



SENADO FEDERAL

EMENDAS

Apresentadas perante a Mesa do Senado Federal ao **Projeto de Lei nº 1142, de 2020**, que *"Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos Territórios Indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública."*

PARLAMENTARES	EMENDAS NºS
Senadora Rose de Freitas (PODEMOS/ES)	001
Senador Fernando Bezerra Coelho (MDB/PE)	002
Senador Luiz do Carmo (MDB/GO)	003
Senadora Kátia Abreu (PP/TO)	004; 005

TOTAL DE EMENDAS: 5



[Página da matéria](#)

EMENDA Nº -PLEN
(ao PL nº 1142, de 2020)

Acrescente-se o seguinte parágrafo único ao art. 15 do Projeto de Lei nº 1.142, de 2020:

“Art. 15.

.....
Parágrafo único. Para a coordenação e execução das ações emergenciais de saúde previstas no *caput*, serão criados os Distritos Sanitários Especiais Quilombolas (DSEQs).”

JUSTIFICAÇÃO

O Projeto de Lei (PL) nº 1142, de 2020, representa um avanço, sobretudo no que tange à atenção à saúde de comunidades quilombolas e de demais povos e comunidades tradicionais.

Todavia, cumpre que as ações e os serviços de saúde sejam executados de maneira organizada, que permita inclusive a realização de levantamentos epidemiológicos sobre as condições de saúde dessa população.

Desse modo, inspirados nas políticas públicas de saúde direcionadas aos povos indígenas e visando à racionalização e à qualificação da atenção à saúde das comunidades quilombolas, apresentamos emenda para prever a criação dos Distritos Sanitários Especiais Quilombolas (DSEQs).

Sala das Sessões,

Senadora ROSE DE FREITAS



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

EMENDA Nº - PLEN
(SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 1142, DE 2020)

Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas e cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos Territórios Indígenas.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei institui medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas e cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas.

§1º Estão abrangidos pelas disposições desta Lei:

- I** - indígenas isolados e de recente contato; e
- II** - indígenas aldeados.

Art. 2º Enquanto perdurar o decreto de calamidade pública em saúde em decorrência da pandemia da Covid-19, serão adotadas medidas urgentes para mitigar os efeitos do novo coronavírus entre os povos indígenas do país.

Art. 3º Todas as medidas e garantias previstas nesta Lei devem levar em consideração a organização social, as línguas, os costumes, as tradições e o direito à territorialidade dos povos indígenas nos termos dos arts. 216, §5º, e art. 231 da Constituição Federal.

Art. 4º Fica criado o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos Territórios Indígenas (Plano Emergencial), voltado a assegurar acesso aos insumos necessários à manutenção das condições de saúde para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19, bem como para o tratamento e recuperação dos infectados, com observância dos direitos sociais e territoriais dos povos indígenas.

Art. 5º Cabe à União coordenar o Plano Emergencial e, conjuntamente com Estados, Distrito Federal, Municípios e demais instituições públicas que atuam na execução da política indigenista e com a participação efetiva dos povos indígenas por meio de suas entidades



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

representativas, executar ações específicas com o objetivo de garantir, com urgência, de forma gratuita e periódica, entre outras medidas:

I - a restrição de acesso às aldeias por não indígenas, ressalvados responsáveis pela prestação de serviços públicos devidamente credenciados, como profissionais da saúde, servidores da Funai e demais órgãos públicos;

II - medidas de proteção territorial e sanitária para impedir o acesso de pessoas estranhas à comunidade, visando o enfrentamento da Covid-19 e a não circulação do vírus entre indígenas;

III - a ampliação emergencial do apoio por profissionais da saúde, com ampla utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais envolvidos, além da garantia de testagem rápida para os casos suspeitos do novo coronavírus (Covid-19);

IV – organização de atendimento e acompanhamento diferenciado de casos envolvendo indígenas, com planejamento estruturado, em cooperação com os Estados e Municípios, de acordo com a necessidade dos povos, por meio do fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena incluindo a contratação emergencial de profissionais da saúde voltados à reforçar a saúde indígena.

§1º As Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) qualificadas e treinadas para enfrentamento da Covid-19 deverão ter disponibilidade de local adequado e equipado para realização de quarentena antes de entrarem em territórios indígenas e Equipamentos de Proteção Individual (EPIS's) adequados e suficientes.

§2º As medidas de isolamento e de quarentena de casos suspeitos deverão considerar que os povos indígenas têm como característica a vida comunitária, com muitos membros convivendo em uma mesma moradia.

Art. 6º Nenhum atendimento de saúde ou assistência social da rede pública pode ser negado às populações indígenas por falta de documentação ou quaisquer outros motivos.

Art. 7º Os recursos necessários ao atendimento do previsto nesta Lei correrão à conta de dotações consignadas ao Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, ao Ministério da Cidadania e Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos e de recursos oriundos de fundo específico criado para o enfrentamento da pandemia de que trata a presente lei.

Art. 8º A União poderá firmar convênio com os Estados e Municípios para executar as medidas previstas nesta lei, sendo autorizados o ajuste de dotações e ou a transferência direta de recursos para os entes federativos.

Art. 9º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

JUSTIFICAÇÃO

Pretende-se pelo presente substitutivo aprimorar alguns pontos do Projeto de Lei nº 1.142, de 2020, observando em especial a competência comum Constitucional dos entes federativos para cuidar da saúde nos termos dos que dispõem o art. 23, II da Constituição.

A supressão dos incisos III e IV do § 1º do artigo 1º, tem como fundamento a responsabilidade solidária dos entes Federativos, União, Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação de serviço de saúde (CF, art. 196 e ss.), seja para indígenas não aldeados como também para aqueles que se encontram fora das terras demarcadas.

O Sistema Único de Saúde foi pensado e instituído com base em um **federalismo solidário**, mesmo a própria Constituição Federal orientando a organização desse sistema em uma rede **regionalizada, hierarquizada e descentralizada**.

O texto Constitucional reforça a ideia tracejada pelo Constituinte Originário em toda sua extensão, reforçando-a, inclusive, com a vinculação de receita para a saúde, sob pena de intervenção (CF, art. 34, VII, “e” e art. 35, III).

A responsabilização de todos os entes Federativos na execução dos serviços de saúde proporcionou maior capilaridade após a Constituição de 1988, impondo aos municípios “*prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde*” (CF, art. 30, VII).

Resta evidente, que o Constituinte originário ao instar o respectivo ente federativo como executor das políticas de saúde, o fez por uma simples razão, o gestor municipal está mais próximo aos cidadãos. A repartição idealizada pelo Constituinte Originário, impôs a todos os entes federativos, **horizontalmente, sem sobreposições**, uma atuação coordenada e paralelamente construída.

Do exposto, observa-se teleológica e sistematicamente, que, **todas as esferas de governo** são competentes, em cooperar para a realização do comando Constitucional de



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

proporcionar o "equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional", (CF/88, art. 23, parágrafo único).

Ao se transplantar a responsabilidade de coordenar um “plano emergencial” para o nível Nacional, de atenção à saúde junto a “indígenas que vivem fora das Terras Indígenas em áreas urbanas ou rurais”, bem como, “povos e grupos de indígenas que se encontram no país em situação de migração ou mobilidade transnacional provisória” para Órgão da Administração Pública Direta Federal, ter-se-ia a desnaturação das atividades finalísticas da Secretaria Especial de Saúde Indígena e por consequência o *enfraquecimento e debilidade* no cuidado com os povos mais vulneráveis perante o Sistema Único de Saúde e o Subsistema de Saúde Indígena, os povos aldeados.

A Lei nº 8.080/90, observando esses parâmetros, simetricamente, repetiu em seu artigo 7º, inciso IX os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, a premissa geral, a partir da lei orgânica, é a existência de uma gestão tripartida do SUS, atendendo aos princípios da descentralização, regionalização e hierarquização da prestação de serviços de saúde.¹

O atendimento aos indivíduos de que tratam os incisos III e IV do parágrafo primeiro do art. 1º do substitutivo posto à exame, é, em simetria ao que dispõem os § 2º e 3º do artigo 19-G da Lei nº 8080/90, garantido junto ao SUS, que serve de retaguarda e referência ao Subsistema em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

É oportuno ainda esclarecer que a Lei nº 8.080/90 ao regular o direito à saúde, fixa, no art. 15, atribuições comuns dos entes federados, enquanto nos artigos 16, 17 e 18 determina as

1 Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

competências de cada gestor, nestes termos:

- a) Extrai-se do art. 16 da Lei nº 8.080/90 que, embora seja a principal responsável financeira, a União raramente executa pessoalmente as ações e serviços de saúde, respondendo subsidiariamente pela deficiência no serviço prestado pelos Estados-membros e Municípios em qualquer ação ou serviço de saúde.
- b) De acordo com o art. 17 da Lei nº 8.080/90, o Estado-membro é o responsável institucional pelo financiamento, a descentralização aos Municípios, o apoio técnico e por coordenação em nível estadual das ações e serviços de saúde, sendo ainda o seu executor suplementar, respondendo subsidiariamente pela falha em qualquer ação ou serviço de saúde que seja de responsabilidade dos Municípios.
- c) O art. 18 da Lei nº 8080/90 renova o que já determina o art. 30, VII, da Constituição Federal, atribuindo ao Município a condição de executor direto das ações e serviços de saúde, embora o faça com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado-membro. A responsabilidade do Município se insere num federalismo solidário, que o livra desse ônus apenas para os serviços atribuídos à União e aos Estados-membros na repartição da competência.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena não possui profissionais em número suficiente para atender a demanda que não se pode mensurar, isso, mais uma vez, impossibilitará com que as comunidades aldeadas sejam assistidas de forma regular, impondo restrições de atenção à saúde dos povos aldeados.

Há na verdade, uma precarização da Saúde dos povos aldeados, se não houver supressão dos referidos dispositivos.

A própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas a décadas estabelece “a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços –



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

*voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo, **deve ocorrer, nas terras indígenas** de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população”.*

Essa mesma Política Nacional de Saúde Indígena determina “*in verbis*”:

“Do ponto de vista da articulação intra-setorial, é necessário um **envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS**, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.”

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde. (GRIFO NOSSO)

Não existem razões para ressignificar o Sistema Único de Saúde, muito menos o Subsistema de Saúde, em face de *razões circunstanciais* que não irão contemplar, de fato, melhorias junto à saúde dos povos indígenas.

Observando o legislador infraconstitucional² todas as disposições constitucionais trazidas a lume, buscou dar simetria ao texto Constitucional, estabelecendo as balizas institucionais da Secretaria de Saúde Indígena nestes termos, “*in verbis*”:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

2 DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Acesso em 28/05/2020, sítio eletrônico: www.planalto.gov.br.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União ***não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.***

Art. 2º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio biopsicossocial, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

Parágrafo único. A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ***ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.***

Art. 8º A SESAI contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

§ 3º Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre ***determinado território indígena*** e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social.
(Grifo NOSSO)

Cabe registrar, ainda nesse sentido, que as portarias nº 254 e nº 70 do Ministério da Saúde, em simetria ao disposto no decreto estabeleceu, respectivamente, que, “*in verbis*”:

ANEXO 1 DO ANEXO XIV (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Que cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde ***dentro das áreas indígenas***, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. (GRIFO NOSSO)



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

ANEXO 2 DO ANEXO XIV (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados *dentro das aldeias indígenas*, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); *pelos Pólos-Base* com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela *Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência* para o atendimento de média e alta complexidade”.
(GRIFO NOSSO)

Há clara delimitação quanto a quem as políticas públicas junto ao Subsistema devem ser destinadas, *os povos cuja limitação territorial esteja reconhecida nos termos da Constituição e da lei*. Aqui se afirma, portanto, a higidez do microsistema de saúde indígena nos termos do que dispõem a própria Constituição Federal em art. 231, §1º.

O legislador infraconstitucional ao fazer menção às expressões “*dentro da aldeia*” ou “*dentro das áreas indígenas*” ou “*determinado território indígena*” tão somente explicitou os desdobramentos do contido no comando constitucional e nas leis de regência, conforme já supracitado.

Há uma umbilical *relação conteudística* entre a Constituição e os atos infraconstitucionais apontados e que regulam o Subsistema de Saúde Indígena.

Os parâmetros constitucionais estabelecidos pelo constituinte originário e que foram observados pelo legislador infraconstitucional no sentido de proporcionar maior *coerência e integridade na aplicação dos recursos públicos junto a este Subsistema*, não podem ser alteradas à revelia.

Nesse sentido, a exigência de atendimento aos indivíduos instados nos respectivos incisos do substitutivo, mostra-se incompatível teleológica e sistematicamente com o modelo de gestão de saúde indígena, *com manifesto prejuízo* às comunidades descritas no parágrafo 1º do art. 231, ou seja, *em contexto de aldeamento*.

Quanto à análise dos demais dispositivos, traz-se a exame o pertinente.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

No que se refere ao disposto no ***inciso I do artigo 5º caput*** do Substitutivo, cumpre destacar que o Decreto Nº 9.795, DE 17 DE MAIO DE 2019, em seu artigo 42 define como competência da Secretaria Especial de Saúde Indígena, “*in verbis*”:

Art. 42. Ao Departamento de Determinantes Ambientais da Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e a edificações de saúde indígena;

II - planejar e supervisionar a elaboração e a implementação de programas e projetos de saneamento e edificações de saúde indígena;

III - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de gestão da saúde indígena na área de saneamento e

edificações de saúde indígena;

IV - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de saneamento e edificações de saúde indígena;

V - planejar e supervisionar as ações de educação em saúde indígena relacionadas à área de saneamento;

VI - estabelecer diretrizes para a operacionalização das ações de saneamento e edificações de saúde indígena; e

VII - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de saneamento e edificações de saúde indígena.

A proposta só replica o já estabelecido no Decreto Ministerial, estando a matéria já disciplinada no âmbito do Poder Executivo, havendo no presente caso, invasão do Poder Legislativo em competência privativa do Poder Executivo nos termos do artigo 61, § 1º, inciso II, alínea “a” da Constituição, que reserva ao Presidente a iniciativa das leis que disponham sobre organização administrativa.

No que se refere ao disposto no ***inciso II do artigo 5º caput*** do Substitutivo, observa-se que a medida legislativa, também aqui, invade esfera de competência privativa do Poder Executivo, nos termos do artigo 61, § 1º, inciso II, alínea “a”, criando, inclusive, uma antinomia em face do que dispõem a Portaria nº 527 de 26 de dezembro de 2017 do Ministério da Cidadania, que estabelece que cabe a este Ministério, por meio da Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), a operacionalização para a distribuição deste tipo de insumo, conforme se extrai da referida Portaria.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

Não obstante, a SESAI encaminhou expediente à Casa Civil e Secretaria de Governo da Presidência da República no sentido de apresentar a demanda em relação às cestas de alimentos e buscar apoio que possibilite uma articulação governamental visando criar estratégias para garantia da segurança alimentar dos povos indígenas nesse período de pandemia, uma vez que a recomendação é para que os indígenas permaneçam em suas aldeias.

No presente momento, essa ação está sendo coordenada pela Casa Civil da Presidência da República, com participação da FUNAI.

A SESAI, por intermédio dos DSEI, tem se colocado à disposição dos órgãos governamentais, nesse período de emergência de saúde pública, para apoiar na distribuição das cestas de alimentos à população indígena. Essa ação consta oficializada por meio da Nota Informativa n. 03/2020, que versa sobre orientações sobre entrega de cestas de alimentos para comunidades indígenas, bem como da Nota Informativa nº 04/2020, que versa sobre Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas no período da pandemia da Covid-19 (SEI 25000.011608/2020-42).

Quanto ao disposto nas **alíneas “a”, “b” e “e” do inciso V, do artigo 5º do Substitutivo**, cumpre informar que que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são responsáveis por ações de atenção primária nas aldeias indígenas, não os cabendo ações de média e alta complexidades.

Nesse sentido, considerando que as ações de média e alta complexidade são orientadas pelo Sistema de Regulação no âmbito do SUS, regulamentado pela portaria GM nº 1559 de 01 de agosto de 2008 que dispõe a Política Nacional de Regulação, estando organizada em três dimensões: i) regulação de sistemas de saúde, ii) regulação da atenção à saúde e iii) regulação do acesso, as medidas instada, necessariamente, ferem o sistema de regulação do SUS, afastando do gestor municipal e ou estadual suas obrigações legais ante os serviços de média e alta complexidade.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

Cumpre esclarecer nesse ponto que, o Sistema de Saúde no Brasil adota, dentre outros, os princípios da universalidade e da solidariedade, o que importa dizer, que todos os entes da Federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis junto às demandas prestacionais na área da saúde e, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização o dever de tornar efetivo o direito à saúde em favor de qualquer pessoa, notadamente de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Ademais, conforme da Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, recursos financeiros do Incentivo **para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI**, são destinados à viabilizar o acesso à saúde especializada para o usuário indígena, que por meio de estabelecimentos hospitalares que prestam serviços especializados e de apoio diagnóstico ao SUS, públicos ou privados sem fins lucrativos, incluídos os hospitais universitários, acessam a redes de média e alta complexidade.

Há maior detalhamento da justificação quando da análise dos artigos 18 e 19 do substitutivo, que acresce aos artigos 19 - E e 19 – G da Lei 8080, os parágrafos 1º e 2º e seus respectivos incisos.

Quanto ao disposto na **alínea “c”, do inciso V, do artigo 5º do Substitutivo a SESAI** por meio da **NOTA TÉCNICA Nº 4/2020-DASI/SESAI/MS**, já estabeleceu protocolo para a **descentralização de recursos para a contratação de força de trabalho e compra de equipamento** para o combate ao Covid-19. Salienta-se que, em 31/03/2020, foram iniciadas as entregas de insumos a partir de estoque atual existente:

- I. - 68.000 (sessenta e oito mil) unidades de máscaras cirúrgicas para complementar o estoque atual dos 34 (trinta e quatro) DSEI;
- II. - 62.700 (sessenta e dois mil e setecentas) unidades de luvas de procedimento para complementar o estoque atual dos 34 (trinta e quatro) DSEI;

Importante também mencionar que a SESAI realizou um levantamento do estoque dos equipamentos de proteção individual junto aos DSEI (Processo SEI 25000.042555/2020-10). O estoque apresentado pelos DSEI se refere aos itens e quantidades disponíveis nas Centrais de



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

Abastecimento Farmacêutico (CAF), na sede de cada DSEI. Ou seja, não se refere ao estoque dos itens nas unidades básicas de saúde indígena. Exemplificando, pode ser que um determinado item fora distribuído pelo DSEI recentemente aos polos e UBSI em quantidade adequada e, por esse motivo, o estoque na CAF esteja baixo ou zerado.

No que tange ao disposto no **inciso VI do artigo 5º do Substitutivo**, a SESAI, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), produziu um curso para os agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, disponível em: <http://universus.saude.gov.br/>.

Além dessa iniciativa, a SESAI também tem produzido e publicado vídeos institucionais sobre as medidas que vem sendo tomadas para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus como forma de garantir o acesso à informação pelos povos indígenas e pelos profissionais de saúde.

A partir dessas e outras estratégias de comunicação, a SESAI tem recomendando que a população indígena evite ao máximo se dirigir aos centros urbanos, onde pode haver transmissibilidade do vírus. Ações como essa, além de reduzirem o número de casos, e, por consequência, evitar a transmissão dentro da aldeia indígena, tem o potencial de reduzir o impacto para os serviços de saúde, por reduzir o pico epidêmico. Ademais, cabe destacar que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas estão produzindo materiais educativos, inclusive nas línguas indígenas, sobre as formas de prevenção e controle do novo coronavírus.

Outros materiais informativos e educativos, produzidos pelo Ministério da Saúde, estão disponíveis nos sites <https://coronavirus.saude.gov.br/> e <https://coronavirus.saude.gov.br/repositorio-multimidia>.

No que tange à medida instada no **inciso VIII do artigo 5º do Substitutivo**, entende-se que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são unidades gestoras e devem instruir seus próprios processos ordinários ou emergenciais. Neste caso, havendo solicitação, serão atendidos.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

No que tange ao disposto no incisos **VII , IX e XII do artigo 5º** do Substitutivo, cumpre destacar, *respectivamente*, a Secretaria Especial de Saúde Indígena já se manifestou sobre o tema, - **vide Ofício-Circular n. 27/2020, de 19 de março de 2020**, acerca da necessidade de elaboração dos Planos de Contingência Distritais para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas.

Outrossim, cumpre esclarecer que a SESAI por meio da **NOTA TÉCNICA Nº 4/2020-DASI/SESAI/MS**, já estabeleceu protocolo para a descentralização de recursos para a contratação de força de trabalho e compra de equipamento para o combate ao Covid-19. Salienta-se que, em 31/03/2020, foram iniciadas as entregas de insumos a partir de estoque atual existente, a saber; i) 68.000 (sessenta e oito mil) unidades de máscaras cirúrgicas para complementar o estoque atual dos 34 (trinta e quatro) DSEI; e 62.700 (sessenta e dois mil e setecentas) unidades de luvas de procedimento para complementar o estoque atual dos 34 (trinta e quatro) DSEI.

Quanto ao que dispõem a medida instada no **inciso X do artigo 5º** do Substitutivo, *considerando a necessidade da promoção de imunização de todos os indígenas a partir de 6 meses de idade contra a Influenza, cabe destacar que o objetivo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza é reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes de infecções pelo vírus da Influenza.*

Considerando que a população indígena apresenta maior vulnerabilidade para as doenças de transmissão respiratória, a meta da campanha de vacinação contra a Influenza, no âmbito do SASISUS, é de imunizar 712.465 indígenas nos 34 DSEI até o fim da campanha, iniciando-se na primeira fase pela população idosa indígena e profissionais de saúde, e na terceira fase para os demais membros da população indígena a partir de 6 meses. A SESAI e os DSEI estão trabalhando para que as ações de vacinação contra a Influenza ocorram de forma oportuna e eficaz.

Ainda nesse tema, cabe mencionar que a SESAI, por meio do **Ofício n. 91/2020, de 16 de março de 2020**, solicitou à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), considerando a



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

vulnerabilidade da população indígena às doenças respiratórias, a antecipação da vacinação contra Influenza para a população indígena.

Quanto aos *incisos XI e XIII do artigo 5º* do Substitutivo, informa-se que na presente fase da pandemia de Covid-19 no âmbito do SASISUS, os DSEI foram orientados, com base no Informe Técnico n. 04/SESAI sobre Coronavírus (0014197875), para que em "*casos suspeitos ou confirmados para Covid-19 em que o paciente indígena esteja na Casa de Saúde Indígena, faz-se necessário que a equipe da unidade adeque seus espaços para que o paciente fique em isolamento*". Além disso, o mesmo Informe ainda orienta que as CASAI devem adequar o espaço físico para a realização de isolamento de indígenas, quando necessário, respeitando as medidas de prevenção e controle já disseminadas para todos os DSEI e considerando o disposto na Lei nº 13.979/2020.

Para os casos suspeitos ou confirmados que estejam na aldeia de residência, sem complicações que exijam assistência hospitalar, a EMSI deverá indicar o isolamento por 14 dias, tanto para o paciente quanto para os contatos próximos. Em caso de isolamento domiciliar, as EMSI deverão orientar o paciente indígena sobre a importância do isolamento, das medidas de prevenção da transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações.

No que tange ao disposto no **artigo 8º do Substitutivo**, as razões para supressão do dispositivo, são as mesmas instadas quando da análise de supressão dos incisos III e IV do § 1º do artigo 1º.

Quanto ao disposto nos **artigos 11 e 12**, observa-se que a medida legislativa, também aqui, invade esfera de competência privativa do Poder Executivo, nos termos do artigo 61, § 1º, inciso II, alínea "a".

Cumprе destacar nesse sentido, que a **PORTARIA CONJUNTA Nº 4.094, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018**, que define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, já estabelece diretrizes e estratégias para a atuação conjunta da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS e da Fundação Nacional



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

do Índio - FUNAI no planejamento, coordenação, execução, monitoramento e avaliação de ações de atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, estando os dispositivos em desacordo com a normativa já estabelecida.

Quanto ao disposto nos **artigos 18 e 19 do substitutivo 1142**, que acresce aos artigos 19 -E e 19 – G da Lei 8080, os parágrafos 1º e 2º, incisos I e II, cumpre destacar que, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentando o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, ainda fixando critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Os povos indígenas estão contemplados na repartição dessas receitas.

Por meio da Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, recursos financeiros do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, são destinados à viabilizar o acesso à saúde especializada para o usuário indígena, que por meio de estabelecimentos hospitalares que prestam serviços especializados e de apoio diagnóstico ao SUS, públicos ou privados sem fins lucrativos, incluídos os hospitais universitários são atendidos, após seu referenciamento junto ao SUS, são atendidos junto à rede de saúde de média e alta complexidade.

Por fim, mas não menos importante, a proposição legislativa *colide frontalmente* com a Convenção nº. 169, esta, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro *com status normativo supralegal*, por força do parágrafo §2º do artigo 5º da Constituição Federal de 1988 e da *jurisprudência pacífica do Supremo Tribunal Federal*, fixada inicialmente no bojo do Recurso Extraordinário nº. 466.343/SP, de 3 de dezembro de 2008, quando, inobservando o disposto em seus *artigos 6º, item 1, alínea “a” e 7º, item 1 e 2*, *não trouxe nenhum elemento que identifique a obrigatoria “consulta prévia”* aos povos indígenas atingidos com a significativa mudança legislativa.³

3 Artigo 6º

1. Ao aplicar as disposições da presente Convenção, os governos deverão:



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Fernando Bezerra Coelho

Sala das Sessões,

Senador FERNANDO BEZERRA COELHO
Líder do Governo no Senado Federal
(MDB/PE)

a) consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas, cada vez que sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente; (GRIFO NOSSO)

b) estabelecer os meios através dos quais os povos interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que outros setores da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições efetivas ou organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e programas que lhes sejam concernentes;

c) estabelecer os meios para o pleno desenvolvimento das instituições e iniciativas dos povos e, nos casos apropriados, fornecer os recursos necessários para esse fim.

2. As consultas realizadas na aplicação desta Convenção deverão ser efetuadas com boa fé e de maneira apropriada às circunstâncias, com o objetivo de se chegar a um acordo e conseguir o consentimento acerca das medidas propostas. **Acesso em 28/05/2020**, sítio eletrônico: www.planalto.gov.br.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador LUIZ DO CARMO

EMENDA Nº -PLEN
(ao PL nº 1.142, de 2020)

Dê-se a seguinte redação aos arts. 1º, 2º e 3º, 9º, 10, 14, 15 e 19 do Projeto de Lei nº 1.142, de 2020:

“Art. 1º Esta Lei institui medidas de vigilância sanitária e epidemiológica para prevenção do contágio e da disseminação da covid-19 nos territórios indígenas, cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à covid-19 nos Territórios Indígenas, prevê ações de garantia de segurança alimentar, dispõe sobre ações relativas a povos indígenas isolados e de recente contato no período de calamidade pública em razão da covid-19, estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à covid-19 e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública.

§ 1º Estão abrangidos pelas disposições desta Lei:

.....
VII – pescadores artesanais; e

VIII – demais povos e comunidades tradicionais.

§ 2º As disposições desta Lei não excluem outras formas de proteção aos indígenas, aos quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais por ações governamentais direcionadas à prevenção e ao enfrentamento dos efeitos da covid-19.

Art. 2º Os povos indígenas, as comunidades quilombolas, os pescadores artesanais e os demais povos e comunidades tradicionais serão considerados como grupos em situação de extrema vulnerabilidade e, portanto, de alto risco e destinatários de ações relacionadas ao enfrentamento de emergências epidêmicas e pandêmicas.

Art. 3º Todas as medidas e garantias previstas nesta Lei levarão em consideração a organização social, as línguas, os costumes, as tradições e o direito à territorialidade dos povos indígenas, nos termos do § 5º do art. 216 e do art. 231 da Constituição Federal, assim como das comunidades quilombolas,



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LUIZ DO CARMO

pescadores artesanais e demais povos e comunidades tradicionais assegurados no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

.....

Art. 9º Considerada a abrangência prevista no § 1º do art. 1º desta Lei, fica instituída a garantia da segurança alimentar e nutricional aos povos indígenas, às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais enquanto perdurar o estado de emergência decorrente da pandemia da covid-19.

§ 1º A União assegurará a distribuição de alimentos diretamente às famílias indígenas, quilombolas, de pescadores artesanais e dos demais povos e comunidades tradicionais na forma de cestas básicas, sementes e ferramentas agrícolas, para serem distribuídas conforme a necessidade dos assistidos.

.....

§ 3º A União garantirá suporte técnico e financeiro à produção dos povos indígenas, das comunidades quilombolas, dos pescadores artesanais e dos demais povos e comunidades tradicionais e ao escoamento da produção daqueles prejudicados em função da covid-19, por meio da aquisição direta de alimentos, no âmbito dos programas da agricultura familiar, assegurando a infraestrutura e a logística necessárias, de acordo com cada região.

Art. 10. As exigências documentais para acesso a políticas públicas que visam a criar condições para garantir a segurança alimentar aos povos indígenas, às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para enfrentar estado de emergência e de calamidade pública serão simplificadas.

.....

Art. 14. Enquanto perdurar o período de calamidade pública em saúde decorrente da pandemia da covid-19, serão adotadas medidas urgentes para mitigar os seus efeitos entre os quilombolas, pescadores artesanais e os demais povos e comunidades tradicionais do País.

Parágrafo único. Aplicam-se às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais as disposições referentes ao Plano Emergencial de que trata o Capítulo II desta Lei, e cabe ao Ministério da Saúde o planejamento e a execução das medidas de que trata o *caput* deste artigo, no que couber.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LUIZ DO CARMO

Art. 15. Serão desenvolvidas ações emergenciais de saúde, sem prejuízo de outras, em prol das comunidades quilombolas, dos pescadores artesanais e dos demais povos e comunidades tradicionais, que incluam, no mínimo:

I – medidas de proteção territorial e sanitária, com a restrição de acesso a pessoas estranhas à comunidade, ressalvadas as de missões religiosas que já estejam atuando e os responsáveis pela prestação de serviços públicos devidamente credenciados, como profissionais da saúde e de demais órgãos públicos, visando a impedir a disseminação da covid-19 e a circulação do coronavírus entre os quilombolas e os pescadores artesanais;

II – ampliação emergencial do apoio por profissionais da saúde, com ampla utilização de EPI pelos profissionais envolvidos, além da garantia de testagem rápida para os casos suspeitos de covid-19 nos quilombos, em territórios de pescadores artesanais e de demais povos e comunidades tradicionais;

.....

Art. 19. Em áreas remotas, serão adotados mecanismos que facilitem o acesso ao auxílio emergencial instituído pelo art. 2º da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, assim como aos benefícios sociais e previdenciários, de modo a possibilitar a permanência de povos indígenas, de comunidades quilombolas, de pescadores artesanais e de demais povos e comunidades tradicionais em suas próprias comunidades.

.....”

JUSTIFICAÇÃO

O surto da covid-19 paralisou as atividades do setor de pescados artesanais. Com isso, muitos pescadores tiveram de buscar, muitas vezes com dificuldades, além do pagamento do seguro defeso, acesso ao auxílio emergencial previsto na Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020.

Além das questões econômicas e financeiras fundamentais para o sustento dessas famílias, assim como ocorre com os povos indígenas, essa população, geralmente, vive em localidades distantes dos centros assistenciais, como é o caso de reservas costeiras, o que a torna ainda mais vulnerável devido às dificuldades de acesso aos recursos assistenciais.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LUIZ DO CARMO

Para aprimorar o projeto, apresentamos emenda para especificar, de maneira inequívoca, que as medidas nele contidas contemplarão também os pescadores artesanais, população responsável por parcela significativa da produção de pescado no Brasil e bastante vulnerável aos efeitos do surto causado pelo novo coronavírus.

Sala das Sessões,

Senador **LUIZ DO CARMO**



PL 1142/2020
00004

Gabinete da Senadora **KÁTIA ABREU**

EMENDA Nº _____ - PLENÁRIO

(ao PL 1142 de 2020)

Acrescenta-se o seguinte parágrafo único ao art. 9º, do Projeto de Lei nº 1142 de 2020:

Art. 9º.

Parágrafo único: Terão prioridade o previsto no *caput*, as famílias dos povos indígenas, das comunidades quilombolas e aos demais povos e comunidades tradicionais, inscritas no Cadastro Único do Governo Federal.

Justificação

Não temos dúvidas de que todas as atenções devem estar, como estão, voltadas no momento para a expansão da pandemia da Covid-19 e a evolução das contaminações pelo mundo e no Brasil, em especial.

No dia 26 de fevereiro do corrente ano, o Brasil anunciava seu 1º caso de contágio pelo covid-19 no país. Passado esse tempo, exatamente no dia 08 de junho, o Brasil soma 711.696 casos confirmados do novo coronavírus e amarga a faixa de 37.359 mortes em decorrência da doença. O Brasil é o segundo país do mundo com maior número total de casos, e o terceiro com mais mortes, sendo o foco da pandemia na América Latina. São números alarmantes, pois o alastramento do contágio é acelerado.

Diante desses números, vem a preocupação da Covid-19 entrar em comunidades indígenas o pode promover um cenário devastador. Grande parte da população indígena pode ser impactada e dizimada devido à facilidade de transmissão da doença, vulnerabilidade das populações isoladas e limitações ao acesso de assistência médica, devido à dificuldade na logística do transporte dos doentes.

Ademais, essas populações, consideradas historicamente vulneráveis, por diversos fatores, dentre os quais a baixa imunidade, em sua grande maioria vive longe dos centros urbanos, frequentemente, em unidades familiares com grande número de moradores, sem a divisão dos cômodos, utilizando utensílios domésticos de uso coletivo e a realização diárias de atividades coletivas, de coleta, práticas culturais e rituais.

Segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), subordinada ao Ministério da Saúde, hoje no país já foram notificados mais de dois mil casos de contaminação indígena, o que resultou em oitenta e dois óbitos.

Essa preocupação também se estende as comunidades quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais espalhados pelo Brasil. As Comunidades quilombolas já são, historicamente, locais de resistência e as dificuldades ao longo dos anos, fez desta população um povo forte, porém o distanciamento social obrigatório imposto pela Covid-19, faz com que esses povoados se sentissem ainda mais despercebidos.

Devido à inércia dos governos e atuações de racismo institucional, os quilombos não podem contar e usufruir de um sistema de saúde constituído, em grande parte dos quilombos é de frágil assistência, e a maioria dos moradores daquela comunidade tem a necessidade de peregrinação até centros de saúde com melhores condições de atendimento. A falta de água potável em muitos territórios é preocupante, pois dificulta por demais as condições de higiene satisfatória para evitar o alastramento do coronavírus, além do mais agora com as consequências sociais e econômicas dos quilombos devido a pandemia do covid-19.

Diante dessas circunstâncias, a presente proposta vem em boa hora, afim de preservar a vidas não só dos indígenas, mas também dos povos quilombolas e demais comunidades tradicionais do país.

Nesse sentido, apresento a presente emenda no sentido de aprimorar esse relevante projeto, visando direcionar a ajuda a essas pessoas, inicialmente pelas mais pobres e carentes, que é o caso dos inscritos no cadastro único do Governo Federal.

Para se ter uma ideia, hoje no cadastro único existem 162.716 famílias indígenas cadastradas em todo o país, representadas por mais de 600mil indígenas. As famílias quilombolas somas 188.883 que corresponde a mais de 550mil pessoas, sem falar nas comunidades tradicionais como os extrativistas, ribeirinhas e pescadores artesanais que juntas somas quase 500 mil famílias cadastradas no cadúnico.

Pelas razões expostas, conto com o apoio dos nobres Parlamentares para o acatamento desta Emenda

Sala das Sessões,

Senadora **KÁTIA ABREU**



PL 1142/2020
00005

Gabinete da Senadora **KÁTIA ABREU**

EMENDA Nº _____ - PLENÁRIO

(ao PL 1142 de 2020)

Acrescenta-se o seguinte parágrafo único ao art. 20º, do Projeto de Lei nº 1142 de 2020:

Art. 20º:

Parágrafo único: As aquisições de materiais, serviços, contratações, em cumprimento a esta Lei, deverão seguir os termos dos arts. 4º, **4º-A, 4º-B, 4º-C, 4º-D, 4º-E, 4º-F, 4º-G, 4º-H, 4º-I**, da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

Justificação

No dia 26 de fevereiro do corrente ano, o Brasil anunciava seu 1º caso de contágio pelo covid-19 no país. Passado esse tempo, exatamente no dia 08 de junho, o Brasil soma 711.696 casos confirmados do novo coronavírus e amarga a faixa de 37.359 mortes em decorrência da doença. O Brasil é o segundo país do mundo com maior número total de casos, e o terceiro com mais mortes, sendo o foco da pandemia na América Latina. São números alarmantes, pois o alastramento do contágio é acelerado.

Diante desses números, vem a preocupação da Covid-19 entrar em comunidades indígenas o pode promover um cenário devastador. Grande parte da população indígena pode ser impactada e dizimada devido à facilidade de transmissão da doença, vulnerabilidade das populações isoladas e limitações ao acesso de assistência médica, devido à dificuldade na logística do transporte dos doentes.

Ademais, essas populações, consideradas historicamente vulneráveis, por diversos fatores, dentre os quais a baixa imunidade, em sua grande maioria vive longe dos centros urbanos, frequentemente, em unidades familiares com grande número de moradores, sem a divisão dos cômodos, utilizando utensílios domésticos de uso coletivo e a realização diárias de atividades coletivas, de coleta, práticas culturais e rituais.

Segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), subordinada ao Ministério da Saúde, hoje no país já foram notificados mais de dois mil casos de contaminação indígena, o que resultou em oitenta e dois óbitos.

Essa preocupação também se estende as comunidades quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais espalhados pelo Brasil. As Comunidades quilombolas já são, historicamente, locais de resistência e as dificuldades ao longo dos anos, fez desta população um povo forte, porém o distanciamento social obrigatório imposto pela Covid-19, faz com que esses povoados se sentissem ainda mais despercebidos.

Devido à inércia dos governos e atuações de racismo institucional, os quilombos não podem contar e usufruir de um sistema de saúde constituído, em grande parte dos quilombos é de frágil assistência, e a maioria dos moradores daquela comunidade tem a necessidade de peregrinação até centros de saúde com melhores condições de atendimento. A falta de água potável em muitos territórios é preocupante, pois dificulta por demais as condições de higiene satisfatória para evitar o alastramento do coronavírus, além do mais agora com as consequências sociais e econômicas dos quilombos devido a pandemia do covid-19.

Pela proposta, serão adquiridos materiais de consumo e de higiene, equipamentos de proteção individual (EPIs), aquisição de ventiladores e de máquinas de oxigenação sanguínea, contratação emergencial de profissionais da saúde para reforçar o apoio à saúde indígena; construção emergencial de hospitais de campanha e insumos necessários à manutenção das condições de saúde para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19.

Nesse sentido, apresento a presente emenda no intuito de aperfeiçoar a proposição, acrescentando dispositivos da lei 13.979 de 2020¹, que dispõe exclusivamente sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, onde contempla medidas mais saudáveis e transparentes na aquisições de materiais, serviços, contratações de pessoal, em cumprimento a essa lei, visando resguardar ao máximo os recursos públicos escarço no momento.

Pelas razões expostas, conto com o apoio dos nobres Parlamentares para o acatamento desta Emenda

Sala das Sessões,

Senadora **KÁTIA ABREU**

¹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979compilado.htm