, havia atuação conjunta com o BNDES para a disponibilização de recursos financeiros para reestruturação das unidades filantrópicas. Atualmente, por intermédio do Ministério da Saúde, a Caixa Econômica Federal oferece financiamento de até 35% do faturamento da entidade no período de doze meses anterior ao da solicitação.

Informa sobre a aprovação da Lei nº 13.479, de 2017, que cria duas linhas de crédito – patrimonial e capital de giro, para tentar suprimir dificuldade com as taxas de juros. Na reestruturação patrimonial, carência de dois anos mais 0,5% ao ano no seu giro; na linha de crédito para capital de giro, seis meses de carência, com taxa de juros vinculada à TJLP.

Informa que, em suma, há 944 entidades que recebem incentivos.

Por fim, versou sobre o Prosus: “foi uma moratória dada às entidades filantrópicas, para uma dívida de 15 anos, até março de 2014,



dívida adquirida junto à Receita Federal e à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional. Quem entrou na moratória tem um prazo de 15 anos, pagando o tributo corrente, o mesmo valor do tributo corrente abateria na moratória”.

3. Do Dr. Douglas Carneiro

Inicialmente, o Dr. Douglas apresentou “a visão da assistência social sobre o trabalho [das] organizações da sociedade civil”. Informa que “estimativa realizada pela Secretaria-Geral da Presidência da República, junto com a Fundação Getúlio Vargas e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada identifica hoje no Brasil mais de 400 mil organizações da sociedade civil”.

Segundo ele, tais entidades apresentam-se de diversas formas: organizações religiosas, associações patronais e profissionais, organizações de desenvolvimento e de defesa de direitos. Informa que 10% delas atuam na assistência social. As demais áreas são: cultura, educação, saúde, meio ambiente.

Em seguida, o depoente destaca as diversas formas de financiamento dessas entidades: recursos públicos, recursos de fontes privadas, doações de pessoas físicas, pessoas jurídicas, objetos de cooperação internacional com agências de fomento, de cooperação, inclusive com agências e organizações no próprio País, que desenvolvem e apoiam financeiramente um conjunto de organizações que atuam diretamente no atendimento ao cidadão.

Quando aos aspectos da distribuição geográfica das entidades beneficentes de assistência social, o palestrante informa que atualmente há mais de 32 mil organizações reconhecidas pelos Conselhos Municipais de



Assistência, que atuam em mais de 3,8 mil municípios no Brasil. Há expressiva concentração dessas organizações nas Regiões Sul e Sudeste.

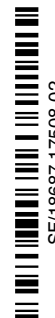
O Dr. Douglas assinala que, atualmente, 5,5 mil organizações estão certificadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Segundo ele, essas entidades atuam em 1,9 mil municípios e oferecem serviços cuja demanda vem aumentando expressivamente.

A principal oferta são os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, destinados a pessoas expostas a riscos sociais, com mais de 215 mil atendimentos registrados.

Em segundo lugar em número de atendimentos, estão os Serviços de Proteção Social Especial, ofertados às pessoas com deficiência e aos idosos e suas famílias. Por sua vez, os acolhimentos institucionais voltados para crianças e adolescentes e pessoas idosas se destacam na terceira colocação com mais de 53 mil atendimentos, sendo que são mais de duas mil unidades no Brasil.

O palestrante alerta que 94% do acolhimento para idosos é promovido por organizações da sociedade civil. Isso deve a questões históricas, mas também ao fato de o Estatuto do Idoso conceder a essas organizações a possibilidade de reter até 70% do benefício previdenciário ou benefício assistencial. Isso chega a representar cerca de 40% das receitas dessas organizações, sem contar as isenções fiscais e as parcerias com o Poder Público. Nos serviços de acolhimento de idosos, o setor público representa cerca de 65% do financiamento dessas organizações.

Para encerrar, diante desse panorama, o Sr. Douglas evocou potenciais desafios do setor: coordenação e adequação da oferta dos serviços;



SF/18687.17508-02

financiamento adequado desses serviços e avaliação da efetividade do trabalho de entidades que recebem incentivos fiscais do poder público.

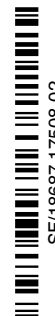
4. Do Sr. Custódio Pereira

O Sr. Custódio Pereira iniciou sua palestra fazendo um breve relato histórico do setor filantrópicos no Brasil, lembrando que a primeira instituição foi Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1551. Ressaltou que, no Brasil, as instituições filantrópicas, especialmente as confessionais, atuam há cerca de 500 anos por meio do trabalho de jesuítas beneditinos e irmãs de caridade.

Um detalhe destacado pelo palestrante é que, durante sua história, as instituições filantrópicas jamais haviam se unido para defender seus interesses comuns, faltando, assim, articulação política coletiva e colegiada. Diante dessa falta de representatividade, em 2015, as referidas instituições se uniram e criaram o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF).

De acordo com Sr. Custódio, o Fonif defende dos interesses das instituições filantrópicas que atuam nas áreas de assistência social, educação e saúde, congregando praticamente todas as instituições representativas desses setores. Atualmente, representam cerca de nove mil instituições que possuem Cebas nas três áreas de atuação.

No que tange aos às imunidades conferidas ao setor filantrópico, o Sr. Custódio apresentou pesquisa mostrando que a imunidade conferida a essas entidades corresponde a 2,87% do total da arrecadação de Previdência Social. Isso, segundo ele, permite a conclusão de que tais entidades não são responsáveis pelo déficit previdenciário no Brasil.



O palestrante ainda mostrou que essa pesquisa evidenciou que, em suas três áreas de atuação, o setor filantrópico retorna os cofres públicos todo o montante que recebe em decorrência das imunidades fiscais de que têm direito.

Na área da saúde, alega que 53% dos pacientes do SUS são atendidos pelas instituições filantrópicas, ao passo que o setor é responsável pela realização de mais de 60% das cirurgias de alta complexidade no SUS. Diante disso, o estudo estimou que o setor coloca muito mais recursos do que aqueles que recebe como imunidade.

Segundo o palestrante, a pesquisa estima que que, na área de saúde, o setor filantrópico, para cada um real de imunidade, retornam ao Poder Público 5,73 reais.

Diante desses dados, termina a palestra agradecendo o apoio da Senadora Ana Amélia e reforçando a importância dos hospitais filantrópicos, que, segundo ele, possuem grande capilaridade territorial, prestam atendimento em municípios extremamente pobres e, em muitos casos, são as únicas unidades de saúde disponíveis na localidade em que se situam.

5. Do Sr. Pedro Mello

O Sr. Pedro Mello iniciou sua palestra com breve relato sobre a atuação da empresa que trabalha, que, segundo ele, atua no mercado há mais de 15 anos e, há 10 anos, implementa uma metodologia chamada *Intangible Assets Management* (IAN), gestão dos ativos intangíveis. Alega ter, como clientes, 54 das 100 maiores empresas brasileiras.



No que tange ao setor filantrópico, o Sr. Pedro apresentou detalhes do estudo que sua empresa realizou para avaliar o retorno tangível e intangível que essas entidades trazem em contrapartida à imunidade constitucional do pagamento da contribuição para a Previdência Social.

De maneira sumária, apresentou dados que corroboram a tese de que o setor, por meio de sua atuação nas áreas de saúde, educação e assistência social, faz jus às imunidades a ele conferidas.

9.1.4 Debates

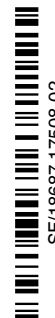
Senadora Ana Amélia

Sugeriu ao Sr. Custódio Pereira que buscasse informações junto aos representantes dos órgãos do Poder Executivo presentes (Receita Federal, Ministério de Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde) para obter subsídios para a definição das prioridades que devem pautar a atuação da Comissão de Assuntos Sociais.

Sr. Custódio Pereira

Ressaltou que o estudo realizado pela DOM Strategy Partners aferiu cientificamente o retorno à sociedade proporcionado pelo setor filantrópico em decorrência das isenções e imunidades fiscais de que tem direito.

Conclamou que Ministérios e Receita Federal aprofundem a análise de dados sobre a atuação das entidades filantrópicas para sistematizá-los e, assim, medir o “retorno para a sociedade para o mesmo real que é investido” no setor.



Reclamou que a divergência de dados oficiais sobre os benefícios sociais destinados ao setor impede o real dimensionamento da sua atuação no País. A quantificação e a qualificação oficial desses benefícios justificaria maior atenção e apoio do Poder Público no que diz respeito à obtenção de mais recursos e incentivos.

Senadora Ana Amélia

Reconheceu a importância de haver uma organização institucional de representatividade do setor filantrópico junto aos órgãos do Poder Executivo.

Enfatizou que, hoje, já há um grau de uniformização das demandas do setor de modo que facilitará a definição das políticas públicas que efetivamente atendam as entidades filantrópicas.

Clamou por maior articulação de atuação dos órgãos públicos em relação ao setor filantrópico.

Relembrou que o setor filantrópico superou o estigma de serem agentes de “pilarantropia” ao mostrar à sociedade a qualidade e a seriedade do trabalho executado, mesmo diante da carência de recursos financeiros, a qual não é compensada pelas imunidades fiscais.

Concluiu que há necessidade urgente de os setores público e filantrópico abordarem questões como qualidade da gestão e do gasto público. Julga que isso é um tema crucial para qualquer sistema de saúde, público ou privado.



Enfim, perguntou se Sr. Brunno teria alguma sugestão para a efetivação da articulação dos órgãos públicos no que diz respeito ao apoio ao setor filantrópico.

Sr. Brunno Ferreira Gontijo

Diante da pergunta da Senadora Ana Amélia, o Sr. Brunno alegou que o trabalho de certificação de entidades beneficentes no Ministério da Saúde é um processo transparente e “com 95% de confiabilidade”. Acrescentou que as informações são compartilhadas com outros órgãos do Poder Executivo, notadamente os Ministérios da Educação e do Desenvolvimento Social.

Senadora Ana Amélia

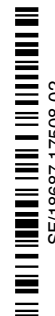
Pedi ao Sr. Douglas para comentar as colocações do Sr. Custódio.

Sr. Douglas Carneiro

Alegou que houve aperfeiçoamento na gestão dos processos e da análise da certificação nos três ministérios (educação, saúde e desenvolvimento social).

Informou que o Ministério de Desenvolvimento Social foi reconhecido pelo Prêmio Inovação da Escola Nacional de Administração Pública no ano passado.

Ressaltou ser fundamental o diálogo e a articulação entre os ministérios envolvidos e a Receita Federal.



Senadora Ana Amélia

Perguntou quais são os critérios para definir a desoneração tributária, haja vista que há setores mais beneficiados que outros.

Sr. Claudemir Rodrigues Malaquias

Alegou ser complicado tratar sobre a definição de políticas públicas e de suas fontes de financiamento.

Informou que o Ministério da Fazenda se pauta em assegurar que as políticas públicas sejam financiadas por uma fonte transparente e que o destinatário (beneficiário) dessa política tenha reconhecimento na sociedade.

No entanto, afirmou que, nos últimos tempos, grande parte das desonerações foi direcionada a beneficiários sem expressão social e isso tem gerado questionamentos sobre a justificativa dessas desonerações.

No caso do setor sem fins lucrativos, exemplificou que, em 2016, a Receita Federal autuou 197 entidades que não cumpriram os requisitos legais exigidos. Nesses casos, para que se pudesse reiniciar a cobrança tributária, os ministérios setoriais comunicaram a Receita Federal sobre a perda da Cebas por essas entidades.

Informou que o crédito tributário total dessas 197 empresas foi de quase 3 bilhões de reais, sendo que, em 2016, o total da renúncia fiscal do setor filantrópico foi de 10,5 bilhões de reais. Segundo ele, isso quer dizer que se deve aprimorar governança dos órgãos públicos para a gestão adequada dos mecanismos de concessão e, no caso de descumprimento dos critérios, de revogação da Cebas.



Alegou que a agilidade na revogação da Cebas de entidades que descumprem as exigências legais é fundamental, pois a cobrança retroativa de tributos só leva em consideração os últimos cinco anos. Citou o caso de uma Cebas que está com processo em suspensão há mais de dez anos e, nesse caso, não será possível a cobrança total da dívida tributária.

Concluiu ponderando que se houvesse agilidade na cobrança dos tributos, não se estaria discutindo endividamento excessivo das entidades do setor de saúde.

Senadora Ana Amélia

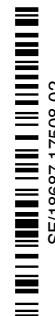
Perguntou ao Sr. Pedro Mello sobre qual seria a pauta para uma agenda positiva para o setor filantrópico.

Sr. Pedro Mello

Alegou que, além de melhorar a transparência das informações do setor, é necessário aprimorar a integração das diferentes bases de dados sobre o setor filantrópico.

Citou que o Fonif está com a iniciativa de construir um observatório da filantropia. Acredita que a consolidação de dados sobre o setor facilitará o acesso da sociedade e do Poder Público à informação. Segundo ele, isso evidenciará ainda mais a relevância do trabalho das entidades sem fins lucrativos no País.

Julga que, tradicionalmente, o setor filantrópico pouco divulga à sociedade o trabalho que realiza e, por isso, é fundamental que os setores se organizem e usem o Fonif como um veículo de propagação de balanços e relatórios das atividades realizadas.



Acha, portanto, que a pauta deveria ser a disponibilização à sociedade os dados do setor de forma organizada.

Indagou, por fim, que é preciso aperfeiçoar a avaliação dos serviços prestados pelas entidades beneficentes, sobretudo diante da disponibilidade de sistemas de informação e de bases de dados para isso. Para tanto, julga que falta interlocução entre órgãos do Poder Executivo, de modo a promover análises mais integradas, convergindo dados de ministérios, Receita Federal e representantes da sociedade civil.

A Presidente agradeceu a presença de todos e encerrou a sessão às 11h08m.

9.2 Segunda audiência pública

Audiência Pública realizada no dia 26 de junho de 2018, em atendimento aos RAS nºs 2 e 13, de 2018, de autoria, respectivamente, dos Senadores Marta Suplicy e Dalirio Beber.

9.2.1 Participantes

- Sr. José Luiz Spigolon, Diretor-Geral da CMB;
- Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF);
- Sr. Adriano Carlos Ribeiro, representante da Confederação Nacional da Saúde;
- Sr. Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do



SF/18687.17508-02

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS),
Região Centro-Oeste; e

- Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A sessão foi presidida pelo Senador Dalirio Beber.

9.2.2 Abertura

O Presidente abriu a sessão agradecendo a presença dos convidados. Evocou a importância do debate sobre as questões referentes aos hospitais filantrópicos no âmbito do SUS e, em seguida, concedeu a palavra ao Sr. José Luiz Spigolon.

9.2.3 Depoimentos

1. Do Sr. José Luiz Spigolon

Iniciou sua apresentação alegando que o setor filantrópico dispõe de cerca 2,5 mil instituições: 1.358 são certificadas pelo Ministério de Saúde como entidade beneficente de assistência social. Porém, as demais 1.135, segundo o Sr. Spigolon, não gozam de nenhum benefício previdenciário, pois não têm a certificação (Cebas) devido a problemas com os secretários municipais de saúde de suas respectivas localidades.

Apresentou números a respeito da atuação do setor filantrópico no SUS, com base em dados de abril de 2018, do Ministério da Saúde: 1.704 unidades hospitalares; oferta de 132.500 leitos (o que representa 37% de toda a capacidade de atendimento do SUS); forte participação na oferta de



procedimentos de alta complexidade; responsável por quase 70% de todos os procedimentos de quimioterapia, de radioterapia, de internações em cirurgias oncológicas, em cirurgias cardiológicas; e realização de 58,14% dos transplantes de órgãos.

Em seguida, discorreu sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída, em 2013, pelo Ministério da Saúde, com o apoio da CMB. Todavia, esta entidade, já em 2016, encaminhara ao Ministério nota técnica alertando que o subfinanciamento do SUS impedia que muitos hospitais atendessem integralmente as determinações da referida política.

No que tange à contratualização com o setor filantrópico, o palestrante informou que, apesar de a Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), prever que a participação complementar do setor privado (preferencialmente as entidades sem fins lucrativos) no SUS se dará mediante contrato ou convênio, esses instrumentos não são utilizados.

Alegou que o setor filantrópico sempre teve dificuldades de estabelecer contratos e convênios com gestores do SUS por vários motivos: não se admite definição de data de pagamento dos serviços prestados; não se admite a inclusão de cláusulas com multa e punição de atrasos de pagamento; não se admite a definição de periodicidade de reajuste e de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro; e os pagamentos de atendimento excedentes às metas pactuadas e solicitados pela central de regulação do sistema gestor não são pagos.

Diante dessas dificuldades, o Ministério da Saúde criou o incentivo à contratualização. Todavia, segundo o Sr. Spigolon, esse incentivo não obteve o resultado esperado, já que apenas cerca de 750



instituições foram beneficiadas. Acrescentou que, por ausência de contratos, muitas instituições perderam os seus certificados de entidades beneficentes de assistência social.

O palestrante acredita que o problema da contratualização será resolvido com a aprovação da Lei nº 13.650, de 2018, que prevê punição aos gestores nos casos de omissão em formular a contratação com o setor filantrópico.

Segundo ele, outro problema enfrentado pelo setor filantrópico no âmbito do SUS é a retenção, por secretarias municipais e estaduais de saúde, de valores de pagamentos que o Ministério da Saúde repassa regularmente às entidades.

Citou o caso de um estabelecimento em Pernambuco cujo pagamento de 14 milhões por serviços prestados ficou retido em virtude da troca do prefeito na localidade.

Em seguida, apontou outras disfunções que o setor enfrenta: exigências de se produzir mais serviços para poder receber emendas parlamentares; elevada interinidade de secretários municipais de saúde. Alega que, segundo a Confederação Nacional de Municípios, em média, o *turnover* de secretários de saúde no cargo é de dois por ano.

Afirmou, por fim, que esse quadro que o setor filantrópico enfrenta dificulta qualquer tipo de planejamento do serviço de saúde, o que reflete o resultado de pesquisa que revelou que 75% da população brasileira desaprova o SUS.

2. Do Sr. Adriano Carlos Ribeiro



SF/18687.17508-02

Queixou-se da distribuição *per capita* dos recursos da União e da falta de clareza das atribuições dos gestores de cada ente federado. Informou, também, que diversas prefeituras em diferentes unidades da Federação não têm repassado recursos de emendas parlamentares.

No que tange à contratualização, alegou que há distorção entre custo do hospital e o valor efetivamente pago, fator que justifica o endividamento do setor.

3. Do Sr. Custódio Pereira

O Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas – FONIF, enfatizou que a missão do Fórum é “atuar em defesa dos interesses das entidades beneficentes de assistência social, de educação e de saúde, promovendo sinergia e fortalecimento do setor, visando plena garantia dos direitos constitucionais”, com a visão de “ser reconhecido nacionalmente pela sua atuação em prol das entidades filantrópicas” e com o lema de atuar “unidos por uma causa comum, acolhendo a riqueza da diversidade.”

Discorreu sobre o histórico do setor, bem como sobre o estado atual das instituições filantrópicas no Brasil.

Segundo ele, pesquisa realizada pelo Fonif apontou que as imunidades conferidas ao setor filantrópico representam 2,87% da arrecadação total da Previdência Social.

Diante disso, ressalta que o problema da previdência não foi gerado pelas entidades filantrópicas. Disse que a pesquisa ainda evidenciou



que dos 10 bilhões de reais que recebe em imunidades fiscais, o setor retorna à sociedade 60 bilhões de reais.

Ao final foram apresentados pelo Presidente do Fonif os desafios no âmbito do SUS, nas suas palavras:

- subfinanciamento: as tabelas não tiveram reajustes há mais de dez anos e, na maioria dos itens, todos os procedimentos são deficitários, salvo algumas exceções, como os transplantes;
- não atualização da tabela: a remuneração e o cadastramento dos itens das tabelas demoram muito e procedimentos já utilizados e medicamentos de protocolos internacionais não são financiados por não atualização das tabelas. Existem várias próteses que não têm cobertura do SUS, por exemplo a âncora utilizada em cirurgias ortopédicas;
- falta de investimento em equipamento e modernização;
- grande demora no cadastro das redes e leitos de UTI e equipes: o cadastro tem que ser aprovado pela comissão bipartite e depois pela comissão tripartite ao chegar no Ministério da Saúde. Às vezes o cadastramento leva mais de ano para que o pagamento aconteça;
- organização e regionalização: a municipalização descentralizou demais os poderes dando tanto aos pequenos como aos grandes municípios muita autonomia, dificultado os trabalhos em rede, o que diminuiria a duplicação de equipamentos e permitiria a regionalização de serviços especializados;
- não existência de prontuário eletrônico e a falta de relação entre os serviços leva à repetição de exames e morosidade nos atendimentos;
- centralização de cuidado no profissional, no médico e na ainda pouca valorização dos outros profissionais: Seria necessário ampliar a promoção e prevenção, focando nas experiências exitosas como da Estratégia de Saúde da Família e trabalhar na valorização dos outros profissionais, dando mais autonomia aos serviços;
- distanciamento entre academia e serviço: pouco incentivo para pesquisa clínica que possa ter um



- impacto real nos serviços que pudessem ser transformadores e inovadores;
- judicialização excessiva: tem atrapalhado muito os serviços, pois os juízes definem e determinam situações de atendimento que não deveriam ser de competência jurídica e sim técnica.

Em suma, os principais problemas que o setor enfrenta são os seguintes: falta de reajuste da tabela de procedimentos (exceto os transplantes); falta de investimento em equipamentos e em modernização; grande demora no cadastro das redes e dos leitos de UTI; falta de prontuário eletrônico; distanciamento com o setor acadêmico; pouco incentivo em pesquisa clínica; e judicialização excessiva da saúde.

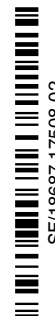
O Sr. Custódio Pereira concluiu sugerindo a criação de uma “Lei Rouanet” para a área de saúde.

4. Do Sr. Humberto Lucena Pereira da Fonseca

Ressaltou a importância das instituições filantrópicas para a saúde pública, que atualmente recebem mais de 50% do orçamento total do SUS.

Para ele, o sistema de administração direta na saúde pública é insustentável: não há uma velocidade suficiente capaz de dar resposta às necessidades de saúde. Já as instituições filantrópicas conseguem isso, porque trabalham em um sistema diferente.

Citou, como exemplo, que a instituição de saúde que tem a maior eficiência por real gasto é uma Santa Casa, a Santa Casa da Bahia, que produz o maior número de procedimentos com o mesmo recurso.



Ressaltou que, no Distrito Federal (DF), existe uma dificuldade: não há hospitais filantrópicos do tipo Santa Casa, pois eles se desenvolveram até mais ou menos a metade do século XX e Brasília nasceu em 1960. Todavia, há uma entidade filantrópica no DF, que é o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, que faz praticamente todos os transplantes e que consegue funcionar de uma forma mais eficiente.

Por isso, o Governo do DF tem investido em outros modelos de administração, que pensem a forma de fazer saúde para a saúde, e não com base na Lei nº 8.666, de 1993, que certamente não foi pensada para a saúde e que hoje gera uma série de problemas para os gestores.

Concordou com o Sr. Spigolon sobre a alta rotatividade de secretários municipais de saúde, que ocorre também no caso dos secretários estaduais.

Ainda segundo ele, hoje, o financiamento de saúde pública corresponde a 3,8% do PIB. Já é um ponto percentual acima do que era há vinte anos.

Todavia, a participação do Ministério da Saúde não cresceu, continuou em 1,7%. Isso significa que todo esse aumento da carga, esse aumento da demanda por saúde pública está recaindo sobre os Estados e Municípios e, certamente, também dos filantrópicos.

Afirmou que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apoia os seguintes pleitos do setor filantrópico: atualização da tabela; novos investimentos e necessidade de melhorar o cadastramento dos serviços para que se consiga receber o financiamento.



Queixou-se, por fim, da perseguição aos gestores da saúde por órgãos de controle. Julga que parece haver uma responsabilidade objetiva de todos os gestores, independentemente de haver orçamento e haver possibilidade de realizar e de entregar absolutamente tudo que é solicitado.

Acredita que é necessário planejamento para que todos tenham acesso à saúde, mas com a devida alocação dos recursos e considerando a sua limitação. Segundo ele, essa situação piorou com a aprovação do art. 3º da Lei nº 13.650, de 2018, que altera o art. 11 da Lei nº 8.429, de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa).

5. Do Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda

Alegou que acredita na força do planejamento que parte das necessidades e princípios apontados a partir dos conselhos, dos vereadores, da comunidade, para que se organize, da melhor forma, a Rede de Atenção.

Segundo ele, o planejamento regional integrado traz as responsabilidades dos entes da Federação em relação à Rede de Atenção, como também da participação do Ministério da Saúde no nível macrorregional, base para a organização e o planejamento.

Julga ser necessário fazer uma análise situacional das várias regiões o País para identificar as necessidades, as possíveis sobreposições de ações e serviços de saúde, para reequilibrar o panorama atual, em que há regiões do País “superprestadoras” de serviço e outras com deficiências.

Acredita que, nesse processo, os filantrópicos sejam parte importante da Rede de Atenção e, assim, julga ser muito importante a



contratualização e a organização de forma planejada com responsabilidades adstritas aos três entes da Federação.

Alega que hoje fica a cargo do Estado ou do Município a responsabilidade de contratualizar, de financiar, de gerir, de monitorar e de avaliar as entidades de forma desarticulada. Diante disso, acha que se deve mais bem organizar esse processo.

Alega que a Lei nº 13.650, de 2018, trouxe avanços, uma vez que facilitará o processo de contratualização e de organização de incentivo às entidades filantrópicas. Porém, traz as mesmas preocupações que o Sr. Humberto colocara a respeito da perseguição aos gestores do SUS pelos órgãos de controle do Estado.

Segundo ele, a dificuldade é a desarticulação entre as gestões das secretarias estaduais e municipais de saúde, pois, por mais que as entidades estejam sediadas nos municípios, a gestão está na secretaria estadual.

Assim, acha que se deve buscar alternativas e parcerias para que não se prejudique a continuidade dos serviços e para não trazer prejuízos ao SUS, uma vez que o gestor poderá ser penalizado por improbidade.

Reconhecendo a importância do setor filantrópico no processo de organização e da Rede de Atenção, citou dificuldades: financiamento que deveria ser por critério de rateio e insuficiência de recursos.

Concluiu por haver necessidade de aprimorar o processo de organização e planejamento regional para atender às necessidades do território, identificar vazios assistenciais e sobreposições de serviço e ações



SF/18687.17508-02

de saúde, além de especificar as responsabilidades de cada ente da Federação, distribuindo responsabilidades. Segundo ele, os municípios hoje aplicam em torno de 24% em saúde e há municípios aplicando acima de 30%. Alega que o município termina sendo responsabilizado por aquilo que não está empoderado para efetivar.

Por fim, o palestrante fez as seguintes propostas: buscar equidade, cooperação e governança na gestão do SUS; organizar a Rede de Atenção; mudar a forma de financiamento; incentivar a contratualização; melhorar o monitoramento, a avaliação e a informação, porque hoje há muitos dados e pouca informação para a tomada de decisão e os dados fragmentados e não contribuem para o processo de planejamento; apurar as diferenças regionais dos custos da saúde (o custo que se tem na Região Sudeste não é o mesmo que o da Região Norte ou Nordeste, até mesmo dentro de cada estado os custos são diferenciados, os parâmetros são diferenciados); a rotatividade dos secretários é uma situação que preocupa também, mas fortalecer e institucionalizar o processo de planejamento pode minimizar os impactos dessa rotatividade.

9.2.4 Debates

Ao fim da audiência se manifestaram a Presidente Marta Suplicy, a Senadora Regina e o Senador Eduardo Amorim. Em seguida, foi encerrada a audiência pública.

10 Requerimentos de informações

Foram encaminhados dois requerimentos de informações para subsidiar os trabalhos de avaliação da “Política de Atenção Hospitalar e da



Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS)”.
SF/18687.17508-02

10.1 RAS nº 19, de 2018

10.1.1 Questionamentos

Encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde, acerca Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS, no qual foram solicitadas as seguintes informações:

1. Acerca da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS: a. Que procedimentos tiveram seus valores majorados nos últimos cinco anos? b. Quando ocorreu o último reajuste linear da Tabela? Qual alíquota foi aplicada nessa ocasião? c. Que reajustes de procedimentos estão previstos para 2018? Quando serão efetuados e quais procedimentos serão contemplados? d. União, Estados, Distrito Federal e Municípios podem pagar valores superiores aos da Tabela para serviços de saúde vinculados ao SUS? i. O Ministério da Saúde remunera determinados estabelecimentos de saúde com valores superiores aos da Tabela? Que serviços são esses e quais são as instituições contempladas? ii. Que critérios são utilizados para pagamentos diferenciados? iii. Qual é o embasamento normativo para a execução de pagamentos em valores acima dos previstos na Tabela?

2. O Ministério da Saúde concede incentivos financeiros a determinados estabelecimentos de saúde, além dos valores constantes na Tabela? a. Como isso é feito e em que circunstâncias? b. Que serviços são esses e quais são as instituições contempladas? c. Que critérios são utilizados

para pagamentos desses incentivos? d. Existem incentivos específicos para as entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS? i. Como isso é feito e em que circunstâncias? ii. Quais são eles? iii. Qual a sua base normativa? iv. Há previsão de novos incentivos? v. Que instituições estão sendo atualmente beneficiadas pelos incentivos?

3. Qual é a participação do setor de entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente das Santas Casas de Misericórdia, em termos de número de estabelecimentos, recursos físicos e produção, em 2017: i. Na assistência ambulatorial? ii. Na assistência hospitalar?

4. Quais são as quantidades de procedimentos e os valores totais pagos pelo Ministério da Saúde às entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente às Santas Casas de Misericórdia, por complexidade do procedimento (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) e por grupo de procedimentos (de acordo com a Tabela SUS), no ano de 2017: i. Na assistência ambulatorial? ii. Na assistência hospitalar?

10.1.2 Respostas ao RAS nº 19, de 2018

A resposta do Ministério da Saúde foi encaminhada à CAS por meio do Despacho CGSI/DRAC/SAS/MS, de 03 de julho de 2018, abaixo transcrito:⁴³

1. Trata-se do Requerimento nº 19/2018 da CAS solicitando Informações a respeito de Políticas Públicas de Assistência à Saúde.

2. Cabe esclarecer que os valores da Tabela de Procedimentos do SUS referem-se a parâmetros mínimos de remuneração dos

⁴³ Cumpre salientar que na resposta o Ministério da Saúde relaciona detalhadamente os principais reajustes aplicados aos procedimentos, medicamentos, órteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde – Tabela SUS de 2010 a 2018, que não serão transcritos aqui.



procedimentos. O Ministério da Saúde vem reajustando um número significativo de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

3. De acordo com a PT GM nº1606 de 11 de setembro de 2001, os valores dos procedimentos que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos do SUS são utilizados apenas como referência, sendo facultado aos Gestores de Saúde estaduais e/ou municipais, negociar o pagamento de valores a maior nos procedimentos para os estabelecimentos sob sua gestão, desde que sejam pagos com recursos próprios.

4. Cumpre ressaltar, também, que o Ministério da Saúde tem buscado alterar a lógica de pagamento por procedimento, no que concerne ao financiamento das ações e serviços de saúde.

5. Nesse sentido, ao longo dos últimos 15 anos foram desenvolvidas diversas Políticas pelo Ministério da Saúde, visando mudanças no modelo de financiamento e à indução de novas formas de pagamentos de gestores a prestadores. Nessa seara, foi adotada, de maneira ainda complementar, a modalidade de pagamento de incentivos financeiros.

6. Atualmente, existem três tipos de incentivos financeiros que são alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC): (a) incentivo de orçamentação global; (b) incentivo para qualificação de serviços e (c) incentivo de qualificação de leitos.

7. O incentivo de orçamentação global é aquele repassado aos gestores para financiamento de determinados estabelecimentos, com base nos seus custos reais aproximados.

8. O incentivo para qualificação de serviços está diretamente relacionado à execução de metas de qualidade, sem exigência de aumento de produção por parte do estabelecimento.

9. Por fim, o incentivo para qualificação de leitos foi instituído principalmente no âmbito das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, visando à complementação do valor de diária de internação em leitos, tendo como contrapartida o cumprimento de metas de qualidade. Este incentivo, diferentemente do incentivo para qualificação de serviços, é calculado com base em uma produtividade esperada para o leito. São exemplos deste tipo de incentivo: qualificação de leitos de UTI, qualificação de leitos de retaguarda clínica, qualificação de leitos para gestantes de alto risco (GAR).

Em anexo ao Despacho CGSI/DRAC/SAS/MS, de 03 de julho de 2018, foi encaminhado à CAS o PARECER TÉCNICO Nº 1461/2018-CGHOSP/DAHU/SAS/MS, abaixo transcrito:



SF/18687.17508-02

INTERESSADO: Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal

ASSUNTO: Política Nacional de Atenção Hospitalar e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS

Trata-se do Ofício 92/2018-Presidência/CAS datado do dia 13/06/2018, oriundo da Senadora Marta Suplicy, que encaminha solicitação de informações em face dos trabalhos de avaliação de “Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS), eleita a política pública do Poder Executivo para avaliação no corrente ano, conforme expresso no Requerimento da CAS nº 2, de 2018.

O Ministério da Saúde, ao longo dos últimos anos, tem empenhado esforços no sentido de estreitar a parceria com os hospitais filantrópicos brasileiros visando o desenvolvimento de políticas específicas para este segmento estratégico, com foco na ampliação da prestação de serviços assistenciais desse grupo de hospitais ao SUS.

Cabe lembrar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP – dispõe sobre a priorização de participação, em caráter complementar, das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos na prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS e que o financiamento é tripartite.

O processo de contratualização é a formalização do instrumento contratual entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gestão, com o objetivo de qualificação da assistência e gestão hospitalar implicando na definição de metas quanti-qualitativas a serem pactuados entre as partes.

No que diz respeito ao financiamento dos hospitais que prestam serviço para o SUS, além dos valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos também existem as políticas, programas e incentivos que favorecem o perfil e participação desses estabelecimentos de saúde na Rede de Atenção à Saúde.

Destacamos os incentivos (Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC, Incentivo Financeiros 100% SUS, Timemania etc), os recursos nas redes (Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial), as habilitações (leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, UCINCo, UCINCa, Unidade de Cuidados Prolongados – UCP etc), os investimentos, as reformas, dentre outros.

Os recursos disponíveis por esta coordenação estão baseados nas seguintes legislações:

- Incentivo Financeiro 100% SUS: Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, artigos 340 a 349, que contempla 101 hospitais com o repasse anual de R\$ 144.763.755,32;

- Habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico e Unidade Coronariana (UCO): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28



SF/18687.17508-02

de setembro de 2017, Título X - Do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave e Título IX – Da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio (IAM) e do protocolo clínico sobre síndromes coronarianas agudas (SCA), que deverá ser realizado pelo Estado e/ou Município através do sistema SAIPS, por meio do acesso à página: www.saips.saude.gov.br;

- Habilitação de Unidades Neonatais (UTIN, UCINCo e UCINCa): Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Título IV- Que define os critérios de classificação e habilitação de leitos neonatais, deverá ser realizada pelo Estado e/ou Município através do sistema SAIPS, por meio do acesso à página: www.saips.saude.gov.br;

- Unidade de Cuidados Prolongados (UCP): Portaria de Consolidação nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2018;

- Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e/ou Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH): Portaria GM/MS nº 2.925/2017 definiu que os hospitais que recebem o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) permanecerão recebendo os valores já repassados em portarias específicas. O valor anual repassado é de R\$ 2.351.744.946,84 que contempla 1.026 hospitais. Nesse sentido, não há legislação vigente para novas adesões, mas continua o repasse do IAC previstos nas portarias específicas publicadas.

As informações prestadas pelo Ministério da Saúde acerca da produção hospitalar e do número de hospitais existentes no CNES, em 2017, estão descritas na tabela 17.

Tabela 17 – Produção hospitalar – internações, no SUS, por natureza jurídica. Brasil, 2017.

NATUREZA JURÍDICA/PRODUÇÃO		PRODUÇÃO HOSPITALAR		
NATUREZA JURÍDICA	Nº DE ESTAB.	NÚMERO DE INTERNAÇÕES	VALOR (em R\$)	PERMANÊNCIA (dias)
HOSPITAL FILANTRÓPICO	1.879	4.845.089	7.013.536.478,19	24.316.305
HOSPITAL PRIVADO	2.538	774.568	1.199.840.498,95	4.569.569
HOSPITAL PÚBLICO	3.105	5.975.233	6.227.562.548,55	32.806.304
TOTAL GERAL	7.522	11.594.890	14.440.939.525,69	61.692.178

As informações prestadas pelo Ministério da Saúde acerca da produção ambulatorial e do número de estabelecimentos ambulatoriais existentes no CNES, em 2017, estão descritas na tabela 18.



SF/18687.17508-02

Tabela 18 – Produção hospitalar – procedimentos ambulatoriais, no SUS.
Brasil, 2017.

NATUREZA JURÍDICA/PRODUÇÃO			PRODUÇÃO AMBULATORIAL			
NATUREZA JURÍDICA	Nº DE ESTAB.		VALOR		VALOR	
			QUANTIDADE APROVADA	APROVADO (em R\$)	QUANTIDADE APRESENTADA	APRESENTADO (em R\$)
HOSPITAL FILANTRÓPICO	1.879		219.693.875	4.386.993.325,34	236.877.555	4.524.439.788,0
HOSPITAL PRIVADO	2.538		26.866.614	733.190.557,75	28.000.697	747.921.320,89
HOSPITAL PÚBLICO	3.105		525.232.195	4.015.390.171,95	580.314.861	4.385.808.944,1
TOTAL GERAL	7.522		771.792.684	9.135.574.055,04	845.193.113	9.568.170.053,1

SF/18687.17508-02

10.2 RAS nº 20, de 2018

10.2.1 Questionamentos

Encaminhado ao Ministro de Estado da Fazenda, acerca das questões fiscais, tributárias e previdenciárias que envolvem as entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS e os programas governamentais a elas direcionados, no qual foram solicitadas as seguintes informações:

1. Acerca dos débitos com tributos, incluídas as contribuições previdenciárias, das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente das Santas Casas de Misericórdia: a. Qual é o montante da dívida tributária consolidada do setor, por modalidade de tributo? b. Que programas governamentais voltados ao saneamento dessas dívidas estão vigentes? i. Quais são as suas principais características? ii. Qual o número de instituições participantes de cada programa?

2. Acerca do Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único

de Saúde (PROSUS): a. Qual é o montante de créditos tributários e não tributários devidos à União abrangidos pelo Prosus? b. Qual é o número de instituições aderentes? c. Qual a taxa de inadimplência? d. O Ministério da Fazenda considera que o Prosus atingiu os objetivos pretendidos?

3. Há previsão de instituição de novos programas governamentais com vistas ao fortalecimento das entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área de saúde?

4. Sobre os gastos tributários relativos as entidades beneficentes da assistência social que prestam serviços a saúde ao SUS, e especificamente aos gastos com as Santas Casas de Misericórdia e hospitais filantrópicos: a. Qual é o montante das perdas de receita com gastos tributários, por tipo de tributo? b. Quais outros benefícios e incentivos recebidos por essas entidades geram perda de receita? c. Qual é o montante desses benefícios, por modalidade?

10.2.2 Respostas ao RAS nº 20, de 2018

A resposta foi dada por meio do DESPACHO Nº 25/2018/PGFN-MF, que aprovou a Nota SEI nº 26/2018/PGDAU-CDA-COAGED/PGDAU-CDA/PGDAU/PGFN-MF e as respectivas planilhas eletrônicas que a instrui, fornecendo as seguintes informações, logo após as perguntas, alegando para as demais que “o questionamento escapa à esfera de competências desta PGDAU”:

Trata-se de Nota destinada a responder ao Requerimento de Informação do Exmo. Senador Dalirio Beber, no que diz respeito às atividades de gestão e cobrança da dívida ativa da União desempenhadas pela PGDAU.

O solicitante requer as seguintes informações, cujas respostas se encontram após o questionamento:



1. Acerca dos débitos com tributos, incluídas as contribuições previdenciárias, das entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS, e especificamente das Santas Casas de Misericórdia:

a) Qual é o montante da dívida tributária consolidada do setor, por modalidade de tributo?

Resposta: A PGFN não dispõe de relação com os CNPJs das Santas Casas de Misericórdia nem das entidades de assistência social que prestam serviços de saúde ao SUS para levantar de forma precisa os dados solicitados. Diante dessas limitações, mas com o propósito de atender da melhor forma o pedido, seguem em anexo planilhas detalhadas e consolidadas com os débitos tributários inscritos em dívida ativa da União referentes a pessoas jurídicas cadastradas na seção “saúde humana e serviços sociais” do CNAE, cujo grupo da natureza jurídica na base CNPJ seja o de entidade sem fins lucrativos. Para fins de interpretação da planilha, por dívida em situação regular, entende-se aquela parcelada, garantida ou suspensa por decisão judicial. Dívida irregular é aquela que permanece em cobrança.

b) Que programas governamentais voltados ao saneamento dessas dívidas estão vigentes?

Resposta: O Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades Sem Fins Lucrativos que atuam na área de saúde (Prosus), criado pela Lei 12873/13, é o principal programa vigente relativo ao setor de saúde.

i. Quais são as suas principais características?

Resposta: no âmbito da dívida ativa da União, a principal característica do Prosus é a suspensão da cobrança por 15 anos (moratória), combinada com o perdão do montante recolhido anualmente a título de tributos correntes, no mesmo valor, das dívidas incluídas na moratória, conforme previsto na Lei nº 12.873/13.

ii. Qual o número de instituições participantes de cada programa?

Resposta: há 120 aderentes no âmbito da PGFN.

2. Acerca do Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na área da Saúde e que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (Prosus):

a) Qual é o montante de créditos tributários e não tributários devidos à União abrangidos pelo Prosus?

Resposta: o montante de créditos tributários e não tributários inscritos em dívida ativa da União incluídos no Prosus é de R\$ 928.376.115,02.

b) Qual é o número de instituições aderentes?



SF/18687.17508-02

Resposta: são 120 aderentes no âmbito da PGFN, considerando o número de CNPJs raiz.

c) Qual é a taxa de inadimplência?

Resposta: o monitoramento das condições de manutenção no programa é feito pelo Ministério da Saúde. A cobrança dos créditos inscritos em dívida ativa da União incluídos no Prosus foi suspensa por 180 meses pela moratória prevista no §1º do art. 37 da Lei 12873/2013. Assim, não há hipótese de inadimplemento no âmbito da PGFN.”

11 Pesquisas

11.1 Pesquisa de opinião sobre as Santas Casas - DataSenado

Em setembro de 2018, o Instituto DataSenado realizou uma pesquisa para avaliar o atendimento prestado pelo SUS nas Santas Casas presentes nos municípios brasileiros.

Foram ouvidas 877 pessoas, por telefone fixo, do dia 15 de agosto a 13 de setembro de 2018. Entre os respondentes, 697 avaliaram o atendimento recebido pessoalmente na instituição médica de seu município. Outros 109 não receberam atendimento, mas afirmaram conhecer alguém que foi atendido pelo SUS nas Santas Casas dos municípios em que moram. Entre esses últimos, 90 afirmaram poder avaliar o atendimento recebido pelo conhecido. Aqueles que não foram atendidos ou responderam que não conseguiam avaliar o atendimento recebido pelo conhecido não fizeram parte do público-alvo analisado na pesquisa.

Em relação ao perfil dos entrevistados, a maioria (70%) reside na Região Sudeste – que é a região que concentra maior número de Santas Casas. Quase três quartos são do sexo feminino, a metade tem mais de 40 anos, quase a metade tem escolaridade até o ensino fundamental (45%) e a renda familiar é de até 5 salários mínimos (68%).



SF/18687.17508-02

A pesquisa evidenciou um grau de satisfação de 52% entre os entrevistados, avaliando como “ótimo” ou “bom” o atendimento recebido.

Os destaques positivos foram: localização, condições de higiene, atendimento prestado por funcionários responsáveis pelo agendamento, qualidade do atendimento médico e qualidade das instalações, que atingiram mais de 50% de “ótimo” e “bom” entre os entrevistados.

Os destaques negativos foram: tempo de espera para agendamento (30% de “ótimo” e “bom”) e tempo de espera para atendimento (25%).

A grande maioria dos entrevistados (75%) avaliou que a Santa Casa tinha os equipamentos necessários para o atendimento. Ainda assim, considerou insuficientes os recursos financeiros destinados ao hospital (83%).

Em relação às pessoas que não foram atendidas pelo SUS na Santa Casa de seus municípios, mas afirmaram conhecer alguém que recebeu atendimento, a grande maioria (84%) conhecia pacientes que foram internados. O atendimento recebido por essas pessoas foi caracterizado de maneira favorável pela maioria dos entrevistados (57% de “ótimo” e “bom”).

Uma ressalva que pode ser feita em relação aos resultados da pesquisa é que entre os municípios selecionados para a amostra não havia nenhuma capital.



SF/18687.17508-02

11.2 Pesquisa sobre a contrapartida do setor filantrópico - FONIF

A pesquisa foi realizada pela DOM Strategy Partners, de maio de 2015 a junho de 2016, para o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (FONIF). Teve, como objetivo, avaliar o impacto das isenções tributárias concedidas às entidades beneficentes de assistência social – atuantes nas áreas de assistência social, educação e saúde – no déficit da Previdência Social, bem como a contrapartida de serviços que essas instituições oferecem à população.⁴⁴

De acordo com o levantamento realizado, a imunidade assegurada pela CF às filantrópicas representa menos de 3% da arrecadação da previdência. Além disso, para cada real concedido na forma de imunidade tributária a essas instituições, há um retorno de seis reais em benefícios à população.

Ainda segundo a pesquisa, em 968 municípios brasileiros, o único hospital existente em seu território é de natureza filantrópica.

12 Iniciativas legislativas

Foi realizada uma pesquisa nos sítios eletrônicos do Senado Federal e da Câmara dos Deputados – Sistema de Informações do Senado Federal (SICON)⁴⁵ e o Sistema de Tramitação das Proposições Legislativas

⁴⁴ Disponível em: https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/39762/1501877872PESQUISA_FONIF_FINAL-1.pdf. Acesso em: 31 out. 2018.

⁴⁵ Mecanismo de busca de matérias em tramitação no Senado Federal, discursos de Senadores, legislação federal, artigos de jornais e publicações em bibliotecas da Rede Virtual de Bibliotecas Congresso Nacional (RVBI). Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisa.action>.



SF/18687.17508-02

(SILEG Proposições)⁴⁶ – para localizar proposições legislativas que tramitam no Congresso Nacional e que versam sobre modificações na legislação relacionada a entidades beneficentes de assistência social na área da saúde.

Para tanto utilizaram-se as seguintes palavras-chave: *entidades beneficentes SUS, hospitais filantrópicos SUS, Santa Casa SUS, saúde SUS “entidade sem fins lucrativos”* (as aspas servem para indicar que “entidades sem fins lucrativos” foi pesquisada como expressão exata).

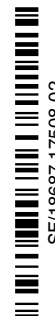
A pesquisa foi realizada nos dias 26, na Câmara dos Deputados, e 29, no Senado Federal, em outubro de 2018, e conduzida pelo Núcleo de Suporte Técnico-Legislativo (NSTLEG), da Consultoria Legislativa do Senado Federal.

12.1 Senado Federal

As seguintes proposições tramitam no Senado Federal e versam sobre modificações na legislação relacionada a entidades beneficentes de assistência social na área da saúde:

- 1) Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 456, de 2013
 - a) Ementa: Concede isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição para o PIS/PASEP sobre os artigos e equipamentos médicos, odontológicos, hospitalares e de laboratórios nas operações destinadas aos entes públicos e às entidades beneficentes de assistência social.

⁴⁶ Mecanismo de busca de matérias em tramitação na Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/sileg/default.asp>.



- b) Autor: Senadora Ana Amélia
- c) Data: 05/11/2013
- d) Situação Atual: Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado

2) Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 125, de 2013 (tramitou na Câmara como Projeto de Lei [PL] nº 2014, de 2011)

- a) Ementa: Altera o art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010.
- b) Explicação da Ementa: altera o art. 110 da Lei nº 12.249, de 11 de junho de 2010, dispondo que as entidades certificadas até o dia 26 de novembro de 2009, que prestam serviços assistenciais de saúde não remunerados pelo SUS a trabalhadores ativos e inativos e respectivos dependentes econômicos ou beneficiários, decorrentes do estabelecido em norma coletiva de trabalho ou em lei estadual anterior à vigência da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, desde que, simultaneamente, apliquem no mínimo 20% (vinte por cento) do valor total das isenções de suas contribuições sociais na prestação de serviços de internação hospitalar e atendimento ambulatorial ao SUS não remunerados, mediante pacto com gestor local, terão concedida a renovação, na forma do regulamento.
- c) Autor: Deputado Federal Arnaldo Faria de Sá (PTB/SP)
- d) Data: 13/12/2013
- e) Situação Atual: Em tramitação - Pronto para deliberação do Plenário desde 2015

3) Projeto de Lei de Conversão (PLV) nº 26, de 2018 (tem origem na Medida provisória [MPV] nº 848, de 2018)

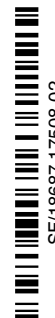
- a) Autor: Poder Executivo
- b) Data da apresentação: 17/08/2018



- c) Ementa: Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde.
 - d) Obs.: Esta matéria também está entre os itens encontrados no site da Câmara
- 4) PLC nº 115, de 2017 (tramitou na Câmara como PL nº 5675, de 2016)
- a) Autor: Deputado Federal Marcio Alvino - PR/SP
 - b) Data da apresentação no Senado: 05/10/2017
 - c) Ementa: Dispõe sobre a impenhorabilidade de bens de hospitais filantrópicos e Santas Casas de Misericórdia.
 - d) Situação: Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado
 - e) Obs.: Esta matéria também está entre os itens encontrados no site da Câmara
- 5) PLS nº 368, de 2017
- a) Ementa: Institui o Programa Nacional de Apoio à Assistência Filantrópica Social e à Saúde.
 - b) Autor: Senador Dalirio Beber
 - c) Data: 03/10/2017
 - d) Situação Atual: Em tramitação na Comissão de Assuntos Econômicos do Senado

12.2 Câmara dos Deputados

As seguintes proposições tramitam na Câmara dos Deputados e versam sobre modificações na legislação relacionada a entidades beneficentes de assistência social na área da saúde:



SF/18687.17508-02

1) PL nº 9227, de 2017

- a) Autor: Dr. Sinval Malheiros - PODE/SP
- b) Data da apresentação: 29/11/2017
- c) Ementa: Concede anistia e remissão de débitos tributários de forma incondicionada para instituições que atuam na área de saúde de forma filantrópica.
- d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

2) PL nº 8183, de 2014

- a) Autor: Arnaldo Faria de Sá - PTB/SP
- b) Data da apresentação: 03/12/2014
- c) Ementa: Altera a redação dos artigos 8º e 8º-B, da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, com redação dada pela Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013, para permitir a concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) de entidade de saúde, que, por não haver interesse do gestor local do SUS na contratação dos serviços de saúde ofertados ou de contratação abaixo do percentual mínimo exigido, aplique o total ou percentual do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais na área da saúde com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS.
- d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

3) Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 433, de 2017

- a) Autor: Arnaldo Faria de Sá - PTB/SP
- b) Data da apresentação: 24/10/2017



SF/18687.17508-02

- c) Ementa: Estabelece as condições legais, requeridas pelo preceito contido no §7º do artigo 195 da Constituição Federal, para entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde e ou educação gozarem da imunidade tributária em relação às contribuições para a seguridade social; e dá outras providências.
- d) Dados Complementares: Altera a Lei nº 5.172, de 1966.
- e) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Educação (CE)

4) PL nº 7982, de 2017

- a) Autor: Pedro Cunha Lima - PSDB/PB
- b) Data da apresentação: 28/06/2017
- c) Ementa: Modifica o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar o atraso do repasse de recursos do Sistema Único de Saúde às entidades beneficentes de assistência social na área de saúde crime de responsabilidade do Prefeito Municipal.
- d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 7658/2017

5) PL nº 8446, de 2017

- a) Autor: Covatti Filho - PP/RS
- b) Data da apresentação: 31/08/2017
- c) Ementa: Altera o art. 98 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 - Código de Processo Civil.
- d) Dados Complementares: Garante aos hospitais filantrópicos o direito à gratuidade da justiça.
- e) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)



6) PLP nº 245, de 2013

- a) Autor: Marcus Pestana - PSDB/MG
- b) Data da apresentação: 05/03/2013
- c) Ementa: Dispõe sobre a criação de sistema integrado de compras da saúde com a formação de um registro nacional de preços para os Municípios, Estados e hospitais filantrópicos
- d) Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)

7) PL nº 7153, de 2014

- a) Autor: Edinho Bez - PMDB/SC
- b) Data da apresentação: 19/02/2014
- c) Ementa: Destina recursos aos hospitais filantrópicos situados em locais de interesse turístico.
- d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

8) PL nº 5675, de 2016

- a) Autor: Marcio Alvino - PR/SP
- b) Data da apresentação: 28/06/2016
- c) Ementa: Dispõe sobre a impenhorabilidade de bens de hospitais filantrópicos e Santas Casas de Misericórdia.
- d) Situação: Aguardando Apreciação pelo Senado Federal

9) PL nº 6123, de 2013

- a) Autor: Sandra Rosado - PSB/RN
- b) Data da apresentação: 16/08/2013



SF/18687.17508-02

- c) Ementa: Proíbe o corte no fornecimento de energia elétrica para os hospitais filantrópicos, e dá outras providências.
- d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 1058/2007

10) PL nº 2269, de 2015

- a) Autor: Luciano Ducci - PSB/PR
- b) Data da apresentação: 08/07/2015
- c) Ementa: Estabelece desconto nas tarifas de energia elétrica para Hospitais Filantrópicos.
- d) Dados Complementares: Altera a Lei nº 10.438, de 2002.
- e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 38/2015

11) PL nº 9967, de 2018

- a) Autor: Roberto Freire - PPS/SP
- b) Data da apresentação: 05/04/2018
- c) Ementa: Destina recursos às Santas Casas de Misericórdia e demais entidades privadas sem fins lucrativos que atuem no atendimento médico, ambulatorial ou hospitalar.
- d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

12) PL nº 6832, de 2006

- a) Autor: André Zacharow - PMDB/PR
- b) Data da apresentação: 30/03/2006
- c) Ementa: Altera o § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, cria o Fundo de Assistência às Santas Casas de Misericórdia e aos Hospitais Filantrópicos, e dá outras providências.



SF/18687.17508-02

- d) Dados Complementares: Majora a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, devida pelas instituições financeiras citadas.
 - e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 1952/2003
- 13) PL nº 834, de 2015
- a) Autor: Covatti Filho - PP/RS
 - b) Data da apresentação: 19/03/2015
 - c) Ementa: Cria a Tarifa de Energia da Saúde e altera a Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
 - d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 38/2015
- 14) PL nº 2884, de 2008
- a) Autor: Lobbe Neto - PSDB/SP
 - b) Data da apresentação: 26/02/2008
 - c) Ementa: Altera o Código de Trânsito Brasileiro, de modo a repassar 15% (quinze por cento) da receita arrecadada com a cobrança de multas de trânsito para as Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Públicos.
 - d) Dados Complementares: Altera a Lei nº 9.503, de 1997.
 - e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 3052/2004
- 15) PL nº 9856, de 2018
- a) Autor: Marcelo Álvaro Antônio - PR/MG
 - b) Data da apresentação: 21/03/2018
 - c) Ementa: Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserindo obrigação de atualização anualmente da tabela de participação complementar do SUS.



d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 6342/2013

16) PL nº 5641, de 2016

a) Autor: Antonio Brito - PSD/BA

b) Data da apresentação: 21/06/2016

c) Ementa: Dispõe sobre sanções aos entes federativos nos casos de atrasos ou interrupções de repasses de recursos do Sistema Único de Saúde - SUS - às entidades que especifica.

d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

17) PL nº 9857, de 2018

a) Autor: Marcelo Álvaro Antônio - PR/MG

b) Data da apresentação: 21/03/2018

c) Ementa: Concede anistia às Santas Casas de Misericórdia, entidades hospitalares sem fins econômicos e hospitais de natureza filantrópica quanto às contribuições devidas e não recolhidas oriundas de débitos tributários, previdenciários, com o fundo Nacional de Saúde e com bancos públicos.

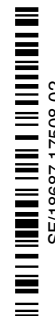
d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 9227/2017

18) PL nº 1124, de 2007

a) Autor: Walter Ihoshi - DEM/SP

b) Data da apresentação: 22/05/2007

c) Ementa: Direciona às Santas Casas de Misericórdia percentual da arrecadação das loterias e concursos de prognósticos administrados pela Caixa Econômica Federal.



SF/18687.17508-02

- d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)

19) PL nº 4342, de 2012

- a) Autor: Gorete Pereira - PR/CE
- b) Data da apresentação: 22/08/2012
- c) Ementa: Dispõe sobre a concessão de moratória e parcelamento de débitos tributários federais de titularidade de hospitais, Santas Casas de Misericórdia e entidades filantrópicas de atendimento à Saúde e dá outras providências.
- d) Situação: Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)

20) PL nº 4104, de 2015

- a) Autor: Marcelo Belinati - PP/PR
- b) Data da apresentação: 16/12/2015
- c) Ementa: Altera dispositivos da Lei Nº 11.345, de 14 de setembro de 2006, e dá outras providências, estabelecendo novos percentuais de destinação dos recursos da Timemania para o setor saúde (Santas Casas de Misericórdia, de entidades hospitalares sem fins lucrativos), inclusive para a saúde bucal.
- d) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 3127/2015

21) PL nº 10479, de 2018

- a) Autor: Professor Victório Galli - PSL/MT
- b) Data da apresentação: 21/06/2018
- c) Ementa: Regulamenta o repasse de recursos de emendas parlamentares em natureza de despesa de custeio destinado ao



SF/18687.17508-02

incremento PAB/MAC a hospitais e Santas Casas filantrópicas, através do Fundo Nacional de Saúde - FNS.

d) Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)

22) PL nº 7271, de 2017

a) Autor: Irajá Abreu - PSD/TO

b) Data da apresentação: 30/03/2017

c) Ementa: Altera o § 2º do art. 9º da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que "Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências", para incluir as Santas Casas de Misericórdia dentre as hipóteses de aplicação dos recursos provenientes do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

d) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

23) PL nº 259, de 2011

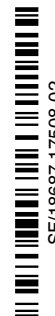
a) Autor: Carlos Bezerra - PMDB/MT

b) Data da apresentação: 08/02/2011

c) Ementa: Altera o caput do art. 1.822 e o art. 1.844 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil.

d) Dados Complementares: Estabelece que os bens arrecadados na declaração de vacância de herança passarão ao domínio das Santas Casas de Misericórdia.

e) Situação: Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)



SF/18687.17508-02

24) PL nº 6832, de 2006

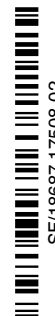
- a) Autor: André Zacharow - PMDB/PR
- b) Data da apresentação: 30/03/2006
- c) Ementa: Altera o § 1º do art. 22 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, cria o Fundo de Assistência às Santas Casas de Misericórdia e aos Hospitais Filantrópicos, e dá outras providências.
- d) Dados Complementares: Majora a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, devida pelas instituições financeiras citadas.
- e) Situação: Tramitando em Conjunto - Apensado ao PL 1952/2003

25) PL nº 5639, de 2016

- a) Autor: Antonio Brito - PSD/BA
- b) Data da apresentação: 21/06/2016
- c) Ementa: Dispensa as entidades privadas filantrópicas e sem fins lucrativos do pagamento de juros e multa de mora decorrentes de débitos tributários para com a União quando ocorrer atraso no pagamento dos serviços prestados por aquelas entidades junto ao SUS.
- d) Situação: Aguardando Designação de Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)

26) PLV nº 26, de 2018 (tem origem na MPV 848/2018)

- a) Autor: Poder Executivo
- b) Data da apresentação: 17/08/2018
- c) Ementa: Altera a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, que dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, para possibilitar a aplicação de recursos em operações de crédito destinadas às entidades



hospitalares filantrópicas e sem fins lucrativos que participem de forma complementar do Sistema Único de Saúde.

d) Situação: aguardando deliberação da Comissão Mista

13 Considerações finais

A “Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS” foi selecionada para ser avaliada pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 2018.

A razão dessa escolha decorreu da grande importância da atuação das assim chamadas “entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços ao SUS”, que, a depender da fonte ou legislação consultada, recebem diferentes denominações.

Isso, contudo, torna mais difícil a caracterização desse setor, que, historicamente, acabou por ser identificado com as Santas Casas, pela inegável importância dessas instituições no contexto da assistência à saúde pública no Brasil, antes e depois da criação do SUS, como veremos no histórico apresentado na sequência. Por esse motivo, neste relatório, a terminologia utilizada em suas diferentes partes tem pequenas variações, de acordo com o tópico abordado e com as informações disponíveis oficialmente.

Em termos históricos, esse segmento faz parte dos primórdios da assistência à saúde. Exemplo disso é a Santa Casa de Misericórdia de Santos (SP), fundada por Brás Cubas há 475 anos, que é o mais antigo hospital do País ainda em funcionamento e o maior da Região Metropolitana da Baixada Santista.



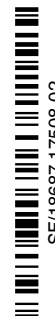
A partir daí, até a criação do SUS, em 1988, coube às entidades filantrópicas, com destaque para as Santas Casas de Misericórdia, oferecer assistência médica gratuita aos mais carentes, ou seja, aqueles que não eram beneficiários do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão que atendia apenas aos trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes.

Com a promulgação da Constituição Federal e a consequente universalização do acesso à saúde, essas entidades continuaram a desempenhar papel extremamente relevante, tornando-se parceiros preferenciais do Poder Público na estruturação do SUS.

Note-se, também, que a elas se agregaram outras entidades do terceiro setor, como os serviços sociais autônomos e instituições de características similares, tais como as Beneficências Portuguesas e os hospitais filantrópicos das comunidades judaica, nipônica e sírio-libanesa, bem como aqueles vinculados a outros movimentos da Igreja Católica, Protestante, Evangélica e Espírita, as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entre outras.

A relevância do setor filantrópico é evidenciada por seus números.

Atualmente, 1.514 hospitais gerais e 163 hospitais especializados, sem fins lucrativos, prestam serviços de internação ao SUS. Eles detêm 38% dos leitos de internação (113.267 leitos) e são responsáveis por 41,3% das internações, sendo 40% das internações de média complexidade e 59% das de alta complexidade.



Em face de sua ampla contribuição no campo assistencial, o setor filantrópico emprega 400.000 trabalhadores, entre pessoal de saúde e administrativo, além de mais de 80.000 médicos de todas as especialidades.

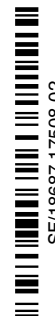
A importância e boa imagem do setor filantrópico que presta serviços para o SUS foi corroborada por pesquisa telefônica realizada pelo Instituto DataSenado.

O nosso instituto ouviu 877 pessoas, nos meses de agosto e setembro de 2018, que avaliaram o atendimento nas Santas Casas com elevado grau de satisfação. A maioria absoluta caracterizou a assistência recebida como “ótima” ou “boa”.

Os destaques positivos foram a localização, as condições de higiene, o atendimento prestado por funcionários responsáveis pelo agendamento, a qualidade do atendimento médico e a qualidade das instalações.

A grande maioria dos entrevistados avaliou que o hospital que realizou o atendimento tinha os equipamentos necessários para o atendimento.

Apesar da relevância para o SUS e do reconhecimento da população de que o setor filantrópico presta um trabalho de excelência – o que a pesquisa realizada pelo DataSenado evidenciou claramente foi que essas entidades enfrentam o desafio de manter a qualidade de seus serviços e a viabilidade operacional e financeira, especialmente diante da restrição orçamentária, dos custos crescentes e da demanda por novos investimentos.



De fato, a falta de sustentabilidade financeira das atividades que exercem tem levado à perda do equilíbrio econômico e financeiro, com consequente redução da capacidade de gestão e da qualidade da assistência, assim como a evasão de mão de obra qualificada.

As dívidas contraídas pelas entidades sem fins lucrativos junto às instituições financeiras, fornecedores, impostos e passivos trabalhistas representam hoje a maior dificuldade enfrentada pelo setor. Segundo relatório da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), essas dívidas passaram de 1,8 bilhão de reais, em 2005; para 5,9 bilhões, em 2009; 11,2 bilhões, em 2011; e 21,6 bilhões, em 2015, dos quais 12 bilhões de reais com o sistema financeiro, em sua maioria constituída de novos empréstimos para rolar dívidas anteriores.

Além disso, dados da mesma CMB, estimados até maio de 2015, revelam que as entidades integrantes do Sistema amargavam dívidas da ordem de 3,6 milhões de reais com fornecedores, 2,6 bilhões de reais relativos a impostos e contribuições não recolhidos, 1,5 bilhão de reais em passivos trabalhistas e 1,8 bilhão de reais em salários e honorários médicos atrasados.

Ainda de acordo com a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, a falta de sustentabilidade financeira das entidades do setor filantrópico tem levado à perda de mão de obra qualificada e, consequentemente, redução da capacidade de gestão e da qualidade da assistência disponibilizada. Nesse cenário, as Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos contabilizaram a redução de cerca de 11 mil leitos em 2015 e o fechamento de quase 40 mil postos de trabalho

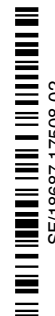


Nesse sentido, para estimular a participação dessas entidades no SUS, foram concedidos ao setor benefícios tributários, fiscais e previdenciários, entre eles imunidade a impostos e a contribuições sociais de seguridade social (previdenciárias, sobre receita ou faturamento e sobre importação de bens ou serviços).

Também foram instituídos vários incentivos que incluíam o setor, a saber:

- Incentivo Financeiro 100% SUS, destinado principalmente aos hospitais sem fins lucrativos e que destinem a totalidade de seus serviços de saúde (ambulatoriais e hospitalares) exclusivamente ao SUS;
- Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), com o objetivo de aprimorar a qualidade da atenção hospitalar e apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais, bem como induzir a ampliação do financiamento e do acesso às ações e serviços de saúde na atenção hospitalar;
- Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), para incentivar a formalização do instrumento contratual entre o gestor do SUS e o representante legal do hospital sob sua gestão, com o objetivo de qualificação da assistência e gestão hospitalar.

Além dos incentivos do Ministério da Saúde, foram criadas as seguintes fontes de financiamento:



- Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), instituídos pela Lei nº 12.715, de 2012, para incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos que atuam no campo da oncologia e da pessoa com deficiência.
- Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS), instituído pela Lei nº 12.873, de 2013, que permitiu moratória e remissão de débitos.
- Programa de Financiamento Específico para Santas Casas e Hospitais Sem Fins Lucrativos que atendem ao SUS (Pró-Santas Casas), criado pela Lei nº 13.479, de 2017.
- Recursos do FGTS para crédito a hospitais filantrópicos, por meio da Medida Provisória nº 848, de 2018.

No entanto, todas essas medidas se mostraram insuficientes e paliativas. Há anos, as instituições de saúde filantrópicas vêm enfrentando grave crise financeira, consequente ao subfinanciamento, defasagem da tabela que precifica os procedimentos do SUS, atrasos no repasse de recursos e escassez de investimentos.



O editorial publicado pelo jornal *O Estado de S. Paulo*, **Um fôlego para as Santas Casas**, do dia 19 de agosto deste ano, comenta que a Medida Provisória 848/2018 vai tirar a rede filantrópica da sala de emergência e que foi dado um passo importante para pelo menos aliviar as graves dificuldades enfrentadas pelas Santas Casas e os hospitais filantrópicos.

De acordo com a matéria, a MP traz um reforço e, por mais importante que a iniciativa seja, não se pode perder de vista que tanto a MP como o Pró-Santas Casas são medidas paliativas. Isso é reconhecido pelo próprio presidente Michel Temer, com sua referência à “sala de emergência” da qual elas estão saindo, e pelo ministro da Saúde, Gilberto Occhi, quando afirma: “Esperamos dar um fôlego a essas entidades”.

Isso nos leva à seguinte pergunta: até quando vamos continuar negligenciando um setor que tanto contribuiu, e contribui, para a consecução do direito à saúde no Brasil?

As Santas Casas e os hospitais filantrópicos respondem por mais de 50% dos atendimentos do SUS e, se eles entrarem em colapso, leva junto toda a rede pública de saúde, da qual depende a imensa população carente.

A Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) alega que os problemas financeiros do setor decorrem, em grande parte, da defasagem dos valores de remuneração de procedimentos da Tabela SUS. Essa é a principal e mais antiga reivindicação da rede filantrópica: a revisão da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).



Ao longo de sucessivos governos ficou tão defasada que, hoje em dia, cobre apenas 60% dos custos. Como os 40% restantes não caem do céu, esse é o ponto central da crise da rede, que a obriga a se endividar continuamente para cobrir essa diferença.

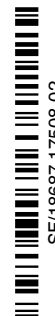
É por isso que o governo precisa urgente começar a pensar em uma maneira de fazer a revisão da tabela do SUS.

Outrossim, destaca a falta de transparência dos critérios e valores para a remuneração de serviços e a retenção (atraso) de pagamentos por parte dos gestores estaduais e municipais, ainda que haja repasses regulares do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Ressalta haver dificuldades no processo de contratualização com o SUS. A ausência de contrato formal ainda ocorre, apesar das disposições legais que obrigam a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde e determinam que seja mantido o equilíbrio econômico e financeiro desses instrumentos.

Entre as causas apontadas para a ausência de contratualização, destaca-se a alta rotatividade de secretários municipais e estaduais, o que gera descontinuidade nas políticas públicas de saúde e, frequentemente, a recusa em reconhecer os acordos assinados pelo antecessor.

Outra causa decorre da recusa, por parte dos gestores, de aceitar cláusulas contratuais padrão, quais sejam: data para pagamento dos serviços prestados; multas ou penalidades por atraso dos pagamentos; periodicidade e critérios de reajuste para manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato; e pagamentos de atendimentos excedentes às metas pactuadas, mesmo quando encaminhados por centrais de regulação do SUS.



Para reverter esse quadro, a Comissão de Assuntos Sociais aprovou o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 187/2017, que teve a oportunidade de relatar, alterando as regras para obtenção e renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas), simplificando exigências para os prestadores de serviços que não possuíam contratualização com requerimentos protocolados até 31 de dezembro de 2018. Nesses casos, a comprovação da prestação de serviços das filantrópicas ao Sistema Único de Saúde (SUS) poderá ser feita com uma declaração do gestor local do SUS, flexibilizando uma exigência documental que não consegue ser cumprida por 45% das entidades, apesar de efetivamente auxiliarem o sistema público de saúde.

A aprovação da Lei nº 13.650, de 11 de abril de 2018, que comina penalidades aos gestores que transferem recursos a entidades privadas que prestam serviços na área de saúde, sem a prévia celebração de contrato, convênio ou instrumento congênere, representou uma importante contribuição do Congresso Nacional para auxiliar a resolver essas dificuldades.

Em face do exposto, aliado a crônica falta de recursos para fazer frente a crescente demanda por saúde, é imperativo a construção de uma política pública, ou melhor, uma Política de ESTADO, para atender à Atenção Hospitalar, especificamente para que os prestadores de serviços – Hospitais Filantrópicos, deem prosseguimento aos serviços prestados à sociedade brasileira.

Aos problemas apontados pela CMB somam-se as conclusões de estudos que buscaram caracterizar a rede hospitalar filantrópica no Brasil e suas relações com o SUS. Eles apontam possíveis caminhos para a



SF/18687.17508-02

formulação de políticas públicas adequadas às especificidades dos diferentes segmentos que compõem o setor.^{47, 48}

Segundo esses estudos, existe uma relação de interdependência entre o SUS e os hospitais filantrópicos. Exemplo disso, é a amplitude dos serviços ofertados ao SUS: de um lado, são os únicos presentes em muitos municípios do interior; de outro, prestam serviços de alta complexidade em capitais e cidades de maior porte.

A despeito disso, constata-se o seguinte paradoxo: ao tamanho de sua rede, à expressiva participação no total de internações do SUS e à interiorização no território nacional, contrapõe-se a fragilidade econômica e gerencial de parte significativa desse setor, o que ameaça a sua sobrevivência e a do próprio SUS.⁴⁹

Nesse sentido, o setor filantrópico merece atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da saúde e precisa ser considerado na sua diversidade, o que exige ações e tratamentos diferenciados.

Para tanto, registramos uma recomendação que é, ao mesmo tempo, um apelo ao Poder Executivo: urge a criação de um órgão específico, no âmbito do Ministério da Saúde, para oferecer suporte gerencial e

⁴⁷ PORTELA, M. C. *et al.* Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, jan. 2000. Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6270>. Acesso em: 6 nov. 2018.

⁴⁸ PORTELA, Margareth C *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, dez. 2004. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2018.

⁴⁹ p. 817, *Idem*.



SF/18687.17508-02

administrativo às instituições filantrópicas, sobretudo àquelas que são a única referência hospitalar em centenas de pequenos municípios.

Destacamos, o exemplo do Estado de São Paulo, com advento da Lei nº 16.109, de 13 de janeiro de 2016, que tornou permanente o Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas - Santas Casas SUSstentáveis.

Agora, naquele Estado a classificação dos hospitais filantrópicos são de três tipos: hospitais estruturantes, de referência em atendimentos complexos, como cirurgias cardiovasculares e torácica, hemodiálise e neurocirurgias, que recebem repasse 70% superior ao pago pelo SUS; hospitais estratégicos, de médio porte, que recebem mais 40%; e hospitais de apoio, de pequeno porte, com repasse de 10%.

Esta classificação atribuída deve ter aderência à Política Nacional de Atenção Hospitalar o que otimiza recursos e contribui com o desenho da rede de urgência e emergência.

Essa Política de Estado de Atenção Hospitalar que ora sugerimos, deverá aportar recursos para o custeio dessas entidades, a fim de viabilizar a continuidade da rede filantrópica.

Definido pela Constituição Federal, em seu art. 196, a Saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Contudo, diante dos recursos disponíveis serem escassos, essa universalidade ainda não foi alcançada. O atendimento na área de Saúde deve incluir o maior número possível de pessoas, mesmo com as limitações orçamentárias. Por esse motivo é primordial fortalecer e aperfeiçoar a estrutura dos hospitais filantrópicos e entidades sem fins lucrativos de saúde, tão somente, por já serem uma



realidade de parceria público privada na atuação do SUS em todo o território nacional.

Diante da grave situação fiscal brasileira e dos desafios impostos à universalização do atendimento à Saúde, é mais barato continuar utilizando a rede filantrópica do que construir novas unidades hospitalares. Um exemplo disso, é a implantação das Unidades de Pronto Atendimento, que foram estimuladas pelo Governo Federal. Muitos municípios que promoveram essas construções não conseguem arcar com os custos de manutenção, inclusive com o custeio de pessoal e, não raramente, essas unidades estão sobrepostas a rede hospitalar ora existente. Em resumo, o modelo de gestão da rede pública de saúde, na maioria dos casos, é bem mais oneroso do que o modelo de gestão dos hospitais filantrópicos.

Neste sentido, destacamos, como exemplo, estudo publicado pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina – TCE - SC, no ano de 2017: “Análise econométrica da Eficiência dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina - Um comparativo entre modelos de gestão”.

Destacamos no presente estudo do TCE- SC:

- Embora existam imperfeições, as OSS são capazes de ofertar mais serviços hospitalares com menor utilização de recursos;
- As unidades hospitalares são cada vez mais caras e a produtividade total tem se reduzido ao longo do tempo;
- Existem recursos mal aproveitados que não geram a produção que deveriam



Para adoção deste modelo, importante frisar os seguintes eixos de gestão:

- Foco na formulação das metas nos contratos de gestão das OSS, mensurando indicadores e desempenho;
- Constante melhoria tecnológica do parque tecnológico, de modo a reduzir o custo de produção e, por conseguinte melhoria no atendimento e tratamento dos agravos;
- Fortalecer as estruturas de controle, responsável pelo monitoramento das OSS;
- Em termos financeiros, a baixa eficiência dos hospitais de gestão própria corresponde a um desperdício anual de R\$ 671 milhões em recursos do Estado, o que equivale a dois hospitais regionais.

Comparação entre valores médios de gastos por leito por modelo de gestão, de 2012 a 2017



Por fim sua conclusão afirma: “mais do que qualquer combinação de recursos utilizados na produção hospitalar, o fato de ser uma Organização Social de saúde (OSS) é o principal determinante para a eficiência na prestação do serviço”.

Consideramos oportuno ter como amostra os dados apontados pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, por acreditarmos que o que acontece com o estado catarinense se repete em vários estados brasileiros.

É necessário um olhar mais especial com os hospitais de menor porte e complexidade que predominam no interior do País. Muitas vezes, os únicos existentes no município, são mais vulneráveis e apresentam risco de sobrevivência. Requerem, portanto, o uso extensivo de instrumentos de gestão e medidas de ajuste econômico e financeiro, de base contratual, promovidas pelo Poder Público.⁵⁰

Vocacionar os hospitais de pequeno porte, já que muitos têm as suas singularidades, são a única porta de entrada hospitalar da sua região, são de locais remotos, e possuem dificuldade de contratação de profissionais, principalmente médicos. Muitas vezes são as prefeituras e Câmaras que arcam com as despesas. Sendo assim, sugerimos um Grupo de Trabalho, envolvendo todos os gestores e prestadores de serviços, para definir ações que viabilizem estas estruturas, por conseguinte, valorizando a vida dos brasileiros que necessitam de um pronto atendimento médico, nas regiões de vazio assistencial.

⁵⁰ p. 817, Ibidem.



Outro ponto que merece destaque, ao concluir o presente relatório é que existem fortes indícios de que o setor filantrópico, a despeito de seus problemas, acaba por ser mais eficiente, muitas vezes, que os serviços próprios do SUS, atendendo à população com melhor custo-benefício, custo-efetividade e qualidade.

A capacidade instalada do setor filantrópico, acumulada ao longo de mais de quinhentos anos de prestação continuada de bons serviços, também não pode ser negligenciada. Porém, temos assistido ao fechamento de leitos e de hospitais. Além disso, abundam na imprensa denúncias de obras inacabadas e, até mesmo, obras concluídas, mas que nunca foram postas em funcionamento.

Com a sua experiência e sua vocação assistencial, o setor filantrópico é a alternativa mais lógica para ser convocado, pelo Poder Público, na forma de parcerias.

A causa filantrópica deve ser a causa do SUS!

No SUS, as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios da universalidade, integridade e equidade. Este Sistema propõe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. O princípio de integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre a pessoa destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação.



Fato é que, torna-se evidente que o setor filantrópico é indispensável na atual estrutura do SUS. Porém, a sua sobrevivência depende de políticas públicas efetivas. Na busca de sustentabilidade, devem ser privilegiados modelos de financiamento que utilizem, de forma plena, o que já existe e que é oferecido pelo setor filantrópico há séculos.

Vale mais a pena colocar em pleno funcionamento uma estrutura já existente, do que criar novos serviços próprios, que apenas irão carrear consigo as já conhecidas mazelas da administração pública.

No entanto, todas as crises também podem ser vistas como oportunidades. Nesse caso, a oportunidade é clara: aproveitar o setor filantrópico em toda a sua potencialidade e capacidade.

Assim, para evitar o sacrifício do setor, o papel do Congresso Nacional, nessa questão, é abraçar a causa filantrópica, mediante as seguintes ações.

Elaboração de um Plano de gestão entre o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais para que se otimize a locação de recursos para os hospitais filantrópicos conforme a capacidade instalada, a vocação e a produção realizada por essas entidades para evitar desperdícios.

Para aprimorar a transparência do uso de recursos públicos sugerimos a implantação nacional de um cronograma de pagamento, acessível a toda população, demonstrando os contratos entre os gestores estaduais e plenos com os prestadores de serviços. A publicidade dos pagamentos pendentes irá facilitar a ordem e sequência das pendências financeiras com os prestadores de serviços. A ação seria coordenada pelo



Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponibilizada em seu site e replicada aos gestores da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta maneira, teremos os dados contendo as ordens de pagamentos pendentes, com a data e o serviço prestado, e a ordem de pagamento e o montante devido, com informações para toda a sociedade e os prestadores de serviços.

Para diminuir as enormes filas nas cirurgias eletivas devemos usar a estrutura dos hospitais filantrópicos por terem uma capilaridade nacional, com centros cirúrgicos de referência que, muitas vezes, estão em melhores condições do que os hospitais públicos. Essa ação irá otimizar custos e diminuirá a aflição dos que carecem deste serviço.

Integração dos dados de produção assistencial da Saúde Suplementar e serviços públicos, possibilitando o desenvolvimento de estatísticas populacionais de Saúde para planejamento e execução das ações.

Ampla diagnóstico regional da média e alta complexidade do nosso país destacando, em cada Estado, a sua rede de atendimento e os serviços prestados para demonstrar desde os vazios assistenciais bem como sobreposição de prestação de serviços. O que temos hoje são vários Municípios e Estados com construções de unidades hospitalares sem aderência aos planos do Ministério da Saúde que, após inaugurados, o custeio deste hospital é tão oneroso que impossibilita a prestação de serviços para a sua comunidade.

Participação da União no percentual do Orçamento dos Estados e no Distrito Federal evidenciando assim, o dispêndio de cada Ente da Federação nas atividades relacionadas à saúde. Diante deste resultado e



SF/18687.17508-02

cruzando os dados dos serviços ofertados pela rede hospitalar poderemos constatar se os recursos usados estão devidamente atendendo as demandas e necessidades dos brasileiros.

Compilar as informações da rede hospitalar regional, destacando os serviços prestados, os indicadores, metas dos serviços e a fila por atendimento pendente, assim poderemos detectar os gargalos na assistência e promoção a saúde.

A atenção básica, estratégica e atuante, do Ministério da Saúde irá possibilitar que a rede de hospitais filantrópicos melhore o seu atendimento. Por isso, a ação programada e conjunta é de extrema importância para que as informações advindas da rede básica sejam intercambiadas com os dados da média e alta complexidade e, assim possam fazer com que os limitados recursos despendidos sejam efetivamente usados para melhoria do atendimento da rede SUS.

O objetivo é que a análise dos processos de incentivos e habilitações hospitalares estejam embasados em um estudo técnico com indicativo de inclusão no arcabouço do planejamento das políticas de Estado.

A revisão da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal e mais antiga reivindicação da rede filantrópica. Ao longo de sucessivos governos ficou tão defasada que, hoje em dia, cobre apenas 60% dos custos, esse é o ponto central da crise da rede, que a obriga a se endividar continuamente para cobrir essa diferença.

Nesse sentido é imprescindível que o governo faça com maior celeridade possível, a tão esperada revisão da tabela do SUS.



Vivemos em um período em que se constata a real necessidade da criação de Parcerias público-privadas, as famosas PPPs, na solução dos graves problemas enfrentados na infraestrutura do nosso país, já que o Poder Público, não tem capacidade de sozinho investir nas principais áreas de interesse da população.

Por que não considerarmos que a área da Saúde pode e deve caminhar nesta mesma direção: a disponibilidade de todas as estruturas das entidades filantrópicas para o setor público garantir a todos os brasileiros o cumprimento do que a nossa Constituição Federal estabelece em nível de SUS.

Assim sendo, esta Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, deseja que o Ministério da Saúde trate os hospitais filantrópicos como verdadeiros integrantes das PPPs para a gestão da saúde pública brasileira.

Por fim, esperamos que o presente estudo, contribua para aprimorar as políticas públicas voltadas para o setor filantrópico do SUS.

Sala da Comissão,

Senador DALIRIO BEBER

Relator



SF/18687.17508-02

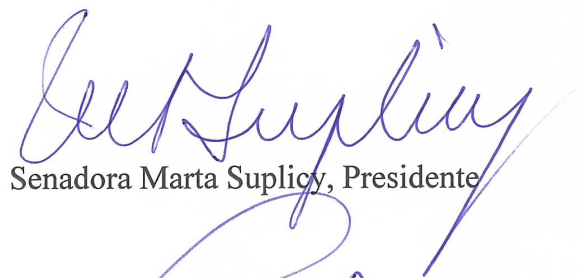


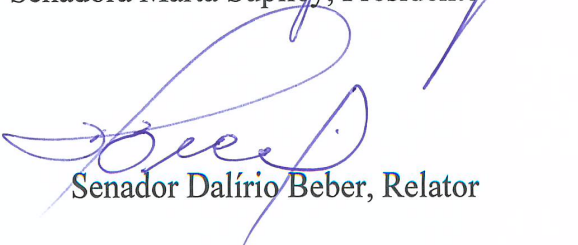
SENADO FEDERAL
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

REQUERIMENTO Nº 02, DE 2018-CAS

Nos termos do artigo 96-B, combinado com os artigos 90, inciso IX, e 100 do Regimento Interno do Senado Federal, a Comissão de Assuntos Sociais decide selecionar a seguinte Política Pública do Poder Executivo para avaliação no ano de 2018: Política de Atenção Hospitalar e da Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

Sala da Comissão, em 04 de abril de 2018.


Senadora Marta Suplicy, Presidente


Senador Dalírio Beber, Relator



Senado Federal

leitura

Relatório de Registro de Presença
CAS, 21/03/2018 às 09h - 7ª, Extraordinária
 Comissão de Assuntos Sociais

PMDB			
TITULARES		SUPLENTE	
HÉLIO JOSÉ	PRESENTE	1. GARIBALDI ALVES FILHO	PRESENTE
WALDEMIR MOKA	PRESENTE	2. VALDIR RAUPP	PRESENTE
MARTA SUPPLY	PRESENTE	3. ROMERO JUCÁ	
ELMANO FÉRRER		4. EDISON LOBÃO	
AIRTON SANDOVAL	PRESENTE	5. ROSE DE FREITAS	PRESENTE

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)			
TITULARES		SUPLENTE	
ÂNGELA PORTELA	PRESENTE	1. FÁTIMA BEZERRA	PRESENTE
HUMBERTO COSTA	PRESENTE	2. GLEISI HOFFMANN	
PAULO PAIM	PRESENTE	3. JOSÉ PIMENTEL	PRESENTE
PAULO ROCHA	PRESENTE	4. JORGE VIANA	
REGINA SOUSA	PRESENTE	5. LINDBERGH FARIAS	

Bloco Social Democrata (PSDB, PV, DEM)			
TITULARES		SUPLENTE	
DALIRIO BEBER	PRESENTE	1. FLEXA RIBEIRO	PRESENTE
EDUARDO AMORIM	PRESENTE	2. RICARDO FERRAÇO	
RONALDO CAIADO		3. JOSÉ AGRIPINO	
MARIA DO CARMO ALVES	PRESENTE	4. DAVI ALCOLUMBRE	

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)			
TITULARES		SUPLENTE	
SÉRGIO PETECÃO	PRESENTE	1. OTTO ALENCAR	PRESENTE
ANA AMÉLIA	PRESENTE	2. WILDER MORAIS	

Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania (PPS, PSB, PCdoB, REDE, PODE)			
TITULARES		SUPLENTE	
LÍDICE DA MATA	PRESENTE	1. ROMÁRIO	
RANDOLFE RODRIGUES		2. VANESSA GRAZZIOTIN	PRESENTE

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR, PTC)			
TITULARES		SUPLENTE	
CIDINHO SANTOS	PRESENTE	1. ARMANDO MONTEIRO	PRESENTE
VICENTINHO ALVES		2. EDUARDO LOPES	PRESENTE

Não Membros Presentes

ATAÍDES OLIVEIRA



Senado Federal

aprovação

Relatório de Registro de Presença
CAS, 04/04/2018 às 09h - 8ª, Extraordinária
 Comissão de Assuntos Sociais

PMDB			
TITULARES		SUPLENTE	
HÉLIO JOSÉ	PRESENTE	1. GARIBALDI ALVES FILHO	
WALDEMIR MOKA	PRESENTE	2. VALDIR RAUPP	PRESENTE
MARTA SUPLEY	PRESENTE	3. ROMERO JUCÁ	
ELMANO FÉRRER	PRESENTE	4. EDISON LOBÃO	
AIRTON SANDOVAL	PRESENTE	5. ROSE DE FREITAS	

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)			
TITULARES		SUPLENTE	
ÂNGELA PORTELA		1. FÁTIMA BEZERRA	PRESENTE
HUMBERTO COSTA		2. GLEISI HOFFMANN	
PAULO PAIM	PRESENTE	3. JOSÉ PIMENTEL	PRESENTE
PAULO ROCHA	PRESENTE	4. JORGE VIANA	PRESENTE
REGINA SOUSA	PRESENTE	5. LINDBERGH FARIAS	

Bloco Social Democrata (PSDB, PV, DEM)			
TITULARES		SUPLENTE	
DALIRIO BEBER	PRESENTE	1. FLEXA RIBEIRO	PRESENTE
EDUARDO AMORIM	PRESENTE	2. RICARDO FERRAÇO	
RONALDO CAIADO	PRESENTE	3. JOSÉ AGRIPINO	
MARIA DO CARMO ALVES	PRESENTE	4. DAVI ALCOLUMBRE	

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)			
TITULARES		SUPLENTE	
SÉRGIO PETECÃO		1. OTTO ALENCAR	
ANA AMÉLIA	PRESENTE	2. WILDER MORAIS	

Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania (PPS, PSB, PCdoB, REDE, PODE)			
TITULARES		SUPLENTE	
LÍDICE DA MATA	PRESENTE	1. ROMÁRIO	PRESENTE
RANDOLFE RODRIGUES		2. VANESSA GRAZZIOTIN	PRESENTE

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR, PTC)			
TITULARES		SUPLENTE	
CIDINHO SANTOS	PRESENTE	1. ARMANDO MONTEIRO	
VICENTINHO ALVES		2. EDUARDO LOPES	

Não Membros Presentes

DÁRIO BERGER