



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.668, DE 2020

(Da Sra. Fernanda Melchionna e outros)

Dispõe sobre práticas de atenção emergencial a pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, em razão do estado emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19-).

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-2054/2020.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

PROJETO DE LEI Nº , DE 2020

(Da Bancada do PSOL)

Dispõe sobre práticas de atenção emergencial a pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, em razão do estado emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19-).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre práticas de atenção emergencial a pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cadastradas ou não no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), públicas, filantrópicas ou privadas, destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com objetivo de prevenção e redução da transmissão da Covid-19.

Parágrafo único. O disposto nesta Lei vigorará enquanto durarem os efeitos da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.

Art. 2º Para fins desta lei, por atenção emergencial compreende-se o conjunto intensificado de práticas sanitárias e ações de cuidado direto e indireto destinadas a garantir a manutenção da higiene, segurança, bem estar físico e emocional de pessoas idosas institucionalizadas, bem como dos profissionais de saúde, assistência social, cuidadores e corpo administrativo da respectiva instituição, mediante coordenação direta do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 3º Em observância à Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, à

Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005 e à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as ILPI deverão, entre outras obrigações:

- I- Elaborar um plano de contingência de combate ao Covid-19 com atividades de prevenção e controle de infecção, em conformidade com as orientações da Anvisa, a ser submetido à autoridade sanitária local;
- I- Avaliar e monitorar diariamente as pessoas idosas residentes quanto à presença de febre, sintomas respiratórios e outros sinais e sintomas da Covid-19, garantindo a continuidade do acompanhamento de doenças crônicas e a não suspensão de medicamentos de uso continuado;
- II- Aferir diariamente a temperatura de todos os profissionais de saúde, assistência social, cuidadores, corpo administrativo, órgãos fiscalizadores e outros que eventualmente se encontrem nas dependências da instituição;
- III- Realizar testes PCR ou o mais preciso possível em todas as pessoas idosas residentes e profissionais que atuem na instituição, somente realizando testes rápidos na hipótese de indisponibilidade de alternativa de maior precisão;
- IV- Encaminhar semanalmente à autoridade sanitária local relatório circunstanciado das condições de saúde de todas as pessoas residentes;
- V- Prover condições para isolamento da pessoa idosa residente com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, adotando medidas de precaução padrão, precaução para gotículas e precauções de contato no cuidado e atendimento, notificando a situação imediatamente à Unidade de Saúde e ao familiar responsável;
- VI- Prover diariamente máscaras de proteção individual aos residentes e funcionários, bem como álcool em gel a 70% nos corredores,

- recepções, salas de estar, áreas de lazer, consultórios, refeitórios, quartos dos residente e demais áreas comuns;
- VII- Manter campanha permanente e orientação direta, bem como promover condições para higienização regular das mãos, executando estratégias diferenciadas e adequadas para residentes com capacidade cognitiva reduzida ou deficiente;
- VIII- Garantir que todas as pessoas que ingressem nas dependências da instituição façam a troca de roupas e calçados para uso interno exclusivo;
- IX- Garantir a limpeza e a desinfecção de áreas comuns, superfícies, utensílios e objetos utilizados direta ou indiretamente pelas pessoas idosas residentes, no mínimo, duas vezes por dia;
- X- Servir as refeições, de preferência, nos quartos das pessoas idosas ou escalonar o horário do serviço;
- XI- Garantir o distanciamento físico de dois metros entre as pessoas, caso não seja possível cancelar as atividades de grupo;
- XII- Permitir o acesso às dependências da instituição apenas a profissionais de saúde, assistência social, cuidadores, corpo administrativo e órgãos fiscalizadores no exercício de suas funções;
- XIII- Suspender as saídas das pessoas residentes;
- XIV- Restringir ao mínimo o ingresso de visitantes, permitindo apenas visitas por motivo compassivo ou indispensável apoio emocional, obedecendo critérios de triagem para detectar sinais e sintomas de infecção respiratória aguda ou risco significativo de COVID-19, bem como utilização de barreira plástica ou de vidro;
- XV- Ofertar apoio psicossocial e intervenções em saúde mental por meio de telefone, vídeo ou mediante uso de barreira plástica ou de vidro;
- XVI- Instituir política de licença médica para permitir que funcionários que apresentem sintomas de infecção respiratória permaneçam afastadas da instituição, sem qualquer caráter punitivo;
- XVII- Garantir condições de acomodação para profissionais que atuem na

instituição de modo a reduzir ao mínimo essencial a circulação dessas pessoas no ambiente externo;

XVIII- Diminuir a utilização de aparelhos de ar condicionado ao mínimo necessário, reforçando a manutenção da ventilação natural dos ambientes;

XIX- Reforçar a necessidade e garantir a ingestão de água pelos residentes, considerando quantidades recomendadas pelo corpo médico;

XX- Certificar-se de que as pessoas idosas estejam com todas as vacinas em dia, conforme calendário de vacinação do idoso definido pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto neste artigo é considerado infração sanitária grave ou gravíssima e sujeitará o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art. 4º Os Estados, Distrito Federal e Municípios deverão organizar e coordenar, em sua esfera de competência e de modo articulado, no âmbito do SUAS e do SUS, rastreamento ativo e vigilância socioassistencial de pessoas idosas residentes em ILPI de qualquer natureza, por meio de redes comunitárias informais, organizações não governamentais, centros de proteção social ou atenção primária à saúde.

§ Parágrafo Único Uma vez identificadas, estas pessoas e as instituições nas quais residem, na hipótese de não estarem cadastradas no SUAS, deverão ser cadastradas em sistema público, de modo emergencial para imediato acompanhamento, e as instalações das ILPI não cadastradas deverão ser inspecionadas pela autoridade sanitária.

Art. 5º Os Gestores estaduais, distritais e municipais, para cumprimento do disposto nos incisos III e VII do Art. 3º desta Lei, deverão priorizar as ILPI públicas, filantrópicas ou privadas, cadastradas ou não no SUAS, para

distribuição de equipamentos de proteção individual, *kits* de teste para diagnóstico e outros insumos necessários à prevenção e controle de infecções.

Art. 6º As despesas previstas nesta Lei serão custeadas com recursos financeiros do Fundo Nacional do Idoso, após a aprovação do crédito orçamentário para essa finalidade.

Parágrafo único. Os recursos transferidos da União deverão ser na conta do Fundo Estadual do Idoso e do Fundo Municipal do Idoso para serem aplicados pelos entes federativos no enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, com a finalidade e sob a forma estabelecida nesta Lei.

Art. 7º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Com o anúncio da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, de que o surto da Covid-19 deveria ser tratado como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, posteriormente em 11 de março, com a declaração dessa mesma OMS de que se tratava de uma pandemia, a imensa maioria dos governos e sociedades em todo o mundo passaram a buscar políticas para o enfrentamento dessa situação excepcional e de absoluta gravidade, sobretudo no âmbito da saúde, assistência social e economia.

Desde o início da epidemia na China, observava-se que esta é uma doença que evolui para quadros mais graves notadamente em pessoas idosas e que possuem comorbidades, ou seja, doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias ou doenças pulmonares preexistentes, doenças renais, câncer, situações de imunossupressão, todas estas condições que oferecem risco maior dado o comprometimento da resposta imune. Em outros países, onde a doença chegou primeiro, é assustador constatar o número de pessoas idosas que

viviam em instituições de longa permanência e se tornaram vítimas fatais.

Também por isso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) lançou documento contendo orientações sobre prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência (ILPI) no contexto da Covid-19, com foco na prevenção e controle de infecções (PCI) na população idosa asilada e ressaltando a importância do distanciamento físico, reconhecimento precoce da infecção, vigilância/restrição de visitantes, precauções no uso de equipamentos de proteção individual (EPI), limpeza e desinfecção sistemática de ambientes, lavagem de roupas, restrição de movimentação/transporte, notificação às autoridades competentes, suporte a trabalhadores da saúde e cuidados em relação à saúde mental. É com base, pois, em tais recomendações e de outras autoridades sanitárias e acadêmicas brasileiras que submetemos à apreciação do Parlamento este projeto de lei.

Sobre o distanciamento social, com isolamento horizontal de pessoas de todas as idades e em todos os lugares possíveis, cumpre destacar que esta tem sido a medida mais recomendada e exitosa para conter o avanço da doença. Modelos matemáticos chegaram a indicar que, no pior cenário, caso nada fosse feito, até 2 milhões de brasileiros perderiam a vida para o novo coronavírus¹. Mas com o cumprimento de medidas que promovam o isolamento de significativa maioria da população, esse número pode cair para 40 ou 30 mil. Ainda assim, com mais de 7 mil óbitos confirmados até a presente data e outros tantos que sequer foram testados para Covid-19 antes do enterro (sem despedida), já estamos diante de um cenário devastador, sem dúvida alguma.

Contudo, ainda há muito o que o Poder Público pode fazer para salvar vidas, sem hierarquizá-las e tampouco obrigando profissionais de saúde a fazerem escolhas com base em preconceito de idade. E para salvar vidas é preciso que o Estado volte atenção principalmente às mais vulneráveis, muitas delas esquecidas, consideradas um peso para família e sociedade ou mesmo invisíveis. E estas são vidas como as de pessoas idosas institucionalizadas, que neste momento veem se tornar ainda mais graves problemas crônicos relacionados às políticas voltadas para a velhice e o envelhecimento no Brasil.

¹ Disponível em: <https://www.tecmundo.com.br/ciencia/151189-quantos-morrer-coronavirus-brasil-cientistas-respondem.htm>

No que diz respeito ao controle normativo e fiscalizatório imposto às ILPIs, ressalte-se o papel Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que deve garantir o cumprimento de regulamento técnico aprovado na RDC 283/2005. Já durante a pandemia, em março, a Anvisa publicou também nota técnica com enfoque nas orientações gerais para utilização dos EPI, limpeza e desinfecção de ambientes². Por sua vez, na última semana de abril, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos lançou o Plano Nacional de Contingência para o Cuidado às Pessoas idosas Institucionalizadas em Situação de Extrema Vulnerabilidade Social³.

O Plano propõe uma série de ações de prevenção e suporte às LPI, tais como fornecer equipamentos de proteção individual a idosos e cuidadores; aumentar o uso nesses locais de sistema telefônico do Telesus para análise de sintomas; fazer um rastreamento ativo por meio do cruzamento das informações constantes na base da Atenção Primária à Saúde (APS) do Ministério da Saúde com as pessoas idosas inscritas no CADÚnico do Ministério da Cidadania; enviar de lista de idosos a equipes de Saúde da Família; promover adequadas condições de isolamento; assegurar acesso à interação social.

Além disso, o supracitado Plano de Contingência atenta para o fato de que “é essencial perceber que as pessoas idosas institucionalizadas apresentam tanto o risco individual, decorrente da maior agressividade da Covid-19 nesse grupo, quanto a exposição consequente do caráter asilar das instituições de longa permanência, nas quais se lidam frequentemente com espaços coletivos, aglomerações no uso de áreas comuns, com possibilidade de contágio de grande número de pessoas”.

No entanto, em que pesem os apontamentos corretos e adequados realizados pela Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde, não se vislumbra por parte do governo federal qualquer legislação que dê consequência à necessária articulação entre políticas de saúde e assistência social. De outro modo, o governo dá declarações dúbias sobre a gestão desse plano e declara que será o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos que irá conduzi-lo, justamente a

² Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>

³ Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_plano_nacional_contingencia_cuidado_pessoas_idosas_v1.pdf

pasta em que predominam tanto lógica das comunidades terapêuticas religiosas quanto os modelos asilares e cuja execução orçamentária continua próxima de zero.

Neste momento, não se pode tergiversar ou retirar essa atribuição da competência primordial da Saúde e da Assistência Social, posto que cada ILPI pode se tornar uma espécie de *cluster* de infecção e morte anunciada, onde os idosos não serão os primeiros vetores. Eles serão infectados em decorrência de erros no controle e prevenção da infecção, por outras pessoas por meio das quais o vírus chega e, uma vez entre idosos vulneráveis, se prolifera. Daí a urgência para que políticas dessa natureza não se dissipem em estruturas burocráticas alheias à Saúde e Assistência Social.

Segundo a OMS, metade das mortes em decorrência do novo coronavírus na Europa aconteceram em casas de repouso (asilos). Nos estados Unidos, o número corresponde a 20% e, em um único lar em Andover, 70 idosos morreram em decorrência da Covid-19 desde o início de abril. Argumenta Betsy McCaughey do Comitê para Reduzir as Mortes por Infecções, que essas instituições são um poço de morte, estando sobrecarregados, lotados, com poucos funcionários e equipamentos de proteção individual. Para ela, “Um paciente positivo para Covid-19 em um lar de idosos produz uma carnificina”.⁴

No Canadá, a Residência Herron se tornou o símbolo doloroso de uma catástrofe. A instituição privada registrou morte em massa de idosos, que foram abandonados por medo dos funcionários de contraírem a doença. Foram mais de trinta mortes em poucas semanas⁵.

O Lar Betel em Piracicaba (SP) registrou no último dia 2 de maio a oitava morte de uma idosa residente. Nesse lugar, ao menos 14 dos 75 funcionários contraíram o vírus⁶. Já em Campinas, em 24 de abril e somente após a morte de um idoso residente, asilo clandestino foi fechado pela vigilância sanitária, que constatou que o local não possuía registros, licença nem controle de medicação⁷.

⁴ Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/coronavirus-ate-metade-das-mortes-em-alguns-paises-da-europa-ocorreram-em-casas-de-reposo-alerta-oms-24389289>

⁵ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/04/18/morte-em-massa-por-covid-19-de-idosos-abandonados-em-asilo-choca-o-canada.htm>

⁶ Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,asilo-registra-oitava-morte-de-idoso-por-coronavirus-em-piracicaba,70003290151>

⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2020/04/24/coronavirus-vigilancia-sanitaria-interdita-asilo-clandestino-em-campinas-apos-morte-por-covid-19.ghtml>

Ainda segundo o Plano de Contingência do Ministério da Saúde, conforme parâmetros de casos de síndrome gripal entre idosos e uma estimativa de 15% de incidência da doença, cerca de 12 mil pessoas idosas em ILPIs contrairão o novo coronavírus. Todavia, o cálculo considera apenas pessoas residentes em instituições vinculadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou seja, cerca de 78 mil idosos. Já a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia alerta que esse número pode chegar aos 300 mil, se somadas instituições públicas, particulares, filantrópicas e outras clandestinas que não estão sob a vigilância direta do poder público.

Além disso, a taxa de contágio ainda pode ser superior aos 15% que estima o Ministério da Saúde. Uma pessoa infectada com o novo coronavírus em uma ILPI, em más condições de higiene e sem observar um rigoroso plano de prevenção e controle de infecções, pode ser suficiente para produzir uma catástrofe⁸.

Assim, apesar das peculiaridades da doença no Brasil, que registra 30% das vítimas fatais com idade inferior a 60 anos, ainda são pessoas idosas a grande maioria delas. A propósito, é fundamental que se observem também relevantes critérios de interseccionalidades, como classe social e raça, que contribuem para o envelhecimento precoce e vida de má qualidade.

Isso porque, lamentavelmente, dificuldades objetivas provocadas por desigualdade social, mas também por campanhas articuladas de desinformação, têm produzido resistência ou mesmo recusa por parte de amplos setores da sociedade em manter o distanciamento social, com isolamento horizontal. De fato, o que se observa são opções políticas deliberadas anti-quarentena ou, no máximo, que propõem o absurdo e discriminatório “isolamento vertical” de pessoas idosas.

Nesse sentido – e considerando que o Brasil tem a maior taxa de contágio do mundo 2,81 enquanto países que flexibilizam a quarentena estão abaixo de 1⁹ –, tem-se que descontinuidade causada pela quebra precoce da quarentena é fator determinante para que o vírus circule ainda mais e a doença se alastre drasticamente no Brasil, onde já se verifica um ritmo de morte mais acelerado que

⁸ Disponível em: [https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/coronavirus-pode-atingir-12-mil-idosos-em-asilos-da-rede-publica-estima-ministerio.shtml?](https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/coronavirus-pode-atingir-12-mil-idosos-em-asilos-da-rede-publica-estima-ministerio.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=twfolha)

[utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=twfolha](https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/coronavirus-pode-atingir-12-mil-idosos-em-asilos-da-rede-publica-estima-ministerio.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=twfolha)

⁹ Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/brasil-tem-maior-taxa-de-contagio-do-coronavirus-no-mundo-24403534>

em outros países, com a periferização e interiorização da epidemia¹⁰.

Por tudo isso é ainda mais urgente que o Estado organize esforços emergenciais para evitar que o vírus entre nas ILPI e, onde já houver entrado, que não se espalhe internamente ou se dissemine também para fora da instituição.

Assim, conforme disciplina o Estatuto dos Direitos da Pessoa Idosa (Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003), em consonância com os mandamentos constitucionais, tais como o direito social à saúde, o direito fundamental à vida e à igualdade, o fundamento da República Federativa do Brasil de dignidade da pessoa humana, exoramos aos ilustres pares para que Estado Brasileiro cumpra seu dever de amparar e proteger as pessoas idosas, a fim de que estas possam viver mais tempo, com dignidade e saúde. Afinal, a maneira com que uma sociedade cuida das pessoas mais idosas e a importância que lhes atribui dizem muito sobre ela.

Por fim, sabe-se que decretado e reconhecido estado de calamidade, a União fica dispensada de cumprir o resultado primário, viabilizando a proposta do ponto de vista fiscal (art. 65 da Lei de Responsabilidade Fiscal). Ademais, a proposta pode ser implementada por meio de crédito extraordinário, que não é contabilizado no teto de gastos (Emenda Constitucional nº 95).

Diante do exposto, peço apoio aos pares para a aprovação da proposta ora apresentada.

Sala de sessões, de maio de 2020.

Fernanda Melchionna
Líder do PSOL

Edmilson Rodrigues
PSOL/PA

Marcelo Freixo
PSOL/RJ

Sâmia Bomfim
PSOL/SP

Áurea Carolina
PSOL/MG

¹⁰ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/ritmo-do-crescimento-de-mortes-por-covid-19-aumenta-em-estados-como-ma-rs-e-se>



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

David Miranda
PSOL/RJ

Glauber Braga
PSOL/RJ

Ivan Valente
PSOL/SP

Luiza Erundina
PSOL/SP

Talíria Petrone
PSOL/RJ

Apresentação: 14/05/2020 16:16

PL n.2668/2020

Chancela eletrônica do(a) Dep Fernanda Melchionna (PSOL/RS),
através do ponto p_6337, nos termos de delegação regulamentada no Ato ,
da Mesa n. 25 de 2015.





Projeto de Lei **(Do Sr. Fernanda Melchionna)**

Dispõe sobre práticas de atenção emergencial a pessoas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, em razão do estado emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19-).

Assinaram eletronicamente o documento CD202308448400, nesta ordem:

- 1 Dep. Fernanda Melchionna (PSOL/RS) *(p_6337)
- 2 Dep. Sâmia Bomfim (PSOL/SP)
- 3 Dep. Edmilson Rodrigues (PSOL/PA)
- 4 Dep. Luiza Erundina (PSOL/SP)
- 5 Dep. David Miranda (PSOL/RJ)
- 6 Dep. Talíria Petrone (PSOL/RJ)
- 7 Dep. Glauber Braga (PSOL/RJ)
- 8 Dep. Marcelo Freixo (PSOL/RJ)
- 9 Dep. Ivan Valente (PSOL/SP)

* Chancela eletrônica do(a) deputado(a), nos termos de delegação regulamentada no Ato da mesa n. 25 de 2015.

FIM DO DOCUMENTO