



## RELATÓRIO E VOTO AO PROJETO DE LEI Nº 0341/2025

Institui linhas de cuidado especializadas para o atendimento às vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), no Estado de Santa Catarina, e estabelece diretrizes para prevenção, diagnóstico, tratamento prioritário, reabilitação e monitoramento da qualidade.

**Autor:** Deputado Vicente Caropreso

**Relator:** Deputado Pepê Collaço

### I - RELATÓRIO

Trata-se da análise regimental do Projeto de Lei (PL) nº 0341/2025, de autoria do Deputado Dr. Vicente Caropreso, que originalmente propôs a instituição de linhas de cuidado especializadas para o atendimento às vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Estado de Santa Catarina, estabelecendo diretrizes abrangentes para prevenção, diagnóstico, tratamento prioritário, reabilitação e monitoramento da qualidade.

O texto integral do Projeto de Lei nº 0341/2025, tal como apresentado inicialmente, é essencial para a compreensão do processo legislativo, sendo transcrito na íntegra a seguir para fins de instrução:

*Art. 1º Ficam instituídas, no âmbito da Rede Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, linhas de cuidado especializadas para o atendimento a vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).*

*§ 1º As linhas de cuidado abrangem ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento emergencial, reabilitação e monitoramento da qualidade.*

*§ 2º Para os fins desta Lei, considera-se*

*I Acidente Vascular Cerebral (AVC) interrupção ou rompimento do fluxo sanguíneo cerebral, provocando lesão neurológica aguda;*

*II Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) obstrução das artérias coronárias que resulta em necrose do tecido cardíaco; e*

*III Linha de Cuidado organização dos serviços de saúde de forma integrada, contínua e centrada no paciente.*

*Art. 2º Compete à Secretaria de Estado da Saúde I estabelecer protocolos clínicos baseados em evidências; II definir o tempo máximo de resposta para início do tratamento; e III garantir estrutura hospitalar compatível, incluindo unidades com suporte à trombólise e hemodinâmica.*

*Art. 3º A estruturação das linhas de cuidado observará os seguintes princípios:*

*I promover educação em saúde sobre sintomas, urgência no atendimento e controle dos fatores de risco;*

*II incentivar ambientes saudáveis e atividade física regular;*

*III implementar políticas públicas para redução de fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, hipertensão, diabetes e alcoolismo);*

*IV garantir a detecção e tratamento precoce dos principais fatores de risco cardiovascular;*

*V estruturar o atendimento pré hospitalar, com prioridade para os casos de AVC e IAM;*

*VI organizar centros especializados com a) unidades de AVC com equipes multidisciplinares treinadas; b) unidades e Centros de Alta Complexidade com hemodinâmica e equipe para atendimento de IAM; c) tratamentos agudos baseados em evidências (trombólise, trombectomia, angioplastia primária); d) acesso a exames diagnósticos (neuroimagem e cardiológicos); e) disponibilização de medicamentos para prevenção secundária; f) transição assistencial entre alta hospitalar e cuidados continuados; e g) uso de telemedicina para suporte clínico em unidades sem especialistas 24h;*

*VII ampliar o acesso à reabilitação no hospital e após a alta;*

*VIII capacitar os profissionais envolvidos na linha de cuidado;*

*IX integrar todos os níveis de atenção em uma rede coordenada; e*

*X monitorar os indicadores de qualidade assistencial.*

*Art. 4º O Poder Público promoverá campanhas educativas sobre prevenção, sinais e sintomas do AVC e IAM, com materiais informativos em escolas, unidades de saúde e demais órgãos públicos. Parágrafo único. O Poder Público oferecerá capacitações periódicas aos profissionais da saúde que atuarem na linha de cuidado.*

*Art. 5º Fica instituído o Índice de Qualidade no Atendimento ao AVC e IAM (IQAVC IAM), com os seguintes indicadores:*

*I tempo médio para início do tratamento após os sintomas;*

*II número de procedimentos com sucesso (trombólise, trombectomia e angioplastia);*

*III cobertura do tratamento de urgência nas regiões do Estado;*

*IV cobertura dos serviços de reabilitação;*

*V nível de satisfação dos pacientes e familiares;*

*VI capacidade de detecção precoce e encaminhamento adequado; e*

*VII taxa de mortalidade por AVC e IAM no Estado.*

*Art. 6º Esta Lei não impede a adoção de novos tratamentos e tecnologias, desde que tecnicamente comprovados e aprovados pela Secretaria de Estado da Saúde.*

*Art. 7º O Poder Executivo regulamentará esta Lei.*

*Art. 8º As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.*

*Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.*

A Justificação apresentada pelo proponente, que alicerça a iniciativa legislativa, expõe um cenário de grave preocupação epidemiológica em relação às doenças cardiovasculares e cerebrovasculares no país e no Estado, fundamentando a necessidade de uma política pública estruturada capaz de mitigar os danos à saúde pública, a qual também é integralmente transcrita:

*“O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) figuram, desde 2019, como as duas principais causas de mortalidade no Brasil. De acordo com dados do Portal da Transparência do Registro Civil CRC e do DATASUS, o AVC ultrapassa, de forma consistente, o infarto como a principal causa de óbitos no país, uma situação inversa ao padrão global.*

*Em números absolutos, o Brasil registrou, segundo o CRC*

*75.553 mortes por AVC em 2019;*

*76.382 em 2020;*

*81.822 em 2021;*

*87.749 em 2022;*

84.931 em 2023; e  
85.065 óbitos em 2024.

Já o infarto causou, em 2024, 77.477 mortes. No sistema do DATASUS, o número de óbitos por AVC em 2023 foi de 105.173, considerando os códigos CID I60 a I69 e G45 G46, o que inclui infarto cerebral, AVC isquêmico, hemorrágico, subaracnoide e não especificado.

Esses dados evidenciam o impacto devastador do AVC e a necessidade de políticas públicas estruturadas para prevenção e atenção contínua. No Brasil, diferentemente do padrão global, o AVC mantém-se como causa líder de mortalidade, mesmo com uma tendência de redução mundial, conforme estudo do Global Burden of Disease GBD 2019, que apontou 12,2 milhões de casos incidentes de AVC no mundo em 2019, com 6,55 milhões de mortes e uma taxa de mortalidade até 3,6 vezes maior em países de baixa renda em comparação aos países ricos.

Os principais fatores de risco são bem documentados: hipertensão arterial (responsável por 55% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – DALYs), obesidade, diabetes, poluição atmosférica e tabagismo.

No Brasil, dados locais reforçam o cenário. O registro JOINVASC, da cidade de Joinville/SC, um dos mais avançados do país, mostra que em 2021 houve 950 novos casos de AVC, com uma letalidade de 12,5% em 30 dias. Estima-se que a incidência nacional anual seja de 232 a 344 mil casos, ou cerca de 978 por dia – um AVC a cada 1,5 a 2 minutos.

A sobrevivência após um AVC também é preocupante. Segundo estudo australiano que acompanhou 313 mil pacientes por 10 anos, a taxa de recorrência foi de 26% e a taxa de sobrevivência após 5 anos foi de apenas 52%, caindo para 36% após 10 anos. Além disso, um AVC isquêmico pode reduzir a expectativa de vida em 5,5 anos, com perda de até 32,7% da expectativa prevista.

A implementação de linhas de cuidado especializadas para o atendimento às vítimas de AVC e IAM é fundamental para reduzir a mortalidade e as sequelas associadas a essas condições. Estudos indicam que a organização de redes integradas de atenção à saúde, com protocolos bem definidos, pode reduzir a mortalidade por AVC e IAM em até 30% e as sequelas graves em até 40%.

Além disso, a cada 1% de aumento no controle populacional da hipertensão arterial, estima-se uma redução de 2,9% nos óbitos por doenças cardíacas isquêmicas e de 2,37% nos óbitos por AVC, conforme dados da Organização Pan Americana da Saúde OPAS.

Diante desse cenário alarmante, torna-se essencial estruturar uma linha de cuidado integrada e especializada para vítimas de AVC e IAM em Santa Catarina, com ações que envolvam prevenção, diagnóstico precoce, atendimento prioritário, reabilitação e monitoramento por indicadores de qualidade. A criação do Índice de Qualidade no Atendimento ao AVC e IAM (IQAVC IAM) é uma ferramenta necessária para acompanhar e aprimorar continuamente os serviços prestados.

Esta proposta se alinha a evidências científicas e às melhores práticas internacionais, garantindo ao cidadão catarinense acesso qualificado ao cuidado em saúde cardiovascular, além de contribuir significativamente para a redução de mortes e sequelas evitáveis.

Por estas razões solicito aos nobres deputados a aprovação do projeto de lei.”

Em atendimento à prerrogativa regimental de diligência, o processo foi remetido ao Poder Executivo Estadual, por meio da Diretoria de Assuntos Legislativos (SCC/DIAL), para manifestação da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC). A pasta se manifestou por intermédio da *Informação N° 566/2025* (fls. 17-19), elaborada pela Área Técnica de Atenção e Promoção à Saúde da Diretoria de Atenção Primária Saúde (DAPS/SES/SC), e ratificada pelo *Parecer Jurídico n° 377/2025* (fls. 20-25) da Consultoria Jurídica (COJUR/SES).

A manifestação técnica da SES/SC apontou que grande parte das proposições contidas no Projeto de Lei original já se encontra devidamente disposta nas políticas nacionais de saúde, citando como exemplo a *Portaria de Consolidação n° 01, de 28 de setembro de 2017*, que consolida as normas sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a *Portaria de Consolidação n° 02, de 28 de setembro de 2017*, que trata das políticas nacionais de saúde, incluindo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a *Portaria de Consolidação n° 03, de 28 de setembro de 2017*, que detalha a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com doenças crônicas. O setor técnico destacou ainda que a própria SES/SC já desenvolve ações concretas em relação a fatores de risco comuns ao AVC e IAM, como a implementação das Linhas de Cuidado de Atenção Integral à Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Sobrepeso/Obesidade e Atenção à Pessoa Idosa. Dessa forma, a área técnica concluiu manifestando parecer contrário à aprovação do projeto de Lei, sob o entendimento de que sua implementação paralela poderia gerar *sobreposição normativa e fragmentação de ações já em curso*, além de identificar equívocos conceituais no texto legislativo original relativos à promoção da saúde.

Diante do cenário e das objeções levantadas pelo Poder Executivo, o Deputado proponente apresentou uma Emenda Substitutiva Global (ESG) ao Projeto de Lei n° 0341/2025, visando aprimorar a técnica legislativa e ajustar o escopo da proposição, concentrando-o primariamente no atendimento neurovascular. A principal modificação da ESG foi a exclusão do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) do escopo da lei e a inclusão do Ataque Isquêmico Transitório (AIT), além de incorporar referências diretas a normas federais do Ministério da Saúde que já definem a organização do cuidado ao AVC, buscando mitigar a alegação de sobreposição normativa e conferir maior exequibilidade à proposta.

Instruídos os autos com os elementos iniciais e a proposta na forma de ESG, compete a esta Comissão de Constituição e Justiça proferir seu voto acerca de sua constitucionalidade, legalidade, e adequação à técnica legislativa.

É o relatório.

## **II - VOTO**

A análise do Projeto de Lei n° 0341/2025, deve ater-se estritamente aos critérios de constitucionalidade, legalidade, juridicidade, regimentalidade e técnica legislativa, conforme o Regimento Interno desta Casa.

A matéria versada no Projeto de Lei, referente à criação de diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde especializada, insere-se no campo da proteção e defesa da saúde.

A Constituição Federal estabelece, em seu artigo 24, inciso XII, a *competência concorrente* da União, dos Estados e do Distrito Federal para legislar sobre saúde. Dessa forma, cabe à União estabelecer normas gerais, enquanto aos Estados compete exercer a competência suplementar, adaptando as normas gerais às suas peculiaridades regionais, nos termos do § 2º do citado artigo da Carta Magna.

O Estado de Santa Catarina, em sua Constituição Estadual, reafirma seu papel na promoção da saúde, garantindo a legitimidade da Assembleia

Legislativa para deliberar sobre o tema, em conformidade com o art. 165 e seus parágrafos.

Não se vislumbra, de igual modo, qualquer ofensa à iniciativa reservada do Chefe do Poder Executivo.

Embora a criação de uma linha de cuidado e o estabelecimento de indicadores e obrigações, como a notificação compulsória e o acompanhamento de 5 anos (Art. 6º e 7º da ESG), gerem impacto administrativo e financeiro, a proposição se limita a estabelecer diretrizes e políticas públicas de caráter geral.

A jurisprudência pátria, ao tratar da discricionariedade administrativa, distingue as normas de organização e funcionamento internos, privativas do Executivo, das normas de política pública setorial, passíveis de iniciativa parlamentar, especialmente na área de saúde, onde a garantia dos direitos fundamentais se sobrepõe à estrita organização burocrática.

Até porque a regra da deflagração do processo legislativo é a iniciativa comum ou concorrente (CRFB, art. 61, *caput*). Portanto, *"a iniciativa reservada, por constituir matéria de direito estrito, não se presume e nem comporta interpretação ampliativa, na medida em que, por implicar limitação ao poder de instauração do processo legislativo, deve necessariamente derivar de norma constitucional explícita e inequívoca"* (STF, ADI 724 MC, Relator Ministro Celso de Mello, Tribunal Pleno, julgado em 07/05/1992, DJ 27/04/2001).

Ao julgar o ARE 878.911/RJ, o STF pacificou a controvérsia sobre os limites da iniciativa parlamentar em projetos de lei que acarretam despesas para a Administração Pública. Na ocasião, fixou-se a seguinte tese, com repercussão geral:

**"Não usurpa a competência privativa do chefe do Poder Executivo lei que, embora crie despesa para a Administração Pública, não trata da sua estrutura ou da atribuição de seus órgãos nem do regime jurídico de servidores públicos." (Tema 917)**

Então, as hipóteses de reserva de iniciativa do Chefe do Executivo, previstas no art. 61, § 1º, da Constituição Federal, configuram um rol taxativo, de modo que a inconstitucionalidade formal somente se configura quando a proposta invadir o campo material restrito à gestão administrativa, ou seja, a organização estrutural dos órgãos da Administração e/ou o regime funcional de seus servidores, o que não é o caso.

A propósito, cito alguns precedentes do Supremo Tribunal Federal analisando casos similares:

Agravo regimental em recurso extraordinário. Ação direta de inconstitucionalidade. Lei nº 10.487 do Município de Santo André, de 15 de março de 2022. Instituição do Programa de Prevenção e Tratamento da Endometriose no Município de Santo André. Ausência de impugnação de todos os fundamentos da decisão ora agravada. Princípio da dialeticidade. Acórdão recorrido que destoa da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal firmada no Tema nº 917 da Repercussão Geral. **Plena constitucionalidade material da legislação impugnada. Direito social à saúde.** Agravo regimental não provido. 1. A ausência de impugnação específica dos fundamentos do pronunciamento judicial atacado impede o conhecimento do agravo interno (art. 1.021, § 1º, do Código de Processo Civil). Precedentes. 2. **No julgamento do Tema nº 917 da**

**Repercussão Geral, o Supremo Tribunal Federal firmou a tese segundo a qual “não usurpa competência privativa do Chefe do Poder Executivo lei que, embora crie despesa para a Administração, não trata da sua estrutura ou da atribuição de seus órgãos nem do regime jurídico de servidores públicos (art. 61, § 1º, II, 'a', 'c' e 'e', da Constituição Federal)”. O acórdão recorrido, portanto, destoa da jurisprudência do Supremo Tribunal firmada no âmbito do Tema nº 917 da Repercussão Geral. 3. A legislação municipal impugnada está em conformidade com os ditames constitucionais referentes à concretização do direito social à saúde. Inexistência de inconstitucionalidade material. 4. Agravo regimental ao qual se nega provimento. (RE 1495213 AgR, Relator(a): DIAS TOFFOLI, Tribunal Pleno, julgado em 19-08-2024, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 26-08-2024 PUBLIC 27-08-2024)**

**AGRAVO REGIMENTAL. RECLAMAÇÃO. AÇÃO DIRETA ESTADUAL. PROCEDÊNCIA. VIOLAÇÃO AO TEMA 917. AUSÊNCIA DE VÍCIO DE INICIATIVA. AGRAVO PROVIDO. 1. Não usurpa competência privativa do Chefe do Poder Executivo lei que, embora crie despesa para a Administração, não trata da sua estrutura ou da atribuição de seus órgãos nem do regime jurídico de servidores públicos (art. 61, § 1º, II, "a", "c" e "e", da Constituição Federal) (Tema 917-RG). 2. No caso dos autos, o TJ-SP declarou inconstitucional, por vício de iniciativa, a Lei Municipal nº 6.362/2023, do município de Catanduva, que dispõe sobre o direito das pessoas idosas, pessoas com deficiência e gestantes em receber medicação de uso contínuo em seu domicílio. 2. **A Lei Municipal nº 6.362/2023, de iniciativa parlamentar, não cria nova estrutura administrativa, nem impõe a criação de cargos ou órgãos, limitando-se a regulamentar a forma de prestação de serviço já existente na rede pública de saúde. A norma também não impõe encargos que afetem a autonomia gerencial, orçamentária ou financeira do Poder Executivo, inserindo-se no âmbito da competência municipal para legislar sobre assuntos de interesse local, nos termos do artigo 30, incisos I e II, da Constituição Federal.** 4. Agravo provido para julgar procedente a reclamação, com determinação de novo exame do recurso extraordinário à luz do Tema 917-RG. (Rcl 67595 AgR, Relator(a): FLÁVIO DINO, Primeira Turma, julgado em 11-02-2025, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 14-04-2025 PUBLIC 15-04-2025)**

**Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL EM RECLAMAÇÃO. TEMA 917 DA REPERCUSSÃO GERAL. VIOLAÇÃO. LEI Nº 14.374 DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. RECLAMAÇÃO JULGADA PROCEDENTE. AGRAVO DESPROVIDO. I. Caso em exame 1. Agravo regimental interposto contra decisão que julgou procedente o pedido para cassar a decisão que negou seguimento ao recurso extraordinário, determinando novo exame do recurso extraordinário, com observância da sistemática da Repercussão Geral – Tema 917 RG. II. Questão em discussão 2. **A questão em discussão consiste em verificar se houve aplicação incorreta, pelo Tribunal de origem, da tese firmada no Tema 917 da Repercussão Geral.** III. Razões de decidir 3. Houve equívoco na aplicação do Tema 917 RG, tendo em vista que o acórdão da ação direta de inconstitucionalidade violou a orientação firmada no**

**Julgamento do ARE 878.911 RG/RJ. 4. A Lei n. 14.374/2023, do Município de São José do Rio Preto, não usurpou competência do Poder Executivo no que diz respeito à instituição de política pública de promoção da saúde dos educadores municipais. 5. O Supremo Tribunal Federal tem entendimento firme de que não há ofensa à separação dos poderes se a lei de iniciativa parlamentar busca apenas a concretização de princípios constitucionais. IV. Dispositivo e tese 6. Agravo regimental desprovido. (Rcl 67710 AgR, Relator(a): CRISTIANO ZANIN, Primeira Turma, julgado em 16-12-2024, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 19-12-2024 PUBLIC 07-01-2025)**

Assim, por não invadir o rol taxativo das competências privativas inscritas no art. 61, § 1º, da Constituição Federal, bem como art. 50, § 2º, da Constituição Estadual, o projeto, na forma proposta, é constitucional sob o prisma formal subjetivo.

No campo material, houve o apontamento de contrariedade pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), consistente no risco de *sobreposição normativa* em relação às políticas pré-existentes, notadamente as Portarias de Consolidação do SUS e os regulamentos federais que já estabelecem a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e, dentro dela, a Linha de Cuidado do AVC.

A Emenda Substitutiva Global (ESG) demonstra um esforço meritório em mitigar essa objeção. Ao restringir o escopo para AVC e AIT e, crucialmente, ao referenciar expressamente as *Portarias GM/MS 665/2012 e GM/MS 1996/2023* no Artigo 2º, inciso III, a proposição se alinha às bases regulamentares federais que definem a estrutura das Unidades de AVC (Tipo I, II ou III).

Essa referência explícita reconhece a primazia das normas federais de operacionalização do SUS, garantindo que a lei estadual atue como *norma de reforço e suplementação* constitucionalmente admitida, e não como norma concorrente ou fragmentadora.

Ademais, é imperioso reconhecer que o Poder Legislativo possui a prerrogativa de conferir o *status* de lei às diretrizes de políticas públicas que, embora já existam em nível infralegal (Portarias ou Notas Técnicas), careçam de estabilidade jurídica. A elevação dessas diretrizes a instrumento legal assegura a perenidade da política pública de atenção ao AVC/AIT, independentemente das mudanças na gestão administrativa do Executivo. A ESG, portanto, fortalece o compromisso do Estado com o cuidado neurovascular de alta complexidade.

A inclusão de dispositivos como o Artigo 6º (Notificação Compulsória do AVC) e o Artigo 7º (Acompanhamento Domiciliar por 5 anos) são medidas de saúde pública que, apesar de imporem novas obrigações operacionais e custos (cobertos pelo Art. 10 com as dotações próprias), são vitais para o monitoramento da efetividade da linha de cuidado, permitindo o registro de desfechos clínicos e a identificação precisa da incidência da doença no território catarinense, elementos fundamentais apontados pela robusta Justificação do autor. Tais disposições são compatíveis com os princípios do SUS da integralidade e resolutividade.

Por fim, o Artigo 5º da Emenda Substitutiva Global estabelece um *Índice de Qualidade no Atendimento ao AVC/AIT (IQAVC/AIT)*, que inclui indicadores de monitoramento (como acesso à internação em Unidade de AVC, taxa de independência após três meses e taxa de mortalidade). A definição de indicadores de resultado e processo por lei é uma importante ferramenta de controle social e de gestão, vinculando o Executivo e garantindo a transparência e aprimoramento contínuo da assistência, técnica que se harmoniza com a visão contemporânea da administração pública orientada a resultados.

Em síntese, a Emenda Substitutiva Global sanou as principais imperfeições técnicas do projeto original, harmonizando-o com o marco regulatório federal e aperfeiçoando a abordagem da política pública. As ressalvas do Executivo sobre a adequação gerencial e o risco sutil de fragmentação configuram observações de *mérito administrativo* que não se traduzem em vício de inconstitucionalidade ou ilegalidade formal, e devem ser consideradas pelas Comissões subsequentes.

Ante o exposto, voto, no âmbito desta Comissão, pela **ADMISSIBILIDADE** do prosseguimento da tramitação processual do Projeto de Lei nº 0341/2025, nos termos da Emenda Substitutiva Global apresentada pelo próprio autor no evento

Sala das Comissões,

**Deputado Pepê Collaço**

Relator



ELEGIS  
Sistema de Processo  
Legislativo Eletrônico

Documento assinado eletronicamente por **Felippe Luiz Collaço**,  
em 23/10/2025, às 08:34.

---