



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Duda Ramos – PODE/RR

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2026

(Do Sr. DUDA RAMOS)

Dispõe sobre transparência, motivação, reavaliação contínua e racionalização procedimental na aplicação e execução de transferências do Fundo Nacional de Saúde relativas a emendas parlamentares destinadas a ações e serviços públicos de saúde, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais de transparência, motivação e devido processo administrativo, bem como institui mecanismos de reavaliação contínua de limites operacionais, destinados a prevenir impedimentos técnicos evitáveis e a assegurar a efetividade da aplicação e da execução de transferências do Fundo Nacional de Saúde – FNS relativas a emendas parlamentares que destinarem recursos ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. O disposto nesta Lei não altera a competência constitucional do Congresso Nacional em matéria orçamentária, não modifica os limites constitucionais das emendas parlamentares e não cria obrigação de execução de despesa pública por período superior a dois exercícios.

Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se:

I – limites operacionais de recepção e aplicação: valores máximos, parâmetros, tetos, travas ou faixas de referência, definidos em ato infralegal do Ministério da Saúde/FNS, aplicáveis a Município, Distrito Federal, Fundo de Saúde, estabelecimento, ação, serviço, programa ou modalidade de



transferência, com a finalidade de adequação técnica, capacidade de execução, conformidade programática e regularidade da aplicação;

II – impedimento técnico: circunstância objetiva, devidamente motivada, que inviabilize a execução da programação, do objeto ou da modalidade de transferência, nos termos da legislação vigente e do ato infralegal aplicável;

III – conversão assistida de programação/objeto: alteração orientada, sem perda do recurso, da programação, objeto, modalidade de transferência ou beneficiário, destinada a superar impedimento técnico ou limite operacional, preservada a finalidade de ações e serviços públicos de saúde;

IV – painel de limites e execução: ambiente eletrônico de consulta pública, com dados atualizados sobre limites operacionais, saturação, saldo e situação de análise/execução das programações.

Art. 3º A aplicação desta Lei observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, bem como os princípios de transparência, motivação, proporcionalidade, razoabilidade, segurança jurídica, prevenção de impedimentos e máxima efetividade do gasto em saúde.

Art. 4º O Ministério da Saúde e o FNS, no âmbito de suas competências, deverão disponibilizar, em painel eletrônico de acesso público e em formato aberto, no mínimo:

I – os limites operacionais aplicáveis por Município e Distrito Federal e, quando pertinente, por Fundo de Saúde, ação, serviço, programa, modalidade de transferência ou parâmetro técnico;

II – a metodologia de cálculo adotada, com memória descritiva e fontes de dados;

III – a data de referência e a periodicidade de atualização;

IV – o percentual de saturação e o saldo estimado disponível, quando o limite for mensurável;



V – as regras de priorização e condicionantes técnicas, quando houver.

§ 1º A publicação do painel deverá ocorrer em prazo compatível com o ciclo de operacionalização das emendas, de modo a viabilizar o planejamento do parlamentar e do gestor local.

§ 2º É vedada a aplicação de limite operacional não publicizado nos termos do caput para indeferir proposta ou caracterizar impedimento técnico.

Art. 5º Todo ato infralegal que estabeleça ou altere limites operacionais deverá conter, no mínimo:

I – justificativa técnica;

II – indicação expressa do objetivo do limite (capacidade de execução, parâmetro assistencial, conformidade programática, risco de descontinuidade, entre outros);

III – demonstração de aderência aos princípios do art. 3º;

IV – regra de transição quando houver alteração relevante durante o exercício.

Art. 6º Fica instituído o Procedimento de Reavaliação Contínua de Limites Operacionais – PRC, aplicável quando houver pedido formal para reavaliação de limite operacional, caso a caso, com base na apresentação de fatos, demandas, ocorrências ou evidências supervenientes.

Art. 7º Poderão requerer a instauração do PRC:

I – o autor ou autores da emenda parlamentar;

II – o gestor do Fundo de Saúde do ente beneficiário;

III – o gestor responsável pelo serviço/estabelecimento indicado, quando cabível;

IV – o Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, quando o pedido se referir a ações de saúde indígena.



Art. 8º O requerimento deverá ser instruído, no mínimo, com:

I – identificação do ente beneficiário, programação/objeto e modalidade de transferência;

II – descrição objetiva do limite operacional que está impedindo ou restringindo a execução;

III – demonstração de fatos supervenientes ou circunstâncias específicas, tais como:

a) aumento excepcional de demanda assistencial;

b) emergência em saúde pública, calamidade ou eventos climáticos;

c) desassistência comprovada, vazios assistenciais ou insuficiência de oferta;

d) ampliação de capacidade instalada ou habilitações supervenientes;

e) evidências técnicas e epidemiológicas;

IV – proposta alternativa de compatibilização (quando houver), incluindo reprogramação, conversão de objeto ou escalonamento.

Art. 9º Recebido o requerimento, o órgão competente deverá:

I – acusar recebimento e indicar responsável técnico;

II – decidir em prazo máximo de 20 (vinte) dias, prorrogável uma vez por igual período, mediante justificativa expressa;

III – adotar, quando cabível, diligências simplificadas, vedada a exigência de documentos irrelevantes ao ponto controvertido.

§ 1º A decisão deverá ser motivada, indicando claramente os fundamentos técnicos e normativos, inclusive quando mantiver o limite.

§ 2º Na hipótese de deferimento, a decisão deverá explicitar:

I – o alcance (total ou parcial);



II – a vigência e condições;

III – a atualização no painel de que trata o art. 4º.

§ 3º Na hipótese de indeferimento, a decisão deverá, sempre que possível, apontar alternativas viáveis, inclusive conversão assistida, reprogramação de modalidade ou ajuste de objeto.

Art. 10. A reavaliação deferida no PRC poderá resultar em:

I – exceção técnica individualizada ao limite operacional, por tempo determinado;

II – ajuste do enquadramento do objeto em modalidade compatível;

III – recomendação formal de conversão assistida, nos termos desta Lei;

IV – atualização metodológica do limite, quando constatada inconsistência sistemática, com aplicação geral mediante ato infralegal.

Parágrafo único. A exceção técnica individualizada não poderá ser utilizada como instrumento de favorecimento político, devendo apoiar-se em critérios técnicos verificáveis e ser publicizada.

Art. 11. Antes de caracterizar impedimento técnico por saturação de limite operacional, o órgão competente deverá verificar e registrar a possibilidade de compatibilização por:

I – reprogramação de modalidade de transferência;

II – fracionamento/escala de execução;

III – ajuste de objeto para ação ou serviço correlato;

IV – conversão assistida, na forma do Capítulo V.

Parágrafo único. É vedada a declaração de impedimento técnico genérica ou padronizada sem análise individual do caso.



Art. 12. Os impedimentos técnicos relativos a limites operacionais deverão ser comunicados ao autor da emenda e ao gestor beneficiário com:

- I – fundamentação individualizada;
- II – indicação do limite aplicável e do grau de saturação;
- III – alternativas sugeridas para superação;
- IV – prazos e procedimentos disponíveis para conversão assistida e PRC.

Art. 13. Identificado impedimento técnico ou restrição por limite operacional, o autor da emenda terá direito à conversão assistida da programação/objeto/modalidade/beneficiário, sem perda do recurso, preservada a destinação para ações e serviços públicos de saúde.

§ 1º A conversão assistida será orientada tecnicamente pelo Ministério da Saúde/FNS, com indicação de ao menos duas alternativas tecnicamente viáveis, quando existentes.

§ 2º A conversão assistida deverá priorizar, quando possível:

- I – o mesmo ente beneficiário originalmente indicado;
- II – ações estruturantes ou de interesse regional;
- III – soluções com maior capacidade de execução no ciclo orçamentário.

Art. 14. Fica instituída a Janela Nacional de Reprogramação, com duração mínima de 30 (trinta) dias, para ajustes decorrentes de impedimentos técnicos ou limites operacionais, em prazo compatível com a execução orçamentária do exercício.

§ 1º A abertura e o calendário da Janela Nacional de Reprogramação serão divulgados pelo Ministério da Saúde/FNS, observado o princípio da antecedência mínima para permitir a atuação parlamentar.



§ 2º A negativa de conversão assistida ou de reprogramação deverá ser motivada e indicar o fundamento técnico impeditivo.

Art. 15. O Ministério da Saúde/FNS poderá disponibilizar módulo eletrônico para apresentação de Plano Integrado de Execução de Emendas em Saúde, instrumento facultativo, destinado a compatibilizar objetos em um mesmo ente beneficiário, com vistas a reduzir sobreposição e impedimentos.

Parágrafo único. A adesão ao plano integrado não é condição para execução de emendas, mas poderá ensejar prioridade procedimental na análise técnica, observado o disposto nesta Lei.

Art. 16. Os atos decisórios de indeferimento, impedimento técnico, deferimento parcial, reavaliação no PRC e conversão assistida deverão ser publicados no painel de que trata o art. 4º, resguardados dados pessoais e informações protegidas por sigilo legal.

Art. 17. O descumprimento das obrigações procedimentais previstas nesta Lei sujeita o agente público responsável às medidas de responsabilização cabíveis, nos termos da legislação aplicável, sem prejuízo de controle interno e externo.

Art. 18. A aplicação desta Lei não cria nem amplia despesa pública obrigatória, limitando-se a disciplinar procedimentos administrativos, transparência e direitos procedimentais relacionados à execução de transferências do FNS relativas a emendas parlamentares.

Art. 19. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no que couber, inclusive quanto à operacionalização do painel eletrônico, do PRC e da conversão assistida, observados os princípios e as garantias aqui estabelecidos.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei estabelece normas gerais de transparência, motivação, reavaliação contínua e racionalização procedimental na aplicação e execução das transferências do Fundo Nacional de Saúde relativas a emendas parlamentares destinadas às ações e aos serviços públicos de saúde. A iniciativa parte da constatação de que, embora as emendas parlamentares constituam instrumento constitucional relevante para o financiamento do Sistema Único de Saúde, a sua efetividade tem sido comprometida, em diversos contextos federativos, por impedimentos técnicos evitáveis decorrentes da aplicação de limites operacionais definidos por atos infralegais do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde.

Tais limites, estabelecidos por portarias e comunicações administrativas, têm como finalidade declarada adequar a aplicação dos recursos à capacidade de execução dos entes federativos e aos parâmetros técnicos das políticas de saúde. Contudo, na ausência de um marco legal mínimo que discipline a transparência desses limites, a metodologia de cálculo, os critérios de saturação e, sobretudo, os procedimentos de reavaliação e superação de impedimentos, observa-se a formação de “travamentos” administrativos que retardam ou inviabilizam a execução dos recursos, mesmo em cenários de comprovada necessidade assistencial. O problema não reside na adoção de critérios técnicos, mas na inexistência de um devido processo administrativo padronizado, com garantias procedimentais, prazos, motivação individualizada e possibilidade real de readequação das programações.

Essa realidade se manifesta de forma particularmente aguda no Estado de Roraima, cujas especificidades territoriais, sociais e sanitárias ampliam a dependência de uma execução eficiente e tempestiva das emendas parlamentares. Trata-se de uma unidade federativa marcada por extensa área territorial, baixa densidade de serviços de saúde no interior, grandes distâncias entre os pontos de atendimento, limitações logísticas relevantes e forte pressão assistencial concentrada na capital. Soma-se a esse quadro a presença de



populações indígenas em áreas de difícil acesso, com necessidades sanitárias específicas e dinâmicas, que exigem respostas rápidas, adaptáveis e tecnicamente fundamentadas.

Indicadores recentes da vigilância em saúde do estado evidenciam vulnerabilidades persistentes, especialmente no campo da saúde materno-infantil, da atenção básica e da assistência em áreas remotas, com percentuais elevados de gestação na adolescência em municípios do interior e desafios estruturais para garantir continuidade do cuidado. Nesse contexto, a ocorrência de impedimentos técnicos associados à saturação de limites operacionais por modalidade, como já verificado em determinadas programações de incremento temporário da Atenção Primária à Saúde, pode significar, na prática, a postergação de ações essenciais ou a perda de recursos no exercício financeiro, agravando situações de desassistência.

A situação da saúde indígena em Roraima, em especial no território Yanomami, reforça a urgência de instrumentos legais que confirmem maior flexibilidade procedimental, sem afastar o rigor técnico. Nos últimos anos, a expansão emergencial da assistência demonstrou resultados concretos, com redução expressiva de óbitos e de agravos evitáveis, evidenciando que a combinação entre financiamento adequado e capacidade de adaptação administrativa salva vidas. Entretanto, as demandas nesse território são altamente sensíveis a fatores supervenientes, como surtos epidemiológicos, sazonalidade, deslocamentos populacionais, reabertura de polos-base, necessidade de reforço logístico aéreo e fluvial e ampliação emergencial de equipes. A aplicação rígida e não reavaliável de limites infralegais, sem mecanismos formais de exceção técnica individualizada, pode produzir proteção insuficiente justamente onde a resposta estatal precisa ser mais célere.

É nesse ponto que a presente proposição oferece solução concreta, exequível e juridicamente segura. O Projeto não interfere na competência do Poder Executivo para definir critérios técnicos de gestão do



SUS, nem altera os limites constitucionais das emendas parlamentares. O que se propõe é a instituição de um marco legal mínimo de governança administrativa, capaz de qualificar a atuação infralegal. Ao exigir transparência plena dos limites operacionais e de suas metodologias, o texto permite que parlamentares e gestores locais planejem com previsibilidade, evitando destinações inviáveis desde a origem. Ao vedar impedimentos genéricos e exigir motivação individualizada, fortalece o controle, a racionalidade administrativa e a segurança jurídica.

De forma inovadora, o Projeto institui um procedimento de reavaliação contínua, acionável mediante provocação formal e instrução com fatos, demandas, ocorrências e evidências supervenientes, com prazo definido para decisão motivada. Esse mecanismo é particularmente relevante para realidades como a de Roraima, pois permite que situações excepcionais, como emergências sanitárias, aumento súbito de demanda, vazios assistenciais comprovados ou necessidades específicas da saúde indígena, sejam consideradas caso a caso, possibilitando exceções técnicas temporárias, ajustes de enquadramento ou orientação para reprogramação, sempre com publicidade e critérios verificáveis.

Além disso, a previsão de conversão assistida e de janela nacional de reprogramação assegura que, diante da saturação de determinada modalidade, os recursos não sejam perdidos, mas redirecionados de forma orientada e tempestiva para objetos executáveis, preservando a finalidade das ações e serviços públicos de saúde. Para municípios do interior de Roraima, com menor estrutura administrativa, essa garantia representa a diferença entre executar ou perder recursos essenciais ao atendimento da população.

Assim, o Projeto de Lei contribui para enfrentar, de maneira estrutural, os gargalos que afetam a execução das emendas na saúde, promovendo eficiência administrativa, transparência e máxima efetividade do gasto público. No caso específico de Roraima, os efeitos esperados são diretos e mensuráveis: maior previsibilidade para os gestores locais, redução de



travamentos administrativos, capacidade de resposta mais rápida às demandas da saúde indígena e fortalecimento da atuação do Estado em contextos de elevada vulnerabilidade. Trata-se, portanto, de iniciativa alinhada aos princípios constitucionais da administração pública e à proteção do direito fundamental à saúde, cuja aprovação representa avanço relevante para a efetividade das políticas públicas no estado e no País.

Diante do exposto, submeto o presente Projeto de Lei à apreciação das Senhoras e dos Senhores Parlamentares.

Sala das Sessões, em 2026.

Deputado DUDA RAMOS

