

PROJETO DE LEI Nº , de 2020
(Do Sr. IDILVAN ALENCAR)

Dispõe sobre o “Estado de Emergência de Leitos” e das regras para a formação de fila única para ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da rede hospitalar pública e privada durante esse período.

Art. 1º. Durante o período de vigência do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6 de 2020 do Senado Federal, os Estados ou Distrito Federal deverão decretar “Estado de Emergência de Leitos” nos territórios onde a ocupação de leitos de terapia intensiva do Sistema Único de Saúde seja superior a 90%.

§1º O decreto deverá definir a abrangência territorial da emergência, podendo ser a totalidade do Estado ou regiões delimitadas, de acordo com indicadores de cada região.

§2º Os municípios poderão solicitar aos governos estaduais que decretem o Estado de Emergência de Leitos em seus territórios, sendo obrigatório na situação prevista no caput.

§3º O Estado poderá, a partir de critério epidemiológicos, decretar “Estado de Emergência de Leitos” para territórios com taxa de ocupação inferior a 90%

§4º Alcançado o percentual de 90% de ocupação dos leitos disponíveis na rede hospitalar controlada por uma central de leitos, deverão ser emitidos alertas ao governo estadual, aos municípios, aos hospitais e outras unidades de atendimento através do próprio sistema informático e por publicação na página destinada ao acompanhamento dos dados de ocupação de leitos.

Art. 2º Durante o Estado de Emergência de Leitos, todo e qualquer estabelecimento hospitalar dotado de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atenda pacientes no território de abrangência da emergência fica obrigado a disponibilizar integralmente tais estruturas aos Estados em que se encontram ou ao Distrito Federal.

§2º O disposto no caput se aplica tanto a entidades públicas de outras esferas quanto a entidades privadas com finalidade lucrativa, fundações, cooperativas, serviços sociais autônomos, entidades beneficentes sem fins lucrativos, sociedades de economia mista ou sindicatos.

§3º Por estabelecimento hospitalar dotado de estrutura de terapia intensiva fica entendido todo aquele no qual exista em funcionamento leito apto à internação de

paciente para prestação de assistência médica pelos profissionais de saúde do estabelecimento, conforme os padrões estabelecidos na Resolução Anvisa RDC número 07 de 2010, ou ato normativo que lhe venha a substituir.

§4º Equiparam-se ainda a leitos de terapia intensiva, exclusivamente para fins da presente lei, leitos dotados de equipamentos de suporte mecânico à respiração, habilitados nos termos da portaria 568 do Ministério da Saúde ou outra que lhe venha a substituir, ainda que o estabelecimento funcione em caráter temporário sem o devido cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Art. 3º Durante o Estado de Emergência de Leitos referido no art. 1º, os Estados e o Distrito Federal têm plenos poderes para determinar a ocupação dos leitos, segundo os termos estabelecidos na presente lei.

§1º Durante a ocupação do leito pelo Estado ou pelo Distrito Federal, os estabelecimentos hospitalares a que se refere o Art. 2º ficam responsáveis pelo pleno atendimento do paciente internado, sendo remuneradas por diária de ocupação, de acordo com o valor referido no art. 1º, §4º, da Portaria nº 568 de 26 de março de 2020, do Ministério da Saúde, ou outra que lhe venha a substituir.

§2º Fica ainda garantido o ressarcimento de outras despesas excepcionais devidamente comprovadas, decorrentes da aplicação da presente Lei, no prazo de 30 (trinta) dias, com base na Tabela SUS ou, alternativamente, em valor que tenha como referência o efetivo preço de custo para a instituição que irá requerer o ressarcimento.

Art. 4º Sem prejuízo das atuais exigências de registro obrigatório de leitos hospitalares e de suas respectivas ocupações já definidas na Portaria nº 758 de 9 de abril de 2020, do Ministério da Saúde, ficam as entidades mencionadas no art. 1º obrigadas a informar, em até 96 (noventa e seis) horas após a publicação da presente Lei, a ocupação de seus leitos no Sistema e-SUS, já disponível.

Parágrafo único. A inobservância do prazo fixado no caput, ressalvado o caso de justificativa de caráter técnico é considerada 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 e o Distrito Federal instalarão, em até 10 (dez) dias contados da data de publicação da presente Lei, centrais de regulações de leitos nas regiões onde essas ainda não existam ou farão as adaptações necessárias nas centrais de regulação de leitos já existentes.

§1º As centrais de regulação de leitos deverão estar aptas a organizar uma fila única de pacientes, receber solicitações por leitos e distribuir os leitos disponíveis a pacientes da



fila de maneira uniforme e centralizada, em conformidade com os critérios de prioridade referidos no art. 6º.

§2º Fica a critério dos Estados ou Distrito Federal a definição dos limites territoriais para atuação de cada central, de acordo com as peculiaridades locais e a partir das microrregiões e macrorregiões de saúde já existentes, devendo ser dada publicidade prévia acerca dos municípios abrangidos na competência territorial de cada uma das centrais de leitos.

§3º Os Estados ou Distrito Federal devem disponibilizar para acesso público, em tempo real, informações sobre a capacidade disponível dos leitos de UTI dentro da área de abrangência de cada central.

§4º Os dados de cada Central de Regulação de Leitos deverão ser armazenados de forma a permitir o rastreamento de cada informação.

Art. 6º O Conselho Federal de Medicina – CFM estabelecerá, em até 10 (dez) dias contados da publicação desta Lei, critérios de prioridade para ocupação dos leitos de UTI durante o período delimitado no art. 1º, nos termos da competência definida no art. 7º da Lei nº 12.842, de 10 de julho 2013.

§1º Os critérios a que se refere o *caput* devem ser aplicáveis a todos os pacientes que necessitem de leitos de UTI durante o período de que trata o art. 1º, independentemente da razão de saúde que justifique a internação.

§2º Até que sejam definidos os critérios referidos no *caput*, a priorização da ocupação dos leitos deve obedecer aos termos da Resolução CFM nº 2.156/2016, de 17 de novembro de 2016, e, em caso de presença de mais de um paciente na prioridade de grau máximo definida no art. 6º da citada Resolução, devem ser aplicados subsidiariamente os critérios sugeridos pela Organização Mundial de Saúde, em seu *Guidance For Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks* (2016), item 4 (página 21).

Art. 7º A União disponibilizará condições técnicas de suporte à gestão dos leitos de UTI de acordo com os critérios de prioridade de que trata o art. 6º.

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

JUSTIFICAÇÃO



O Decreto Legislativo nº 6 de 2020 do Senado Federal declarou estado de calamidade pública no Brasil devido à pandemia de Covid-19, poucos dias depois da Organização Mundial da Saúde ter decretado que estávamos em uma pandemia. Desde então, diferentes países têm definido suas estratégias de enfrentamento à pandemia.

No dia 03 de maio, o mundo tinha contabilizado 3.533.921 casos de coronavírus e 246.943 mortes. Depois da China, o primeiro lugar mais afetado foi Itália, que já contabilizou 28.884 mortes, seguido do Reino Unido, com 28,446 mortes e Espanha, com 25.264 mortes. Dia 03 de maio, data da consulta aos dados, os Estados Unidos é o país com maior número de casos e de mortes: 1.171.350 casos e 68.088 mortes.

No dia 02 de maio, o Brasil contava com 6.750 mortes e 96.559 casos. Dia 06 de maio, apenas 4 dias depois, o número de mortos já estava em 8.536 e o de casos 125.218. Nessa data, quatro Estados e oito capitais já tinham lotação acima de 90%, atuando próximo do limite de sua capacidade. Esses são os números oficiais. A subnotificação já está comprovada e a realidade é ainda pior.

Uma das maiores preocupações no combate à epidemia é evitar o colapso dos sistemas de saúde. Para isso, duas ações se complementam: o isolamento social para reduzir a velocidade de contágio e “achatar a curva”; o aumento da capacidade de atendimento dos sistemas de saúde, com a construção de hospitais de campanha e habilitação de novos leitos em hospitais já existentes. Esse Projeto de Lei visa reduzir a ociosidade de leitos e ampliar o número de leitos disponíveis para atendimento de toda população.

Apesar dos esforços, temos observado um aumento consistente no número de casos e a superlotação de hospitais e a falta de leitos de UTI e de respiradores na rede pública, enquanto leitos em instituições privadas seguem desocupados. Isso ocorre porque no SUS há 1,4 leitos por 10 mil habitantes enquanto no sistema privado essa proporção é de 4,9 leitos por 10 mil habitantes.

Com a proximidade do colapso do sistema, o número de mortes tende a aumentar, não só por covid-19, mas por outras causas que deixam de ter atendimento adequado devido a superlotação do sistema de saúde. Nesse cenário de caos, todos os recursos devem estar disponíveis para salvar vidas. Vivemos um momento dramático que demanda todo o esforço que estiver ao nosso alcance para salvar vidas.

Uma das características da saúde no Brasil é sua desigualdade. Os leitos estão distribuídos de maneira desigual no país e, dentro de cada região, há uma divisão desigual entre leitos públicos e privados.





Fonte: <https://medium.com/@afonso.oliv/pandemia-%C3%A0-brasileira-5061f925aa90>

O mapa acima mostra a diferença entre cobertura de leitos privados e públicos. No Estado do Ceará, por exemplo, os usuários de planos de saúde têm 5,53 vezes mais leitos à sua disposição que usuário do SUS. Em Mato Grosso, esse número é de 9 vezes, em São Paulo, 2,19 vezes. No Brasil, há 15.898 leitos privados para atender aproximadamente 25% da população que tem plano de saúde, sendo que em São Paulo são 34% da população e no Amazonas, 10%. E há 14.876 leitos da rede pública para atender 75% da população (<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/eliogaspari/2020/05/a-fila-unica-para-a-covid-19-esta-na-mesa.shtml>).

Na vigência da calamidade pública, o objetivo principal deve ser assegurar o atendimento a todos e, desta maneira, reduzir o número de mortes. Nesse cenário, todos os recursos disponíveis no país devem ser colocados à disposição de toda população para resolver um problema que é de todos, independente se a gestão do recurso é pública ou privada.

Este Projeto de Lei visa resolver este problema. Na vigência da calamidade pública, se a taxa de ocupação de leitos atingir 90%, o Estado deve decretar “Estado de Emergência de Leitos” e, durante a emergência, todos os leitos disponíveis no território da emergência, sejam eles públicos ou privados, passam a ser controlados pela Central de Regulação de Leitos, que organizará uma fila única e irá distribuir leitos aos pacientes a

partir de critérios definidos pelo Conselho Federal de Medicina. Os estabelecimentos hospitalares serão remunerados de maneira justa pela ocupação do leito, conforme procedimento já usual no SUS.

Se há uma situação de emergência, problemas de gestão não podem se sobrepor ao direito à vida. Mortes evitáveis devem ser evitadas. Mortes de pessoas por falta de leitos no SUS tendo leitos disponíveis no setor privado são inadmissíveis. São essas as justificativas para o presente Projeto de Lei.

