

PROJETO DE LEI Nº , DE 2020
(Da Sra. Maria do Rosário e outros)

Institui plano de ação do poder público em caso de endemia, epidemia ou pandemia certificada pelo Sistema Único de Saúde ou pela Organização Mundial de Saúde e dá outras providências.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Considerando que o direito a saúde é um direito humano, direito de todos e dever do Estado, esta Lei institui plano de ação do poder público em caso de endemia, epidemia ou pandemia certificada pelo Sistema Único de Saúde ou pela Organização Mundial de Saúde, constituindo-se em matéria de relevância pública, nos termos do Art. 197 da Constituição Federal.

Art. 2º O Poder Público na aplicação dessa lei obedecerá aos princípios da universalidade, da equanimidade e também da:

I – integralidade;

II – adaptabilidade;

III - aceitabilidade e;

IV - qualidade.

Art. 3º São diretrizes desta Lei:

I – promoção e preservação da qualidade de bem estar, vida e saúde da população;

II - acompanhamento contínuo de situações que gerem doenças transmissíveis por contágio, infectantes ou decorrentes de exposições ambientais de agentes que afetam a saúde das populações;

III – transetorialidade, intersetorialidade e transversalidade das políticas de vigilância, monitoramento e intervenção;

IV - valorização da pesquisa científica aplicada aos objetos de interesse na prevenção, vigilância, monitoramento, combate , mitigação e recuperação da condição das populações e ambientes afetados;

V – elaboração, atualização e exercício de planos e campanhas de prevenção, proteção, informação e educação.

Art. 4º Para fins desta lei considera-se:

I - agravo: qualquer dano à integridade física, mental, econômica e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como exposição a agentes infecciosos, acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões autoinfligidas ou heteroinfligidas;

II - caso: pessoa ou animal infectado ou doente apresentando características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas;

III - caso autóctone: caso contraído pelo enfermo na zona de sua residência;

IV - caso esporádico: caso que, segundo informações disponíveis, não se apresenta epidemiologicamente relacionado a outros já conhecidos;

V - caso-índice: O primeiro entre vários casos de natureza semelhante e epidemiologicamente relacionados;

VI - doença: uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

VII - epidemia: denominação utilizada em situações em que a doença envolve grande número de pessoas e atinge uma larga área geográfica;

VIII - evento: manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IX - evento de Saúde Pública (ESP): situação que pode constituir ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração nas características clínico-epidemiológicas de doenças conhecidas, considerando o grau de disseminação, a magnitude, a gravidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ambientais ou acidentes com exposição a agentes contaminantes biológicos, químicos ou radioativos;

X - surto ou evento inusitado em saúde pública: situação em que há aumento acima do esperado na ocorrência de casos de evento ou doença em uma área ou entre um grupo específico de pessoas, em determinado período.

Parágrafo único. Em caso de doenças raras infectantes e incomuns, um único caso pode representar um surto.

CAPÍTULO II DA PREVENÇÃO

Art. 5º O poder público manterá equipe multiprofissional apta e permanente para realizar investigação de campo e comunicar a autoridade competente a ocorrência de caso confirmado ou suspeito elencados no Art. 4º desta lei.

Art. 6º O poder público incentivará a criação de pesquisa e monitoramento de possíveis vetores de transmissão, em especial os relacionados a animais silvestres e a animais de pecuária.

§1º As equipes de investigação e pesquisa serão formadas por profissionais aptos, de caráter interdisciplinar, abrangendo profissionais de veterinária, biologia e ciências da saúde de modo geral.

§2º As pesquisas previstas neste artigo serão feitas prioritariamente por universidades públicas brasileiras, devendo ser garantido a elas:

I - estrutura e orçamento necessário e suficiente para as pesquisas;

II - contratação de pesquisadores com pós-graduação;

III - garantia de bolsas remuneradas para estudantes que participarem de pesquisas.

Art. 7º As pesquisas desenvolvidas terão como finalidade:

I - entender a origem dos agravos, casos, doenças, eventos, surtos e eventos de saúde pública;

II - propor medidas sanitárias adequadas à proteção da saúde da população;

III - criar vacinas e medicamentos para prevenção e tratamento de doenças para as quais a efetividade dos recursos terapêuticos já existentes não seja aceitável.

Art. 8º Identificadas às situações definidas nos incisos II, III, IV, V do Art. 4º pelas equipes de investigação de campo e pesquisa, deverá a equipe notificar a autoridade competente para que o SUS providencie as medidas necessárias para evitar o contágio de terceiros.

Parágrafo único. Nos casos previstos nesse artigo, a equipe multiprofissional comunicará os centros de pesquisa em saúde das universidades públicas e privadas mais próximos para que também possam realizar o acompanhamento e as pesquisas relacionadas ao caso, desde que resguardem a saúde de seus pesquisadores.

Art. 9º O poder público promoverá regularmente campanhas educativas informando a população a respeito de comportamentos adequados para a prevenção de doenças ou surtos sazonais.

Parágrafo único. Quando se tratar de surto extraordinário, as campanhas terão caráter de urgência a depender da gravidade da doença.

Art. 10. Na ocorrência ou iminência de epidemia o poder público promoverá campanhas por meio de Internet, rádio, televisão e imprensa para informar sobre os reais riscos de contágio e as providências necessárias para a proteção da saúde individual e coletiva.

Parágrafo único. Na ocorrência de epidemia, surto ou evento de saúde pública restrita a determinada unidade federativa as campanhas previstas neste artigo poderão se restringir a região atingida e as regiões limítrofes.

CAPÍTULO II

DO CONTROLE E MONITORAMENTO DOS CASOS

Art. 11. Ocorrendo os casos previstos nos incisos I, II, III, IV, VI do art. 4º o poder público providenciará de pronto o adequado tratamento depois da sua identificação, garantindo o apoio necessário ao paciente e à sua família.

Parágrafo único. O poder público providenciará as medidas para que o paciente não infecte outras pessoas quando houver esta possibilidade, entre estas medidas poderá:

I - ministrar o tratamento farmacológico e outro recurso de prevenção e controle necessários para evitar o contágio;

II - determinar a quarentena domiciliar;

III – determinar a quarentena em estabelecimento de saúde;

IV - tomar qualquer outra providência que julgar pertinente de acordo com os protocolos e diretrizes médico-sanitárias aceitos pelo Ministério da Saúde, com base em provas científicas.

Art. 12. Na hipótese de epidemia, surto ou evento de saúde pública o poder público deverá:

I - garantir vacinas, fármacos e teste diagnósticos necessários ao atendimento da população;

II - fornecer produtos necessários para a prevenção doméstica daqueles que estão cadastrados no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único);

III - restringir a circulação da população quando for insuficiente a aplicação de providências previstas no inciso anterior;

Parágrafo único. A restrição prevista no inciso III deste artigo poderá ser parcial ou aplicada a determinados grupos da população segundo diretrizes recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

Art. 13. Quando for declarada uma epidemia, em determinada unidade federativa do Brasil o poder público deverá instituir medidas sanitárias para evitar o contágio para outras unidades federativas, entre as quais:

I - promover bloqueios por vacina na população local quando houver vacina específica e for exequível;

II - restringir a locomoção dessa população para outras unidades federativas;

III - manter em rodoviárias e aeroportos profissionais aptos para identificar pessoas com sintomas oriundas de lugares com declaração de surto ou epidemia;

IV- prover meios de proteção individual e coletiva e recursos tecnológicos para as ações de vigilância em saúde e dos profissionais nessas situações.

Parágrafo único. A restrição de circulação poderá incluir além da proibição de aglomerações públicas, a determinação de fechamento temporário e pelo tempo que for necessário de escolas, parques, praças, ginásios, estádios, universidades, centros comerciais, igrejas, e outros estabelecimentos que as autoridades sanitárias entenderem necessários.

Art. 14. Quando declarada a epidemia em país estrangeiro pela Organização Mundial da Saúde ou pela autoridade sanitária do País, o

poder público brasileiro deverá tomar providencias e instituir medidas sanitárias para evitar a chegada da epidemia em território nacional, entre as quais:

I - repatriar de pronto os cidadãos brasileiros e submete-los a exames clínicos e laboratoriais de controle quando necessário e indicado para proteção da população;

II - garantir a vacinação específica ou outras medidas preventivas em relação à chegada de cidadãos egressos destes países;

II - quando imprescindível ordenar a quarentena de cidadãos egressos do território com epidemia na ocasião de sua chegada ao território nacional;

III - determinar o cancelamento de viagens aéreas, terrestres e marítimas para lugares afetados;

IV - suspender a importação de produtos de lugar afetado quando a doença puder ser transmitida por eles.

§1º As companhias de transporte aéreo, rodoviário ou marítimo deverão solicitar aos seus passageiros, antes mesmo do embarque, confirmação de percursos e contatos dos passageiros nos lugares com epidemia e em qual data.

§2º Na hipótese de algum passageiro informar que esteve em lugares onde a Organização Mundial da Saúde declarou estado de epidemia, a companhia de transporte deverá impedir o embarque para o Brasil se o passageiro não estiver munido de documento médico que ateste sua saúde, salvo na hipótese de ser cidadão brasileiro ou residente no Brasil quando então a autoridade consular providenciará seu regresso seguro para o território nacional.

§3º As companhias de transporte com destino ao Brasil deverão informar aos passageiros que estiveram em lugar com epidemia que estejam munidos de atestado de saúde no momento da compra da passagem com destino para o Território Nacional.

§4º Com a declaração de epidemia a Polícia Federal verificará os passaportes dos passageiros que chegarem ao Brasil para identificar

quem esteve presente em lugar com epidemia no momento de sua chegada ao território nacional. Aqueles que tiverem confirmadas sua presença em tais territórios serão encaminhados à autoridade sanitária mais próxima para os devidos procedimentos.

§ 5º Quem omitir ou mentir sobre a sua estada em território estrangeiro com epidemia declarada e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde responderá pelo crime previsto no Art. 268 do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2.248 de 7 de dezembro de 1940.

CAPÍTULO III

DO CONSELHO DE CONTROLE DE DOENÇAS E INFECÇÕES

Art. 15. O poder público manterá conselhos de controle de doenças e infecções de âmbito nacional, conselhos estaduais e do Distrito Federal constituídos por representantes do Ministério da Saúde, de universidades, sociedade civil, especialistas reconhecidos no tema, Poder Executivo, Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e conselhos profissionais da área de saúde e ambiente.

Art. 16. Este Conselho avaliará as experiências locais e nacionais e proporá ao poder público medidas para o controle e prevenção de epidemias, surtos e eventos de Saúde Pública.

CAPÍTULO IV

DOS ARRANJOS INTERFEDERATIVOS

Art. 17. O poder público instituirá arranjos interfederativos em rede para a coordenação e a condução em caso ou iminência de crises sanitárias.

Parágrafo único. Os arranjos interfederativos poderão englobar apenas as unidades federativas envolvidas quando for necessário e mais eficiente para o acompanhamento e controle de crise sanitária.

Art. 18. Os arranjos interfederativos serão constituídos como Comitê de Gestão de Crise durante a iminência ou declaração de estado emergência ou calamidade pública, sendo-lhes assegurado o monitoramento, por meio de salas de situação, bem como a garantia de processos de decisão integrados e interativos com formas de organização dinâmicas e sinérgicas nos seguintes âmbitos conexos:

I - locais;

II – regionais;

III – estaduais;

IV – nacional; e

V - internacional.

Parágrafo único. O Comitê de Gestão de Crise, assim como seus subcomitês, poderão requerer serviços privados ou intervir sobre os mesmos, em casos de necessidade extrema na iminência ou durante a declaração de estado de emergência sanitária ou calamidade pública.

CAPÍTULO IV

DA DISPONIBILIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Art. 19. O poder público envidará esforços para que em situações de normalidade seja garantido pelo Sistema Único de Saúde o mínimo de quatro leitos hospitalares efetivos por mil habitantes, distribuídos de maneira equânime pelas unidades federativas, observados número e características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas das populações em seus territórios e acessibilidade territorial, distribuídos da seguinte maneira:

I - 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos por mil habitantes para atenção de pacientes agudos;

II - 1,0 (um inteiro) leito por mil habitantes para atenção eletiva ou programada e;

III - 0,5 (cinco décimos) leitos por mil habitantes para longa permanência e dependência variada com cuidados sociais e sanitários e que não necessitam ser obrigatoriamente em ambiente hospitalar;

IV – entre 15% (quinze por cento) a 20% (vinte por cento) dos leitos de agudos e eletivos deverão ser dedicados aos cuidados intermediários e



intensivos, com reserva de equipamentos e áreas de reserva para ampliar esta proporção a até 30% (trinta por cento) do total de leitos conforme a necessidade derivada da espera nos serviços de urgências e na hospitalização não intensiva.

Art. 20. Por leito efetivo se entende aquele leito que possui a ele associados os profissionais, plataforma tecnológica e apoio logístico para prover atenção continuada 24 (vinte e quatro) horas por dia.

Art. 21. A proporção de leitos de cuidados intermediários e de cuidados intensivos sobre o total de leitos deverá ser definido em função da expectativa de necessidades populacionais.

Art. 22 A unidade federativa que não alcançar o mínimo de quatro leitos efetivos por mil habitantes declarará crise de emergência sanitária devendo tomar todas as providências para alcançar o mínimo de leitos previstos neste artigo.

Art. 23. Serão considerados argumentos e evidência de crise de emergência sanitária a superlotação dos serviços de atenção às urgências com retenção de pacientes por falta de leitos de internação e tempos de espera para procedimentos urgentes ou programáveis que comprometam o resultado clínico final para o paciente, limites temporais estes que deverão ser estabelecidos cientificamente e sistematicamente revisados, conforme o avanço do conhecimento científico.

Art. 24. Declarada emergência ou calamidade pública que demande a ampliação do número de leitos hospitalares efetivos, o Poder Público poderá requisitá-los junto de instituições privadas de saúde.

Art. 25. As instituições de saúde privadas não poderão negar atendimento ou exames a pessoas suspeitas de terem contraído doença ou infecção que motivou a declaração de estado de emergência ou calamidade pública.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. O Poder Público disponibilizará painéis transparentes de controle do uso e saturação dos circuitos de atenção e monitoramento dos tempos



de espera e permanência dos pacientes nos serviços de saúde, evitando que o tempo transcorrido comprometa os seus prognósticos.

Art. 27. Sempre que possível o Poder Público desenvolverá aplicativos com atualização diária pela rede mundial de computadores para disponibilizar informações gratuitamente a população sobre a evolução dos casos em todo o país ou regiões afetadas por surto ou epidemia e também:

I - informações sobre a prevenção e sintomas de doenças infectocontagiosas;

II - informações sobre onde buscar atendimento em caso de apresentação de sintomas ou suspeita de contágio;

III - Cuidados necessários em caso de contágio.

IV - Outras informações que o Sistema de Saúde considerar necessário para a saúde da população.

Art. 28. É vedado o aumento do preço de medicamentos, insumos, vacinas ou de planos de saúde na iminência ou durante a declaração de estado de emergência ou calamidade pública decorrentes de crise sanitária.

Art. 29. O orçamento destinado a financiar o instituído por essa lei decorrerá do orçamento geral da União e dos Estados, adotando-se quando possível o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia, nos termos da Constituição Federal.

Art. 30. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição legislativa procura criar um plano de ação para que o país esteja protegido de epidemias. Parte dos conceitos adotados por esta proposição, em especial as previstas no seu Art. 4º tem como referência o Guia de Investigações de Surtos e Epidemias do Ministério da Saúde de 2018¹. Sejam estas epidemias de origem local ou mesmo internacional, é importante que o Brasil conte com um marco legal que oriente as ações públicas quando declarada crise sanitária em razão de epidemia ou pandemia. Além disso, é importante mencionar que a presente proposição também procura criar ações de prevenção e acompanhamento de doenças ou casos que podem levar a nova epidemia.

Dessa maneira, esta proposição surge não apenas como uma resposta em razão da total falta de preparação do governo atual em prever e se adiantar aos acontecimentos necessários que a Covid-19 exigem e exigirão do poder público. No momento atual, os governos das unidades subnacionais estão empenhados no combate à pandemia. A despeito dos esforços dos governos locais é imprescindível uma coordenação nacional para que as ações sejam harmônicas e não conflitantes entre si. A presente proposição tem este escopo, entre outras finalidades.

Com efeito, não são raros os especialistas a alertarem o risco de novas epidemias. A pandemia de Covid-19 não é a primeira que o mundo enfrenta. Outras doenças infectantes já causaram diversos danos à saúde pública, desde a gripe espanhola do início do século XX, passando pelas gripes aviária e suína mais recentes, também é preciso acrescentar outras infecções como a do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a do vírus Ebola. Esta última com alto percentual de letalidade, registre-se, não registrou caso em nosso país. No entanto, a possibilidade desta doença fatal espalhar-se para fora do continente africano não deve ser

1 Disponível em < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/21/guia-investigacao-surtos-epidemias-web.pdf> > Acesso em 31 de março de 2020.

desconsiderada, exemplo disso é o caso já registrado nos Estados Unidos da América².

Acrescente-se que a crescente urbanização mundial e a necessidade de aumento da produção pecuária são fatores de aumento do risco para o surgimento de novas epidemias. A ciência tem mostrado que a criação de animais em confinamento para pecuária tem propiciado surgimento de novas doenças. Nesse passo, é notória a importância e o tamanho da pecuária no Brasil. Considerando essa imensa produção pecuária que empurra a fronteira agrícola, infelizmente, para zonas de proteção do ambiente, torna-se praticamente inevitável o contágio por novas doenças em animais destinados à pecuária, e destes para o ser humano. Esse quadro torna imprescindível a sua constante vigilância. É isso que também se procura garantir com esta proposição legislativa.

É imperioso, portanto, o Brasil estar preparado, não apenas para quando acontecer um novo surto epidêmico, mas principalmente para evitar que novos surtos ocorram. Por isso esta proposição teve o cuidado de prever a criação de equipes de pesquisa científica para a vigilância de novos casos. Igualmente, procurou-se valorizar a ciência, indispensável para a prevenção, acompanhamento e o controle de novos eventos, sejam endêmicos, epidêmicos ou mesmo restrito a um único caso, pois basta um caso para que nova epidemia possa ocorrer.

Com efeito, é importante mencionar que a determinação da previsão de no mínimo 4 leitos por 1000 habitantes constante no projeto procura se adequar a uma reivindicação da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE, baseada em estudo de necessidades comparativas internacionais e contextualizadas na realidade brasileira. Frente a continua redução do estoque de leitos hospitalares no Brasil desde o ano de 1992 e dificuldade de acesso a leitos na saúde pública e privada, e as desigualdades estruturais entre esses dois subsistemas, a

2 Conforme noticiado pelo Portal G1. Disponível em <<http://g1.globo.com/bemestar/ebola/noticia/2014/10/eua-confirmam-diagnostico-de-1-caso-de-ebola-transmitido-no-pais.html>> Acesso em 31 de março de 2020.

RBCE considera este número uma garantia mínima para o bom atendimento no SUS e que permitiria complacência em situações emergenciais, sempre e quando os hospitais tivessem planos contingenciais, equipamentos, áreas físicas adaptáveis e força de trabalho organizada de forma suficiente e racional para a atenção regular e para convocatórias excepcionais.

Uma rede de atenção organizada e integrada organizada em círculos concêntricos de colaboração pode promover um suporte dinâmico que será imprescindível para a contenção de surtos ou doenças com potenciais epidêmicos assim como para conter desastres diários de baixa intensidade que podem acometer o sistema de saúde de forma eventual, periódica ou mesmo sazonal. Adicionalmente torna-se imprescindível a integração das redes de atenção as urgências e redes de atenção à saúde em geral no sistema de proteção ou defesa civil, com os centros reguladores do SAMU e os complexos reguladores da atenção em saúde compondo a coordenação sanitária da defesa civil de caráter municipal e regional, capaz de contribuir no manejo integrado dos desastres cotidianos de baixa intensidade e nos efeitos prolongados de desastres de alta intensidade.

Por fim, gostaríamos de agradecer aos Professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Dr. Alcides Silva Miranda (Médico, Mestre pela MSP/UECE e Doutor em Saúde Coletiva pela ISC/UFBA), e o Dr. Sondre Schneck (Enfermeiro, Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo); do pesquisador Dr. Armando De Negri Filho (Médico, Especialista em Medicina de Emergências, Mestre em Epidemiologia - UFPEL, em Saúde Pública ENSP FIOCRUZ e em Gestão Clínica e Coordenação Médica – Instituto Carlos III de Madrid, Doutor em Política e Sistemas de Saúde pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e Coordenador-Geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE); a Dra. Silvia Helena Bastos de Paula (Enfermeira

Sanitarista; Doutora em Ciências com concentração em Infectologia e Saúde Pública; Pesquisadora Científica do Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Docente do mestrado Profissional de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde SES/SP) e ao Dr. José Ruben de Alcântara Bonfim (Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP; médico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde São Paulo e da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo) que foram fundamentais para a construção do presente projeto de lei

Ciente da importância da presente proposição, contamos com o apoio dos caros parlamentares para a sua presente aprovação.

Sala das Sessões, em de maio de 2020.

MARIA DO ROSÁRIO
Deputada Federal (PT/RS)



Projeto de Lei **(Do Sr. Maria do Rosário)**

Institui plano de ação do poder público em caso de endemia, epidemia ou pandemia certificada pelo Sistema Único de Saúde ou pela Organização Mundial de Saúde e dá outras providências.

Assinaram eletronicamente o documento CD204009255200, nesta ordem:

- 1 Dep. Maria do Rosário (PT/RS)
- 2 Dep. Arlindo Chinaglia (PT/SP)
- 3 Dep. Jorge Solla (PT/BA)
- 4 Dep. Jandira Feghali (PCdoB/RJ)
- 5 Dep. Eduardo Barbosa (PSDB/MG)
- 6 Dep. Alexandre Padilha (PT/SP)
- 7 Dep. Chico D'Angelo (PDT/RJ)
- 8 Dep. Carlos Veras (PT/PE)
- 9 Dep. Mariana Carvalho (PSDB/RO)
- 10 Dep. Luciano Ducci (PSB/PR)
- 11 Dep. Leandre (PV/PR)