



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 977, DE 2026** **(Do Sr. Domingos Neto)**

Institui a Modalidade de Assistência de Transição de Cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre suas fontes de financiamento e diretrizes de implementação.

**DESPACHO:**

ÀS COMISSÕES DE  
SAÚDE;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (MÉRITO E ART. 54, RICD) E  
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54, RICD).

**APRECIÇÃO:**

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

**PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD



**PROJETO DE LEI Nº , DE 2025.**  
(Sr. Domingos Neto)

Institui a Modalidade de Assistência de Transição de Cuidados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre suas fontes de financiamento e diretrizes de implementação.

O Congresso Nacional decreta:

**Art. 1º** Fica criada a Assistência de Transição de Cuidados (ATC), nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, destinada a garantir a continuidade da assistência ao paciente no período compreendido entre a alta do ambiente hospitalar de agudos e o retorno ao domicílio ou unidade de longa permanência.

**Art. 2º** A ATC tem como objetivos fundamentais:

- I – Reduzir a taxa de reinternações hospitalares evitáveis;
- II – Otimizar a rotatividade de leitos de alta complexidade;
- III – Promover a reabilitação funcional e a educação do paciente e de seus cuidadores;
- IV – Promover Cuidados Paliativos para pacientes fora de possibilidade de cura e com necessidades de assistência complexa;
- V – Garantir a segurança do paciente na transferência entre níveis de atenção.

**Art. 3º** Assistência de transição de cuidados será prestada por equipes multidisciplinares e poderá ocorrer em:

- I – Unidades de Transição de Cuidados (UTC), consistentes em estruturas físicas intermediárias focadas em reabilitação e convalescença; e
- II – Modalidade Domiciliar Monitorada, referente à intensificação do Programa "Melhor em Casa" para os primeiros 30 dias pós-alta;

**Art. 4º** O encaminhamento de pacientes para a modalidade de transição de cuidados seguirá critérios de elegibilidade pré-estabelecidos e será processado pela central de regulação competente.





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

§ 1º É responsabilidade do hospital de origem fornecer, no ato do encaminhamento, o sumário de transferência e a reconciliação medicamentosa.

§ 2º O Plano de Reabilitação e o Plano Terapêutico Singular (PTS) serão elaborados pela equipe da Unidade de Transição (UTC) ou do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em até 48 horas após a admissão do paciente.

**Art. 5º** As despesas decorrentes desta Lei correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde, suplementadas por fontes adicionais de custeio.

**Art. 6º** Fica instituído o Fundo Especial de Transição em Saúde (FETS), cujas fontes de financiamento compreenderão:

- I – Eficiência Hospitalar, mediante a reversão de 10% (dez por cento) da economia gerada pela redução de reinternações em hospitais da rede própria e conveniada;
- II – Dotação Orçamentária proveniente de recursos anuais previstos no Orçamento Geral da União para a Atenção Primária e Especializada;

**Art. 7º** A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

*"Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):*

*[...]*

*XIII – a execução de ações de assistência de transição de cuidados, visando a continuidade terapêutica entre o ambiente hospitalar e o domiciliar." (NR)*

*"Art. 19-I São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, a **internação domiciliar e a assistência de transição de cuidados.***

.....  
**§ 4º A assistência de transição de cuidados será prestada de forma articulada na desospitalização entre os níveis de atenção secundária e primária, compreendendo:**

- I - o suporte multiprofissional em unidades de transição ou em domicílio;**
- II - a reabilitação funcional precoce;**
- III - os cuidados paliativos multidisciplinares;**
- IV - o treinamento de cuidadores e a reconciliação medicamentosa." (NR)**

**Art. 8º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.





## JUSTIFICATIVA

A fragmentação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) revela uma lacuna crítica entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio. Atualmente, o modelo assistencial foca na fase aguda da doença, mas negligencia o período de convalescença.

Esse "limbo" compromete a recuperação de pacientes que, embora estáveis, ainda não possuem autonomia para o autocuidado, exigindo uma estrutura intermediária que garanta a continuidade terapêutica com mudança do foco da assistência hospitalar complexa para a assistência multidisciplinar, visando a reabilitação, adaptação da funcionalidade e cuidados complexos.

Essa descontinuidade alimenta o fenômeno da "porta giratória", caracterizado por reinternações evitáveis em curto prazo. Muitas readmissões ocorrem por falhas na reconciliação medicamentosa, necessidade de reabilitação e adaptação dos cuidados ou falta de monitoramento pós-alta, gerando sofrimento ao paciente e sobrecarga ao sistema. A Assistência de Transição de Cuidados (ATC) surge para interromper esse ciclo, assegurando que a saída do hospital seja uma etapa planejada e segura para pacientes em Cuidados Especiais. O objetivo é favorecer a desospitalização adequada, otimizando leitos hospitalares, em um ambiente seguro para aqueles que precisam de monitoramento ou reabilitação.

A segurança do paciente é o eixo central desta proposta. Através de equipes multidisciplinares, a ATC promove a transferência qualificada de informações entre os níveis de atenção. O objetivo é capacitar o paciente e seus cuidadores, prevenindo eventos adversos comuns após a internação, como quedas e infecções, além de garantir que o plano terapêutico estabelecido no hospital seja rigorosamente cumprido no ambiente doméstico.

Epidemiologicamente, o Brasil enfrenta um rápido envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas. Pacientes idosos têm mais morbidade e incapacidade e demandam tempos de reabilitação mais extensos, que o hospital de agudos não consegue prover com eficiência. A institucionalização da transição de cuidados adapta o SUS a essa nova realidade, oferecendo suporte especializado a quem necessita assistência interdisciplinar e de vigilância clínica persistente antes do retorno definitivo à comunidade.





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

Sob a ótica da gestão, a medida otimiza o uso dos recursos públicos. Manter pacientes em recuperação em leitos de alta complexidade é financeiramente ineficiente, dado o alto custo operacional dessas unidades. Ao redirecionar esses indivíduos para unidades de transição ou monitoramento domiciliar, liberam-se leitos críticos para urgências, reduzindo filas e aumentando a rotatividade hospitalar com um custo significativamente menor.

A proposta também fortalece a humanização e o papel social da família. O isolamento do ambiente hospitalar é substituído por um processo de reintegração progressiva, onde o cuidador é treinado e empoderado. Esse envolvimento familiar, mediado por profissionais, acelera a recuperação funcional e melhora a saúde mental do assistido, tanto na reabilitação como nos cuidados paliativos. A transição dos cuidados é importante também para o apoio da família do paciente, dando suporte e transformando o domicílio em um espaço de cura tecnicamente assistido e emocionalmente acolhedor.

Juridicamente, o projeto concretiza o princípio da integralidade da assistência, previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990. A continuidade do cuidado é um direito fundamental que não pode ser interrompido pela alta hospitalar administrativa. Regulamentar a transição de cuidados preenche uma lacuna normativa, articulando de forma fluida a rede de atenção e garantindo que o Estado cumpra seu dever de assistência plena.

Por fim, o modelo de financiamento proposto garante a sustentabilidade da política ao vincular os recursos à eficiência gerada. Ao reduzir reinternações e otimizar leitos de alta complexidade, o sistema gera uma economia que deve ser reinvestida na própria rede de transição.

Esta lei representa um avanço estratégico para um SUS mais inteligente e sustentável, focado na recuperação digna e definitiva do cidadão brasileiro, pelo que conto com o apoio de meus pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, de março de 2026.

**Deputado DOMINGOS NETO**  
**PSD/CE**



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI  
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

<b>LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990</b>	<a href="https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199009-19:8080">https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199009-19:8080</a>
--	---

<b>FIM DO DOCUMENTO</b>
-------------------------