



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , DE 2026.

(Dos srs. Eduardo da Fonte e Lula da Fonte)

Proíbe o acesso ao ambiente de bloco cirúrgico portando telefones celulares, smartphones, tablets, smartwatches, e quaisquer outros dispositivos eletrônicos de comunicação, para reduzir o risco de infecção hospitalar.

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º Esta Lei (Lei Camila Wanderley) dispõe sobre a restrição ao uso de dispositivos eletrônicos pessoais em ambientes de centro cirúrgico, com o objetivo de reduzir riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Art. 2º É vedado o ingresso de profissionais de saúde nas salas de operação e demais áreas estéreis do centro cirúrgico portando dispositivos eletrônicos pessoais de comunicação externa.

§ 1º Para os fins desta Lei, incluem-se entre os dispositivos referidos no caput telefones celulares e smartphones, tablets, smartwatches ou dispositivos vestíveis com comunicação sem fio, rádios comunicadores e quaisquer outros equipamentos eletrônicos capazes de comunicação externa.

§ 2º A vedação aplica-se a procedimentos cirúrgicos realizados em estabelecimentos públicos ou privados, em especial:

I – hospitais;





CÂMARA DOS DEPUTADOS

II – clínicas ou unidades ambulatoriais que realizem procedimentos cirúrgicos;

III – unidades de pronto atendimento que possuam centro cirúrgico;

IV – quaisquer outros estabelecimentos de saúde que disponham de instalações destinadas à realização de cirurgias.

§ 3º Excepcionalmente, poderá ser permitido o uso de dispositivos móveis quando houver necessidade assistencial ou comunicação emergencial devidamente justificada pela equipe cirúrgica e o dispositivo estiver acondicionado em invólucro estéril ou barreira de proteção sanitária adequada, conforme protocolos institucionais.

§ 4º Não se aplicam as restrições previstas neste artigo aos dispositivos institucionais pertencentes ao estabelecimento de saúde, quando destinados exclusivamente ao uso assistencial no centro cirúrgico e submetidos a protocolo regular de desinfecção.

Art. 3º Para os fins desta Lei, considera-se:

I – centro cirúrgico: conjunto de áreas físicas destinadas à realização de procedimentos cirúrgicos, compreendendo salas de operação, áreas de apoio e corredores de circulação restrita, conforme normas da vigilância sanitária;

II – procedimento cirúrgico: ato médico invasivo realizado em ambiente cirúrgico estéril, destinado ao diagnóstico ou tratamento de enfermidades, que envolva incisão, manipulação ou reconstrução de tecidos;

III – profissional de saúde: todo trabalhador integrante da equipe assistencial ou de apoio que possua acesso ao ambiente do centro cirúrgico durante procedimentos;

IV – infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS): infecção adquirida em decorrência de procedimentos assistenciais realizados em serviços de saúde, nos termos das normas sanitárias vigentes.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Art. 4º Os estabelecimentos de saúde deverão adotar medidas institucionais destinadas à implementação desta Lei, incluindo a disponibilização de:

- I – compartimentos seguros para guarda de dispositivos eletrônicos pessoais em área externa ao centro cirúrgico; e
- II – de sistemas institucionais de comunicação interna destinados ao contato com profissionais durante procedimentos cirúrgicos.

Art. 5º O descumprimento das disposições desta Lei configura infração sanitária, nos termos da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, observados os princípios da proporcionalidade, da razoabilidade e da gravidade da infração.

Art. 6º A aplicação das penalidades observará os princípios da proporcionalidade e da gravidade da infração, considerando-se, entre outros fatores:

- I – o risco sanitário gerado pela conduta;
- II – a reincidência;
- III – o dano efetivamente causado ao paciente ou ao serviço de saúde.

Art. 7º Constituem circunstâncias agravantes para fins de apuração de infração sanitária:

- I – uso de dispositivo eletrônico durante manipulação de campo operatório estéril;
- II – captura ou divulgação de imagens do paciente ou do procedimento cirúrgico sem consentimento, em violação à legislação de proteção de dados pessoais;
- III – ocorrência de incidente ou evento adverso relacionado à segurança do paciente em razão da conduta irregular, conforme apuração do serviço de controle de infecção hospitalar;
- IV – divulgação de informações protegidas por sigilo profissional ou prontuário médico.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Art. 8º Compete às autoridades sanitárias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária fiscalizar o cumprimento desta Lei, observadas as competências previstas na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 9º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias, podendo estabelecer, entre outros aspectos:

I – diretrizes técnicas para higienização e proteção sanitária de dispositivos eletrônicos;

II – procedimentos de fiscalização sanitária;

III – orientações para integração desta política com os programas de segurança do paciente e controle de infecção hospitalar;

IV – programas de educação permanente para profissionais de saúde.

Art. 10 Os estabelecimentos de saúde deverão incorporar as disposições desta Lei aos protocolos institucionais de controle de infecção hospitalar e aos programas de segurança do paciente.

Art. 11 Os estabelecimentos de saúde terão prazo de 12 (doze) meses, contados da publicação da regulamentação desta Lei, para adequação às suas disposições.

Art. 12 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A segurança do paciente constitui um dos pilares estruturantes do direito à saúde no Brasil. Nos termos do art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doença e de outros agravos.

O art. 197 da Constituição Federal reforça essa diretriz ao estabelecer que as ações e serviços de saúde são de relevância pública,





CÂMARA DOS DEPUTADOS

competindo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar sua execução. No plano infraconstitucional, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece como um dos objetivos centrais das políticas públicas de saúde a redução de riscos sanitários e a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Nesse contexto, a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representa uma das prioridades contemporâneas das políticas de segurança do paciente. As infecções hospitalares permanecem entre os principais desafios da assistência médica em todo o mundo, constituindo importante causa de morbimortalidade, prolongamento do tempo de internação hospitalar e elevação significativa dos custos assistenciais.

Dados epidemiológicos indicam que, no contexto nacional, os índices de infecção hospitalar alcançam cerca de 15,5% de prevalência, correspondendo a aproximadamente 1,18 episódios de infecção por paciente internado. Nas instituições públicas de saúde, esses índices podem atingir 18,4%, revelando cenário ainda mais preocupante.

Entre essas ocorrências, destacam-se as infecções de sítio cirúrgico, consideradas uma das complicações mais frequentes e graves associadas a procedimentos cirúrgicos. No campo da cirurgia cardíaca, por exemplo, a mediastinite pós-esternotomia apresenta incidência estimada entre 1% e 5% dos casos, podendo alcançar taxas de mortalidade que variam entre 10% e 50%, além de provocar aumento significativo do tempo de internação hospitalar, necessidade de reoperações e elevação substancial dos custos assistenciais.

Nos últimos anos, evidências científicas têm apontado para um vetor de contaminação frequentemente negligenciado em ambientes hospitalares: os dispositivos eletrônicos pessoais utilizados por profissionais de saúde durante atividades assistenciais.

Estudo conduzido pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) avaliou a contaminação





CÂMARA DOS DEPUTADOS

microbiológica de aparelhos celulares utilizados no bloco cirúrgico cardíaco do Real Hospital Português de Beneficência, em Pernambuco.

A pesquisa analisou 50 aparelhos celulares pertencentes a profissionais de saúde que atuam diretamente no ambiente cirúrgico, incluindo cirurgiões, anestesiológicos, enfermeiros, perfusionistas, instrumentadores e circulantes.

Os resultados demonstraram contaminação bacteriana em 88% dos aparelhos analisados, ou seja, 44 dos 50 dispositivos avaliados apresentaram presença de microrganismos potencialmente patogênicos.

A análise microbiológica identificou os seguintes agentes:

Microrganismo	Prevalência
Staphylococcus coagulase-negativa (ECN)	70,5%
Bacillus subtilis	15,9%
Micrococcus sp.	9,1%
Acinetobacter radioresistens	2,3%

Segundo o próprio estudo da UFPE, nas cirurgias cardíacas o Staphylococcus coagulase-negativa (ECN) é reconhecido como o principal agente etiológico da mediastinite pós-operatória, sendo responsável por 43% a 64% dos casos descritos na literatura médica. Dessa forma, a presença desse microrganismo em 70,5% dos celulares analisados no ambiente cirúrgico evidencia um risco sanitário relevante e potencialmente evitável.

Especialistas em microbiologia hospitalar explicam que a combinação entre o manuseio frequente dos dispositivos móveis e o calor gerado pelos aparelhos cria um ambiente favorável à proliferação de microrganismos normalmente presentes na pele humana. Esses dispositivos tornam-se, assim, reservatórios microbiológicos capazes de transportar agentes infecciosos para ambientes estéreis, especialmente quando manipulados durante procedimentos assistenciais.

No plano regulatório nacional, a ANVISA já reconhece esse problema. A Nota Técnica nº 06/2020 aborda expressamente o uso de





CÂMARA DOS DEPUTADOS

aparelhos celulares em ambientes cirúrgicos e recomenda que esses dispositivos permaneçam fora da sala de cirurgia, salvo quando seu uso for indispensável, hipótese em que devem estar protegidos por invólucros plásticos individualizados ou barreiras sanitárias adequadas.

Entretanto, tais orientações possuem natureza predominantemente recomendatória, não dispondo de força normativa suficiente para assegurar aplicação uniforme em todo o território nacional. Como consequência, observa-se significativa heterogeneidade na adoção de protocolos entre diferentes estabelecimentos de saúde, o que compromete a efetividade das medidas de prevenção.

A preocupação com o uso de dispositivos eletrônicos pessoais em ambientes assistenciais críticos também é amplamente reconhecida no plano internacional.

Nos Estados Unidos, diretrizes elaboradas *pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e por organizações profissionais da área de enfermagem perioperatória recomendam que dispositivos móveis pessoais não sejam utilizados em áreas estéreis, ou que sejam submetidos a rigorosos protocolos de higienização quando seu uso for indispensável.

No Reino Unido, hospitais vinculados ao *National Health Service (NHS)* adotam políticas institucionais que restringem o uso de telefones celulares pessoais em salas de cirurgia e em outras áreas críticas, permitindo sua utilização apenas em situações excepcionais e mediante observância de protocolos de controle de infecção.

Diretrizes semelhantes são adotadas em hospitais do Canadá, onde autoridades sanitárias provinciais recomendam que dispositivos eletrônicos pessoais sejam mantidos fora de ambientes estéreis ou submetidos a procedimentos regulares de desinfecção quando utilizados em áreas clínicas.

Na França, diversos centros hospitalares universitários também adotam normas internas que restringem o uso de telefones celulares pessoais





CÂMARA DOS DEPUTADOS

em salas de operação, permitindo apenas dispositivos institucionais ou equipamentos submetidos a protocolos específicos de higienização.

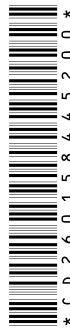
A análise comparada demonstra que, mesmo em sistemas de saúde altamente desenvolvidos, o uso de dispositivos eletrônicos pessoais em ambientes assistenciais críticos é objeto de restrições institucionais relevantes, especialmente em centros cirúrgicos.

Em geral, observa-se a adoção de três diretrizes principais: i) restrição ou proibição do uso de dispositivos pessoais em áreas estéreis; ii) utilização preferencial de equipamentos institucionais submetidos a protocolos de desinfecção; e iii) adoção de medidas de higienização e barreiras sanitárias quando o uso excepcional desses dispositivos se mostrar necessário.

Outro aspecto relevante refere-se à proteção da privacidade e da dignidade do paciente, especialmente no que diz respeito à captura ou divulgação indevida de imagens de procedimentos cirúrgicos ou do próprio paciente. O uso indiscriminado de dispositivos eletrônicos em ambientes cirúrgicos pode potencialmente violar o sigilo profissional, a legislação de proteção de dados pessoais e os direitos da personalidade dos pacientes.

Sob a perspectiva econômica e administrativa, as medidas previstas nesta proposição são tecnicamente simples, de baixo custo e plenamente factíveis. A maioria dos centros cirúrgicos já dispõe de armários para guarda de pertences pessoais, sistemas institucionais de comunicação interna e acesso a materiais de proteção estéril. A implementação das medidas propostas não exige investimentos estruturais complexos.

A adoção dessas medidas pode produzir impactos relevantes na qualidade da assistência à saúde, incluindo: i) redução da carga bacteriana no ambiente cirúrgico; ii) diminuição da incidência de infecções de sítio cirúrgico; iii) redução da morbimortalidade associada às infecções hospitalares; iv) redução do tempo médio de internação hospitalar; v) diminuição dos custos assistenciais relacionados ao tratamento de complicações infecciosas.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Trata-se, portanto, de medida legislativa simples, baseada em evidências científicas, juridicamente consistente e alinhada às melhores práticas internacionais de segurança do paciente, capaz de produzir ganhos concretos para a qualidade da assistência prestada no sistema de saúde brasileiro.

Propõe-se, ademais, que a lei oriunda deste Projeto de Lei seja denominada “Lei Camila Wanderley”, em homenagem à servidora pública pernambucana que sofreu gravíssimo dano neurológico após intercorrência ocorrida durante procedimento cirúrgico eletivo de baixa complexidade realizado em 2025, na cidade do Recife. O caso gerou ampla comoção social e trouxe à tona a importância do rigor no cumprimento dos protocolos de segurança do paciente em ambiente cirúrgico.

A denominação proposta busca conferir dimensão humana à iniciativa legislativa, transformando um episódio de profundo sofrimento familiar em marco simbólico de aprimoramento das práticas de segurança assistencial, de proteção da vida e de fortalecimento da cultura de prevenção de eventos adversos no sistema de saúde brasileiro.

Sala das Sessões, em de março de 2026.

Deputado EDUARDO DA FONTE
PP/PE

Deputado LULA DA FONTE
PP/PE





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Infoleg - Autenticador

Projeto de Lei

Deputado(s)

- 1 Dep. Eduardo da Fonte (PP/PE)
- 2 Dep. Lula da Fonte (PP/PE)

Apresentação: 12/03/2026 13:40:30.023 - Mesa

PL n.1140/2026



Para verificar as assinaturas, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD260158445200>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Eduardo da Fonte e outros