

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2020

(Da bancada do PSOL)

Dispõe sobre a criação da Fila Única Emergencial para Gestão de Leitos Hospitalares, abrangendo os sistemas público e privado, a fim de assegurar a utilização, controle e gerenciamento pelo Sistema Único de Saúde de toda capacidade hospitalar instalada no país, com o objetivo de garantir acesso universal e igualitário à rede hospitalar frente à pandemia do novo coronavírus.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a criação da Fila Única Emergencial para Gestão de Leitos Hospitalares, a fim de assegurar a utilização, controle e gerenciamento pelo Sistema Único de Saúde de toda capacidade hospitalar instalada no país, incluindo leitos estatais de gestão federal, estadual ou municipal, leitos de hospitais universitários e militares, leitos de serviços filantrópicos e privados com ou sem fins lucrativos, com o objetivo de garantir acesso universal e igualitário para internação de pacientes com Covid-19.

Parágrafo único. A Fila Única Emergencial vigorará enquanto durarem os efeitos da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.

Art. 2º Por fila única emergencial compreende-se o acesso unificado e organizado a todos os leitos do país, por meio da regulação de vagas e ocupação realizada pelo SUS, independente de contraprestação pecuniária.

Art. 3º Para os fins desta lei, entende-se por leitos hospitalares:



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

I – Leito de internação, correspondente a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço, no sentido de atender a ambiência hospitalar necessária para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado, incluindo leito hospital dia;

II – Leito complementar de internação, aquele destinado a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como: as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva;

III – Leito de observação, aquele destinado a paciente sob supervisão multiprofissional para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a vinte e quatro horas.

Art. 4º Os hospitais gerais e especializados, civis e militares, públicos e privados, deverão disponibilizar diariamente à unidade gestora do Sistema Único de Saúde da esfera governamental correspondente dados atualizados referentes a:

I – Taxas de ocupação geral de leitos;

II – Taxas de ocupação de leitos destinados a pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19;

III – Quantidade geral de leitos;

IV – Quantidade de leitos reservada para pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19;

V – O número de internações e altas hospitalares de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto neste artigo é considerado infração sanitária grave ou gravíssima e sujeitará o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art. 5º Os Estados, Distrito Federal e Municípios deverão organizar e coordenar, em



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

sua esfera de competência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, acesso unificado por meio de Fila Única Emergencial para todos os pacientes graves de Covid-19 que demandem internação e terapia intensiva, com base nos dados disponibilizados e atualizados diariamente pelas redes pública e privada de saúde.

§1º Os entes federativos citados no caput deste artigo são obrigados a desenvolver para a Fila Única Emergencial, em comum acordo, metodologia capaz de garantir itinerário terapêutico na rede do SUS necessário ao acesso e à continuidade da assistência, de forma resolutiva e em tempo compatível com o risco do agravo à sua saúde, de acordo com o sistema de referenciamento entre os serviços e seus níveis de complexidade tecnológica.

§2º São atribuições específicas dos agentes públicos responsáveis pela gestão e regulação da Fila Única Emergencial, além de outras que venham a ser definidas nas comissões intergestores da saúde, observado o parágrafo único do art. 6º desta Lei:

I - garantir que o acesso às ações e serviços de saúde se dê de forma transparente, integral e equânime e em prazos compatíveis com o agravo à saúde, incluindo a garantia de transporte os pacientes que necessitarem de leitos que estejam disponíveis fora de seu município de origem; e

II - orientar e ordenar os fluxos assistenciais na rede federativa nas regiões e entre regiões de saúde.

§3º O acesso deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico.

§4º O critério do acesso de que trata o §3º deste artigo para composição da fila única deve ser de ordem clínica, com base na gravidade do quadro de cada paciente, observando-se o princípio da universalidade, equidade, impessoalidade e publicidade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

§5º Também devem ser consideradas as desigualdades e necessidades sanitárias regionais, conforme diretrizes de regionalização do SUS.

§6º Em nenhuma hipótese a capacidade de pagamento individual será critério para



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

composição da fila única, constituindo fraude punível nas esferas cível, administrativa e penal, na forma da lei, quaisquer alterações na ordem da fila única com base em vantagens pecuniárias, em proveito próprio ou alheio, privilégios ou preconceitos de qualquer espécie.

§7º Para fins de composição da fila única, não se exigirá confirmação do diagnóstico Covid-19 por meio da testagem.

Art. 6º As medidas previstas nesta lei deverão obedecer a diretrizes de descentralização dos serviços e ações.

Parágrafo único. Cabe às Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, além das demais estruturas organizacionais voltadas a operações de emergência em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, articularem ações e pactuarem interesses federativos, no tocante à coordenação da Fila Única Emergencial, em âmbito municipal, estadual, distrital e federal.

Art. 7º Os Gestores estaduais, distritais e municipais disponibilizarão em portais oficiais na internet, de forma sistematizada, clara e transparente, informações atualizadas acerca do número total de leitos ocupados e disponíveis em cada esfera governamental.

Art. 8º Os Gestores estaduais, distritais e municipais disponibilizarão ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) as informações obtidas sobre taxas de ocupação e disponibilidade de leitos, nos termos do Art. 4º desta Lei, para fins de monitoramento e controle social da Fila Única Emergencial em âmbito nacional.

Parágrafo único. Fica autorizada a criação de Painel Nacional por meio de sistema de informações e monitoramento da Fila Única Emergencial, garantida a participação comunitária e o controle social.

Art. 10º Em situações de emergência ou na ausência de serviços públicos, conveniados e contratados, os serviços privados de saúde são obrigados a prestar atendimento ao SUS, mediante ressarcimento previsto no art. 11 desta Lei.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

§1º Em caso de recusa em negociação e acordo, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, em observância ao disposto na Lei nº 8.080/1990, na Lei nº 13.979/2020 e no inciso XXV do art. 5º da Constituição Federal, requisitarão administrativamente, conforme juízo de oportunidade e conveniência, bens móveis e imóveis e serviços particulares para atendimento de necessidades coletivas decorrentes de situação de calamidade pública e emergência sanitária, em razão dos impactos da pandemia da Covid-19.

§2º A utilização de leitos privados se dará por oportunidade e conveniência da Administração Pública, devendo ser feita através de prévia comunicação e com a devida fundamentação.

§3º A União, Estado, Distrito Federal e os Municípios poderão requisitar além dos serviços previstos no caput deste artigo, os empregados, colaboradores ou terceirizados afetos aos serviços de saúde pelo prazo determinado no ato de requisição.

§4º As acomodações especiais de entidades privadas participantes do SUS mediante contrato ou convênio devem ficar à disposição do usuário do SUS sem qualquer ônus para este, em caso de ausência de acomodação coletiva.

§5º Havendo lotação dos leitos disponíveis para o SUS e simultânea capacidade ociosa de leitos nos hospitais privados e filantrópicos, sem que nenhuma medida de utilização da capacidade hospitalar privada seja providenciada, será considerada omissão por parte do gestor estadual, municipal e federal, punível nas esferas cível, administrativa e criminal na forma da lei.

Art. 11 Os recursos destinados aos serviços e bens particulares requisitados devem ser providos pelo Governo Federal, posterior a sua utilização, a ser paga com base nos valores de referência da Tabela SUS.

Art. 12 É vedado aos estabelecimentos próprios, às instituições vinculadas ao SUS, em qualquer nível de governo, e às instituições privadas submetidas ao regime de requisição de que trata o art. 10 desta Lei negar atendimento, inquirir e investigar, por qualquer meio, se o cidadão ou grupo que procura atendimento na rede possui ou não



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

plano de saúde ou seguro de assistência à saúde.

Art. 13. As empresas privadas operadoras de planos de saúde ou de seguro de assistência à saúde ficam obrigadas a disporem de centrais de atendimento funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

Parágrafo único. Tais Centrais de atendimento devem dispor de funcionários capazes de emitir autorizações de atendimento para os Hospitais que estiverem prestando serviços aos clientes das empresas de que trata esta lei.

Art. 14. Cabe à União fiscalizar o cumprimento do disposto nesta lei.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Diante da pandemia do novo coronavírus, SARS-Cov-2, Covid-19, assim declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março, seguida da vigência do estado de calamidade pública em território brasileiro, aprovado pelo Congresso Nacional, submetemos esta proposição com o objetivo situar mais uma vez o Parlamento em local de protagonismo e máxima responsabilidade, enquanto agente propulsor de instrumentos legislativos que auxiliem a gestão pública no enfrentamento a essa situação de emergência sanitária de escala global.

Preliminarmente destacamos que, em observância aos mandamentos constitucionais, a fim de evitar e reparar lesão aos preceitos fundamentais relativos ao direito social à saúde, o direito fundamental à vida e à igualdade, o fundamento da República Federativa do Brasil de dignidade da pessoa humana e o objetivo fundamental de construir uma sociedade justa e solidária, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), em amplo diálogo com pesquisadores, gestores e profissionais de saúde, ingressou com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF nº 671) perante o Supremo Tribunal Federal (STF).

Nessa Ação, pedimos que se determine à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios que, nas respectivas esferas administrativas e ante eventual escassez de bens e serviços necessários ao atendimento do interesse público, em especial leitos em unidades de tratamento intensivo (UTI), executem a requisição administrativa da totalidade dos bens e serviços de pessoas jurídicas e físicas relativos à assistência à saúde prestados em regime privado¹. E assim o fizemos por entender que o Supremo deve assumir uma postura republicana, de guardião das instituições e da supremacia do interesse público, no cumprimento da Constituição Federal.

Tal ADPF atenta para um cenário em que falhas estruturais no acesso igualitário às ações e serviços de saúde, decorrente de condutas omissivas e comissivas do Poder Público, que obviamente ganham mais evidência com a pandemia, produziram em pouco tempo colapso no sistema de saúde brasileiro. Registre-se que mesmo o Sr. Luiz Henrique Mandetta, ex- Ministro da Saúde, reconheceu e alertou reiteradamente à sociedade e a este Parlamento para o fato de que o sistema de saúde poderia entrar em colapso já em abril, caso nada fosse feito.

Assim, especificamente com relação à requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas – conforme competência expressa atribuída na Lei nº 8.080/1990, Lei nº 13.979/2020 e no Código Civil – enquanto Estados e Municípios buscavam iniciativas nesse sentido e se deparavam com forte contestação da rede privada de saúde, a União, antes e depois da troca na pasta do Ministério da Saúde, se manteve inerte em adotar providências efetivas para assegurar a ampliação dos leitos qualificados como de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), concomitantemente ao avanço exponencial da pandemia.

A Secretaria de Saúde Estado do Amazonas, esta semana, divulgou ao país a situação de colapso do sistema público até o próximo domingo 26 de abril, visto que naquele estado já se apresentava insuficiência de leitos do SUS antes da pandemia².

1 Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5884983>

2 Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/com-avanco-do-covid-19-manaus-comeca-a-enterrar-vitimas-em-vala-coletiva/>

Em situação dramática e semelhante ao Amazonas, está o Estado do Ceará, onde há aumento progressivo nos casos de internações e mortes nos bairros mais periféricos, assim como aumento de atendimento nas UPAs da capital e em cidades do interior, avalia a Secretaria de Saúde do Estado, que está em negociação com hospitais da rede privada³.

Também esta semana se noticiou amplamente que o Estado do Rio de Janeiro já se encontra em situação de pré colapso do sistema público de saúde, o que tem feito os gestores locais apressarem a entrega de hospitais de campanha⁴.

Nesses Estados, a taxa de ocupação dos leitos disponíveis ao SUS chega a 100%, enquanto existem leitos ociosos na rede privado. O Artigo 196 da Constituição, que estabelece o direito à saúde como universal e igualitário deveria ser suficiente para que os governos buscassem meios de evitar que as situações de desigualdade social fossem projetadas no acesso à saúde. Todavia, o que temos visto é que pessoas mais pobres e vulneráveis, residentes nas periferias e interiores, sem acesso a planos privados, tendem a ser atingidas de forma mais severa.

A título de exemplo, observem-se os Estados Unidos, epicentro da epidemia e onde há quase 50 mil mortes por Covid-19. Em cidades como Chicago e Nova York, bairros mais pobres e pessoas negras e latinas foram afetadas de maneira desproporcional. Em Chicago, por exemplo, 30% dos moradores são negros, mas 70% das mortes relacionadas ao novo coronavírus são de pessoas negras⁵.

Diversos fatores podem ser apontados para explicar a maior letalidade nessa parcela da população, mas certamente essa explicação passa por questões estruturantes relativas à desigualdade social e, conseqüentemente, maior dificuldade no acesso à saúde.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, pretos, pardos representam quase 1 em cada 4 dos brasileiros hospitalizados com Síndrome

3 Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/com-morte-por-coronavirus-em-bairros-da-periferia-fortaleza-e-principal-preocupacao-do-governo-1.2233778>

4 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/a-beira-do-colapso-rede-publica-do-rio-tem-94-das-utis-para-coronavirus-ocupadas-24382318>

5 Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52267566>



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

Respiratória Aguda Grave (23,1%), mas chegam a 1 em cada 3 entre os mortos por COVID-19 (32,8). Os numeros alarmantes são o reflexo de uma política que marginaliza a população negra e nega o acesso a direitos básicos como hospitais e postos de saúde, moradia e saneamento básico, para além dos recorrentes casos de racismo institucional cometidos em órgãos de saúde.

No país tão desigual como o Brasil, a letalidade avança sobre a periferia.

Note-se que esses são dados ainda iniciais sobre os impactos do novo coronavírus no Brasil, visto se referem apenas às primeiras semanas de disseminação da doença, enquanto a maioria dos casos ainda estava concentrada em bairros mais ricos e em grandes centros urbanos. Além disso, 32% dos óbitos não tiveram registrados raça/cor da vítima⁶.

Ou seja, diante de um cenário em que a demanda por leitos aumenta diariamente em razão do avanço da transmissão comunitária da doença atingir os mais pobres, já estando a rede pública antes mesmo da pandemia com taxas elevadas de ocupação dos leitos, nada mais razoável e republicano que requisitar do setor privado da saúde sua parcela de contribuição.

Considerando que 75% da população brasileira, cerca de 160 milhões de pessoas, dependem exclusivamente dos leitos públicos, disponíveis ao SUS (44% do total de leitos do país); enquanto 25% dos brasileiros são clientes da rede privada e têm disponíveis para si 56% do total de leitos de Unidade de Tratamento Intensiva (UTI) do país⁷. **Para se ter uma ideia da forma como a desigualdade no país afeta o sistema de saúde, observemos os números de leitos de UTIs: são 2,2 em média para cada 10 mil habitantes. Porém, no SUS são apenas 1,4. Na rede privada, a média pula para 4,9 por 10 mil⁸.**

Assim, é ainda mais nítida a urgência de complementariedade entre

6 Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/04/11/coronavirus-mais-letal-entre-negros-no-brasil-apontam-dados-da-sade.ghtml>

7 Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/mais-procurado-sus-tem-44-dos-leitos-de-uti-do-pais/amp/>

8 Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/epidemia-e-distribuicao-de-utis-privadas-escancaram-desigualdade.shtml>

setor público e privado a fim de reduzir tal segregação sanitária, sobretudo em situação de iminente perigo público, quando a Constituição garante que as autoridades públicas podem “usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano” (CF Art. 5º, XXV).

Isso porque a propriedade privada e a livre iniciativa, base jurídica da ADI que Confederação Nacional de Saúde (representante da rede privada) ingressou contra as requisições administrativas feitas por gestores estaduais e municipais, também se sujeitam à ordem constitucional, que garante a função social da propriedade, a justiça social e a redução das desigualdades sociais⁹.

Aliás, é importante ressaltar que diversos outros países têm requisitado bens e serviços privados para garantir o direito à saúde da população em tempo de pandemia, a exemplo de Alemanha, França, Espanha, Portugal, Japão.

Por outro lado, Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) no Brasil está pleiteando a retomada de cirurgias e procedimentos eletivos, que foram radicalmente reduzidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em decorrência do surto de covid-19. A ANAHP alega que possui em diversas unidades com taxas de ocupação “extremamente baixas”.¹⁰

É, portanto, diante de todas essas razões trazidas acima que apresentamos este projeto de lei, com o objetivo de facilitar, organizar e unificar o acesso aos leitos hospitalares, públicos e privados, por todas as pessoas atingidas pelo Covid-19 que necessitem de internação.

A gestão dos leitos e as filas que definem o estabelecimento de prioridades, riscos dos casos e distribuição dos recursos hospitalares para cuidar de pacientes graves com Covid-19 precisam ser únicas para o setor público e privado, sob gestão do Sistema Único de Saúde, observando sua gestão triparte mas sob uma coordenação articulada neste momento.

9 Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5886574>

10 Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2020/04/15/com-leitos-ociosos-hospitais-privados-pedem-a-ans-liberacao-de-cirurgias-eletivas.ghtml>



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

Não se trata de uma fila única nacional, posto que tal política sequer seria viável. O que propomos neste projeto de lei diz respeito ao estabelecimento de critérios técnicos de necessidade de uso de leitos disponíveis, e que toda a capacidade de atendimento, pública e privada, esteja disponível ao SUS.

Certamente esse processo não vai se dar de igual maneira em todas as unidades da federação. A União deve exercer autoridade sanitária, aplicar a lei e determinar o uso dos leitos privados, mas é nos Estados e Municípios que se dará o monitoramento e gerenciamento da necessidade e utilização dos leitos.

Entendemos que a utilização dos leitos privados será a diferença entre a vida e a morte de muitos cidadãos. Assim, ratificando nosso compromisso com a Lei Orgânica do SUS e os mandamentos constitucionais de universalidade e equidade sanitária, entendemos que tal medida – Fila Única Emergencial – deve ser apreciada pelo Congresso Nacional a fim de dotar os gestores públicos, em todas as esferas governamentais, das melhores condições possíveis para coordenação unificada e articulada do acesso a toda capacidade hospitalar instalada em todo território nacional.

Pelo exposto, contamos com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das sessões, em 30 de abril de 2020.

Fernanda Melchionna
Líder do PSOL na Câmara dos Deputados

Áurea Carolina
PSOL/MG

David Miranda
PSOL/RJ



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Liderança do Partido Socialismo e Liberdade

Edmilson Rodrigues
PSOL/PA

Glauber Braga
PSOL/RJ

Ivan Valente
PSOL/SP

Luiza Erundina
PSOL/SP

Marcelo Freixo
PSOL/RJ

Sâmia Bomfim
PSOL/SP

Talíria Petrone
PSOL/RJ