

Transcrição

Vídeo: Uso público de leitos privados durante a pandemia da COVID-19
(<https://www.youtube.com/watch?v=extcSpszqQU>)

[00:00:35]

[Homem 1: Thiago]

Olá, boa tarde a todos e a todas. Estamos dando início hoje a este projeto do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, um ciclo de debates sobre o direito sanitário em tempos de pandemia. O primeiro tema trata da requisição administrativa de leitos e da regulação do acesso aos leitos em tempos de pandemia. Estarão conosco hoje a Dra. Lenir Santos, presidente do Idisa, o professor Gonzalo Vecina, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, o senador da República Rogério Carvalho, senador pelo PT de Sergipe, e também a juíza do estado do Tocantins, Dra. Milene.

Vamos iniciar então nosso debate. Eu vou chamar os convidados, e começaremos a discutir esse tema importantíssimo. Inicialmente, é relevante mencionar que esse assunto tem estado presente no debate público e tem gerado intensa discussão. Aqui no Idisa, buscamos compreender, esclarecer e prestar à sociedade o serviço principal de debater temas relevantes, especialmente para a saúde pública e o direito sanitário.

É importante ressaltar que esse tema foi judicializado duas vezes. A primeira, pela ADPF nº 627, proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (Psol), com uma manifestação conjunta de todos os procuradores-gerais dos estados da federação se opondo à medida proposta, devido à centralização para criação de uma fila de regulação nacional dos leitos de UTI. Além disso, há um debate travado na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6362, proposta pela Confederação Nacional da Saúde, que busca estabelecer critérios para a requisição administrativa de bens e serviços para a saúde durante a pandemia.

Estes debates estão em curso, e há um grande movimento com várias entidades do campo da saúde pública, mas também de entidades que não estão necessariamente nesse campo, unindo-se para a constituição de uma fila única de leitos, chamada de "Leito para Todos". Esse movimento conta com o apoio do Abrasco, do SESI e de várias outras entidades da saúde coletiva, ganhando força com o ato de lançamento da campanha realizado recentemente. Esse ato tem provocado diversos debates, tornando o tema ainda mais relevante. O Conselho Nacional de Justiça também editou recomendação, orientando os gestores públicos a organizarem os serviços de saúde de modo a evitar impactos na justiça.

Vamos ouvir agora aqueles que têm mais propriedade para falar e contribuir conosco nesse debate. Primeiramente, convido a professora Lenir Santos, advogada, doutora em saúde pública pela Universidade Estadual de Campinas, presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Boa tarde, Lenir, seja bem-vinda. A palavra está com você.

[00:04:25]

[Mulher 1: LENIR]

Boa tarde Thiago, boa tarde a todos, ao senador Rogério...

[00:04:41]

[Homem falando]
[SEM SOM]

[Mulher 1: Lenir]
!

Voltou a voz? Eu acho que sem querer eu cliquei e desliguei o microfone, mas esse tema, que se intitula "fila única", de uso público de leitos privados, leitos para todos, o nome que quer que seja, na realidade ele encontra, ele precisa de amparo, e ele encontra amparo na nossa legislação. Inclusive, a lei recente de 2020, agora de fevereiro, a Lei 1979, fala na requisição. Mas a requisição está prevista na nossa Constituição, no artigo 5º e inciso, acho que 25, no artigo 15 da lei 8080, que é a Lei da Saúde, no inciso 13. Eu também penso que tem fundamento no artigo 97 da Constituição, quando fala que todas as ações e serviços de saúde públicos e privados são de relevância pública e que eles ficam inteiramente sob a sujeição do poder público no tocante à sua regulamentação, fiscalização e controle. Isso já daria também autorização para o poder público, sempre que necessário, poder estar atuando mediante ao instituto da requisição. Só rapidamente na Secretaria de Estado da Saúde, quando eu estive lá na área jurídica, da assessoria jurídica que nem tínhamos, isso era em 1987, nós não tínhamos ainda Constituição, ela estava sendo testada na nossa, e com base em uma paulista, o próprio Estado de São Paulo, o secretário então que nós fez diversas requisições, inclusive uma que me lembro bem que me marcou no município de Mococa, que era um hospital psiquiátrico onde estava acontecendo barbaridades, e as pessoas chamavam aquilo de intervenção. Na realidade era uma requisição administrativa. Fez também daí com um título de requisição de um hospital que tinha sido construído em Mogi das Cruzes, que não foi ocupado como um hospital, que se pretendia então vender para ser um shopping e foi requisitado para poder, mediante sempre justa indenização, ser usado na área da saúde, e um famoso hospital lá, que era o Hospital Santa Cruz, também houve uma requisição. Eu acho que esse a gente já talvez tivesse a Lei Orgânica da Saúde vigorando. É só para mostrar o problema da requisição administrativa. Ela é muito complexa porque é muito fácil fazer a requisição. Você faz um decreto e consegue fazer a requisição. O problema é sair depois dessa requisição, porque você passa a fazer a administração, a gestão daquele bem que você requisitou.

Então, nesse momento agora que nós estamos vivendo essa pandemia e que há uma necessidade absoluta de realmente o poder público lançar mão daquilo que é privado, e a Lei 8080 permite que se requisite bens privados, e também serviços de pessoas físicas ou jurídicas, então é extremamente abrangente. O problema todo está em como você vai respeitar o uso daqueles leitos pelo particular, e a maioria muitas vezes são de planos de saúde, respeitando também o direito dessas pessoas e o direito que também o cidadão, como todo cidadão tem direito a ter serviços de assistência à saúde. Então é um lado mais complexo de fazer isso, porque quando você faz uma requisição administrativa e requisita leitos, você vai ter que fazer essa administração desses leitos, e esses leitos estão no setor privado. Inclusive, a Dra. Milene vai tocar nesse assunto porque ela tem vivido isso, essa experiência lá em Tocantins que o governador fez uma requisição administrativa de leitos públicos. E lá ainda tem o outro complicador que os leitos do Tocantins estão sendo

muitas vezes negociados previamente com o poder público, mas de outros estados. Aí também a gente entra no outro aspecto que é o aspecto do comando único, da direção única em cada esfera de governo e que se é possível um estado em comprar serviços em outros estados sem que isso seja discutido com o secretário da saúde daquele estado, ou quando é interestadual seja discutido na tripartite. Aliás, a tripartite já deveria ter se reunido e ter feito diretrizes a respeito disso, e no âmbito do estado se cada município for fazer isoladamente, também é muito complexo. Daí a necessidade de você ter um controle que seja estadual. Se nós tivéssemos no nosso país as regiões de saúde de fato funcionando, inclusive com centrais de regulação regionais, que se vincularia como a central estadual geral, tudo isso seria mais fácil, mas nós em 32 anos de SUS, ainda não conseguimos resolver o grande problema da regionalização sendo que a regionalização do SUS é determinada pela própria Constituição no artigo 198. Eu penso e o senador Rogério Carvalho, que também é médico, já foi secretário de saúde em Sergipe do estado, e também já foi no município de lá, então tem larga experiência também no mundo real, na vida real. Ele tem um projeto de lei que eu julgo que é o projeto. Existem uns quatro, cinco projetos, a maioria na câmara e acho que no senado, esse é o único que eu acho que acabou adotando uma sistemática mais simplificada para esse momento e melhor coordenada para se falar em uso público de leitos privados. Eu não vou antecipar porque essa vai ser inclusive a fala dele. A outra questão que também nós temos é do preço, o preço precisa ser um preço justo para na hora que você faz esse uso compulsório, essa requisição de leitos privados você tem que pagar por um preço justo esse, preço não deve ser nem excessivo e nem deve ser um preço inexequível aliás isto está na própria lei de licitação, a lei de licitação determina que você deve julgar nula uma proposta quando ela traz preço excessivo ou ela traz preço inexequível, que com aquele preço você não vai poder alcançar o objetivo daquele contrato que se está fazendo, então mesmo que você faça aquisição, dispensa de licitação, qualquer coisa que seja, nós estamos falando em pagamento por um bem que vocês estão usando, então é esse preceito, essa norma da lei de licitação é uma norma que a gente tem que observar, que o preço não pode ser inexequível e nem pode ser excessivo. Hoje o próprio Ministério da Saúde fixou em preço de 1.600 reais para os leitos de UTI, acho que crescido de mais alguma coisa, que pode ser um parâmetro e na negociação, se realmente a realidade demonstrar que o justo seria um preço maior, ou um preço menor o que seja deve ser feito, mas também a necessidade de que quando o município ou estado passa usar leitos privados, é um plus, ele está aumentando a capacidade instalada dele, isso mostra que dentro do planejamento que ele tem para os recursos que ele tem não seria viável ele arcar com mais essa despesa e daí nós não vamos ficar entrando aqui, sabendo de detalhes, mas sabemos que o SUS é altamente subfinanciado e que dos 227 bilhões para o enfrentamento dessa pandemia, para a área da saúde coube 22 e meio bilhões, parece agora com mais duas medidas provisórias que estão crescendo mais 15 bilhões, que vai ser na realidade por volta de 35 bilhões, o que seria bastante insuficiente para tudo que precisa ser feito. Agora não adianta também fazer como Pernambuco fez, Pernambuco também fez requisição administrativa, só que ela chama de habilitação compulsória de leitos privados, só que essa compulsoriedade, ela implica com o Ministério da Saúde, o Ministério da Saúde não está então na requisição, ele não é parte. Então como que você

pode dar uma compulsoriedade que exige que o Ministério da Saúde compulsoriamente, isso numa lei de âmbito nacional pode ser feito, mas você não pode fazer isso numa lei estadual. Daí a necessidade que nós temos realmente de balizas nacionais que eu entendo que o projeto do senador Rogério Carvalho é o projeto que mais atende a essa questão e ainda que se possa dizer que o uso compulsório é de leitos privados é uma forma de requisição, realmente é, mas ali trata de uma maneira bem mais ágil, porque não podemos entender que caberia ao poder público estar fazendo a gestão daqueles leitos dentro do hospital privado. Acho que isso é complexo demais. Outra coisa e também que pode ser usada, a tabela, nós temos uma tabela do NEP, que é do plano de saúde que serve para ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde quando se utilizam os serviços do SUS, então eu acho que seriam essas considerações que eu tinha que fazer, Tiago poderia informar se eu estou dentro do meu tempo, ou se eu já... ele está me dando cinco minutos para concluir. Então o que é realmente eu já iria concluindo, primeiro a legalidade ta posta até mesmo naquela ADI, que aquela confederação nacional de saúde, de hospitais e serviços, ela tem também uma ação que inclusive o Idisa entrou com um pedido para ser amigos Cure, ali eles reconhecem que é possível a requisição, eles não negam, eles só queriam que isso fosse coordenada nacionalmente pelo Ministério da Saúde, que também é um absurdo, você não pode passar para mão do ministério da saúde, que não executa serviço, que não presta serviço direto para a população, ele de repente ter que fazer isso.

Eu acho que as diretrizes deveriam, a CTI que é Comissão Intergestora de Tripartite já deveria ter feito e deixar na mão dos estados junto com a sua de bipartite, porque daí os municípios estão ali também presente para poder discutir como é que é se requisitarem os leitos dentro daquele estado, e qual o papel da central de regulação que nós ainda não temos centrais regionais, deveríamos, e acabamos tendo centrais em todos os municípios e a central no estado, quando a gente podia ter isso regionalizado. Com isso encerro, agradeço a participação e agradeço aqui a todos que estão nos ouvindo, aqui nos seguindo, obrigada.

[00:18:52]

[Homem 1: Thiago]

Obrigada professora Lenir, obrigado pelos esclarecimentos tanto do processo histórico, quanto das perspectivas jurídicas em torno da requisição administrativa, e agora eu vou passar a palavra ao professor Gonzalo Vecina, ele que é professor da Faculdade de Saúde Pública da USP, que foi ex-diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tem ampla produção acadêmica, e experiência para nos falar um pouquinho sobre esse tema e vou pedir a ele que se possível aborde também o elemento que tem trazido aí alguma discussão principalmente do meio jurídico, que é a questão da nota publicada pelo CNJ a respeito desse tema, é com você professor.

[19:38]

[Homem 2: Gonzalo]

Boa tarde a todos e todas. Obrigado, Tiago. É um prazer estar aqui com Lenir, com Rogério, com Milena, o senador Rogério, Doutora Milena, e dar lugar sobre esse assunto

tão espinhoso neste momento. Eu participei muito ativamente dessa discussão da nota técnica do CNJ, e então esse vai ser um capítulo bem abordado, mas eu queria começar notando a importância desse momento que nós estamos vivendo da epidemia. Nós temos que entender que essa epidemia não é uma coisa simples, é uma das coisas mais complexas com as quais o setor de saúde e qualquer país no mundo inteiro pode ter trabalhado. A gente tende a achar que a epidemia é parecida com a gripe espanhola. Epidemia pode ser sempre parecida porque é um vírus, mas de resto é tudo diferente. A densidade demográfica que nós temos hoje é uma coisa absurda, o processo de urbanização. A gripe espanhola, quando chegou aqui no Brasil, o Brasil era um país rural, então ela foi muito violenta, mas o tempo piorou a situação. Nós ficamos muito mais complexos. Ela matou 35 mil brasileiros. Na época, o Brasil tinha 29 milhões de habitantes, o que equivaleria hoje a matar algo em torno de 500 mil brasileiros. Nós estamos no caminho. Se a gente não conseguir fazer o isolamento social, nós estamos no caminho. Essa epidemia se alimenta de três coisas: densidade demográfica (vide o que aconteceu em Nova York por causa da densidade demográfica, cidade onde mais gente morreu até hoje), mobilidade (então, com gente na rua, sempre vai haver casos novos), e desigualdade social (coisa que nós temos para oferecer de braçada na periferia das nossas grandes cidades, é onde nós vamos ter mais mortes, porque as pessoas não têm acesso a água, porque as pessoas não têm acesso a condições de higiene, e um vírus que, apesar de transmissão aérea, ele se transmite por contato e ele sobrevive durante muito tempo em superfície; por isso, ele se transmite por contato). Isto é de uma complexidade muito grande. Está longe de ser uma gripezinha ou qualquer coisa parecida com "inha". É um bruto de um problema de saúde pública, maior problema de saúde pública. Eu acho que é maior do que, inclusive, a gripe espanhola, por causa da densidade demográfica e pela velocidade de transmissão deste vírus.

Então, com isso, eu estou querendo dizer que nós temos que ser humildes e enfrentar com cuidado este inimigo, esse que é o ponto. Uma das consequências dessa gripe é a necessidade de leitos hospitalares. Nós andamos publicando aí, baseado em tudo o que se leu (eu não criei nada, eu sou um sanitarista, não epidemiologista), mas de qualquer forma, nós temos 210 milhões de habitantes e se espera que a imunidade de rebanho aconteça quando setenta por cento da população tiver tido a doença. Isso significa falar em algo em torno de 146 milhões de brasileiros tendo a doença. Sabemos que quinze por cento vai para o hospital e cinco por cento vai para UTI. Isso é 29 milhões de brasileiros internados. O SUS interna mais ou menos 20 milhões de pessoas por ano. É internar uma vez e meia o que o SUS interna por ano. É impossível, dependendo do tempo em que isso acontecer. É impossível.

Por isso, esse negócio de achatar curva, para jogar mais para frente, é óbvio que esse jogar mais para frente implica em isolamento social, implica em pessoas que não trabalham em trabalhos essenciais não irem trabalhar, as crianças não irem para escola e com todas as consequências econômicas. E além das consequências econômicas, o desastre social que é você tirar as crianças que estão em um período de aprendizagem para se preparar para a vida, não irem para a escola e por isso perderem tempo, particularmente os pobres porque os classe média e ricos estão de alguma forma conseguindo driblar isso através da utilização de tecnologia de informação, isso que nós

estamos usando aqui agora. Mas os pobres não têm acesso à tecnologia de informação. Eles vão perder mesmo.

Duplamente, então, esse número de pessoas que vão precisar de assistência hospitalar é muito grande. Temos que achatar a crise, e com isso, ela vai durar mais tempo, e nós temos que conseguir fazer com que a economia consiga enfrentar esse desafio. A economia enfrentar esse desafio significa dizer que o estado tem que proteger os mais desprovidos. Temos que criar colchões de retenção, e as pessoas que estão ficando sem renda estão ficando sem alimento. Isso é função fundamental do estado. O estado tem que fazer isso. Como vai acontecer isso, não sei, porque até o momento nós não estamos fazendo essa lição de casa. R\$600 em três vezes distribuído dessa forma atribulada que foi feito é um engano terrível.

Mas vamos aos leitos de UTI. Com certeza, nós tínhamos no início dessa epidemia algo em torno de 14.869 leitos, dados retirados do site do Ministério no final de março. Isso dava sete leitos por 100 mil habitantes, mais ou menos 7 leitos por 100 mil habitantes. O setor privado tem 32,8 leitos por 100 mil habitantes, resultado da conta de 15.754 leitos por 48 milhões de beneficiários que têm plano de saúde hoje. Isso dá 32,8 leitos por 100 mil habitantes, é praticamente quatro, cinco vezes maior do que o número de leitos que nós temos no SUS, e é óbvio que essa epidemia está atingindo todo o Brasil de uma forma muito dramática e muito rápida. Faltavam leitos de UTI antes dessa crise?

Faltavam leitos de UTI antes dessa crise, todos nós sabemos disso, que o SUS é subfinanciado e tem poucos recursos. Temos sete leitos por 100.000. Tínhamos sete leitos por 100 mil habitantes e eu calculo que nós precisaríamos ter algo entre 20 e 24 leitos por 100 mil habitantes, considerando que você interna dez por cento da população, que a média de permanência é de seis dias, que a taxa de ocupação é de 85 por cento, e que entre 15 e vinte por cento devem ser os leitos de UTI em relação aos leitos normais. Isso faz essa conta de leitos, leitos por 100 mil habitantes. Nós tínhamos um terço dos leitos necessário, é óbvio que nós vamos ter um problema, já estamos em alguns estados chegamos a isso. Estados mal preparados como o Amazonas, como o Pará, os estados da região norte estão demonstrando a fragilidade que nós temos na rede de proteção social, educação, saúde, saneamento, tudo é um desastre e estamos tendo também alguns estados melhor preparados para esse tipo de evento, como o Ceará é um estado que está relativamente preparado, mas a mobilidade social está destruindo isso. A mobilidade social é um negócio importante quando você tem uma sociedade muito desigual, e é o caso do Ceará, então você tá próximo de um colapso na rede hospitalar o Rio de Janeiro vai entrar, São Paulo tá na porta e no entanto nós vamos ter esse colapso hospitalar e em muitos estados, particularmente nos estados do sul, sudeste, nós temos um número muito grande de leitos no setor privado.

Aí vem essa discussão da requisição dos leitos ou contratação no primeiro momento, mas a requisição é obrigação do agente do poder público realizar a requisição. O CNJ, preocupado com essa questão, resolveu fazer uma nota que é uma informação para auxiliar os juízes na medida em que ocorra judicialização dessa questão. A proposta da nota tem dois grandes objetivos. O primeiro objetivo é melhorar a capacidade de gestão dos leitos à disposição do SUS, porque os leitos à disposição do SUS, os que já são do SUS,

estão sendo inadequadamente gerenciados. É o que nós estamos observando, por exemplo, nos grandes municípios de uma forma geral, que os grandes municípios, por pressão popular, acabaram desenvolvendo uma capacidade assistencial própria. Mesmo o município de São Paulo, no município de São Paulo, tem 18 hospitais próprios. Além disso, possui uma rede de ambulatório especializado. Na cidade de São Paulo, o estado tem uma rede de 20 hospitais próprios. Tanto o município quanto o estado construíram leitos em unidade provisória. Esses leitos foram construídos em tempo recorde e são adequados, contando com leitos normais e de UTI.

O município e o estado realizaram essa ação. No entanto, a rede do estado e a rede do município não se comunicam. Em alguns momentos, percebo que a rede do estado em algumas regiões da cidade está sob estresse, enquanto a rede do município está fora do estresse, e vice-versa. Não temos um modelo de regulação única, conforme previsto no ordenamento jurídico, na Constituição e na Lei 8080, há mais de 30 anos. A ideia do comando único por nível de governo está lá, mas por motivos políticos e históricos, não desenvolvemos a capacidade de articular a rede estatal pública e municipal sob uma única governança. Não vou falar sobre um único gestor, pois não acredito que seja o estado ou o município, mas sim o conjunto de municípios e o estado neste momento. A única solução que temos para isso são as comissões intergestores, sendo difícil e complicado reunir um grupo de serviços, como ocorre na cidade de São Paulo. A cidade de São Paulo não é apenas a cidade de São Paulo; quinze por cento das internações na cidade ocorrem com não paulistanos. Setenta por cento da quimioterapia neoplásica realizada no município de São Paulo é feita por não paulistanos. A mancha populacional abrange 19 milhões de habitantes em 39 municípios, formando a Grande São Paulo. Não é possível pensar na saúde apenas do município de São Paulo nem nos 39 municípios isoladamente. É essencial pensar nas redes municipais em conjunto com a rede estadual, assim como ocorre na maioria dos médios e grandes municípios do Brasil.

Ao considerar, por exemplo, procedimentos de alto custo, como a hemodiálise, observamos que temos unidades para atender 140 mil brasileiros em apenas sete por cento dos municípios. Muitas pessoas precisam se deslocar três vezes por semana para suas sessões de hemodiálise. Provavelmente, algumas unidades estão mal localizadas, mas a maioria está obedecendo ao fluxo da rede viária do país. Isso destaca a necessidade de uma resposta mais complexa, como essas unidades de hemodiálise, com legislação rigorosa para evitar incidentes como o que ocorreu em Caruaru. Portanto, é hora de desenvolver uma inteligência que olhe para essas questões, permitindo medir de maneira mais adequada as necessidades de serviços que o SUS possui. Atualmente, na área de consultas de especialidade, perdemos 30 a 40 por cento das consultas devido à falta de frequência do paciente. É necessário repensar a questão da fila única, tema abordado na nota técnica do Conselho Nacional de Justiça, resgatando a norma técnica da Comissão Intergestores Tripartite de 2018, que recomenda a criação de 92 macrorregiões de saúde no Brasil. Esta norma não aborda questões mais complexas relacionadas à governança, mas é necessário destacar esse aspecto. Outra questão é a requisição de leitos, já praticada por Curitiba e Tocantins, devido à ausência de funcionamento efetivo do Ministério da Saúde e do Governo Federal.

Na atual crise, percebemos a falta de liderança, algo crucial para enfrentar crises, como apontado por manuais especializados. A Tripartite não está funcionando, e o CONAS está tentando tomar iniciativas. Apesar disso, o SUS tem dado uma resposta significativa. No início da epidemia, tínhamos 14.869 leitos, representando cerca de 7 leitos por 100 mil habitantes. Ao longo do tempo, aumentamos para 18.564 leitos, transformando leitos em hospitais, como no caso do Hospital das Clínicas, que teve seus leitos de UTI ampliados. Apesar da escassez de recursos, o SUS conseguiu aumentar quase 30% o número total de leitos em um curto período.

Essa resposta impressionante foi dada mesmo diante da escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e respiradores. A crise expôs a fragilidade da capacidade industrial do Brasil na produção desses insumos essenciais para a saúde. A lição que fica é a necessidade de discutir a capacidade industrial brasileira na produção de itens estratégicos, como respiradores e medicamentos.

Encerro aqui minha análise. Fico à disposição para responder a eventuais perguntas. Muito obrigado.

[00:41:21]

[Homem 1: Thiago]

Ah está sem som

[00:41:43]

[Homem 1: Thiago]

Professor Gonzalo, eu lhe agradeço imensamente por essa aula brilhante que você nos dá aqui neste momento. Peço desculpa pelos problemas técnicos, inclusive a interrupção da sua fala, e agora vamos dar sequência ouvindo ele que foi Secretário Estadual de Saúde do Estado do Sergipe, Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, Secretaria do Estado lá no Ministério da Saúde. Ele que tem uma trajetória no SUS, médico, com a militância no Movimento Estudantil também, uma pessoa que eu tenho um carinho imenso, o Senador da República hoje, Rogério Carvalho, para falar um pouquinho conosco desse Projeto de Lei 2308 de 2020, que ele é o autor, de que dispõe sobre o uso compulsório de leitos privados disponíveis de qualquer espécie pelos entes federativos, para a internação de pacientes acometidos com a síndrome aguda respiratória grave, ou com suspeita ou diagnóstico de Covid, professor Rogério é com você.

[00:42:48]

[Homem 3: Rogério]

Obrigado, Thiago. É uma honra para mim estar dividindo essa bancada aqui remota com a Lenir, com Gonzalo, com a Doutora Milene. Eu quero falar de 3 questões: a primeira é sobre regulação, a segunda, ou o contrário, sobre o momento que a gente vive, e a terceira sobre a lei. Então, vamos falar primeiro sobre o momento que a gente vive. O Gonzalo foi muito feliz quando ele apresentou para gente o que significaria a imunidade de rebanho em torno de 700 mil mortes, na melhor das hipóteses, se a gente soltasse as pessoas para se contaminar de uma vez. E o pior de tudo é que nós temos no governo

essa ideia fixa da imunidade de rebanho, é defendido pelo presidente da república, é defendido por alguns assessores próximos, ex-ministros, ex-secretários, ex-secretário estadual de saúde, o deputado federal Osmar Terra tem defendido isso de forma muito aberta. A imunidade de rebanho como uma solução para o problema da pandemia recoloca o debate em um patamar e o controle da epidemia no nosso território - território gigante, com grandes diferenças regionais, com grandes diferenças sociais. Isso coloca uma dificuldade, uma complexidade ainda maior, além da complexidade do adensamento populacional, da forma como as pessoas se desloca em grandes centros, aglomeração de pessoas no transporte público e em todos os ambientes são aglomerados. Além de tudo isso, nós temos que lidar com uma defesa ou uma tese que é a tese da autoimunidade de rebanho, defendida pelo presidente da república. Se ele defende essa tese, ele é contra o isolamento social, contra o afastamento social. Então, ele não tem adotado medidas embasadas na curva de aprendizagem internacional sobre a covid19, sobre o Coronavírus, como lidar, como conter e como tratar. Ele não tem isso, não está no radar do ministério da saúde, esteve um pouco, mas todos os ministros que de alguma forma são chamados à responsabilidade e seguir determinados protocolos de acumulação empírica, eles são defenestrados pelo presidente da república, então é o que aconteceu com o Mandetta, o que aconteceu com Tas agora, então isso obrigou praticamente, e isso produziu uma divisão, enquanto o presidente foi por um caminho, governadores de uma maneira geral foram por outro caminho e foram pelo caminho de seguir as orientações da acumulação empírica, sobre como lidar com a pandemia, como lidar com a doença, e criou um conflito permanente.

O Congresso Nacional, por sua vez, a gente conseguiu tanto na câmara, quanto no senado, a gente conseguiu hegemonizar a tese civilizada, o caminho civilizado para lidar com a pandemia e para lidar com os doentes e a doença. Bom, então isso é uma vantagem, mas por outro lado, nós fizemos para manter as pessoas em isolamento, nós tivemos que aprovar um projeto de lei que cria o auxílio. A nossa proposta é uma proposta de um salário mínimo, os seis meses que é o tempo que a gente imagina que vai perdurar este processo, podendo ser prorrogável.

E nós, o presidente propõe 200. Se 200 reais são capazes de manter alguém em casa e garantir a subsistência de uma família, isso é impossível. Então, ele não estava querendo manter as pessoas em isolamento. Aí o que aconteceu é que nós conseguimos aprovar r\$600, esse r\$600 ele levou em torno de quase 30 dias entre aprovação, sanção e o início da operacionalização, mais 30 dias praticamente para pagar os benefícios e criando óbices do ponto de vista de cadastro e de apagar. E depois do pagamento da segunda parcela, entre uma parcela e outra, os indivíduos, as pessoas poderiam regularizar a sua situação e isso não foi feito. Então, ele mais uma vez boicota o isolamento quando traz as pessoas da periferia para os centros urbanos, em transporte superlotados, em filas aglomeradas, ou seja, ele promove o contato das pessoas e a expansão da epidemia.

Um programa que era para conter, diminuir o isolamento, ele traz as pessoas para aglomeração. E depois a gente aprova um outro projeto que expande para mais 20 categorias profissionais, e também não tem porque viver quando tá tudo fechado, ele levou 15 dias para sancionar úteis. Quando sancionou, ele vetou 20 categorias profissionais, então ele quer que essas pessoas questionem, vão para rua e rompem o

isolamento, pois nós já aprovamos um programa para apoio às micro e pequenas empresas, com uma taxa inicialmente era sem juros, então não deveria ter juros no momento como esse, mas o ministério da economia disse que os bancos não aceitariam emprestar sem ter pelo menos uma taxa, para poder estimular os bancos a fazer um empréstimo com um fundo garantidor de 15 milhões de reais, que estava previsto no projeto de lei e uma carência de 8 meses. O que ele fez? Ele vetou a carência de 8 meses e vetou o artigo que previa a suspensão do pagamento da contribuição patronal dos micros e pequenos empresários.

Portanto, ele praticamente inviabiliza a ajuda aos micros e pequenos empresários com os vetos que ele fez. Depois, nós aprovamos o auxílio emergencial a estados e municípios, e esse até agora parece que na reunião que teve ontem, ele deve manter sem vetos, a não ser impedindo o aumento dos servidores. Então, veja, nós estamos diante de uma situação em que o governo central, que é o governo nacional, que pode emitir moeda, que pode emitir moeda e títulos e ampliar a dívida pública, que tem um ganho financeiro enorme em função do aumento do dólar, nas nossas reservas cambiais dá um ganho financeiro de 550 bilhões de reais, em 200 bilhões nos fundos, ele queria extinguir para poder fazer caixa para abatimento da dívida, tem 170 bilhões de reais no BNDES que é do tesouro, tem mais 350 bilhões aproximadamente em depósito ou consórcio, ou seja, nós não somos um país qualquer sem capacidade de reagir e de se posicionar, de tomar a frente, mas isso tem um papel que o estado não pode cumprir, que os municípios não podem cumprir, que é o papel de liderar e tomar as medidas rápidas e urgentes.

A gente tem que apreciar uma montanha de medidas provisórias manualmente e em uma situação dessa, tudo que foi feito pelo congresso tinha que ter sido iniciativa do governo através de medida provisória. Então, aí é o cenário geral que a gente está tendo. Tem um embate entre os negacionistas e os que acreditam na ciência, e o negacionismo maior é o líder da nação neste momento. E quando as pessoas dizem que ele não sabe o que tá fazendo, não é verdade, eles estão fazendo intencionalmente de um outro jeito que não é o jeito que a maioria em que o mundo entende que é o jeito de tratar a questão do combate à expansão da epidemia em todos os países, e a experiência que temos acumulado sobre isso.

Se quer nós temos um debate sério, uma coisa é a pandemia, como evitar o contato, o isolamento, isso tem impacto, a taxa de transmissibilidade cai toda vez que você diminui a circulação de pessoas. Agora a outra como tratar os doentes, já existem experimentos que mostram quais são os melhores caminhos e o que é que está envolvido nisso, não tem um protocolo que tenha saído do ministério da saúde, não tem um relato de grupos de profissionais de saúde, de infectologistas, de urologistas, de imunologistas ou profissionais especializados com reconhecida competência, para acertar e discutir a elaboração de protocolos. Os protocolos estão sendo feitos muito da experiência individual, com um atraso muito longo. Já se sabe que o Corticoide tem uma ação importante, que o anticoagulante tem uma ação importante, que é preciso associar com algum antibiótico. Já se sabe que tem alguns medicamentos que podem ter uma ação que reduz um pouco a atividade inicial do vírus, já se sabe algumas coisas, mas como organizar isso em um protocolo para atender as pessoas que estão doentes, isso é um problema que a gente precisa trazer para equação.

Segundo a regulação de leitos no estado de Sergipe, quando eu fui secretário de estado, nós conseguimos implantar uma central de regulação de leitos. Hoje, todos os leitos de UTI do estado são regulados pela central; um paciente na rede pública só entra no leito de UTI se for pela central de regulação. Também só entra para fazer um cateterismo se for pela central de regulação. Todos os procedimentos de custo mais elevado e leitos de UTI são regulados.

Lenir participou na década passada; veja, isso já foi proposto desde a década passada, um conceito que tem algumas instâncias e são do SUS. Ele tem seis mil, 5.570 municípios; nós temos cinco mil e seiscentos operadores de sistemas de saúde. Como fazer isso? Tem um projeto de lei que começou com Roberto Gouveia e passou pelo Dr. Rosília; Lenir também deu uma ajuda, e está tramitando agora no senado em autoria, um projeto de lei de responsabilidade sanitária. Esse projeto prevê todas essas questões e prevê a fila única em Sergipe. A gente estabeleceu a fila única da rede pública e melhorou bastante a utilização dos leitos de UTI. Diminuí a pressão nos leitos de UTI na rede pública, pois estar na sala de estabilização, aconteceu um acidente. Atenção, não tem jeito; aquela pessoa vai ocupar o leito de UTI por critério técnico e público. É importante dizer isso também. Tem solução; a gente já tem experiência nessa área de como fazer, mas é preciso criar instâncias de gestão sistêmica, operado por um ente, mas gerido de forma tripartite e bipartite. Um ente, que é o estado, banca a estrutura da central de regulação; os municípios têm, e tudo tem que ir para a prateleira do SUS. Ou seja, tanto os municípios regionalmente quanto o estado têm que botar sua oferta em uma grande prateleira, que é uma central de gestão de acesso das pessoas. Este acesso é garantido através de uma lista, não fila, lista única decidida e baseada no critério de necessidade. Isso a gente implementou em Sergipe; já tem vários procedimentos e vários serviços que têm essa gestão de acesso feita dessa forma. Precisa avançar no que eu disse em uma gestão sistêmica. Ou seja, quem define a regra de acesso são os municípios e o estado. Quem libera o leito são reguladores contratados pelos municípios e estados; ou seja, é público. Cada município vai ver, mas tem gente delegada para fazer aquela função. A gente já montou tecnologicamente como fazer isso, e a gente tem feito isso com certa competência no estado de Sergipe. A gente superou essa dificuldade.

Por fim, o que eu estou querendo chamar atenção é, Gonzalo, que existe já experiência, método para fazer. Tem um acúmulo enorme, mas é difícil fazer um debate mais de fundo com um governo que nega qualquer coisa que exija debate mais profundo. É um governo que, se ouvir, se a sua fala chegar e alguém do governo, do núcleo ideológico do governo olhar do que você está falando, vão te chamar de comunista. Eu já sou né, não sou comunista, mas por ser do PT já sou comunista. Mas se olhar você falando que é um cientista, que é um professor, a Lenir falando, a própria doutora Milene, somos todos comunistas. Ou seja, é uma coisa horrorosa o que a gente está vivendo no Brasil; essa rotulação desqualifica, não pelo rótulo, mas para evitar o debate e não colocar no centro questões substantivas para que a gente possa discutir, construir reflexão e produzir tecnologia sobre a operação, modos de operar a vida de uma maneira que facilite a vida das pessoas.

Por fim, essa ideia, eu quero agradecer muito a Lenir; ela foi quem sugeriu e me alertou para a necessidade da gente fazer, e eu falei, olha Lenir, eu topo apresentar, e é óbvio que

um projeto de lei ela passou a ideia, o núcleo da ideia está preservado, mas houve algumas alterações e o que esse projeto de lei vai facilitar é que a gente não vai precisar fazer a requisição da forma como a Lenir explicou. Ou seja, o leito vai continuar gerido pelo estabelecimento privado; só podemos usar 85 % dos leitos que estão ociosos. Tem uma ociosidade grande de leitos privados em editar, como tem uma determinação de que esses leitos não podem ser utilizados para outra finalidade em função da pandemia, esses leitos estão ociosos. Então a primeira coisa é garantir que os hospitais, os planos de saúde tenham o seu espaço para internar o seu público, a sua clientela. A forma de pagamento a gente está definindo, para que seja feito, depois de muita negociação com setor (que abrange vários setores). A forma de pagamento ela siga um chamamento, onde os entes que vão fazer isso, geralmente estados, e pouquíssimos municípios, a maioria serão os estados, façam o chamamento. A partir de um plano básico, definam um preço e aí façam a requisição com decisão da CIB ou da bipartite. A partir dessa decisão da bipartite, de aprovação e valores, tudo faça um chamamento e apresente a todos os hospitais que tiverem leitos. É uma requisição um pouco diferente, porque a ideia é que seja negociado, que seja feito de forma acordada e a gestão não venha para o ente, para o gestor público; que a gestão fique com o próprio ente privado, ao gerenciamento dos leitos, às compras, à manutenção do pessoal. Agora, é preciso ter clareza de que o que o Ministério paga é insuficiente. Eu fiz a pesquisa também do preço do leito de UTI e que o setor privado remunera em torno de três a quatro mil reais, que é um custo; não é um custo exorbitante, é um custo bom. Então, a gente está pensando inclusive em colocar até duas vezes e meia o valor de referência do Ministério da Saúde é R\$1600, para poder atrair e garantir uma remuneração justa pelo leito de terapia intensiva que vai ser utilizado pela Covid. Eu acho que a proposta ela tem no fundo um papel de construir uma mediação menos conflitiva e com isso mais efetiva do ponto de vista de ter à disposição do sistema público esses leitos privados, sem acarretar numa interferência do público sobre o privado do ponto de vista gerencial.

Nos estados que tiverem centrais de regulação, obviamente vão colocar essa disponibilidade na sua central de regulação. Os estados que não tiverem organizado, as regiões que não tiverem isso organizado, vão ter que se encontrar e se definir uma regra de utilização das comissões intergestoras bipartite. Eu acho que é uma contribuição e deve ser aprovado. Já foi lido o relatório na quarta-feira; era para ter sido votado na terça. Humberto pediu para quarta; foi lido o relatório na quarta-feira. Como tinha algumas questões para se defender, era para ter sido definido ontem. Mas ontem toda a bancada lá, todo o pessoal que trabalha em prol da zen, e faz a operação das sessões remotas, pessoas que foram contaminadas com Covid, então desmobilizou a capacidade técnica e operacional da gente fazer as nossas reuniões. Está marcado para a próxima terça-feira, e eu creio que ele será aprovado no senado com algumas alterações, claro, mas preservando o espírito que é facilitar essa aquisição do leito, sem interferência do público no gerenciamento desse leito. Na verdade, vai gerenciar a vaga, não o leito em si, não os profissionais; é um jeito muito menos trabalhoso para o gestor público e, obviamente, pagando e remunerando de forma adequada esses leitos. Tem uma discussão que estava travando, que era se esse dinheiro sairia, seria extra pago pelo governo federal, ou se seria dos estados. Com essa ajuda que deve ser repassada para os estados, deve ficar por

conta dos estados a requisição ou, melhor, a contratação e a disponibilização desses leitos em hospital privado, baseado nessa lei, nesse projeto de lei de 2324 de 2020. É isso aí; obrigado!

[01:06:53]

[Homem 1: Thiago]

Senador Rogério lhe agradeço imensamente, fico feliz pela notícia da proximidade da aprovação desse Projeto de Lei, que não tenho dúvida, é dos melhores que nós temos na casa sobre o tema e que deve vir pelo menos para criar um ambiente mais seguro, inclusive para as requisições, não só nesse momento mas também que possa criar parâmetros e regras que nos ajudem aí nessa pandemia.

[01:07:20]

[Homem 3: Rogério]

Eu só queria fazer um complemento seguinte. Há um medo muito grande dos gestores, por conta do processo, o medo de depois ser criminalizado ou ter os seus atos questionados como atos ímprobos. Então, a lei vai facilitar e estabelecer regras, parâmetros, para que essa coisa se dê, de uma maneira que proteja também os gestores, secretários municipais, secretários estaduais, é importante esse fato e isso apareceu bastante nas discussões com os parlamentares, e também ela vai estar dando conta, obrigada Thiago.

[01:08:8]

[Homem 1: Thiago]

Obrigado pela complementação. Eu acho que é importante, ainda mais depois da aprovação ontem, da interpretação conforme dada pela Suprema Corte, sobre a Medida Provisória 966, que trata também sobre a responsabilização dos gestores por adoção das medidas em tempos de pandemia. Eu acho que é um acréscimo importante. Eu quero convidar agora para o debate ela, que é juíza do estado do Tocantins, com experiência muito grande na saúde, que tem já participado conosco de vários debates no Idisa, sempre com contribuições que são importantes porque é de alguém que, estando no poder judiciário, tem a sensibilidade e um olhar bastante cuidadoso com as demandas da saúde, não só da micro justiça da saúde, mas também dessa discussão da macro justiça. Inclusive, tem participado de outras instâncias, tem colaborado com CNJ e vai trazer um pouquinho dessa experiência dela do cotidiano de uma vara de Fazenda Pública no estado do Tocantins. Doutora Milene, é um prazer recebê-la aqui. Vamos ouvi-la.

[1:09:12]

[Mulher 2: Milene]

Obrigado, Thiago. Quero agradecer a Lenir pelo convite. É uma honra estar falando com pessoas de tamanho conhecimento, e venho aqui de uma forma mais pragmática, a falar do dia a dia dessas situações que acabam desaguando muitas vezes no judiciário, ou acaba sendo discutido no comitê da saúde do CNJ que temos em cada estado. Então, essa situação, eu vou entrar já pelo tempo, direto nas requisições, porque no Tocantins

recentemente teve uma portaria que foi por delegação do decreto do governador, portaria nº 1 em conjunta de requisição de leitos privados. Particularmente, por vários motivos, eu não sou muito favorável. Nessa circunstância de pandemia, eu não vi muita saída para o estado do Tocantins porque equalizar a chance de todos terem leitos, como Dr. Gonzalo já aventou pelos números, num sistema em que a gestão sempre foi fragmentada, as regiões não funcionam como deveriam, os municípios e os estados não têm diálogo, e a dificuldade da própria regulação de gerir os meses, e a própria dificuldade de ter uma regulação regional.

O que estava acontecendo é que o Tocantins é um estado no centro, tem a BR-153 que corta 800 km do estado. Então, tem as zonas limites de estados do norte, que já entraram em colapso como o Pará, e do Maranhão que está entrando também. Então, tem as fronteiras das pessoas que estão entrando dentro do estado e de pessoas de outros estados comprando leitos privados. Na verdade, nem é comprando, é reservando os leitos privados. Quase todos, no caso da eventual doença, nem ter a doença e já estavam chegando voos com pessoas para serem internadas, numa projeção de uma semana mais ou menos. Se o estado não fizesse alguma coisa, a secretaria ia ficar sem nenhum leito privado no Tocantins, e os moradores e usuários do Tocantins, nem da saúde suplementar, nem instituição privada e nem a própria gestão do estado ia poder usar os leitos.

Numa medida de emergência, foi tomada essa situação da requisição. Mas veja o tanto de problema que tem uma requisição. Primeiro, ela é permitida pela Lei 8080, artigo 15, inciso 13. É permitida pela 13.979 em relação à pandemia. Só que existe uma situação, ela não tem uma regulamentação detalhada. Hoje, quem requisita é quem administra, aí começa o problema. Mais do que o preço, ou na verdade, mais do que saber o custo de uma requisição, é saber como que vai funcionar dentro de uma instituição privada como foi no Tocantins ou que não fosse lá, fosse em outro estado. Setenta por cento dos leitos privados e como é que seria essa gestão? Porque normalmente, a gente trabalha nessa área pública, tem que ter um interventor, um gestor, e o gestor seria o estado. Mas a requisição foi dos leitos e não foi do hospital. Se a requisição foi dos leitos e não do hospital, quais são os primeiros problemas que a gente pode ver? Funcionar servidor, quem vai arcar com o custo, alimentação, os EPIs que são caros e estão em escassez, a gestão desses leitos, a limpeza, tudo isso passa a ser visitado. Até o pagamento passa a ser visado porque ele requisita os leitos e não, como volto a falar, o hospital.

Então este eu não vi até hoje, talvez tenha, o instituto na saúde de requisição de leitos que deu certo. Eu já vi e até sou favorável por exceção de requisição de medicamentos, porque aí não tem gestão, você requisita, mas em outra circunstância que não cabe aqui agora falar, mas eu ainda sou favorável. Mas no caso de leitos, eu vejo que o projeto do senador ele é mais maleável, mais flexível porque a partir do momento que você faz uma requisição, não há negociação. E aí vem os custos, o preço não se pode falar preço em pandemia, mas também não pode falar em prejuízo. A indenização da requisição ela vem depois e não antes. Uma ideia que o nosso comitê poderia estar sugerindo é que se usasse como baliza a portaria do Ministério da Saúde, aqui é 68, que deu R\$1600 por leitos.

Porque é o que ela paga hoje pelos próprios leitos do sistema. Hoje o sistema SUS está pagando o leito Covid 1600 reais só que ele tá pagando um hospital que já tem tudo, está

embutido o preço tá, mas já tem limpeza, já tem os funcionários, deveria ter tudo, e é o que se espera.

Um balizador seria esse e a diferença deveria, em tese, uma sugestão, seria usar a tabela Tunep que eu acho, às vezes, como ela não é do procedimento mas é do plano de saúde, a própria Lei 13.979 ela tem uma medida provisória que inseriu o artigo 4º e os incisos que ela dá alguns parâmetros para que se possa fazer um complemento, e aí eu entendo que esse complemento tinha que ser do estado e não da União. Todos têm que colaborar ou do município. Se resolve esse problema do preço, aí tem a CIB como o Dr. Rogério citou no projeto dele, que eu acho que a literalidade diferente seria muito válida. Mas hoje eu peço quem pensa diferente, estão vendo a nossa CIBs muito fragilizadas, sem força e sem critérios de muitos estados por falta de conhecimento técnico para fixar valores. Aí teria que convidar pessoas que têm experiência em gestão, como se fosse fazer uma perícia para fixar valores, porque assim no privado, o céu é o limite, o poder público o valor é muito baixo, tem que ter um balizador. A CIB seria sim um bom balizador para isso. Só que ela tem que ser fortalecida e nesse momento eu não vejo a nível nacional esse fortalecimento.

Diante de várias ponderações e citações, nessa circunstância de requisição, eu penso que se acostumou com ordem judicial a comprar leitos e se confundiu. Então, a requisição se fez em um sentido com uma ideia de comprar, porque normalmente quando não se dispensa o leito, eu lido com esse problema de 13 pessoas na fila esperando leito quase diariamente, então de falta de leito para mim é uma coisa comum. Só que agora, a nível comum assim no trabalho, a nível nacional ela foi destacada, agora todo mundo viu porque a pandemia ela deu um destaque muito grande nessa fragilidade, quando não tem leitos públicos como foi falado que a quantidade que nós temos. Aí parte pro privado judicializa, o juiz não deveria estar decidindo isso, mas ele não pode se negar a prestação jurisdicional, existe a dignidade da pessoa humana, existe a independência funcional, por vários motivos o juiz acaba decidindo. Eu, por exceção, em alguns casos acabo decidindo e na hora que você determina uma ordem é uma compra de leito. Só que a requisição não é assim e veja que me preocupa qual saída tem então um estado na situação em que estava o Tocantins. É tão lamentável eu falar uma coisa dessa porque eu sou pró-SUS, mas a gestão é única no papel, a gente lida com isso, lida com gestão. Eu tenho 25 ações coletivas na minha vara só na minha, a cidade que eu sou titular 200 mil habitantes lá tem 50 ações coletivas, são os dois juízes, a gente trabalha muito com gestão.

Como fazer, nós vamos ser bairrista, vamos tratar só o Tocantins, vamos abrir para todo mundo, por que o Tocantins estava indo bem, é o último a ter mortes inclusive noticiado, nas curvas ele estava indo bem, Araguaína estava indo bem, agora está em estado de colapso. Então eu que a secretaria ficou sem saída, mas eu pensei que talvez numa situação enquanto esse projeto de lei não sair, existe uma ideia de limitação administrativa e hoje dialeticamente falando quando se muda o cenário, quando se muda a situação como agora com a pandemia muitas coisas têm que se adaptar, e no momento independente do juízo de valor que não cabe aqui eu fazer, se o estado não resolve acaba desaguando no judiciário, ministério público está muito atenta, defensoria está muito atenta e nas ações coletivas, ou hoje na prática de várias decisões, eu tenho acesso a muitas delas, o estado resolve, a União resolve, o município eles conversam? Não, então

judicializa como já tá acontecendo em Tocantins que já é tradição e o juiz resolve que eu acho muito pior, pior assim nessa circunstância, ninguém dá conta de resolver sozinho problema da saúde, já não dava antes, sem a pandemia, e com uma pandemia aí que a situação fica muito pior.

Então na verdade nessa circunstância a limitação administrativa de que se usasse os leitos só para o estado e se limitasse um decreto a usar só os leitos para a população do estado, seria uma saída. Agora existe outra coisa que a requisição administrativa tem um problema, no Tocantins nem tanto porque quando eles fizeram a justificativa na portaria, eles falaram que a população noventa e três por cento é usuário do SUS. No norte do Brasil é assim 93/94 por cento, é usuário do SUS, mas vamos lá em Curitiba, vamos lá nos estados do sul que têm muita população da saúde suplementar, como fazer baliza, como fazer a gestão? Hoje o estado, nenhum demérito a nenhuma gestão que está todo mundo lutando, tem dificuldade para fazer a gestão dos seus próprios leitos, e não existe uma gestão unificada e na maioria deles estado e município porque eu pesquisei, imagine colocar nessa circunstância a requisição, porque a técnica se for para usar o termo técnico ela tem que ser do jeito correto, requisição gerida pelo estado, e ser colocado em fila, e a saúde privada como que vai ser feito isso.

Bom tá certo temos que ter a consciência e abrir mão como Dr. Gonzalo já falou, de uma fila única pela qual eu não sou contra, mas pensa num país em que tinha uma cultura diferente da nossa, porque hoje o judiciário no Brasil ele é muito demandado, então tem Procon, direito do consumidor, do lado da saúde suplementar como eu escutei várias colegas falando, bom eu pago plano de saúde caro muitos anos e agora não vou ter, então isso é questão de cultura na nossa cultura, portanto na prática esta requisição que foi feita no Tocantins, eu acredito que já deságua em tese no judiciário, mas eu acredito que vai haver uma composição porque talvez pela falta de prática, não só deles mas de todo o país nesse tipo de problema da complexidade para assuntos complexos, questões complexas não será possível em 10 dias, em 5 dias, em 20 dias resolver esta gestão, compactuar, falar, o estado e município que não há essa interlocução direta, ou quase no Brasil todo, salve alguns estados e municípios que têm essa gestão, então eu penso que vai partir para composição, a melhor forma hoje numa opinião, salve quem pensa o contrário para mim é uma composição, porque existe uma coisa, se o estado não faz, acaba desaguando no judiciário, se a iniciativa privada ela exige demais e barra, ela acaba se sucumbindo a requisição ou a decisão do judiciário que a lei permite, então muito melhor uma composição.

Talvez a minha fala já está terminando, fico preocupado com o tempo, numa situação dessa eu vejo assim e também tem a nota técnica do CNJ, nota técnica 14 muito boa que ela dá uma baliza assim, um norte muito bom, que ela recomenda para o executivo que ela tenha várias premissas, mas uma coisa que eu achei muito boa dessa nota técnica que todos os estados vão ter focalizadores, focalizadores porque estão em parceria com aquele projeto Todos pela Saúde, que é daquela doação de um milhão de reais do banco Itaú, que tem gestores de excelência um deles o doutor e mais outros, que eles entraram em todos os estados da federação e estão junto restando auxílio, informações e fazendo um levantamento com ajuda aos COE, que é aquele da Portaria 188, o Centro de Operação de Urgência. Agora não sei a sigla muito bem, só que na minha opinião esse COE, que foi

criado em um ambiente de crise que assim fala e ele foi voltado para vigilância sanitária, não colocou a regulação dentro desses cortes.

Hoje, na minha opinião, na prática, o coração desta pandemia na questão de leitos é a regulação. Se não tiver uma boa regulação, se não souber a capacidade, a quantidade, não teremos mecanismo de gestão. Então, a regulação deveria estar junto. Mas a nota técnica, voltando a ela, coloca nessa circunstância é para o juiz prestar ao COE, porque as resoluções do COE têm que ser públicas. E esse projeto todos para a saúde estão ajudando como focalizadores. Para vocês terem uma ideia, vou trazer uma outra ideia, outra estação prática.

Os caminhoneiros que passam a 800 km da BR 153 estão passando com Covid. É uma situação humanitária até. Quando eles entram no Tocantins, tem barreiras até. A palavra não é muito bonita, eu acho que deveria ser postos, que estão fazendo testes e também os carros particulares que estão entrando, que vêm mais do Maranhão, do Pará, do Piauí, enfim, eu não sei exatamente de quais estados. Nós tivemos conhecimento pela polícia que o pessoal tava tomando um antitérmico antes de passar na barreira para não ter um sintoma, para não se ver, porque estava só passando nesses postos medindo a temperatura.

Quando a gente fez uma reunião do comitê e convidou esses focalizadores de todos para participar e nos ajudar, eles nos orientaram. Tem que ter oxímetro, tem que fazer e foram falando várias coisas, a inteligência que eles têm, que nós não temos, que o estado não tem tempo, que a secretaria trabalha dia e noite. Está todo mundo na luta para conseguir dados e prestar informação com a sociedade que os órgãos de controle então eles falaram que tem que ter oxímetro para medir o grau de saturação, tem que ter uma outra coisa, uma parceria com a secretaria da ação social porque aonde vai ficar essas pessoas em isolamento, porque tem o Covid aí vai ficar aonde, são tantas complexidades e nessa circunstância nós já começamos a implementar.

Recebi hoje do médico aí tem informação, o estudo já vai começar a implementar essa situação, melhorar, implementar essa situação da BR 153 que é um grande também disseminador do Covid. E em resumo, como falei uma fala bem pragmática, é muito melhor tentar o diálogo, tentar composição do que Ministério Público, Defensoria ajuizar, e juiz decidir igual saiu uma decisão ontem no Tocantins, o juiz mandando ampliar leitos. E aí tem a situação da nota técnica que também sou favorável que usa os hospitais de campanha como última opção. Para mim também deve ser assim como última opção e assim acho que já deu tempo da minha fala e eu agradeço, espero ter contribuído de alguma forma, de muita simplicidade, simplório e simples, mas com a maneira de querer falar assim o que a gente vive, tormento e o juiz que não é da saúde, que não é técnico ele vive, passa a ser hoje quem salva a vida não é o médico, é o juiz porque quando uma ação é judicializado tá na mão do juiz, então vai se resolver. É isso aí, obrigada.

[01:30:27]

[Homem 1: Thiago]

Muito obrigado, muito lindo essa experiência, do cotidiano, do judiciário, como eu disse no início com muita sensibilidade, sempre muito gratificante lhe ouvir, ouvir a experiência concreta e real de quem tá ali na ponta tendo que lidar com esses dilemas no cotidiano e

como estava programado essas são as falas iniciais, nós temos algumas questões aqui no chat, mas elas estão aparecendo de uma forma que eu acho que é melhor a gente realizar uma outra rodada de falas, dessa vez um pouco mais curta de no máximo 10 minutos, das falas finais de vocês, as contribuições trazidas por vocês e a forma como foi apresentado. Os elementos de cada um aqui neste debate foram muito importante, eu acho que agora adiantado na hora já tem uma hora e meia de live, a gente fazer uma rodada final de dez minutos de cada um de vocês, as perguntas eu vou colocando, vocês estão vendo aí na tela e vocês dialogam com ela com a medida das suas próprias falas, tudo bem? Então vamos lá vou começar pela ordem então agora Dra Lenir Santos.

[01:31:38]

[Mulher 3: Lenir]

Parabéns, Milene. Você foi excelente, trazendo a realidade do dia a dia. Parabéns também, Gonzalo. Aprendi muita coisa, e Rogério Carvalho, também parabéns a todos. Inclusive, vi várias questões sendo colocadas, até mesmo uma do Oswaldo, procurador da república, sugerindo aproveitar a oportunidade para fazer uma regulamentação por lei de forma definitiva sobre essa questão das requisições. Acredito que realmente demandaria isso. Poderíamos até considerar um decreto regulamentando a Lei 8080 no artigo que trata disso, seria suficiente. É uma sugestão para ser pensada. Ou, então, uma lei mesmo. Mas de tudo que foi dito, eu gostaria de destacar que é sempre melhor conseguir fazer um acordo com o setor privado e realizar uma contratação do que fazer algo compulsório. O projeto de lei que está no Senado (corrigindo o número, pois apareceu na tela como 2308, mas é 2324) fala que esse uso compulsório não exclui a possibilidade da autoridade sanitária negociar com o setor privado. Portanto, ele permite tentar a negociação e, se não for bem-sucedida, e não houver negociação, e for necessário o leito, então será feito o uso compulsório.

Para ter algum conhecimento do que será requisitado ou usado compulsoriamente, é necessário que se conheça o que está disponível. O projeto de lei também fala da obrigatoriedade dos hospitais, tanto públicos quanto privados, e participantes complementares ou não, de informarem diariamente à autoridade sanitária o número de leitos ocupados ou vagos, seja de UTI ou enfermaria. Acho que isso é um dado importante, pois diariamente a autoridade sanitária saberá como estão as disponibilidades. O ideal seria que fosse por região.

Dessa discussão, o que também fica é a necessidade de retomar a questão das regiões de saúde. Com isso, a autoridade municipal e estadual teria conhecimento dos leitos disponíveis para, então, negociar ou, se não chegarem a um acordo, fazer um uso compulsório (forma de requisição). A ideia de ter uma fila única entre o público e o privado é mais complexa, pois envolveria toda a legislação que rege o privado, que continua em vigor. Dona Milene tocou nesse assunto, de poder também usar, se necessário, os leitos. Sempre um acordo, uma negociação, um contrato é melhor.

Se tiver preços razoáveis, como falou o Senador Rogério, um preço que realmente não seja desequilibrado, seria o ideal. Não deveria haver preços inexecutáveis ou excessivos, para que o privado também concorde, desde que seja respeitado o acesso do paciente daquele setor. A questão da internação de um estado em outro sem negociação com o

secretário da saúde não está de acordo com o SUS. A definição constitucional do SUS, no artigo 198, é que todas as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Daí surge o que chamamos de uma rede interfederativa, onde tem que haver CIT, CIB, e todos devem estar conversando. O Senador Rogério trouxe isso quando foi secretário em Sergipe, onde foi feita a legislação, uma lei orgânica da saúde. Trataram dessa questão da rede interfederativa e da necessidade da CIR, Comissão Inter gestores Regionais, que é fundamental, apontando para regiões fortes e robustas. Tudo isso deveria ser discutido na região de saúde. Encerro para dar tempo aos demais. Obrigado e peço desculpas ao Gonzalo.

[01:37:55]

[Homem 1: Thiago]

Obrigada, Lenir, à minha professora mestra. Agradeço muito. É sempre um prazer ouvir aqui e aprendemos bastante. Vou passar a palavra agora, sem delongas, ao professor Gonzalo para que ele possa fazer suas falas finais e contribuir nesse debate.

[Homem 2: Gonzalo]

Lenir, não tem que pedir desculpa. Só fiquei meio atrapalhado que eu não consegui. A gente fala de orelha, né, e aí fica confuso. Tempos desse modelo de comunicação que a gente tá aprendendo. Mas eu achei muito interessante a exposição e esclarecedora a exposição do Rogério, inclusive falando da experiência pessoal dele de organizar uma fila única lá no estado de Alagoas, que eu acho que são experiências dessas que nós temos que recuperar.

Eu sei que alguns estados estão avançando nisso. O estado do Ceará, inclusive com a ajuda da Lenir, é um desses estados que tá tentando trabalhar no sentido de conseguir construir essa melhor gestão dos recursos existentes dentro do estado. O fato é que essa lição é uma lição que tem que estar muito clara para todos nós. Temos que conseguir construir um modelo de regulação de acesso. No modelo de regulação de acesso, deixamos nossos pacientes do SUS no meio do caminho. Eles têm que tomar decisões para onde e por que ir. Acho que também neste momento, uma coisa que eu tenho observado dramática é que a atenção básica parou.

A atenção básica do Brasil parou. Porque parou? Porque não tem EPI para o agente comunitário de saúde. Não dá para o agente comunitário de saúde enfrentar o vírus de peito aberto. Ele é um super-homem, mas não consegue ganhar de vírus. Ele tem que ter acesso a álcool, ele tem que ter acesso a sabão, porque ele vai ter que lavar mais vezes a roupa, tem que ter acesso a mais um uniforme, tem que ter acesso à máscara para poder entrar na casa das pessoas. Então, é fundamental que a gente consiga reestruturar a atenção básica. E temos que juntar alguma complexidade nessa atenção básica. Nós estamos falando para os pacientes que têm pouco sintomas: "Não venha no serviço de saúde". Porque não venha serviço, porque se você vier e não tiver doente, você vai estar porque aqui tem gente doente. O profissional de saúde trabalha um pouco melhor com essa história, mas um paciente não. Então, não venha na unidade de saúde, só que se ele não for na unidade de saúde, eu não consigo acompanhar o caso.

Um dos casos, uns dos problemas dessa epidemia, é que alguns casos, não são poucos, são muitos casos, o paciente entra no desconforto respiratório que ele não percebe que

não tá oxigenando e, de repente, morre, morre em casa. Muitos casos de morte em casa por causa desse quadro clínico que é de fantasia e máscara, e a hora que aparece, a pessoa já não consegue mais buscar socorro. Então, seria importante ter uma forma de se comunicar com a unidade básica, como por telefone. Só que as unidades básicas desse país não têm telefone, ou têm uma porcaria de uma linha telefônica que vive congestionada.

Outra lição é recuperar atenção básica. Sem atenção básica, não temos SUS. Eu quero recuperar atenção básica e estruturar atenção básica. Tem que dar condições para ela ter como se comunicar. A telemedicina que ela estava falando é fantástica. Eu vi exemplo de telemedicina em que o paciente leva para casa um oxímetro, leva um termômetro e leva um estetoscópio eletrônico. Já o médico liga para o paciente na casa dele lá através do telefone celular, põe o estetoscópio em tal lugar no seu peito e é um pouco mais para cima, um pouco do que tá acontecendo. Com o estetoscópio eletrônico, que não é caro, você consegue fazer isso. Esses pacientes que têm atenção domiciliar podem ser acompanhados pelo médico da unidade básica a distância. Algumas cidades, muitas eu acho até no Brasil, que têm várias unidades sanitárias, estão neste momento aqui no Brasil construindo centrais telefônicas para conversar com o pessoal, com os pacientes que estão em casa para dar conforto às pessoas que precisam ser ouvidas e ser humanamente tratadas. Este desafio é um desafio muito importante.

Também gostei muito das coisas que a Dra. Milene falou porque ela nos trouxe o Brasil de fato dentro aqui na nossa discussão, e o Brasil de fato é muito diferente do Brasil que a gente imagina, principalmente nas metrópoles como São Paulo. Tem história dos caminhoneiros que tomam Novalgina para passar nas barreiras. Isso é uma barbaridade, está certo, mas esse é o Brasil de verdade, e nós temos que olhar para esse Brasil. O que é que nós vamos fazer para os caras que estão transportando comida o tempo todo e que estão adoecendo, e que podem adoecer no volante de um caminhão? Nós temos que dar alguma coisa para eles. Tem que começar a discutir máscara, discutir testagem para esses caminhoneiros. Então, temos um problema dos leitos, eu acho que é o problema mais importante no momento.

Nós temos que pressionar os nossos governantes, e se o sistema de saúde entra em colapso e o governante não requisita leitos ou contrata, ele está prevaricando, e deve ser chamado à atenção. Temos que pressionar o Ministério Público, temos que pressionar a imprensa para notificar esses casos. Não dá para deixar na zona de conforto um cara desses. Sobre essa questão do preço, nós temos aqui em São Paulo uma experiência grande com organizações sociais, muitas delas trabalham muito bem e eu tenho oportunidade de trabalhar com algumas delas. Nós levantamos o custo, não preço, de um paciente dia em UTI, pessoal, material, medicamentos e exames. O custo se situa na média dos hospitais. Eu fiz essa conta entre 2800 e 3000 reais por paciente dia. Quando a gente requisita, a gente está requisitando leito-dia, ocupado ou vazio, mas o custo é fora o variável que é o medicamento e exame, o pessoal de enfermagem que é o custo mais importante, médico, enfermagem e fisioterapia tá já calculado ali, e é bem próximo desse 2.400, sem material, medicamento e exame. Então, não dá para você fazer a requisição e falar que o capital você se vira com o resto. Não vai dar certo isso.

Então, eu acho que tem que fazer a coisa mas não tem por que pagar sofisticação, né? Não tem por que pagar, mas o que é gasto tem que ser pago, sem saída neste sentido. Então, acho que essa é uma preocupação importante. O Rogério falou um pouco sobre isso, tá certo, e também a Milene, então basicamente é isso. Eu espero que a gente consiga humanitariamente olhar para essa crise e convencer o setor privado que não tem outra saída. Nós não podemos deixar os brasileiros morrerem na porta dos hospitais, com leitos vazios na rede privada. Essa é a questão que a gente tem que levar a público e trazer para a sociedade. Isso tem que ser levado para a sociedade. É a sociedade que tem que se manifestar também nessa hora. Muito obrigado. Foi um imenso prazer estar com vocês aqui hoje.

[01:46:56]

[Homem 1: Thiago]

Muito obrigado, professor Gonzalo, obrigado a você mais uma vez, os elogios aqui no nosso chat com as pessoas que estão assistindo são sempre positivos em relação à sua pessoa, a sua trajetória, a sua capacidade de síntese de organização desse pensamento e eu agradeço imensamente. Vou ouvir agora o Senador Rogério Carvalho, sobre suas considerações finais sobre esse debate, é com você Rogério.

[Homem 3: Rogério]

Primeiramente, quero começar agradecendo à Lenir, uma grande amiga com quem já realizamos muitas coisas importantes juntos. Tivemos um trabalho em Sergipe quando fui secretário de estado, o qual inspirou grandes mudanças na forma como o sistema nacional de saúde começou a ser pensado. Foi um período de muita criatividade e construção, deixando uma marca significativa no estado de Sergipe. Atualmente, temos uma central de gestão de acesso com lista única para vários procedimentos, o que era muito difícil antes, com muita interferência política no acesso. Agora, critérios técnicos e a premência governam a disponibilização das vagas no sistema público.

Acredito que o projeto de lei em tramitação facilitará bastante, incluindo a preocupação com o custo médio. Não estamos apenas considerando o custo, mas falando de uma instituição privada que precisa ter algum ganho além do custo. Um paciente pode custar um pouco mais ou menos, então é necessário haver uma certa margem para que possa trabalhar, especialmente em um momento como este. O valor não pode ser inferior a R\$ 3.000 ou pelo menos o dobro disso, como o Ministério está pagando atualmente, R\$ 3.200 ou R\$ 3.500, para ter a colaboração das instituições privadas e garantir que seja um trabalho bem feito. Não podemos ter uma relação desonesta com o setor privado. Tivemos uma relação honesta com a Santa Casa quando eu era secretário de saúde, sabendo qual era o custo deles e garantindo uma relação transparente e honesta. O Professor Gonzalo trouxe uma questão importante sobre a necessidade de repensar nosso complexo industrial na área da saúde no Brasil. Após essa pandemia, precisamos observar e repensar nossa indústria, que perdeu a diversificação que tínhamos anteriormente. A fragilidade exposta nas cadeias globais de suprimentos mostra que precisamos ser mais autossuficientes, especialmente no setor farmacêutico.

Este momento requer grandes reflexões sobre o papel do estado, renda mínima, desigualdades e o papel da ciência e tecnologia na economia. Devemos nos apropriar da realidade a partir do conhecimento científico para avançarmos como sociedade. Quero agradecer mais uma vez à Lenir; é uma honra dividir vários trabalhos com você. Também não posso esquecer do Professor Gonzalo, um dos grandes professores que nunca esqueci dos meus tempos de curso de gestão hospitalar na década de 90. Agradeço também a Dra. Milene por este debate. Obrigado, Tiago, pela oportunidade.

[1:54:07]

[Homem 1: Thiago]

Muito obrigado Senador Rogério aqui do estado de Sergipe, um estado nordestino que tá também junto com os demais estados adotando a forma de combater essa pandemia, a partir das evidências científicas, um comitê científico do consórcio nordeste aí, com a coordenação do professor e dos dois doutores, do Sérgio Rezende, do professor Nicoleles então é uma honra sempre escutá-lo com sua experiência prática, com sua militância, é muito obrigado, o Idisa agradece muito, vamos ouvir agora as considerações finais da doutora Milene, Milene você foi elogiada muito aqui no chat, a sua abordagem, a forma de trazer essa experiência prática, vamos ouvir você pela última vez aqui nesse debate de hoje.

[Mulher 2: Milene]

Eu acho que é bondade que quem está ouvindo, porque com quem que eu estou falando eu me sinto sinceramente lisonjeada, professor Gonzalo, Lenir grande amiga que me ensina muito, aprendendo também com Rogério, senador que eu conheci agora e já vi que é uma pessoa engajada com a saúde, e o doutor Gonzalo que está no comitê nacional da saúde do CNJ, que tem dado uma grande participação, que foi agregado na gestão passada do conselheiro Arnaldo e trouxe uma grande contribuição e está ainda nessa fase, está testando a maior contribuição. Eu não quero ser tão pessimista igual eu falei de uma fila única que não é possível porque a gente tem uma fila do transplante, a gente pode caminhar assim para excelentes práticas, mas como o senador falou tudo tem que ser repensado, mas agora não dá tempo para repensar nada, agora não dá tempo mais para fazer nada, mal dá tempo para ter informação diária. As equipes, pelo que eu saiba da saúde, elas estão virando às vezes a madrugada para conseguir dados e números porque nenhuma, algumas exceções, tinha o aparato suficiente para dar pelo menos informações em tempo real, como diz Bill Gates há 4 anos atrás falou que o mundo não estava preparado para pandemia, quem dirá nós do Brasil.

Então eu trago aqui uma reflexão do artigo 227 da Constituição Federal, que fala que o direito à saúde não é obrigação só do estado, é uma obrigação da família, uma obrigação da sociedade. Nós não podemos deixar na mão só do estado, cada um de nós temos que conscientizar e fazer a nossa parte, e no momento é olhar para o outro, porque olhar para o outro significa olhar para nós. Eu cito o exemplo, volto a falar do Tocantins que é um estado no centro, que se não conter o colapso do último estado que estava previsto colapsar, vai para os outros estados e vai chegar até no sul, se chegou da China no Brasil, não vai chegar do norte para o sul, então cada um que faz a sua parte, cada um que

protege o outro ou sistema, ou colabora, tá colaborando consigo próprio, porque está vindo colapsando por etapas, a gente tá vendo como é que tá vindo no Brasil do norte, nordeste, vai acabar para os outros estados que alguns fizeram a lição de casa e outros não.

Então eu falando também sobre o que o Dr. Gonzalo falou que eu acho importantíssimo, atenção básica ela parou com um bom manejo clínico, nós não estaríamos nessa situação também. Aí a gente vem na prática, de novo pragmático, na região norte eu quis saber como é que estava as UBS e os médicos, aí veio uma situação. Hoje todo mundo sabe que médico que trabalha no SUS, ele não tem um vínculo só, é permitido ter mais de um vínculo, mas também não é permitido ter muitos vínculos, não querendo entrar nessa situação, na região lá o médico tá no Maranhão e no Tocantins, ou tá no Pará e no Tocantins, já tem o problema do próprio médico se contaminar e aí ele tá preparado para fazer o manejo clínico adequado, mesmo tendo EPI, então se a gente tivesse uma atenção básica, forte, não teria acontecido, agora não dá tempo de fortalecer.

Grande problema que eu vejo, professor, é que agora a gente tem que trabalhar com que tem, com que e como cultura que somos e mudar da noite para o dia na nossa cultura nós não vamos conseguir, grandes recursos nós também não vamos, o que a gente pode fazer é contribuir cada um com a sua parte, como eu já falei e eu penso que, como o senador falou ou se eu não me engano foi doutor Gonzalo que a rede privada hoje ela é a mais forte para poder ajudar, sem ser prejudicada de uma forma respeitosa e legal, não se trata só de custo, se trata de preço, mas preço para ter lucro com a pandemia eu acho imoral, quanta gente morrendo, passando necessidade, querer ter lucro com a pandemia aliás é uma situação que a gente está vivenciando no mundo inteiro os lucros com a pandemia e não se faz para mim tratativas com a área privada através de chamamentos, porque a gente pode olhar nos diários e chamamento tem muitos, elas não aparecem.

Então hoje elas estão um pouco sem saída porque se elas não aderirem às normas sistemáticas do que está acontecendo atualmente e o estado não vê que elas têm custos e tem que respeitar os gastos, a população vai sofrer. Então eu volto a insistir que o estado de uma maneira geral, por mais que ele trabalha, ele perdeu um pouco a credibilidade de pagamento, então precisa se fortalecer para rede privada essa credibilidade, porque todos os estados estão recebendo dinheiro e todos os municípios que estão com COVID, nem os que não têm estão recebendo as portarias que são publicadas, não é falta de dinheiro, que coisa mais estranha eu falar hoje no SUS que não é falta de dinheiro, eu acho que agora é um complexo de opiniões e não só opiniões, de atitudes e de gestão, diálogo, sessão, se exceder para o outro, e eu torço que mesmo não tendo tempo para fazer nada, porque eu penso assim e agora como colega meu me ligou no domingo, a pessoa que tá passando mal no interior precisa de ambulância, transporte sanitário outro problema seríssimo que nem vou abordar aqui, não tem vaga na UTI em Araguaína, nem era para COVID, a pessoa tem que fazer um teste de COVID para saber se ela vai poder ser admitida no leito de UTI, e não é comum e fácil fazer um teste do norte em lugar que os laboratórios públicos ficam centralizados, porque isso é uma realidade, então são coisas que o juiz passa, isso era um domingo à noite, tormentosamente e que volto a repetir não é o judiciário o responsável, não é o judiciário que vai conseguir resolver, ele pode ajudar, tem os comitês que já estão fortalecidos, conduzidos agora pela conselheira Candice,

muito bem conduzidos estão se fortalecendo há uma interlocução interdisciplinar e interinstitucional, mas hoje no dia a dia não basta. Eu peço uma desculpa se alguém entende ao contrário, reuniões em gabinetes, em gabinete de crise, para mim tem que ir no local, os gabinetes de crise têm que ser montados no local, ver a situação local e ir a campo, com toda a proteção e tentar fazer com que o dinheiro que está recebendo seja revertido para implementar a gestão e, para finalizar, eu discordo um pouco porque eu trabalho como juíza do processo de improbidade, com esse temor que os gestores estão de responder, tudo que é justificado, tudo que está bem justificado e ler, não tem como ele responder. Acontece que nem tudo é bem justificado ou é justificado, porque se você tem uma pandemia, se a procura é grande, a oferta é pouca e se você tem como comprovar que você só tinha aquela saída, por que que você vai responder, por qual motivo, obviamente desde que faça da forma certa, o gestor que fizer da forma correta, eu asseguro e tenho dúvidas, asseguro pode ser um pouco arrogância da minha parte me perdoa, eu imagino que ele não vai responder, mas ele tem que fazer a coisa certa, da maneira certa sem querer ter lucro e eu acredito que tem muitos gestores do Brasil com esta posição, com esta luta para que consigamos fazer o melhor e nós do judiciário ficamos como não temos poder de iniciativa, ficamos aguardando bater à nossa porta o que eu penso que não somos nós a última alternativa, nós podemos ser uma das alternativas por nosso povo e o nosso Brasil que tanto amo. Agradeço o convite e a oportunidade de passar para vocês algumas coisas do dia-a-dia.

[2:05:57]

[Homem 1: Thiago]

Muitíssimo obrigado, Dra. Milene. Agradeço a todos que estiveram conosco assistindo. Antes de encerrarmos, algumas informações: este é um ciclo de debates no qual, neste momento, é importante discutirmos questões que estão na arena pública, presentes diariamente no noticiário. Essas questões têm correlação direta com o direito sanitário, e estamos vivenciando um tensionamento no ordenamento jurídico para acomodar uma situação tão excepcional como a pandemia, sem perder de vista a necessidade de termos um norte. Temos as balizas constitucionais como diretrizes máximas para este momento, e estamos atentos a isso.

Nesse sentido, realizaremos diversos debates aqui, trazendo especialistas com o mesmo nível de qualidade que tivemos hoje. O próximo debate será sobre as compras públicas em tempo de pandemia, abordando a Lei 13.979 e todas as questões relacionadas a ela. Esse debate será focado não apenas no olhar do gestor, mas também nos órgãos de controle e na sociedade em geral. Planejamos realizar uma série de debates e começaremos a divulgar em nossa rede para que vocês possam instalar, acompanhar e assistir.

Quero expressar meu agradecimento novamente a cada um de vocês, a todos que estiveram conosco ao longo deste período. Informo que este vídeo ficará gravado na página do IDISA e estará disponível para que todas as pessoas possam assistir. Caso tenham dúvidas, poderão consultar as opiniões do Professor Gonzalo, do Rogério, da Dra. Milene, da Professora Lenir e, pelo menos neste momento, encontrar soluções importantes para acompanhar esses debates tão relevantes para o nosso país.

Muito obrigado a todos. Estamos encerrando por aqui. Tchau, tchau. Boa tarde.

2:07:44

[Mulher 1: Lenir]

Boa tarde, obrigada hein gente, obrigada Milene, Senador.