

PROJETO DE LEI Nº __ , DE __ DE ____ DE 2026
(Do Sr. Mersinho Lucena)

Altera a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para instituir diretrizes de prevenção em saúde mental, detecção precoce, ampliação do acesso assistencial e intervenção psicossocial em crises no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

CAPÍTULO VI-A

DA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

Art. 10-A A política de saúde mental no Sistema Único de Saúde – SUS priorizará, além das ações assistenciais e de reabilitação, estratégias permanentes de prevenção, rastreamento e identificação precoce de sofrimento psíquico, como forma de reduzir agravamentos, internações evitáveis e situações de risco individual ou coletivo.

Art. 10-B As equipes de Atenção Primária à Saúde adotarão protocolos periódicos de triagem e acompanhamento psicossocial da população adscrita, com vistas à identificação precoce de:

I – quadros de depressão e ansiedade;



- II – risco de autoagressão e suicídio;
- III – uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- IV – vulnerabilidades psicossociais relevantes.

CAPÍTULO VI-B

DO ACESSO E COBERTURA ASSISTENCIAL

Art. 10-C É direito da pessoa com sofrimento ou transtorno mental o acesso tempestivo a atendimento psicológico e psiquiátrico no âmbito do SUS.

Parágrafo único. O regulamento estabelecerá parâmetros de cobertura assistencial compatíveis com a demanda epidemiológica regional, inclusive referências mínimas para a proporção de profissionais de saúde mental na rede básica e especializada.

CAPÍTULO VI-C

DA INTERVENÇÃO EM CRISES PSICOSSOCIAIS

Art. 10-D A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS estruturará estratégias de atendimento móvel, territorial e comunitário para o manejo de crises e urgências em saúde mental.

Art. 10-E O atendimento a crises psíquicas agudas observará, sempre que possível:

- I – abordagem extra-hospitalar e humanizada;
- II – desescalada de conflitos e contenção não coercitiva;



III – atuação integrada entre saúde, assistência social e serviços de urgência;

IV – participação prioritária de equipe multiprofissional de saúde mental, preferencialmente anterior ou concomitante à intervenção de forças de segurança pública, quando necessária.

CAPÍTULO VI-D

DA INTERSETORIALIDADE E DO AMBIENTE ESCOLAR

Art. 10-F. As ações de promoção e prevenção em saúde mental serão desenvolvidas de forma intersetorial, inclusive no ambiente escolar, em consonância com a Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019, visando:

I – desenvolvimento de competências socioemocionais;

II – prevenção da violência e do suicídio;

III – apoio psicossocial à comunidade escolar;

IV – fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

CAPÍTULO VI-E

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 10-G O Poder Executivo manterá sistema de informações e indicadores de saúde mental destinado ao monitoramento de:

I – tentativas de autoagressão e suicídio;

II – internações psiquiátricas;



III – atendimentos emergenciais por crise psicossocial;

IV – cobertura territorial dos serviços;

V – demais dados necessários ao planejamento das políticas públicas.

Parágrafo único. As informações subsidiarão a formulação, avaliação e aprimoramento das ações de saúde mental no SUS.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICATIVA

A saúde mental deixou de ser tema periférico para se tornar um dos maiores desafios da saúde pública brasileira. O sofrimento psíquico, antes invisibilizado ou tratado apenas como questão privada, hoje se impõe como problema coletivo, com reflexos diretos nas famílias, nas escolas, nos ambientes de trabalho, na segurança pública e no próprio funcionamento do Estado.

O crescimento dos casos de depressão, ansiedade, dependência química, crises emocionais graves e episódios de desorganização mental tem pressionado o Sistema Único de Saúde e revelado uma realidade que já não pode ser ignorada: estamos chegando tarde demais.



Apesar dos avanços trazidos pela reforma psiquiátrica e pela Lei nº 10.216, que substituiu o antigo modelo manicomial por uma lógica de cuidado comunitário e territorial, a atuação do poder público ainda é predominantemente reativa. O Estado, na maioria das vezes, só intervém quando a crise já se instalou, quando há risco iminente, quando a família já está exausta, quando a internação se torna inevitável ou quando a situação já alcançou o sistema policial ou judicial.

Esse modelo custa caro. Custa caro financeiramente, porque multiplica internações e atendimentos de urgência. Custa caro socialmente, porque rompe vínculos familiares e comunitários. E custa caro humanamente, porque impõe sofrimento que poderia ter sido evitado com cuidado mais precoce, escuta qualificada e acompanhamento contínuo na atenção básica.

A ausência de uma política estruturada de prevenção em saúde mental tem consequências concretas e dolorosas. Episódios recentes evidenciam o que ocorre quando pessoas em sofrimento psíquico circulam sem acompanhamento adequado da rede pública de saúde. Em João Pessoa, um jovem em situação de vulnerabilidade, conhecido popularmente como “Vaquerinho”, perdeu a vida após adentrar área de risco nas dependências do Zoológico Arruda Câmara. O caso comoveu a cidade inteira e expôs, de forma dramática, a fragilidade da proteção social oferecida a pessoas em sofrimento mental.

Antes de se tornar uma ocorrência trágica, tratava-se, essencialmente, de uma demanda de cuidado em saúde. Situações como essa revelam que a falta de acompanhamento precoce não produz apenas agravamento clínico individual, mas pode resultar em desfechos irreversíveis, com impacto profundo para famílias, comunidades e para o próprio poder público.

A Constituição Federal é clara ao afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas que



reduzam riscos e promovam proteção. Prevenir, portanto, não é escolha administrativa, mas comando constitucional.

Ainda assim, o ordenamento jurídico brasileiro não estabelece, de forma expressa e organizada, diretrizes nacionais voltadas ao rastreamento precoce do sofrimento psíquico, ao atendimento psicológico oportuno na atenção primária e ao manejo comunitário de crises antes que estas evoluam para internações ou emergências.

É justamente essa lacuna que o presente Projeto de Lei busca enfrentar. O que se pretende é fixar diretrizes, organizar prioridades e afirmar direitos do usuário do SUS, fortalecendo a prevenção, a detecção precoce e a atuação territorial da rede psicossocial.

Trata-se de medida de bom senso, de responsabilidade fiscal e, sobretudo, de humanidade. Investir em prevenção custa menos do que remediar tragédias.

Cuidar cedo evita internações, reduz judicializações, diminui a pressão sobre hospitais e forças de segurança e preserva vínculos familiares.

Mais do que política de saúde, estamos falando de política de proteção social.

Ao atualizar a legislação, o Congresso Nacional contribui para um SUS mais resolutivo, mais próximo das pessoas e mais capaz de agir antes que o sofrimento se transforme em crise.

Diante da relevância social da matéria e do impacto direto na vida de milhares de brasileiros, conto com o apoio dos nobres Parlamentares para a aprovação da presente iniciativa.

Sala das Sessões, de fevereiro de 2026



Deputado MERSINHO LUCENA
PP/PB

Apresentação: 05/02/2026 19:45:27.930 - Mesa

PL n.362/2026



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD264152427300>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Mersinho Lucena



* CD 264 152 427300 *