



DIÁLOGOS SOBRE A PANDEMIA

Os desafios do combate ao
coronavírus nos estados

EDIÇÕES DO
SENADO FEDERAL

284

Randolfe Rodrigues
Carlos Lula

SENADO FEDERAL



Randolfe Frederich Rodrigues Alves, nascido em Garanhuns, no interior de Pernambuco, é senador pelo Amapá, filiado à Rede Sustentabilidade. Aos 8 anos de idade, mudou-se para o Amapá com sua família, onde fixou residência e construiu sua vida.

É professor, graduado em História, bacharel em Direito, mestre em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará e presidente do Conselho Editorial do Senado Federal.

Foi deputado estadual por duas vezes, sendo eleito pela primeira vez em 1998 e reeleito em 2002.

Em 2010, foi eleito o mais jovem senador daquela legislatura, tendo obtido a maior votação da história do Amapá: mais de 200 mil votos. Em 2015, filiou-se à Rede Sustentabilidade. Em 2018, foi reeleito senador com mais de 264 mil votos, a segunda votação mais expressiva do Brasil e a maior do Amapá.

Seis vezes escolhido como o melhor senador do Brasil no prêmio Congresso em Foco pelos jornalistas setorialistas do Congresso Nacional e seis vezes eleito como um dos “100 Cabeças do Congresso” pelo Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap).

Natural de São Luís, Carlos Eduardo de Oliveira Lula é advogado, tendo se formado bacharel em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. É consultor legislativo de carreira e professor universitário. Pós-graduado em Direito Processual Civil e Direito Constitucional, possui MBA em Gestão Empresarial e é secretário de Saúde do estado do Maranhão desde 2016. Em 2018, assumiu a cadeira nº 39 da Academia Maranhense de Letras Jurídicas. No mesmo ano, foi eleito vice-presidente do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) da Região Nordeste, tendo sido reeleito em 2019. Foi eleito presidente do Conselho em 2020. Como secretário de Saúde do estado do Maranhão, lançou, em 2018, o livro *O SUS (s)em nós*. É professor universitário de Direito Eleitoral e Direito Processual Civil em cursos de graduação e pós-graduação.

Diálogos sobre a Pandemia

Covid-19: os desafios do combate
ao coronavírus nos estados

Senado Federal

Mesa

Biênio 2021–2022

Senador Rodrigo Pacheco

Presidente

Senador Veneziano Vital do Rêgo

1º Vice-Presidente

Senador Irajá

1º Secretário

Senador Rogério Carvalho

3º Secretário

Senador Romário

2º Vice-Presidente

Senador Elmano Férrer

2º Secretário

Senador Weverton Rocha

4º Secretário

Suplentes de Secretário

Senador Jorginho Mello

Senador Luiz do Carmo

Senadora Eliziane Gama

Conselho Editorial

Senador Randolfe Rodrigues

Presidente

Esther Bemerguy de Albuquerque

Vice-Presidente

Conselheiros

Alcinéa Cavalcante

Aldrin Moura de Figueiredo

Ana Luísa Escorel de Moraes

Ana Maria Martins Machado

Carlos Ricardo Cachiollo

Cid de Queiroz Benjamin

Cristovam Ricardo Cavalcanti Buarque

Eduardo Bueno

Elisa Lucinda dos Campos Gomes

Fabrcio Ferrão Araújo

Heloisa Starling

Ilana Feldman Marzochi

Ilana Trombka

João Batista Gomes Filho

Ladislau Dowbor

Mrcia Abrahão Moura

Rita Gomes do Nascimento

Vanderlei dos Santos Catalão

Toni Carlos Pereira

Diálogos sobre a Pandemia

Covid-19: os desafios do combate
ao coronavírus nos estados

Edições do Senado Federal
vol. 284

Brasília – 2021

SENADO FEDERAL



*Edições do
Senado Federal
vol. 284*

O Conselho Editorial do Senado Federal, criado pela Mesa Diretora em 31 de janeiro de 1997, buscará editar, sempre, obras de valor histórico e cultural e de importância para a compreensão da história política, econômica e social do Brasil e reflexão sobre os destinos do país e também obras da história mundial.

Organização e Revisão: SEGRAF
Editoração eletrônica: SEGRAF
Ilustração de capa: SEGRAF

Projeto gráfico: Eduardo Franco
© Senado Federal, 2021
Congresso Nacional
Praça dos Três Poderes s/nº
CEP 70165-900 — DF

cedit@senado.gov.br
<http://www.senado.gov.br/web/conselho/conselho.htm>
Todos os direitos reservados

ISBN: 978-65-5676-088-9

Diálogos sobre a pandemia : covid-19 : os desafios do combate ao coronavírus nos estados. — Brasília : Senado Federal, Conselho Editorial, 2021.
76 p. — (Edições do Senado Federal ; v. 284)

Inclui glossário.

1. Covid-19, Brasil, coletânea. 2. Pandemia, Brasil. 3. Lula, Carlos, entrevista. 4. Sistema Único de Saúde. I. Série.

CDD 614.592414

Sumário

<i>Apresentação</i>	7
<i>LIVE – Diálogos sobre a Pandemia – 28/8/2020</i>	
COVID-19: os desafios do combate ao coronavírus nos estados	11
<i>Nota do editor</i>	13
<i>Glossário</i>	43
<i>Anexos</i>	
Artigos escritos por Carlos Lula	45
<i>Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde</i>	
<i>Secretário de Estado da Saúde do Maranhão</i>	
É preciso valorizar o SUS para salvar vidas	55
<i>por Randolfe Rodrigues</i>	
<i>(artigo publicado pelo Portal Poder 360 em 14.abr.2020)</i>	
Projeto de Lei nº 1.529, de 2020	58
<i>Dispõe sobre o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a</i>	
<i>valorização dos profissionais de saúde.</i>	

Apresentação

A cada final de ano, em meados do mês de dezembro, já com as luzes de Natal sendo acesas, sempre volta à minha memória a primeira estrofe da poesia *Esperança*, de Augusto dos Anjos¹:

A Esperança não murcha, ela não cansa,
Também como ela não sucumbe a Crença,
Vão-se sonhos nas asas da Descrença,
Voltam sonhos nas asas da Esperança.

Seguindo essa métrica, no final de 2019, apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo país, eu guardava no coração uma grande esperança de que 2020 poderia ser um ano melhor para o povo brasileiro. O cenário não era dos mais favoráveis: o dólar fechava o ano com uma alta de 3,5% e o desemprego passava de 11%; além do que, persistia acima de 4% a taxa de desalento – pessoas que deixaram de procurar emprego por algum motivo –, tudo isso em um ano em que o país sofreu com efeitos da guerra comercial entre Estados Unidos e China e conflitos na Síria, Afeganistão e Iêmen deixavam feridas abertas. Mesmo assim, havia esperança.

1 Augusto de Carvalho Rodrigues dos Anjos (1884-1914), professor e poeta pré-modernista brasileiro. Suas obras foram marcadas por ideias modernas, que davam espaço à morbidez e ao pessimismo.

O que ninguém sabia é que uma bomba-relógio estava armada e explodiria em 2020, tornando este um ano dos mais desafiadores de toda a história da humanidade. Ainda no último dia de dezembro, autoridades chinesas alertaram para o surgimento de uma série de casos de pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan, que tem cerca de 11 milhões de habitantes. Já no ano seguinte, em 7 de janeiro, a Organização Mundial da Saúde conseguiu analisar o sequenciamento genético causador da doença e descobriu que se tratava do novo coronavírus. O governo chinês rapidamente isolou a cidade do mundo. Trens e aviões partindo de Wuhan foram suspensos, e as rodovias, bloqueadas.

Mas já era tarde: o coronavírus estava em trânsito e se espalhou pela Europa e pelos Estados Unidos com velocidade assustadora. No Brasil, as autoridades do Ministério da Saúde tomaram conhecimento de que poderia haver algo errado no dia 3 de janeiro e pediram esclarecimentos à OMS. O Ministério iniciou protocolos para se preparar diante do desconhecido. Somente no dia 11 de março a OMS elevou o estado de contaminação a pandemia e orientou severamente quanto ao uso de máscaras e distanciamento social. No Brasil o primeiro caso oficialmente confirmado ocorreu em São Paulo, no dia 26 de fevereiro, e a primeira morte registrada pelo MS também aconteceu na capital paulista. Foi no dia 12 de março que uma mulher de 57 anos, que estava internada no Hospital Municipal Doutor Carmino Cariccio, perdeu a luta contra a covid-19. Quando escrevo este texto, mais de 160 mil brasileiros perderam a vida, vítimas da pandemia do novo coronavírus, a maioria sepultada sem a presença de seus familiares devido a restrições impostas pelas autoridades sanitárias.

A pandemia por si só é assustadora e traz consigo medo e ansiedade acerca de um futuro incerto. No Brasil, o quadro foi piorado drasticamente com o governo federal expondo a própria população a riscos e desinformações. As mortes de milhares de vítimas e o colossal sofrimento

de seus familiares formaram cicatrizes indeléveis que vão marcar para sempre o tecido da sociedade brasileira.

Diante desse quadro terrível, o Conselho Editorial do Senado Federal, do qual tenho a honra de ser o presidente, assumiu o firme compromisso de debater com os profissionais mais qualificados do país os vários ângulos que envolvem a questão da mais séria crise sanitária da história moderna já enfrentada pela humanidade: a pandemia da covid-19. Sempre com respeito às regras de distanciamento social, decidimos por realizar esse trabalho de forma virtual, recebendo nossos entrevistados via chamadas de vídeo, o que se mostrou uma decisão acertada para a garantia da prevenção da saúde de todos os envolvidos.

Conduzir o projeto “Diálogos sobre a Pandemia” foi uma jornada muito significativa para mim. Nela tive a oportunidade de discutir com meus convidados muitos detalhes que permeiam a crise da pandemia do novo coronavírus, e, com isso, conseguimos construir cenários daquilo que poderá ser nossa vida num futuro próximo. O que a pandemia deixa de mais claro é que grandes desafios somente podem ser vencidos com a união de pessoas desapegadas de suas vaidades e governos que coloquem como prioridade a vida humana. Boa leitura!

LIVE

Diálogos sobre a Pandemia

Data: 28/8/2020

COVID-19: os desafios do combate ao coronavírus nos estados

Convidado: Carlos Lula, secretário de Saúde do estado do Maranhão e atual presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass)

Mediador: Randolfe Rodrigues, senador representante do estado do Amapá e presidente do Conselho Editorial do Senado Federal (Cedit)

Nota do editor

Foi no início da noite de uma sexta-feira, por volta das 19 horas, quando o senador Randolfe Rodrigues se preparava para iniciar mais uma live da série “Diálogos Sobre a Pandemia”, que ele tomou conhecimento dos dados recentemente atualizados pelo consórcio de veículos de imprensa, divulgando novo levantamento da situação da pandemia de coronavírus no Brasil a partir de informações das secretarias estaduais de Saúde. Naquele momento, o país registrava 868 mortes pela covid-19 confirmadas nas últimas 24 horas, chegando ao total de 119.594 óbitos. Com isso, a média móvel de novas mortes no Brasil nos últimos sete dias era de 877 óbitos, uma variação de -9% em relação aos dados registrados em 14 dias. Apesar de cruel e apavorante, esse número (877 mortos por covid-19) era o mais baixo em mais de três meses e havia esperança que, a partir dali, poderíamos conviver com uma queda constante no número de casos e mortes no Brasil. De fato, os registros diminuíram pouco a pouco até que voltaram a subir drasticamente no final de 2020, por conta de fatores como afrouxamento das regras de distanciamento social e funcionamento de vários setores do comércio, transporte e indústria.

Naquela sexta-feira, 28 de agosto de 2020, a mídia divulgava que a CoronaVac, candidata a vacina contra a covid-19 da chinesa Sinovac, estava sendo testada no Brasil em estudo liderado pelo Instituto Butantan. O imunizante já havia sido aprovado em julho para uso emergencial na China. A aprovação fazia parte de um programa do país asiático para vacinar grupos de alto risco, como médicos. Essas informações foram publicadas pela agência Reuters.

Nesse contexto aconteceu a conversa entre o presidente do Conselho Editorial do Senado Federal, senador Randolfe Rodrigues, e o secretário de Saúde do estado do Maranhão, Carlos Lula, que acumulava o cargo de presidente do Conselho de Secretários de Saúde do Brasil (Conass). Transcrita e publicada como registro de um período muito difícil para todos nós brasileiros, a conversa certamente servirá como aprendizado para enfrentamentos futuros.

O conteúdo total da *live*, que foi ao ar no final de agosto de 2020, pode ser visto a qualquer momento apenas acessando o link disponibilizado logo abaixo.

<https://www.youtube.com/watch?v=I0HaBcBtJ6w>

Senador Randolfe Rodrigues: Olá, boa noite a todos! Estamos aqui em mais uma *live* da série *Diálogos Sobre a Pandemia*, que é produzida pelo Conselho Editorial do Senado. Sejam muito bem-vindos!

Quero mais uma vez agradecer a todos os técnicos e a toda a equipe da TV Senado que estão trabalhando nesta *live*, que, além de estar sendo transmitida pelo meu canal no Facebook e pelas nossas redes sociais, está sendo transmitida também pelos canais da TV Senado no YouTube. Este é o quarto programa da série *Diálogos Sobre a Pandemia*, que é produzida pelo Conselho Editorial do Senado, o qual tenho a honra de dirigir e presidir.

Nós já conversamos aqui com o ex-senador Cristovam Buarque¹ e com Priscila Cruz², presidente da ONG Todos Pela Educação, sobre educação no pós-pandemia. Já tivemos um segundo diálogo com o presidente do Conselho Científico do Nordeste, dr. Miguel Nicolelis³. Também já conversamos com o dr. Wanderson Oliveira⁴, secretário nacional de Vigilância Epidemiológica do governo federal durante a gestão do ex-ministro Luiz Henrique Mandetta⁵.

1 Cristovam Ricardo Cavalcante Buarque, ex-senador, é professor e polemista. Foi reitor da UnB, governador do Distrito Federal e ministro da Educação.

2 Priscila Cruz, presidente-executiva e cofundadora da ONG Todos Pela Educação.

3 Miguel Angelo Laporta Nicolelis, médico e cientista brasileiro, referência mundial na área de neurociência.

4 Wanderson Kleber Oliveira, mestre e doutor em epidemiologia pela UFRGS.

5 Luiz Henrique Mandetta, médico ortopedista e político brasileiro. Foi deputado fe-

Eu tenho na noite de hoje a honra e satisfação de receber aqui o dr. Carlos Lula, que é advogado, secretário da Saúde do estado do Maranhão, governado pelo meu querido amigo Flávio Dino⁶.

Quero aproveitar, Lula, a oportunidade para que você possa transmitir para Flávio minhas condolências e meus sentimentos pela perda do seu pai⁷, que ocorreu nesta semana. Sei o quanto é doloroso, além de enfrentar a pandemia, enfrentar também essa perda, principalmente porque foi a pandemia que levou o seu pai.

No dia de hoje nós chegamos a 3 milhões e 87 mil casos. Mais de 118 mil compatriotas nossos já perderam a vida pela pandemia da covid-19. E eu acho que, quando nós deixamos de ter a sensibilidade com os familiares e com os mortos, perdemos a empatia. Quando perdemos a empatia, perde-se o principal atributo que nos faz humanos, que é a nossa humanidade. A todos as nossas homenagens.

Muitos de vocês devem ter visto a imagem de Carlos Lula em vários momentos no enfrentamento dessa pandemia. Ele está à frente dos esforços do governo do estado do Maranhão, que tem sido um dos exemplos bem sucedidos neste país no enfrentamento da pandemia. Carlos assumiu recentemente o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Assumir a presidência do Conass no meio deste enorme desafio, Carlos Lula, eu imagino que seja o grande desafio para sua biografia e para sua trajetória.

deral por Mato Grosso do Sul entre 2011 e 2019 e ministro da Saúde no governo de Jair Bolsonaro, entre 1º de janeiro de 2019 e 16 de abril de 2020

6 Flávio Dino de Castro e Costa, advogado, político, professor e ex-juiz federal brasileiro. Governador do Maranhão (2015 à atualidade).

7 Sálvio Dino Jesus de Castro e Costa (1935-2020) foi um advogado e político brasileiro. Membro da Academia Maranhense de Letras e da Academia Imperatrizense de Letras.

O Conass é um órgão criado em 1990 pela lei que instituiu e formalizou o SUS. O papel do Conass é representar gestores estaduais no planejamento integrado da saúde ao lado da União, dos estados e dos municípios. Eu queria, ao mesmo tempo em que agradeço a sua presença, iniciar nossa conversa indagando sobre algumas críticas que foram feitas ao governo federal em torno da precária coordenação de estratégias e ações entre o Ministério Público e as secretarias estaduais de Saúde.

Em abril, o Supremo Tribunal Federal reafirmou a competência dos governadores e prefeitos. Uma decisão que parece ser lógica, pautada na Constituição Federal, acabou sendo objeto de muita polêmica. O presidente da República⁸ passou a utilizar essa decisão do Supremo para negar a responsabilidade da União no enfrentamento à pandemia. Eu queria começar essa nossa conversa provocando você sobre isso. A esta altura, talvez fosse necessário que fiquem claras e patentes as responsabilidades no enfrentamento dessa grave crise sanitária, o maior desafio que os brasileiros enfrentam, eu diria, dos últimos 100, 50 anos. Nós já perdemos, no dia de hoje, mais compatriotas em decorrência da crise sanitária do que o Brasil perdeu em seis anos da Guerra do Paraguai; mais do que o Brasil perdeu em todos os conflitos bélicos em que já se envolveu. O que o Supremo decidiu em abril deste ano não isenta a União de responsabilidade. Não é isso, Carlos? O que você tem a nos dizer?

Carlos Lula: Boa noite, senador Randolfe! Boa noite a todos que nos assistem! A decisão do Supremo Tribunal Federal, totalmente ao contrário do que afirma o presidente da República, não isenta e nunca isentou

8 Jair Messias Bolsonaro foi deputado federal por sete mandatos entre 1991 e 2018, tendo sido eleito através de diferentes partidos ao longo de sua carreira. Elegeu-se à presidência pelo Partido Social Liberal, ao qual foi filiado até novembro de 2019.

a União de responsabilidade. Na verdade temos apenas uma articulação retórica no sentido de eximir o governo da sua responsabilidade de coordenação nacional de enfrentamento da pandemia. Podemos dizer, senador Randolfe, infelizmente, que nós estamos perdendo de goleada, de uma goleada muito feia, no enfrentamento da pandemia no país. O que ficou mais patente nisso tudo que ocorre desde o mês de fevereiro é que nós não tivemos, nunca, em nenhum momento, inclusive agora, uma coordenação nacional de enfrentamento da doença. Não houve a coordenação nacional por parte da União Federal no enfrentamento da doença nos estados e nos municípios. Ela até conseguiu, de um modo ou de outro, entregar respirador, entregar testes, mas não articulou a política.

O que o Supremo Tribunal Federal fez foi somente ratificar a previsão da Constituição, que é o quê? Dizer que, em não havendo normas gerais da União, existe a competência supletiva dos estados e municípios. Mas o federalismo brasileiro – e é para ser repensado a partir do que aconteceu – foi totalmente desconstruído por meio da pandemia e por meio da inação do governo federal no andamento da pandemia. Porque o que ele pretendia, quando as ações chegaram ao Supremo Tribunal Federal, era continuar atuando para exterminar o que se fazia para combater a pandemia, e gastamos energia enorme para desfazer isso, para dizer que estava errado, que era preciso fazer rastreamento de contato, que era necessário manter o isolamento social. Se não fosse a ação dos estados e municípios, estaríamos ainda numa situação pior.

Então, é falso dizer que a União não tem responsabilidade; muito pelo contrário, a decisão do Supremo Tribunal Federal apenas reforçou a responsabilidade da União na pauta da saúde, porque, se assim não fosse, então não tinha sentido existir o Ministério da Saúde. O que a União fez foi fundamentar-se nessa decisão do Supremo, que ratificou o federalismo no país, e dessa forma tentar se eximir de sua responsabilidade, tirando o corpo fora e dizendo: “olha, tá vendo? Se acontecer

morte, não foi minha culpa, foi culpa deles, eles é que deveriam agir”. Só que não é assim que acontece a política de saúde do país. Ela acontece por meio da União, estados e municípios. E qual é o papel da União na Constituição? Exatamente coordenar essa política, exatamente o que ela vem se negando a fazer desde que iniciou o enfrentamento da pandemia.

Senador Randolfe Rodrigues: Mas os números da pandemia, como falei aqui nessa introdução, são terríveis. Como se costuma dizer, geralmente as nações no curso da pandemia, durante um período, entram num platô. Depois os números tendem a descer; o seu colega Wanderson Oliveira, em outra conversa que teve aqui conosco, disse: “Parece que, no caso do Brasil, nós entramos numa cordilheira desde junho e não descemos dessa trágica cordilheira”.

Só para ilustrar, quando começamos os diálogos da pandemia, há duas, três semanas, nós tínhamos um pouquinho mais, tínhamos acabado de virar a triste marca de 100 mil mortos. No trabalho de duas semanas já tivemos outros 20 mil óbitos, embora a média diária, nos últimos dias, tenha reduzido. Mas é uma redução doída para nós, é uma redução trágica. Estamos no platô diário de mil. Agora estamos em 900, mas não baixa disso. Tratamos isso às vezes com certo grau de banalidade, o que é muito grave! Imaginar que, durante vários dias, 900 brasileiros morrem é como se todo dia nós estivéssemos tendo três tragédias de Brumadinho, só para ilustrar a situação. Então, embora esteja ocorrendo isso, essa queda, ainda tem esse grau de gravidade. Isso poderia ser diferente? Esses números poderiam ser melhores? Poderiam ser adotadas medidas para reduzir esse impacto? E o que é que deveria ter sido feito na visão do Conass, principalmente pela União?

Carlos Lula: Se eu demoro muito tempo e digo que tem que ficar tudo fechado, se não mato pela doença, mato por inanição. Só que precisava

haver uma convergência. É a primeira vez que vejo um evento tão grave. Parece que estamos vivendo uma guerra. É a guerra dessa geração.

Agora é o momento de unificar o país. Em geral esses momentos unificam as nações. Todos contra um inimigo comum. E, dessa vez, o inimigo, que era para ser “apenas” a covid-19, acabou gerando, nesse momento difícil, uma crise sanitária que enfrentamos de toda forma. E, muito pior, instala-se uma crise econômica terrível, cujas consequências nós não sentiremos somente agora, mas nos próximos meses e talvez nos próximos anos. Vivemos uma crise política sem fim. É só pensar que tivemos três ministros da Saúde e até agora não temos um ministro definitivo. Também tivemos a troca do ministro da Educação, do ministro da Justiça, e uma briga latente com o Supremo Tribunal Federal e com instituições da justiça durante esse período. Então, quando pegamos a somatória de crises e o tanto de energia que gastamos que não precisaríamos gastar, nós entendemos por que chegamos a esse patamar de mais de 100 mil mortos. É uma vergonha estarmos na vice-liderança de número de óbitos da doença, atrás apenas dos Estados Unidos. É uma vergonha para o país!

É vergonhoso para o Brasil, com o sistema universal que temos, que atende mais de 70% da população. Temos um exército de trabalhadores, por exemplo, para fazer uma rede de contato, como os agentes comunitários de saúde, que poderiam fazer, em todos os municípios do Brasil, rastreamento de contato, que teria de fato impedido essa tragédia que nos acometeu de repente, pela doença. Por isso, gastamos muita energia com o que não deve ser feito e acabamos não tendo energia para o que deveria ser feito.

Senador Randolfe Rodrigues: Eu gostaria de prosseguir nossa conversa com um tema de que o senhor em particular é entusiasta – e me corrija

se eu estiver errado –, que é a ideia do “Inquérito Sorológico⁹”. Quero pedir para o senhor explicar para todos os nossos telespectadores, para todos os internautas que estão nos vendo neste momento: qual a importância desse Inquérito Sorológico, que, aliás, já foi feito no estado do Maranhão, inclusive aplicado pela Universidade Federal do Maranhão? O senhor defende a aplicação para todo o país, a partir do que ocorreu no Maranhão?

Carlos Lula: Senador Randolfe, é ótimo falar sobre imunização para explicar o Inquérito para as pessoas que estão nos vendo. Tem um nome meio policial, mas é uma pesquisa para estimar quantas pessoas foram infectadas pela covid-19. Não é simples ser feito. Essa pesquisa foi iniciada ainda na gestão do ex-ministro Luiz Henrique Mandetta, que tentou fazer o trabalho inicial com a Universidade Federal de Pelotas, envolvendo algumas outras cidades. Porém, o ministro Mandetta deixou o cargo. E isso não foi articulado da maneira devida, sendo muito ruim o dia a dia das equipes, porque era um monte de gente com roupa de astronauta andando na rua, querendo furar as pessoas. Se isso não é conversado com as prefeituras, com as pessoas, acaba que todo mundo se assusta. E isso aconteceu não apenas no estado do Maranhão, como também em outros estados. Inclusive, no interior do estado, teve equipe que chegou a ser presa. Pessoas me ligaram, acusando a equipe de ser uma fraude, mas na verdade essa equipe estava fazendo os testes pela Universidade Federal de Pelotas. E foi preciso que eu pedisse calma àquelas pessoas e explicasse toda a situação.

9 Estudo que mapeia a situação da covid-19, tendo a finalidade de apontar quantas pessoas já tiveram contato com o novo coronavírus e, assim, nortear as ações da Saúde no controle da pandemia.

E o teste acabou sendo cancelado pelo Ministério da Saúde. Mas é uma necessidade, porque nesse momento precisamos ser aliados da ciência. Eu sempre brinco que é um ato de resistência, que era para ser encarado com normalidade. Então, decidimos fazer esse Inquérito no estado do Maranhão sem a ajuda do Ministério da Saúde, utilizando recursos próprios e em parceria com a Universidade do Maranhão. Agradecemos muito à Universidade porque tivemos a expertise dos melhores professores, que não cobraram nada para fazer esse trabalho. Realizamos a pesquisa em 69 municípios do estado. Coletamos o sangue das pessoas, fazendo teste, que não era o teste rápido que foi feito pela Universidade Federal de Pelotas, mas coletamos o sangue das pessoas. E esse teste dá quase 99% de certeza no resultado.

Então coletamos o sangue de milhares de maranhenses nesses 69 municípios para chegar ao resultado de 40,4% de prevalência. Isso indica o quê? Que, em tese, quase 3 milhões de maranhenses foram acometidos pela doença. Isso assusta! Quando nós verificamos esse número, percebemos que a maior parte dessas pessoas não procuraram assistência médica. Muitos tiveram a doença de forma muito leve e com poucos sintomas, e muitas vezes isso foi confundido com resfriado ou com alguma outra coisa. Mas, de algum modo, por meio do teste, averiguamos que a taxa de mortalidade estaria em 0,1%, que seria um óbito a cada mil pessoas infectadas. Isso daria ao Maranhão a menor taxa de mortalidade do Brasil e do mundo. Porque, mesmo tendo um número muito grande de pessoas acometidas pela doença, tivemos um número baixo de óbitos. Foram cerca de 3 mil óbitos. No estado há capacidade bem maior, com duas ou três vezes o número de óbitos que tivemos aqui.

E para que serve esse Inquérito Sorológico? Para balizar a nossa conduta no futuro, porque, senador Randolfe, nós fomos um dos primeiros estados a abrir as atividades econômicas. Isso porque, quando começamos a notar que nossa taxa de transmissão estava abaixo de 1, notamos

que tínhamos espaço para voltar às atividades econômicas aos poucos. Completamos mais de dois meses com a taxa de transmissão do estado menor que 1. Com isso, tivemos a abertura de praticamente todas as atividades econômicas.

Tudo isso demonstra que seguir a ciência faz bem, porque conseguimos adotar medidas mais rígidas e também fomos os primeiros a adotar o *lockdown*, os primeiros a montar um centro de testagem e a implantar algumas outras medidas no estado, o que, por sua vez, possibilitou-nos sair mais rápido da quarentena. Hoje, depois de muitas semanas, nós temos uma diminuição do número de óbitos. Isso rendeu algo muito positivo. Lógico que ainda não sabemos se essa imunidade vai continuar, e por quanto tempo. É algo que é uma indagação, mas, em tese, já teríamos cerca de 40% da população do estado imunizada. Nós vamos repetir o Inquérito, que também deveria ser feito, na minha opinião, em todos os estados brasileiros. O Ministério da Saúde, nesse papel de condutor da crise, deveria coordenar o Inquérito Sorológico em âmbito nacional. É uma necessidade para sabermos de fato os infectados, que poderão ser em número superior ao do estado do Maranhão. Nós vamos repetir aqui no estado em algumas semanas para ter uma ideia.

E, sobre a vacina, nos reunimos nessa semana e fiquei surpreso, mas, é lógico, ainda temos que ter a resposta da fase três. Para que a população entenda, não existe apenas uma vacina, mas diversas vacinas, cada vacina ao redor do mundo com um nível. Ótimo que seja assim, porque não vai ter só um local para produzir. Vamos imaginar que, das sete ou oito vacinas que já estão na fase mais avançada de testes, apenas uma demonstre o resultado positivo, proporcionando uma condição de imunização para as pessoas, e não tenha efeitos colaterais adversos, a não ser febre e vermelhidão na pele. Quando isso acontecer, os Estados Unidos já compraram todas as doses, isso é um problema. E, na minha opinião, seria ilusório imaginar que a China não vai comprar uma dose

grande para imunizar sua população. Nós estamos falando da imunização do mundo inteiro ao mesmo tempo. Todo mundo vai querer a dose da vacina. Portanto, nós temos que torcer para as vacinas que produzimos no nosso país darem certo. A vacina de Oxford vai ser produzida pela Fiocruz, e uma das vacinas da China está sendo produzida pelo Instituto Butantan¹⁰.

A reunião dessa semana me deixou muito feliz! Foi com o secretário de Saúde de São Paulo e o presidente do Instituto Butantan, que afirmaram que há condições de produzir a vacina em dezembro. Essa vacina já está sendo aplicada na China, mas de maneira emergencial. E isso não quer dizer que tem resultado, contudo, já está sendo aplicada no grupo de risco. Nós poderíamos ter 45 milhões de doses da vacina em dezembro para começar a imunização das pessoas.

Senador Randolfe Rodrigues: Já prontas?

Carlos Lula: Já prontas. Com 45 milhões de doses, nós teríamos condições de imunizar 22 milhões e 500 mil pessoas. Com isso, poderíamos imunizar 10% da população do país, que é um percentual pequeno dos que fazem parte do grupo de risco, mas já seria um avanço. E, na reunião, solicitou-se o auxílio do Ministério da Saúde, que, em tese, seria possível. Foi pedido o aporte de recursos do Ministério, que possivelmente possibilitaria a

10 O Instituto Butantan é o principal produtor de imunobiológicos do Brasil, responsável por grande porcentagem da produção de soros hiperimunes e grande volume da produção nacional de antígenos vacinais, que compõem as vacinas utilizadas no PNI (Programa Nacional de Imunizações) do Ministério da Saúde. As atividades de desenvolvimento tecnológico na produção de insumos para a saúde estão associadas, basicamente, à produção de vacinas, soros e biofármacos para uso humano.

produção, até junho, de 100 milhões de doses, que atenderia 50 milhões de pessoas, porque cada pessoa vai precisar de duas doses da vacina.

Se isso der certo nesse prazo, seria o caso em que conseguimos mais rápido na história do mundo produzir uma vacina eficaz. Nós sempre dizíamos que seria raríssimo imaginar que, em menos de um ano, conseguiríamos uma vacina. Era provável que precisássemos de mais tempo para produzir uma vacina. Se conseguirmos, será ótimo. Hoje nós temos que torcer para darem certo tanto a vacina de Oxford¹¹ quanto a vacina CoronaVac do Instituto Butantan, porque teríamos 100 milhões de doses de uma e mais 100 milhões de doses de outra, um total inicial de 200 milhões de doses de vacina, o que seria suficiente para imunizar a metade do país.

Veja, é muito difícil imunizarmos 100% da população do país. Para isso, precisaríamos de algum tempo para analisar a logística, porque seriam muitas pessoas vacinando, o que também iria gerar uma demanda muito grande de seringas, um insumo que provavelmente deverá faltar no mundo. Inclusive o Ministério precisa se preocupar, desde já, com a aquisição de seringas e agulhas.

É importante saber que a vacina não quer dizer que estaremos totalmente livres da doença. Na verdade, a vacina vai permitir controlar a doença. Por exemplo, nós temos a vacina do sarampo, mas, se as pessoas deixarem de vacinar, o sarampo volta. O Brasil, por muitos anos, era um território livre do sarampo, porém, infelizmente a doença voltou. E essa doença tem matado milhares de crianças no nosso país, exatamente porque os pais deixaram de imunizar os seus filhos.

11 Vacina contra o novo coronavírus desenvolvida pela Universidade de Oxford, no Reino Unido, e a farmacêutica AstraZeneca.

Senador Randolfe Rodrigues: Nesse cenário que o senhor desenha, que é bem otimista, acredita que em junho nós poderíamos controlar a doença aqui?

Carlos Lula: Sim. Se tudo der certo. Se as vacinas de Oxford e da China derem certo. Se conseguirmos agulhas e seringas para vacinar todo mundo, aí poderemos ter a doença controlada.

Senador Randolfe Rodrigues: Não era para o Ministério da Saúde já estar coordenando tudo isso?

Carlos Lula: Realmente já era para o Ministério estar coordenando isso.

Senador Randolfe Rodrigues: Estar buscando condições para comprar desde já as seringas e agulhas necessárias?

Carlos Lula: Com certeza! Já era para o Ministério da Saúde estar fazendo essa grande compra para o ano que vem, porque, se novamente ele jogar essa responsabilidade para os estados e para os municípios, aí, em “terra de murici, cada um cuida de si”, vai virar uma briga de todos contra todos novamente.

Senador Randolfe Rodrigues: Eu lhe pergunto: independentemente do Ministério da Saúde, independentemente da União, os estados podem tomar essas iniciativas e já se precaver, providenciando os insumos necessários para quando essa vacina chegar?

Carlos Lula: Podem! Qual é o problema? É saber qual vai ser a dosagem para ter a seringa necessária, os instrumentos necessários nós não sabemos de antemão. Vamos saber somente depois, então não tenho

como comprar um estoque agora para deixar guardado. Eu teria que me precaver. O ideal seria que o Ministério já começasse essa conversa fora do país, porque não temos essa capacidade de produção, deveríamos iniciar rapidamente a negociação com países produtores, como Índia ou China. Quando houver essa necessidade, já fazemos essa compra em grande quantidade, porque, caso contrário, vai acontecer o mesmo que aconteceu com os respiradores. O Ministério fez promessas de que iria comprar tudo para todo mundo, aí foi cada um se virando do seu jeito – deu no que deu. O número de secretários processados, de secretários que deixaram seus cargos, o número de problemas que houve na compra desses equipamentos é dramático, algo que nunca vimos antes. Tantos fatos em tão pouco tempo, mas também por quê? Porque era o desespero. Muitas vezes havia o ilícito de fato, havia a má-fé, mas outras vezes houve ato de autêntica boa-fé, mas era o desespero, e no desespero se compra pior.

Senador Randolfe Rodrigues: Se o Ministério não fizer isso, nós vamos ter problemas iguais aos que ocorreram com os respiradores?

Carlos Lula: Nós vamos ter o mesmo tipo de problema pelo qual passamos, o mesmo, o mesmo. Veja só, senador, só para dar um exemplo de como são as coisas: em março, tentamos fazer a aquisição de uma pequena quantidade de testes rápidos para o Maranhão. Eu comprei esses testes e não tinha praticamente quem vendesse. Eu comprei esses testes na licitação a R\$ 148,00 cada unidade do teste. E agora eu fiz uma nova licitação, agora no mês de julho, esses testes foram comprados por R\$ 11,50, o mesmo teste rápido. O mesmo teste rápido, a R\$ 11,50 o teste. Isso não aconteceu só no Maranhão, isso aconteceu no Brasil todo. Mas, se eu não regulo, se eu não atuo enquanto órgão condutor dessa política, vira isso, vira o desespero. Aí se aproveita inclusive para aumentar o preço. É o que

vivemos hoje, por exemplo, que ainda não resolvemos, com a falta de medicamentos para entubar as pessoas. A entubação orotraqueal necessita de sete medicamentos para ser feita com segurança e, em muitos casos, têm faltado esses medicamentos. Isso vai impedir inclusive o retorno de cirurgias eletivas. Eu voltei no Maranhão, mas voltei com 40% da minha capacidade, por quê? Porque pode faltar medicação, e eu não posso deixar a medicação faltar para entubar o paciente ou com um paciente lá na sala de cirurgia e dizer que faltou. Eu tenho responsabilidades, então, o Ministério tentou fazer a compra e não deu certo. Estamos brigando com eles há mais ou menos uns dois meses. Fizemos requisições administrativas, distribuímos uma parte dessa medicação para os estados, mas ainda vivemos uma grave crise de desabastecimento de medicamentos para entubar pacientes. Esse é um problema do Brasil há semanas, e vínhamos avisando o Ministério da Saúde que, se deixarmos os estados brigarem um contra o outro, o que vamos ter é aumento de preços e não vamos resolver o problema. O Ministério tem de agir agora como organizador inclusive da economia; o Ministério atua, faz uma média de preço grande, e compramos depois. O Ministério não precisa fazer essa compra, mas ele precisa atuar para regular. Depois de muita luta, conseguimos e acabou que nem deu muito certo, mas pelo menos parte dessa medicação vamos conseguir comprar agora, mas por quê? Porque pressionamos o Ministério a atuar dessa forma, e ele precisa atuar mais assim, é o papel da União. A União não pode fazer de conta e fingir que nada está acontecendo. Está acontecendo e é grave. O que tem acontecido é muito grave, ela precisa atuar para coordenar e impedir inclusive uma coisa dessas, que não falte seringas e agulhas no ano que vem.

Senador Randolfe Rodrigues: O senhor falou da situação dos estados, e me vem à mente que os números da pandemia no país são muito variáveis; por exemplo, neste momento os estados do Rio de Janeiro, Goiás, aqui

onde estou, meu estado do Amapá, Tocantins e Bahia estão em alta. O Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Pará, Rondônia, Paraíba e Rio Grande do Norte estão estáveis. O seu estado, do Maranhão, Mato Grosso, Acre, Amazonas, Roraima, Alagoas, Ceará, Pernambuco, Piauí e Sergipe estão em baixa. O que se pode deduzir, secretário, dessa variabilidade da situação no país? Exemplo: aqui no Amapá, parecia que já tínhamos passado a pior fase, já tínhamos controlado; de repente, há quatro dias, a curva voltou a subir e a aumentar o número de casos.

Carlos Lula: Primeiro, o país é muito grande e, então, de fato, não temos condições de fazer uma análise do Brasil. Temos que fazer uma análise interseccionada. É só imaginar, o Maranhão é do tamanho da Itália, então eu tenho um município aqui, Balsas, que é do tamanho da Bélgica, é o maior município do estado, um município só. No Maranhão a doença se comportou de maneira muito diferente. A depender da região do estado, ela teve um comportamento que variou semana a semana para ter um pico; ainda bem, pois o estado é muito grande e não precisamos enfrentar todos os problemas ao mesmo tempo. Fomos enfrentando a doença aos poucos, de forma que temos treze hospitais, sendo nove permanentes, estruturas que vão ficar como legado depois da pandemia. Sempre tivemos essa preocupação de montar estruturas que ficariam permanentes. Montamos treze hospitais em doze semanas, o que aconteceu também em outros estados. Quando olhamos hoje o Rio Grande do Sul, não podemos querer encarar ele junto com o Pará. Não dá para olhar o Amapá e querer botar ele no mesmo balaió lá do Rio Grande do Norte, é muito distante, o país é muito grande para pensar que vai acontecer só dessa forma. Mas o aumento do número de casos, pelo menos pequenas ondinhas, era natural que acontecesse quando abrisse a atividade econômica, e isso tem acontecido nas últimas semanas. Há

idades que acreditavam que já tinham passado pelo pior, temos isso de entrar na rotina das pessoas. Isso é terrível! O fato de entrar na onda de normalidade e as pessoas passarem a se descuidar, e o que temos dito aqui no Maranhão, mesmo com esses números que nós temos, é: não vamos descuidar, vamos usar a máscara, vamos manter a higiene das mãos, vamos manter o distanciamento na medida do possível para evitar que a doença se alastre, porque o que a doença quer, o grande problema da covid-19 é sua transmissão, a transmissão dela é mais fácil, e o que o vírus precisa, portanto, é do contato entre as pessoas para se alastrar. E, se eu tenho contato, é só ver aqui no meu Inquérito Sorológico, em que quase 40% ou eram assintomáticos ou eram pouco sintomáticos, tinham um ou dois sintomas. Essas pessoas estavam andando nas ruas, por quê? Porque elas acreditavam que não estavam doentes e era até lícito dizer “OK! Não estão doentes”, só que elas estão transmitindo a doença, esse é que é o problema. Então, o que pode eventualmente acontecer é: a gente não vencer. Mesmo com os 40% aqui do Maranhão, quando é falado em imunidade coletiva, os estudos apontavam que era 70%, e aí depois vem um estudo da Revista Science¹² que podia apontar que estava errado. Talvez fosse um pouco mais de 40%, bem, estamos vendo aqui que, mesmo com 40% de imunizados, ainda não controlamos a doença, continuamos tendo um número elevado de casos todos os dias, de 800 a 900 casos todos os dias. É um número alto também, eu tenho uma população de 7 milhões de pessoas. Mas aí, se for fazer uma divisão pelo número de municípios, não dá tantas cidades, porque temos somente 217 municípios, e isso daria o quê? Três ou quatro casos por município, mas, ainda assim, eu tenho um número alto e ainda há um número alto

12 Revista científica publicada pela Associação Americana para o Avanço da Ciência, considerada uma das revistas acadêmicas mais prestigiadas do mundo.

de internados. Tenho uma ocupação baixa dos meus leitos, mas imaginar que tenho 500 pessoas internadas em leitos hospitalares em razão da doença é um número alto, isso contando enfermarias e leitos de UTI, casos que não têm diminuído. Então, não vencemos a doença e não dá para normalizar. Isso acontece muito, e de repente achamos que venceu e daqui a duas ou três semanas cai e todo mundo relaxa, assim a doença vai voltar a subir novamente, não tem jeito. Enquanto não sobrevier a vacina temos que mudar o nosso jeito de ser, vai ter que mudar o jeito de tratar, o nosso modo de viver mudou.

Senador Randolfe Rodrigues: Aproveitando que o senhor falou das características dessa doença, me parece que a mais deletéria do coronavírus é a sua facilidade de transmissibilidade. Outros especialistas aqui ouvidos neste mesmo espaço reiteraram isso, como o dr. Miguel Nicolelis, do Consórcio do Nordeste¹³, do seu comitê científico¹⁴, e o Wanderson, ex-secretário adjunto do Ministério da Saúde. Considerando isso, qual é sua opinião sobre a volta às aulas ainda este ano?

Carlos Lula: Senador Randolfe, esse é um ponto em que temos que ter mais cuidado para discussão, por quê? Para não incorrer no erro, no erro

13 O Consórcio Nordeste, criado em março de 2019 pelos nove estados nordestinos, tem como finalidade ser uma ferramenta para atrair investimentos e alavancar projetos de forma integrada para a região. Entre as possibilidades abertas estão a realização de compras conjuntas e a implementação integrada de políticas públicas, como nas áreas de educação e segurança.

14 O Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consórcio Nordeste (C4NE) tem como objetivo reunir informações para orientar e articular as ações dos estados e municípios para o combate à pandemia. É coordenado pelo médico e neurocientista Miguel Nicolelis e pelo físico Sérgio Machado Rezende, ex-ministro da Ciência e Tecnologia.

invertido. Porque, veja só, não podemos fazer um debate do seguinte jeito: o que foi que aconteceu com a cloroquina? Quem é de direita toma cloroquina e quem é de esquerda é contra a cloroquina. E quem é de direita quer voltar às aulas e quem é de esquerda é contra voltar às aulas. O mundo não é desse jeito, infantilizamos muito o debate no país, e podemos cair nessa armadilha de acreditar que o mundo é binário, e o mundo não é. Vou dar um exemplo: tem um ano de perda de aula dos alunos da rede pública, é um problema social terrível, e aí temos que fazer esse debate sim, inclusive com os professores, é um debate necessário. Não conseguimos voltar aqui, mas o debate que temos de fazer é sobre como voltar, quando voltar e de que maneira voltar. Mas, sem dúvida, vamos ter que voltar. Não dá para esperar. E se a vacina não sobrevier, se não vier agora e der tudo errado? Vamos lá, mais sete vacinas deram errado e não vamos ter vacinação em dezembro, em janeiro e nem em julho. Vamos supor que vai ter lá no fim do ano que vem, vamos ficar dois anos com essas crianças fora da escola? Seríamos o único país do mundo, porque, nos outros lugares, de um modo ou de outro foi voltando. Dou um exemplo daqui: já voltamos às aulas particulares, meus filhos voltaram, meus filhos já estão indo ao colégio. Então, no ensino particular no estado, até agora, eu não tive nenhum caso. Eu tive apenas um caso de um professor que positivou antes de voltar às aulas, mas não tive caso ainda de transmissão de professor para aluno. Não tive casos, lógico, os cuidados mudam, o recreio muda, muda a quantidade de gente na sala, certamente teremos que fazer isso de modo intervalado. A sala foi dividida pela metade no caso da minha filha que já é mais velha: uma parte da turma assiste uma semana, a outra assiste na outra semana, para ter um menor número de pessoas na sala. Se isso é possível para os alunos da rede privada, temos de pensar em maneiras de efetivar isso para os alunos da rede pública também. Porque só estamos aumentando o fosso da desigualdade. Por isso, esse debate me pareceu malconduzi-

do. E acabamos não conseguindo estabelecer um diálogo, porque não pode ser assim. Temos um problema social gravíssimo, que é o fato de manter essas crianças fora da escola. Sabemos o quanto a educação faz a diferença na vida dessas crianças e desses adolescentes.

Estamos num governo com muitas vitórias, com muitas inaugurações. Inauguramos muitos hospitais, mas talvez a minha lembrança mais marcante do governo, de estar no governo Flávio Dino, foi participar, veja só, de uma ação social num município aqui no interior do estado, no município de Axixá. Estávamos lá numa ação social, havia vacinação, havia médicos, tinha isto e aquilo, e chegaram – era um sábado de manhã – uns alunos do lema. O lema é um instituto profissionalizante de ensino médio, com aula em tempo integral, uma estrutura do estado onde os alunos vão aprender robótica, vão aprender um bocado de coisas. E esses alunos chegaram lá num sábado de manhã, fardados, e disseram assim: “a gente quer falar”. Estava no discurso das autoridades. Ficamos assim: “mas falar o quê?” E eles: “a gente quer falar”. E aí demos a palavra para um dos representantes dos alunos. Quando ele falou, ele disse assim: “olha, eu quero dizer que tenho orgulho de dizer que estudo numa escola pública do Maranhão. Porque estamos aqui no sábado, não estamos tendo aula não, só tem aula de segunda a sexta o dia inteiro; estamos aqui no sábado porque gostamos de vir para a escola, e porque temos as condições, e digo mais, nada disto aqui fica a dever em nada para nenhuma escola da rede privada. E eu sei que vou ter condição de competir de igual para igual com essas pessoas, porque o estado tem me dado condições para isso. Eu nunca imaginei na vida ter aula de robótica, e aqui eu estou tendo, no interior do estado do Maranhão”. Um discurso como esse marca, porque eu sei que aquele aluno ali, que tinha uns 15 ou 16 anos, estava começando o ensino médio, e a vida dele mudou. Mudou a vida dele e a vida da família dele completamente, porque tivemos condição de ofertar um ensino de qualidade.

Senador Randolfe Rodrigues: Lembra qual era o nome do aluno que se pronunciou?

Carlos Lula: Eu não vou me lembrar. Devo ter isso ainda em vídeo. Estava sendo filmado lá. Mas eu não lembro o nome do aluno. Aquilo ali me marcou. Eu quero acreditar que ele já deve até ter se formado no ensino médio, porque isso já tem uns três anos. Mas aquilo ali me marcou. E estamos negando para esse aluno, para esse aluno que vai ter uma alimentação de qualidade na escola, que muda a vida da família dele, uma família pobre lá do interior do estado. Mudou a vida da família dele. E estamos dizendo para essas pessoas, para esses alunos, que não vamos dar condições para eles voltarem às aulas? Eu acho que temos que discutir pensando nos professores e nos alunos, temos que ter cuidado. Não podemos permitir, ainda mais se forem profissionais do grupo de risco, que eles se sujeitem, eventualmente, ao risco de perderem suas vidas, mas é uma discussão que temos que ter. É necessário ter, afinal, o professor está dentro de casa ou o professor já está saindo? E, se o professor já está saindo de casa, qual a diferença de ele sair de casa e de ele poder também estar na sala de aula? Eu acho isto necessário, pelo menos permitir o debate. Do jeito que está sendo até agora, nem conseguimos iniciar o debate. E aí as coisas vão muito mal dessa forma. Já tenho quase um mês que retornei às aulas na rede privada aqui, e eu não tive casos de contaminação. Isso é muito bom. Em qual sentido? No sentido de que talvez o ambiente de sala de aula seja realmente seguro se tomarmos as medidas necessárias para isso. Mas, além do problema sanitário, temos um gravíssimo problema social. E precisamos retomar esse diálogo com os professores para saber como e de que forma vamos voltar, porque precisa voltar.

Senador Randolfe Rodrigues: O senhor, com esse depoimento, me emociona, porque, nesta semana, nós aprovamos no Congresso Nacional a permanência do Fundeb – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização do Magistério. Eu tive a honra de ser um dos propositores da emenda constitucional no Senado, e tenho muita esperança de que o texto que nós aprovamos faça uma revolução no país, porque nós conseguimos ampliar a participação da União. E eu também tenho a mesma convicção que o senhor aqui externa. O senhor, tanto quanto eu, me permita, acho que nós somos mais ou menos da mesma geração, nós somos filhos da escola pública. Se não fosse a escola pública, nós não estaríamos nas funções e postos em que nós estamos. E eu não acredito em nenhum tipo de transformação que não seja a partir de depoimentos como este que o senhor acabou de relatar.

Dr. Carlos, para concluirmos, o senhor acabou de apresentar alguns dados de uma realidade que é mais acentuada no Norte e no Nordeste, a realidade da profunda desigualdade brasileira. Esse é um traço que está se aprofundando na pandemia e tende a permanecer no pós-pandemia. Eu quero lhe fazer uma provocação: no Brasil e no mundo, qual é a realidade que o senhor imagina no pós-pandemia? E aí, emendando com essa pergunta, considerando que a instituição que o senhor preside, o Conass, é fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵, gostaria de saber o que o senhor considera ideal para o desenvolvimento do SUS nos próximos anos?

15 O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos.

Carlos Lula: Senador Randolfe, essa pergunta é fundamental, porque discutimos tanto o Brasil, mas o principal problema do Brasil – e temos que reconhecer isso – é a profunda e absurda desigualdade que nós temos. É ser a segunda nação mais desigual do mundo. Só perdemos para a África do Sul, por tudo o que aconteceu na África do Sul. Mas não temos como progredir enquanto nação se não discutirmos as razões de nossa imensa desigualdade.

Não podemos imaginar que o auxílio emergencial de R\$ 600,00 faça diferença na vida das pessoas do jeito que fez. São R\$ 600,00, cerca de R\$ 20,00 por dia. E diminuí o nível de desigualdade no Brasil como nunca havia feito antes. Então, veja só o tamanho do buraco em que estamos ao pensar no país dessa forma: que, dando R\$ 20,00 por dia para as pessoas, diminuimos o buraco, e imaginando que os mais ricos ficaram ainda mais ricos durante a pandemia. Mas conseguimos diminuir a desigualdade como nunca, em razão desse auxílio de R\$ 20,00 por dia para as pessoas. E aí nos perguntamos: o que vai ser depois?

Eu podia fazer aqui uma série de análises, mas eu quero tratar do SUS. E ainda parabenizar o Fundeb e dizer, senador Randolfe, que precisamos, igual ao Fundeb, ter uma discussão séria sobre o financiamento do sistema de saúde. Por quê? Temos a Emenda 95. E vimos, desde 1988, uma série de mudanças, e eu não vou me alongar aqui, mas tivemos uma previsão na Constituição de 1988, depois teve a Emenda 29, no ano de 2000, depois tivemos a Emenda 86 e, logo depois, a Emenda 95, cada uma delas tratando de uma forma da regulação do financiamento do sistema de saúde. E hoje, se não fosse o orçamento de guerra, teríamos muita dificuldade de aporte desses recursos para o enfrentamento da pandemia. E vamos precisar de mais recursos, porque vamos enfrentar a covid-19 no ano que vem. Então, qual é o legado que deixamos para o SUS da pandemia? São 21 mil leitos de UTI que foram criados. Desses, 12 mil habilitados pelo Ministério da Saúde e 9 mil, portanto, ficaram de

fora. Mas 12 mil foram habilitados. Se considerarmos que metade desses leitos são leitos novos, só a metade, e é mais do que isso, estou falando de mais de 11 mil leitos do SUS; leitos de UTI, leitos para o funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva, que o SUS vinha perdendo ano a ano; leitos clínicos que o SUS vinha perdendo ano a ano. E ganhou, pela primeira vez, em 2020, em razão da pandemia. Se não forem aportados mais recursos para o Sistema de Saúde, e se seguir friamente o que está imposto lá na Emenda 95, o que vamos estar dizendo, no fim das contas, é que vamos pegar respirador, vamos pegar cama, vamos pegar monitor, colocar num depósito e fechar, porque não vamos ter condição de manter um leito desses, de Unidade de Terapia Intensiva. Não vamos ter condição de manter um leito clínico. Eu não estou aqui pregando o fim da responsabilidade fiscal, de modo algum. Eu acho que o equilíbrio fiscal é um legado dessa geração para o futuro, para dizer “é necessário ter equilíbrio fiscal, porque isso faz bem, ter equilíbrio das contas, ter pouca inflação. Isso faz bem para a gente.”

Meus filhos já viveram num mundo onde eles desconhecem o que é inflação, eles desconhecem. Foram aqueles vários planos que vivemos. Isso é um legado dessa geração, no Brasil. Mas é preciso discutir o financiamento adequado do sistema de saúde. Porque, se não houver, não vamos ter legado nenhum da pandemia. Vamos é fechar os leitos que foram abertos. Eu digo por experiência própria, foram nove hospitais que nós abrimos aqui, que vão ficar. Treze hospitais abertos, desses treze, nove vão ficar para a minha rede. Hoje tenho alguns leitos de UTI pelos quais o Ministério paga. Quando terminar a covid-19, não vou ter financiamento para nenhuma dessas unidades. Então, a pergunta que fazemos é: “será que nós seremos obrigados a fechar os hospitais que abrimos?”

Se formos fazer uma indagação para o mundo pós-pandemia, de forma mais precisa, para o Brasil pós-pandemia e para o SUS pós-pandemia, acho que este é o debate que temos que fazer hoje: o orçamento de 2021

do Ministério da Saúde tem de contemplar o financiamento de ações permanentes para o Sistema de Saúde. Se não conseguirmos discutir o financiamento do Sistema de Saúde hoje, como se discutiu o Fundeb, que possamos fazer essa discussão do financiamento do Sistema de Saúde adequado para o futuro, porque não é possível permitir simplesmente dizer que sim, OK, está tudo bem, vamos fechar 20 mil leitos de UTI porque não temos recurso para isso. Eu acho que não pode ser, essa é uma demanda enorme da população.

Senador Randolfe, só para finalizar, estes são retratos de nossa desigualdade: Setenta por cento da população brasileira depende do SUS. Aqui no Maranhão, 95%, e eu sei que esses dados são muito parecidos no seu estado, o Amapá. Setenta por cento da população brasileira usa o SUS, e gastamos com o PIB em saúde, no Brasil, em torno de 8%. Desses 8%, só 3,9% com saúde pública. Isso quer dizer que menos da metade dos recursos que gastamos anualmente no Brasil é para atender 70% da população, e mais: 4,1% do PIB é para atender os 30% que têm plano de saúde. Se isso não é retrato da desigualdade, eu não sei mais o que é.

Estamos em defesa desse sistema público, gratuito, e que pode ter muita qualidade. Porque, se não fosse o SUS na pandemia, teria sido uma barbárie. Teria sido ainda pior. Peço, em nome de todos os secretários de Saúde, em nome das entidades que debatem a saúde pública no Brasil, que o senhor possa também discutir, como foi o protagonista no Fundeb, que também possamos discutir o financiamento do SUS de maneira adequada, responsável sim, mas de uma maneira adequada. Pelo jeito que está hoje, vamos ter tudo que a Emenda 29 conquistou em 20 anos – saímos de 3% do PIB para 3,9%. Mas, se continuarem os 20 anos da Emenda 95, vamos cair de 3,9% para 3%, com 1% de crescimento por ano. Se crescer mais, abaixa ainda mais. Não podemos simplesmente retroceder, em termos de financiamento da saúde pública. Eu acho que temos que procurar meios de aumentar.

Senador Randolfe Rodrigues: O Conass tem alguma proposta nesse sentido?

Carlos Lula: Senador Randolfe, não temos proposta pronta. Mas temos ideias e temos feito esse debate. Se Vossa Excelência permitir, fazemos esse debate em conjunto e construímos uma saída e uma proposta de financiamento adequado do Sistema de Saúde, porque é necessário e indispensável para se pensar como medida para o futuro. Do jeito que está, em 20 anos vamos retroceder muito em tudo que conseguimos conquistar até aqui. É como se subíssemos a montanha e agora estivéssemos descendo.

Senador Randolfe Rodrigues: Eu quero me colocar inteiramente à disposição do Conass. Assim como aprovamos a PEC do Fundeb para a educação, nós podemos buscar construir uma espécie de Fundeb para o SUS. O financiamento do SUS é o grande desafio para o pós-pandemia.

Carlos Lula: Perfeito, senador. Vou sentar-me com o Conass esta semana, com a diretoria, com os secretários, e vamos lhe apresentar. Me dê pelo menos uma semana, e vamos lhe apresentar essa proposta.

Senador Randolfe Rodrigues: Tenha o tempo que for necessário. Estamos tocando na agenda o que é indispensável resolver. Tendo responsabilidade fiscal, eu concordo com o senhor. A responsabilidade fiscal é uma conquista geracional, é uma conquista da nossa geração. Quando criança, lembro dos tristes tempos em que acompanhava minha mãe ao supermercado e passava por um corredor de prateleiras onde os produtos estavam com um determinado preço, mas o “carinha” da maquininha já estava no outro corredor colocando um novo preço nos mesmos produ-

tos. Então esse é um tempo para o qual, no Brasil, nós não precisamos retroceder.

Carlos Lula: Eu também tive essa experiência, senador.

Senador Randolfe Rodrigues: Eu tinha a impressão de que a minha mãe só me levava ao supermercado nesse intuito, para eu correr antes do homem da maquininha e poder pegar o produto o quanto antes. Essa é uma triste lembrança. Aliás, eu acho que nós temos três conquistas civilizatórias nos 30 e tantos anos da nossa redemocratização: a própria democracia, a estabilidade da moeda, conquistada com a responsabilidade fiscal, e o capítulo social da Constituição Federal, de 1988, que deu uma chance aos mais pobres, principalmente, na primeira década deste século. Nós estamos num momento em que essas conquistas todas estão sob ameaça. Já que nós estamos falando em preservar as conquistas da Constituição, uma das mais lindas é a do nosso Sistema Único de Saúde, tão necessário e tão útil para os brasileiros; neste momento, se ele não existisse, a tragédia seria muito maior.

Secretário Carlos Lula, eu já era seu fã; me permita dizer que, após esta conversa, me tornei mais, pelo seu conhecimento e pelo seu compromisso com os mais pobres. Acho que o grande desafio... tem uma frase de um dos grandes nomes da teologia da libertação aqui no Brasil, que há alguns dias nos deixou, e é um dos nomes que me inspirou a usar este anel de tucum¹⁶, quando eu estava ainda na pastoral da juventude,

16 Os escravos e indígenas, por não terem acesso a metais nobres para produzir joias, utilizavam o tucum – espécie de palmeira comum na Amazônia – para produzir o anel de tucum, que era um símbolo cuja linguagem só eles conheciam. Um símbolo secreto da amizade deles e de suas lutas cotidianas. Mais tarde, os cristãos passaram a ter no anel de tucum um símbolo de fé e compromisso.

que foi Dom Pedro Casaldáliga¹⁷. Dom Pedro foi um professor para todos que passaram pelas pastorais da juventude e pelas pastorais sociais e todos os que têm como convicção a causa dos mais pobres. Dom Pedro sempre dizia o seguinte: “meus filhos, na dúvida, primeiro sempre os mais pobres”.

17 Dom Pedro Casaldáliga (1928-2020), conhecido como bispo dos direitos humanos e mesmo bispo do povo, foi um bispo católico espanhol radicado no Brasil desde 1968, um dos maiores defensores e propulsores da Teologia da Libertação – que consiste em um movimento apartidário que engloba várias correntes de pensamento interpretando os ensinamentos de Jesus Cristo como libertadores de injustas condições sociais, políticas e econômicas.

Glossário

Agência Reuters Agência de notícias britânica, considerada a maior do mundo.

Conass Conselho Nacional de Secretários de Saúde, criado em 3 de fevereiro de 1982. É uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, regida pelo direito público e agregadora dos secretários de estado da Saúde e seus substitutos legais.

Congresso Nacional É o órgão constitucional brasileiro composto por duas casas: o Senado Federal e a Câmara dos Deputados.

Conselho Editorial do Senado Federal De sigla Cedit, é o órgão do Senado Federal responsável pela publicação de obras indispensáveis da cultura brasileira de cunho político, histórico, econômico e social.

Fundeb O Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação foi instituído pela Emenda Constitucional 53, em 19 de dezembro de 2006. O seu objetivo é redistribuir os recursos destinados à Educação Básica.

Iema Instituto Estadual de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, criado em 2 de janeiro de 2015, tem o objetivo de oferecer à sociedade onde é implantado condições e oportunidades para desenvolver seus potenciais.

Ministério da Saúde De sigla MS, é o órgão governamental responsável pela manutenção e administração da saúde pública do Brasil.

Ministério Público De sigla MP, é o órgão responsável pela defesa da ordem jurídica e dos interesses da sociedade, perante o Poder Judiciário do Brasil.

Organização Mundial da Saúde De sigla OMS, é uma agência especializada em saúde subordinada à Organização das Nações Unidas, a ONU. Sua fundação se deu em 7 de abril de 1948.

PEC Proposta de Emenda Constitucional é responsável por representar as alterações ou acréscimos da Constituição Federal.

Supremo Tribunal Federal De sigla STF, é a maior instância judiciária do Brasil e acumula competências próprias de uma suprema corte.

SUS Sistema Único de Saúde é o sistema público de saúde do Brasil. Foi criado em 17 de maio de 1988 na 267ª Sessão da Assembleia Nacional Constituinte.

UTI Unidade de Terapia Intensiva é o acolhimento de pacientes em estado grave.

Anexos

Artigos escritos por Carlos Lula

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Secretário de Estado da Saúde do Maranhão

Por que ser contra a vacina?

Mais de 1,7 milhão de pessoas morreram da covid-19 no planeta. No Brasil, a média móvel de óbitos fica próxima a mil casos a cada 24 horas. Para vencer esta crise sanitária, laboratórios de todo o mundo há meses buscam um meio para imunizar a população e, enfim, evitar que outro milhão de pessoas percam suas vidas para a SARS-CoV-2.

Afinal, que outro mecanismo de defesa temos contra o vírus?! A máscara, os hábitos de higiene pessoal e a etiqueta respiratória auxiliam na prevenção, mas não impedem a contaminação. Com a ajuda da ciência, sabemos que a vacina é a melhor das respostas contra o coronavírus, visto que até agora nenhum medicamento se mostrou eficiente. Cabe, então, aguardar a vacina, que sempre foi uma grande aliada para vencer tantas doenças. Mas nos esquecemos rápido dessas vitórias, não é mesmo?

É preciso olhar para a história para entender a importância de uma vacina. Somente em 1980, após sucessivas campanhas de vacinação, foi possível erradicar a varíola, que assombrou e assolou sobretudo a Europa, a partir do século XVIII. A febre amarela, tão conhecida recentemente

em razão de um novo surto no país, fez milhares de mortos por aqui no início dos anos 1900. A vacina eficaz chegou 37 anos depois.

Com a pandemia, muitos estudos têm sido realizados para descobrir uma vacina imunizante ou medicamento eficaz contra a covid-19. Os avanços significativos da ciência no século XXI, as ferramentas aprimoradas e, sobretudo, as trocas de informação com maior agilidade são as razões para se estar tão perto de criar uma vacina em tão pouco tempo.

Imaginemos que, 100 anos atrás, o tempo hábil para desenvolver uma vacina, a tecnologia e a velocidade da informação necessária para que tivéssemos essa solução definitiva seriam muito maiores do que temos hoje. A pergunta a ser feita é outra: a vacina é eficaz? É segura? Estas são as respostas que o mundo espera.

E, no Brasil, nenhuma vacina sem eficácia comprovada, que não tenha passado por todas as fases de teste, pode ser utilizada. Não há razão, portanto, para desconfiar dessa forma do conhecimento científico.

Todos viram a polêmica a respeito da tal “vacina chinesa”, cuja compra foi proibida pelo presidente da República na última semana, em decisão intempestiva e equivocada. Bem, se você pensa que a vacina seria produzida na China, você já foi enganado. A vacina seria produzida no Instituto Butantan, aqui mesmo no Brasil, de quem o Ministério da Saúde compra milhões de doses de outras vacinas, todos os anos. Como disse Margaret Harris, porta-voz da OMS na última sexta-feira, “não é sobre nacionalidade da vacina, é sobre ciência”.

Há de se destacar, inclusive, o erro absurdo da imprensa brasileira de continuar a chamar a CoronaVac de “vacina chinesa”. Curioso que não vemos nenhum destaque para “vacinas inglesas”. Por que nominar assim apenas a CoronaVac?

Bem, desde o início da pandemia, toda a desconfiança foi voltada à China. Absurdas teorias da conspiração chegaram a atribuir a criação do vírus SARS-CoV-2 a um laboratório chinês e sua disseminação com o

propósito de contaminação global. Quem não já ouviu falar da doença como “vírus chinês”, no lugar da covid-19? Puro estigma e preconceito. Qualquer vacina em escala global passará necessariamente hoje pela China, mesmo a inglesa de Oxford, porque dali precisa tirar os insumos necessários para sua criação. Este debate, no momento em que nos encontramos, é infértil.

Então há motivos de desconfiança para a vacina do Butantan? Nenhum. A mesma pesquisa realizada no Brasil ocorre simultaneamente na Indonésia e na Turquia. A última e mais importante fase do estudo sobre a CoronaVac está em andamento. Resta, então, aguardar. Se a eficácia for comprovada, caberá à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com os resultados em mãos, registrar a vacina. Com segurança, eficácia e sem receios.

Qualquer decisão de um gestor público tem de se pautar na necessidade de imunizar, no menor tempo possível, a maior parcela da população. As razões meramente eleitorais e políticas que levaram o governo federal a rejeitar a vacina produzida em São Paulo, uma vez que o governador do estado é seu opositor, não são as razões de alguém preocupado com a saúde da população. A sociedade brasileira merece outra postura por parte dos nossos governantes, uma vez que politizar a vacina serve a propósitos pouquíssimo republicanos.

Diante da omissão e da lamentável postura da União, mais uma vez, os estados da Federação já estudam ir ao Supremo Tribunal Federal para garantir a mais rápida imunização da população. Esta deve ser e tem sido, incansavelmente, nossa única preocupação.

No final das contas, se a vacina virá da China, Rússia, Alemanha ou Estados Unidos, pouco importa. A última saída será dada pela ciência, que está há meses buscando uma resposta contra a covid-19. Quando o momento chegar, o Sistema Único de Saúde terá motivos científicos para que toda a população tenha acesso garantido gratuitamente à vacina nos

postos de saúde de todo o país. Queira ou não o presidente da República. A ciência caminha independentemente da nossa vontade, ainda bem!

SUS é patrimônio nacional

Temos absoluta certeza de que o pagamento por serviços de saúde representa um obstáculo significativo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo à universalidade. A revogação do Decreto nº 10.530, que autorizava estudos para conceder as Unidades Básicas de Saúde (UBS) à iniciativa privada, demonstra a força da sociedade e o empenho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em não aceitar o inegociável: a privatização do SUS.

Sob a perspectiva do Conass, por força de lei, decisões relativas à gestão do SUS não são tomadas unilateralmente. Elas devem ser fruto do consenso entre os níveis federal, estadual e municipal, sob pena de absoluta nulidade.

Como presidente do Conass e gestor público, reitero que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem melhorado a vida dos brasileiros, como atestam vários estudos nacionais e internacionais. É uma política pública que alcança diretamente 160 milhões de pessoas, com efeitos inegáveis na redução das taxas de mortalidade e morbidade. São quase 53 mil equipes (somadas as equipes da Estratégia de Saúde da Família e outras modalidades) e 270 mil agentes comunitários de saúde presentes em todos os municípios brasileiros.

Há necessidade de melhoria do Sistema Único de Saúde, como, por exemplo, na gestão e no financiamento, para atender adequadamente a população. É necessário, mais do que nunca, conservar e investir no SUS que salva vidas. São objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de

política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e o acesso universal aos serviços de saúde; e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Portanto, a manutenção dos avanços alcançados é um compromisso de todos.

Alguns fatores têm sido elencados por especialistas para explicar o motivo de o SUS dar certo. Com a palavra, o usuário do SUS na rede estadual do Maranhão: “Para todos que estamos nessa luta de tratamento [renal crônico], é bom demais. Estou no luxo. Aqui [no Centro de Hemodiálise São Luís], ficou mais perto de casa. As pessoas que trabalham aqui são delicadas com a gente”; “Na hora que ele [Saturnino] chegou, foi logo atendido. Foi muito bom, salvou a vida do meu marido”; “Aqui, tive acompanhamento. Minha sogra ficou comigo do começo ao final do parto. Pude escolher quem ia ficar comigo. Tinha medo do parto, mas, como tive apoio, tudo foi tranquilo”.

É nesse conjunto de realidades de grande esperança, respectivamente, do Flávio Soares Santana, usuário do Centro de Hemodiálise São Luís; da dona de casa Magnólia Araújo Marques, de 53 anos, que acompanhou o marido Saturnino Ribeiro Marques na UPA Araçagi, e da mãe Christiane Barros, que disse que a Maternidade Benedito Leite entrou para sua história, que temos inspiração e absoluta certeza de que o SUS é patrimônio nacional.

Defender o SUS é lutar por sua modernização e fortalecimento de modo a garantir a manutenção da política pública mais democrática de nosso país. Significa defender um legado de esperança para milhares de brasileiros.

Terceira onda

O maior desafio da pandemia da nossa história recente está por vir. Encontramo-nos numa fase na qual os profissionais de saúde aprenderam a lidar melhor com os pacientes acometidos pela covid-19, a ciência avança nas pesquisas sobre uma vacina, o comportamento desacelerado do ritmo de contágio no Brasil e a segunda onda na Europa estão sendo observados. Contudo, diante de nós, cresce sorrateiramente a pandemia de transtornos mentais.

As notícias chegam com tristeza até nós. Com diferença de poucos dias, dois homens recorreram ao suicídio em bairros diferentes da capital maranhense. Duas semanas antes, um pastor com histórico de esquizofrenia, em tratamento, recorreu ao mesmo sacrifício na cidade de Indaiatuba, no interior de São Paulo, após lutar contra a doença.

Na Alemanha, em julho, o ministro de Estado das Finanças, Thomas Schaefer, cometeu suicídio após profunda preocupação sobre as consequências econômicas do novo coronavírus. Ao receber diagnóstico positivo para covid-19, pacientes no Brasil e no mundo atentaram contra a própria vida, na ânsia de findar com o sofrimento.

Segundo o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, houve um aumento de 700% de procura a psicólogos, entre abril e agosto. Isso aconteceu em todo o país. Nossos serviços de saúde mental nunca tiveram tamanha procura, mas isso era esperado. Costumo dizer que na vida temos dois grandes medos: a morte e a loucura. A covid-19 nos deixou próximos de ambos; medos agravados pelas inúmeras incertezas que o vírus proporciona.

Este mesmo vírus provocou um alucinado medo de perder a vida e a percepção de que, dia após dia, você perde a sanidade com preocupação sobre emprego, futuro, família. Encarar esses dois medos ao mesmo tempo traria um inevitável desequilíbrio ao nosso espírito. A preocupa-

ção é imensa quando pensamos em nós ou mesmo quando pensamos naqueles que amamos.

E, em tempos de isolamento, ao termos de encarar a nós mesmos e aos nossos, nunca recusamos tanto o que somos. O número de casamentos em crise e de divórcios também aumentou bastante na pandemia. Na sociedade atual, há duas grandes contradições que habitam nossos corações. Se a pós-modernidade nos prometeu independência, liberdade, nosso maior desejo é ser livre. Mas esse desejo de ser livre é dividido com a vontade de pertencer a alguém.

Adultos costumam procurar terapia por não saberem lidar com a graça – e o terror – de estar apaixonado. É como se quisessem ser um pouco livres e um pouco comprometidos. Aí você se vê obrigado a conviver por muito tempo com seu parceiro e então se questiona: o que eu faço aqui se posso estar além? Se posso mais? Essa é a primeira grande contradição.

A segunda é o fato de que o amor atualmente é visto como uma forma de salvação. Se falham a religião, as ideologias, a sociedade, restam o trabalho e o amor para dar sentido às nossas vidas. Aí sobrecarregamos todas as expectativas da existência em um relacionamento. Isso é grave porque passamos a exigir da pessoa amada simplesmente tudo.

Parece que não amamos mais pessoas, com seus erros e pecados, mas ideias de pessoas. E não toleramos que a realidade não esteja no nível dos nossos delírios e desejos. Se eu continuamente sou confrontado, na convivência com a pessoa que idealizei, há uma enorme chance de a frustração ser tremenda, uma vez que a expectativa era muito alta. Perceber o outro como de carne e osso e passível de erros trata-se de um esforço constante.

Há saídas? Bem, não sei dizer. Eu acredito no amor, e aqui vai a minha dica para os mais jovens: não casem achando que conviver é algo simples. Não é. Que o digam minha esposa e meus filhos. A rotina pode ser a fortaleza como também a fraqueza de um relacionamento.

Mas entre casamentos arruinados, ansiedade e depressão aumentando assustadoramente, o Sistema Único de Saúde precisa desde já discutir os impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos brasileiros. Antes do colapso, antes de tragédias em larga escala, precisamos de estratégias de prevenção do suicídio.

O suicídio é o sacrifício cometido pelo ser humano quando este já não suporta o sofrimento mental, por isso, como bem disse o médico sanitарista Gonzalo Vecina, “o importante não é curar, mas cuidar”. Precisamos dar ouvidos uns aos outros, escutar mais e ser escutados por profissionais de saúde e por nossos pares – cônjuges, pais, filhos, amigos. Que consigamos falar sobre o que sentimos para aqueles com quem dividimos a vida e ouvir deles também o que pensam e o que sentem sobre nós. O silêncio pode matar.

Vacina para todos

Caminhamos para o fim de um ano duríssimo em todos os aspectos de nossas vidas. Desafios pessoais e profissionais se impuseram e ainda se impõem no cotidiano de todos os trabalhadores brasileiros, mas em especial a todos aqueles que fazem o SUS acontecer diariamente. A batalha travada até aqui é por si só gigantesca, mas ela não se encerrará enquanto não houver uma imunização da população através de uma vacina segura e distribuída a todos os cantos do país.

Acredito que este seja o principal debate a ser feito no momento, que aflige as famílias brasileiras, algumas delas em luto, algumas delas vivendo as consequências da crise econômica que se instalou com a pandemia. “Quando seremos vacinados?” Não existem respostas fáceis, mas há caminhos possíveis.

Em primeiro lugar, é garantir que o diálogo institucional seja respeitado em todas as instâncias. Nossos esforços, à frente da presidência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), têm sido discutir, do ponto de vista técnico, a viabilidade e a logística do plano de imunização. Tenho dito aqui, em outras ocasiões, que esta pandemia e o ano de 2020, em particular, já deram provas suficientes de que o trabalho desarticulado entre os entes da Federação provoca prejuízos em todo o processo de enfrentamento ao vírus, atrasa o cumprimento de metas, põe em xeque a credibilidade depositada nas lideranças nacionais, que são ou deveriam ser exemplos para lidar com toda a crise sanitária.

Em segundo lugar, não partimos de um ponto qualquer. Já existe, desde a década de 1970, um Plano Nacional de Imunização, que tem sido aperfeiçoado a cada ano e em relação ao qual, embora não utilizemos a mesma estratégia das campanhas anteriores, detemos expertise técnica qualificada – e falo com tranquilidade, porque conheço de perto a capacidade do corpo burocrático de imunização do SUS. Em Brasília, no Maranhão e nas diversas cidades do território maranhense. A mobilização e a energia que cada profissional entrega é impressionante. Agora imaginem o brilho dos olhos dos nossos vacinadores nesta honrosa missão. Minha equipe toda trabalha pensando nesse horizonte: na satisfação dos brasileiros que serão vacinados e nos que vacinarão.

Contudo, este resultado não depende de mágica ou piscar de olhos. Pelo contrário, ele é construído todos os dias, em reuniões de planejamento, em conhecimento técnico e, sobretudo, em compromisso irremediável com o bem-estar dos brasileiros, indistintamente de ideologia partidária ou crença política. Precisamos a todo custo avançar em questões importantes para a sociedade nacional, e a nossa contribuição como operadores da política pública de saúde é esta: dar o exemplo de que divergências de pensamento não atravessam nossos objetivos.

Em nota conjunta, tanto o Conass como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) reiteraram a coordenação efetiva e direta do Ministério da Saúde na articulação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), ou seja, em uma sinalização explícita de que nenhum protagonismo exacerbado é suficiente para conter o desafio que se apresenta.

Unificar cronogramas, agendas, modalidades, estratégias de alcance e estratificação de grupos de risco fazem parte de uma logística, como disse há pouco, complexa e bem detalhista. Fugir dessa programação é um erro que em hipótese alguma podemos cometer.

A incorporação no tempo oportuno, o mais rápido possível, das vacinas comprovadamente seguras e eficazes contra o coronavírus e a ampla vacinação, no menor tempo, de todos os usuários do SUS: é um lema simples e muito objetivo, que oferece a magnitude da missão que temos para os próximos meses. Com sobriedade e trabalho diuturno acredito que sejamos capazes, a despeito de todos os tropeços pelo caminho, de obter resultados satisfatórios, mostrando mais uma vez que o Sistema Único de Saúde é o maior patrimônio dos brasileiros em termos de políticas públicas.

É preciso valorizar o SUS para salvar vidas

por Randolfe Rodrigues

(artigo publicado pelo Portal Poder 360 em 14.abr.2020)

A chegada da pandemia do novo coronavírus ao Brasil deixou evidente a importância de termos nosso modelo de saúde baseado na universalidade representada pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Paralelamente, diante do maior desafio da sua história, também ficam mais evidentes as falhas do sistema, oferecendo-nos a oportunidade de trabalharmos pela sua melhoria, expansão e fortalecimento, dando continuidade àquilo estabelecido na Constituição Federal de 1988.

A adoção de um modelo de saúde gratuito e universal não é exclusividade brasileira, embora as nossas dimensões continentais e contingente populacional sejam únicos em sistemas semelhantes ao redor do mundo. Nada se compara à abrangência e capacidade de inclusão social proporcionada pelo SUS, o que torna ainda mais imperativo o seu fortalecimento.

Para termos noção da importância do SUS, basta pensarmos que o sistema atua desde as campanhas de vacinação às cirurgias de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Ainda podemos citar o acompanhamento e tratamento de doenças crônicas, distribuição de medicamentos e promoção da saúde. Em outras palavras, uma gigantes-

ca rede de saúde com atuação em todo o território nacional, oferecendo assistência gratuita a qualquer pessoa.

O Sistema Único de Saúde foi uma importante conquista social obtida com a Constituição Federal de 1988 e, ao longo dos últimos 30 anos, conseguiu avançar bastante na oferta de serviços de saúde para a população. Mas o SUS pode – e deve – melhorar. Especialmente no tocante ao financiamento e à valorização dos profissionais de saúde. A pandemia do novo coronavírus mostra ser urgente a criação de uma Política Nacional de Fortalecimento do SUS.

Uma das formas de se fortalecer o sistema é por meio da racionalização do acesso aos serviços de saúde, com reorganização da assistência hospitalar. Ampliar e qualificar a atenção primária, tendo programas de saúde da família, funcionando como norteadores de todo o sistema, e equipes multidisciplinares atuando na ponta do atendimento.

A integração dos sistemas de informação com a saúde também é fundamental. Soluções como a telemedicina podem ajudar a desafogar o atendimento em clínicas e ambulatórios, além de racionalizar recursos. A medida ainda ajudaria a melhorar o atendimento de urgência nas unidades de saúde, diminuindo o tempo de espera em função da redução da lotação. Criar incentivos à fixação de profissionais em locais de difícil provimento garantiria equipes perenes.

O cuidado e a valorização para com os profissionais do sistema respondem por outro flanco de fortalecimento do SUS. É preciso um olhar abrangente, criando condições materiais, econômicas, sociais e psicológicas para que possam desempenhar o seu trabalho. Estímulos financeiros, como atualização e correção anual da tabela de remuneração do SUS, como requisito fundamental para sua viabilidade, além de financiamento de pesquisas, atenção psicossocial, descontos ou mesmo isenção de pagamentos em serviços públicos, podem ajudar nesse quesito.

A infraestrutura hospitalar merece especial atenção. Afinal, mesmo valorizados, é impossível para os profissionais de saúde trabalharem sem os insumos mínimos para o atendimento médico. Daí a importância do estabelecimento de critérios técnicos para distribuição de equipamentos e fármacos, tendo como um dos resultados a melhor distribuição dos recursos e meios disponíveis para diagnóstico e tratamento de enfermidades em todas as regiões brasileiras.

Por fim, mas não menos importante, expansão do financiamento do SUS. Criar uma alíquota para uso dos recursos disponíveis nos diferentes fundos públicos pode ser uma solução. A melhor utilização dos recursos provenientes das loterias seria outra, sem falar em doações de pessoas físicas e jurídicas, com abatimento no imposto de renda.

Ademais, a pandemia do novo coronavírus trouxe a oportunidade de fazermos os investimentos e melhorias que o SUS necessita. Agora resta saber se existirá vontade política para isso.

Projeto de Lei nº 1.529, de 2020

Dispõe sobre o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a valorização dos profissionais de saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 1º A presente lei visa fortalecer o Sistema Único de Saúde e valorizar os profissionais de saúde a ele vinculados, com vistas a aprimorar o direito fundamental de todos à saúde pública de qualidade.

CAPÍTULO II

Da Política Nacional de Fortalecimento do SUS

Art. 2º Fica instituída a Política Nacional de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Forsus), compreendida como um conjunto de objetivos e diretrizes que conformam um modelo de aperfeiçoamento permanente da organização e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implementado pelas três esferas de governo.

Art. 3º São eixos estruturantes do Forsus:

- I – ampliação e qualificação da atenção primária;
- II – reorganização da assistência hospitalar;
- III – racionalização do acesso aos serviços de saúde.

Art. 4º O Forsus será desenvolvido de acordo com as seguintes diretrizes, entre outras:

I – aumento da cobertura e da qualificação da atenção primária, com reforço da atuação multiprofissional;

II – coordenação dos cuidados à saúde, para acolher, orientar e direcionar o usuário na rede de serviços;

III – reorganização da rede de serviços hospitalares e estímulo à regionalização de serviços;

IV – incentivo à atuação das regiões de saúde na gestão das redes de saúde;

V – redefinição e readequação do nível ideal de descentralização e de regionalização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

VI – aprimoramento dos sistemas e critérios de regulação de acesso aos serviços de saúde;

VII – progressiva integração dos sistemas de informação em saúde;

VIII – sinergia e atuação coordenada dos setores público e privado de saúde;

IX – implementação de modelos inovadores na atenção à saúde do idoso e doenças crônicas não transmissíveis;

X – emprego da medicina baseada em evidências na elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

XI – avaliação da qualidade e do desempenho dos serviços de saúde, com transparência;

XII – aprimoramento do modelo de remuneração dos prestadores de serviço com base em critérios de qualidade e produtividade;

XIII – utilização de critérios técnicos e de experiência profissional no preenchimento dos cargos de gestão na saúde;

- XIV – capacitação técnica dos gestores de serviços de saúde;
- XV – criação de incentivos à fixação de profissionais de saúde em áreas de difícil provimento;
- XVI – estabelecimento de critérios e procedimentos de avaliação estritos para monitoramento, fiscalização e controle dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde;
- XVII – incentivo à adoção de soluções tecnológicas digitais e integradas.

§ 1º Os eixos e as diretrizes de que tratam os arts. 2º e 3º desta Lei serão submetidos à deliberação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

§ 2º Outras diretrizes poderão ser definidas nos foros nacionais de negociação dos gestores do SUS, além do estabelecimento de prioridades, métodos e estratégias.

§ 3º Os gestores de saúde federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal pactuarão as ações e proverão as condições necessárias para a implementação do ForSUS em seus respectivos âmbitos de atuação.

§ 4º A ênfase na atuação das regiões de saúde a que se refere o inciso IV deste artigo dar-se-á, sobretudo, na organização de serviços hospitalares e na vigilância de doenças, com a criação de fundos regionais para financiar essas ações.

§ 5º A diretriz de que trata o inciso VII do caput será implementada de forma a resguardar o sigilo e a confidencialidade das informações e a privacidade e a intimidade do paciente.

§ 6º A elaboração dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de que trata o inciso X do caput seguirá as normas previstas no Capítulo VIII do Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 7º Os protocolos e diretrizes referidos no § 6º deste artigo serão utilizados como padrões de referência nacionais e como embasamento técnico para definir a extensão da cobertura assistencial do SUS.

CAPÍTULO III

Dos Incentivos aos Profissionais de Saúde do SUS

Art. 5º Acrescente-se o seguinte dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 30-A. Os profissionais de saúde que sejam servidores públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde terão direito à assistência psicológica integral e gratuita, sobretudo em situações de submissão a grave estresse emocional durante as atividades laborais.” (NR)

Art. 6º Acrescente-se o seguinte dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 30-B. Os profissionais de saúde que sejam servidores públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde, em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde relacionadas a doenças altamente contagiosas ou infecciosas e que ponham em risco, ainda que potencial, as pessoas que residem em sua residência habitual, terão direito à hospedagem em hotéis, hospedarias, casas ou quaisquer estabelecimentos congêneres onde se albergue nas proximidades da unidade de saúde onde labora.

Parágrafo único. Os profissionais que optarem por não se hospedar nos estabelecimentos referidos no caput farão jus a benefício indenizatório equivalente aos custos da hospedagem.” (NR).

Art. 7º Acrescente-se o seguinte dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 30-C. Aos profissionais de saúde que sejam servidores públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) fica assegurada a gratuidade dos trans-

portes coletivos públicos urbanos, semiurbanos e intermunicipais, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

Parágrafo único. Para ter acesso à gratuidade, basta que o profissional da saúde apresente qualquer documento pessoal que faça prova da sua condição.” (NR)

Art. 8º O art. 192 do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único.

“Art. 192.

Parágrafo único. Os profissionais de saúde que sejam servidores públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde terão direito, em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde relacionadas a doenças altamente contagiosas ou infecciosas, a adicional de insalubridade equivalente a 100% (cem por cento) do salário mínimo” (NR).

Art. 9º O art. 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

“Art. 26.

§ 5º Fica assegurada a correção anual da remuneração aludida neste artigo em percentual a ser pactuado entre os gestores da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na Comissão Intergestores Tripartite, levando-se em consideração a variação dos preços praticados no setor da saúde nos últimos doze meses, sem prejuízo dos valores repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios nos termos do art. 35 desta Lei, de modo a cobrir os custos e assegurar a qualidade dos procedimentos.” (NR)

Art. 10. O art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, passa a vigorar acrescido do inciso XXIV, com a seguinte redação:

“Art. 6º
XXIII – o valor recebido a título de vale-cultura; e
XXIV – qualquer rendimento por serviço prestado ao Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, por profissionais de saúde, inclusive os rendimentos, salários ou proventos de qualquer natureza recebidos por aqueles que sejam servidores públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde, para aqueles que percebam salário mensal igual ou inferior a três vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.....” (NR).

Art. 11. O art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 26.
Parágrafo único. Não caracterizam contraprestação de serviços nem vantagem para o doador, para efeito da isenção referida no caput:
I – as bolsas de estudo recebidas pelos médicos residentes ou pelos residentes multiprofissionais e em área profissional da saúde;
II – as bolsas recebidas pelos servidores das redes públicas de educação profissional, científica e tecnológica que participem das atividades do Pronatec, nos termos do § 1º do art. 9º da Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011.....” (NR).

CAPÍTULO IV

Da Ampliação da Estrutura de Leitos em Hospitais Públicos

Art. 12. Acrescente-se o seguinte dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 7º-A. Os gestores federais, estaduais e municipais do SUS velarão para que, em cada base territorial de sua competência, sejam assegurados, no mínimo, os seguintes números de leitos hospitalares públicos:

- I – 1 (um) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2020;
- II – 2 (dois) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2021;
- III – 3 (três) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2022;
- IV – 4 (quatro) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2023;
- V – 5 (cinco) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2024;
- VI – 6 (seis) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2025;
- VII – 7 (sete) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2026; e
- VIII – 8 (oito) para cada mil habitantes até 31 de dezembro de 2027.

§ 1º Na hipótese de os entes federados já estarem em um estágio de implementação de leitos além do esperado para as datas estabelecidas no caput, mas ainda abaixo do patamar estabelecido no inciso VIII, os respectivos gestores velarão para que haja um incremento de, ao menos, 20% (vinte por cento) do número de leitos disponíveis na base territorial de sua competência até o final do ano seguinte.

§ 2º Caso, mesmo após o atingimento da meta estabelecida no inciso VIII do caput, a taxa média anual de ocupação dos leitos hospitalares públicos seja superior a 90% (noventa por cento), os gestores do SUS velarão para que haja um incremento de, ao menos, 10% (dez por cento) do número de leitos disponíveis na base territorial de sua competência até o final do ano seguinte.

§ 3º Os gestores federais, estaduais e municipais do SUS, bem como os chefes do Poder Executivo do respectivo ente federado, que não cumprirem o disposto neste artigo praticarão, para todos os efeitos, a conduta descrita no art. 11 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.” (NR)

CAPÍTULO V

Da Requisição Emergencial de Leitos Hospitalares

Art. 13. Os arts. 15 e 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar acrescidos, respectivamente, dos seguintes incisos XXII e XX:

“Art. 15.

XXII – requisitar leitos hospitalares, além de quaisquer outros itens e insumos das unidades de saúde de natureza privada, assegurada indenização ulterior ao proprietário, se houver dano” (NR)

“Art. 16.

XX – manter sistemas de informações centralizados e unificados, que integrem os dados sobre as quantidades e disponibilidades de leitos hospitalares, por cada tipo, em todas as unidades de saúde existentes no território nacional, de natureza pública e privada.” (NR).

CAPÍTULO VI

Da Autorização Provisória para o Exercício da Medicina

Art. 14. O art. 2º da Lei nº 13.959, de 18 de dezembro de 2019, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 8º e 9º:

“Art. 2º.....

§ 8º Caso o prazo previsto no § 4º não seja cumprido, médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras de ensino superior poderão receber autorização provisória para o exercício da medicina, na área de Atenção Básica em Saúde, em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde, enquanto não for aplicado novo exame.

§ 9º Médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior poderão receber autorização provisória para o exercício da medicina no Brasil, mesmo sem aprovação prévia no Revalida, no interesse da Administração, em situações de emergência de saúde pública, devidamente decretada pelo Poder Público, na forma do regulamento.” (NR).

CAPÍTULO VII

Do Fortalecimento do Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Art. 15. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) terá por finalidade proporcionar recursos destinados ao enfrentamento de situações emergenciais ou de calamidade em saúde pública, devidamente decretadas pelo Poder Executivo, para além das finalidades já estabelecidas por legislação específica.

Art. 16. Além de outras fontes, constitucional ou legalmente previstas, constituirão recursos do FNS:

I – os recursos provenientes da captação imediata de 20% (vinte por cento) do patrimônio líquido de todos os Fundos Públicos existentes no país, excluídos aqueles que já versem sobre saúde, segurança, assistência e previdência públicas;

II – as dotações consignadas pelo Tesouro de forma emergencial;

III – as doações, as contribuições em dinheiro, os valores, os bens móveis e imóveis que venham a ser recebidos de organismos e entidades nacionais, internacionais ou estrangeiras, bem como de pessoas físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras;

IV – os recursos provenientes de convênios, contratos ou acordos firmados com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras;

V – outros recursos que lhe forem destinados.

Art. 17. Sem prejuízo das demais prioridades legalmente previstas, os recursos do FNS serão aplicados visando atender também aos seguintes objetivos principais:

I – fortalecer a organização e a infraestrutura do SUS e dos demais níveis de resposta ao enfrentamento de emergência de saúde pública;

II – possibilitar a aquisição de insumos hospitalares, a aquisição de equipamentos de proteção individual, o treinamento e a capacitação de agentes de saúde;

III – permitir a compra de medicamentos e/ou testes para detecção de doenças ou vírus;

IV – ampliar o número de leitos;

V – prestar apoio financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios na implementação de medidas de assistência à saúde;

VI – garantir o abastecimento e logística para medicamentos, testes e outros insumos no combate à situação emergencial de saúde;

VII – promover outras medidas públicas de assistência à saúde e que visem o enfrentamento à situação emergencial de saúde;

VIII – incentivar a pesquisa científica na área de saúde pública; e

IX – incentivar o desenvolvimento e a produção de materiais e equipamentos.

Art. 18. Os arts. 15, 16, 17, 18 e 20 da Lei nº 13.756, de 12 de dezembro de 2018, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 15.
II –
h) 58% (cinquenta e oito por cento) para o pagamento de prêmios e o recolhimento do imposto de renda incidente sobre a premiação; e
i) 2% (dois por cento) para o Fundo Nacional de Saúde (FNS).
.....” (NR)

“Art. 16.
II –
i) 41,79% (quarenta e um inteiros e setenta e nove centésimos por cento) para o pagamento de prêmios e o recolhimento do imposto de renda incidente sobre a premiação; e
j) 2% (dois por cento) para o Fundo Nacional de Saúde (FNS).
.....” (NR)

“Art. 17.
II –
b) 0,75% (setenta e cinco centésimos por cento) para o FNS;
.....
k) 48% (quarenta e oito por cento) para o pagamento de prêmios e o recolhimento do imposto de renda incidente sobre a premiação.
.....” (NR)

“Art. 18.
II –
i) 53% (cinquenta e três por cento) para o pagamento de prêmios e o recolhimento do imposto de renda incidente sobre a premiação; e
j) 2% (dois por cento) para o Fundo Nacional de Saúde (FNS).
.....” (NR)

“Art. 20.
VII – 63% (sessenta e três por cento) para o pagamento de prêmios e o recolhimento do imposto de renda incidente sobre a premiação; e
VIII – 2% (dois por cento) para o Fundo Nacional de Saúde (FNS).
.....” (NR)

Art. 19. Os contribuintes poderão efetuar doações ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), devidamente comprovadas, sendo essas integralmente deduzidas do imposto de renda, obedecidos os seguintes limites:

I – 1% (um por cento) do imposto sobre a renda devido apurado pelas pessoas jurídicas tributadas com base no lucro real; e

II – 6% (seis por cento) do imposto sobre a renda apurado pelas pessoas físicas na Declaração de Ajuste Anual.

Art. 20. O art. 12 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IX:

“Art. 12.
VII – até o exercício de 2019, ano-calendário de 2018, a contribuição patronal paga à Previdência Social pelo empregador doméstico incidente sobre o valor da remuneração do empregado;
VIII – doações e patrocínios diretamente efetuados por pessoas físicas no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – PRONON e do

Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – PRONAS/PCD, previamente aprovados pelo Ministério da Saúde; e

IX – as contribuições feitas ao Fundo Nacional de Saúde (FNS).

.....” (NR)

Art. 21. O art. 34 da Lei nº 8.981, de 20 de janeiro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 34. Para efeito de pagamento, a pessoa jurídica poderá deduzir, do imposto apurado no mês, o imposto de renda pago ou retido na fonte sobre as receitas que integraram a base de cálculo correspondente (arts. 28 ou 29), bem como os incentivos de dedução do imposto, relativos ao Programa de Alimentação do Trabalhador, Vale-Transporte, Doações aos Fundos da Criança e do Adolescente, Nacional de Saúde (FNS), Atividades Culturais ou Artísticas e Atividade Audiovisual, observados os limites e prazos previstos na legislação vigente.....” (NR)

CAPÍTULO VIII

Do Incentivo à Produção de Materiais e Equipamentos

Art. 22. Ato do Poder Executivo disponibilizará linha de crédito para empresas instaladas em território nacional, específica para a fabricação dos seguintes produtos:

I – equipamentos de proteção individual de uso na área de saúde, tais como luva látex, luva nitrílica, avental impermeável, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica, protetor facial;

II – ventilador pulmonar mecânico e circuitos;

III – camas hospitalares;

IV – monitores multiparâmetro; e

V – produtos médicos e hospitalares referenciados pelo Poder Executivo, na forma do regulamento.

Art. 23. A linha de crédito prevista no art. 22 deverá dispor sobre:

I – condições diferenciadas de financiamento, com juros fixos limitados a 80% da taxa SELIC;

II – o prazo de carência, não inferior a 12 (doze) meses;

III – o prazo de amortização, não inferior a 60 (sessenta) meses; e

IV – o percentual da remuneração das instituições financeiras, limitado a 0,5% do total financiado.

CAPÍTULO IX

Disposições Finais

Art. 24. O Poder Executivo, com vistas ao cumprimento do disposto no art. 5º, II, art. 12 e art. 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estimará o montante da renúncia fiscal decorrente do disposto nesta Lei e o incluirá no demonstrativo a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição, que acompanhará o projeto de lei orçamentária, cuja apresentação se dará após decorridos sessenta dias da publicação desta Lei.

Art. 25. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A atual pandemia provocada pelo novo coronavírus colocou em xeque os sistemas de saúde de todos os países do mundo. Os mais organizados e estruturados estão conseguindo suportar melhor o desafio de enfrentar a covid-19, com menor sofrimento da população. Já os países com sistemas

de saúde incipientes, mal-estruturados ou precariamente articulados estão padecendo de maneira desesperadora.

Faz-se necessário, portanto, que o Brasil fortaleça ainda mais seu sistema público de saúde, a fim de enfrentar não apenas a atual emergência sanitária, mas também outros desafios que certamente nos serão impostos no futuro. Em síntese, o presente projeto busca deixar um grande legado para o nosso Sistema Único de Saúde (SUS), na tentativa de torná-lo ainda mais forte, sólido e plenamente operante, para que consigamos dar efetividade maior ao direito fundamental à saúde de todos.

A Constituição Federal de 1988 atribuiu à saúde verdadeiro status de direito fundamental (art. 6º), de natureza pública e subjetiva, assegurando-o à generalidade das pessoas. Corroborando essa ideia, a Carta Federal conferiu relevância pública às ações e serviços de saúde (art. 197) e terminou por impor ao Poder Público a efetivação desse direito. Nesse contexto, o art. 196 da Carta Republicana dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Essas normas, devido à sua envergadura constitucional, não se resumem a enunciar disposições de caráter programático. Trata-se, a toda evidência, de consagração de direito fundamental de caráter indisponível, corolário do direito à vida, sendo dever indeclinável do Estado, inclusive do Distrito Federal, o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem o pleno acesso da população em geral a esse direito.

Sabe-se que o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o

transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, bem como de todos os estrangeiros que estejam no território nacional, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e à promoção da saúde.

Três princípios basilares orientam o funcionamento do SUS: (i) universalização, na medida em que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; (ii) equidade, na medida em que se busca promover maior igualdade, material e formal, entre os diferentes beneficiários e usuários do serviço; e (iii) integralidade, na medida em que se consideram as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

Não há dúvidas, portanto, de que o SUS cumpre uma função social muito nobre e importante. Também é inegável que consegue atender uma enorme quantidade de pessoas. Contudo, isso nem sempre ocorre do modo como, enquanto cidadãos e usuários, esperamos ou até mesmo temos por direito fundamental. Há sérias e sistêmicas disfunções no Sistema, normalmente relacionadas à falta de incentivos financeiros, à falta de recursos para dar conta de toda a demanda e à gestão deficiente (algumas vezes, de modo criminoso, infelizmente).

E justamente nesses momentos de grave crise sanitária é que aparecem as disfunções mais graves do sistema: falta de médicos, leitos, equipamentos, estruturas e afins. No cotidiano, já estamos quase acostumados, infelizmente, a ouvir reclamações sobre o SUS na imprensa. Mas

não podemos nos curvar à realidade nesse ponto. O legislador ordinário deve, sim, buscar a efetividade da norma constitucional, por mais programática que seja. Loucura seria não tentar mudar a realidade.

Desse modo, não há dúvida de que as diversas esferas do Poder Público já não podem deixar de efetivar tais direitos fundamentais sob a singela alegação de que eles estão consagrados em meras normas de caráter programático. Invocam-se aqui as lições de Paulo Bonavides, para ressaltar que “esta é a regra que já não poderá ser descumprida ou ter sua eficácia recusada com aquela facilidade de argumentação arrimada no caráter programático da norma” (In *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros Editores, 2014, p. 579).

Então, partindo desse quadro da realidade, buscamos, com este projeto de lei, aproximar o SUS daquilo que o constituinte esperava quando o arquitetou. Buscamos métodos e melhorias pontuais, mas ao mesmo tempo estruturais, que ajudarão a dar o suporte para a mudança, com a construção de um profícuo legado para o futuro. De igual modo, entendemos que, para fortalecer o Sistema, devemos também prover garantias e benefícios aos profissionais de saúde no exercício de suas atividades, além de tornar os cargos públicos da área de saúde mais atrativos para esses profissionais.

Com isso, propomos mecanismos de:

1) Criação da Política Nacional de Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (Forsus), com o envolvimento das três esferas de governo e com tem três eixos principais: a) ampliação e qualificação da atenção primária; b) reorganização da assistência hospitalar; e c) racionalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde.

2) Ampliar benefícios aos profissionais da saúde, tanto em situações ordinárias quanto – e ainda mais – em situações de calamidades ou emergências públicas na área de saúde;

3) Garantir que os profissionais da saúde tenham assistência psicológica, sobretudo em situações de submissão a grave estresse emocional durante as atividades laborais;

4) Garantir que, em situações de emergência ou calamidade, os profissionais da saúde recebam auxílio para não precisarem ir até suas respectivas casas, colocando em risco a saúde de seus familiares;

5) Isenção de tarifas de transporte público para os profissionais de saúde vinculados ao SUS (servidores do Sistema);

6) Fortalecimento do Fundo Nacional de Saúde (FNS), justamente para a adequada gestão de situações de emergência ou calamidade declaradas;

7) Incentivar doações, por pessoas físicas ou jurídicas, ao SUS;

8) Estabelecer critérios para número mínimo de leitos e profissionais de saúde por habitante em cada ente federado, com aumento gradual anual. Assim, poderemos atender às regulamentações da Organização Mundial de Saúde;

9) Reajuste anual da tabela de indenizações do SUS;

10) Facilitação do procedimento de revalidação do diploma de médicos formados no exterior em casos de emergência ou calamidade pública na área de saúde; e

11) Estabelecimento de incentivos à produção de materiais e equipamentos médicos usados na contenção de emergências ou calamidades, como leitos, respiradores e congêneres.

É claro que, com esse novo marco legal para o SUS, não se pretende esgotar todas as melhorias certamente necessárias para que o Sistema funcione efetivamente a plenos pulmões. Mas já se pensa que, com isso, podemos dar um enorme passo para alcançar nossa finalidade maior: garantir e manter a saúde de toda a população brasileira.

Com a efetiva implantação das políticas aqui propostas, será possível ampliar e otimizar os recursos materiais e humanos já disponíveis ao SUS, de modo a oferecer um serviço de melhor qualidade a um maior número de usuários.

Com essa finalidade, conto com o apoio e as contribuições de todos os Nobres Pares.

*Sala das Sessões,
Senador RANDOLFE RODRIGUES
(REDE/AP)*



Carlos Lula

Pres. do Conass



Mediador

Randolfe Rodrigues

Senador

Encontre este livro gratuitamente em formato digital acessando: livraria.senado.leg.br



Baixe gratuitamente este livro em seu celular

SENADO FEDERAL

