

CADERNOS DA EJEF

Curso Jurídico de Direito à Saúde

Realização



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEJF

Rua Guajajaras, 40, 22º andar, Centro, Belo Horizonte/MG

CEP 30180-100

Endereço eletrônico: www.ejef.tjmg.jus.br

E-mail: gejur@tjmg.jus.br

Salvo correções linguísticas, as palestras que compõem esta obra não foram reescritas. Elas conservam seu caráter oral. Ressalvamos eventual equívoco de degravação.

Os conceitos e afirmações emitidos nesta obra são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

A57c

Andrade, Vanessa Verdolim Hudson.

Curso jurídico de direito à saúde / Vanessa Verdolim Hudson Andrade.

Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2015.

419 p.

ISBN: 978-85-98923-15-4

1. Direito à saúde – Coletânea. 2. Assistência médica. 3. Seguro-saúde.
4. Plano de saúde – Aspectos jurídicos. 3. I. Título.

CDU: 341.64

Ficha catalográfica elaborada pela
COBIB - Coordenação de Documentação e Biblioteca do TJMG

Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade
Coordenadora

CADERNOS DA EJEF

Curso Jurídico de Direito à Saúde

Belo Horizonte
Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
2015

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Presidente

Desembargador Pedro Carlos Bitencourt Marcondes

1º Vice-Presidente

Desembargador Fernando Caldeira Brant

2º Vice-Presidente e Superintendente da EJEF

Desembargador Kildare Gonçalves Carvalho

3º Vice-Presidente

Desembargador Wander Paulo Marotta Moreira

Corregedor-Geral

Desembargador Antônio Sérvulo dos Santos

Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEF

Juiz Auxiliar da 2ª Vice-Presidência

Juiz de Direito Luiz Carlos Rezende e Santos

Coordenador Pedagógico da EJEF

Desembargador aposentado José Fernandes Filho

Comitê técnico

Desembargador Kildare Gonçalves Carvalho

Desembargador José Geraldo Saldanha da Fonseca

Desembargadora Heloísa Helena de Ruiz Combat

Desembargadora Maria Beatriz Madureira Pinheiro Costa Caires

Juiz de Direito Genil Anacleto Rodrigues Filho

Diretor Executivo de Desenvolvimento de Pessoas: André Borges Ribeiro

Diretora Executiva de Gestão da Informação Documental: Lúcia Maria de Oliveira Mudrik
(em exercício)

Coordenação

Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade

Produção editorial

Gerência de Jurisprudência e Publicações Técnicas - GEJUR/DIRGED

Thiago Israel Simões Doro Pereira (em exercício)

Coordenação de Publicação e Divulgação da Informação Técnica - CODIT

Luciana Lobato Barros

Centro de Publicidade e Comunicação Visual - CECOV/ASCOM

Solange Siqueira de Magalhães

Coordenação de Mídia Impressa e Eletrônica - COMID

Sílvia Monteiro de Castro Lara Dias

Projeto gráfico, capa e diagramação

Cristina Baía Marinho

Sumário

APRESENTAÇÃO - <i>Desembargador Kildare Gonçalves Carvalho</i>	7
PREFÁCIO - <i>Desembargador José Fernandes Filho</i>	9
NOTA DA COORDENADORA - <i>Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade</i>	11
PARTE I - EVENTO REALIZADO EM BELO HORIZONTE / MG - Dias 06, 20 e 27 de março, 10, 17 e 24 de abril e 08 de maio de 2015	
O direito à saúde na perspectiva do Código de Defesa do Consumidor. Problemas operacionais e éticos - <i>Des. Renato Luís Dresch</i>	17
Saúde pública e suplementar. Medicamentos e produtos. Notas técnicas do NATS. Aspectos relevantes - <i>Dr.ª Silvana Márcia Bruschi Kelles</i>	49
A prestação de serviços e produtos na saúde suplementar. Papel da ANS. Implicações. Normatização. Lei nº 9.656/98. Planos novos e planos antigos - <i>Dr.ª Martha Regina de Oliveira</i>	73
A judicialização da saúde suplementar. Conflito de valores. Sobrevivência dos planos de saúde e o direito do cidadão - <i>Des.ª Evangelina Castilho Duarte</i>	95
A saúde pública em face da União, dos Estados e dos Municípios. Dos princípios inerentes ao SUS. Saúde pública e suplementar. Responsabilidades. Contextualização - <i>Dr. Gilmar de Assis</i>	117
Medicina baseada em evidência. Bioética e justiça. Equilíbrio entre o conhecimento técnico e as evidências científicas. Fontes da Medicina Baseada em Evidências - MBE. Papel da Anvisa. Preponderância da MBE. Consequências. Soluções - <i>Dr. Fernando Herz Wolff</i>	137
Judicialização da saúde suplementar. Principais problemas da judicialização em face dos planos de saúde. Súmulas e enunciados do STF e do CNJ - <i>Dr. José Luiz Toro da Silva</i>	157
Conflitos de princípios e valores na saúde suplementar - <i>Des. Antônio Cesar Siqueira</i>	191
Desafios e complexidades na atenção à saúde. Responsabilidade civil na saúde pública e suplementar. Gestão de serviços públicos de saúde e as políticas públicas - <i>Dr. Gonzalo Ventino Neto</i>	213
Gestão e políticas de saúde. Regulação pública da saúde no Brasil. Intervenção nos processos de prestação de serviços. Estratégias de regulamentação e seus objetivos. Os instrumentos criados pelo governo - <i>Dr. Fausto Pereira dos Santos</i>	237

A judicialização da saúde perante os municípios. A saúde pública perante a União, Estados e Municípios. Questões orçamentárias. Responsabilidade fiscal. A saúde como direito fundamental - *Dr. Sebastião Helvécio Ramos de Castro* 259

PARTE II - EVENTO REALIZADO EM ALFENAS / MG - Dias 21 e 22 de maio de 2015

Gestão da assistência em oncologia: judicialização - *Dr. Roberto Porto Fonseca*..... 291

Abordagem ética sobre o conflito entre o Direito à Saúde e o caráter contratual dos planos de saúde. Principais problemas enfrentados pelas prestadoras dos planos de saúde. A dignidade humana como principal meta - *Dr. Helton Freitas* 309

Câmaras Técnicas do TJMG e Juízes com apoio técnico - O NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde) do HC/UFMG - *Dr.ª Silvana Márcia Bruschi Kelles*..... 325

A judicialização da saúde. Os planos de saúde privados e o papel do Estado. Reflexões sobre as decisões judiciais e suas consequências - *Ministro João Otávio de Noronha*..... 341

Judicialização da Saúde em face do Estado - *Dr.ª Grazielle Dias da Silva* 349

A saúde suplementar e a jurisprudência do TJMG - *Des. Wagner Wilson Ferreira*..365

A saúde pública e suplementar e a Defensoria Pública. NATS e suas Notas Técnicas - NTs como instrumento - *Dr. Rodrigo Audebert Andrade Delage* 369

A saúde suplementar e a jurisprudência. Impactos decorrentes de decisões sobre produtos que são excluídos dos contratos e planos- *Dr. Paulo Pimenta de Figueiredo Filho* 373

O Ministério Público e a saúde pública e suplementar - *Dr. Fernando Ribeiro Magalhães Cruz*..... 377

A judicialização e o CNJ - *Des. Renato Luís Dresch* 383

O Município e as políticas públicas perante a judicialização da saúde - *Dr. Maurício Durval de Sá*..... 391

A saúde pública, os entes públicos e obrigações: o NATS como instrumento do julgador - *Des.ª Ângela de Lourdes Rodrigues* 395

A saúde pública e os Municípios - As obrigações dos Municípios na assistência à saúde são ilimitadas? - *Dr. Tadahiro Tsubouchi*..... 403

A judicialização da saúde nos Juizados Especiais - Dificuldades - Instrumentos - O NATS nos Juizados - *Dr.ª Cláudia Helena Batista* 409

SOBRE OS PALESTRANTES..... 413

APRESENTAÇÃO

Com a presente edição, o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, por meio da Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes, oportunamente, retoma a publicação dos *Cadernos da EJEF*, cujo primeiro volume, lançado no ano de 2004, reuniu importante coletânea jurisprudencial dos Juizados Especiais.

No mesmo ano, foi publicado o 2º volume da *Série Juizados Especiais* e o Caderno nº 1 da *Série Estudos Jurídicos: Direito Ambiental*.

Já em 2005, editou-se o 3º volume da *Série Juizados Especiais*, bem como o Caderno nº 1 da *Série Administração Judiciária* e o Caderno nº 1 da *Série Temática (IV Concurso de Monografias do TJMG)*.

Dando continuidade à bem-sucedida iniciativa, no ano de 2006, foram publicados quatro cadernos: o nº 1 da *Série Produção Acadêmica: Direito Público*; o nº 2 da *Série Estudos Jurídicos: Direito Ambiental II*; o nº 3 da *Série Estudos Jurídicos: Direito Processual*, e o nº 4 da *Série Juizados Especiais*.

O Direito é dinâmico e pressupõe um constante debate sobre os mais variados temas, sobretudo os que se mostram mais atuais e relevantes para a sociedade. E a Escola Judicial, por desempenhar fundamental e atuante papel no mundo jurídico, tem por dever fomentar e promover debates dessa natureza, bem como divulgá-los devidamente, de modo a contribuir para o aprimoramento do pensamento jurídico e para a realização da Justiça. Daí a importância de se retomar a publicação.

O presente volume dos *Cadernos da EJEF* aborda o complexo tema da judicialização da saúde e contém a transcrição de palestras proferidas no Curso Jurídico de Direito à Saúde, ocorrido em Belo Horizonte e em Alfenas, no 1º semestre de 2015. Por isso, os textos se caracterizam, predominantemente, pela linguagem oral.

Realizado pela EJEF, o curso em questão contou com sóbria e perspicaz coordenação da eminente e estimada *Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade*, cujo profundo conhecimento sobre o assunto, além de seu compromisso, seriedade e verdadeiro brilhantismo, refletiu diretamente na alta qualidade dos debates.

Além do devido agradecimento, fica registrada aqui merecida e justíssima homenagem à Desembargadora Vanessa, pelo excelente trabalho desenvolvido no referido curso e pela sua dinâmica e valiosa atuação para um diálogo profundo sobre o tema do Direito à Saúde em um âmbito mais amplo, inclusive na qualidade de presidente do Fórum Permanente de Direito à Saúde da EJEF, instituído pela Portaria nº 090/2VP/2015.

Esta edição, assim como os Cadernos da EJEF anteriores, encontra-se também disponível na Biblioteca Digital do TJMG, no seguinte endereço eletrônico: <http://www.tjmg.jus.br/portal/biblioteca/biblioteca-digital>.

Esperamos que o conteúdo deste caderno seja de grande utilidade para os operadores do Direito, contribuindo para o aprofundamento dos debates sobre o tema e para o aprimoramento da prestação jurisdicional.

Belo Horizonte, setembro de 2015.

Desembargador Kildare Gonçalves Carvalho
2º Vice-Presidente do TJMG e Superintendente da
Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEF

PREFÁCIO

Da inutilidade do prefácio muitos já cuidaram. Alguns o acusam de revelar o autor, tarefa indelegável do leitor, a descobri-lo nas entrelinhas. Outros o dizem desnecessário, à visibilidade notória de quem escreve, coordena ou dirige a publicação.

Aplicável, aqui, a segunda hipótese, que enfrento, à singularidade da prefaciada.

Magistrado algum, na longa caminhada do Tribunal, dedicou-se tanto ao Direito à saúde conforme a Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade. Dela se pode afirmar, sem risco de excesso, que **viveu** o tema até a medula. **Mais:** o que entre nós se construiu, até agora, é obra da determinação pessoal de quem, convocada pela sua luz interior, oferece contributo equilibrado àqueles que buscam proteção judicial para a saúde. Testemunho, assim, digno de registro e louvação, porque orientador do Juiz e jurisdicionado, este perdido e perplexo no redemoinho do exercício da jurisdição, necessariamente singular e diferenciado.

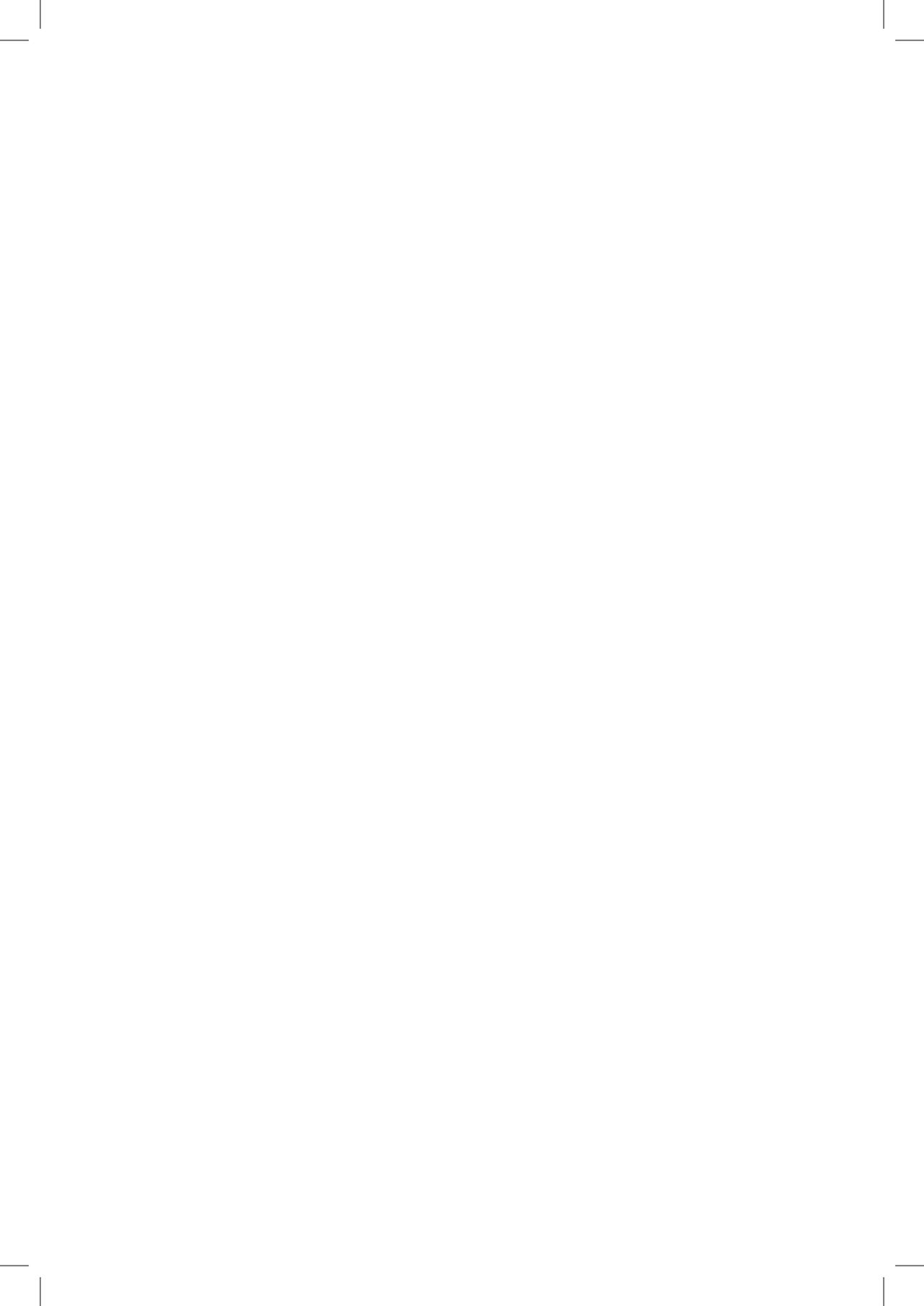
Não é por acaso, senão por dever de justiça, que a Escola Judicial Edésio Fernandes resgata, com esta publicação, seu ínsito compromisso de universalizar o acesso a seus cursos – de interesse de todos, e não apenas daqueles que os frequentam.

O signatário deste texto aceitou o convite, à honra, densa e inquiridora, de dar testemunho da seriedade e amorosidade da Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade, exemplo que cobra e acicata consciências.

Mantê-la, sempre, na Coordenação dos Cursos relativos à saúde, será prova de lucidez. Única, singular, infungível, ela formará alguém para a grave missão de um dia ocupar-lhe o lugar. Até lá, iluminará o palco com sua simpatia, modéstia e autoridade.

Belo Horizonte, setembro de 2015.

José Fernandes Filho
Desembargador e Coordenador Pedagógico da
Escola Judicial Desembargador Edésio Fernandes - EJEJF



NOTA DA COORDENADORA

Recebi do Desembargador Kildare Gonçalves Carvalho a incumbência de coordenar o Curso Jurídico de Direito à Saúde para Magistrados, na EJEJ, com a sua finalização em um seminário com o mesmo tema em Alfenas, importante Comarca do Sul de Minas. Honrada e comprometida com a missão, procurei dar-lhe a importância que hoje o tema reclama, convidando os nomes mais relevantes na área médica e jurídica para proferir as aulas e palestras, de modo a trazer as recentes e atualizadas informações aos mais de mil Magistrados inscritos, que se mostraram por demais interessados em tomar ciência de conhecimentos técnicos e fatos que podem influir no aperfeiçoamento de seus julgamentos, já que sabemos que o Juiz moderno está em contínuo estudo, cultivando uma cultura técnica que extrapola o simples conhecimento. Na definição clássica que herdamos de Platão, o conhecimento consiste em uma crença verdadeira e justificada. Para se chegar à verdade e, por meio dela, ao que é justo, devemos afastar as crenças falsas e procurar as crenças verdadeiras e as verdades para nós ainda desconhecidas.

Nada mais difícil ao Juiz que julgar na área da saúde, pois, na maioria das vezes, estamos decidindo sobre o destino das pessoas, seu bem-viver ou bem-morrer, que seja. Nem por isso, por estarmos decidindo sobre a vida e a saúde das pessoas, estamos dispensados de aplicar conhecimentos técnicos e princípios de direito, como a lógica e a razoabilidade. Apenas os conhecimentos técnicos sobre a saúde, medicamentos e procedimentos podem nos propiciar a certeza, a convicção de uma decisão acertada, sob pena de estarmos substituindo o administrador sem a legitimidade constitucional para essa substituição e sem o controle do orçamento que estaremos a administrar.

Para ampliar essa discussão, realizamos o Curso sobre Direito à Saúde, que teve como encerramento o Seminário ocorrido em Alfenas. Traçamos, neste Caderno, uma compilação dos textos resultantes das aulas ministradas no Curso e das palestras proferidas em Alfenas, pela sua impor-

tância em razão dos temas tratados e dos nomes reunidos nos eventos, que retratam as mais respeitáveis opiniões que hoje se destacam em nosso país na área médica e jurídica sobre o tema da Saúde como direito fundamental. Enfatizamos que, entre os diversos textos, encontram-se reunidas, em um só, a aula ministrada pelo Dr. Roberto Porto Fonseca no Curso na EJEJ e a palestra de abertura que proferiu em Alfenas.

Os dois eventos consideraram que, na área da saúde pública, devemos ampliar a discussão, entre outras, sobre a expressão constitucional contida no art. 196, que submete o direito à saúde às políticas públicas. A solidariedade federativa, constitucionalmente prevista, de todos os entes, nas responsabilidades pelo atendimento nessa área, transmite, em tese, a todos os municípios, de qualquer porte, mínimo que seja seu orçamento, a mesma responsabilidade imposta à União ou ao Estado. Os abusos nos pedidos, como aqueles que visam “furar” filas, e os abusos nas recusas pelos prestadores de serviços de saúde, pública ou suplementar. O uso indevido do Judiciário para colocar medicamentos de altíssimo custo no mercado. A omissão nas políticas públicas e nos atendimentos em geral. Esses e outros problemas serão mais bem decididos se tivermos disponíveis instrumentos de informação e a possibilidade de diálogo com todos os envolvidos, conforme recomendam o CNJ e a CGJ.

Como diz Stephen Kanitz, conhecido palestrante, em seu site, “Informação é tudo aquilo que muda o meu comportamento futuro”. John Lock disse que “Ler fornece ao espírito materiais para o conhecimento, mas só o pensar faz nosso o que lemos”.

Por isso é importante aprimorar os conhecimentos para que possamos cada vez melhor decidir. Mas o conhecimento, que vem da informação e dos estudos, não pode se confundir com a sabedoria, nem a ela se sobrepor, pois apenas um Juiz sábio decide com justiça, ao passo que decidir apenas com conhecimento, às vezes, não leva à melhor decisão. O sábio alia o conhecimento a uma depuração moral. E tanto assim é que o conhecimento está sempre em mutação e aperfeiçoamento, dependendo de influências externas, enquanto a sabedoria é mais cognitiva, como processo mental de

percepção, sendo até intuitiva, o que legitima a definição dada pelo poeta grego Píndaro: “A sabedoria é o conhecimento temperado pela ética”.

Conhecer para refletir é o que nos dispomos a propiciar aos Magistrados na sofrida área da saúde, quando ouvimos as operadoras de planos de saúde reclamar que as liminares estão levando alguns planos a encerrar as suas atividades por causa de graves problemas econômico-financeiros e administrativos e alguns municípios a alegarem que, em virtude de liminares, estão com todo o seu orçamento comprometido, prestes a “fechar as portas”. Isso não existe na realidade, não se pode imputar ao Judiciário as mazelas da má prestação nessa área. Nenhum número estatístico leva a essa conclusão. Nem por isso devemos deixar de escutar os gestores, de adquirir conhecimentos técnicos para que possamos analisar com mais qualidade as provas técnicas que nos podem ser trazidas aos autos, por exemplo, as Notas Técnicas do NATS, elaboradas dentro da MBE - Medicina Baseada em Evidência.

Mas deixemos para ouvir os nossos ilustres convidados, escolhidos criteriosamente dentre aqueles que detêm o maior conhecimento científico sobre o assunto, aliado à necessária sabedoria adquirida na convivência de anos com o assunto, pessoas que nos podem fornecer elementos de convicção suficientes para uma abordagem ética e humana sobre o tema para aplicação em cada processo, ao lado dos conhecimentos específicos que cada um requer. O discernimento é nosso, dentro de nossa livre convicção, dentro do princípio do livre convencimento ou princípio da persuasão racional.

Agradeço mais uma vez ao Desembargador Kildare Gonçalves Carvalho pela confiança em mim depositada, bem como ao Juiz Auxiliar da 2ª Vice-Presidência, Dr. Luiz Carlos Rezende e Santos, pelo apoio que nos deu, e a toda a equipe da EJEF, sem a qual nada disso teria sido realizado.

Belo Horizonte, setembro de 2015.

Vanessa Verdolim Hudson Andrade
Desembargadora do TJMG





PARTE I

Evento realizado em Belo Horizonte/MG

Dias 06, 20 e 27 de março, 10, 17 e 24 de abril e 08 de maio de 2015





O direito à saúde na perspectiva do Código de Defesa do Consumidor. Problemas operacionais e éticos

Des. Renato Luís Dresch

Bom dia a todos. Dra. Vanessa, mais uma vez estamos aqui tratando do tema saúde. Dra. Silvana, a quem nós conhecemos há bastante tempo e com quem temos discutido a questão de notas técnicas sobre saúde. Dr. Luís Carlos, que está prestando relevante serviço à Escola Judicial.

É um prazer estar aqui mais uma vez, participando de uma aula que trata do direito à saúde, tema de estudos nos quais recentemente acabei de ingressar. A vanguardista nesse estudo da saúde é a Dra. Vanessa, que desde 2006 já fazia cursos sobre saúde. Acabei me envolvendo na temática em razão das dificuldades encontradas. Ao entender a importância da discussão, percebi as dificuldades de encontrar informações sobre o tema. Quando buscava subsídios, não achava, e até hoje não acho. Estou há sete anos praticamente lidando com a questão da saúde e ainda tenho muita dificuldade, mas, de qualquer modo, estou aprendendo e repetindo a discussão da matéria.

O que existe atualmente é, na verdade, uma interação maior do direito com a medicina. Estamos atualmente entre oito magistrados, juízes e desembargadores, fazendo um curso de direito sanitário na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Nós do curso, assim como alguns outros colegas, também fizemos o curso sobre o direito da medicina baseada em evidência do Centro Cochrane do Hospital Sírio Libanês. Estamos percebendo a dificuldade do tema.

Considerações gerais

Quando nos inteiramos, quando chegamos próximo da área técnica, percebemos quantas vezes falhamos. Às vezes, brinco que, dentro dessa questão de saúde, o bobo da corte acaba sendo o julgador. De um lado, a pessoa tem um sonho de viver eternamente; de outro lado, tem o



laboratório prometendo vida eterna, e o magistrado com a caneta acaba acreditando que isso é uma verdade.

O SUS tem falhas. Percebo cada vez mais que a saúde pública não está bem, mas o sistema é bom e tem que ser melhorado e deve ser defendido, porque temos coisas muito boas. Sistema igual ao do Brasil nós não encontramos no mundo. Nenhum país com mais de 80 milhões de habitantes tem um sistema de saúde igual ao do Brasil. Só para dar um exemplo, na Inglaterra, o gasto com saúde é de 20 mil libras esterlinas por pessoa para cada ano de sobrevivência. Num caso excepcional, até 30 mil libras esterlinas. Quando a despesa para cada ano de sobrevivência passa do custo de 30 mil libras esterlinas, não tem saúde pública. Vejam que, no Brasil, nós podemos buscar o Poder Judiciário e fazer com que tenhamos o acesso à saúde. Mas aí há um problema sério: a falta de qualificação técnica dos magistrados para entender o que efetivamente está acontecendo. Muitas vezes nós não sabemos o custo daquilo que autorizamos. Qual a consequência daquilo, qual o consequentialismo da minha decisão, que muitas vezes transcende a decisão judicial, não ficando limitada apenas ao processo?

Conceito de saúde

Precisamos atentar: a Organização Mundial da Saúde define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e que não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidades”. Esse é o conceito da Organização Mundial da Saúde. Então vejam que a saúde transcende o básico, não é apenas a pessoa doente que tem acesso à saúde, mas isso não significa dizer que a pessoa possa tentar buscar a vida eterna, sobretudo com o gasto de dinheiro público. Também não significa dizer que não devemos gastar com saúde. Eu estava participando de uma aula em São Paulo e havia profissionais médicos indagando se a saúde não tem limite. Falei que não tem limite - deve ser tudo para todos. Sim, é tudo para todos. Eles arregalaram os olhos e falaram: “Puxa, então quebrou o sistema!”. Eu falei “que tudo para todos” deve ocorrer dentro da medicina baseada em evidência. Esse será o limite que precisamos buscar.



Nós, magistrados, buscamos realmente a nossa qualificação para que possamos decidir com qualidade técnica. Isso nos falta. O magistrado não tem deficiência na área jurídica? Não! A deficiência dele é realmente compreender a vida, compreender a doença e compreender a morte. Eu próprio, para ter um pouco de compreensão de saúde e vida, fui ler alguns livros sobre a morte. Há dois livros da Elisabeth Kubler-Ross denominados *Sobre a morte e o morrer* e *Roda da vida*, obras interessantes que mostram um pouco como as pessoas podem chegar ao final da vida. Um dado interessante do Brasil: o Brasil é um dos países que menos gastam morfina. Quem já usou morfina sabe que é coisa boa. Eu nunca usei outra droga, mas morfina já, e é bom, lógico, em hospital. A Europa e a Ásia usam muito mais morfina. Por que eles gastam mais morfina do que nós? Porque eles aceitam a morte.

A pessoa, às vezes, está desenganada. Daí o que fazer? Esses dias eu também estava escutando o significado “do que é *desengano*”. Ocorre que nós vivemos enganados a vida inteira. Quando descobrimos que vamos morrer, que estamos desenganados, não estamos mais vivendo enganados. A pessoa, às vezes, está desenganada, mas o laboratório vem com promessas de cura. O médico, às vezes, também acredita. Ele se apaixona pelo paciente e vai lutando pela vida dele, querendo resgatar a vida. Vai receitando medicamentos que sabe que não darão solução, mas é um alento para família dizer: “O médico fez tudo que podia fazer”. Muitas vezes o médico, naquele momento, sabe que aquela prescrição não vai resolver o problema do paciente. Aí a parte judicializa.

São Paulo agora está cobrando R\$230 milhões de laboratórios. Por quê? Se fazemos parte de numa experiência científica de tratamento com o laboratório, o laboratório vai ter o dever de me tratar até o final da vida, mesmo que a experiência encerre. O que os laboratórios fizeram em São Paulo? Colocaram as pessoas na experiência. Acabou a experiência, aí começaram a fazer o quê? Arrumaram um médico, um grupo de advogados, e começaram a judicializar no momento em que o laboratório encerrou a pesquisa. O Estado descobriu isso e ajuizou ação para cobrar R\$230 milhões dos laboratórios.

O Judiciário está no meio disso tudo, por isso deve saber se o medicamento tem evidência. Tem outro problema por trás! O laboratório,



em vez de pagar, acaba jogando isso para o Estado; e, quando é para o Estado custear, somos nós que pagamos. Estou falando que é necessário ter esses cuidados. Numa certa ocasião, há alguns anos atrás, fui falar com uma colega magistrada sobre judicialização da saúde. Ao falar com ela, me recebeu dizendo: “Vocês da área de saúde, vocês vêm falar com a gente para gente não conceder medicamentos na internação”. Esclareci: “Muito pelo contrário, reconheço a saúde como um direito humano fundamental de todo cidadão”. É de toda pessoa. Não é apenas o cidadão, toda pessoa tem direito à saúde, mas a nossa preocupação é que estamos concedendo medicamentos que muitas vezes matam. A Dra. Silvana vai falar depois de mim, vai esclarecer muito bem sobre isso. Quando mostram medicamento novo sobre oncologia, quando o “Fantástico” publica no domingo à noite, na segunda-feira começam a judicializar, sobretudo oncológicos. Se nós olharmos, percebemos que os medicamentos de oncologia não estão na Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Na Rename, não há nenhum medicamento oncológico. Na petição, geralmente consta o seguinte: “Este medicamento está aprovado pela Anvisa e não está na Rename”. Não está mesmo, ele não está! Está na Renases (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde). É que a oncologia tem um tratamento diferenciado. A oncologia é tratamento, não há medicamento que cura o problema oncológico. Cura-se com tratamento, constituído por um conjunto de ações. Muitas vezes um medicamento é indicado para uma pessoa num estágio muito avançado na oncologia, mas não para quem está no começo. Mas por que não? Porque aquele medicamento mata, e o médico sabe que vai matar. Uma pessoa com sobrevida de seis meses, se vai tomar determinado medicamento, pode viver mais um ano. A doença vai te matar mesmo. Sem consciência de que vai matar a pessoa no estágio dois da doença, o paciente diz: “Eu quero o medicamento”, e o juiz defere. Mata antes: a pessoa que tinha uma sobrevida de mais 2 ou 3 anos morre em 6 meses ou um ano, só que acha que fez tudo o que podia, mas muito pelo contrário. Então, essas coisas, às vezes, acontecem.

Outro problema, para nós magistrados, é que fazemos a seguinte interpretação: “Ah, a pessoa quer um procedimento e tem fila”. Sou contra a fila. Acho que a fila teria que acabar. Ocorre que não temos no Brasil uma re-



gulação. Quanto tempo é razoável esperar na fila para um procedimento eletivo? Não tem regulação e nunca vai ter, e por quê? Na hora que tiver prazo da fila, eu tenho um dado objetivo de quanto tempo vou esperar. A Inglaterra fixou um prazo de 6 meses na fila de espera. Quando há fila no Brasil, o magistrado fura a fila para que o paciente seja tratado antes dos primeiros. Um dia, numa reunião com uma gerente de saúde, perguntei: “Doutora, como é que a senhora faz quando a senhora recebe uma ordem judicial de procedimento?”. Ela respondeu: “Não, a gente cumpre na hora, a gente não discute ordem judicial, quem discute é a procuradoria. Chegou a ordem, a gente cumpre, faz o procedimento imediatamente”. Perguntei: “E o que a senhora faz com o paciente que era o primeiro?”. “Ele vira o segundo”. Então, vejam só, na hora em que furo a fila, coloco uma pessoa para ser o primeiro; estou furando a fila daquele que era o primeiro e virou o segundo. Às vezes, mato com a minha decisão, mas nós, julgadores, não temos consciência disso, ninguém fala isso para nós. Quando concedemos uma liminar, temos a impressão de que estamos incluindo uma nova pessoa no sistema de atendimento. Não temos a noção de que estamos excluindo outro da fila, porque nós não aumentamos o atendimento. Outra coisa: nós não temos ações coletivas. Nós temos poucas ações civis públicas para incluir direito à saúde. Por que não temos? Porque quem pode propor são associações, entidades, Ministério Público, Defensoria Pública. Por que não propõem? Com medo de perder. O questionamento é: “E se a gente perder?”. Nesse caso atinge todos eles. Então não propõem ação coletiva.

O Brasil não tem a prática do precedente, nós julgamos a mesma matéria, repetimos, repetimos, repetimos. O Supremo Tribunal Federal também faz isso. A mesma matéria é repetida. Por que uma decisão não pode transcender os limites subjetivos da lide e fazer com que haja a incorporação daquele medicamento, daquele procedimento? Isso acaba não ocorrendo, por isso nós repetimos as mesmas demandas. Na Inglaterra, quando o Poder Judiciário decidiu uma vez, está decidido. O Judiciário não volta a discutir aquela matéria, porque ela acaba sendo seguida por todo o Poder Judiciário. Mas, vamos falar um pouco como é que nós chegamos ao estado atual da saúde.



A evolução histórica do direito à saúde

Na evolução do tratamento de saúde, nós começamos a cuidar da saúde com os barbeiros cirurgiões. Foi o primeiro momento na saúde que tivemos. Eu cito o livro “O Físico”, do Noah Gordon. Sobre esse livro há um filme agora. O livro é bom; o filme, não. Mas, realmente, ele mostra como é que funcionava o trabalho desses barbeiros cirurgiões. Nós tivemos no Brasil também, eram barbeiros cirurgiões que faziam pequenas cirurgias. Depois nós passamos para polícia médica e, por fim, para a medicina social, numa segunda fase. Nós tivemos a polícia médica dirigida por Osvaldo Cruz, que redundou na Revolta das Vacinas no Brasil. As pessoas pensavam que Osvaldo Cruz estava querendo matá-las. Até pouco tempo atrás, ainda diziam que estavam querendo matar os velhinhos com a vacina da gripe. Realmente, toda vacina pode matar, porque injeto um vírus no meu corpo; se eu estiver fraco, ela pode ter um efeito que pode ter consequências. Às vezes, acontece isso, mas pensar que o Estado está querendo realmente matar os velhinhos fica difícil. Então foi isso, a polícia médica começou a impor que era obrigatório vacinar. Depois veio a medicina social, para que, no final, chegássemos à saúde como direito humano fundamental. Hoje nós temos a saúde como um direito humano fundamental, isso é reconhecido internacionalmente.

No Brasil, nós tivemos uma trajetória da saúde com a vinda da Coroa Portuguesa, que começou criando a Sociedade de Medicina e Cirurgia lá no começo do século 19 (1808), a Escola de Cirurgia na Bahia e Cátedra de Anatomia do Hospital Militar do Rio de Janeiro (1904), com as campanhas, que eu falei, de Osvaldo Cruz e a Revolta das Vacinas. A Revolta das Vacinas ocorreu porque as pessoas estavam preocupadas com a ideia de que pretendiam matá-las. Estavam obrigando a vacinar contra a febre amarela naquela ocasião, e as pessoas se revoltaram, houve um quebra-quebra no Rio de Janeiro.

Em 1960, unificamos o IAPAS e foi criado o INPS. Nas constituições de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946, 1967 e na Emenda 1/1969, a saúde tinha natureza apenas securitária e assistencial. Isso era uma coisa lamentável. Se fosse trabalhador e tivesse emprego, eu teria tratamento pelo INPS. Se fosse



desempregado, eu pediria socorro a quem? Às Santas Casas. As pessoas iam para as Santas Casas, que realizavam filantropia. Essas instituições já realizaram um trabalho muito interessante no Brasil. Era só isso que tinha. Havia um desamparado total.

O direito à saúde na Constituição de 1988

Isso tudo mudou em 1988, quando entrou em vigor a Constituição Federal e incluiu a saúde como efetivamente um direito social. A nossa Constituição cidadã tem um marco histórico na introdução de garantias sociais em relação à saúde. A Constituição ficou tão preocupada, tanto que ela fala 49 vezes a palavra “saúde”, são 38 vezes no corpo do texto e mais 11 vezes nos atos de disposições constitucionais transitórias. Então, vejam isso, não é à toa que foi falando saúde. A Constituição garante saúde preventiva e curativa para as pessoas. Então isso a nossa Constituição fez. Nós temos que entender como é regulada a saúde hoje. Quais os trabalhos, as ações e serviços de saúde devem ser compreendidos como serviços de saúde? Os serviços de saúde podem ser de saúde complementar e de saúde suplementar. A saúde pública prestada diretamente, na verdade, é complementada pelos hospitais que se habilitam a prestar serviços ao SUS, como é o caso das Santas Casas. O Estado pode prestar pessoalmente os serviços de saúde ou pode fazê-los através de interpostas pessoas. Também há a prestação de saúde por entes particulares, através de hospitais - o que chamamos de saúde complementar. Também temos a iniciativa privada, que é a saúde suplementar, representada pelos nossos planos de saúde, que realizam um trabalho interessante. Os planos de saúde complementam a saúde. Nós precisamos entender que todos temos direito à saúde pública. Aliás, todos nós usamos o SUS. Já houve oportunidades em que se discutia se a saúde pública é para o pobre. Não! Se falo que a saúde é um direito social, não interessa a condição financeira da pessoa. O art. 6º da Constituição Federal fala dos direitos sociais, que estão incluídos entre os direitos fundamentais. No capítulo dos direitos fundamentais, está a saúde. Se está dentro do artigo 6º, é porque se trata de direito social. Digo que os serviços de natureza assistencial são para pobre, o que não ocorre com a saúde pública, que é direito para qualquer pessoa. Não interessa se é cidadão ou



não. Seja nacional ou estrangeiro, de fora do Brasil, tem direito à assistência à saúde. É lógico que você não vai pegar pessoas para tratamentos fora do Brasil apenas para tratar aqui no Brasil. Uns poucos dias atrás, uma pessoa me falou que a saúde está muito boa na Colômbia, dizendo que foi se tratar lá e que está uma maravilha. Vejam, brasileira na Colômbia para fazer tratamento de saúde. O atendimento à saúde na Colômbia não está ruim não. Estivemos lá, no ano passado, participando de um evento do Instituto Banco Mundial para tratar do tema da saúde. Realmente o sistema deles é interessante também. É bom, e o país está desenvolvendo bastante. Nós, como um país líder regional da América do Sul, pagamos um preço pela liderança. Há pessoas que vêm de fora para tratar de saúde? Claro que vêm, e isso não ia ter impacto em nosso dinheiro. Embora a saúde esteja impactada de forma negativa, estejamos gastando a menos, depois vamos ver isso. Por isso, a saúde é um direito social, e não assistencial.

Da responsabilidade solidária

O art. 23 vem falar da responsabilidade. Esse artigo, em seu inciso II, fala que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública. Também fala que deve haver a criação de uma rede de assistência. Então a competência é comum? O que se diz é que comum significa solidário. Temos também o art. 30, VII, que fala da obrigação do município. Enquanto o art. 23, II, fala que é responsabilidade comum, falamos que comum significa solidário, obrigação dos três. O art. 30, VII, vem nos falar que compete aos municípios prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população. Eu estava participando de um evento do Observatório de Custos no BMG, o prefeito do interior me falou o seguinte: “Os municípios ficam muito sacrificados”. Eu falei: “Prefeito, o senhor leu o artigo 30, VII, da Constituição? A obrigação é sua, então pactua”. O atendimento deve ocorrer com cooperação do Estado e da União? Sim, e se não houver a cooperação? Eu sou munícipe daqui, eu não quero saber. Se moro em Manga, eu vou à Prefeitura de Manga para ser tratado no Município de Manga. É lá que serei tratado. “Ah, mas é dever do Estado e da União”. Espera aí, então o inciso VII fala que a responsabilidade é do



município. O município então deve fazer o quê? Pactua, coloca o paciente na rede, se é um paciente daqui do meu município, tudo bem. Se o município não oferece esse atendimento, eu vou te encaminhar para Montes Claros. Montes Claros encaminha para Belo Horizonte, se Belo Horizonte não tiver, encaminha o paciente para o Rio de Janeiro ou para São Paulo, no chamado tratamento fora do domicílio – TFD, tendo uma rede construída. O paciente de Manga, lógico, não pode vir diretamente para Belo Horizonte para ser tratado. Tem que ser encaminhado para cá. Então qual é o dever do Município de Manga? Acolher aquele paciente. Se não for da competência técnica dele tratá-lo, ele vai encaminhá-lo dentro da rede. É assim que deve funcionar. É isso que fala o art. 23, II. Quando fala da responsabilidade comum, que deve respeitar a rede de atendimento instalada. Vamos ver lá para frente que a rede realmente existe. Então essa solidariedade de que fala a Constituição Federal nós chamamos de solidariedade sistêmica, uma solidariedade institucional, em que se diz: “União, Estado, Distrito Federal e municípios, vocês têm obrigação de criar a rede - se vocês não criarem a rede, vocês vão acabar sendo responsáveis, os três”, porque mantenho a regra da solidariedade.

Norma constitucional concreta e o gasto mínimo com saúde

A saúde trata de norma de eficácia plena. O art. 6º fala em saúde, mas moradia também é de efeito concreto? Não. Saúde, como educação básica, tem um grau de detalhamento constitucional que não pode ser uma regra meramente programática. É efeito concreto. Nós precisamos realmente construir; a eficácia das normas é concreta. Vamos ver, em seguida, que a própria Constituição Federal nos remete à eficácia imediata. O Supremo fala isso também, vamos ver lá na frente.

Olha o cuidado que tem também a Constituição Federal em relação à saúde. Ela fala até da intervenção nos Estados e nos municípios, se não aplicarem o mínimo com saúde. Se vai intervir ou não, é outra coisa, mas estamos com previsão constitucional que nos remete à possibilidade de intervenção. É necessário cuidado para aplicar o mínimo em saúde, sob pena de intervenção. Temos a questão do que vem a ser o mínimo de aplicação em saúde. Tem muita gente que pensa que “o mínimo é apenas



o mínimo”, é só? Não! O mínimo não é o máximo que eu devo aplicar. A Constituição fala “aplicar o mínimo”. Devo superar aquele mínimo, o limite do município e do Estado. Todo mundo reclama que gasta demais. Em uma ocasião, também no interior, o secretário de uma cidade grande falou o seguinte: “Eu estou gastando 31% do orçamento do município”. Eu falei: “Secretário, 31% você não está gastando, pois acabei de entrar aqui no Tribunal de Contas, e é 30% que o senhor está gastando, não é 31%, não. Mas, se você gasta 30%, a sua saúde está muito boa, ou o senhor está gastando mal”, porque a média dos municípios é de 23% no Estado de Minas Gerais. Mais ou menos, essa é a média que os municípios gastam em saúde.

Acesso universal e igualitário

A Constituição Federal nos assegura o acesso universal e igualitário. A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas públicas. O texto constitucional fala que é um direito de todos e dever do Estado, mas, em princípio, deve ser através das políticas públicas e econômicas que visem à redução dos riscos e dos agravos. Nossa Constituição também assegura o acesso universal e igualitário. O acesso é universal e igualitário, o acesso é para universalidade de pessoas, seja através de ação individual, seja através de ação coletiva. Todos nós podemos buscar o acesso à saúde. O que é igualitário? Igualitário é: eu não posso ter preconceito, nem de raça, nem de cor, nem de situação financeira. A saúde é para o pobre e para o rico, para os dois. Também não posso fazer diferença de classes, é o que está sendo discutido no Supremo Tribunal Federal. O que é a chamada diferença de classes? Isso está sendo discutido no Supremo e teve até uma audiência pública. Se isso passar, vai acabar o SUS de vez. O que define a diferença de classe? Eu tenho dinheiro para pagar o meu atendimento. Eu quero usar o SUS, mas não quero ficar perto de pobre na enfermaria. Eu pago minha hotelaria, vou ser atendido naquilo que o pobre tem e pago a diferença da hotelaria. Isso é chamado diferença de classes. Quem é rico não vai querer ficar do lado do pobre. Eu pego aquilo do SUS que é bom apenas. Se isso acontecer, nós vamos acabar de vez com o SUS.

Particularmente, tenho o entendimento de que não pode ser gasto dinheiro público para plano de saúde. O Congresso Nacional pagando um



plano de saúde para seus servidores? Governos municipais pagando saúde para seu servidor, subsidiando gastos com saúde? Espere aí! Município, Estado, União, vocês não estão falando que nós temos um Sistema Único de Saúde com acesso universal e igualitário? Que o atendimento deve ser integral? Se é para dar saúde, que dê para a população toda, não apenas para seus servidores. Então melhora a sua saúde. Acho que isso é um desvio, realmente. O Poder Público está confessando: “Ó povo, se dane! Eu vou dar saúde, vou pagar para os meus servidores!”. A população não vai ter uma melhora. Esse dinheiro devia ser aplicado para criar uma rede efetivamente funcionando. Um dia, um amigo meu, promotor, falou o seguinte: “Eu consigo resolver administrativamente as questões que lá comparecem. Eu resolvo as questões administrativas. Chegando lá, a gente mantém contato e eu resolvo. Por isso, eu judicializo muito pouco”. Falei: “Está errado”. Se quero ter saúde, não devo falar com o promotor. Preciso ir à UPA, ao posto de saúde, ao pronto-socorro. É lá que tenho que buscar saúde, não no promotor nem no defensor público. O promotor resolve administrativamente para aquele cidadão, para o João e para a Maria, mas e o José e o Joaquim que estão do outro lado, que não foram ao promotor? Eu tenho que entrar na UPA, e dali tenho que entrar na Rede e nela eu vou para onde for necessário, dentro do Brasil. Entendo que não deve haver atendimento fora do Brasil. Não podemos entender que eu devo ter saúde com o brasileiro pagando tratamento fora do Brasil, o sistema que nós temos aqui é de acesso à saúde.

O art. 197 também ordena a regulação nos termos da lei. A Constituição Federal não só regula a saúde, ela nos dá também saúde como direito social, obrigação da União, Estado e município, direito de todos, dever do Estado. Ela manda incluir políticas públicas, que é o acesso universal e igualitário. Manda, através de lei, regulamentar a fiscalização. O texto constitucional não está dizendo que saúde é de qualquer jeito, não.

Os limites da atuação jurisdicional

A Constituição remete o legislador infraconstitucional para que ele regule a matéria. Certo tempo atrás, estava tendo uma aula com Fernando Aith (Professor da USP), quando ele comentou que, numa aula na USP de



São Paulo, uma aluna magistrada lhe falou o seguinte: “Eu pego a Constituição Federal e decido com base nela”. Indago: “E a norma infraconstitucional? E a norma infralegal? Eu vou desprezá-las?”. Eu escrevi isso e tenho falado às vezes: “Decidir apenas com base na Constituição é um modo preguiçoso de decidir, dizendo que apenas a Constituição é que vale”, desprezando as demais normas reguladoras editadas com base na Constituição. Nós precisamos observar se há políticas públicas reguladas pela lei.

Em primeiro lugar, precisamos verificar: o que diz a lei? O que a lei disciplina? Há norma ou não há norma? O Poder Judiciário não tem a função de ser substituto da Administração Pública, ou, então, acabamos fazendo o que é do administrador. Precisamos tomar cuidado com isso, para não atrapalharmos a gestão. A gestão tem problemas sérios, sim, mas não é por isso que devemos desprezá-la. Ao Poder Judiciário não cabe dizer que a gestão não interessa, o decreto não interessa, a resolução não interessa, a portaria não interessa. Ao julgador cabe verificar o seguinte: olhar se há uma lei, se ela fere a Constituição. Pode concluir que a norma infralegal fere a lei ou fere a Constituição, por isso posso deixar de aplicá-la. Se não fizermos essa leitura, subverteremos toda a regulação de saúde e podemos causar realmente um dano muito grave e desnecessário ao erário. Não vamos pensar que o dinheiro está sobrando. Não digo que está sobrando, está sendo mal aplicado, sim. Quando fazemos uma intervenção indevida, nós subverteremos mais ainda, nós complicamos ainda mais a questão da saúde. Às vezes, colegas me indagam sobre o que acho de determinado caso. Eu falo que não acho nada. O que acho é que é preciso analisar o que diz a norma: se há evidência científica, se há lei, se há regulação ou não. Isso pode ser muito trabalhoso. Trabalhoso é ser magistrado, é ser julgador, é ser assessor. Tem que ler o processo, tem que analisar o processo para ver se tem o direito. Isso é trabalhoso, mas, quando nós nos colocamos para conceder direito para as pessoas, precisamos nos situar naquela situação de equidistância, com o caráter substitutivo da jurisdição, em que não nos colocamos nem a favor do autor nem a favor do réu.

Atendimento integral

O acesso universal é a garantia a todos, como falei, é o acesso igualitário, sem diferença de classe, não tem natureza assistencial. O atendimen-



to também tem que ser integral. É preciso dar saúde para todas as pessoas. É preciso permitir todos os atendimentos, aí é que entra a integralidade, tudo para todos, sim!

O art. 198 fala, expressamente, que se criará uma rede regionalizada e hierarquizada que assegure atendimento integral. Então temos acesso universal, igualitário e atendimento integral. Tudo para todos. Dentro desse limite de tudo para todos, há o contraponto. Qual o contraponto que podemos fazer na área jurídica? O contraponto é a medicina baseada em evidência. Quando foi introduzido no art. 198 o texto que diz que a saúde terá atendimento integral, a finalidade até que não foi de ser integral. Quando se discutiu no Congresso Nacional a questão da saúde, quando se discutiu essa demanda, se pretendia reconhecer apenas a atenção preventiva. Mas o texto, expresso no art. 198 da Constituição Federal, não diz isso. Diz que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único organizado, de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo. Além disso, quando é criada uma rede regionalizada, hierarquizada, estamos na verdade fracionando aquele art. 23, que fala que a responsabilidade é solidária. Se temos uma rede de atendimento, se o município pequeno encaminhou o paciente, não podemos mais impor para ele: "Quem não atendeu? Quem tem que criar essa rede? Quem tem que trabalhar com a rede?". O Estado e a União. Aí eles acabam assumindo a responsabilidade que está no art. 30, VII. Se temos uma rede e o paciente é do Município de Manga, por exemplo, e eu o encaminhei para Montes Claros ou para Belo Horizonte, essa rede não está sob minha responsabilidade, está sob responsabilidade do Estado. Vejam! Aí estou fracionando a minha responsabilidade, estou diminuindo a minha responsabilidade.

O texto constitucional fala mais. No art. 198, II, está o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Serviço assistencial é outra coisa e deve ser prioritário. Contudo, a saúde está assegurada com atendimento integral, embora deixe o serviço assistencial de lado. Saúde não tem natureza assistencial. É um direito social, e não assistencial. Por isso, o atendimento é universal, igualitário e integral. Quando o texto constitucional foi construído falando de



integralidade, ele não pretendeu falar que ia ser tudo para todos. A ideia era a seguinte: que a saúde seria não apenas preventiva, mas curativa também. Às vezes, o pessoal da saúde fala: “Não, mas não é essa a intenção, não”. Mas, para nós da área do Direito, não interessa mais a intenção do legislador, o que interessa é a intenção da lei que falou integral. É esse arcabouço legal que nos dá opções de uma rede e dessa integralidade.

O Supremo já firmou entendimento de que o acesso à saúde é um direito concreto e de eficácia plena. E continua: o que vem a ser a integralidade? Medicina baseada em evidência. O que é evidência? Eficácia, eficiência, efetividade e segurança. Como falei muitas vezes, a questão da segurança. Se aquele medicamento oncológico ainda não é seguro, eu posso dar para o paciente que está em último grau, que tem pouca expectativa de vida? Eu vou conceder aquele medicamento para ele? A resposta é sim. Mas, para quem está em grau inicial eu não posso dar aquele medicamento, pois os efeitos colaterais são muito fortes. Então, quanto à eficácia, eu pergunto: “O produto realmente produz efeito? Dá efeito mesmo?” A primeira indagação que eu faço: “É um produto eficiente, ele melhora a saúde?”. Uma coisa é produzir efeito, mas ele pode ser negativo. Ele melhora a saúde? É efetivo? Prolonga a vida do paciente? Dá conforto? Dá dignidade para o paciente? Depois eu indago sobre a segurança do produto. Muitas vezes, realmente, nós julgadores nos angustiamos em pensar se vamos conceder ou não. O médico sabe que não tem cura, se a doença do paciente está em um estágio final, mas ele tem argumentos para dizer que tem a possibilidade de alguma alternativa.

Um tempo atrás, fazendo visita a um hospital oncológico, o médico falou que, quando era residente, há vinte, trinta anos atrás, chegava o professor dele e indagava: “Esse paciente aí, como é que está?”. Quando o paciente realmente estava desenganado e não viam possibilidade de cura, com expectativa de 30 dias de vida, marcavam retorno para 60 dias.

Nós realmente temos dificuldade de trabalhar com a morte, de falar realmente do estado do paciente. Chega o momento em que devemos dar conforto para pessoa. Essas questões da segurança, eficácia, eficiência e efetividade devem ser analisadas. A bula do medicamento muitas vezes informa, com base em pesquisa científica, que o paciente terá uma sobre-



vida de 50% se ele tomar o medicamento. A primeira impressão que nós temos é: “Que beleza, 50% de sobrevivida!”. Ocorre que ela não informa 50% de quanto? Trinta dias, se não tomar; quarenta e cinco, se ele tomar o medicamento. “Vai ter dignidade?” “Vai sofrer ou não?” “Às vezes seria melhor dar morfina àquele paciente para que ele esteja com a família e chegue ao final de vida com conforto, com tranquilidade. Mas não, pois requer aquele medicamento que custa cem, duzentos, trezentos, quatrocentos, quinhentos mil reais”. “Não vou vender a minha casa para tratar do meu pai com esse dinheiro, de jeito nenhum, vou lá buscar o Estado. O Estado vai gastar o dinheiro. Nada é de graça, nós pagamos de algum modo, nós pagamos aquilo também”.

Quando se pretende ter acesso a produto diferenciado, é necessário demonstrar que aquele medicamento ou aquele tratamento é mais eficaz, analisar o custo/benefício. Deve ser indagado: “Vale a pena?”. Sim, devo concedê-lo, mas tem que ter essa demonstração. Deve indagar, ainda, se há no Sistema Único de Saúde ou se há tratamento similar. Se há uma rede de atendimento, eu vou desprezar essa rede? Procurou o SUS? Muitas vezes, não se procura o SUS, porque é muito demorado, enquanto o paciente quer conforto. O paciente quer ir direto, sem se submeter aos protocolos da rede: “O Judiciário dá uma canetada direto e me concede aquele medicamento”.

As medidas de qualificação do Poder Judiciário

Os cuidados com a medicina baseada em evidência nos dão uma consciência maior para que se analise a matéria. O Supremo Tribunal Federal ficou preocupado com isso, conseqüentemente houve a Audiência Pública nº 04. Por isso o CNJ criou o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, com a preocupação de que nós estávamos cometendo muitos erros de boa-fé. Os médicos também erram. Nós ainda temos o pensamento de que, se um médico receitou, está receitado, ele é um deus. Os médicos erram tanto quanto nós na área jurídica, os médicos têm angústias, têm dificuldades. A Dra. Silvana sabe falar muito bem disso.

A Organização Mundial da Saúde diz que 50% das recomendações médicas são duvidosas. No livro *O futuro da humanidade*, o Dr. Cury, que



é psiquiatra, fala muito bem sobre como o laboratório funciona: “Como é que vou cooptar médico com a utilização das mesmas pesquisas? Quem pagou?”. O médico vai a um evento, a um congresso de medicina, onde lhe é apresentado um medicamento novo, milagroso, que supostamente vai resolver tudo, e ele acaba receitando. Age mais como curandeiro do que como médico. Contudo, age de boa-fé, acredita no que está prescrevendo.

Do mesmo modo que nós da área jurídica, na área médica há profissionais que estudam e se aperfeiçoam; e outros, não. Aqueles que não se aperfeiçoam vão acabar sendo enganados também, como os magistrados são. O médico receita, e o juiz vai canetando, afirmando ainda que foi o médico do SUS que receitou. Só porque é médico do SUS não significa que o produto deve ser fornecido. O médico do SUS é o mesmo médico da Santa Casa de qualquer cidadezinha que vai receitar um medicamento sem nada entender sobre a gestão do SUS. O fato de o médico trabalhar para o SUS não significa que entenda de gestão dos protocolos clínicos. Às vezes não tem nem ideia do que seja a Rename e a Renases, como é que a rede funciona. Não tem a menor ideia da organização da gestão, o que é muito sério, mas ela existe. Quando receitado por médico do SUS, entende-se que é válido. O magistrado precisa ter cuidado quando autoriza o acesso a produtos e a serviços de saúde. Devemos ter cuidado para dar a César o que é de César, dar ao paciente o que é do paciente, ao que realmente ele tem direito, e não dar ao laboratório o que não é devido. O laboratório deve ganhar dinheiro? Sim, lógico, a pesquisa é cara, o trabalho é caro, construir medicamento novo, fabricar medicamento novo é caro. Fazer um comprimido é difícil. Eu nunca havia atentado para a expressão comprimido, que vem a ser comprimir o produto de modo que se dissolva em um tempo certo. Ele entra no corpo e deve dissolver na hora certa para fazer efeito no seu organismo. Isso tudo custa dinheiro, e para isso o laboratório deve ser remunerado, e bem, mas justamente.

O lobby da indústria farmacêutica

Todos nós somos envolvidos pelo *lobby* da indústria farmacêutica. Um tempo atrás eu estava falando com o Dr. Zé Luiz, que é um dos coordenadores do NATS, junto com a Dra. Silvana, e lhe indaguei por que as



notas técnicas não são assinadas. A falta de assinatura está sendo questionada pelas partes. Ele esclareceu uma coisa sobre a qual eu nunca pensei, afirmando que, se o responsável assinar a nota técnica, ele corre o risco de sofrer muita pressão pela indústria, sobretudo se elaborar uma nota técnica contrária aos interesses do laboratório. Vai haver um *lobby* tão grande que se corre o risco de comprometer a isenção. Por isso o NATS estaria assumindo a responsabilidade pela autoria das notas técnicas. A informação que passou é de que não há como colocar sobre o profissional médico a responsabilidade por assinar as notas técnicas em razão da pressão, que, às vezes, é muito grande, sobretudo em razão da grande quantidade de dinheiro envolvido. A indústria farmacêutica tem mais poder que a bélica, a pressão é muito maior.

Nos Estados Unidos, nunca vai haver medicamento de graça para a população, porque a indústria farmacêutica domina o Senado. Os senadores saem do Senado para virarem presidentes de indústria farmacêutica. O senador virou defensor da indústria somente depois que saiu do Senado? Quem patrocinou a campanha do senador? Isso é o nosso sistema.

Realmente, a democracia é interessante - e cada um do seu lado -, mas precisamos saber quem está no meio, saber onde está a falha disso. Sim, o laboratório deve ganhar dinheiro, mas nós, que estamos no meio da área jurídica, precisamos saber o que podemos fornecer e a quem. Nós temos meios para analisar a tecnologia oferecida. A Rebrats - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde tem setenta instituições que trabalham nisso. A última informação que tenho é de que aproximadamente setenta parceiros fornecem avaliação da tecnologia. Quando se incorpora uma nova tecnologia, não é porque eu gostei dela. É que existe um trabalho de avaliação tecnológica sobre a sua validade.

Um tempo atrás, estávamos discutindo sobre saúde, e uma colega da área jurídica falou que chegou a uma cidade do interior onde os médicos estavam fazendo um procedimento de cirurgia abdominal de ponta. Os médicos faziam o procedimento pelo SUS. O procedimento era menos invasivo, precisava abrir menos o abdômen da pessoa, então era menor o risco. Essa colega indagou: "Como é que vocês estão fazendo pelo SUS? O equipamento é caro, custa um milhão de reais". O médico falou: "Não, o laboratório nos consignou esse equipamento. A fábrica consignou esse



equipamento para a gente ir usando". Eu me pergunto: "Para quê? Para fazer pesquisa, para usar o equipamento?". Vai usando para difundir uma prática. Agora todo mundo quer aquele procedimento novo, com a utilização de um equipamento novo. Sem dúvida, há muita tecnologia nova que não é incorporada e que deve ser incorporada em razão da integralidade. Hoje ocorre o seguinte: "Vou ao médico; além da minha consulta, faço outras consultas sobre o procedimento, fico até discutindo a questão de direito à saúde, né?".

Percebemos, muitas vezes, que algo está errado. Onde está o buraco da saúde? Há algum tempo já discutimos a história das próteses que saiu no Fantástico, que todos nós vimos. A máfia, esse é um buraco que nós no Comitê da Saúde discutíamos. Há muito tempo que isso existe, mas como é que vamos detectar isso? Realmente é caso de Polícia aquilo. A abordagem é essa: "Se você usar esse parafusinho aqui, eu te dou uma viagem pra Europa com a sua família". Usar um parafusinho, mas é apenas um parafusinho. Esse parafusinho vai custar dois, três mil reais ou mais ainda. Esses cuidados nós precisamos ter.

As normas infraconstitucionais sobre saúde

No Brasil, temos as normas infraconstitucionais que tratam da saúde. Estou querendo mostrar que temos um arcabouço normativo que regula o sistema de saúde. Essa normatização não deve ser desprezada. A Lei Complementar 141 já vem dizer quanto é o gasto mínimo com saúde: o mínimo que o Estado deve gastar são 12%; e o município deve gastar 15% no mínimo. Os municípios, na verdade, gastam 23%, em média, em Minas Gerais. Isso é um dado do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Os Estados do Brasil, quando muito, gastam 12%, que é o mínimo imposto pela Constituição Federal e pela Lei Complementar 141. A lei estabelece também o que são gastos com saúde. Nós já tivemos casos em Minas Gerais em que se gastou patrocínio de casas com custeio da Previdência. Houve um caso no Rio Grande do Sul em que o asfaltamento na frente do hospital entrou como gasto de saúde. Nesse caso, asfaltar foi considerado gasto com saúde. Além desse caso, há várias coisas assim, tudo entra como gasto com saúde.



Entretanto, a lei agora define o que é o gasto com saúde. Aposentadoria não é gasto com saúde. Os inativos também eram contabilizados como gasto com saúde. Entravam na rubrica de saúde a aposentadoria e as pensões. Os gastos com saúde têm natureza notadamente diferente daqueles que eu tenho quando trato de benefícios sociais, de natureza contributiva.

A Lei 8.080 também fixa previsões para promoção de saúde. Essa é a chamada Lei Orgânica da Saúde. Então temos uma lei complementar e uma lei ordinária que tratam da saúde.

O Decreto 7.508 também trata do tema. O decreto vem nos dizer como é que nós vamos entrar na rede de saúde. Preciso primeiro tentar entrar na rede? Sim, devo tentar entrar na rede. Se não conseguir entrar na rede, aí busco o Poder Judiciário. Qual é o interesse jurídico para isso? Eu não tentei buscar pelo SUS, porque lá demora. É lógico que não gostamos que haja demora no atendimento. Gostamos de ser atendidos imediatamente, mas precisamos pensar no razoável, no mínimo de prazo para atendimento. Temos a legislação que disciplina isso? Não.

A Lei 8.142 fala em participação da comunidade, o que está também no art. 198, que trata da participação da comunidade na saúde. Como é que participa? Através da conferência da saúde e dos conselhos da saúde. A conferência é o foro em que se pode discutir. É ela que define as políticas e o que é discutido nos conselhos a cada quatro anos. Lá são definidas as políticas de saúde para o País. Se tenho uma política de saúde para o País, eu vou simplesmente desprezá-la? Os arts. 196 e 197 falam da necessidade de regulação. Deve haver a regulação. Não é o art. 198 que manda criar a rede de saúde? Se a rede não funciona bem, primeiro tenho que buscar mudá-la. Ela tem a participação da comunidade, ela foi criada pela conferência. Com base na conferência é que são editadas as resoluções do Ministério da Saúde. Então, há uma discussão no País inteiro sobre aquela temática, é a partir disso que começam a se implementar as políticas de saúde. Agora, se eu falar que não está bem implementado, isso é outra história. Realmente, se não está bem implementado, aí posso dizer que está havendo uma ofensa à Constituição Federal.



Quando não há regulação, há ofensa à Constituição. Aí eu lhes dou a garantia do art. 6º, além da garantia dada pelo art. 23, II, com a reponsabilidade comum. Se a prefeitura da minha cidade não tem nada, não está regulada, não está na rede e não funciona? O prefeito assume a responsabilidade de você se tratar. Se o município não puder tratá-lo, tem que incluir o paciente na rede e encaminhá-lo. Não pode encaminhar o paciente através da ambulância, mandar para o João XXIII. Na alta complexidade, o município de origem encaminha o paciente dentro da rede para o Município de Belo Horizonte, dentro da rede. Ele pode ser tratado no João XXIII, na Santa Casa ou no Hospital das Clínicas. A dúvida surge! Mas o Hospital das Clínicas é federal, assim é a União que paga? É um equívoco. Quem paga o tratamento no Hospital das Clínicas é o Município de Belo Horizonte. Quem trabalha pelo SUS (Dra. Silvana, me corrija se eu estiver errado) pode receber dinheiro da União, mas o Hospital das Clínicas não tem nada a ver com o Ministério da Saúde, não tem nada a ver com o SUS. Tem a ver com o SUS tanto como a Santa Casa de Belo Horizonte. Quando o paciente entra na ambulância e vem para cá direto, quem vai pagar é o Município de Belo Horizonte. Se o paciente vem através da rede, se o município de origem o encaminhar dentro da rede, o custo do tratamento vai entrar na conta do município da região do local. Nós não estamos aqui para sacrificar um ou outro município. Se o município de origem não tiver pactuado dentro da rede, acaba assumindo o ônus, a responsabilidade. Vamos distinguir direito social de direito assistencial. Assistência social é para pobre ou para necessitado. Direito social é diferente, direito social é para todos.

Distinção de alimento e de medicamento

Precisamos saber também o que é medicamento. Dias atrás, estava com uma demanda, daí indaguei: “Espera aí, nós temos medicamentos e temos alimentos, tem gente até pedindo Danone pelo SUS?”. Há casos assim: teratológicos. Há quem reclama acesso até a Danone. Tudo é tratamento de saúde? Então precisa de água tratada como produto de saúde. Precisa de casa, precisa de moradia, tudo é saúde? Não. Vamos verificar e vamos incluir como tratamento de saúde. Liguei para um amigo meu, doutor em farmácia, e falei: “Como é que vou distinguir alimento de medicamento?”. Respondeu: “alimento é o que Ministério da Agricultura aprova, e medica-



mento é o que depende de aprovação da Anvisa". Até aqui, tudo bem. Isso não interessa. Preciso saber, na hora de decidir, o que é medicamento e o que é alimento para fins de tratamento de saúde, como é, por exemplo, o caso de suplemento alimentar. Há suplemento alimentar que preciso conceder para o paciente. É o caso da criança que tem intolerância à lactose e que precisa utilizar outro leite. O leite, na verdade, não é medicamento, é alimento. Então, entramos nos chamados nutracêuticos. Não se trata de medicamento, mas de um complemento alimentar que demanda acompanhamento médico para fornecê-lo, aí entramos nos produtos de saúde. Fralda é o quê? É medicamento? Não. É alimento? Também não. É nutracêutico? Também não. Então fralda é um produto de natureza assistencial, não é de saúde, não. Se nós temos programa de fralda para o idoso, trata-se de um programa especial que o governo criou, mas não propriamente de saúde, embora o tratamento demande o uso desses materiais. Para uma pessoa pobre, temos a farmácia popular. Ela fornece a fralda com um preço muito inferior, com um preço de certo modo até ínfimo. Isso na verdade foi criado em favor do idoso, em favor do carente, e é relevante que haja, mas isso não tem que ser tratado dentro dos produtos de saúde propriamente dita. Não é medicamento. Se o paciente estiver no hospital, aí, sim, o hospital tem que ter isso, porque estamos falando de tratamento. Se estou na minha casa e tenho incontinência urinária, eu preciso de fralda. Isso não é medicamento, é uma proteção de higiene que eu preciso. Pode ser para a saúde, mas não posso enquadrar isso como sendo medicamento.

Assim, não devemos confundir medicamento com alimento. Muitos alimentos são considerados suplementos alimentares, como é a chamada dieta enteral, fornecida por sonda; e a parenteral, ministrada na veia, no hospital. A dieta enteral geralmente é ministrada em casa, mas é um alimento especial. Esse alimento especial pode ser feito em casa também. Preparar em casa é trabalhoso e é caro. Mas é produto de saúde. Temos em Belo Horizonte políticas para o suplemento alimentar para o tratamento enteral. Temos política pública.

Indicação do medicamento pelo princípio ativo e não pela marca

As pessoas, muitas vezes, comparecem e pedem aquela marca específica. Isso é um caso muito grave também: pedir aquele medicamento



X ou o medicamento Y. Devemos indagar se há outro similar que tem a mesma eficácia terapêutica. Não há? Mas aquele é muito mais caro. Eu sei, porque um colega nosso contou isso. A filha levou a neta dele para a médica. A médica falou que estava tudo bem, criança com saúde excelente, mas também falou: “Se você quer que ela desenvolva mais, há um leite especial, um suplemento alimentar especial que o SUS não fornece, mas tenho o cartão de um advogado que entra com essa ação, e o Judiciário concede”. Isso acontece e tudo acaba sendo judicializado. Com os prefeitos do interior, muitas vezes, chega uma pessoa que é seu eleitor, que é do partido dele, ou do grupo dele, e diz: “Preciso de tal produto, quero o procedimento tal com determinado medicamento”. O prefeito fala: “Não posso, não tá na minha regulação, não posso te dar uma coisa que não está na minha regulação”. Fala para o eleitor: “Judicializa; entra lá, que o juiz da comarca concede tudo”. Aí o prefeito fica bem com a pessoa, porque, se ele próprio fornecer o medicamento ou o procedimento que não está na regulação dele, as contas dele serão rejeitadas pelo Tribunal de Contas, porque não tem rubrica orçamentária para aquilo. Ao passo que, se ele fornecer o produto ou procedimento por ordem judicial, as contas são aprovadas pelo Tribunal de Contas. A equipe técnica do TCE analisa. Não há rubrica orçamentária, dá parecer contrário; contudo, na hora em que os conselheiros votam, eles aprovam, porque o fornecimento ocorreu por ordem judicial. No nosso curso, o Dr. Sebastião Helvécio, do Tribunal de Contas, também vai fazer apresentação. Ele conhece muito bem essa questão. Vai explanar muito bem essa questão orçamentária, que causa uma preocupação muito grande, por isso é necessário muito cuidado.

Os percentuais de gastos com saúde

Continuando quanto aos percentuais. Os municípios devem gastar 15%; os Estados e o Distrito Federal, 12%. O Distrito Federal gasta 12% ou 15%? No Distrito Federal, o gasto depende do orçamento. Quando o orçamento é dos municípios e dos Estados, o gasto depende da dotação orçamentária de cada rubrica. Para a União, existe a chamada cláusula de não regresso, mas a União está gastando menos. Quanto a União gasta hoje, mais ou menos, em saúde? A União gasta de 6% a 7% do orçamento. Agora,



estamos elevando os gastos da União com saúde pela PEC 358. O problema é que 50% das emendas dos deputados devem ser para a saúde. “Nossa! Que ótimo que o deputado vai ajudar agora, vai melhorar a saúde da minha região”. Aí vem coisa pior. O deputado vai cuidar da minha região, enquanto o Ministério da Saúde e o Estado devem cuidar da saúde como um todo, para toda a população, para que tenhamos tratamento igualitário. Se nós temos hoje 6% a 7% do orçamento da União, mais ou menos isso em gasto com saúde, o deputado vai pegar uma parte disso. Os deputados têm as emendas parlamentares de 1,2% do orçamento. Então desses 6%, 7%, o deputado vai pegar 10%. Vai tirar 10% que já está orçado para a saúde para que o deputado direcione. O fato é que aquela emenda parlamentar não vai aumentar o gasto com a saúde, vai tirar da programação para o deputado escolher onde é que ele vai aplicar. Se a emenda parlamentar fosse para acrescentar novos gastos para a saúde, seria maravilhoso. Nós aumentaríamos em 5% a 10% o gasto com a saúde. De acordo com a proposta, estamos desviando 5% a 10% de gasto com a saúde para o parlamentar que tem mais força política na sua região para atender aos seus interesses locais. O trabalho parlamentar é importante. Ele depende daqueles eleitores, mas desde que essa parcela orçamentária fosse efetivamente destinada à saúde, fosse extraída de um aumento do orçamento, coisa que não acontece. Em termos de saúde, em geral, 4% do PIB são gastos com saúde, 47% são de saúde pública e 53% são de saúde privada, a chamada saúde suplementar. Essa equivalência tinha que inverter, a saúde suplementar é importante. Eu continuaria pagando o plano de saúde que eu quero, porque, às vezes, tem uma eficiência maior. O Dr. Maurício, que está aqui, sabe muito bem disso.

Eu tive um problema de saúde, precisei de transporte aéreo. O SUS tem transporte aéreo? Não. Eu ficaria naquela região. Estava muito bem atendido na Santa Casa. Estava numa CTI com trinta pessoas, estava parecendo que eu estava numa festa. Pago o plano de saúde para que eu tenha um melhor atendimento, para que eu possa escolher o hospital que me dá um atendimento mais seguro, isso permite uma alternativa melhor. Um serviço de mais qualidade porque é pago. É para isso que deve servir a saúde suplementar, o que é muito importante. A saúde pública é igualitária. Vou entrar na enfermaria, com umas duas, três ou quatro pessoas. É isso que nós



temos, essa é a realidade nacional. É lógico que eu não quero essa situação, mas essa é uma realidade nacional. Não estamos na Suíça, não estamos na Bélgica, mas podemos ter essa garantia total de saúde. Na Holanda, a saúde funciona do seguinte modo: a saúde suplementar funciona até um limite, dali para cima a saúde é pública. Interessante, não é? A saúde suplementar vai até esse ponto, a partir dali o Estado cuida de você. As altas complexidades são do Estado. O helicóptero que vai buscar o Primeiro Ministro vai buscar também o João e a Maria. Lá não tem João e Maria, lá é Hans, que vai pegar o mesmo tratamento. Mas no Brasil é diferente. Os municípios gastam em média 23%, e o Estado, 12%. O gasto do Estado está no limite de 12%. Se chega a 12,1%, afirma: "Já gastei mais que o mínimo". Ninguém disse que o gasto do Estado seria o mínimo. Além disso, nós temos problemas sérios de gestão, que têm que ser resolvidos, mas a dotação orçamentária também tem que ser elevada. A União gasta de 6% a 7%, agora está entrando na receita corrente líquida.

Temos propostas de alterações. De acordo com a Proposta 358, vai reduzir ainda um pouquinho o gasto da União com saúde. Quando o Poder Judiciário judicializa, está intervindo e invocando a chamada cláusula da reserva do possível. "Que cláusula da reserva do possível, Estado? Se você está gastando 12%, está gastando o mínimo. União, você tá gastando 6%, 7% do seu orçamento?".

A Assembleia Legislativa de Minas Gerais estava encampando um abaixo-assinado, denominado "Saúde + 10", para que tivéssemos saúde de 10% do orçamento da União. Lógico que isso não passa no Congresso Nacional. Se a Assembleia Legislativa de Minas Gerais encampa um abaixo-assinado dizendo que nós gastamos de menos com a saúde, significa que o Poder Judiciário pode ficar despreocupado com a questão orçamentária. Nunca me preocupo, na minha decisão, com a questão de orçamento. Eu me preocupo se há gestão, se há política, se há evidência científica daquele medicamento e daquele procedimento. Mas não me preocupo com o quanto se está gastando. A gestão não funciona bem, e o gasto é de menos. Essas são as duas coisas que precisamos ter em nossa mente. O Poder Judiciário não pode negar o acesso à saúde. Então nego acesso por questão orçamentária? Não, nego acesso quando entendo que não há evidên-



cia científica daquilo que se pretende. Não posso rasgar dinheiro público, não posso dizer que podemos simplesmente ter gastos maiores. O Estado não é rico. O Estado gasta mal, tem deficiências. Quanto representa o gasto com saúde nos municípios? O gasto é de 50% do PIB. Isso aqui é um dado que foi passado pelo Dr. Vecina, do Sírio-Libanês, que também vai participar deste curso. Ele também tem um conhecimento muito bom sobre a gestão da saúde, tem uma panorâmica interessante também.

As pessoas que participam deste curso foram escolhidas. Não participei da escolha, mas posso dizer que - eu não me incluo nisso - os que foram incluídos foram escolhidos a dedo. Eu, particularmente, sou um operador do direito, sou um curioso na saúde ainda, mas as pessoas que me inspiram são qualificadas. A Dra. Silvana, que vai falar, o Dr. Helvécio e o Dr. Vecina são pessoas que trabalham há muito tempo na área. Eu sou novo, sou calouro ainda na saúde. Eu tenho apanhado e apanho. Estou aqui mais para trazer o retrato de um magistrado que trabalha no dia a dia. Estou estudando muito, não sou especialista em saúde. Estou fazendo um curso de direito sanitário, eu e mais alguns colegas estamos discutindo isso. Tenho experiência de magistrado. Na verdade, a minha função aqui é de mostrar o que eu sinto como magistrado, como um julgador nas demandas de saúde.

Os municípios gastam R\$ 50 bilhões; os Estados, R\$ 45 bilhões; a União, R\$ 80 bilhões; enquanto os planos de saúde, R\$ 90 bilhões, e os gastos privados são de R\$ 120 bilhões. Nós temos realmente um descompasso nos gastos com saúde. Precisamos pensar o seguinte: como é que o Poder Judiciário entra nisso? Qual a missão do Poder Judiciário? Na verdade, comecei a tratar desse tema, porque não entendia nada disso. Comecei na Constituição Federal, nos arts. 6º, 23, 196 e 198, e pronto, já sabia o que ia decidir. Aquilo me angustiava desde o começo. Por isso, hoje, tento mostrar para vocês, com a experiência que temos, algumas coisas que estudei. Reclamam do Poder Judiciário. Invocam, nas defesas, a cláusula da reserva do possível, insurgem-se, afirmando que o Poder Judiciário está intervindo nas políticas públicas. Quando o Poder Judiciário entra é porque a política pública inexistente ou é ineficiente, pois já se detectou que grande parte das demandas que são ajuizadas são não pela inexistência, mas pela ineficiência das políticas públicas. O produto ou serviço já está regulado, já existe



na saúde pública, mas não está funcionando. Aí o Poder Judiciário vai entrar. O Poder Judiciário vai me garantir o acesso universal e igualitário e o atendimento integral. Reclama-se do protagonismo do Poder Judiciário. Temos o ativismo, sim. O protagonismo é importante, mas precisamos tomar muito cuidado com o ativismo judicial. A intervenção do Poder Judiciário, muitas vezes, causa o chamado impacto deslocativo do orçamento, desestruturando os programas. Então minimamente devo analisar: “Há o programa de saúde?”. “Se houver o programa de saúde, devo ficar nele?”. “E se ele funciona mal?”. É pela deficiência que eu vou começar a aplicar a Constituição Federal. Quais as principais dificuldades de nós magistrados? É o que eu discuto sempre quando estou com os magistrados. Acabo sempre discutindo questões de saúde. O que sinto e o que os colegas sentem é a falta de informação técnica. Nós não compreendemos a técnica médica, não compreendemos a regulação. Ela é difícil, é constituída por um cipoal normativo que nós não compreendemos, mas só porque é difícil não podemos desprezar aquela normatização. Eu posso dizer realmente que eu não aplico aquela norma porque ela é inconstitucional. O magistrado também tem medo! Quando chega na petição a informação de que o “O paciente vai morrer”. Ele vai morrer, eu também vou, o advogado também vai morrer. Toda pessoa obesa vai conseguir um relatório médico com a informação de que tem risco de infarto. Imaginem as pessoas que têm que fazer redução de estômago. É fácil, o médico relata que aquela obesidade passou de qualquer limite. Aí pega o relatório e analisa! Tem risco? É claro que tem risco, eu sei que tem. Todos nós que passamos do peso acabamos tendo risco. Qualquer situação de risco? Qual é o risco real que existe? O juiz tem medo. Daí afirma: “Na minha mão não vai morrer”. Temos, às vezes, muita dificuldade de entender e de ter a compreensão do risco de morte pela racionalidade. O juiz pensa: “Na minha mão não morre.”, mas acaba matando outro que não está vendo. Houve uma ocasião em que o médico pediu para se fazer a transfusão de sangue numa testemunha de Jeová. A primeira impressão é: “Vou salvar a vida da coitada da cidadã”. Se o médico não fizer transfusão de sangue, ela vai morrer. Num primeiro impacto, quando se tem uma impressão muito rápida, é preciso parar e pensar. A coisa é um pouco mais complicada: “Eu tenho direito à vida.”, “Eu tenho direito à dignida-



de; “Eu tenho direito de escolher a minha religião também”. Bom, nós temos justamente o art. 5º da Constituição Federal. Mas qual deles devo aplicar? Analisei e neguei a transfusão de sangue. A dona Maria deixou escrito que não queria fazer transfusão de sangue, porque a religião dela não permitia. Aí você me pergunta: “Ela morreu ou viveu?”. Não sei, não me interessa, porque na hora eu precisava fazer uma avaliação técnica, é o que interessa. Analisei do seguinte modo: “Ela tem direito de professar a religião dela; ela tem direito à dignidade dela. Se ela fizer transfusão de sangue, ela não vai mais poder entrar na igreja, sentar na frente, vai entrar lá no fundo, não vai poder mais sentar com o marido dela, vai ser excluída pelos filhos, pelo marido e pela sociedade como um todo, que tipo de vida que ela terá?”. Então, às vezes, é difícil para nós, como magistrados, julgarmos certas questões. Não estou dizendo que não tenho sensibilidade, mas temos que pegar os princípios constitucionais e colocar todos juntos e saber qual escolha vamos fazer. Eu sei que, na mesma época desse caso que acabei de relatar, na Bahia um colega autorizou a transfusão de sangue que a pessoa não queria, a mulher viveu, voltou para casa, foi rejeitada pelo marido, pelos filhos, pela sociedade, pela comunidade religiosa dela. O que aconteceu? Suicidou-se. Então, às vezes, temos que respeitar a vontade da pessoa. Por isso que essa angústia que nós temos faz parte realmente do exercício da magistratura. Às vezes, tenho que falar sim, quando eu não quero; tenho que falar não, quando eu quero falar sim. Não posso simplesmente desprezar um regramento administrativo.

A preocupação do Poder Judiciário

O que o Supremo fala em questão da saúde? Gosto de usar a Suspensão de Tutela Antecipada - STA nº 175 - como paradigma. Por quê? Porque essa STA foi decidida depois de uma audiência pública, em 2009. O Supremo Tribunal Federal ficou preocupado, porque as demandas de saúde estavam aumentando de tal maneira que começou a ficar preocupante a questão orçamentária. Só para sabermos: Minas Gerais tem uma rubrica orçamentária de duzentos milhões aproximadamente para atender demanda judicial. Olha a teratologia, eu coloco rubrica orçamentária para atender demanda judicial. Admito que o meu orçamento de saúde é insuficiente. Precisamos ficar preocupados com o ativismo judicial. É importante o Poder



Judiciário permitir a inclusão de novas tecnologias, mas tem que ter racionalidade quando permite essa inclusão. O Supremo Tribunal Federal entende que o direito à saúde é um direito social de eficácia concreta e imediata. O Supremo falou, e isso não tem mais dúvida nenhuma: “Todos nós temos direito à saúde”. O Supremo decidiu também que o Poder Judiciário é legítimo para assegurar o acesso às ações de saúde, sempre que houver omissão. Podemos dizer que não há política pública, ou que a política pública é deficiente e não está atendendo o paciente. O Supremo também decidiu que a saúde é um direito público subjetivo de todos, com acesso por ação individual e ação coletiva. O Supremo também decidiu que o acesso fora das políticas públicas é condicionado ao não comprometimento das políticas públicas em funcionamento no SUS. Tem que se pensar também para não comprometer as políticas públicas. “Atendo um paciente e deixo morrer o resto?”. Não estou preocupado com isso, ainda! Mas não podemos olvidar o chamado consequencialismo jurídico. As nossas decisões, muitas vezes, transcendem os limites objetivos daquele processo. Se eu interfiro em políticas públicas, vou quebrar programas de vacinação; se eu mandar um município pequeno fazer um procedimento de quinhentos, seiscentos mil reais, eu quebro a saúde dele, e ele vai ter que parar com a vacinação. Isso vira um círculo vicioso: se não vacinou, vêm as doenças.

A solidariedade e a prevalência das políticas públicas

O Supremo fala da solidariedade da União, Estados, Distrito Federal e municípios, mas ele reconhece também a prevalência de acesso pelas políticas públicas na rede integrada, com critérios de subsidiariedade que constitui o Sistema Único de Saúde. O Supremo fala que é solidário, mas também fala que devemos verificar as políticas públicas, a responsabilidade no tempo em que era apenas institucional ou sistêmica. Tudo dentro da política, mas, de modo que, quando tenho política pública, tenho que, minimamente, aplicá-la ou não. Precisamos também, de acordo com o Supremo, da incorporação de novas tecnologias em saúde. O Estado tem que verificar também a evolução da saúde. Não podemos ficar naquilo que existia há cinco anos, e hoje não funciona mais. Os medicamentos novos são importantes, Temos muitos medicamentos novos. A tecnologia muda.



O Poder Judiciário não pode ficar alheio, porque existe o risco de ter omissão no acesso. De acordo com o Supremo, o acesso à saúde não deve ter preconceito ou privilégio, também tendo optado pela medicina baseada pela evidência, como o Supremo interpretou.

O que é interessante na decisão da Suspensão de Tutela Antecipada 175 é o fato de que foi a primeira vez que o Supremo Tribunal Federal discutiu, por seis dias, sobre judicialização da saúde, para decidir uma liminar que era do Ceará. Por isso a relevância dela nessa decisão. Não foi julgada definitivamente, mas já temos alguns paradigmas, tais como: opção pela medicina baseada em evidência; prevalência das políticas públicas em relação a outros procedimentos. O medicamento deve ser dado pelo princípio ativo, e não pela marca. Muitas vezes, o medicamento tem um princípio ativo fornecido pelo SUS, mas “meu médico falou que esse aqui é melhor, que a receita dele é registrada na farmácia que comunica ao laboratório”. A farmácia passa a informação ao laboratório quando o produto for receitado por determinado médico, e o médico acaba ganhando o chamado “chocolate”. Em São Paulo, chamaram numa ocasião de “propinato de sódio”. Lógico que temos esses problemas sérios, sobre os quais estou falando. Não estou falando mal da classe médica. No Comitê da Saúde, temos travado discussões sobre a saúde e percebemos que existem muitos problemas. Há pessoas de bem trabalhando, mas também temos pessoas desonestas, como ocorre em tudo que é lugar. Usam o Poder Judiciário para arrancar dinheiro do Poder Público. Ainda bem que prevalecem as pessoas de bem. Aquela questão: “Sou ético ou não; sou honesto ou sou desonesto?”. Não há meio honesto ou meio ético. O médico, muitas vezes, erra. Ele receita medicamento que acredita que é verdadeiro. Por quê? Porque ele fez, às vezes, medicina há muito tempo. Ele não é acadêmico. Ele não está muito em dia, não tem muito conhecimento das novas tecnologias, nem das velhas que ainda devem ser aplicadas. Há imprescindibilidade, como decidiu o Supremo, da prova da ineficácia e da impropriedade das políticas públicas. O Supremo também decidiu sobre os medicamentos não registrados pela Anvisa. O fornecimento pode ocorrer somente de forma excepcional. Quando o caso é grave e o medicamento não estiver incorporado, o Supremo entende que excepcionalmente pode ser fornecido. O medicamento



não registrado pela Anvisa, em princípio, seria uma droga, seria ilícita, mesmo se ele foi registrado por outro órgão de controle do país de origem. A lei permite que haja alguma importação, mas trata-se de exceção à regra. Em princípio, não pode ser fornecido medicamento não aprovado pela Anvisa. Porém, temos que analisar muito bem aquele caso específico, se ele é cabível ou não. O Supremo fala que, em princípio, não pode, mas que, excepcionalmente, poderia ser. Devem ser negados, de acordo com o Supremo, procedimentos experimentais. Lógico que não podemos fazer experiências com dinheiro público, que não financia para pagar o laboratório. Se o medicamento não está aprovado na Anvisa nem em lugar nenhum, não será financiado com o dinheiro público. Vai ao milagreiro, vai ao feiticeiro, e não ao Poder Judiciário.

As recomendações do CNJ para qualificar e racionalizar o acesso à saúde

O CNJ demonstrou preocupação com a questão da judicialização da saúde, sugerindo medidas de qualificação técnica. Isso se verifica nas Recomendações 31 e 36, que recomendam que haja convênios para disponibilizar novas técnicas. O Tribunal de Justiça fez uma parceria para que se fornecessem notas técnicas. O NATS nos fornecia as notas de apoio técnico, cuja parceria está suspensa temporariamente. Enquanto isso, estamos trabalhando para o restabelecimento, o que deve ocorrer em breve. Para a saúde suplementar, o NATS continua fornecendo notas técnicas. O Tribunal de Justiça de Minas Gerais está providenciando meios para disponibilizar as notas técnicas já elaboradas pelo NATS. A principal dificuldade que existe é a falta de relatórios médicos detalhados. Esses relatórios devem ter a prescrição médica com a denominação genérica, e não apenas o medicamento X. Devem conter o princípio ativo que deve ser utilizado. Muitas vezes, o médico afirma que o medicamento indicado é melhor. Contudo, os genéricos usam a mesma fórmula de fabricação. O medicamento similar não é igual; o genérico usa a mesma fórmula para fabricar aquele medicamento. O similar pode ser diferente, o que é outra situação. Então devemos evitar medicamentos ainda não registrados pela Anvisa. Também está na recomendação do CNJ que, quando possível, devem ser ouvidos os gestores, preferencialmente por meio eletrônico, para ter informações técnicas an-



tes de dar uma liminar *inaudita altera parte*. Recomenda-se sempre ouvir o gestor. Eu já concedi liminar, aqui em Belo Horizonte, em face do município, determinando fazer um procedimento com base na nota técnica que o município me forneceu. Ele demonstrou que realmente não tinha procedimento no SUS, demonstrando que o procedimento era relevante. Naquele caso, não tivemos acesso à nota técnica do NATS, por problema de comunicação. O município forneceu a nota, e eu concedi a liminar com base naquelas informações. O profissional é um técnico, e ele não vai simplesmente dizer: “Sou contrário ao fornecimento”. Ele é um técnico e agirá de forma técnica. Ele pode até ter uma tendência quando chegar uma situação duvidosa, mas, se não houver a situação duvidosa, ele vai me dar uma nota técnica que tenha substância. Para a incorporação de novas tecnologias, precisamos pensar e analisar se existe nota técnica. A Conitec, o Estado de Minas Gerais e o Ministério da Saúde, quando incorporam novas tecnologias, o fazem com base em estudos prévios. Há alguns casos em que o laboratório pode pedir para a Conitec analisar a viabilidade ou não da incorporação da tecnologia no SUS. Também há casos em que o laboratório não pede o registro do medicamento e também não pede a incorporação pela Conitec. Por quê? A Conitec eventualmente vai dar um parecer contrário, não inclui o produto, além do que vai ter uma prova contra eles. A Lei 8.080, quando fala da incorporação de novas tecnologias, prevê que deve haver uma análise econômica prévia do custo/benefício. A Constituição Federal diz que a saúde é um direito humano fundamental, um direito social. O art. 196 diz que o acesso deve ser universal e igualitário, e o art. 198 diz que o atendimento deve ser integral. Também existe o art. 197, que dispõe que o acesso à saúde deve ser regulado por lei, pelas políticas públicas. Por fim, o art. 19-Q da Lei 8.080 dispõe que temos que analisar o custo/benefício para incorporar novas tecnologias. Quando analiso o processo, tenho que ver quanto vai melhorar a minha saúde com o tratamento. Eu posso até entender que, em caso excepcionalíssimo, deve ser fornecido o medicamento. O paciente deve ter acesso ao tratamento, mas não posso desprezar que tenho um sistema normativo e que o Poder Judiciário não está aqui para substituir a discricionariedade do Poder Público. Na análise do processo, tenho que, no mínimo, dizer que a política pública é ruim. Que



esse medicamento não foi incorporado e que deveria ter sido incorporado. Não posso fazer isso apenas com base no atestado médico, sem fazer uma consulta prévia. Se puder, devo fazer uma consulta ao próprio gestor: “O que você acha desse caso? Há evidência? Há outro tratamento?”. Aí o magistrado vai avaliar a conveniência, a pertinência de fornecer ou não aquele medicamento. O que não consigo aceitar, realmente, é o desprezo simples e puro da política pública, sem pensar em evidência científica. Tenho muitas dúvidas. Nós, da área jurídica, sempre temos dúvidas.



Saúde pública e suplementar. Medicamentos e produtos. Notas técnicas do NATS. Aspectos relevantes

Dr.ª Silvana Márcia Bruschi Kelles

Em primeiro lugar, eu tenho que falar do prazer e da honra em estar aqui. Há 15 anos trabalhamos com avaliação de tecnologias em saúde. E, sinceramente, eu não esperava estar aqui diante de uma plateia de magistrados. Eu acho que é uma oportunidade ímpar para qualquer pessoa como nós, médicos, que trabalhamos nessa área de avaliação de tecnologia. Poder levar alguma coisa da técnica de avaliação de tecnologia para os senhores que decidem sobre como vai ser conduzido o processo judicial a respeito daquela tecnologia é um prazer muito grande. Agradeço muito à Dr.ª Vanessa Verdolim e ao Dr. Renato Dresch pelo convite. Depois da palestra do Dr. Renato, confesso que eu tenho pouco a acrescentar, que ele já quase pode solicitar o seu CRM, quase médico, entendendo muito das angústias que nós vivemos como médicos na hora de prescrever, na hora de socorrer.

Mas vamos ver se há alguma coisinha que eu possa acrescentar. Nós, médicos, temos uma orientação do Conselho Federal de Medicina para que, todas as vezes em que formos apresentar qualquer palestra, façamos uma declaração dos possíveis conflitos de interesses. Possíveis por quê? A plateia tem o direito de saber de onde eu vim, o que eu faço, quais os compromissos que eu tenho, quem me paga. Isso é muito interessante, principalmente na medicina. Quando se vai a um congresso e ouve um doutor Fulano de tal falando, é importante saber quem o está patrocinando, se é o laboratório que fabrica a droga sobre a qual ele está discorrendo e é quem o patrocina também. Então, meus potenciais conflitos de interesse são: eu sou consultora do Ministério da Saúde... Eu já recebi financiamento de pesquisa do Ministério da Saúde, do CNPq e da Fapemig, que é uma agência de fomento de Minas Gerais. Nunca recebi qualquer patrocínio para palestras. Trabalho no Núcleo de Avaliação de Tecnologias do Hospital



das Clínicas da UFMG, no Grupo de Avaliação de Tecnologias da Unimed e sou professora da Faculdade de Medicina da PUC.

Foi-me solicitado falar sobre esses temas, aspectos científicos e sociais: saúde pública e estudos sobre medicamentos e produtos, fornecimento dos medicamentos e assistência do NATS ao Tribunal de Justiça. Nós vamos começar com os aspectos científicos e sociais, muito embora o Dr. Renato já tenha falado muita coisa sobre isso.

Bom, aspectos científicos do custo da saúde, do custo crescente da saúde. Não vou falar nenhuma novidade para vocês. Nós estamos passando por uma transição demográfica. A nossa distribuição etária em 2005 era quase uma pirâmide, uma pirâmide já meio gordinha em alguns pontos. Para 2029, a proporção de idosos vai ser muito maior. E com essa proporção de idosos vêm os problemas crônicos, degenerativos da idade. A pirâmide... não, o caixote para 2050 é uma projeção mais assustadora ainda do ponto de vista de demandas de muita intervenção em saúde. A projeção de idosos para o Brasil para 2025 está aqui, batendo às portas: o número de idosos em relação aos idosos que nós tínhamos em 2000 será o dobro! Hoje é frequente ver indivíduos centenários, coisa que não acontecia há 20 ou 30 anos. Além disso, nós temos a transição epidemiológica. O tipo de doença “está mudando”. Tínhamos muitas doenças infecto-parasitárias no começo do século passado. Hoje, esse número é bem menor. Temos vacinas, saúde pública, saneamento básico. Em compensação, as doenças no aparelho circulatório, os problemas cardíacos, a diabetes e suas repercussões cardiovasculares estão aumentando muito. Causas externas de agravos estão aumentando, como a violência nas cidades. Doenças do aparelho respiratório estão mais ou menos estáveis. E os cânceres estão aumentando em decorrência do envelhecimento. O maior fator de risco para câncer é o avançar da idade. Esse estudo (projeção de *slide*) foi feito em 2003 e mostra que saúde não é decorrente de uma intervenção médica, não é necessariamente tratamento. É comum confundirmos muito saúde com tratamento médico. Saúde é muito mais do que isso. Então, esse estudo mostrou a taxa de óbito de pacientes com doenças infecciosas em São Paulo desde 1900 até 2000. Em 1901, a taxa de óbitos por doenças infecciosas era de 45,7 pessoas por 1.000 habitantes. Em 1960, isso caiu para a metade. E, se formos



analisar, nesse período de 1900 a 1960, tínhamos pouquíssima intervenção médica e certamente não tínhamos altas tecnologias em medicina. Podemos considerar que o antibiótico foi comercializado pela primeira vez no Brasil na década de 50 do século passado, toda a diferença em mortalidade, portanto, não pode ser atribuída a tratamentos médicos. Entre 1960 e 2000, a mortalidade caiu para a metade novamente; aqui sim, na década de 80, tivemos um *boom* enorme de tecnologias médicas, que possivelmente influenciaram nessa queda. Mas, na primeira metade do século, o que fez cair pela metade a mortalidade por doenças infecciosas foi o saneamento básico, foi alguma vacina que surgiu... Então, vejam o impacto disso. O impacto foi maior que inúmeras tecnologias caríssimas que vieram depois. Então, não podemos nunca esquecer que isso aqui é um aspecto muito relevante! Não adianta ter em um posto de saúde quinhentos antiparasitários para dar às crianças todos os meses, se elas não têm um tratamento de esgoto; e, terminando o tratamento com antiparasitário, vão pôr o pezinho na água contaminada e se contaminar de novo... Fica um ciclo que não tem fim. Então saúde é muito mais, transcende muito a medicina.

Neste outro gráfico, vemos a expectativa de vida entre 1950 e 2000 para vários países. Os países mais desenvolvidos, que já começaram com uma expectativa de vida alta, aumentaram mais um pouquinho. Isso provavelmente ocorreu à custa de muita tecnologia médica. Mas há países menos desenvolvidos, na África, por exemplo, que também melhoraram muito a expectativa de vida, apesar de até hoje terem pouquíssimos recursos, pouquíssimo acesso às tecnologias mais sofisticadas, vamos dizer assim.

Em uma apresentação do Dr. Antônio Jorge, Secretário da Saúde de Minas Gerais, ele falava que a transição tecnológica também é um ofensor de custos. O SUS depara com permanente processo de incorporação tecnológica, precisa ser avaliado à luz da gestão baseada em evidências, incluindo a utilização de avaliações de custo-benefício e custo-efetividade. Custo-efetividade é o conceito de quanto vale uma vida com qualidade de vida. Um ano de vida a mais com qualidade de vida. É uma técnica que permite uma definição política. No Reino Unido, estimou-se que se pagaria, por tecnologias que acrescentassem, por ano de vida com qualidade, trinta mil libras. Então, eles têm um patamar, um marco legal, vamos dizer assim,



que a sociedade aceita. No Brasil, aliás, eu acho que em nenhum país latino e talvez isso seja idiossincrasia da gente latina mesmo, não se tem esse limiar que em inglês se chama de *threshold*. Não se tem esse parâmetro. Então, algumas tecnologias não são incorporadas em países que têm esse parâmetro, como a Austrália, Canadá, Reino Unido, mas aqui entram como se tivéssemos, se fosse possível, disponibilizar dinheiro sem limite, como se não tivéssemos limitações financeiras para investir em tratamentos até o final da vida do paciente. Não temos avaliações de custo-efetividade no Brasil, porque não temos esse parâmetro. Até onde vamos com os gastos? Eu me lembro de que, quando o ator que representava o super-homem teve aquele acidente e fraturou a coluna e lesou a medula, o tratamento dele, me parece, na época, ficava em um milhão de dólares por ano. Algo assim. Era caro. E ele financiava porque tinha muito dinheiro, financiava o próprio tratamento. Será que isso, para a média da nossa população, é possível, ainda que seja legítimo? É possível?

Outro problema que temos na saúde é paciente “informado”. O Dr. Renato já falou sobre isso. Informado pelo *Google*, informado pelo Fantástico. A segunda-feira após o Fantástico é uma tragédia em muitos consultórios, seja porque o diabético vai tomar uma insulina e ele “não vai tomar nenhuma picada”, seja porque para o paciente que está com câncer terminal e foi “descoberta a cura”; seja porque eu já posso emagrecer tomando um medicamento que foi registrado para diabete, mas que é ótimo para a gente emagrecer sem ter que fazer força... A propósito de emagrecer sem ter que fazer força, eu estou buscando uma pessoa, por exemplo, que eu possa pagar para ir à academia por mim, porque eu detesto ir para a academia... Então, eu quero transferir para outra pessoa a responsabilidade de resolver o meu problema. Essa aí é a pílula milagrosa, não é? Há muita propaganda a respeito de milagres, verdadeiros milagres! E, no dia seguinte, buscam esses milagres no consultório médico; e, no dia subsequente, estão na mesa do advogado para levar isso para a Justiça.

A literatura leiga é tendenciosa, ela é sensacionalista. Bom, mas isso vende jornal. Agora, infelizmente, a literatura médica, a literatura da saúde também é tendenciosa e muitas vezes controversa. Além disso, eu trouxe para vocês terem uma ideia do drama da literatura médica... Isso aqui é



um *site* que usa uma base de dados da Biblioteca Nacional Americana, que disponibiliza, acredito, 70% de toda a literatura médica que é publicada no mundo. E, quando se busca um tema lá... Por exemplo, eu busquei “hipertensão”, aí num cantinho da tela me falam quantas publicações existem sobre aquele tema. E me dão uma sequência cronológica disso. Então, em 1969, quando começou essa indexação nessa base de dados, eu tinha 2.492 artigos sobre hipertensão. Em 2014, sobre o mesmo tema, eram 19.100 artigos. Nesse período, foram 396.000 artigos. Quer dizer que, por mais dedicado que o médico seja, é impossível, absolutamente impossível, você estar a par de tudo isso que é publicado. E vamos dizer, com certeza, que 95% de todas essas publicações e talvez um pouquinho mais não servem para nada. Quando a gente fala em diabetes, por exemplo, a mesma coisa: em 1969, 2.400 artigos; e, em 2014, 34.500 artigos. Exato. Daí surgiu a medicina baseada em evidências, porque nós temos que saber selecionar, em meio a esse cipoal de informações, o que é relevante e o que é lixo. Bom, se encontramos tudo isso sobre diabetes e hipertensão, é porque são doenças que acometem também pessoas que podem pagar por esse tratamento. Por outro lado, para doenças que acometem tipicamente populações pobres ou países pobres quase não se encontra literatura. Somente 1% dos medicamentos desenvolvidos nos últimos 25 anos foi para doenças tropicais como tuberculose ou leishmaniose... As pesquisas sobre tuberculose agora estão melhorando, porque os pacientes HIV positivos são facilmente acometidos pela tuberculose. Então a indústria farmacêutica está achando um nicho de mercado para um grupo que pode pagar por aquele medicamento novo, eles estão se interessando em fazer pesquisas.

Cerca de 90% dos recursos de pesquisa e desenvolvimento do mundo são para tratamentos de doenças dos 20% mais ricos. Então, temos um viés de oferta. Para a indústria, não é “eu quero salvar vidas”, não é “qualquer vida”; na verdade é “eu quero salvar vida de quem pode me pagar”. E, para o gestor público, isso fica muito claro. Eu vou ter uma oferta muito grande de medicamentos que custam 150.000 reais por ano ao mesmo tempo em que é retirado do mercado o Benzetacil, que talvez os mais jovens nem conheçam. Trata-se de uma penicilina injetável que até hoje se usa para tratar doença reumática e que não estamos encontrando no mercado. Por quê? Porque custa menos de 10 reais a ampola.



Outro problema que se tem com referência à literatura médica chamamos de viés de publicação. Apesar daquele enorme contingente de publicações, só se consegue publicar, só se consegue fazer publicação de medicamento ou de situação que deu resultado positivo. Ou seja, só interessa para quem está patrocinando a pesquisa daquilo que deu certo e que pode resultar em vendas. Aquilo que não deu resultado é difícil publicar. E os periódicos médicos são interessados em publicações positivas. Então, existe esse exemplo de um estudo positivo sobre trombose que envolveu 300 pacientes publicado no *British Medical Journal*. Um estudo positivo foi publicado com 300 pacientes. Outra pesquisa, finalizada na mesma época, mostrou resultados negativos, e os pesquisadores tentaram publicar um artigo sobre o mesmo tema, com 5.500 pacientes. Do ponto de vista médico, é muito mais relevante você fazer uma pesquisa com 5.500 pessoas do que com 300. Um foi publicado, porque era positivo, e o outro muito mais relevante não foi publicado. Esse é o lado cinza da medicina. E, muitas vezes, muitos médicos não têm consciência disso. Então, na hora em que o médico vê um resultado positivo, ainda que seja com 300 pacientes, sai prescrevendo... Existe o falso conceito de que aquele medicamento vai salvar todas as vidas que eu tiver pela frente. Não é bem assim. Dr. Renato já citou isso, de uma publicação da Organização Mundial de Saúde, dizendo que 50% das prescrições são erradas. Erradas, por diversos motivos. Esse aí é um deles. Trabalhos científicos financiados pela indústria têm 405% mais de chance de serem favoráveis ao financiador. Também, quando não é favorável, não se consegue publicar! Mas 405% é muito. Pesquisadores com projetos financiados têm 950% de chance de prescrever um medicamento que eles investigaram. E os laboratórios fazem muito isso, fazem uma “pesquisa expandida”. O medicamento já tem registro na Anvisa, já está sendo comercializado no Brasil, e aí eles te levam uma proposta de pesquisa, um protocolo todo formal do laboratório, para que você inclua pacientes. E depois eles vão usar aquela inclusão para um outro estudo que vai ser publicado... Todo médico fica entusiasmado. “Estou participando de uma pesquisa, estou anotando todas as características do meu paciente”. Que ótimo!!! E com isso o médico passa a prescrever muito mais o medicamento. Viagens para participar de eventos aumentam em quase 800% a chance de você pres-



crever aquele medicamento. Esses números e pesquisas estão publicados, as referências estão aqui, a apresentação vai ficar disponível. Quem quiser conferir, estão lá. E o Dr. Renato também estava falando: quando uma droga não funciona, o médico superbem-intencionado quer sempre falar: “Vamos tentar essa outra”. E às vezes ele vai buscar naquela literatura, que é meio comprometida, que outra mais? Quando um representante de um laboratório já não levou para ele um *folder* colorido falando: “Use isso”. Também o Dr. Renato já falou. Ouve-se muito, como justificativa para a judicialização: “Se o paciente não tomar esse medicamento, ele vai morrer”. Aí perguntamos: “E se tomar? Não vai morrer, não?” Vai também! Às vezes ele vai morrer até mais rápido! Às vezes ele vai morrer exatamente no mesmo tempo. Às vezes ele pode ter até uma sobrevida um pouco maior, mas temos que avaliar com que qualidade! Quando se avalia qualidade de vida, existe uma escala que vai de... Acho que de 10 a -3. O zero é a morte. Então existem estados de qualidade de vida que são percebidos pelo paciente como piores do que a morte. E não é difícil se imaginar isso. Vou propor para vocês: Eu, numa cama, sem poder me mexer, sem poder fazer as minhas necessidades básicas, com feridas pelo corpo inteiro, porque eu estou acamada, com dificuldade respiratória, com dor. Realmente... Não pode ser nenhuma vantagem isso, e eu, particularmente, não pretendo isso para mim.

Um pouquinho sobre saúde suplementar e saúde pública. Estava falando para o Dr. Renato... Eu procurei dados sobre saúde suplementar e saúde pública no ano passado, quanto é que nós gastamos... Tanto na saúde suplementar como na saúde pública, e eu achei vários números. Então, eu deixo as referências aqui de onde encontrei cada dado, mas eu cheguei a uma conclusão. Eu achei uma faixa de gasto *per capita* no SUS girando entre 706 e 1.100 reais por ano; e, na saúde suplementar, eu achei valores entre 1.147 e 2.150 reais *per capita* por ano. Considerando... Isso aqui eu dividi por 150 milhões de pessoas. Embora no Brasil sejamos 200 milhões de habitantes, eu considerei, de um jeito muito conservador, que quem tem plano de saúde não vai usar o SUS. Na verdade, usa. Usa muito, e vamos ver isso. Bom, então nós estamos falando basicamente, quando se compararam os dois sistemas, público e saúde suplementar, estamos falando muito mais em hotelaria e em acesso, em facilidade de acesso. Esse *slide*, também



do Dr. Antônio Jorge, mostra que 30% da população possuem cobertura privada dos planos de saúde, mas utilizam também o SUS para transplante, medicamentos de alto custo, hemodiálise, tratamentos de emergência, vacinas, tratamento para Aids... Tratamento para Aids no serviço público é gratuito. Gratuito, não. Eu não gosto de falar que o serviço público é gratuito. Ele é pago com os nossos impostos. É rateado por toda a população brasileira. Não existe nada gratuito. E ter melhor acesso, na saúde suplementar, significa melhor assistência? O que vocês acham? Quem que acha que sim? Eu vou dar um dado para vocês que não é nosso, é do "primo rico" (Estados Unidos). Cerca de 46% de todo o recurso gasto no mundo com saúde são gastos pelos Estados Unidos, que têm 5% da população mundial. Mas ocupa o 37º lugar em indicadores de saúde no mundo. Então, tem dinheiro demais, tem acesso... Uma população bem-esclarecida. É bem verdade que lá são 40 milhões de excluídos, que vão morrer na rua sem qualquer assistência e eles não vão nem ver. Apesar dos grandes gastos, há indicadores de saúde muito ruins. Os melhores indicadores de saúde do mundo são em países em que a saúde é avaliada e controlada pelo Estado. Como ocorre no Reino Unido, Canadá. São os melhores indicadores. Maravilha? Não! Eles têm muitos problemas lá também...

Fazendo uma analogia com a saúde suplementar no Brasil, por exemplo, vamos analisar a cirurgia de coluna. A cirurgia para tratar a dor lombar... Você tomou anti-inflamatório, não melhorou. Aí você vai ao médico, o médico vai pedir uma ressonância nuclear magnética... E acha uma hérnia de disco. Hérnia de disco, senhores, salvo umas exceções, regride sozinha. Mas, já que você está com uma hérnia de disco e dor, você está na frente de um cirurgião que foi treinado a fazer cirurgia para tratar a sua dor... Aí ele te propõe uma cirurgia. Uma cirurgia para tratar dor. Eu não sei se é possível vocês verem, isso aqui se chama cirurgia minimamente invasiva. Em vez de você fazer um corte em cima da coluna do paciente, você introduz um trocar pelo flanco, abre todo o músculo e chega lá na coluna, você abre esse trocar um pouquinho e faz uma cirurgia minimamente invasiva... Na verdade, é uma "tourada". É uma cirurgia muito agressiva. Mas você não fica com cicatriz aqui, você fica com cicatriz aqui. Isso é considerado uma inovação tecnológica. Então o pessoal não quer operar da for-



ma convencional, quer operar de uma forma mais sofisticada. O que vai acontecendo com isso? Vai banalizando a técnica cirúrgica, vai ficando fácil, vai ficando... “Ah, eu vou fazer cirurgia bariátrica por videocolposcopia, não vou abrir a minha barriga toda, vou fazer um monte de furos e isso vai me dar uma recuperação muito mais rápida”. Isso vai banalizando a cirurgia. Na Unimed, por exemplo, estamos fazendo 200 a 220 cirurgias bariátricas por mês. Para uma população de um milhão e duzentas mil pessoas. Há muita gente engordando para fazer cirurgia bariátrica. Um monte. Mesmo tendo alguns benefícios com a cirurgia bariátrica, não se sabe nada sobre os seus efeitos a longo prazo. E pacientes de 18, 19, 20 anos estão fazendo cirurgia bariátrica e vão sobreviver a ela 50, 60, 70 anos... O que vai acontecer com eles? Então, a tecnologia, se por um lado faculta o resultado pós-operatório imediato melhor: menos dor, não abrir a barriga toda, etc., ela, de alguma forma, banaliza o procedimento. Não se opera quem precisa, opera-se todo mundo que quer. E aí reside o perigo. Você tem um cirurgião que sabe trabalhar com resolução cirúrgica dos casos, o que ele faz é cirurgia, e a solução que ele vai te dar é uma solução cirúrgica. Encontra um paciente que quer essa solução, ele se esforça para chegar aos parâmetros de peso que podem habilitá-lo para a cirurgia e aí... Bom, nós estamos assinando um monte de cheques em branco para daqui a 30, 40 anos. Estamos sacando antecipadamente sobre a nossa própria saúde. Há alguns que já estão pagando esse cheque hoje. Nós temos pacientes que, depois da cirurgia bariátrica, por exemplo, estão tomando transfusão de sangue, porque não conseguem mais absorver ferro, porque o intestino deles, que cumpriria essa missão, está todo alterado pela cirurgia...

Mudando para câncer de próstata, sabidamente, a pesquisa de PSA em homens sem sintomas e sem fatores de risco, para ver se o paciente está ou não com câncer de próstata, não mostrou qualquer benefício ao longo desses anos todos em que foi praticada. Então fazer ou não fazer PSA não mudou absolutamente em nada a mortalidade de câncer de próstata. Agora, se você fizer o PSA e se você tiver o PSA aumentado, você vai fazer uma biópsia ou mesmo uma cirurgia. Se você operar, você pode ter uma complicação no pós-operatório imediato ou complicações mais em longo prazo, como incontinência urinária, impotência... Então, às vezes, um câncer



que nem ia te dar problema nunca, como é o caso do câncer de próstata no idoso, porque ele tem um curso muito lento, é muito provável que o idoso morra de outra coisa que não daquele câncer, se operado, pode trazer uma porção de problemas que ele não ia ter no momento atual.

A incorporação de tecnologias na saúde suplementar é feita de forma absolutamente acrítica. No SUS, a gente ainda tem alguns níveis de regulação. Tem a Conitec. Na saúde suplementar, não tem. Na saúde suplementar, por exemplo, o medicamento que tem registro na Anvisa tem cobertura obrigatória. Se o médico prescrever, o plano de saúde tem que pagar independentemente de ele funcionar ou não. E nós vamos ver um pouquinho sobre quais são os critérios da Anvisa para registrar um medicamento. A Anvisa não faz avaliação de tecnologia, não é esse o escopo do trabalho da Anvisa. Essa incorporação acrítica na saúde suplementar depois ela vai pressionar o SUS. Se o paciente da saúde suplementar tem direito de fazer aquela cirurgia minimamente invasiva da coluna para não ficar com uma cicatriz, por que para o paciente do SUS é diferente? É ruim para os dois, não é ruim para o SUS! É ruim para a saúde suplementar também.

Só um exemplo em que a oferta cria a demanda. Esses são dados do ano passado, quando eu fiz uma avaliação para a Conitec: temos 110 aparelhos para PEC CT espalhados pelo Brasil inteiro. Em 2010, no Canadá, existiam 29 máquinas. Então, se eu tenho isso tudo de equipamentos de PET CT, eu vou precisar fazer muitos exames, porque, se não, eu não pago o meu equipamento. É uma máquina com manutenção caríssima. Aí eu começo a fazer exames de coisas que não precisavam. E aí, como é um exame muito sensível, eu começo a achar coisas que eu não precisaria tratar se eu não tivesse um exame tão preciso, porque aquilo nunca iria levar a uma repercussão clínica. Eu começo a tratar coisas pré-clínicas, coisas que não estão, de forma alguma, incomodando a pessoa e talvez nunca a incomodassem.

Um outro problema que temos é que não existe intervenção sem risco. Toda intervenção em saúde tem o benefício e tem o risco. Tudo. Beber água tem benefício e risco. Esse estudo aqui foi um estudo de 2007 na União Europeia, em que eles estavam querendo mostrar que o preço do CDI - que é um tipo de marca-passo - não era alto. Embora o preço individual seja alto, a quantidade de pacientes elegíveis para isso é pequena, então



o impacto não era alto em termos de saúde pública. O estudo mostrou que, com os marca-passos, eram gastos um bilhão e meio de euros por ano. Com os *stents*, gastavam-se quase três bilhões por ano. Mas, com a administração de saúde, 46 bilhões, o mais grave: o custo do cuidado inapropriado e efeitos adversos de medicamentos custaram, no mesmo período, 150 bilhões de euros na Europa. Isso mostra a necessidade de mais austeridade e competência nos tratamentos; e, quando se proporcionam exames desnecessários, facilidade muito grande de consultas com especialistas, e até medicamentos, você pode eventualmente estar contribuindo para esses efeitos colaterais, que às vezes são graves também. Vão ser agravos para a saúde. Então a situação do câncer de próstata, por exemplo, é um caso desses. Ao operar um senhor de 85 anos, de câncer de próstata que não havia dado qualquer sintoma clínico, encontrado por meio de um exame de PSA aumentado, provavelmente você não está dando a ele qualquer benefício. Provavelmente ele não viveria até os 105 anos, que é quando o câncer ia dar alguma repercussão clínica, e está trazendo todos os malefícios da cirurgia para ele no presente. Ele fica só com o evento adverso.

Vou falar um pouquinho sobre medicamentos e produtos para a saúde. Esse eu tirei do fórum... Do Fórum Permanente Estadual de Saúde. Achei muito interessante. Acho que o Dr. Renato se sai melhor em medicina do que eu em direito, mas, em todo o caso, vou arriscar. Enunciado do Fórum Permanente Estadual de Saúde - "O ente público tem o dever permanente de atualizar os instrumentos normativos que estabeleçam as listas de medicamentos disponíveis, de modo a acompanhar a evolução da ciência médica e farmacêutica". Eu vejo, quando eu vou a um debate, principalmente com a indústria, uma tentativa muito grande de desmoralizar toda a regulação que se tem no Brasil. Depois eu vou mostrar para vocês que ela é bem firme, bem sustentada. Mostro um balanço da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec). A Conitec foi criada em 2011. Ano passado, eles apresentaram o balanço de suas atividades de 2012 a 2014. A função da Conitec é elaborar relatórios para incorporações na área de saúde, subsidiando a decisão baseada em evidências, com transparência no processo. Para tudo o que eles fazem, existe uma consulta pública disponível para toda a população que quiser opinar. É o estabelecimento de parti-



cipação social... Entre 2012 e 2014 foram avaliadas 350 tecnologias. A maioria era de medicamentos... 350 é pouco? Mas não tínhamos nada. O processo de regulação da incorporação está começando. Pois bem, a maioria era de medicamentos, metade das demandas foi feita pelo Ministério da Saúde, metade por agentes externos: fabricantes, sociedades médicas, órgãos do Poder Judiciário, associações de pacientes. E aqui é importante frisar duas coisas: como o Dr. Renato falou, há muitos medicamentos que não são pautados na Conitec pelo fabricante, porque ele sabe que, se ele pautar na Conitec, o medicamento dele não vai ser recomendado para a incorporação. E fica muito mais confortável para a indústria o "Eu tenho registro, todo mundo tem que usar" do que "A Conitec não recomendou meu medicamento". Então, a indústria não pauta nunca o medicamento. É um viés.

Sobre as associações de pacientes... Eu estive em uma reunião na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na última terça-feira. Nessa reunião, foi avaliado o que entraria no novo rol de cobertura obrigatória para a saúde suplementar. É o rol mínimo de coisas que devem ser pagas pelo plano de saúde. E a participação na reunião é ampla: há operadoras, hospitais, representantes de hospitais e representantes de pacientes, também. Havia dois representantes de associações de pacientes. Um, acho que é mais isento, falou uma das coisas mais sensatas que eu ouvi lá. Falou que eles querem, sim, incluir uma porção de tecnologias no rol da ANS que sejam legítimas, que tragam benefício para o paciente, mas que eles querem, também, que a saúde suplementar sobreviva. Entendendo que tudo o que será incorporado tem um custo e que, se incorporar tudo de tudo, sem critério, teremos majoração dos preços, existiriam duas alternativas para a sustentabilidade do setor: ou se aumenta o preço de venda do plano de saúde, o que não tem muito espaço - nossa população acho que está perdendo o poder aquisitivo e não melhorando - ou o próprio plano de saúde não terá capacidade para dar a cobertura mínima exigida e será fechado pela agência reguladora.

Agora, estava lá também uma associação que se diz "a voz do paciente com câncer". Chama Oncoguia. Isso está no *site* deles: quem os financia são todos os laboratórios que têm medicamentos oncológicos. E aí esses querem tudo. Tudo de tudo. Tudo é o limite. "Mas o medicamento não



dá nenhum ganho de sobrevivência? "Não, mas você pode ter um paciente que vai se beneficiar com isso, porque..." Então estavam presentes aqueles muito interessados em incorporar tudo de tudo na saúde suplementar... e depois isso vai forçar a incorporação também no SUS. Não é o paciente propriamente não, porque ele percebe que isso tem um custo. Eu não posso fazer mais compras do que o meu orçamento dá conta. Todo mundo sabe isso.

Na Conitec, vemos transparência social e participação... Transparência com participação social. As consultas públicas tiveram mais de 5 mil contribuições. Isso aqui é interessante... Foi um juiz federal dizendo que a criação da Conitec trouxe uma nova percepção sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil a partir da constatação da existência de estudos aprofundados sobre incorporação de novas tecnologias no sistema de saúde. Isso é muito importante para demonstrar aos juízes no Brasil que existe uma rigorosa análise democrática conduzida pela Conitec sobre a incorporação ao SUS de novos medicamentos e insumos para a saúde. O principal desafio da Conitec é pulverizar o conteúdo de suas decisões para os juízes do Brasil. Existe um movimento muito forte que tenta desqualificar a Conitec. É a nossa única instância oficial. Criada por lei federal, avalia tecnologias no Brasil. E desqualificá-la interessa para determinados setores. Com a Conitec, aquelas 350 tecnologias foram avaliadas em três anos. É um esforço muito grande. Lá encontramos avaliados e incluídos no SUS medicamentos caríssimos, mas que trazem benefício para o paciente. Então, o Ministério da Saúde está fazendo um esforço para incorporar isso, para dar esse benefício para a população de forma equânime, de forma igualitária.

É importante atualizar as listas de materiais básicos que têm que estar nos municípios. A Conitec também trabalha com isso, e essa lista, que antigamente ficava dez anos sem qualquer atualização, hoje é atualizada de dois em dois anos. Então, temos políticas públicas bem-estruturadas que a maioria dos médicos ou muitos médicos do SUS desconhecem.

E agora eu vou falar um pouquinho sobre o que é o registro da Anvisa. Vocês têm alguma ideia de quais os critérios a Anvisa usa para registrar os medicamentos? Como é que entra o medicamento no Brasil?

Orador: Primeiro acho que deve ser assim... Se está aprovado lá no outro país, aprova-se aqui também.



Orador: Esse é um dos critérios. Se está aprovado no país de origem. Nesse caso, temos que ver qual é o critério de lá, do país de origem, não é mesmo?

Dr.^a Silvana: Pela Anvisa passam 25% do nosso PIB. Porque eles avaliam medicamentos, equipamentos, agrotóxicos, cigarros, cosmético, viagens, uma porção de coisas. Então, imaginem as inúmeras atribuições que a Anvisa tem. O FDA dos Estados Unidos, que atua só com medicamentos, tem 3,8 mil pessoas trabalhando; só para medicamentos. O nosso, para esse montante de atribuições, nós temos 2 mil funcionários. Além disso, Brasília é a terra dos concursos públicos, não é? Então os funcionários da Anvisa são admitidos em concursos públicos; aí abre outro concurso para outro órgão do governo... E os funcionários, treinados em concursos, passam para outra função, em outro órgão. A rotatividade é muito grande. Acho que eles fazem milagre com o grupo de pessoas que eles têm. Eles procuram atender da melhor forma possível, mas a equipe é insuficiente, com certeza. E aí, para registrar, eles avaliam o caráter jurídico e administrativo; se aquele medicamento atende às necessidades básicas de segurança para a produção de medicamento; e o técnico-científico, relacionado à eficácia, segurança e qualidade desses produtos para entrar para o nosso mercado. A avaliação de eficácia e segurança é baseada em trabalho científico e verificação se aquele medicamento já foi registrado no país de origem. Só que aqui mora um perigo. Quando se fala do FDA, que é muito visitado pelos técnicos da Anvisa, o FDA exige, para registro, apenas um estudo comparando o medicamento com o placebo. Então, se o medicamento for melhor do que o placebo, ele tem registro no FDA. E, assim, importamos esse registro! Imaginem, dificilmente um medicamento vai conseguir ser pior do que o placebo, pior do que não fazer nada! Algum efeito geralmente ele tem. E aí nós temos no mercado uma porção de medicamentos que são muito melhores do que nada! Esse é o nosso registro da Anvisa. É a proposta deles. A avaliação de tecnologia é feita pela Conitec, e não pela Anvisa. Eles têm que olhar se cartorialmente o laboratório pode funcionar no Brasil e se tem registro na origem. É isso que eu acabei de falar. Se a comparação fosse com o tratamento habitual, em vez de placebo, seria muito melhor... Por exemplo, infecção urinária, eu trato habitualmente com medicamento X. Aí



apareceu o medicamento Y, eu vou comparar os dois e ver se o Y é melhor do que o medicamento X, que já estava incorporado. Mas não. A história é assim: existe o medicamento X, que todo mundo usa para tratar infecção urinária. Aí eu crio o meu medicamento Y e comparo a eficácia dele com **não tratar**. Ele foi melhor: entra no mercado! Fico com os dois. Qual é melhor? Qual eu devo usar? Não sei, eles não foram comparados entre si... Para registro no FDA, o medicamento pode ser comparado só com placebo. A Anvisa olha a conformidade cartorial e o registro da bula. E acrescentar mais uma indicação na bula é responsabilidade da indústria. Não existem muitos critérios para isso.

Outro item que eu pesquisei lá no Fórum Permanente foi “Não se recomenda o deferimento do pedido de medicamento não aprovado e testado pela Anvisa”. E o inverso: basta ser aprovado para que se possa recomendar? Agora vocês já sabem como a Anvisa aprova, registra o medicamento. O fato de o medicamento ter registro será suficiente para que o médico solicite a utilização do medicamento? E se, por acaso, não estiver no protocolo, não estiver na política pública? Estou só mostrando para vocês que os critérios de registros são muito frágeis para que se possa basear só nisso.

E finalmente um pouquinho da nossa experiência na Assistência do NATS à saúde suplementar... O meu foco era só saúde pública. Lá no Fórum Permanente, eu também pesquisei: “o dispositivo contido no artigo 196 da Constituição submete o direito à saúde às políticas públicas, de modo a prevalecer o direito coletivo sobre o direito individual que o possa prejudicar”. Aí eu mostro essas duas linhas de trem... Imaginem que vocês têm uma pessoa na linha de um lado e sete pessoas na linha do outro lado. É uma encruzilhada, e vocês têm a manete para dirigir o trem para um dos lados. O trem está vindo e a pergunta é: vou proteger uma pessoa ou sete? Eles estão longe, não há como gritar: “Saíam daí!” Eles não ouviriam. E essa decisão aqui, para que lado o trem vai, costuma ser de vocês. É uma decisão que eu não gostaria de tomar. E como a gente resolve isso? Se eu deixar o trem ir em frente, ele mata uma pessoa. Se eu o fizer virar de lado, ele mata sete. Ah? Você mata uma? E se aquela uma for a sua mãe, sua irmã ou sua filha?

(Vozes sobrepostas)

Dr.^a Silvana: O problema, como esse, está nas nossas mãos. Acho que... É esse aspecto que eu gostaria de trazer para a discussão. Eu acho que



nessa hora a gente pode contribuir um pouquinho com conhecimento. Bom, há sete pessoas no lado de cá. Mas as sete estão fora de possibilidade terapêutica. Não é porque existe o remédio que eu tenho que tratar uma pessoa que já não vai mais se beneficiar daquele remédio. Então, é um drama... Eu acho que é um drama sempre que vocês têm que decidir isso. É difícil para a gente, médico... Olhe, eu vou falar para os senhores que nós nos empenhamos muito, estudamos muito para dar um parecer, porque é a última chance daqueles sete ou daquele um. Recorrer à Justiça porque ele não encontrou nenhum outro caminho para resolver o problema dele. Então, a gente tem que ter muita consciência, muita firmeza em afirmar que, realmente, para esse paciente, já não adianta. Se fosse um ano antes, talvez ele se beneficiasse. Hoje, não mais. Então, nesse estágio da doença, dar ou não dar o medicamento, o desfecho vai ser igual. É aquele: se ele não tomar o medicamento, vai morrer da mesma forma que se tomar. Acho que é esse ponto, que nós, técnicos da área de saúde, podemos, talvez, auxiliar vocês um pouquinho nesse drama, que é decidir sobre quem vai e quem fica. As notas técnicas do NATS estão no *site* do CNJ. Agora, eu só alerta que as notas técnicas são feitas para as especificidades dos pacientes. Não avaliamos o medicamento, avaliamos o caso clínico para o qual o medicamento está sendo solicitado. Às vezes, dois pacientes têm recomendações completamente diferentes, porque um vai se beneficiar muito e o outro não vai se beneficiar. Então, não tem jeito de julgar o remédio. É o remédio dentro de um contexto. Ou o procedimento dentro de um contexto.

Orador: Eu posso fazer só uma observação? Há algumas notas técnicas do NATS que demonstram que aquele medicamento não tem a eficácia que o médico está conferindo a ele, que existe outro no mercado que tem a eficácia pretendida. Estou afirmando que cada caso é um caso especial, único, por mais “parecidos” que eles possam ser.

Dr.^a Silvana: Às vezes, falam assim: “Mas essa nota aqui, vocês recomendaram, e essa nota aqui vocês não recomendaram.” Porque às vezes varia o caso clínico.

Orador: O CNJ está divulgando as notas do NATS. Fez um banco de dados dessas notas técnicas e coloca esse banco de dados à nossa disposição sem dar esse alerta.



Dr.^a Silvana: Exatamente. Todas as notas, todas, sem exceção, têm descrição do caso clínico. Então, eu recomendo assim: se vocês não conseguirem perceber que aquele caso é idêntico ao que vocês têm em mãos, então talvez seja melhor não usá-las. Se o caso clínico for muito diferente, convém fazer uma nova consulta, alguma coisa assim.

Orador: É o caso do paciente que a gente pede. Geralmente quem manda para nós, nós pedimos que especifiquem o caso. Às vezes se escreve: “Com essa descrição, eu não consigo responder. Responda, por favor, se ele tem isso, tem aquilo”.

Dr.^a Silvana: É, bem especificado.

Orador: Agora, isso é apagar incêndio de floresta com... com balde de água.

Dr.^a Silvana: É. Com balde d’água. Então, eu vou falar no final o que o NATS planeja, qual é o nosso sonho? Eu não passei da hora não?

Orador: Não.

Dr.^a Silvana: O NATS fez uma parceria, em outubro de 2012, com a Secretaria Estadual de Saúde. Nós trabalhamos até julho de 2014. Foram 1.300 notas técnicas. Dentro do hospital, é mais fácil porque, às vezes, chegam solicitações de temas que os técnicos de avaliação de tecnologia nunca viram. Nós vamos atrás do neurocirurgião que só opera criança ou do médico que só faz implante de neuroestimulador, por exemplo. São coisas muito específicas e, para que se possa responder na rapidez que se responde, teríamos que estudar para entender o que é a doença, para depois buscar a literatura. Aí, nesse caso, pedimos ao especialista que nos explique de que se trata. A partir daí, já é possível elaborar uma pergunta técnica para responder à demanda do juiz. Então, o ambiente do hospital favorece muito isso por causa dos especialistas. O especialista não vai responder por nós. O que recomendamos está embasado na literatura médica, com todas as referências. Se quiserem reproduzir, conferir, pedir para outra pessoa, eles têm que chegar a mais ou menos a mesma resposta. Então, é uma assessoria clínica, a decisão é do juiz. Informamos sobre a eficácia, segurança, se o medicamento tem ou não tem registro na Anvisa. Qualquer um pode refazer nosso parecer, porque é estruturado. E a recomendação sai assim: “Diante do quadro clínico apresentado pelo paciente, provavelmente isso vai ser benéfico... ou provavelmente não”.



Orador: Doutora, e se houver uma contradição? Fere a ética?

Dr.^a Silvana: Como assim?

Orador: Por exemplo, vem uma receita com a indicação daquele remédio. Aí a recomendação é que: “Olha, esse remédio...” Não ou sim, mas sugere outro remédio. Isso tem algum conflito com a ética?

Dr.^a Silvana: Nossas recomendações não são expressão de convicções pessoais. Elas são baseadas na melhor evidência científica disponível. Então, a recomendação que é uma recomendação não é nenhuma imposição, eu não estou tratando o paciente, mesmo porque eu nem o ouvi, certo? É assim, baseado na melhor evidência científica, a recomendação é tal coisa ou tal coisa. Nós vamos ver uns exemplos, talvez fique mais claro, talvez a resposta fique mais clara com os exemplos.

Orador: Houve um questionamento a respeito disso. Se não estaria ferindo a ética médica.

Dr.^a Silvana: Não entendo que o NATS esteja interferindo na conduta médica de outro colega. O NATS responde a uma demanda do Judiciário, que perguntou o que seria melhor naquela situação... Com ou sem nossa assessoria, vocês terão que responder, que deliberar. E vão resolver com os conhecimentos médicos que têm. Eu acho que é uma assessoria. Eu não estou obrigando ninguém a seguir nada, eu não fui atrás do paciente para mudar a conduta médica. Muitas vezes se concorda com a conduta médica, e aí, imagino, vocês ficam mais tranquilos para decidir favoravelmente.

Orador: O NATS não consulta os pacientes porque não é perícia. E eu quero ter uma segunda opinião isenta sobre aquela matéria. Se a dúvida persistir, pode-se até sugerir uma perícia. O NATS apresenta sua recomendação sobre uma questão específica: existe uma evidência científica X. O juiz vai saber se vai acolher a recomendação do NATS ou não. São opções dele. Simplesmente fazemos uma recomendação sobre uma questão acadêmica, científica, sobre aquele caso que foi apresentado.

Dr.^a Silvana: Eu nunca me senti ferindo a ética ou interferindo na conduta de qualquer colega.

Bom, essa aí é a estrutura da nossa lauda técnica. Sempre fazemos um resumo executivo, se o juiz tiver interesse de ler só o resumo. Procuramos elaborar o resumo em uma linguagem acessível, com a síntese do



que foi avaliado. Depois sempre se coloca a questão clínica da solicitação. Qual é o caso clínico do paciente é uma pergunta estruturada. Isso é uma técnica da medicina baseada em evidências. Eu estou pleiteando um medicamento X, para um paciente com perfil Y, para qual desfecho? Eu quero o quê? Eu quero cura? Eu quero evitar a morte dele? Eu quero prolongar a vida dele? O que eu estou buscando com esse medicamento? Porque, se eu quero cura com o medicamento e a doença do paciente é incurável, morreu aí a questão. Se eu estou querendo melhorar a qualidade de vida, aí eu tenho que avaliar outro tipo de estudo. E assim por diante. Por isso, a pergunta estruturada é muito importante. A seguir, discorreremos sobre o contexto clínico e epidemiológico. Se é uma doença rara, eu não vou achar estudos grandes e ensaios clínicos relevantes. Nesse caso, eu vou propor uma alternativa com a melhor evidência disponível, que não vai ser nada muito robusto, mas vai ajudar a responder àquele caso. A descrição da epidemiologia avaliada, a disponibilidade do medicamento no SUS ou de opções terapêuticas. Sempre procuramos descrever isso. Às vezes, o médico pede uma marca e no SUS está disponível o medicamento genérico. Então, eu posso muito bem informar isso para os senhores: O remédio com nome X não está disponível, mas o genérico que está disponível ou pelo menos deveria estar disponível pelo SUS tem o mesmo perfil de eficácia e segurança. O preço da tecnologia é outro item que disponibilizamos. Acho que é uma informação relevante. Nunca recomendamos ou não com base em preço. Mas, se eu acho que é relevante para o gestor ou para o Judiciário saber que eu estou lidando com medicamento de custo 30 reais... E é desanimador quando alguém recorre à judicialização por causa de medicamento de 30 reais. O juiz também tem que ser informado se o medicamento pleiteado custa 400 mil reais. A seguir, no nosso parecer, vem o resultado da revisão da literatura com todas as referências bibliográficas. As considerações finais e a recomendação: para o caso clínico é isso, isso e isso e a recomendação de forma assertiva. Não adianta eu entregar para os senhores uma avaliação da tecnologia com mil termos médicos, para os senhores depois concluírem se cabe ou não. Os senhores não são médicos. Por isso, nossa recomendação é sim ou não. Procuramos fazê-la com maior isenção possível, dentro da melhor qualidade possível dos estudos, porque temos



muito respeito pelo paciente que está reivindicando o tratamento. E todas as referências bibliográficas que usamos para aquela pesquisa estão disponíveis.

Aí trouxe uns exemplos. Por exemplo... Era um medicamento para a prevenção de tromboembolismo. O formato da lauda técnica é mais ou menos essa. Medicamento, data, solicitante, o número do processo, o réu, o tema e aqui vai o resto que eu mostrei para os senhores. Esse aqui é o tratamento...

Aqui um caso de medicação para tratamento de melanoma. Melanoma é um tumor maligno de pele muito agressivo. Apareceu esse medicamento. Esse aqui é o tal de 400 mil reais o tratamento.

É um paciente com problema grave. Ele apresentava uma doença extremamente avançada. O ganho marginal de dois meses de sobrevida, observado nos estudos, era para um perfil de paciente melhor do que o que esse paciente apresentava. O medicamento ainda apresentava risco elevado de intoxicação... O remédio, além de ser caro, era extremamente tóxico. Nos estudos, algumas pessoas morreram por causa do tratamento. E o custo elevado. Baixíssimo custo-efetividade. Não recomendamos o medicamento para esse paciente e recomendamos o melhor cuidado paliativo. A possibilidade de dignidade nesse caso é o cuidado paliativo. O paciente já não respirava sozinho mais, um drama. Quer dizer, eu só ia acrescentar, para esse paciente, segundo os ensaios clínicos, toxicidade. Não ia conseguir benefício algum. Já havia passado da hora de, eventualmente, se beneficiar do remédio.

O outro caso foi um câncer de cólon. Paciente de 57 anos, com câncer de cólon, solicitando esse medicamento. Aí está a pergunta estruturada: aspectos epidemiológicos, descrição da medicação que foi solicitada, a bula do medicamento. E se tem indicação de bula para isso. Mas vamos ver aqui. Isso aqui é o ganho de sobrevida com ele ou com tratamento alternativo. Não sei se vocês entendem de curvas de sobrevida, mas, quando as curvas se sobrepõem, quer dizer que o resultado é exatamente igual. Então tratar com um ou com outro não faz qualquer diferença. Aí tanto faz. A nossa recomendação foi que não precisava desse medicamento especificamente. Um tratamento custa X dinheiro, o outro custa 10, 50X, não me lembro bem.



O Nice é a agência de Avaliação de Tecnologia do Reino Unido. Talvez uma das mais estruturadas no mundo. O Nice tem mais de 50 anos de vida. E nós, às vezes, recorreremos às avaliações feitas por eles. Se eles não recomendam e isso coincide com o nosso parecer, ficamos mais tranquilos. Se eles recomendam e o nosso parecer foi contrário, nós procuramos refazer tudo para ver se estamos seguros da nossa recomendação ou se estamos sendo excessivamente rigorosos em algum aspecto. Então, nesses aqui, ficava claro que tanto faz um tratamento ou outro. Aí, quando os resultados são semelhantes para os dois medicamentos, pode-se fazer uma análise de custo. Quer dizer, dois medicamentos que têm o mesmo efeito, por favor, vamos optar pelo mais barato, já que eu não estou acrescentando nada a favor do paciente. Aqui a decisão do juiz a respeito desse caso. O mesmo juiz não deferiu a liminar, com base nesse estudo apresentado.

E aqui um último exemplo que eu trouxe, que é quando vêm diversos medicamentos para diversas coisas para serem avaliados na mesma prescrição médica. Então, esse caso é o mais complicado. Embora não seja um medicamento de muita complexidade agregada, mas esse paciente tinha câncer de esôfago e tinha Alzheimer e uma outra coisa que eu vou ver no próximo *slide*. Então, primeiro, o que fizemos? Muitos dos medicamentos solicitados e judicializados estavam na lista do Rename (medicamentos básicos disponibilizados pelo SUS). Então informamos isso ao juiz. Se o medicamento não está disponível, tem-se que cobrar o gestor público e falar: “Está faltando! Você está descumprindo a sua obrigação”. Para outros medicamentos não estava disponível a marca solicitada, mas havia o similar ou o genérico na lista do Rename, o que também foi informado. E, para câncer de esôfago, nenhum dos medicamentos solicitados era para câncer de esôfago. É um caso clínico complexo, que tivemos que avaliar.

Muitas vezes tínhamos que considerar a interação medicamentosa. Medicamentos que uns não podem ser dados em associação com outros, porque senão você mata o paciente ou ele vai ter consequência séria. Então é esse o nosso trabalho. Esse é um paciente que tinha Alzheimer e esquizofrenia. Consultamos protocolos no Ministério da Saúde com uma lista de medicamentos que são usados dentro de um critério técnico já aprovado pela Secretaria de Assistência à Saúde e que estão disponíveis



no SUS. Então, o que eu estou querendo passar para os senhores é que há muita coisa muito bem estruturada no SUS. Muito bem estruturada! Há uma coisa caminhando, que está indo bem, que é a Conitec. Temos que dar força para a Conitec. É muito clara a forma como a Conitec avalia a tecnologia. E quem fala o contrário é porque tem outros interesses em desmerecer isso, desqualificar a Conitec.

E, finalmente, do Fórum Permanente Estadual de Saúde: “As políticas públicas são o instrumento utilizado para se alcançar a assistência mais ampla e aperfeiçoada da saúde pública, devendo ser, na medida do possível, observadas nas decisões judiciais, desde que não sejam consideradas de modo absoluto nem transformadas em meio de prejudicar a atenção ou a esse valor maior protegido constitucionalmente.” Só uma coisa, que eu acrescentei agora. Eu acho que está havendo uma distorção. O paciente, hoje, tem mais acesso ao Judiciário do que à reivindicação da sua assistência no posto de saúde. Se ele recebe um: “Não tenho medicamento”, ele vai diretamente para o Judiciário. Estamos sobrepondo postos e apagando incêndio com um balde. Então, a nossa meta no NATS - e eu acho que podíamos nos juntar nesse objetivo - é tentar realizar ações estruturantes. Assim, aquele município que reiteradamente não tem medicamento para a hipertensão arterial e deveria ter, não é indo para a Justiça a cada caso que o assunto vai se resolver. Podemos propor outra forma de abordar isso, sistematizar esses resultados e ir para o gestor público, para o governador, para o secretário municipal da saúde, enfim, acionar quem realmente tem poder para suspender aquele círculo vicioso.

E só uma última coisa... O Dr. Renato também falou. Não existe no mundo nada parecido com o SUS. Nada. Não há nenhum país com 200 milhões de habitantes que tenha uma cobertura universal. Nenhum. Os Estados Unidos, que têm quase 300 milhões de habitantes, têm 40 milhões ou 50 milhões de indivíduos totalmente excluídos lá. O SUS é um sistema que tem falhas, mas que tem muito potencial. Então eu acho que tudo o que pudermos fazer para ajudar a fortalecer essas políticas públicas, estaremos ajudando a nação inteira. Era isso. Espero que...

Orador: Eu agradeço À Dr.^a Silvana, como sempre muito rica em sua fala. Trouxe muito conhecimento científico, que é o que nos falta. Tenho



a impressão de que vai dar uma oportunidade para a gente fortalecer as nossas decisões. O que nós queremos é isso. Nós não queremos julgar sem conhecer o científico, porque nós estaríamos julgando ou com o coração, que hoje é comum no sistema todo, ou, então, podemos prejudicar o paciente. Eu já vi muitas normas técnicas no NATS, mas a grande maioria favorável ao medicamento, favorável àquele tratamento que é solicitado. Eu também, quando faço uma palestra, trago precisamente esses exemplos que são contrários para demonstrar como um tratamento pode ser prejudicial ao invés de ajudar. Então, eu agradeço a todos pela participação.





A prestação de serviços e produtos na saúde suplementar. Papel da ANS. Implicações. Normatização. Lei nº 9.656/98. Planos novos e planos antigos

Dr.ª Martha Regina de Oliveira

Bom dia a todos. Queria primeiro agradecer o convite para estar aqui, o convite da coordenadora. Acho de extrema importância termos esse contato, essa aproximação, essa troca de ideias. Saúde é um tema extremamente complexo, e, se não conseguirmos criar parcerias, criar um entendimento único, não vamos conseguir dar conta do tamanho disso. Então é muito importante para mim também estar falando com vocês, pensando juntos, por isso fiz essa opção de não trazer apresentação, embora eu tenha preparado uma apresentação enorme, mas, como vamos precisar interagir e temos um tempo razoável para isso, trouxe alguns pontos para essa discussão. Alguns são meio diferentes. Vou tentar seguir uma lógica, mas, se for preciso, vamos alterando essa lógica.

Estou na Agência Nacional de Saúde há 10 anos, sou servidora pública da Agência e passei oito anos na área assistencial como gerente. Tínhamos a possibilidade, a perspectiva, de discutir essa dificuldade de vocês, que vêm aqui com um problema na mão, precisando resolvê-lo imediatamente, e nós, lá do outro lado, também tentando criar possibilidade para que isso acontecesse, mas sem possibilidade de estarmos mais perto. Agora, estou há sete meses na diretoria, exatamente. Saí dessa área da assistência e estou numa área de desenvolvimento setorial, onde podemos criar possibilidades de melhorar um pouquinho essa relação.

A Agência Nacional está fazendo 15 anos. Ao longo desses 15 anos, acho que conseguimos entender um pouquinho melhor os anseios da sociedade, o que ela representa na atividade da saúde suplementar e o motivo de algumas coisas acontecerem. Talvez não tenhamos conseguido, nesses 15 anos, trabalhar nos motivos nem nas causas para conseguir che-



gar a um resultado. Talvez no diagnóstico, hoje, poderíamos dizer que já conseguimos algum resultado, de uma maneira mais clara.

A Agência é composta por cinco diretorias, cada diretoria tem uma função bem específica. Há uma diretoria de fiscalização, uma diretoria de gestão, uma de produtos, que está efetivamente em contato com o plano de saúde, uma de desenvolvimento setorial e uma de operadores, e é onde se dá, efetivamente, o controle do funcionamento econômico e do registro das operadoras. Essas são algumas das fases de trabalho pelas quais passa a saúde suplementar.

Sempre gosto de falar sobre alguns pontos antes de entrar na especificidade do nosso sistema de saúde no Brasil. Acho que, se não conseguirmos analisar isso, não vamos conseguir, de verdade, entrar em algumas coisas mais objetivas de como se dá o funcionamento desse sistema de saúde. O Brasil, nessa formação do sistema de saúde, é único. Não existe nenhum outro país do mundo onde você conviva num sistema público, universal, equitativo, junto com outro sistema privado, seja ele suplementar ou privado, onde um cidadão, uma pessoa ou um paciente, efetivamente tenha direitos nos dois sistemas. Existem países onde convivem sistemas públicos e privados, mas eles são optativos. Você opta por estar num sistema ou opta por estar no outro. Aqui, no nosso país, ele é único, não optamos, nós temos. Quando você tem o sistema privado, você também tem o direito ao sistema público, você não deixa de ter o direito ao sistema. Essa forma como o sistema de saúde funciona traz para a saúde suplementar algumas perspectivas que talvez no mundo inteiro você não tenha, e precisamos entender isso quando a estamos regulando.

Além disso, temos algumas outras perspectivas brasileiras que também originam características especiais que devem ser reguladas. Por exemplo, o nosso país é gigante e tem organizações regionais e funcionamentos regionais, que são muito diferentes entre si. Se não conseguimos entender essa diversidade regional e que estamos regulando um sistema de saúde suplementar nacional, também não conseguimos dar conta. Toda vez que se vai fazer uma norma, toda vez que estamos pensando em alguma regulação, é preciso lembrar dessas diferenças, porque senão você



acaba prejudicando alguma região ou impedindo que outra tenha aquela mesma conformação, mas é possível tentar chegar a um meio termo.

Hoje temos 25% da população brasileira com plano de saúde, número maior do que em vários países europeus. Esses 25% nosso é muita gente, e isso é distribuído na federação, no Brasil, de uma maneira não igual. Há áreas onde há maior aglomeração dessas pessoas na saúde suplementar. Temos, aproximadamente, mil operadoras. Esse é outro desenho, diferente do mundo, que precisamos entender. Dado o tamanho da saúde suplementar, há um número grande de operadoras, por quê? Exatamente por conta dessas especificidades regionais que talvez você não tenha em outros lugares.

Diferentemente de outros países, que também têm planos de saúde, temos uma Constituição que fala dos direitos que todos temos na saúde, na área pública, e que não faz diferença quando você está na área privada. Temos um arcabouço legal. Dentro desse arcabouço, temos a Lei 9.656. Quando cheguei à Agência há 10 anos, ela ainda estava se organizando, e o setor tinha vivido de 40 a 50 anos sem nenhuma regulação, e, de repente, veio a Lei 9.656, uma regulação pesada, que mudava, de uma forma importante, o funcionamento que estava se organizando de um jeito próprio durante esses anos. Nessa época, pegávamos os contratos, que hoje chamamos de “planos antigos”, nos quais constava: “este plano ou este produto exclui doenças infecciosas, doenças crônicas”. E eu ficava pensando: “Se exclui doenças infecciosas, exclui doenças crônicas, o que será que sobra?” Grande parte desses contratos antigos não incluía, por exemplo, a saúde mental. Saúde mental era excluída de quase 100% dos contratos. A Lei 9.656 alterou isso tudo de uma forma importante.

Na regulação vigente nos Estados Unidos – e a nossa se espelha, talvez, na pior parte da regulação americana –, é possível a exclusão de patologia. Não posso, no contrato, dizer que eu cubro cardiologia e não cubro neurologia. Aqui no Brasil isso não é possível. A Lei 9.656 diz que você tem que dar tratamento e acesso a todas as doenças estabelecidas na CID, que é a Classificação Internacional de Doenças. Essa diferenciação que existia nos contratos antigos não pode mais existir. Havia cláusulas contratuais muito impactantes, muito diferentes.



O contrato é importante, porque traz cláusulas específicas para a regulação. Algumas coisas a Lei 9.656 estabelece como pilares. Um desses pilares é qual a cobertura efetiva que você vai ter? O que você deve ter com essa cobertura obrigatória? É o que vamos falar um pouco mais, hoje, sobre o rol de procedimentos existentes em saúde. Há outras cláusulas, do tipo faixa etária, reajuste, área de abrangência, segmentação. A segmentação e a área de abrangência são dois temas superimportantes, porque, quando compro o acesso a uma determinada cobertura – temos discutido muito isso, o que significa hoje na nossa sociedade esse acesso quando você tem plano de saúde –, há algumas regras de limitação a esse acesso. Quais são essas regras?

A principal regra define o que tem cobertura e o que não tem. A outra regra é qual a área de abrangência. Esse plano é um plano nacional, municipal ou regional? Qual a minha garantia de direito de acesso? E as outras são a carência – carência contratual, que pode ser para procedimentos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, procedimentos ambulatoriais –, e se tem ou não a cobertura parcial temporária, que é um outro capítulo. Esse tipo de cobertura de doença e lesão preexistentes, que há nos contratos, veio para tentar proteger e dar acesso a uma população, que, na maior parte do mundo, é excluída. A lei diz que a operadora é obrigada a aceitar qualquer pessoa que queira entrar. Ela não pode fazer diferença. Não pode discriminar alguém que venha buscar e queira entrar no plano de saúde. Porém, para garantir esse acesso, a lei estabelece um período maior de cobertura parcial e temporária, que não é carência. E por quê? Porque a cobertura não deixa de ser garantida. Ela só não vai ser garantida para procedimentos de alta complexidade, internação em leitos de alta tecnologia. Em uma internação clínica há cobertura? Para quê? Para que se tenha um maior tempo de acomodação daquele indivíduo, com diminuição de risco.

Não conseguimos, ainda, discutir com a sociedade, por exemplo, o que é mutualismo? É a forma como nós, no Brasil, resolvemos organizar o financiamento dos planos de saúde. Mutualismo significa que várias pessoas, um grupo de pessoas, vão financiar o risco de algumas delas. Existe um grupo em que, epidemiologicamente, alguns vão adoecer em determinados momentos e outros não. O financiamento desse grupo se dá naquele cole-



tivo. Todo mundo paga para que alguns usem. Essa foi a forma como imaginamos que se daria o financiamento na saúde suplementar, e é nisso que o sistema está baseado. Se esse mutualismo não tiver sustentabilidade, não haverá todas as outras regras econômicas, financeiras, nos planos de saúde.

Quando cheguei à agência, me perguntava: “como é que pode a pessoa entrar com a patologia se ela vai ter uma carência maior para cumprir?”. Fui estudando para tentar entender por que alguém traçou aquilo, por que aquilo virou uma regra e para quê? Para contemplar aquela pessoa com o plano de saúde, garantir o direito dela de entrar no plano de saúde, mas, ao mesmo tempo, manter essa possibilidade de a balança ficar equilibrada, de maneira que o risco possa ser suportado pelo grupo e que o valor não fique tão alto que impossibilite a sustentabilidade do grupo. É algo muito difícil de entender e, por isso, está no rol de coisas que interferem na possibilidade de se ter acesso a determinado procedimento.

Voltando um pouquinho ao longo do tempo, fomos estimulando os usuários dos contratos antigos a adaptarem ou migrarem para a regulamentação nova. Os contratos novos que obviamente, a partir de 1º de janeiro de 1999, já eram feitos com as regras definidas pela Lei 9.656. Hoje ainda temos entre 16 e 18% de contratos antigos. Se houve regras de estímulo a essa migração e a essa adaptação, por que há pessoas que ainda estão nos contratos antigos? Existem vários motivos para isso. O beneficiário – seja ele consumidor, paciente, cidadão, o nome que queiramos dar - não quer sair daquele contrato, se muitos contratos eram muito ruins, outros tinham regras que o favoreciam, que iam um pouquinho além da lei como ela está hoje: pelo custo inferior ao que teria na contratação de um plano novo. Ainda existe alguma atratividade para esses 16 a 18% de pessoas que resolveram ficar nos planos antigos, mas estamos monitorando isso. Há carteiras que efetivamente não querem migrar, e temos que entender isso e trabalhar com isso da melhor forma possível.

Há outras coisas dentro desse plano de saúde que modulam o que se tem direito. Uma dessas coisas é a segmentação. Ela também é estabelecida pela Lei 9.656, que diz quais são as segmentações de plano que podem ser vendidas. Posso vender um plano só hospitalar, um plano só ambulatorial, um plano hospitalar com obstetrícia ou sem obstetrícia; pos-



so abrigar isso numa segmentação odontológica, posso entrar no plano odontológico sozinho. A lei estabelece quais são essas segmentações, e, dentro desse rol de procedimentos obrigatórios, também estabelece qual é o procedimento que está em cada uma dessas segmentações. Se tenho uma determinada segmentação, posso ter direito a um procedimento que numa outra segmentação ele não esteja e vice-versa. Isso também cria o ambiente de análise para sabermos se aquela pessoa tem direito ou não a esse procedimento, coisa bastante complexa, e, se é complexo para nós, imagina para aquele indivíduo que não sabe o que ele tem ou não direito. Sem falar nos termos e denominações técnicas que usamos, pois trabalhamos com uma linguagem técnica que absorvemos de três áreas, de três formações: da linguagem médica, da jurídica e da econômica. Conseguimos misturar isso tudo e achamos que estávamos sendo entendidos. Efetivamente precisamos trabalhar a nossa comunicação, trabalhar a nossa linguagem e trabalhar a forma como vamos mostrar isso para as pessoas, porque senão, efetivamente, não vamos ser nunca ouvidos.

Entrando um pouquinho mais no tema de hoje, que é saúde, a ANS estabeleceu um rol de cobertura obrigatória. Existia um primeiro rol, que saiu lá atrás, em 2000, e ele ficou sem revisão até 2007. Foram sete anos de uma listagem que não teve nenhuma análise, nenhuma revisão. Em 2007, reorganizamos essa tabela e tentamos trazer alguma lógica de cobertura. Fizemos a primeira análise do que precisava ser incorporado a essa tabela, quais os procedimentos que estão de fora, o que está sendo demandado, qual é a maior necessidade que se tem, como é que vamos saber o que vamos ou não incorporar. Toda essa descrição de avaliação de tecnologia, incorporação de tecnologia para agência de saúde suplementar começou em 2007, é bem recente.

A partir daí, estamos tendo revisões a cada dois anos. A cada dois anos, revisitamos essa tabela, fazemos consulta pública, dialogamos com todo mundo do setor, tentando entender o que é necessário, o que não é, o que é o pleito da sociedade. Precisamos analisar para poder incorporar. A incorporação no Brasil ainda é um tema a ser debatido com maior profundidade, talvez com uma maior clareza das pessoas. Em 2009, saiu uma lei que criou a Cetec, que agora se chama Conitec. O que é a Conitec? Conitec,



por lei, é a Comissão de Incorporação de Tecnologia Nacional. Temos vários exemplos mundiais de instituições que incorporam tecnologias. Há várias instituições que fazem isso no mundo. A Conitec é um órgão do Ministério da Saúde, do qual eu participo, e da Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criada para analisar as tecnologias e avaliar essa incorporação. O que temos discutido hoje, diferente de Portugal, França e Espanha, é como esses países olham a tecnologia. Esses países veem o seguinte: existe uma tecnologia para entrar no país, e o que vou fazer? Vou ver se essa tecnologia é efetiva, quanto ela custa efetivamente e quem vai usar essa tecnologia. Eles fazem um estudo, criam um protocolo e essa tecnologia entra no país com esse protocolo e com uma análise de onde ela vai ser realizada e por quem. Ela entra no país de uma forma organizada. Sei onde ela vai estar distribuída, quem vai estar usando, qual é o público-alvo dessa tecnologia. Não importa se é equipamento ou medicamento. Eles fazem essa pré-análise. Aqui, no nosso país, é um pouquinho diferente. A tecnologia vem, bate na nossa porta, entra e aí se espalha, dependendo do que é, e, depois de algum tempo, um tempo não sabido, a saúde suplementar ou a saúde pública vão analisar se aquela tecnologia é efetiva para ser incorporada ao sistema da saúde. Mas na vida real ela já está lá, ela já está acontecendo. E em que momento mesmo vamos incorporar essa tecnologia no rol? Essa é a discussão que precisamos fazer de uma maneira mais macro enquanto sociedade. Como é que vamos organizar a entrada dessa tecnologia no país, dessa distribuição, desses protocolos? A Conitec veio para começar a se pensar nisso. Essa comissão nacional tem esse caráter, como já falei, de analisar a tecnologia, falar da efetividade dela. Essa parte tem que ser específica no sistema. Ela faz uma análise de custo x efetividade e faz uma análise de caixa, se o Ministério da Saúde teria ou não capacidade orçamentária para incorporá-la. Precisamos fazer essas duas últimas análises separadamente, análise de custo x efetividade da saúde pública e da saúde suplementar. Essa análise do orçamento também é diferente.

Vamos falar um pouquinho de custo x efetividade. Hoje, no país, não há essa análise, e essa é outra diferença em relação à maior parte dos países. Não temos dados nacionais para conseguir fazer essa análise. Esse é um lugar de que precisamos crescer como sociedade. Não temos dados



em saúde de uma maneira organizada, ou temos aquele banco de dados que não conseguimos processar. Não conseguimos fazer nada efetivamente com essa informação que está em alguma gaveta, em algum papel, em algum armário. Dessa forma, para se fazer análise sobre o custo x efetividade, precisamos desses dados de uma maneira organizada. É preciso ver como os outros países se organizaram. Aí é que vem a tal da discussão da equidade e da universalidade. Os outros países têm o que eles chamam de parâmetro de custo x efetividade, e são eles que definem qual é esse parâmetro. Não é fácil lidar com isso. Há um parâmetro de custo x efetividade, que, se aquela análise ultrapassar aquele parâmetro, não é incorporado; se for menor do que aquele parâmetro, ele é incorporado. Como fazemos essa discussão aqui no nosso país? Isso ultrapassa a questão da equidade, da universalidade e do acesso que temos na Constituição. Outras pessoas falam que isso corrobora a equidade, porque todo mundo teria acesso às mesmas coisas, não sei.

Também estamos fazendo essa discussão na saúde suplementar, sobre qual é esse parâmetro que poderíamos ter ou não, que trouxesse a garantia da incorporação e, ao mesmo tempo, a sustentabilidade que precisamos para o setor. É viável, não é viável, é possível ou não é possível? Estou falando isso só para se ter ideia do tamanho e da dimensão dos problemas que vamos ter que enfrentar daqui para frente se quisermos discutir isso de uma maneira técnica, se quisermos discutir sistemas de saúde de uma maneira real, tentando torná-la mais transparente possível e mais participativa. Temos coisas para pensar e para tentar construir daqui para frente. A Conitec faz avaliações, nós também fazemos a nossa. A cada dois anos, recebemos mais de 5 mil contribuições da sociedade. Analisamos essas contribuições, isso vai para um grupo de 300 pessoas, e entre elas estão consumidores, operadoras, representantes de profissionais da área da saúde. Há um mundo lá dentro. Tentamos discutir como vai ser a ordem dessa incorporação. Começamos a incorporar também as tecnologias com protocolo, e isso melhora muito a lógica da saúde e da boa prática, pois há a garantia de que aquele procedimento vai ser usado. Além de ver se aquele procedimento tem cobertura ou não, temos que ver se aquele procedimento se encaixa no protocolo e que às vezes tem uma linguagem



que não ajuda. Precisamos transformar esses protocolos em protocolos de linguagem acessível para melhorar a nossa comunicação. Esses protocolos são importantes para a incorporação, porque vão garanti-la de uma maneira correta. Há ganhos dos quais não conseguimos nos lembrar. Em 2007, nessa primeira revisão do rol, da qual participei, incorporamos, aproximadamente, 150 procedimentos. Tínhamos um estoque enorme de procedimentos, que não conseguimos nos lembrar nesse momento. A maior de todas as incorporações foi, por exemplo, a de incorporar outros profissionais, que não médicos, no rol. Nós nem sequer nos lembramos de que, em 2007, o rol só tinha procedimentos médicos. A partir de 2007, houve a incorporação do nutricionista, do psicólogo, do fono, do TO, no rol da saúde suplementar. Às vezes, não estamos falando aqui só de tecnologia *pet scan*, tecnologia de ressonância. Estamos falando aqui da forma de organização num sistema de saúde.

E é nessa forma de organização do sistema de saúde que temos que pensar e trabalhar muito mais do que na tal da tecnologia, isoladamente. Há uma análise que fazemos da distribuição regional de procedimentos. Para toda análise que fazemos, faz-se uma regulação nacional. Há uma distribuição de procedimentos no país completamente diferente, e isso é importante para nós. Vou dar um exemplo de algumas coisas que aconteceram nesse caminho. Precisamos ter muito cuidado quando fazemos isso, porque não podemos impedir o acesso a uma tecnologia boa só porque não está totalmente distribuída. Não espero que cada município venha a ter aquela tecnologia, de jeito nenhum, mas tenho que garantir uma distribuição mínima para que não crie naquele beneficiário a ilusão de que ele tem acesso a uma tecnologia que, muito provavelmente, ele vai pagar por ela, e ele não vai conseguir ter acesso por conta da distância. Temos que dosar muito bem isso.

Um exemplo disso ocorreu em uma das revisões. Na primeira revisão feita no ano de 2007, já apareceu o *pet scan*, por exemplo. Pediram para que fosse incluído. O *pet scan* é um exame que faz um *scanner* do corpo para ver se tem distribuição de células malignas principalmente. Mas só foi incorporado 4 ou 5 anos depois. Por quê? Nessa primeira revisão, vimos que ele tinha efetividade e que era melhor do que o procedimento existente,



que na época era a ressonância magnética. Aí vocês vão me perguntar: “por que você não incluiu?” Fizemos uma análise da distribuição desse procedimento no âmbito nacional e vimos que havia seis *pet scans* no país, e só na saúde suplementar, que já era um número relevante. Vamos ver como é que está essa distribuição, porque há uma estrutura para isso funcionar e que não é simples. Quando fizemos essa distribuição, havia 6 *pet scans*, 5 na Avenida Paulista e 1 no Rio de Janeiro. A tecnologia chegou ao nosso país, foi incorporada, era efetiva, mas estava distribuída em uma rua do nosso país. Uma rua não é um Estado. Quando se incorpora tecnologia de maneira desorganizada, acontece isso: 6 máquinas de um mesmo equipamento na mesma rua, e o resto do país sem o equipamento. Isso impediu obviamente a incorporação. Não incorporamos naquele momento. Porém, cinco anos depois, esse equipamento já estava minimamente distribuído pelo país, e pudemos incorporá-lo. Mas qual o problema disso? O problema não é só não estar distribuído, não. O problema disso é que, quando você tem uma máquina que tem uma distribuição tão importante em uma única rua, com um número limitado de pessoas que efetivamente se beneficiam dela, por protocolo, vou ter uma pressão pelo uso dessa tecnologia, já que está lá naquela rua, e são 6 máquinas que causam uma incorporação também desorganizada, seja uma incorporação judicial, seja uma incorporação na prática, na vida real. Esse é um bom exemplo. Como é encontrada de forma desorganizada, também causa um uso desorganizado.

Outro exemplo que mostra que não é a tecnologia a vilã do nosso sistema de saúde. Se não tivéssemos incorporação de tecnologias, se não tivéssemos inovação, não teríamos hoje uma média de expectativa de vida de quase 80 anos. Que bom que tivemos evolução da tecnologia e que bom que conseguimos incorporá-la! O problema não é a incorporação, o problema não é a tecnologia. A vilã da saúde suplementar e que vai quebrá-la não é a tecnologia nova. A grande vilã é a forma como usamos essa tecnologia.

Vou dar um outro exemplo. Nós fazemos pesquisa para monitorar como está se dando o uso da tecnologia na saúde suplementar, e uma me chama muito a atenção. Monitoramos o uso da ressonância magnética no Brasil e no mundo. Comparamos o uso da ressonância magnética nos países da OCDE e o uso da ressonância magnética na saúde suplementar



brasileira. Vimos, por exemplo, que a média de todos os países da OCDE no uso de ressonância era de 40 exames por mil pessoas por ano, enquanto na saúde suplementar brasileira tínhamos 80 exames por mil pessoas por ano. Isso mostra que fazemos o dobro de ressonância magnética do que os países da OCDE, que têm um resultado de saúde muitas vezes melhor do que o nosso. Lá, eles adoecem menos, curam-se mais. Eles têm todos os resultados de saúde melhores do que o nosso, o que mostra que o problema não é a ausência ou a presença da ressonância, não é a tecnologia, é seu uso. Estamos usando essa tecnologia de modo errado, e isso está encarecendo o sistema, devido a uma efetividade e resolutividade muito baixas. Apesar do acesso, não temos uma melhor saúde por causa disso. Temos um sistema de saúde caro, com baixo resultado. É por que incorporamos a ressonância? Claro que não. As pessoas que têm indicação de fazer ressonância precisam ter acesso a ela. O problema é como usamos essa tecnologia, por isso também estamos tendo de trabalhar, de alguma maneira, para organizar esse sistema. Estamos tentando trabalhar não só na avaliação para poder incorporar, mas também no uso da tecnologia e também em temas que estão em nossa normatização e no nosso papel nas complicações com relação à industrialização.

Estamos tentando trabalhar em conjunto. Primeiro, tentamos trabalhar a linguagem, por exemplo, fizemos um buscador no nosso *site* para as pessoas tentarem saber a que elas têm acesso. Por quê? Por exemplo, no caso de cirurgia bariátrica, se você fala para uma pessoa que tem cirurgia bariátrica no rol, ela vai falar: "Deve ser legal isso!" O que é cirurgia bariátrica? As pessoas chamam-na de cirurgia para emagrecer, cirurgia da redução de estômago. Só que, do alto do nosso saber tecnológico, escrevemos cirurgia bariátrica, porque é o nome técnico. Colocamos, então, esse buscador com essa linguagem menos técnica, mais popular, para que as pessoas consigam saber o que é aquela tecnologia e tenham acesso a ela. Há nisso muitos problemas. Outro exemplo, exame de urina. Há 16 nomes para o exame de urina, se pensarmos em cada região do Brasil. Para chegar a isso, ligamos para as pessoas, tentando saber: "nesse município como é chamado o exame de urina?". "Ah, é teste de urina". Não convivemos só com a dificuldade técnica, mas também com essa dificuldade de linguagem, por conta das regiões. Cada uma tem um linguajar muito diferente.



Outra coisa que estamos tentando trabalhar é a imagem que a pessoa tem do acesso à saúde. Vou contar um caso para vocês, que, para mim, é muito claro, e que é por onde estamos tentando nos organizar. Trata-se do parto. Estamos fazendo algumas campanhas sobre a redução do parto cesárea e aumento do parto normal, por quê? Por que é bonito? Não; porque isso tem consequências clínicas para a vida das pessoas. É um resultado de saúde. E qual é o resultado? Hoje sabemos que a quantidade de UTI Neonatal que usamos está totalmente atrelada à parte agendada, ou à cesariana. Conseguiríamos diminuir 120 vezes o uso de UTI Neonatal se reduzíssemos o parto cesárea. Vocês acham que as mães, na hora em que elas estão grávidas, só pensam no bebê? Não. Mas, se a mãe tem a informação de que o bebê tem 120 vezes mais chances de ir para UTI, ela não vai desejar isso, de jeito nenhum. Entender como é hoje a organização do parto é entender o sistema como um todo. Fizemos uma pesquisa. Na saúde suplementar, são 84% de cesarianas e na saúde pública, 40%. A ONS preconiza 15%. Nos países europeus, são de 30%. Não existe, portanto, ninguém no mundo que chegue perto de nós.

Outra pesquisa foi realizada com as mulheres para tentarmos entender esse sistema de saúde. As respostas foram assim: “mas por que eu vou ter parto normal se agora eu tenho um plano de saúde? Essa carteirinha aqui me dá direito de não fazer o parto normal”. A sociedade construiu essa imagem da tecnologia. E o que é a tecnologia no parto? A tecnologia no parto é o que se vê nas novelas: “A mulher sentindo as dores do parto normal, horrível, sentindo horrores de dor, toda descabelada, num ambiente horrível”. E no parto cesariana, ela aparece “com aquele cabelo escovado, superchique, fotógrafo e tal”. Assim, vamos passando essa imagem da tecnologia para as pessoas, e o parto é um exemplo disso.

A sociedade criou essa imagem do parto, e como organizamos o sistema de saúde para isso? Organizamos o sistema de saúde “inteirinho” para fazer cesariana, e não o parto normal. Hoje o médico está atrelado a realizar o pré-natal e realizar o parto no final. Toda essa organização é feita no consultório. A estrutura é feita em função de fazer cesariana. “Se eu tiver que fazer parto normal, vou ter que desmarcar tanta gente, reorganizar a minha vida de uma maneira tão grande que eu não dou conta”. Os hospitais



sofreram uma demanda muito maior por conta do parto cesárea, isso por causa desse contexto. Para o hospital, é infinitamente melhor fazer cesariana, porque tem um centro cirúrgico, não sendo necessário ter aquele parto que “fica me ocupando o quarto durante 12 horas de trabalho de parto”. Hoje, se alguém for a um hospital em trabalho de parto, não terá como entrar. Não sei como funciona aqui em Minas, mas lá no Rio não há como entrar num hospital. Os hospitais não têm mais plantão para obstetrícia. Não há nem sequer vaga, porque todas as vagas foram agendadas com “X” tempo de antecedência, como se se pudesse prever o dia em que a mulher vai entrar em trabalho de parto. Então é assim que organizamos todo o sistema de saúde para fazer um procedimento, que é a cesariana, e não o parto normal. Agora queremos estimular o parto normal. Porém, como organizar se toda a organização do serviço é para fazer cesariana? Desde 2005, estamos fazendo campanhas de parto normal. Em 2005, tínhamos 74% de cesariana. Em 2015, com toda a campanha feita durante dez anos, temos 84%. Foi um fracasso total. Por quê? Porque não se tem como mexer em tudo. É preciso mexer na cultura, na informação, na organização do hospital, na organização do trabalho do médico. É preciso mexer em tudo ao mesmo tempo. Fizemos algumas reuniões nos hospitais, e ouvimos o seguinte: “Vocês não podem diminuir cesariana, porque, se eu fizer parto normal nessa quantidade que vocês esperam, eu vou quebrar a minha UTI Neonatal. E, se eu quebrar a minha UTI Neonatal, não sustento o resto do ciclo da maternidade, e eu vou fechar a maternidade”. Isso é cruel, mas é verdade. E, se não entendermos essa verdade, não conseguiremos reconstruir o ciclo. Então, na hora em que diminuirmos a utilização da cesariana, precisamos reorganizar esse sistema para suportar esses partos normais, inclusive com financiamento, porque até o financiamento foi jogado para a alta tecnologia. O que é a alta tecnologia do parto? A UTI Neonatal. Esse ciclo acontece para todo e qualquer procedimento.

Quando temos uma demanda de inclusão para determinado procedimento ou uma demanda judicial, precisamos entender a cadeia desse procedimento. Como é que sustentamos essa possibilidade de incorporação ou não, essa necessidade de negar ou não um procedimento? Temos discutido algumas coisas do tipo: “um medicamento de quinhentos mil



reais por mês por indivíduo, numa população igual a nossa, onde, epidemiologicamente, aquele procedimento ou aquele medicamento vai atingir zero, zero, zero um da população, isso traz equidade ou não? É uma pergunta duríssima. O que fazemos com isso? Ninguém tem a resposta? Eu não tenho. Sou médica, não posso responder, mas precisamos, enquanto sociedade, pensar nisso. O que isso representa? O que é equidade? É efetivamente o acesso a tudo, é a universalidade, é o acesso universal? Eu vou ter acesso a absolutamente tudo, ou vou ter um acesso a tudo que todo mundo possa ter? Não sei. Isso é um trabalho para a sociedade pensar. Sou sanitaria e fui pediatra em algum momento da minha vida. Depois fiz faculdade de Saúde Pública também e me tornei sanitaria. Eu tento imaginar o seguinte: temos uma política pública, e essa política pública é brasileira. Na saúde suplementar, temos que adaptar essas políticas públicas para a realidade da saúde suplementar e tentar construir dentro dessa saúde suplementar alguma coisa que faça conexão com a saúde pública.

Eu vou falar um pouquinho dos meus problemas, por exemplo, do ressarcimento. Quando transporto essa lógica para dentro da saúde suplementar, fico imaginando o que devemos incorporar na saúde suplementar e de que forma. É justo, já que a Lei 9.656 fala de dar acesso a todas as patologias da CID. Mas, em dando acesso a todas as patologias, como faço para tornar isso sustentável? O plano de saúde é para ser um plano de saúde com acesso mais barato, a que mais pessoas tenham acesso e com uma característica diferente em termos de cobertura. Ou a nossa sociedade gostaria de um plano de saúde com cada vez mais cobertura, com acesso absoluto a praticamente tudo, ou que uma parcela menor da população tivesse acesso? É um plano de saúde suplementar, complementar, duplicado. Essa é uma discussão embrionária que tivemos em algum momento, mas a Constituição fala saúde suplementar. Será que o que temos hoje é saúde suplementar, complementar, duplicada, o que que é? O que temos feito hoje é dialogar sobre essa incorporação com o Ministério da Saúde. Esse diálogo é via feita Conitec. Se alguma coisa for incorporada via Conitec, tem prioridade máxima para entrar na saúde suplementar. Se foi incorporada lá, necessariamente tem que se incorporar aqui. É assim que fazemos. Se tiver uma análise na Conitec reprovando essa tecnologia por efetividade,



falando assim: “essa tecnologia não é efetiva, esquece o custo, ela não é efetiva”, também usamos essa análise, porque, se isso não é bom aqui, não vai ser bom lá. Mas essa tecnologia não passou por aqui, eu estou na fila, enfim, ainda não foi analisada pela Conitec, temos as nossas próprias análises, que são essas revisões que fazemos a cada dois anos.

A cada dois anos, analisamos o que recebemos de contribuição e vamos incorporando ou não na saúde suplementar. Hoje, na saúde suplementar, ainda temos uma incorporação bastante volumosa se compararmos com uma fila, por exemplo. Temos na Conitec uma incorporação mais rápida. Temos todos os motivos para isso. Fazemos uma análise econômica mais efetiva e incorporamos isso para o sistema, e várias pessoas vão estar se instruindo, organizando, oferecendo e pagando. O Ministério tem uma outra lógica: incorpora, oferece e paga. Enfim, tem todo um movimento que é diferente do nosso. Então fazemos as nossas análises do que não está lá, se for efetiva ou não, incorporamos ou não, dependendo do como que se dá aqui. Qual é o nosso problema hoje? Nosso problema hoje é a tal da análise da curta efetividade. Eu incorporo alguns procedimentos, mas a minha análise de custo ainda é arcaica. Fazemos, então, uma análise de frequência e de custo. Dentro dessa frequência e custo, vou incorporando dentro de uma escala, dentro de uma fila que seja suportável pelo sistema. É o melhor? De jeito nenhum.

O melhor seria se tivéssemos análise de custo e efetividade. Temos uma diferença do Ministério com relação a medicamento. Por quê? O medicamento na saúde suplementar não necessariamente está dentro dessa lista. Ele tem regras para ser utilizado, e ele vai ter uma cobertura obrigatória ou não, dependendo dessa regra. Diferente do Ministério, onde há uma lista de medicamentos incorporados. Em que momento faremos a lista de medicamentos? Quando houve a lei dos oncológicos, houve o estabelecimento nessa lista, mas, por conta dessa lei, com o resto vamos lidando de uma maneira mais macro. Porque também fazemos lista de medicamentos, fica muito complicado conseguirmos separar uma coisa da outra. Na internação tudo está incorporado, qualquer medicamento que seja feito durante a internação, desde que prescrito pelo médico e desde que não seja experimental e desde que esteja na bula, está incorporado. Na quimioterapia, já



está tudo incorporado, e, na medicação ambulatorial, sobra alguma coisa do venoso que ainda está numa porcentagem. Tem uma regra do ambulatorial que é mais difícil, o domiciliar, que não temos. O único domiciliar que se tem é o oncológico mesmo. Por quê? Porque aí sim achamos que precisamos de uma regulamentação. Um dos itens da lei é exclusão, por exemplo, de medicamento, de procedimento não autorizado. Em momentos de calamidade pública, por exemplo, não há inclusão de medicamento. A fertilização *in vitro* e a medicação domiciliar são procedimentos que a lei exclui. No caso da medicação domiciliar, quando a lei mudou para medicação oral, ela não mudou esse item. Dessa forma, ela continua excluída. Temos de fazer a incorporação da medicação oral e temos que mudar a lei domiciliar. Lidamos com o medicamento de forma mais genérica, porque senão, teríamos que fazer revisão e inclusão de medicamento um por um, o que não faz nenhum sentido. Isso é bom e é ruim, tem prós e contras. A regra está muito mais ligada ao lugar onde você está fazendo aquele medicamento do que ao medicamento em si. Mas, aí, incorporamos como uma lógica nossa.

Temos um trabalho que é um trabalho de compatibilização com a CBHPM, que é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Essa lista é feita pela AMB – Associação Médica Brasileira. Então, também se faz uma compatibilização com essa lista. Se o procedimento não estiver nessa lista, previamente aprovada, também não se incorpora na saúde suplementar, a partir dessa seleção, se já esteve na Conitec e se já passou ou não pela CBHPM, fazemos a nossa própria análise com esses critérios: efetividade, custo, distribuição regional e frequência. Nós avaliamos o quanto esse procedimento ou esse medicamento tem o poder de substituir algum outro. E, aí, criamos as diretrizes, que são as DUTs, que chamamos de Diretrizes de Utilização. Por quê? Temos diretrizes clínicas, médicas, que são diretrizes intensas, enormes, que têm várias coisas dentro. O que precisamos não é uma diretriz dessa para o procedimento. É uma diretriz que me diga, pelo menos, em teoria, que procedimento pode ser usado no caso de tumor, por exemplo? A ressonância? Por isso criamos uma diretriz dizendo quais são os casos em que há evidência e o que precisa ser usado. Essa é a ideia das DUTs, dizer qual é o melhor uso, a melhor prática médi-



ca daquele determinado procedimento. Estamos no meio de uma revisão. Todo mundo está participando, um monte de demandas está chegando, e nós estamos analisando. Até agosto ou setembro, sairá uma resolução, que começará a valer em janeiro dos anos ímpares.

Hoje o estoque que temos para análise é pequeno, e é menor por quê? Porque uma parte da tecnologia já foi incorporada nesses últimos anos, que realizamos revisão bianual. Sempre vai existir tecnologia para analisar e para incorporar. Eu queria falar um pouquinho sobre essa relação que precisamos ter, sobre o diálogo que precisamos ter com esse tema, que é a Judicialização. Às vezes eu acho que usamos tanto as mesmas palavras, que, quando precisamos usá-las, elas já perderam o valor que tinham antes. Eu acho que “empoderamento” é uma palavra superimportante. Precisamos nos apoderar dela. Enfim, estamos tentando trabalhar um pouquinho com o “empoderamento do indivíduo”. Por quê? Porque vimos que isso funciona, e vários outros países já trabalharam assim.

Assim, não basta a pessoa ter informação, ela precisa ter uma informação qualificada que permita a ela uma escolha. Estamos começando a discutir isso para o parto. A mulher tem o direito de escolher qual parto ela quer ter? Claro que tem. Tem regra do Conselho de Medicina que fala isso, e tem vários movimentos éticos também que falam isso. Hoje ela tem, de verdade, esse poder de escolha? Ela tem todas as informações necessárias que a ajudam a fazer essa escolha? Eu tenho certeza absoluta que não. Também estamos tentando fazer esse trabalho para a tecnologia. Por quê? Porque hoje, se vou a algum lugar e alguém me pede raios-X, eu acho que fui supermalculada. Se eu fosse naquele outro lugar e pedisse ressonância, eu ia ficar muito mais feliz e mais tranquila. Esse imaginário também ajuda e fortalece a instituição do mau uso e justifica a não boa prática em função de uma solicitação de um exame. Isso tudo é reforçado. O empoderamento também nos ajuda a discutir isso. Tudo isso que estamos fazendo precisa ter uma judicialização, e não tenho a menor dúvida sobre isso. Estamos fazendo parte de um grupo no CNJ para tentar discutir isso. Preparamos vários pareceres sobre as coisas mais demandadas, que têm cobertura ou não, e deixamos no *site*. Há uma área do *site* com mais de duzentos pareceres, eu acho que ninguém sabe disso. Conseguimos levar essa mensagem.



Esse *site* é o nosso, da ANS. Quando você tem uma informação rápida, isso deixa você mais confortável para tomar uma decisão, que é completamente diferente de você tomar uma decisão sem nenhuma informação.

Precisamos trabalhar um outro lado, que é o pedido, e não temos a menor dúvida disso. E como nós estamos pensando em trabalhar o pedido? Hoje, em nosso sistema de saúde, é quanto mais faço, mais ganho, sem estar atrelado à qualidade, a um resultado. É um sistema muito cruel. A lógica é “eu preciso produzir para eu ter resultado financeiro no final”, o que não reflete a necessidade que tenho de gerar saúde. Enquanto não se reverter esse modelo, nada se reverterá, nem a sustentabilidade, nem a incorporação errada, nem as ações judiciais. Para reverter isso, precisamos mexer na organização, para, então, mexer no pedido. Há várias maneiras de fazer isso. Assim, precisamos agir na organização do trabalho do médico, na do hospital, no trabalho com mulheres. Pela primeira vez, estamos conseguindo fazer isso, e esperamos que daqui a um ano e meio, que é quando termina o projeto, isso esteja finalizado de uma maneira diferente. E, quando começo a falar em resultado em uma organização voltada para um desfecho melhor para o paciente, começo também a reorganizar isso tudo, inclusive os pedidos.

Não é fácil não, pois tentamos organizar a nossa saúde durante mais de sessenta anos, a suplementar, desse jeitinho que está agora. Não vamos querer reverter isso em seis meses, mas precisamos começar, porque, se não começarmos, não saberemos como é que vai estar funcionamento esse sistema. Precisamos trabalhar na qualificação do profissional, porque, muitas vezes, é mais fácil fazer desse jeito que ele está acostumado do que fazer de outro. Então a qualificação do profissional é importante. Hoje os médicos estão mais treinados para fazer cesárea do que parto normal. Então precisamos qualificar esse indivíduo, colocar protocolos e diretrizes que mostrem a esse indivíduo que pede o que é o melhor. Precisamos gerar meios para que isso aconteça. Se precisamos de uma rede formada de uma maneira diferente, precisamos ter essa rede. Por exemplo: hoje eu estudo envelhecimento, e vejo que, mesmo que o idoso procure a porta mais fácil para dar entrada no sistema, é a emergência a porta mais fácil, é a porta que está aberta. Por quê? Porque ainda está organizada lá na doença aguda.



Fizemos a transição epidemiológica, mas não a transição dos serviços. O sistema está organizado para dar antibiótico, mas não para tratar hipertensão, diabetes, doença crônica. Então onde o idoso vai bater? Na emergência, como dito. As idas frequentes do idoso à emergência significam a morte. Fizemos um estudo no Rio e vimos o seguinte: a terceira causa de morte do idoso é a latrogênica. Não é a latrogênica do idoso que caiu da maca, com se imagina. É a latrogênica em que o idoso, solto no sistema, vai direto no oftalmologista, depois vai no neuro e, após, vai na emergência. E, finalmente, ele vai à morte..., nós já sabemos. Não tem uma pessoa que pergunte a ele: "O que é que o senhor está tomando?" Então esse circuito do idoso perdido na rede significa óbito, pois ele mistura todos os medicamentos que não podia estar tomando e morre. O nosso sistema não é só caro, não é só de desperdício, ele também é um sistema de risco.

Precisamos nos lembrar da situação, da prática, e atrelar isso a protocolos e a uma outra forma de entrada das pessoas no sistema. Porque, se organizarmos a entrada das pessoas e a entrada da tecnologia, nós nos organizamos, porque o sistema não é só o médico, o hospital e a operadora, o sistema somos todos nós. Estamos, assim, garantindo um desfecho melhor, sem desconfiança. A desconfiança traz um custo. Quantas auditorias temos de fazer para que se libere um procedimento? Enquanto estou fazendo aquela auditoria, sem nenhum diálogo com aquela pessoa, sem explicar nada, ela está entrando no Judiciário. Para minimizar isso, precisamos ir lá no fundo, e ir lá no fundo significa mexer com os resultados, com os desfechos, com essa desconfiança e com o cuidado com a saúde. Há coisas mais pontuais e mais fáceis que podemos fazer agora. Melhorar o nosso fluxo de trabalho, dar mais informações para as pessoas, estar mais perto, tentar mostrar o que são os protocolos, de uma maneira mais simplificada, tentar ser mais rápido, ágil, nas respostas. Agora, há coisas com as quais temos que nos preocupar. Há, ainda, coisas sobre as quais temos que aprofundar a nossa discussão com a sociedade, por exemplo: O que significa a operadora nisso tudo? É só quem passa o dinheiro? Será que é isso? Por que estou falando isso? Porque perdemos uma ação no Judiciário. Por quê? Porque temos um sistema de informação, que é o TIS – Troca de Informação da Saúde Suplementar. Essa troca de informação é do prestador para ope-



radora, da operadora para a ANS. Ela serve inclusive para pagar, mas serve também para várias outras coisas, tais como: monitorar doenças, monitorar desfechos e resultados; e para receber justificativas das operadoras.

Estamos pressionando as operadoras, por exemplo, a fazer programa de promoção e prevenção. Para quê? Para que as operadoras pensem na porta de entrada, na organização dessa porta de entrada. Para isso, elas precisam ter um mínimo de conhecimento daquilo que está acontecendo. Tentamos encarar a operadora como mais uma nesse sistema. Ela tem que estar ali implicada. Ela é responsável pela saúde daquele indivíduo. Ela tem que ser gestora daquele indivíduo. Por quê? Porque só ela sabe da existência dele. Pensemos em uma pessoa que efetivamente não busca saúde, que é o caso da maioria de nós, que só vai lá buscar na hora em que já está bem doente. Ela está em casa, e a operadora consegue, pelo sistema, perceber o seguinte: “olha, essa pessoa fez um determinado exame, que pode estar me apontando que ela tenha diabetes, porque eu vi aqui nesse determinado exame”. Mas em vez de ela ir a um clínico ou a um endócrino, ela foi a um neurologista. Essa pessoa tem que ser chamada para que seja feito um programa para ela e encaixá-la na melhor forma de tratamento. Para quê? Para evitar, por exemplo, que esse diabetes se desenvolva e para evitar, principalmente, que essa pessoa apareça no meu sistema para interação. É isso que estamos tentando mostrar para as operadoras.

Por isso que, para mim, as operadoras são gestoras de saúde, assim como nós da ANS, como o Estado. As operadoras têm aquela carteira na mão e precisam fazer, na saúde, gestão de pessoas, e não apenas gestão financeira. Retomo a ação que perdemos na Justiça e que mencionei anteriormente. Essa ação tratava dessa troca de informação da CID sobre qual é a patologia que aquele indivíduo tem. Perdeu essa ação em todas as instâncias, porque a operadora não pôde ter acesso a essa patologia. Por que isso? Porque a sociedade como um todo encara isso com desconfiança, e o custo da desconfiança está aí, inclusive nesta ação. O custo dessa desconfiança está absolutamente em todos os lugares. Outro exemplo é a história das próteses, que está acontecendo há muito tempo. É quase igual aos casos de parto. Isso ocorre porque é estruturante no nosso sistema, como a não organização do sistema também leva a isso. Como sistema de



saúde, tem uma governabilidade sobre aquele tema. O cidadão que vai usar o serviço tem um imaginário que é assim: “se aquela outra é melhor, é óbvio que eu vou querer aquela melhor”. Se ele tiver uma informação de que aquela é igual à outra, obviamente isso vai deixá-lo mais seguro. Se reorganizarmos o sistema e tivermos mais informação transparente para o usuário, há possibilidade de mudança no sistema, porque o sistema do jeito que está, com um alto nível de desconfiança, realmente não se sabe onde isso vai desaguar. Vai desaguar nas demandas de fiscalização, vai desaguar nos Procons e vai desaguar aqui, na Justiça, que é a ponta final do “não bom funcionamento do setor”, porque, se ele estivesse funcionando de uma maneira adequada, obviamente isso seria diferente.

Hoje não conseguimos sequer mostrar às pessoas como elas poderiam fazer uma escolha baseada na qualidade. Hoje se escolhe um plano de saúde com base em dois fatores: um, o preço; e dois, se tem aquela rede que, na minha imaginação, acho que é boa. Escolhe-se um determinado hospital pelo nome, escolhe-se uma determinada clínica por achar que é boa. Isso acontece, porque não temos um instrumento que nos dê essa garantia. Assim, como é que eu mostro o que é um plano de qualidade? Porque não necessariamente isso vai garantir qualidade, garante um preço que eu posso pagar e a ilusão de que, um dia, se eu precisar usar, vou para aquele hospital. Isso também é uma ilusão, porque posso parar em qualquer outro hospital da rede. Ninguém consegue imaginar que eu podia estar querendo uma operadora que tivesse uma porta de entrada diferente, que não tivesse problemas de predileção, que tivesse um programa de educação física para eu sair do sedentarismo e um programa contra a obesidade, que tivesse um programa de contenção de diabetes. Isso está bem distante de nós, ainda. Queremos que isso se aproxime cada vez mais de todos nós.

Em relação às grandes demandas judiciais, pensamos em vários aspectos, não só em relação à área de saúde, mas também em relação às atuações das agências. Pensamos que, se a ANS tivesse uma atualização mais interventiva em todo o sistema de saúde, teríamos um resultado melhor e menos demanda. Isso também é uma das formas de fazermos isso. A ANS sozinha não resolve, porque, se aumentou muito sua intervenção,



em 2000, quando a agência começou a funcionar, em 2015, não se conseguiu diminuir os problemas. Pelo contrário, o empoderamento das pessoas que perceberam que têm e podem procurar seus direitos gerou mais demanda para a agência. Mas é claro que, quando exercemos o papel regulador, vamos atrás de uma operadora que não está prestando bem o seu serviço, fechamos ou fazemos portabilidade daquela carteira, colocamos um diretor técnico e um diretor fiscal lá dentro, pois estamos agindo num programa. Isso funcionaria cem por cento se o programa fosse pontual. Se temos uma operadora que está com algum problema, assistencial ou financeiro, tentamos resolvê-lo. É claro que nossa atuação ajuda, mas não conseguimos resolver por completo, porque a prestação de serviço está se dando de maneira equivocada. Temos a diretoria da agência, que abre e fecha a operadora, e a diretoria de fiscalização, que multa. Essas ações, que deveriam ser pontuais, não vão conseguir dar conta do contexto. E, quando essas ações deixam de ser pontuais, é pior ainda, porque o que era para ser a solução transforma-se em outros problemas. Só essa ação de liquidar operadoras não é suficiente. Ela precisa ocorrer, é claro. Porém precisamos de mais alguma coisa para conseguir resolver problemas mais complexos.

É isso. Se vocês precisarem de alguma coisa, tiverem alguma dúvida ou precisarem de algum documento, tentaremos organizar isso. Obrigada.



A judicialização da saúde suplementar. Conflito de valores. Sobrevivência dos planos de saúde e o direito do cidadão

Des.ª Evangelina Castilho Duarte

O direito à saúde é tema amplo, que tem natureza dúplice (individual e coletiva) e função tríplice (promocional, preventiva e curativa). Porém, só abordarei a natureza individual e curativa, pois considero que as relações nesse nível é que geram a judicialização.

O art. 6º da Constituição estabelece que o direito à saúde é direito social.

A intervenção judicial não pode ser baseada apenas na opinião médica, mas deve levar em consideração os reflexos da decisão na economia, na macroestrutura do sistema de saúde e no próprio país.

Deve-se, por isso, priorizar a cobertura universal, em detrimento de coberturas individuais e especiais, observando-se a racionalidade dos preços.

Como impactos positivos da judicialização da saúde, pode-se apontar a alteração das coberturas, seu alargamento, a adoção de procedimentos mais modernos e de medicamentos mais eficazes.

O direito à informação assegura a todos o conhecimento a respeito da existência de tratamentos disponíveis, medicamentos fornecidos, localização de postos de atendimento, e, de forma específica, qual o tratamento lhe é ministrado, quando busca assistência.

Segundo Leonardo Cubillos, do Instituto do Banco Mundial, a efetividade do direito à saúde deve ser viável, com acessibilidade física e geográfica, aceitável e de boa qualidade.

Para que esse direito seja assegurado, deve, portanto, ser viável, acessível, aceitável e de boa qualidade, e depende da boa governança, ou seja, depende da atuação do Poder Público para que seja provido a todos de forma universal.

Leonardo Cubillos recomenda, em seu estudo, que haja transparência nas ações vinculadas à saúde pública, para que a população tenha



conhecimento de quais são os seus direitos, qual é a assistência possível e viável, e onde estão os locais de atendimento.

Existem, atualmente, no Brasil, 1.200 operadoras de planos de saúde, com 50,8 milhões de usuários de planos de assistência médica e 21,4 milhões de usuários de planos exclusivamente odontológicos.

Trata-se, pois, de mercado efervescente, que demanda fiscalização segura e que, naturalmente, gera discussões sobre os mais variados temas, por envolver dois elementos relevantes para o ser humano: a saúde e o dinheiro.

A propósito da relação entre as operadoras de planos de saúde e seus usuários, cumpre ressaltar que se trata de relação individual e particular, sem perder de vista que o direito à saúde é direito individual e fundamental garantido pela Constituição da República.

A judicialização da saúde é fenômeno mundial e ocorre em praticamente todos os países, em especial naqueles que possuem sistema de saúde pública abrangente, e que preservam a Democracia e o Estado de Direito.

Conforme dados do Banco Mundial, divulgados no Salzburg Global Seminar, *Realizing the Right to Health*, realizado em Salzburg, Áustria, de 9 a 14 de novembro de 2012, em 2010, foram instaurados 240.000 processos sobre a matéria no Brasil; enquanto na Colômbia foram 95.000 processos; na Costa Rica, 4.000 processos; na Argentina, somente na cidade de Buenos Aires, 1.159; e no Uruguai, 50 processos.

A relação entre o número de processos instaurados e os serviços de saúde está intimamente ligada ao número de habitantes e à extensão das coberturas oferecidas.

Deve-se frisar, ainda, que esse enorme número de processos, no Brasil, engloba tanto as ações contra o Poder Público, em relação ao Sistema Único de Saúde, como contra as operadoras de planos de saúde privados, não podendo ser considerado, em números absolutos, como absurdo.

O estudo do Banco Mundial conclui, ainda, que a litigiosidade envolve serviços essenciais e não essenciais.

Assim, para desenvolver este trabalho, que trata apenas da saúde suplementar, é preciso assentar algumas premissas.

A primeira é que será dado um enfoque privado, da relação individual e particular entre usuários e planos de saúde, como direito individual e fundamental garantido pela Constituição da República.



A segunda é que a judicialização decorre do descumprimento pelas operadoras de planos de saúde dos direitos assegurados aos usuários, mas também de dúvidas oriundas de contratos que contêm cláusulas dúbias ou de difícil compreensão, e, ainda, da conscientização do cidadão de que pode buscar o Poder Judiciário para ter assegurados seus direitos e garantias individuais constitucionais.

Não se pretende tratar de relacionamento espúrio entre médicos, laboratórios, advogados e usuários, por ser matéria que demanda outro enfoque e outro foro.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos do art. 196 da Constituição da República, sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização, controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, nos termos do art. 197 da Constituição.

Integra, ainda, o rol de direitos humanos contido na carta das Nações Unidas.

A pessoa física ou jurídica de direito privado que, nos termos da Lei 9.656/98, se dispõe a participar do sistema de saúde nacional, prestando atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, odontológico a clientes, através dos denominados planos de saúde, está inserida no âmbito das políticas sociais e econômicas previstas na Constituição da República e assume parte da responsabilidade pelo cumprimento daquelas metas oficiais.

É o que dispõe a Lei 9.656/98:

Art. 35. A assistência a que alude o art. 1º desta lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta lei e do contrato firmado entre as partes.

Porém, no âmbito da relação existente entre a pessoa física ou jurídica de direito privado e seus associados, há relação de direito privado e de



consumo, sendo inquestionável, nos termos da jurisprudência dominante nos tribunais, que são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor, para dirimir conflitos entre eles.

Ora, a pessoa jurídica que administra planos de saúde presta serviços, e o faz em caráter habitual, enquadra-se como fornecedor, conforme o CDC. E, no caso daquelas operadoras que não se organizam como cooperativas, mas como empresas, há, ainda, a circunstância de que buscam lucro com sua atividade, o que configura a prestação de serviços, abrangida pela Lei 8.078/90.

Na interpretação dos contratos de planos de saúde e da relação entre operadoras e usuários, prestigiam-se os princípios da boa-fé objetiva e da eticidade, que devem reger os contratos, conforme orientação do Código Civil de 2002 e do Código de Defesa do Consumidor.

A boa-fé objetiva assenta-se na premissa de que os contratos devem ser claros, redigidos de forma compreensível pelo leigo, sem cláusulas contraditórias e sem estipulação de obrigações iníquas para uma das partes.

O princípio da eticidade funda-se na premissa de que entre os contratantes deve haver respeito mútuo, e, uma vez estipulados direitos e obrigações, estes devem ser cumpridos, sem polêmicas.

Aplicam-se, pois, a Lei 9.656/98 e o Código de Defesa do Consumidor, ocorrendo o que Cláudia Lima Marques chama de diálogo das fontes, e que podemos tratar como interlocução das normas.

Havendo, assim, relação de consumo, quando ocorrem conflitos, aplica-se a Lei 8.078/90, decidindo-se em favor do consumidor, que é a parte hipossuficiente da relação, a quem deve ser dada a proteção prevista no art. 196 da Constituição da República.

Convém ressaltar que, especialmente nos planos de saúde coletivos ou corporativos, o associado não tem sequer acesso às suas regras no momento da adesão, pois as cláusulas são ajustadas entre o administrador do plano de saúde e o estipulante. Nos contratos privados, firmados entre o administrador do plano de saúde e o aderente, nem sempre são esclarecidas as regras que irão vincular as partes, não tendo o associado ciência prévia das restrições e obrigações que lhe são impostas.

Assim, quando há discussão, em juízo, a respeito dos direitos e obrigações previstos em contratos de plano de saúde, aplica-se o disposto no



art. 51 do CDC, para aferição da existência, ou não, de cláusula abusiva no contrato de prestação de serviços, ou na conduta da prestadora desses serviços.

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio do contrato.

Para tratar da regulação da saúde suplementar, é preciso tratar, embora de forma sucinta, da hierarquia das leis, e enumerar os tipos de normas que são editadas e vigoram no país, para situar as resoluções nesse contexto e para aferir qual é a sua validade e aplicabilidade.

As normas podem ser divididas em:

Normas constitucionais: Constituição Federal, Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, Emendas Constitucionais.

Normas infraconstitucionais: Tratados e Convenções sobre Direitos Humanos, Lei Complementar, Lei Ordinária, Lei Delegada, Medida Provisória.

Normas infralegais: Decreto Legislativo, Resolução, Tratados Internacionais em geral, Decreto, Portaria, Instrução Normativa.

No Brasil, vigora o princípio da supremacia da Constituição, segundo o qual as normas constitucionais, obra do poder constituinte originário, estão num patamar de superioridade em relação às demais leis, servindo de fundamento de validade para estas.

Assim, as normas podem ser separadas em três grupos: normas constitucionais, normas infraconstitucionais e normas infralegais.

Importante ressaltar que não há hierarquia entre as normas de um mesmo grupo, o que existe é campo de atuação diferenciado, específico entre essas normas que compõem o mesmo grupo.

O que existe é hierarquia entre os grupos, sendo que as normas constitucionais são hierarquicamente superiores às normas infraconstitucionais, que são hierarquicamente superiores às normas infralegais.

As normas infralegais, que são normas inferiores às normas infraconstitucionais/legais, nascem do burocrata administrativo, para normatização interna da Administração Pública, que serve para buscar a fiel execução da lei, ou seja, detalham o que diz a norma infraconstitucional.



Dentre estas estão as resoluções ou instruções normativas, que visam a especificar a aplicação da lei, não regulamentar, mas tornar mais explícitas as disposições legais.

Resoluções são atos administrativos normativos inferiores aos decretos, expedidos pelas autoridades do Poder Executivo (mas não pelo Chefe do Executivo), cuja função é explicar e complementar os regulamentos.

Estando as resoluções inseridas no grupo das normas infralegais, não podem colidir, divergir, restringir o âmbito de aplicação da lei da qual tratam.

É o princípio da hierarquia das leis, que impede a modificação de uma norma hierarquicamente superior por outra de hierarquia inferior.

Sendo a lei norma do segundo grupo, hierarquicamente superior às resoluções, que estão no terceiro grupo, não pode ser modificada por tais normas.

No caso específico das resoluções da ANS, deve-se frisar que têm elas a finalidade de dar transparência e aplicabilidade à Lei 9.656/98, destinadas à organização do sistema e à execução dos serviços pelas operadoras de planos de saúde suplementar.

Não podem colidir, portanto, com as disposições da Lei 9.656/98 e, muito menos, com as disposições constitucionais e com os tratados internacionais que o Brasil ratificou.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 2001 e é vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS promove a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regula as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribui para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A ANS suspendeu, em data recente, a comercialização de 70 planos de saúde, de 11 operadoras.

As agências reguladoras foram criadas para fiscalizar a prestação de serviços públicos praticados pela iniciativa privada. Além de controlar a qualidade na prestação do serviço, estabelecem regras para o setor.

Com a modernização do Estado administrativo, dos conceitos relacionados aos seus deveres, em especial na prestação de serviço público adequado e de qualidade, aliados ao princípio do “Estado de Bem-Estar”, surgiu o princípio da descentralização, como hoje se conhece.



A descentralização do poder estatal visa a facilitar a execução dos objetivos do Estado, para que desempenhe suas funções com eficiência técnica, jurídica e financeira, proporcionando aos consumidores dos serviços públicos maior satisfação.

A descentralização, contemporaneamente, não se dá apenas com a criação de autarquias tradicionais ou entidades paraestatais, mas sim com a transferência, pelo Estado, do dever de execução de uma atividade a terceiros estranhos à estrutura da Administração Pública.

Com esse modelo de descentralização, aliado à flexibilização dos monopólios estatais e à redução de barreiras à entrada de capital estrangeiro no país, surgiram grandes grupos econômicos com interesse em explorar atividades que outrora eram de exclusiva função do Estado, como os serviços de telecomunicações, de energia e de saúde.

Sendo os serviços mencionados de responsabilidade, em última análise, do Estado, pois se traduzem em serviços essenciais ao bem comum, foram criadas, para sua segurança e controle, Agências Reguladoras, cuja função é ditar as normas de condução entre os agentes envolvidos, ou seja, o Poder Público, o prestador dos serviços e os usuários.

A regulação exercida pelas agências possui papel fundamental no cumprimento das políticas determinadas pelo Estado, e sua função é gerencial (técnica) e de controle sobre os entes regulados.

O conceito de regulação, embora controvertido quanto à sua extensão, é único em delimitar a intervenção estatal junto a setores privados, conjunta ou isoladamente, para impor normas de conduta que visem a obrigá-los a atingir o bem-estar da comunidade.

O instrumento regulatório pode ser definido como o conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valoração, que possibilitam o exercício do controle social das atividades de serviços públicos, gerido por um ente regulador que deve operar todas as medidas e indicações necessárias ao ordenamento do mercado e à gestão eficiente do serviço público concedido, mantendo, entretanto, um grau significativo de flexibilidade que permita a adequação às diferentes circunstâncias que se configuram.

Impõe-se concluir que a regulação é muito mais dirigida às entidades que prestam serviços públicos concedidos, do que aos usuários desses



serviços, e deve ter em vista a proteção de direitos dos consumidores, pois são estes os hipossuficientes na relação.

A regulação dos serviços de saúde suplementar não pode colidir com as normas constitucionais e legais, que são hierarquicamente superiores, e que tratam do direito à saúde, como direito humano, fundamental e individual, garantido pela Constituição da República, e que é a base do Estado Democrático de Direito e fundamento da ordem econômica adotada.

A recente **Resolução n. 319/13** dispõe sobre a fundamentação da negativa de autorização de procedimentos médicos.

Trata-se de medida que facilita a prolação de decisões judiciais, quando há pedido liminar para autorização de realização de procedimentos médicos, porquanto o juiz terá a opinião prévia da operadora de saúde suplementar, para aferir se o usuário tem, ou não, razão no seu pleito.

A negativa deve ser clara, em linguagem adequada, no prazo de 48 horas, para facilitar o entendimento pelo usuário, o que permitirá, também, ao juiz, em caso de ajuizamento de ação, compreender a razão da operadora do plano.

Há proibição de negativa de atendimento em caso de urgência e emergência e fixação de multa de R\$30.000,00 para o caso de negativa de cobertura sem a devida justificativa.

É mecanismo para coibir abusos de negativa de cobertura, fixando multa significativa, que minimiza as recusas infundadas.

A **Resolução nº 279/11** trata da manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para planos de saúde e previdência, desde que assumam o pagamento integral da sua participação.

Observa-se que se trata de medida protetiva ao trabalhador, por permitir a manutenção da condição de beneficiário, mesmo com o rompimento do vínculo trabalhista, para se evitar exigência de novo prazo de carência, reajuste de mensalidades, exclusão de coberturas, desde que efetue o pagamento integral para sua participação.

A primeira condição é que o beneficiário tenha se aposentado ou tenha sido despedido sem justa causa, afastando da portabilidade aquele que venha a ser despedido com justa causa.



A segunda condição é que o contrato tenha sido firmado depois de 1999, ou seja, na vigência da Lei 9.656/98.

A terceira condição é que o ex-empregado assuma a contribuição integral para participação no plano, pois está desvinculado do ex-empregador.

A quarta condição é que o ex-empregado faça a opção de permanência em 30 dias contados da comunicação pelo empregador ao gestor do plano a respeito da despedida ou aposentadoria.

É medida justa, também, para o empregador, que, diante do rompimento do vínculo de emprego, não pode arcar com parte da participação do seu ex-empregado.

Assegura-se, ainda, a participação, por um terço do tempo de permanência no plano, por no mínimo seis meses e no máximo vinte e quatro meses, com vistas à possibilidade de recolocação do trabalhador.

Em relação ao beneficiário que se aposentar, a condição é de que tenha participado do plano por 10 anos, sendo-lhe assegurada a permanência por um ano para cada ano de contribuição.

Há um desvio de finalidade na norma, que não considera que a expectativa de vida está prolongada no Brasil, e a sobrevivência à aposentadoria pode ser mais extensa.

Em qualquer caso, a extensão de cobertura abrange o grupo familiar.

O direito será extinto, em caso de nova contratação, ou obtenção de novo emprego.

Há, por fim, previsão de portabilidade para plano individual, sem exigência de nova carência.

A **Resolução Normativa n. 254/11** trata da adaptação e migração dos planos celebrados até 1º de janeiro de 1999, permitindo a alteração da contraprestação pecuniária, por faixa etária, desde que as modificações sejam claras e compreensíveis para o usuário.

Não havendo cláusula de variação de contribuição no plano antigo, é vedada sua inclusão no novo contrato.

A **Resolução n. 13/98** trata de cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, fazendo referência à Lei 9.656/98, quando houver risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.



A **Resolução n. 310/12** trata da oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar, frisando que a medicação deve ter registro ativo na ANVISA, não podendo, pois, ser experimental ou importada ainda não introduzida no mercado brasileiro.

A **Resolução n. 211/10** atualiza o rol de procedimentos e eventos de saúde, que constitui referência básica assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.

A **Resolução 338/13** atualiza o rol de procedimentos básicos dos planos de saúde e, em seu art. 5º, estabelece que as operadoras deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o art. 10 da Lei 9.656/98, podendo oferecer, em alternativa, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações.

Em seu art. 6º, a Resolução 338 especifica que os eventos e procedimentos nela relacionados, que necessitem de anestesia, terão cobertura assistencial obrigatória, se houver indicação clínica.

E o parágrafo único do art. 6º determina que os insumos necessários para a realização de procedimentos cobertos terão cobertura assistencial obrigatória.

Deve-se fazer uma leitura crítica do art. 10, parágrafo único, que estabelece que os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não serão considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura. Trata-se de exclusão de atendimento, que fere direito do usuário e consumidor, por se enquadrar a situação em procedimento de emergência ou urgência.

O art. 19, § 1º, enumera as hipóteses de exclusões assistenciais.

A **Resolução n. 347/14** trata de remoção de usuário de hospital ou serviço de pronto-atendimento do SUS ou de serviço não conveniado, ou mesmo de serviço conveniado ou cooperado, desde que haja consentimento do beneficiário ou do seu responsável e autorização do médico assistente.

A **Resolução n. 349/14** trata do rol de procedimentos, para incluir tratamento antineoplásico para câncer, com previsão de fornecimento para tratamento domiciliar.



A Lei 9.656/98 determina, em seu art. 35-C, I e II, que é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, ou seja, aqueles que impliquem risco imediato para a vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; ou de urgência, assim entendidos os que resultem de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Como o contrato de prestação de serviços de saúde suplementar é de adesão, não se afastando, porém, da natureza de acordo de vontades, esse rol de procedimentos e eventos não pode restringir aquilo que estiver ajustado pelas partes contratantes, nem pode significar exclusão de cobertura, se esta não for explicitada no contrato.

Examinadas as principais resoluções da ANS, deve-se tratar dos abusos que são imputados às prestadoras de serviços, sendo o primeiro deles, o de exclusão de coberturas.

É possível a previsão de exclusão de coberturas de atendimentos e procedimentos, se inseridas no contrato celebrado.

É o que dispõe o art. 10 da Lei 9.656/98:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

[...];

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado



o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; (Redação dada pela Lei nº 12.880, de 2013) (Vigência)

[...]

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

[...]

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

A própria lei especifica os casos de exclusão de coberturas, sendo relevante frisar que as hipóteses mais frequentes de negativa de cobertura são de implante de próteses e órteses em cirurgias coronarianas e ortopédicas, e de fornecimento de medicamentos.

Primeiro, para que a cláusula de exclusão tenha validade, é indispensável que o associado tenha ciência inequívoca dessa restrição ao seu atendimento, que a cláusula seja escrita de forma compreensível, em letras destacadas.

A ciência do conteúdo da restrição de cobertura deve ser dada de preferência em separado, para que seja inquestionável, e assegure o direito à recusa de atendimento pelo prestador de serviço.

A recusa à implantação de prótese e órtese é considerada abusiva, quando esses equipamentos estão ligados à cirurgia, porquanto não basta a realização do procedimento cirúrgico, se não for implantada a prótese ou órtese, que é parte do tratamento médico, que se tornará ineficaz sem o implante.

A recusa de cobertura de implantação de prótese e órtese resulta em desvio de cumprimento da finalidade do plano de saúde, que deve observar, com rigor, o art. 1º da Lei 9.656/98.

O Conselho Federal de Medicina editou a **Resolução n. 1.956/10**, que trata da prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses, vedando ao médico a prescrição de marca e a obtenção de qualquer forma de lucro ou vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses, materiais especiais ou artigos implantáveis de qualquer natureza.



Estabelece a arbitragem quando houver conflito entre a prescrição do médico e a autorização da operadora de plano de saúde.

O egrégio STJ, em recentes decisões, pontuou que a negativa de implantação de “stents” implica danos morais ao paciente, a quem se impõe sofrimento e aflição pela negativa injusta para fornecimento da órtese.

A jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais é, no entanto, ainda no sentido de que a negativa constitui descumprimento contratual e que não implica danos morais, já se direcionando, porém, em algumas Câmaras Cíveis, para o reconhecimento do dever de indenizar, considerando que a negativa de implante não constitui mero aborrecimento, e causa severa ansiedade ao paciente.

O fornecimento de medicamentos, que os planos de saúde consideram não aprovados pela ANS, também pode constituir conduta abusiva, porquanto, ainda que sejam remédios experimentais ou ainda não adotados no mercado brasileiro, podem ser os adequados para o paciente, e, se houver recomendação médica, devem ser fornecidos.

O médico é senhor da razão no tratamento administrado, mas deve se pautar por evidências de eficácia no procedimento escolhido. Porém, a interpretação da matéria tem caminhado para a adoção da medicina baseada em evidências, que recomenda que o médico só prescreva tratamento ou medicamento que apresente evidências de eficácia para o caso concreto.

A Costa Rica regulamentou em 2014 a medicina baseada em evidências, com recomendação de que tratamentos e medicamentos só sejam prescritos se houver evidências de sua eficácia.

Outro ponto que suscita discussões e demandas é a exigência de carência.

Ora, o art. 12 da Lei 9.656/98 dispõe:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:



[...]

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

Ora, o prazo de carência é previsto em lei e, também, deve ser levado ao conhecimento inequívoco do associado, para que não resulte em lesão ao seu direito à saúde e à recuperação.

Porém, havendo urgência ou emergência de atendimento, o prazo de carência é drasticamente reduzido e deve ser observado pelas operadoras de planos de saúde.

O descumprimento é abusivo e lesa direito do consumidor, que vem sendo restaurado em juízo.

Também relevante ser lembrada a limitação de prazo de internação em hospital ou CTI.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

[...]

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; [...].

A Súmula n. 302, do Superior Tribunal de Justiça, orienta: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.



O fundamento para essa orientação é que o consumidor não pode antever, no momento da contratação, qual será o período apropriado para a recuperação de toda sorte de doenças, nem qual será a data em que necessitará de atendimento.

Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, por violação do princípio da dignidade da pessoa humana, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento apropriado para seu quadro clínico, com o risco severo de morte, apenas porque assim fez constar o pacto a que aderiu.

Ao médico que atende e acompanha o paciente é que cabe determinar o prazo de internação em hospital ou em CTI, não podendo o plano de saúde impor essa limitação, que contraria a finalidade da contratação e fere o direito à recuperação, que é garantia constitucional.

Um tema polêmico e atual é de aumento de contribuição por faixa etária.

Alcançar determinada idade é evento futuro e incerto, que não pode ser adotado como fundamento para modificação de cláusulas contratuais, que devem ser certas e determinadas.

A Lei 9.656/98, em seus arts. 14 e 15, trata do impedimento de participação em planos de saúde em razão da idade e da variação da contraprestação para essa participação.

Só é possível a majoração da contraprestação se houver previsão expressa e destacada de que ela ocorrerá, em razão de faixa etária do participante.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias, os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.



Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

A jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais tem se pontuado no sentido de que o aumento da contraprestação, em razão da faixa etária, se o percentual não está especificado no contrato, havendo apenas previsão de que haverá variação, deve se situar em percentual razoável, não se permitindo que atinja a boa-fé objetiva dos contratos e a sua finalidade.

Observa-se, ainda, do dispositivo legal que é vedado o reajuste para os consumidores com mais de 60 anos que participem dos planos de saúde previstos em lei há mais de 10 anos.

Porém, se o participante demonstra que tem conhecimento de que haverá majoração da sua contraprestação quando atingir determinada faixa etária, não haverá abusividade nesse aumento.

Não se aplica a Lei Federal n. 9.656/98 aos contratos celebrados antes de sua entrada em vigor, ainda mais quando o usuário opta por permanecer no plano anterior. A permanência no plano anterior só não será admitida, se houver esclarecimento sobre a conveniência de migração.

Se a cláusula restritiva de direitos do segurado foi previamente conhecida por este, quando da assinatura do contrato, e não foi redigida em letras minúsculas, sendo, ainda, de redação clara e objetiva, não maculando o objeto intrínseco do contrato, não há que se falar em abusividade e nulidade desta cláusula.

Merece, ainda, referência a polêmica de rescisão do contrato por atraso no pagamento das mensalidades.

Ora, havendo no contrato de prestação de serviços uma relação de consumo, é abusiva a rescisão unilateral do fornecimento, sob alegação de haver atraso no pagamento, pois a motivação é fundada apenas no interesse econômico da administradora, sem levar em consideração a necessidade do usuário.

Essa rescisão será considerada abusiva, especialmente quando a administradora do plano de saúde vem recebendo com atraso as parcelas mensais, e, ao ser acionada para prestação dos serviços, nega-se ao cumprimento do contrato, sob alegação de inadimplência, que fora por ela tolerada.



Trata-se de imposição contraditória com sua conduta de recebimento em atraso.

É indispensável a constatação de que a população brasileira passa por envelhecimento, sem que lhe tenha sido garantida a prevenção da saúde, senão a partir de determinado momento histórico, e com vacinação massiva, porém, sem apoio em nutrição, qualidade de vida e em abordagem da preservação da funcionalidade orgânica.

A conclusão a que se chega é que a judicialização da saúde é inevitável, mas não pode ser considerada como antagonismo entre o Poder Judiciário e as operadoras de planos de saúde, sendo necessária a integração da sociedade na discussão da matéria para seu aprimoramento.

As resoluções expedidas pela ANS apresentam pontos positivos na regulamentação do setor, mas não podem suplantam as normas constitucionais e legais a que estão subordinadas, nem podem com elas colidir.

Na solução dos conflitos, serão examinados os fatos e a lei aplicável, sendo impossível que a resolução exclua ou afaste direito previsto nas normas legais.

Segundo Sarlet (2012 p. 114) e Botelho (2011):

deve-se ter em consideração, porém, que as limitações impostas pela falta de recursos financeiros não podem ensejar um esvaziamento do conteúdo do direito social à saúde, principalmente quando ligado ao núcleo essencial da dignidade. Por esta razão, já foi afirmado que o postulado só tem sentido caso a prestação postulada ultrapasse os limites desse mínimo.

E ainda,

Importante destacar que não se pretende que a atuação do magistrado afaste ou negue princípios jurídicos e fundamentais valorativos, não baseados na racionalidade econômica. Pretende-se apenas que sua conscientização econômico-social aumente as possibilidades de escolha e decisão no caso concreto, sempre de forma fundamentada, afastando assim a pura submissão à lei e a regras que impõem uma aplicação *a priori* (p. 120).



Finalmente,

Na efetivação dos direitos sociais, não se pode desconsiderar também inúmeros reflexos que a decisão judicial pode causar na conjuntura socioeconômica do país, razão pela qual é imperativo o reconhecimento de que determinadas medidas são, por natureza e exigência fática, de competência do legislador, em face de sua legitimação política, na medida em que resultaria de um amplo processo de discussão, assumindo, no final, caráter genérico e uniforme, na condição de lei em sentido material e formal.

O último tema, que abrange tanto a saúde pública como a saúde suplementar, é o do erro médico, que gera o ajuizamento de inúmeras ações em busca de reparação por prejuízos materiais e morais sofridos por intervenções desastrosas.

A responsabilidade civil do médico, nos termos do Código de Defesa do Consumidor, é subjetiva, dependendo da prova da sua culpa (imprudência, imperícia ou negligência) no atendimento do paciente.

E mais, a responsabilidade não é de fim, senão nos casos de cirurgia plástica estética, mas de meio, em busca de melhora na situação de saúde do paciente, sem que se possa assegurar o resultado satisfatório.

Espera-se do médico uma conduta positiva de promover o bem e a saúde do paciente hipervulnerável, sem lhe exigir o resultado prático do tratamento, porque não se pode garantir resposta positiva e igual para todos.

Porém, a instituição de saúde que emprega o médico, ou que lhe cede instalações para atendimento, emprestando-lhe o nome e a credibilidade, tem responsabilidade objetiva, por haver relação de consumo com o paciente que ali se interna.

Inúmeros são os casos que chegam ao Poder Judiciário, desde problemas no nascimento, por descuido ou atraso no atendimento da parturiente, até deficiente realização de cirurgias plásticas, com resultado desastroso para o paciente.

Cada caso deverá ser examinado sob a ótica, primeiro, da existência da culpa do médico, se sua atuação foi pautada na melhor técnica disponível no momento, se sua atenção foi completa no momento do atendimen-



to, e também com base nos preceitos do Código de Defesa do Consumidor, que asseguram ao hipossuficiente a proteção dos seus direitos.

A conclusão a que se chega é que a judicialização da saúde é inevitável, mas não pode ser considerada como antagonismo entre o Poder Judiciário e os outros Poderes ou as operadoras de planos de saúde, sendo necessária a integração da sociedade na discussão da matéria para seu aprimoramento.

Essa análise mostra que aqueles que buscam a Justiça não são a elite, que não precisa de serviço público de saúde, nem tampouco são os mais vulneráveis e excluídos, que não tem sequer conhecimento dos seus direitos, mas a classe média, que tem acesso a informações, e sabe pleitear seus direitos.

Tem-se questionado se o Judiciário tem competência técnica ou expertise para decidir questões sobre direito à saúde, que envolve visão macroeconômica e socioeconômica, porque os juízes têm dificuldade para adotar uma consideração distributiva, pois não têm envolvimento com a elaboração orçamentária. Quer dizer, as decisões judiciais têm reflexo nos orçamentos públicos e nas operadoras de planos de saúde, sem que os juízes participem da sua elaboração, ou, ao menos, tenham compreensão técnica do seu conteúdo.

O Tribunal de Justiça firmou convênio com o Instituto Brasileiro para Estudos e Desenvolvimento no Setor de Saúde – IBDESS e HC Coop. Cooperativa de Trabalho Médico do Hospital das Clínicas da UFMG, em 2 de fevereiro de 2014, para implantação do NATS – Núcleo de Apoio Técnico em Saúde, que visa a apoiar e informar aos juízes sobre a adequação técnica de medicamentos e procedimentos em saúde, especialmente a respeito da sua eficácia, quando prescritos por médicos e indeferidos pela operadora de planos de saúde.

O NATS é composto por profissionais da UFMG, que fazem análise dos casos concretos, com os dados existentes no processo e com base na literatura médica, fornecendo relatório para subsidiar a decisão.

Existem notas técnicas já produzidas sobre uma enorme gama de matérias: medicamentos para vitiligo, avastim, lucentis, durateston, revolade, adalimumabe, ipilimumabe, cirurgia vitrioretina, oxigenoterapia, nebi-do, enoxaparina, ácido ursodisoxicólico na hepatite, pradaxana para pre-



venção de AVC, babigatrana, sygen, glimeperina, insulina, terapia de reposição hormonal, cosopt, alphagan e lumigan para tratamento de glaucoma, fornecimento de cadeira de rodas (Portaria n. 1.272/13, Min. Saúde), vacina dessensibilizadora na alergia respiratória, cardizen, ticlid, rivotril e vertex, ritalina, leite de soja, vacina HPV.

São inúmeras consultas já formuladas, com respostas fundamentadas, que podem ser aproveitadas, pois os relatórios são elaborados por profissionais isentos, conhecedores de farmacologia e medicina e aparelhados para o auxílio aos juízes.

Uma saída para se reduzir o número de processos em matéria de saúde seria o ajuizamento de ações coletivas, através de organizações de defesa dos portadores de determinadas doenças, por exemplo, ou de defesa dos consumidores dos serviços de saúde.

Já lancei a ideia, em Ouro Preto, de instituição de conciliação prévia judicial para solução dos conflitos entre operadoras de planos de saúde e seus usuários, forma de reduzir a judicialização e dar respostas mais rápidas aos consumidores, sem agravar a situação das operadoras.

Porém, como em direito à saúde há uma vasta gama de procedimentos, medicamentos, atendimentos e cuidados específicos para cada caso, o número de ações não será reduzido.

Deixo para os senhores a seguinte questão: o que aconteceria se não houvesse judicialização?

Referências

BOTELHO, Ramon Fagundes. *A judicialização do direito à saúde*. Curitiba: Juruá Editora, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução do Conselho de Saúde de Suplementar - CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência. Publicada no *DOU* nº 211, 4 nov. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - *RN nº 211*, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de



janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - RN nº 279, de 24 de novembro de 2011. Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - RN nº 310, de 30 de outubro de 2012. Dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - RN nº 319, de 5 de março de 2013. Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista e acrescenta parágrafo único ao artigo 74 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1º de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - RN nº 347, de 2 de abril de 2014. Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde (ANS). Resolução Normativa - RN nº 349, de 9 de maio de 2014. Altera a Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tra-



tamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM nº 1.956/2010*. Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.272*, de 25 de junho de 2013. Inclui procedimentos de cadeiras de rodas e adaptação postural em cadeiras de rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). *A Constituição e o Supremo*. 4. ed., Brasília, 2011.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira; SILVA, Marcos Paulo Novais; LEITE, Francine (Orgs.). *Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. Rio de Janeiro: Forense e IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2012.

CUBILLOS, Leonardo; ESCOBAR, Maria Luisa. Universal health coverage and litigation in Latin America. World Bank Institute. *Journal of Health Organization and Management*, v. 28, n. 3, 2012.

GLOPPEN, Siri; ROSEMAM, Mindy Jane. *Litigating health rights: Can courts bring more justice to health?* Human Rights Program - Harvard Law School - Harvard University Press, 2011.

MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*. 4. ed. São Paulo: RT, 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE DIREITO DA SAÚDE. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, n. 1, jul. a dez. 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 11. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.



A saúde pública em face da União, dos Estados e dos Municípios. Dos princípios inerentes ao SUS. Saúde pública e suplementar. Responsabilidades. Contextualização

Dr. Gilmar de Assis

Bom dia a todos. Gostaria também de cumprimentar o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por meio da EJEJ, na pessoa do Des. Kildare e da Des.^a Vanessa Verdolim, que preside, inclusive, o Fórum Permanente de Saúde em Minas Gerais – que é uma outra importante ferramenta que conta com nossa atuação. Cumprimentando daqui o Des. Renato Dresch, que preside o Comitê Executivo Estadual da Saúde, instituído pelo CNJ e, por fim, os demais desembargadores presentes – Dr. Estevan e Dr. Maurício. Tivemos a oportunidade de trabalhar juntos na Comarca de Contagem. Cumprimento, também, os assessores e todos os demais que nos assistem por meio deste curso *on-line*. Dizer da nossa satisfação de estar aqui neste privilegiado espaço do Tribunal de Justiça para participar neste relevante curso. É preciso mesmo parabenizar por essa iniciativa. Penso que esses cursos, principalmente em temas tão complexos e desafiadores como os da área da saúde, alcançam seus objetivos, subsidiam operacionalmente, qualificam com melhor suporte as decisões judiciais, daí nosso reconhecimento e cumprimentos ao Tribunal de Justiça. Cumprimento o Dr. Fernando pela brilhante palestra proferida sobre o tema “Medicina Baseada em Evidências”, com muita clareza sobre esses processos e que, de certa forma, penso, dará completude ao que propomos refletir aqui hoje, sob o aspecto da ciência jurídica, jurídico-constitucional e especificamente em relação à saúde pública.

Então, dentro dessa contextualização, começo por apresentar Rui Barbosa, que, no início do século XX, já nos teria alertado de que não há, numa construção, cláusulas a que se deva atribuir meramente o valor moral de conselhos, avisos ou lições. Todas têm a força normativa de regras. Gostaria, se me permitirem, reafirmar, neste preâmbulo, exatamente esse novo tempo; esse novo paradigma, para que nós possamos entender essa apa-



rente antinomia ou essas aparentes pressões e tensões que nós vivenciamos no Sistema de Justiça. Assim, tenhamos, com a Constituição, um ideário teórico constitucional a ser perseguido. Quase uma utopia, para que nós possamos realmente qualificar aquilo que nós, sociedade brasileira, neste novo tempo, instituímos como uma norma, uma regra jurídica constitucional. E aí a gente tem que invocar necessariamente Canotilho. Canotilho nos traz uma visão muito interessante do caráter dirigente da Constituição, sobretudo nos países ou na grande maioria dos países que adotaram como paradigma o Estado Democrático do Direito.

Então, o caráter dirigente, agora estou falando da nossa Constituição Federal, faz com que sua interpretação extrapole uma leitura positivista e dogmática, nos casos concretos, de modo a alcançar os programas e metas que deverão ser realizados pelo Estado e pela sociedade. Esse raciocínio lógico-jurídico já nos traz evidências de que, em razão desse caráter dirigente, desse organismo vivo, dinamicidade da própria Constituição, em dado tempo, como intérpretes da Constituição, integrados à comunidade de intérpretes, haveremos de dar melhor interpretação sistemática às questões, como, por exemplo, da saúde pública. É fundamental retomar essa visão de Canotilho, para que efetivamente possamos refletir sobre o tema-aula que nos foi proposto. Canotilho nos ensina que é o texto constitucional, por consequência, que deve guiar a construção do conhecimento constitucional, cabendo à teoria da constituição a função hermenêutica. Aí ele afirma, e é muito interessante, que a referência constitucional há de ser a própria Constituição. Então, olhe só que coisa interessante. A Constituição Federal, de caráter dirigente, quando de sua interpretação, para além do positivismo, passa a ser, também, fonte ou referência bibliográfica para que nós (comunidade de intérpretes) possamos exercer essa função hermenêutica.

Bom, aí a gente já começa a falar desse momento histórico do Estado Democrático de Direito, reforçado, conforme explanação anterior, na palestra do Dr. Fernando, no caso da saúde, pelas grandes descobertas da Medicina Baseada em Evidências, como a penicilina e a cirurgia, neste pós-guerra de 45. A grande influência, para se chegar ao Estado Democrático de Direito, diz também respeito ao momento histórico da Grande Depressão, sobretudo pela crise mundial de 1929. O Estado Democrático



de Direito é uma evolução; é um aperfeiçoamento do modelo do Estado Providência, também denominado de Estado Social ou Estado do Bem-Estar Social. Não obstante, é preciso dizer que o Estado Democrático de Direito não conseguiu libertar-se do DNA ou da genética do fundante Estado Providência, criado para atender à eficiência econômica. Então, foi preciso essa racionalização ou ponderação, de modo a atender aos interesses do capitalismo (poder econômico), de um lado, e a satisfação dos interesses da grande massa (proletariado), de outro, dando a ela um bem-estar social, mental e psicológico. O modelo de Estado do Bem-Estar Social rompeu com o absentismo estatal, próprio do liberalismo clássico. O Estado passou a gerar ações positivas de proteção social, denominadas, na prática, de proteção social produtiva. Assim, o Estado Democrático de Direito importa um modelo aperfeiçoado de Estado Providência. Trazendo à realidade da assistência médica, na forma do ideário constitucional, temos o verdadeiro Estado Providência ou Estado do Bem-Estar Social, por meio de um direito à saúde. Isso muda toda uma lógica dentro de um Estado Democrático de Direito. Bonavides chama então de terceira modalidade de Estado de Direito, enfatizando os direitos fundamentais, reconhecendo-os como princípios basilares para se falar em Estado Democrático de Direito. Dessa forma, somente podemos falar em Estado Democrático de Direito se enfatizarmos, com reconhecimento material, os direitos fundamentais, a democracia e o acesso à Justiça. O acesso à Justiça é a essência do Estado Democrático de Direito. O acesso material e real ao direito de ação. Então o Judiciário, assim inserido no corpo da Constituição Federal, é a instituição que equilibra, verdadeira instituição-manutenção desse Estado Democrático de Direito. Guastini também nos ensina que uma das principais características do Estado Democrático do Direito diz respeito ao seu caráter normativo e vinculante que as cartas constitucionais assumem, passando a vincular e orientar todos os Poderes do Estado. Então, a partir do momento em que você traduz os direitos humanos, aliás a diferença entre os direitos humanos e os direitos fundamentais está exatamente nesse aspecto. Os direitos humanos, como direitos da sociedade, da humanidade, estão dispersos naturalmente. Quando são positivados em uma constituição, tornam-se direitos fundamentais. Quando você os cataloga, quando os positiva dentro



da Carta Constitucional, passam a ser direitos fundamentais dentro de um Estado Democrático de Direito.

Sanchez também nos ensina *“dizer que a constituição é normativa significa desta maneira dizer que ela não só regula a organização do poder e as fontes do direito, mas gera direitos e obrigações, imediatamente exigíveis, que não têm sua eficácia ligada à interpretação da vontade legislativa.”* Geram direitos e obrigações de eficácia direta e imediata. Daí a razão de nossa Constituição Federal, no seu artigo 5º, afirmar que os direitos fundamentais, aqui alcançados os direitos sociais, são de aplicabilidade imediata.

As normas programáticas, como a que se refere à segunda parte do artigo 196 da CF, devem ser perseguidas, operacionalizadas em tempo e modo pelo poder-dever do Estado. Robert Alexis também nos ensina que os direitos fundamentais se veem consolidados como normas jurídicas. Por meio da Teoria da Ponderação dos Direitos Fundamentais (Robert Alexis), no Estado Democrático de Direito, as regras e os princípios passaram a ser tidos como normas jurídicas, de mesma hierarquização. Os direitos fundamentais correspondem, portanto, aos direitos do homem instituídos e positivados na Constituição Federal. São direitos do homem, jurídico e institucionalmente, garantidos e limitados no espaço-temporalmente.

Bom, fiz toda essa reflexão histórica, de modo a permitir compreender melhor a dinâmica do direito à saúde, positivado em uma constituição de Estado Democrático de Direito.

Nesse aspecto, conforme interpretação constitucional, são suas características a normatividade, vinculatividade e aplicação imediata. No campo da aplicação do direito, essas características trazem consequências importantes. E, ao instituir esse Estado Democrático de Direito, nossa Constituição o faz, e isso é muito importante dizer, alicerçada sobre fundamentos republicanos. Então, logo no artigo 1º da Constituição, que é uma grande inovação em constituições que preconizam o Estado Democrático de Direito, houve o rompimento com a lógica das constituições anteriores, que, no caso, iniciavam-se pela organização política dos Poderes. Ao contrário, a CF inicia-se instituindo as garantias e os direitos individuais, os princípios fundantes, fundamentos e objetivos republicanos desse Estado Democrático de Direito. Então a cidadania, a dignidade da pessoa humana,



fundamentos republicanos, são instituídos pelo artigo 1º da CF. Além dos fundamentos, há os objetivos republicanos, instituídos pelo artigo 3º da CF, dos quais destaco, como obstinação republicana, o da redução das desigualdades sociais e regionais.

O ideário constitucional foi construído sobre essas premissas da justiça social, da dignidade, da cidadania. Só que, na prática, a ordem social está ainda muito atrelada aos ditames da ordem econômica, ou seja, a ordem social justificada para atender a um bem-estar em que se possa participar de uma cadeia produtiva sob um aspecto político-econômico. Nesse aspecto, o artigo 170 da Constituição Federal é de suma importância dentro da nossa constituição de Estado Democrático de Direito. Sinalizamos, pelo menos no campo teórico, o fato de que essa ordem econômica deverá ter por finalidade assegurar a todos a existência digna. O fato é que as políticas econômicas são ditadas pelo governo, longe do ideário constitucional indissociável dos artigos 170 e 196 da CF. Sob esse aspecto, podemos dizer que muitas dessas medidas editadas pelo governo são de questionada constitucionalidade, se considerarmos os ditames da ordem econômica e social. A ordem social, prevista na Constituição, no artigo 193, tem como objetivos o bem-estar e a justiça social atrelada à ordem econômica, que eu acabei de dizer, do poder econômico, daquelas medidas econômicas que, em tese, deveriam estar conjugadas, objetivadas para esse canal comum de preconizar a dignidade, o bem-estar e a justiça social.

A seguridade social, ainda confundida por muitos, tem como tripé a saúde, a previdência e a assistência social. Logo, os institutos da saúde, previdência e assistência social, embora integrem a seguridade social, não são a mesma coisa. Às vezes, em algumas decisões monocráticas do Supremo Tribunal Federal, percebemos essa confusão. Não há que se trazer a questão da hipossuficiência para a saúde pública. Pois bem, com essa nova configuração de sistema de proteção social, com ênfase nos direitos fundamentais, o Estado agora passa a se ver obrigado a garantir esses direitos sociais por meio de políticas públicas e diante da sua potencial exigibilidade judicial.

Daí que devemos afastar todas as críticas, inclusive doutrinária, levantadas pelo sistema de saúde como tese defensiva quanto a esse ativismo judicial. Não se trata de ativismo judicial. Trata-se de direito constitu-



cionalizado passível de exigibilidade judicial. A judicialização tem as suas variáveis. No escopo do Estado Democrático de Direito, o direito ao acesso à Justiça, ao direito material, conforme já falado, é garantia constitucional. Evidentemente que não podemos perder de vista que há judicialização desestruturante, aquela que efetivamente desorganiza o Sistema de Saúde.

Como falou Fernando (palestra que nos antecedeu), a judicialização ruim é aquela levada a efeito por interesses do poder econômico, das grandes corporações, de grandes grupos, absolutamente orquestrados. Não há que se falar em hipossuficiência nesses casos de grandes corporações. Essas, evidentemente, detêm maior conhecimento técnico, com imposição, nos casos de saúde suplementar, de cláusulas unilaterais, às quais chamamos de cláusulas de adesão, em que não se dá o direito de você as discutir, e sim você assiná-las, endossá-las ou não fazer parte. Daí meu raciocínio de que toda essa crítica generalizada à judicialização não é correta.

A saúde possui assento constitucional nos artigos 196 a 200 da Constituição. Uma vez positivada constitucionalmente, há de ressaltar os ensinamentos de Rui Barbosa. As palavras têm toda uma validade, toda uma contextualização, toda uma força jurídico-constitucional. Interessante que não é próprio da Constituição ser detalhista, mas a nossa Constituição Federal, no caso do direito à saúde, o foi. Talvez pela necessidade da grande ruptura de um modelo ditatorial. Foi minudente em matérias que poderiam ser melhor traduzidas por lei infraconstitucional. Mas, como o fez, no seu corpo, para que nós, dentro desse escopo de constituição dirigente, de organismo vivo, pudéssemos, então, estar dando a melhor interpretação do seu dispositivo. Então a saúde, na escrita constitucional, passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, pautada pelo acesso universal, igualitário, às ações e serviços de saúde, visando a sua promoção, proteção e recuperação. Essas disposições, sobretudo dos artigos 196 e 197 da Constituição, dizem respeito à saúde pública e privada, de relevância pública.

A ideia, vamos assim dizer, do movimento sanitário pré-constituente de 87 é que nós tivéssemos uma saúde socializante, toda ela uma saúde pública, mas isso não foi possível em razão de outras variáveis políticas. Esse artigo 197 da CF é fundamental e tomaria toda nossa tarde de hoje apenas para dar-lhe melhores interpretações sistemáticas sobre esse aspecto de



sua relevância pública. Olhe só que coisa importante. Nós temos um leque de direitos sociais na Constituição Federal, mas expressamente catalogada ou positivada pelo constituinte, como de relevância pública, somente a saúde. Não discordo que a educação e vários outros direitos sociais também sejam de relevância pública, como de fato o são; contudo, posso afirmar que literalmente expressos na CF, de forma intencional, foram as ações e serviços de saúde. Ora, isso nos traz uma verdadeira tese a ser escrita. Se são as ações e serviços de saúde, aqui incluída a saúde privada, de relevância pública, elas se submetem, dentro desse Estado Democrático do Direito, à observância de diretrizes e deveres.

E a gente vai falar um pouquinho sobre isso. Ora, cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo ser sua execução feita diretamente ou através de terceiros. Quanto a essa modalidade executiva, vejo que boa parte do Sistema de Saúde e da Justiça não fazem leitura mais adequada. Trata-se de serviços impróprios. Não houve a reserva da exclusividade da sua execução pelo Poder Público. No caso, por exemplo, de contratos de fomento, contratos de colaboração e contratos de gestão por OS ou OSCIP, é preciso destacar que houve a permissão constitucional, na lógica de uma complementariedade dos serviços públicos de saúde. Aliás, conforme estatísticas, cerca de 50 a 60% da prestação da atenção hospitalar no Brasil é feita, na área da saúde pública, por meio de entidades filantrópicas ou das entidades sem fins lucrativos, de natureza privada. Então esse artigo é muito importante para algumas elucidações jurídicas sem preconceitos.

A OMS nos trouxe um conceito de relevância pública. Ela entende como relevância pública o poder de controle pela sociedade e pelo Estado visando a zelar pela sua efetividade, eficácia e por sua qualidade. Aí entra a Medicina Baseada em Evidências (MBE), buscando a qualidade desses processos. Ao qualificar essas ações e serviços de saúde como de relevância pública, o que a Constituição Federal fez foi proclamar sua essencialidade. Então, deve-se entender, ainda, por relevância pública que o interesse primário do Estado nas ações e serviços de saúde envolve essa essencialidade para a coletividade, ou seja, sua relevância social. Enquanto direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde devem ser por eles privile-



giados, eu diria, priorizados. Se é de relevância pública, esse direito social, traduzido por direito fundamental (na CF estão situados no mesmo título), em uma constituição dirigente, com aplicabilidade imediata, não sendo mera assistência, há que se dar a importância e a repercussão jurídico-constitucional sobre todos os aspectos.

Nós temos levantado uma questão interna no Ministério Público de Minas Gerais, no sentido de que, quando um gestor diz, como tese defensiva judicial, que não tem orçamento ou que ele está no limite prudencial, assim como faz a Medicina Baseada em Evidências, para efeitos de incorporação, exclusão ou alteração dos produtos e procedimentos, há necessidade de que esses órgãos, Funções Essenciais à Justiça, possam melhorar sua investigação por meio de informações junto aos bancos oficiais, ao SIOPS, ao Ministério da Saúde, ao Tribunal de Contas. Assim será possível saber se realmente essa tese defensiva judicial deve prosperar. Se de fato o gestor tem priorizado as ações e serviços de saúde no seu planejamento obrigatório e na Lei Orçamentária Anual (LOA).

O que quero dizer disso na prática? Que nós já temos levantado, em algumas situações, essas informações nos casos concretos, inclusive, por meio de análise sobre a lógica de planejamento, do orçamento. Assim, é possível verificar que, muitas vezes, o próprio Tribunal de Contas aponta a não aplicação de recursos priorizados para a área da saúde pública por parte desses gestores. Às vezes, tem sido constatado que, não obstante a falta dessa priorização, alguns gestores ainda retiram recursos orçamentados para a saúde pública para aplicação em outras áreas da esfera de governo.

Então essas diligências são fundamentais, de modo a demonstrar para o Judiciário que o gestor está equivocado em sua tese defensiva judicial, visto que, além de não haver priorizado seu orçamento, na forma legal, para as ações e serviços de saúde, ainda fazem desvios para outras funções programáticas dentro do orçamento. Isso é muito comum. O que em tese, então, a meu ver, é ilegal, porque, se a Constituição colocou as ações de saúde de caráter prioritário, de relevância pública, ele tem que priorizá-las. Seu obrigatório planejamento de saúde deverá levar em consideração as necessidades coletivas de saúde de sua população, por meio da epidemiologia.

Bom, aí chego à moldura constitucional da saúde pública no Brasil. Não há que se falar em modelos, no plural, de saúde pública adotados no



Brasil. Novamente volto a Rui Barbosa e a Canotilho para reafirmar esse posicionamento. Então esta é a moldura. Esta é a pretensão. Esta é a decisão constitucional de um modelo de saúde no Brasil. Aí sim, entro na saúde pública; as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada.

Observem que não falei que integram uma rede municipal. Isso é muito importante, porque, na lógica da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no obrigatório planejamento de saúde, o que deve preponderar, sobretudo para a racionalização dos finitos recursos, é a lógica de regiões de saúde. Minas Gerais é o Estado com maior número de regiões de saúde – nós temos 77 regiões de saúde –, que chamamos de microrregiões de saúde. Essas regiões foram criadas por determinação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Esse ato normativo exige, dentre outros, o obrigatório planejamento de saúde para cada uma dessas regiões de saúde. Teríamos que ter o denominado planejamento regional de saúde, o que não acontece na prática, não obstante o princípio constitucional da descentralização e da regionalização. Por meio desse planejamento seria possível construir Redes de Atenção à Saúde regionalmente, com máxima eficiência e racionalização de recursos.

Pois bem, o que quero dizer com isso? Que, enquanto não houver, com responsabilidade sanitária, esse planejamento regional de saúde, muitos equipamentos de saúde continuarão a ser concorrentes entre si, planejamentos municipais pífios e desperdício de dinheiro público, sem garantia de sua eficiência. É preciso coragem e vontade política para mudança desse cenário assistencial que, no caso, leva para a judicialização devido à insuficiência e fragmentação das políticas. Nós não precisamos, por exemplo, que todos os hospitais sejam referência, sobretudo os hospitais de pequeno porte. Esses podem até ganhar um papel assistencial, dentro desse vazio nas redes de uma dada microrregião. Mas, se não for feita essa mudança, esse novo desenho sanitário, com definição de identidade assistencial, certamente haverá pulverização dos finitos recursos públicos. Isso sem falar da escassez de profissionais de saúde especializada. Na mediação sanitária, levada a efeito pelo Ministério Público, com participação plural, âmbito microrregional, procuramos alertar esse papel dos gestores.



Ela instiga-os a sair dessa zona de conforto para a lógica do real planejamento de saúde do ponto de vista regional. Então, hierarquizada. Hierarquizada não quer dizer subordinada. Vivemos num federalismo. O município não é subordinado ao Estado ou à União. Goza de autonomia político-administrativa. A hierarquização, aqui, diz respeito aos serviços, nos quais nós temos os da atenção primária, secundária e terciária. Essa é a hierarquização em um sistema único de saúde.

O Supremo Tribunal Federal (STF), por decisão definitiva, acabou por agasalhar a tese da responsabilidade solidária dos entes governamentais na área da saúde pública. Não obstante essa grave decisão, a que deveremos nos submeter, penso que melhor teria sido adotada a tese da subsidiariedade. Preocupa-me muito a judicialização de alto custo contra os municípios, geralmente desprovidos de recursos suficientes para atendimento dessas demandas, sem garantia de ressarcimento. O Sistema de Saúde deverá regulamentar o mais rapidamente possível esse ressarcimento, previsto na Lei Federal nº 8.080/90. De fato, essa regra da solidariedade para o cidadão usuário foi mais benéfica.

O Dr. Renato Dresch faz uma intervenção dizendo que as políticas públicas devem ser respeitadas. Nesse momento, essa interpretação pode ser feita também em relação à solidariedade dentro das políticas públicas, e não podem ser desprezadas. Esse seria um meio de se interpretar essa solidariedade dentro da política pública.

Perfeito. Concordo com o Des. Renato Dresch. De fato, se, de um lado, se reconheceu a solidariedade entre os entes governamentais; de outro, que essa possa ser feita dentro da política pública. O artigo 23 da Constituição Federal, utilizado pelo STF para convencimento dessa solidariedade entre os entes, a meu ver precisaria ser melhor regulamentado. O seu parágrafo único, inciso I, exige expressamente que “lei complementar regulamentará a matéria”. Essa lei ainda não existe. Não se trata da Lei Ordinária nº 8.080/90. Ademais, essa é bastante expressa ao sinalizar, dentro do sistema, para as competências de cada um dos entes governamentais no tocante a esse cuidar da saúde. Assim, é possível verificar, pelos seus artigos 15, 16, 17, essas competências. Portanto, concordo com o Des. Renato Dresch.



As diretrizes que pautam o SUS são: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Ora, sobre a diretriz da participação da comunidade, às vezes fazemos uma interpretação meramente literal, sem entender sua profundidade. O controle social, por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, integra as diretrizes da participação da comunidade. Então ali nós também podemos ter as audiências públicas, muito bem-vindas, a prestação de contas dos respectivos entes em audiência pública em cada uma das casas do Congresso, nas Assembleias Legislativas, nas Câmaras Municipais, isso é matéria de lei, Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Bom, então, o SUS foi instituído nesse contexto, do Estado Democrático do Direito. Verdadeiro sistema de proteção social denominado Seguridade Social, que visa a garantir o direito universal à saúde. Então, o SUS é um arranjo institucional, organizativo do Estado Brasileiro e é por meio dele que se dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil. Vou dizer mais. Por meio do SUS, é possível alcançar a efetivação do fundamento republicano da cidadania, do fundamento republicano da dignidade da pessoa, do objetivo republicano da redução das desigualdades sociais regionais. Relembro, mais uma vez, seu caráter de relevância pública. A saúde é pautada por princípios constitucionais. Temos os denominados princípios finalísticos e estruturadores. Os princípios finalísticos que poderia apontar podem ser buscados no artigo 194 da Seguridade Social. Lá, encontraremos o princípio da Universalidade da Cobertura e do Atendimento. Olhe que coisa interessante. É nesse artigo da seguridade social que haveremos de exigir, nos casos concretos, a universalidade da cobertura. No artigo 196 da CF, falamos da universalidade do acesso. São coisas diferentes. Acesso universal igualitário não se confunde com a universalidade da cobertura e do atendimento. Outro que destacamos é o princípio da igualdade. Nesse caso, igualdade de acesso, sem discriminação de qualquer espécie. Daí o proibitivo constitucional do critério da hipossuficiência para os fins de proteção estatal da saúde. A equidade, que é muito bem colocada como princípio finalístico na saúde, diz respeito a determinados grupos muito mais vulneráveis. São os denominados grupos específicos, como, por exemplo, a população indígena. A equidade está mais voltada à lógica, vamos assim dizer, de dispensação do serviço ou da pulveri-



zação desses recursos públicos para regiões que tenham um IDH menos favorável, para grupos, por exemplo, e aí entram os grupos que se organizam, inclusive, em associações, grupos específicos de defensores de determinadas doenças. Mas não somente isso. Às vezes, esquecemos dos princípios da promoção, da prevenção e da recuperação. Eles são princípios finalísticos. O legislador, nesse aspecto, determinou a priorização da promoção e da prevenção na saúde. De novo, cito Rui Barbosa. Não há letras sem sentido na Constituição. Assim, quando o gestor não prioriza a promoção e prevenção, preterindo-as por ações e serviços de saúde em outras programações, incorre em ilegalidade. Infelizmente, na prática, há falha do gestor nessa agenda sanitária. E, ao não priorizar as ações de promoção e prevenção, acaba por empregar maiores recursos orçamentários nas áreas da urgência e emergência. Por isso que há grande pressão de acesso da população por equipamentos de saúde na urgência e emergência. É preciso mudar o foco do investimento. São intenações sensíveis às condições primárias. O Ministério Público percebeu a importância de se exigir dos gestores a priorização de programas na promoção e prevenção na saúde pública. Dessa forma, em todo o Brasil, estamos realizando o projeto “O Ministério Público na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, organizado pelo CNMP. Também, estamos fazendo levantamento de informações sobre o investimento financeiro por parte dos gestores estaduais na atenção básica de saúde. Pois bem. No tocante aos princípios estratégicos, também denominados estruturadores, são aqueles voltados ao modo de como operacionalizar essas ações e serviços de saúde. Assim, podemos citar os princípios da descentralização, da regionalização, da hierarquização, da integralidade e da participação da comunidade. Bom, mas os princípios e diretrizes do SUS não estão apenas na Constituição. Isso porque a CF é dirigente. Ela irradia seus efeitos para todo o microsistema. Dessa forma, encontramos no artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei federal nº 8.080/90) a reafirmação desses princípios constitucionais e de outros, com características expansionistas, aplicáveis às ações e serviços públicos de saúde. Esses princípios são aplicáveis também aos serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS. Assim, nesse caso, quando a mesma CF, no seu artigo 199, nos diz que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos



gozam de prioridade ou de preferência nos contratos e convênios celebrados com o Poder Público, também determina que esses instrumentos deverão se submeter às normas da fiscalização, da regulação, do monitoramento, etc. Significa dizer, portanto, que essas instituições são SUS. De fato, não são públicas ou exclusivamente privadas, mas privadas reguladas pelo SUS. Se são instituições SUS, é preciso dizer que seus profissionais de saúde também se submetem a essa regulação. Dessa forma, não é possível que eventuais profissionais ou clínicas, dentro do escopo de uma instituição SUS, não prestem serviços para o SUS, fazendo-o apenas para o privado ou saúde suplementar. É que, nesses casos, estarão irremediavelmente utilizando-se, direta ou indiretamente, dos recursos públicos repassados. Ora, sabemos que essas instituições privadas reguladas são fomentadas por recursos públicos, repassados diretamente por fundos ou por emendas parlamentares, obrigando-as a disponibilizar no mínimo 60% de seus atendimentos para o SUS. Essa obrigação está pautada pela Lei federal nº 12.101, de 2009. Para manutenção de seu CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, com gozo de imunidades tributárias, é preciso prestar, no mínimo, 60% de seus atendimentos para o SUS. O sistema fala de serviços descentralizados. Não há que se confundir com serviços desconcentrados. Essa a grande diferença quando estudamos a questão da solidariedade entre os entes. O direito administrativo constitucional nos aponta que a regra da solidariedade se dá nos serviços desconcentrados. Mas o SUS trabalha com a lógica da descentralização. Nesse caso, União, Estados, Distrito Federal e municípios são independentes, gozam de autonomia político-administrativa. Penso que não é possível a solidariedade num sistema descentralizado. Há necessidade de se diferenciar saúde pública, complementar e suplementar. Assistência à saúde é livre na iniciativa privada. Está na Constituição. E essa livre iniciativa livre é um dos primados da ordem econômica. Está lá no artigo 170 da Constituição Federal. Então a Constituição não somente permitiu a atuação das entidades privadas, de forma complementar, no SUS, como as entidades filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos (instituições SUS), como também a atuação da iniciativa privada fora do SUS. É o que denominamos de setor da saúde suplementar. E saúde suplementar não é a mesma coisa que saúde complemen-



tar, embora às vezes nós nos equivoquemos. A saúde complementar se realiza por meio da autorização dada pela CF, como no caso das denominadas instituições SUS, que, embora privadas, submetem-se à regulação por meio de contratos ou convênios. Para a iniciativa privada fora do SUS, existe regime jurídico diverso que explicita o dever do Poder Público de controlar a atuação da iniciativa privada na assistência à saúde, tendo em vista o reconhecimento da sua relevância pública. Assim, forçoso reconhecer que os planos e seguros de saúde também gozam de essencialidade porque estão alcançados pela relevância pública. São regulados pela Lei federal nº 9.656, supervisionados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Bom, feito isso, permita-me voltar um pouco para nosso específico tema de hoje. A Constituição assinalou, como diretriz, a participação da comunidade. Essa participação, repito, vai muito mais além do que as conferências e o controle social de saúde. Agora vejam os senhores. Essa participação da comunidade foi vetada pela Presidência da República quando da promulgação da Lei federal nº 8.080/90. Com a pressão popular, no mesmo ano, foi editada a Lei federal nº 8.142/90, restaurando a disposição original do projeto de lei. A diretriz da participação da comunidade, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), é o princípio do controle social, que se baseia na premissa de que, quanto mais a sociedade estiver envolvida na construção e fiscalização do SUS, maior será a probabilidade de que a implementação das respectivas políticas públicas obtenha êxito e traga resultados profícuos para a população. Bom, aí faço um parêntese. Olhe só. A Constituição apontou, como princípio finalístico, a participação da comunidade no SUS, seja por audiências públicas, controle social, conferências, etc. Mas o que tem ocorrido na prática? Penso que um controle social muito longe do ideário constitucional. Hoje, temos cada vez mais sua substituição por instâncias que não refletem a participação da comunidade. Cada vez mais se decidem, nos aspectos políticos, operacional e administrativo, por meio dessas instâncias colegiadas, agora reconhecidas por Lei federal nº 12.466. Surgiram, portanto, novas instâncias, como CIR – Comissão Intergestores Regional; CIRA – Comissão Intergestores Regional Ampliada; CIB – Comissão Intergestores Bipartite; e CIT – Comissão Intergestores Tripartite. Em recente auditoria operacional, promovida pelo TCU, temos que a di-



retriz da participação da comunidade na saúde pública está mesmo fragilizada. Dessa forma, foi apontada, dentre outros fatores, uma maior rotatividade dos seus conselheiros, seja pela não observância da paridade de 50% dos usuários SUS na composição dos conselhos, seja pela falta de uma secretaria executiva, seja pela falta da capacitação desses conselheiros, seja pela falta de dotação orçamentária para a manutenção de suas atividades, ou seja, um leque de variáveis que, com todo o respeito, não interessa à agenda governamental a sua regulamentação. Não interessa à agenda governamental a regulamentação ou o fortalecimento do controle social, que é a sociedade dizendo, controlando, fiscalizando o que gastar, como gastar, quando gastar com os recursos disponíveis, com as ações e serviços em saúde na sua base territorial. Isso não acontece. São, portanto, instrumentos de controle, mas na prática não têm feito este controle. Penso que há plausibilidade para a tese da corresponsabilização sanitária do conselheiro de saúde nos atos decisórios do plenário. Por que isso é importante? Está contra o controle social? Não, pelo contrário. Penso que, ao se exigir essa responsabilidade nas decisões plenárias, poderá reforçar a tese do voto consciente e qualificado. Deixará de ser mero agente que homologa as decisões do gestor. Melhor, decidirá a política pública com consciência comunitária. Terá a responsabilidade de fazer o elo entre o cidadão usuário e o gestor SUS, possibilitando que essa coletividade participe da formulação dos planos e das diretrizes do sistema. A recente Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2013, trouxe inovações e responsabilidades para o controle social. Quanto ao tema da assistência farmacêutica, também solicitado pela organização do evento, é preciso instigar raciocínio mais crítico. A Lei federal nº 8.080, no seu artigo 6º, é expressa em determinar que está incluída no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. Essa disposição do texto legal, com destaque para o emprego da “vírgula”, nos permite interpretar a seguinte leitura: “Está incluída no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica da assistência farmacêutica”. Posteriormente, a Lei federal nº 12.401, editada com o propósito de criação de uma integralidade da assistência farmacêutica no Brasil. Apenas para ilustração, o mundo, por meio da indústria farmacêutica, vai arrecadar, neste ano de 2015, cerca de 1 trilhão de dólares. Por outro lado, em pesquisa de



opinião realizada, em junho de 2014, junto à sociedade, constatou-se que, cerca de 95% dela, estaria insatisfeita com a saúde pública. Por outro lado, a judicialização tem sido crescente nas demandas individuais, em especial para acesso a medicamentos. E, quando você vê esse dado, percebe que algo deverá ser feito pelos Sistemas de Saúde e de Justiça. Enquanto países como Estados Unidos, Austrália, Canadá estão saindo dos primeiros patamares de consumidores da assistência farmacêutica, no Brasil o processo é inverso. Saímos da 10ª posição para alcançarmos o 4º lugar em 2015 de países do mundo com maior consumo na assistência farmacêutica. Essa nova Lei federal nº 12.401 deverá ser observada por todos. Ela estabelece uma importante regra de que a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde há de exigir que a prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para doença ou agravo a saúde. Em resumo, ela estabelece que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas são os instrumentos para balizamentos para essas dispensas. O problema é quando esses produtos, procedimentos ou medicamentos, conforme levantado pelo Fernando, não estão previstos nos protocolos ou com diretrizes terapêuticas. O que fazer? Penso que o artigo 19-Q da mesma lei nos dá essa resposta. Assim, na falta do protocolo clínico ou de diretrizes terapêuticas, a dispensação será realizada com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS. Aqui, está-se pensando em competências. Desse modo, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, essa dispensação, de forma suplementar, se dará com base nas relações de medicamentos instituídos pelos gestores estaduais do SUS. Nos municípios, com base nas relações de medicamentos essenciais que estabelecerem. Em essência, caso não haja os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, em face de um caso concreto, assim como quaisquer relações complementares por parte da União, Estados, Distrito Federal e municípios, o que devo fazer? Devem-se buscar algumas outras evidências, tais como: possui registro na Anvisa? Ora, isso é importante. A Anvisa nos dá, no mínimo, uma avaliação farmacodinâmica. Talvez o princípio da solidariedade entre os entes melhor se aplicaria nesses casos em que não havia os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, relações oficiais da União, Estados, Distrito Federal e municípios, embora o medicamento pos-



sua registro na Anvisa para aquela propedêutica. Aliás, é bom que se destaque qual seria a consequência de um município não possuir sua Remume. A meu ver, nesse caso, deverá responder por sua responsabilidade sanitária, sendo responsabilizado pelo fornecimento do fármaco, desde que com registro na Anvisa. A Remume poderá então funcionar como sua tese defensiva, desde que elaborada adequadamente, espelhando as necessidades coletivas de sua população. A própria OMS – Organização Mundial da Saúde preconiza que, se não houver o protocolo clínico federal para determinado fármaco, assim reconhecido pela política pública, estará o Brasil sujeito a dar todo e qualquer medicamento com evidência no mundo. Daí a possibilidade de uma decisão judicial que determina a importação de um determinado medicamento que tem a sua evidência no FDA ou congêneres. Penso que, se a União se desincumbir, com demonstração de decisão pela sua não incorporação, com evidências científicas, assim feitas pela Conitec, é fator qualitativo para que o magistrado, em tese, possa decidir pela sua não concessão ao caso concreto, invocando os dispositivos da Lei federal nº 12.401. Essa mesma lei federal é clara em proibir a dispensação de produtos, procedimentos ou medicamentos que não possuam registro na Anvisa. No meu modesto entender, para superação excepcional desse dispositivo legal pelo Poder Judiciário, há que se exigir, no caso concreto, fundamentação absoluta de Medicina Baseada em Evidências – MBE. A regra é clara. Mas, se se provar, não por prescrição médica, mas pelo método que nos foi passado pelo Fernando agora há pouco (palestra precedente), sobre a Medicina Baseada em Evidência, por meio de um relatório narrativo ou revisão sistemática, chego aos mesmos resultados, que ele tem evidência, entendo que é possível fazê-lo. Nesse caso excepcional, pautado pelo Estado Democrático de Direito, o juiz poderá fazê-lo, visto que não visa a dar a ordem jurídica, mas dar a justiça. A justiça tem a força muito maior do que a própria ordem jurídica baseada em princípios, em regras, em evidências. Não há que se confundir um bom elaborado relatório médico (narrativo) até com algumas referências, com a verdadeira Medicina Baseada em Evidências. É preciso cuidado, não somente pela vedação da Lei federal nº 12.466, como também pelo fato da “incorporação tecnológica às avessas”, levando o Sistema de Justiça a uma decisão pouco refletida. Não pode ser



banalizada. Não se poderá decidir genericamente. Somente os casos concretos, em face de suas condicionalidades e especificidades, nos darão melhor condições para análise jurídico-constitucional. Então, em tese, é isso. Respeitosamente, vou discordar de um ponto apresentado pelo Fernando. Foi feita uma pergunta quanto serem fortes ou fracos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas editadas pela Anvisa. Não é esse o papel da Anvisa, embora pudesse atuar em conjunto. A Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – do SUS não tem recebido a provocação dos grandes laboratórios e indústrias de medicamentos. Não querem arriscar a consulta quanto à incorporação pela via do Sistema de Saúde. Optam por fazê-lo, na maioria das vezes, pela judicialização. Assim vai virando jurisprudência. Ora, a Conitec, órgão heterogêneo, tem na sua composição o próprio Ministério da Saúde (MS) com cinco secretarias; o Conselho Federal de Medicina; o Conselho Federal de Farmácia; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conas); o Conselho Nacional de Saúde (CNS); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A Conitec tem um prazo, a partir do processo protocolar, de 180 dias para decidir pela revisão, pela incorporação, pela alteração ou exclusão de determinado produto ou medicamento que chamamos de Rename. Quando se decide pela incorporação ou não, está fechado o processo? Não, o processo é democrático. Ela é obrigada a submeter ainda a uma consulta pública de 30 dias para que a sociedade possa apontar seja pela evidência científica, revisão sistemática, tudo o que quiserem fazer, PTC, para que aquilo possa ser incorporado. Em Minas Gerais, o Comitê Executivo da Saúde, instituído pelo CNJ, coordenado pelo Des. Renato Dresch instituiu, por meio de Cooperação Técnica, o NATs. Os magistrados poderão fazer suas consultas pelo sistema virtual, com respostas técnicas (respostas rápidas) por *experts* do Hospital das Clínicas da UFMG. Não há dúvidas de que a Conitec e a própria Anvisa precisam ser melhor aprimoradas. De fato, conforme sustentado pelo Professor Fernando, para se ter o registro provisório junto à Anvisa, situação que já lhe permite a comercialização de seu produto ou medicamento nacionalmente, não se exige previamente qualquer experimentação científica ou aquele processo de método para se ter a evidência científica. É o próprio laboratório, com a sua responsabilidade sanitária, que tem



a obrigação de fazê-lo. Agora acho também uma coisa fundamental para repercussão jurídica. O Código de Defesa do Consumidor descreve os medicamentos como produtos perigosos, produtos essenciais, a essencialidade, mas também perigosos, principalmente, em razão da interação medicamentosa; e aí a gente fica a pensar. Vejamos o exemplo do medicamento Viox que nos foi trazido aqui. Houve seu consumo por muitos países. Lá na frente, por reações adversas, foi retirado do mercado pelo próprio fabricante. Ponto. Acho que não pode ter um ponto. Vírgula. E a responsabilização? E os danos potencialmente causados à saúde, os malefícios, etc. que essa indústria provocou? Aí fecho o parêntese. Agora a Anvisa possui determinada carga de responsabilização, porque esses processos no Brasil precisam ser melhor aprimorados, exigindo-se melhor fármaco-vigilância. Vejamos um exemplo: o usuário precisa de um medicamento de alto custo; possui registro na Anvisa; não se trata de *off label*; não é experimental. Vêm depois as reações adversas, às vezes fatais. Isso acontece todo dia. O médico assistente suspende o tratamento porque não deu certo para ele. E a notificação? Não é feita para a Anvisa. Assim não se tem um conjunto de notificações para que a Anvisa possa retirá-lo do mercado nacional. Há falha pela fármaco-vigilância. Essa ausência de notificações quanto às reações adversas com complicações e fatalidades não endossam eventual processo decisório de retirada do produto do mercado. Voltando um pouco. No caso de medicamento ou produto questionado administrativamente ou judicialmente, não oferecido pelo SUS, então, além de tudo aquilo que já refletimos, penso, como método, dever-se-ia avançar nas investigações. Assim, deve-se perguntar se possui registro na Anvisa. Em caso negativo, já se esvaziam consideravelmente minhas possibilidades. Aí eu teria que exigir, com maior cautela, se insistir na pretensão, uma maior evidência científica para que eu também não seja indutor, já que não sou técnico, de uma responsabilidade que possa trazer uma insegurança terapêutica e em tese, pelo menos, ela se responsabiliza objetivamente. À luz do direito, a responsabilidade é objetiva da Anvisa. Quando ela permite o registro provisório ou não, ela se responsabiliza. Ela tem que ser demandada quanto a isso. Então, faria essa filtragem, esse recorte. Nos casos de não registro na Anvisa, há que se ponderar, resguardar-se necessariamente pelas variáveis da segu-



rança terapêutica, de modo a exigir a evidência clínica, a evidência científica, a medicina baseada em evidência, não é a segurança jurídica *versus* justiça. Então a segurança jurídica a ser perseguida me orienta pelo fato de que a lei está dizendo que não posso dispensar sem registro na Anvisa. Assim, somente no caso concreto, que será a exceção, e não a banalização, poderá se invocar a Justiça. Dessa forma, eu poderia permitir a dispensação daquele medicamento sem o registro na Anvisa. Eu iria por esse caminho. Mas, *grosso modo*, para prevalecer a segurança jurídica e em tese a segurança terapêutica, há que se analisar se tem ou não registro na Anvisa, que é a ordem jurídica.

Bom, e aí eu encerro. Espero que tenhamos trazido algumas inquietações, algumas provocações. Acho que são muito importantes. O cenário não está construído. A saúde pública no Brasil é recentíssima, da Constituição Federal de 1988. Somente agora nos 3 ou 4 últimos anos é que estamos nos apropriando de instrumentos normativos infraconstitucionais. Antes apenas por atos normativos infundáveis. Foi feita a pergunta aqui sobre as portarias. É um emaranhado de normas administrativas, mas isso talvez não nos convença. É melhor que as questões sejam melhor dirimidas com uma certa legislação infraconstitucional. Somos engenheiros sociais. Arrisco a dizer que boa parte das demandas judicializadas foi benéfica para o Sistema. Como mensagem final, deixo-lhes o seguinte: *“É preciso diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que um dado momento a tua fala seja a tua prática.”* O Sistema de Justiça tem feito isso. O Judiciário, em especial, tem feito isso. O Sistema de Saúde também precisa fazer. Obrigado.



Medicina baseada em evidência. Bioética e justiça. Equilíbrio entre o conhecimento técnico e as evidências científicas. Fontes da Medicina Baseada em Evidências – MBE. Papel da Anvisa. Preponderância da MBE. Consequências. Soluções

Dr. Fernando Herz Wolff

Bom dia a todos. Em primeiro lugar agradeço à Des.^a Vanessa Verdolim e a esta escola pelo convite para estar aqui presente. A iniciativa de estudar esse assunto (aplicação da Medicina Baseada em Evidências) na saúde é fundamental. Os que estão participando deste curso certamente estão por dentro do problema, que tem sido a saúde no Brasil. O Judiciário tem sido usado para tentar resolver esses problemas, mas temos que tentar fazer isso de uma forma melhor. A minha ideia aqui é contribuir com algumas noções técnicas do que chamamos da Medicina Baseada em Evidências, para facilitar e embasar, talvez, o melhor uso dos recursos que são de todos nós na saúde pública.

Eu queria explicar como me insiro neste ambiente. Sou professor do Programa de Pós-Graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho com medicina privada no Hospital Moinhos de Vento e na Câmara Técnica da Unimed do Rio Grande do Sul. Esse assunto pauta a minha atuação profissional desde a esfera de orientação no SUS, na medicina privada e de convênios, e na esfera de quem tem que arcar com parte dos custos médicos, que é a Unimed, como forma de saúde suplementar. A ideia aqui hoje é, basicamente, tentar entender o que é a Medicina Baseada em Evidências, por que a usamos, e o que são as “tais das evidências”. Mas que evidências são essas e por que existem determinados tipos de estudos clínicos e de evidências que são melhores do que outros? Como podemos aplicar a Medicina Baseada em Evidências? Como vamos avaliá-las? Como o sistema pode absorver essas tecnologias que são avaliadas? E, finalmente, como vamos poder utilizá-las?

Se considerarmos historicamente, a medicina abandonou rituais terapêuticos. Na década de 1830, começou a haver uma lenta e crescente



descoberta de medicações que foram se tornando unânimes no mundo. Isso passa desde a penicilina na década de 1940, cortisona, que são descobertas relativamente recentes. E o que acontece com as associações e os riscos – entre os fatores de risco, as doenças –, coisas tão óbvias para nós hoje em dia, como, por exemplo, a associação entre cigarro e câncer de pulmão? É coisa que tem menos de 70 anos de conhecimento. Enquanto os conhecimentos aqui iam acontecendo, pelo menos nessa magnitude, a cada ano – três a quatro anos aproximadamente –, ocorriam outras descobertas. Grande parte das novidades na medicina ocorreu a partir do período pós-guerra. Entre 1945 e 1950, o número de fármacos e de tecnologias aplicadas à saúde cresceu exponencialmente, a ponto de a quantidade de medicações incorporadas a novos tratamentos fez com que o nível de medicina de dez anos atrás já esteja 40 a 50% errado, se for aplicado hoje. É um volume que, de alguma maneira, temos que absorver e aplicar. É extremamente rápida, atualmente, essa evolução. Isso nos afeta diretamente como profissionais da saúde.

Vou falar aqui mais da minha experiência como médico, mas certamente dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, todos os que lidam realmente com a saúde estão expostos a isso. Tentamos gerir as nossas condutas a partir de um conhecimento prático e teórico. Somos influenciados diretamente pelos estudos científicos, ou seja, pelo que é produzido basicamente nas universidades, mas alguma coisa fora delas também é produzida, é publicada em periódicos no mundo todo. Também sofremos influências do meio em que vivemos.

Os pacientes vêm à consulta com certas demandas, vêm com conhecimentos próprios que eles adquiriram. Hoje em dia muito desse conhecimento vem também da internet. Eles já vêm com certa carga: “Ah, mas é aquele remédio que eu vi, não sei onde. Por que não vamos usar isso? Por que não fazemos tal exame? Eu quero fazer uma tomografia. Eu quero fazer uma ressonância”. As pessoas já trazem as suas angústias, e isso faz parte do nosso trabalho. A imprensa, todo domingo à noite, traz uma incógnita: “Qual é a surpresa que o Fantástico vai nos trazer? Qual a nova e grande descoberta?” Quem atende no consultório na segunda de manhã tem que assistir ao Fantástico para saber quais vão ser as perguntas. E, cer-



tamente, a indústria que produz medicamentos e produtos médicos, em geral, tem o seu papel, porque é ela uma das principais desenvolvedoras de novas medicações. A indústria, realmente, investe milhões nesses novos produtos, e ela quer que gerem lucro. Ela vai fazer propaganda e pressão para que os seus produtos possam ser usados. Essa pressão pode ser positiva, no sentido de trazer novas tecnologias. Mas pode ser negativa, quando usa fatos um pouco distorcidos, e não tão reais.

Como é que o profissional da saúde vai juntar todas essas coisas e escolher o que ele vai aplicar na prática? Uma das ferramentas para a adoção dessa nova tecnologia é a Medicina Baseada em Evidências. O que de concreto existe e que embasa tudo aquilo que existe na literatura, vamos filtrar e escolher para usar na prática do dia a dia, tanto como médico na frente do seu paciente, quanto como gestor ao escolher o que vai incorporar para ser aplicado na saúde pública.

O fato é que as novas tecnologias são mais caras. É muito raro – acontece por sorte –, que a nova tecnologia seja mais barata do que a anterior. Nós temos uma opção como essa para o tratamento de Hepatite C, por exemplo, que tem um custo mais acessível, mas isso é exceção. A regra é que as novas tecnologias são mais caras. Por exemplo, o novo *stent* para ser usado na coronária, a nova prótese do quadril, feita de material usado na ponta do foguete da Nasa. É assim: são sempre mais caras e, teoricamente, melhores. Mas o que acontece com o “teoricamente melhores” na prática? Quanto essa nova tecnologia vai beneficiar o paciente? Geralmente, é bem menos que o aumento do custo, que nem sempre beneficia. E por que a tecnologia nova é tão mais cara e o benefício não necessariamente é tão grande?

Se pensarmos, digamos em uma determinada doença, em uma determinada situação, que tenha cura de 50%, a pessoa se cura espontaneamente 50%. É o que acontece em grande parte dos eventos na medicina. As pessoas ficam boas sozinhas; ficam boas de muita coisa se não fizerem nada. Pode demorar mais, ou demorar menos, mas elas ficam boas. Quando surge um remédio novo, uma medicação, um tratamento novo, se elas conseguirem melhorar de 50 para 80% a taxa de cura, vai ser muito simples notar essa diferença. Não é preciso ser nenhum grande cientista, nem fazer nenhum grande estudo, para notar uma diferença de 50 para 80% de cura.



À medida que o tempo vai passando, para aquela doença, saímos de um basal de cura de 80%. Se surgir um remédio novo, ele vai ter que mostrar ser melhor que esses 80% e chegar a 95%. Se já temos uma medicação que é 90% a 95% eficaz, o surgimento de uma nova tecnologia encontrará um espaço pequeno. É isso que vivemos atualmente: “Ah, surgiu um novo remédio para o colesterol, mas um monte de gente está sendo bem tratado”. Assim, esse novo remédio é mais caro e o espaço que ele tem para gerar benefício acaba sendo menor. Isso acontece com os medicamentos oncológicos. Só que, em relação a medicamentos oncológicos, muitas vezes, em vez de ir para 50%, pois estamos falando de 20%, vai para 25%. É assim com cada passinho novo que se dá. É muito difícil inventar de novo a penicilina. A penicilina era uma coisa assim: “Antes não havia nada. Inventaram a penicilina, e ela começou a curar um monte de coisa”.

Hoje, cada passinho que se dá tem “um baita” custo e um benefício que temos que medir de alguma maneira para saber o tamanho. “Quanto é o custo e qual o tamanho do benefício que aquilo lá pode provocar? Como vamos definir essas condutas?”

O autor, David Sacket, foi um dos pais da Medicina Baseada em Evidências das décadas de 70 e 80, e até hoje é assim nos Estados Unidos. Ele diz que os médicos, tanto quando estão atuando, atendendo pacientes individualmente ou populações, têm que sempre basear suas decisões e ações na melhor evidência possível. Não podemos usar só a nossa cabeça, a nossa criatividade. Temos que buscar as evidências que existem e, a partir disso, aplicar em nossos pacientes. Isso é o cerne da Medicina Baseada em Evidências. Por que as evidências estão sendo construídas para poder ser aplicadas em saúde? A Medicina Baseada em Evidências é a atitude de tomar decisões, seja em relação ao paciente individual, seja em relação à saúde pública, sustentadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Não temos evidências ideais para tudo, mas temos de ir atrás da melhor evidência disponível para tomar decisão.

Quando não há evidências, o que a Medicina Baseada em Evidências diz? Diz que temos que estudar, pois não dá para sair usando qualquer coisa só porque não tem estudo. Quando não temos evidências, o paciente que vai ser tratado tem que saber que está sendo submetido a proce-



dimento em caráter experimental. Posso chegar e dizer para o paciente: “Olha, eu não tenho nada hoje para oferecer, mas aqui no Hospital das Clínicas nós estamos fazendo um estudo; se a senhora quiser participar, a gente não sabe, a gente não tem certeza se ele é melhor do que não fazer nada. A senhora está disposta a isso?” Aí sim, podemos usar o procedimento que não tem evidências, mas o paciente tem que saber disso. Isso não pode ser feito na saúde pública abertamente. Tem que ser feito em ambientes de pesquisa, uma coleta adequada de dados para que aquele conhecimento possa ser gerado e depois espalhado para o mundo inteiro. Não faz sentido fazer isso no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, de Minas Gerais, do Japão, e um não ficar sabendo do outro, pois vamos expor mais pessoas do que o necessário a uma conduta experimental.

A conduta experimental, pela ética, tem que ser feita no menor número de pessoas possível. Por isso, não podemos usá-la fora do ambiente de pesquisa. Precisamos de 100 pessoas para definir essa conduta. Essas 100 pessoas vão saber que elas estão usando talvez a única opção. Mas elas devem saber que podem optar em participar ou não. Temos que nos concentrar em menor número de pessoas possível para poder chegar à conclusão e dizer: “Olhe, pare de usar isso, que não funciona”. Infelizmente, o que acontece com a maior parte das tentativas de tratamento é “vamos espalhar para todo mundo, porque isso é bom mesmo”.

Mas estamos falando de evidências. O que são essas tais evidências? Basicamente as evidências são pesquisas realizadas em seres humanos com desfechos clínicos significativos. Essas evidências têm um rigor metodológico. Elas valorizam esse rigor metodológico. Elas têm delineamento de pesquisa. A pesquisa é desenhada de modo a fornecer um determinado resultado. Não é fornecer um resultado qualquer. É fornecer um resultado com determinada confiabilidade. Teoricamente, uma pesquisa realizada aqui, se não usarmos o mesmo método que está descrito aqui, ela vai ser feita em outro lugar e vai ter o mesmo resultado. E podemos estimar o quanto daquela conduta vai refletir na saúde da população numericamente. Vamos ter números dizendo: “Olhe, isso é 50% melhor, isso é 30% pior. A cada dez pacientes que a gente tratar, vai beneficiar tantos”. Conseguimos quantificar isso. Quando se prioriza a pesquisa em seres humanos,



é porque a medicina está cheia de exemplos de que *in vitro* as coisas são diferentes da prática clínica. Estudos em animais são diferentes da prática clínica tanto para riscos como para benefícios. Então, se a sacarina deu um determinado tipo de câncer em ratos, não quer dizer que ela continue causando câncer em seres humanos, por isso houve “um baita” escândalo numa época, e depois a sacarina voltou e está na maioria dos adoçantes que se usa hoje. Mas isso também quer dizer assim: se um determinado fio cirúrgico foi melhor nos ratos, nos seres humanos vai ser diferente? Por isso aquela pesquisa tem que ser feita em seres humanos. Ela tem que ser testada em seres humanos para depois ser aplicada a todos e dizer que ela realmente funciona. E os desfechos clínicos significativos querem dizer o quê? É preciso medir se aquele determinado produto, se aquele determinado remédio, diminui mortes, alguma doença, alguma complicação; se diminui infarto, acidente vascular cerebral, alguma disfunção, ou seja, se permite que a pessoa caminhe melhor, durma melhor. Qual é o desfecho clínico que aquele determinado produto está beneficiando?

E, mais recentemente, têm sido usados muitos instrumentos que medem qualidade de vida. Para medir qualidade de vida, foram desenvolvidos questionários, somente para dizer assim: “Bom, como é que a gente vai medir se um determinado remédio não altera a mortalidade, mas faz a pessoa viver melhor?” Então são desenvolvidos instrumentos que conseguem medir qualidade de vida. A pessoa responde a questionários periodicamente para sabermos se aquilo funciona ou não. Isso são desfechos que consideramos desfechos primordiais. Talvez se encontrem desfechos dúbios, desfechos de significância direta. Do outro lado, há aqueles de significância indireta ou desfechos substitutos, que é o resultado de um exame de sangue que melhorou, que é uma medida de pressão arterial, por exemplo. Assim, surgiu uma medicação para hipertensão que baixa a pressão arterial, mas quem disse que isso faz a pessoa viver mais, viver melhor, ter menos infarto? Temos exemplos. Quando eu estava na faculdade na década de 90, havia um determinado anti-hipertensivo que baixava a pressão. Só que os estudos mostraram que as pessoas que usavam aquele hipertensivo morriam mais mesmo tendo a pressão mais baixa. E aí? Um estudo tem que ser feito, e só podemos realmente adotar aquilo na prática clínica quando



tiver algum desfecho que na ponta faça a diferença. Não adianta um remédio baixar o colesterol se a pessoa continuar tendo infarto; ou baixar o colesterol e a pessoa morrer de outra coisa que ainda não se descobriu. Os estudos clínicos precisam ter uma solidez que chegue à ponta do sistema. O ideal é poder realmente ver que ele muda a mortalidade. Isso aqui é simples em algumas doenças, por exemplo, na maioria dos quimioterápicos, de remédios para o tratamento de câncer. Conseguimos medir isso, porque a evolução da doença tem um tempo que permite que se veja se a pessoa usa aquele remédio, se ela vai ou não morrer mais cedo ou morrer menos do que a que não usou. Mas, se for usar um remédio para diabetes, por exemplo, se tudo correr bem, a pessoa vai levar de 30 a 40 anos para ter o desfecho. Não podemos usar isso. O que vamos ter que usar? Vamos usar as coisas que acontecem com um diabético e que poderiam levá-lo, daqui a um tempo, a morrer. Vamos usar o infarto, o AVC, o acidente vascular cerebral, a perda de função renal, a necessidade de hemodiálise. Podemos usar coisas intermediárias, mas intermediárias com relevância clínica, e não intermediárias só no resultado do exame.

Por exemplo, a pessoa põe uma determinada prótese de quadril e caminha melhor com aquela prótese, consegue sair da cama, consegue ir mais cedo para casa, tem alta hospitalar mais precoce. É uma coisa que afeta a ponta do sistema, e não simplesmente, por exemplo, tem escalas. Pode-se colocar uma determinada prótese de quadril e ver a adaptação dela ao osso original. Então a prótese de quadril encosta e é aparafusada no osso. Há estudos que simplesmente mostram: “Estudos de tomografia mostram que a prótese tal, importada não sei de onde, se adapta melhor ao osso original. Ela sedimenta. Enfim, ela se adapta mais fácil”. O que adianta eu ter o resultado da tomografia melhor se a pessoa não vai levantar mais cedo, caminhar mais cedo, ir para casa mais cedo, ter menos dor. Essa é a diferença entre um desfecho radiologicamente muito bonito e um desfecho que na prática faz a diferença. *Stents* são aquelas molinhas que se usam para desentupir vasos nas mais diversas partes do corpo, cada vez chega um novo com alguma vantagem teórica: “Ah, porque ele é mais flexível. Ele tem uma tela que vai demorar mais tempo para entupir de novo”. O que acontece? Eles fazem estudos que mostram que seis meses depois, com a



angiografia, o diâmetro dentro do *stent* vai ser melhor do que o anterior. E daí? O que vai acontecer depois de dois anos? A pessoa tem menos angina? Ela enfarta menos? Esses estudos precisam ser feitos, mas precisam ser feitos para dar embasamento, para dar o primeiro passo.

Para adotar a prática clínica, precisamos ter estudos que tenham esse tipo de desfecho. A fim de medir a força de uma evidência, o quanto uma evidência científica é sólida, na medicina temos a pirâmide que geralmente nos dá a ideia de onde vêm os níveis de evidência. Porque, se falamos que uma evidência é forte, é porque estamos pensando nesse tipo de estrutura. Nessa estrutura, vamos começar com os experimentos *in vitro*, experimentos em animais – que se usam cada vez menos, mas que ainda têm um papel –, com relatos e séries de casos, ou seja, com um determinado serviço de ponta que desenvolveu um novo material que vai ser usado em dez pacientes, e vão relatar na literatura: “Olhe, nós usamos em dez pacientes e deu tudo certo”. É um bom começo. É um bom incentivo para podermos passar para outros estudos e, finalmente, para esse que chamamos de ensaio clínico randomizado, que é o que vai nos permitir ter as conclusões mais sólidas. Quando um médico diz que tem motivo para usar um determinado remédio, é porque em algum lugar foi feito um ensaio clínico randomizado que embasou essa tomada de decisão. Existem alguns estudos observacionais que são estudos transversais, casos de controles, estudos de corte, que servem especialmente para avaliar riscos, e não condutas médicas. Não podemos submeter as pessoas a determinadas coisas que achamos que fazem mal. Eu não posso dizer: “Olhe, vocês 100 que vão fumar e vocês não vão fumar, porque eu quero ver quem é que vai morrer mais cedo”. Não posso expor as pessoas a uma coisa que eu sei que faz mal. Nessas situações de risco, só posso observar. Não posso retirar da população pessoas que fumam e que não fumam e tentar concluir coisas de uma maneira menos controlada do que na hora de tomar uma decisão, de dar um remédio, de usar um determinado produto. Essas evidências não dão um ensaio clínico randomizado, especialmente ele nos dá resultados que podem ser quantificados. Podemos sair de um estudo clínico tendo algumas medidas que são precisas. Usamos o risco relativo, a redução de risco relativo, que simplesmente vai querer dizer assim: “Olhe! Pessoas que trata-



ram com aquela medicação têm tantas vezes mais riscos ou tantas vezes menos infarto do que as que foram tratadas com o produto referência. Ou a cada cinco pessoas que eu tratar com o remédio novo, evito X infartos. Se usasse a outra medicação, eu teria que tratar vinte pessoas para evitar um infarto, com essa aqui só tenho que tratar cinco. A cada cinco que eu tratar, há um infarto". Esses questionários desenvolvidos são medidas objetivas de qualidade de vida. Já estão traduzidos e validados para o português. Temos usado correntemente. Podemos objetivar o desfecho com esses questionários de qualidade de vida.

Aquele mesmo autor que eu mencionei antes publicou, já há quase vinte anos, no *British Medical Journal*, que o uso consciente, explícito e judicioso fornece melhor evidência disponível para tomada das decisões sobre os cuidados dos pacientes. Isso para ele é Medicina Baseada em Evidências. Não é pegar um artigo e aplicar na prática. É olhar o conjunto das evidências, filtrar para poder tomar a decisão. Como é que fazemos isso na prática? Checamos aquilo que eu havia comentado sobre aquela pirâmide. Vamos fazer estudos *in vitro*, estudos em animais que, dando certo, vão passar para estudos observacionais. Isso se dá com um pequeno número de pessoas e aquela medicação. Experimenta-se aquele novo material num pequeno número de pessoas e, dando certo, faz-se ensaio clínico randomizado, que é o melhor nível de evidência e que vai, a partir desse resultado, permitir a adoção ou não de uma nova tecnologia. Como é que é feito esse ensaio clínico randomizado? Pegamos uma amostra da população – amostra de pessoas doentes ou uma amostra de pessoas em que queremos prevenir alguma doença – e sorteamos aleatoriamente, definimos quem vai para intervenção e quem vai para o grupo controle. O grupo controle, quando existe já alguma opção, vai usar o *standard of*, que o conhecimento atual, o que está sendo usado rotineiramente para tratar aquela doença. Se eu não tenho opção, como podem ser as medicações e os melhores cuidados disponíveis? A intervenção vai usar a nova tecnologia que está sendo avaliada. Eventualmente, vamos usar o placebo, que é um comprimido ou um produto que tenha exatamente a mesma aparência do produto ativo, só que ele não tem nada dentro para vermos. Por que é ético fazer isso? Porque não sabemos se esse aqui é melhor ou não. Na verdade, a pessoa pode



ser sorteada nesse grupo ou pode ser sorteada para o outro grupo. Isso realmente é legítimo quando realmente não sabemos o que fazer. Quando não sabemos o que é melhor, o que acontece? Vamos acompanhar essas pessoas por um determinado tempo e ver quem desenvolveu o desfecho e quem não desenvolveu. E, se essa proporção for melhor do que a outra, chegamos à conclusão de que aquela medicação funciona, ou não. Isso é o jeito como a medicina tem, nos últimos vinte anos, se desenvolvido. Esse jeito é baseado nesse tipo de evidência de que as decisões mais corretas têm sido tomadas. E por que isso tem se mostrado melhor? Por que não pegamos simplesmente alguém que achamos muito famoso, muito respeitado, e simplesmente seguimos o que ele fala? Eu vou dar só um exemplo antes de entrar nesse outro ponto. Essa é uma medicação que até não é a mais badalada atualmente, mas só para terem uma ideia: Separaram 394 pacientes com Hepatite C e randomizaram. Dois terços receberam Interferon e Bavirina e essa medicação nova, e 1/3 recebeu só o tratamento padrão para Hepatite C. Foram acompanhados e tratados por 12 semanas, e se verificou quem se curou e quem não se curou. Essa combinação de três remédios teve índice de cura de 80%. A combinação desses dois remédios teve índice de cura de 50%. Isso é um jeito de termos uma evidência sólida. Se separássemos só uma parte daquela população com Hepatite C, e, por 12 semanas, acompanhássemos esse grupo que tomaria o Interferon, a Bavirina e o novo remédio, o que aconteceria? O índice de cura foi 80%. Mas e daí? Parece muito bom, mas será que é mesmo? Será que essa população não era mais fácil de curar? Será que o vírus era mais sensível, que a doença era mais leve? Como vou saber se realmente esses 80% são reais? Eu só sei disso porque há um grupo que usou o tratamento padrão e o resultado foi realmente superior. Por isso que o ensaio clínico é o instrumento de escolha de decisão.

E se a população fosse maior, isso não influenciaria o resultado? Não, porque estamos usando proporção! Às vezes dividimos de forma diferente os grupos. Quando temos um remédio novo para testar, também queremos ver alguns possíveis efeitos colaterais. Então podemos aumentar um pouco um dos grupos para termos mais pessoas que possam desenvolver aquele efeito colateral. Eventualmente, se há só 130 pacientes, talvez não tenhamos um número de indivíduos suficiente para que apareça um



desfecho um pouco mais raro. Nas fases iniciais de estudo, é comum colocarmos um pouco mais de pessoas, fazer uma randomização 2 para 1. A cada três sorteados, dois vão para um lado e um para o outro. Por que é o melhor delineamento? Porque tem essas coisas que eu rapidamente havia comentado. Não estamos só olhando as pessoas usarem ou não. O estudo é comparado e randomizado. Por que a intervenção? Por que simplesmente não observamos? Podemos destacar tantas pessoas que foram tratadas em tal lugar e comparar com as que usavam até hoje o remédio, e dizer: “Bom, até hoje eu usei tal remédio. A partir de hoje vou começar a usar o outro”.

Vou dar um exemplo com o qual talvez vocês também já tenham alguma familiaridade. Sabemos que TRH é terapia de reposição hormonal. Homens têm mais eventos cardiovasculares que as mulheres até que estas cheguem à menopausa, quando a incidência de eventos na população acaba emparelhando. A que conclusões chegamos? Deve haver algum componente hormonal que faz com que as mulheres, quando chegam à menopausa, passem a ter os mesmos riscos que os homens. Então, fisiologicamente isso fazia sentido. Estudos observacionais mostraram que, realmente, a partir dos 50 e poucos anos, a incidência de eventos cardiovasculares em mulheres era parecida com a dos homens. Daí se foi para a prática. Bom, vamos testar e vamos ver se, dando hormônios para as mulheres a partir dos 50 anos, conseguimos diminuir essa incidência de eventos. Em estudo publicado em 1998, a incidência de eventos cardiovasculares era praticamente igual ao final de 5 anos de uso de placebo ou de terapia de reposição hormonal. Em 2002, um estudo muito grande foi feito com as enfermeiras americanas de 50 a 79 anos. Verificou-se que aquelas que usavam terapia de reposição hormonal de rotina tiveram um aumento de 30% na mortalidade cardiovascular, quando toda a fisiopatologia falava o contrário. Mas por que isso está acontecendo? Porque detectar um determinado fator de risco não quer dizer que, ao mudar esse fator de risco, vamos conseguir afetar a doença. Há muitas coisas que não são matemáticas. Na verdade, não sabemos exatamente por que o hormônio que estamos usando não consegue reverter tudo o que está acontecendo na mulher menopáusicas, a ponto de fazer com que o risco cardiovascular dela volte a ser o que era aos 30, aos 40 anos. Na vida as coisas são bem mais flexíveis. Então o que



aconteciam? As mulheres que iam ao médico e se queixavam de sintomas perimenopáusicos e diziam que queriam hormônios eram mulheres que estavam mais saudáveis, que tinham mais atividade física, que tinham mais qualidade de vida em geral, e por isso elas tinham acesso à saúde. Então, nesses estudos observacionais, as mulheres que usavam o anticoncepcional e a reposição hormonal eram mais saudáveis do que as que não usavam, e por isso elas tinham menos eventos. Quando se destacaram 16 mil mulheres e dividiram 8 mil para usar e 8 mil para não usar, elas eram mais ou menos iguais. Verificou-se que em mulheres semelhantes, o uso de hormônio não será favorável. Só para tranquilizar, isso não quer dizer que o uso de hormônio seja ruim. Só estou dizendo que precisamos ter cuidado na hora de adotar tratamentos baseados só em observação de eventos que acontecem na população, e não dentro de um estudo controlado.

E por que ele tem que ser comparado? Vou dar um exemplo. Foi pedido à Câmara Técnica da Unimed para eu avaliar um novo dispositivo. É um dispositivo que servia para evitar o deslocamento de trombos, de coágulos, quando se fazem tratamentos de aneurisma da carótida. Para terem uma ideia, na artéria carótida havia uma área com lesão e seria necessário colocar um balão para abrir essa artéria e deixar um *stent*. O que esse dispositivo novo propunha? Quando fazemos essa dilatação, rompemos a placa de colesterol que há na parede do vaso e isso desprende partículas que vão para o cérebro. É um dos principais problemas desse tipo de tratamento é o acidente vascular cerebral. Com esse produto, quando expandirmos o balãozinho, os restinhos vão cair dentro do cateter e evita-se que o sangue leve aquelas partículas para o cérebro. Foi uma ótima ideia. Esse estudo foi publicado, e esse dispositivo foi usado em uma série de pacientes. Foi aceito e aprovado pela Anvisa. Baseou-se simplesmente em relatos de casos. Porém o que se viu um pouco depois é que, na verdade, ele aumentava os eventos tromboembólicos. Por quê? Porque tínhamos aquela placa, mas na prática a pessoa não tinha doença em uma artéria, tinha doença em todo o corpo, pois, quando inflávamos o balãozinho, também soltávamos pedacinhos. Dissemos na época que não havia motivo para usar esse dispositivo. Anos depois, quando saiu o estudo, verificamos que havia necessidade de um estudo comparado. Isso porque, mesmo dando certo naquele grupo de pacientes, não havia um grupo de comparação.



E quando chegam, por exemplo, pedidos de uma nova técnica? Como vamos aquilatar isso para ser aprovado pela Anvisa? A Anvisa não tem estrutura para avaliar adequadamente todas as tecnologias rigorosamente sob o prisma da Medicina Baseada em Evidências. De 100 avaliações de tecnologia que fazemos na Unimed, todas já são aprovadas pela Anvisa. Não avaliamos o que não é aprovado pela Anvisa. Para 80%, emitimos parecer desfavorável, porque achamos que não há evidências suficientes de segurança para usar, comparativamente a tecnologias ou estratégias já em uso. Achamos que os nossos pacientes podem ser prejudicados se usarem.

A Des.^a Vanessa Verdolim Hudson Andrade pergunta o que pode ser feito dentro do processo. Ela diz que o Judiciário tem o NATS, que fornece notas técnicas baseadas em Medicina Baseada em Evidências com todas as informações sobre os medicamentos e tratamentos que são solicitados.

É muito difícil realmente. Chega um médico, faz um relatório e diz: “Não, o meu paciente precisa usar, ele vai ter um AVC se ele não usar esse produto aqui”. Como é que alguém que não é da área vai poder julgar isso? Realmente, é preciso haver alguém que diga: “Não, a gente analisou as evidências. A gente, na verdade, está protegendo o paciente por não liberar o uso disso aqui”. É essa a sequência de eventos que às vezes vemos. Quando fazemos um ensaio clínico, chegamos a conclusões diferentes do que os estudos não comparados. A biologia, o mecanismo de ação e o raciocínio lógico são importantes. Precisamos deles, mas eles servem simplesmente para gerar uma hipótese. Uma hipótese é, por exemplo: “eu desenvolvi um novo produto, eu acho que ele é bom, ele tem motivo para ser bom, eu acredito nele”. Tenho uma hipótese e é a partir dela que vamos ter que desenvolver um ensaio clínico para testá-la e definir se o produto é bom ou não. Temos que ter esse rigor metodológico. E por que o estudo tem que ser randomizado? Porque não basta simplesmente ter uma sequência de eventos, como já comentei: “Bom, eu usei nos últimos três anos essa medicação, essa técnica cirúrgica em trinta pacientes, a partir de hoje vou usar nos próximos trinta e daí eu comparo. Parece bom! Vejam esse exemplo aqui: ondas de choque, que é um tipo de ultrassom, de microchoques, para tratamento da tendinite calcificante, que é uma causa frequente de dor no ombro. Isso foi alvo de muito alarde no Rio Grande do Sul, todo mundo



queria usar. Não sei como foi aqui. Havia um estudo publicado numa revista de ortopedia mostrando que, de 79 pacientes, 29 foram para a cirurgia e 50 para ondas de choque. Só que não havia aquele errezinho que tem aqui randomizando os pacientes, escolhendo aleatoriamente quem vai para cirurgia e quem vai para onda de choque. A conclusão era que os pacientes tratados com cirurgia tinham mais dor do que os pacientes que eram tratados sem cirurgia. Depois de dois anos, os pacientes tratados com onda de choque estavam melhor. Será que esses pacientes melhoraram por causa da onda de choque? Mas será que a gravidade do grupo que foi tratado com onda de choque não era diferente da do grupo que foi tratado com cirurgia? Será que as condições clínicas oferecidas àqueles pacientes depois da cirurgia eram iguais às condições oferecidas aos pacientes que foram para onda de choque? Será que, por acaso, os pacientes tratados com onda de choque não eram diferentes do outro grupo? Vejam que, quando fazemos essa randomização, essa designação aleatória dos grupos, nós sabemos que a quantidade de fatores biológicos desconhecidos que há na população é muito grande. No momento em que faço uma randomização, estou distribuindo o número de homens e mulheres parecidos em grupos com um monte de fatores biológicos, e eu não conheço, teoricamente, se eu estou sorteando e eles estão se espalhando igualmente entre os grupos. Então, quando chegamos aqui, o que imaginamos que tenha acontecido? Quem decidia quem ia para a cirurgia e quem ia para a onda de choque era o próprio profissional que ia fazer o procedimento. Com o passar do tempo acabou-se verificando que as pessoas que eram designadas para a cirurgia eram os casos mais graves, os casos em que o próprio profissional achava que não ia funcionar a onda de choque. O paciente com um quadro pior, o paciente com mais dor, o paciente com pior prognóstico era operado; e o paciente com doença mais leve ia para a onda de choque. O que acontecia? Bom, o pior tem a tendência de seguir pior com qualquer tratamento que ele fizer, e o melhor tem a tendência de melhorar com qualquer tratamento que ele fizer. Eu tinha esse estudo aqui e não conseguia concluir nada. Quando se foi fazer a randomização, se viu. Bom, para poucos casos de pacientes que não têm condições cirúrgicas, que têm determinadas coisas bem específicas dessa patologia, daí valia a pena fazer onda de choque.



Para os outros casos talvez não valesse a pena, já que o paciente ia fazer onda de choque agora e ia ser operado dali a um ano. Vejam que a randomização aqui é um errezinho, é um detalhezinho bem importante quando fazemos esse tipo de estudo. Temos que ir lá no detalhe e ver como é que foi a randomização. Hoje há toda uma sequência de critérios, inclusive para dizer como tem que ser feita a randomização para assegurar que os grupos sejam bem distribuídos e que tenham sido distribuídos realmente aleatoriamente.

Um ensaio clínico randomizado, comparado, com intervenção, é suficiente? Eu, infelizmente, vou dizer que não. Precisamos, ainda, ler criticamente aquelas evidências. O corpo de evidências é muito grande. Vou dar um exemplo de uma medicação que talvez vocês conheçam bastante, que foi usada até há poucos anos, que é o Vioxx, e que depois saiu do mercado. O Vioxx seguiu toda uma linha de desenvolvimento ao longo da década de 90 pela Merck, que é um dos maiores fabricantes de medicações do mundo. Eles fizeram realmente uma descoberta incrível sobre o mecanismo de ação dos anti-inflamatórios, de remédios como Aspirina, Diclofenaco, Voltaren, todos esses aí, de maneira que eles poderiam usar o Vioxx, que só atuaria na parte da dor e não causaria os efeitos adversos. Quando se descobriu isso, começaram a fazer estudos grandes, com 5 mil pacientes, mostrando assim: “Bom, então a gente pode usar e ele causa menos sangramento digestivo. Ele causa menos insuficiência renal. Causa menos problemas que os anti-inflamatórios tradicionais”. O Vioxx, a partir dali, começou a ser usado em várias coisas – hoje só não o usamos mais como anti-inflamatório, porque tem os efeitos adversos –, mas começamos a usá-lo para tratar a doença de Alzheimer, para prevenção de pólipos de intestino, para um monte de coisas. Em 1999, o FDA aprovou o Vioxx e a partir dali o mundo inteiro começou a usar. Começou a se fazer estudo de seu uso para prevenção de pólipos. Em março de 2000, entretanto, no estudo para prevenção de pólipos que já havia começado, apareceu um fato: que talvez ele aumentasse o risco cardiovascular, o risco de infarto. Vejam que o estudo que foi publicado numa das principais revistas do mundo comparava o Vioxx com o Naproxeno, outro anti-inflamatório bem comum no tratamento da artrite reumatoide. O estudo mostrava que os remédios são igualmente eficazes no tratamento da dor, mas não quanto aos eventos gastrointestinais. Basi-



camente, os principais problemas dos usuários crônicos de anti-inflamatórios são úlcera, gastrites, dor abdominal, sangramentos etc. Em quem usava Vioxx, a incidência de eventos colaterais era de 3 a 4%, em menos de um ano. A incidência de infarto do miocárdio foi menos comum no grupo do Naproxeno que no grupo do Vioxx. Baseado nesse estudo, o que se faz é acrescentar na bula do medicamento uma precaução:

Dois anos depois, o FDA e a Anvisa americana fizeram um estudo, sugerindo cautela no uso desse medicamento, devido ao aumento de risco cardiovascular. A Merck rebateu esses resultados, mostrando, em outros estudos, que não era bem assim. E ficou por isso mesmo. Um comitê independente de pesquisadores, avaliando o estudo de prevenção de pólipos, recomendou a interrupção do uso desse medicamento, porque as pessoas que usavam há mais de um ano esse remédio apresentaram vários efeitos colaterais. Em setembro de 2004, quando saiu esse estudo, o Vioxx era uma das vinte drogas mais vendidas do mundo, 80 milhões de pessoas no mundo usavam Vioxx. Tinha 20% do mercado brasileiro de anti-inflamatórios e custava umas 10 vezes mais do que o remédio normal, o Diclofenaco. As vendas, em 2003, foram estimadas em 3,5 bilhões. Imagine isso em números de hoje! Mesmo assim, a Merck tirou voluntariamente do mercado o Vioxx. Bonzinhos, não é?! Em outubro, eles lançaram o substituto do Vioxx. O Vioxx nunca diminuiu o risco de nada. O Vioxx aumentava o risco. Quem consultou a tabela viu isso. Só que o risco foi mal-interpretado, mal divulgado. Enfim, foi aceito. Não por todo mundo, mas foi aceito. Estava escrito que o risco era quatro vezes maior. Quem usou Vioxx teve quatro vezes mais infarto do que quem não usou. Não basta só fazer o estudo, ele precisa ser interpretado, ele precisa ser lido com atenção.

Como é que vamos interpretar isso? A primeira coisa importante é o que nós estamos fazendo aqui. É estudar o assunto. É ler sobre o assunto. É se informar, saber que existe esse tipo de opção, esse tipo de estudo. Só podemos tirar conclusões a partir disso. A segunda coisa é realmente tentar ver como nós vamos aplicar a Medicina Baseada em Evidências. Quando surge algo diferente, devemos estudar os ensaios clínicos, fazer uma revisão sistemática, uma meta-análise, buscar diretrizes e protocolos que estão embasados em evidências.



Existem vários tipos de diretrizes e de consensos que podem ser feitos por governos e por sociedades médicas. A Sociedade Brasileira de Hipertensão, por exemplo, decidiu que o melhor anti-hipertensivo é X. Isso pode ser feito de várias maneiras. Uma delas é o debate, o diálogo em reuniões. Existem também as comissões que avaliam a literatura, os ensaios clínicos randomizados. É necessário discutir muito para chegar a uma conclusão embasada em evidência. Essa discussão pode gerar um documento final, escrito: “Olhe, nós decidimos usar o anti-hipertensivo número 1, porque, baseado em tal estudo, ele foi superior ao número 2, 3 e 4”.

Dessa forma, quando se escolhe uma diretriz para usar, torna-se necessário verificar como ela foi feita pelo governo. Os governos, especialmente da Inglaterra e do Canadá, usam muito essas diretrizes baseadas em evidências: “Como foi o método de busca dos artigos? Quais artigos foram escolhidos? Quais artigos foram rejeitados?” A partir disso, eles sintetizam tudo em uma diretriz. Podemos nos basear nessas diretrizes, pois nem sempre podemos ir para cada assunto e buscar na literatura os ensaios clínicos um por um. Na saúde pública ocorre a mesma coisa. As decisões têm que ser baseadas em evidências. Essas diretrizes têm que ser feitas baseadas em evidências. No Brasil, usa-se pouco essa forma. Na Inglaterra e no Canadá, isso já é uma rotina, é uma questão de custo-efetividade. Na Inglaterra, o que fica acima do gasto estipulado não é pago. Por exemplo, na Inglaterra, o ponto de corte é o valor da hemodiálise. Consideram que a hemodiálise é cara. Se, por exemplo, o valor a ser pago for de 30 mil libras para fazer hemodiálise, o que ficar acima desse custo, mesmo que seja para salvar uma vida, não será pago. Isso é controverso. Mas é a regra que eles adotaram. A conclusão deles é que sem isso o sistema quebra. Aqui não se usa esse parâmetro. Se for bom, pagamos. É outra política. Eu não tenho certeza de como lidar com isso, talvez eles estejam certos.

Um dos participantes me pergunta se, na minha experiência, posso afirmar que as portarias editadas pelo Ministério da Saúde levam em consideração a Medicina Baseada em Evidências.

Não existe metodologia para todos os procedimentos. Há especialidades que classicamente aderem muito à Medicina Baseada em Evidências. Cardiologia é um exemplo típico. Há algumas que aderem pouco, por



exemplo, a traumatologia. A cardiologia tem muito estudo, tem muito embasamento nisso. A traumatologia tem muito poucos estudos. Há poucos profissionais que realmente vão analisar e dizer: “Eu quero usar a prótese “X” porque um ensaio clínico randomizado demonstrou ser essa prótese melhor do que a prótese Y”. Na maioria das vezes, o que ouvimos é: “Quero usar essa prótese, porque eu gosto mais, porque o parafuso se encaixa melhor, porque, na minha experiência, essa funciona melhor”.

Quando lidamos com isso, tentamos entender o que estão dizendo. Mas tentamos pensar: “Esse teu conforto mostrou que o paciente teve menos dor, que valeu a pena usar aquele monte de parafusos na coluna? Funcionou isso?”. Mas isso também é difícil. Os estudos são poucos.

Há diretrizes muito boas do Ministério da Saúde, e há diretrizes fracas. O problema é que pode haver, no Ministério da Saúde, um viés político quando se publicam algumas diretrizes. Às vezes, é difícil julgar se realmente o que está escrito baseia-se só na mais pura das evidências, ou se há outras coisas que não conseguimos ver bem como estão funcionando. Existem demandas que têm apelo popular, que têm mais repercussão e que, portanto, tramitam e são aprovadas mais rapidamente. Porém, não necessariamente são as que estão mais embasadas em evidências ou são as mais importantes para a saúde pública. Geralmente, quando se reúnem para decidir, convocam pessoas para fazer novas portarias do Ministério da Saúde. De hepatite, por exemplo, convocaram gente do Brasil inteiro. “Aí discutiram, discutiram, discutiram, e muito obrigado”. Os especialistas convocados vão embora, e, algum tempo depois, sai a diretriz. O Ministério ouve tudo o que os especialistas falam, mas não necessariamente aquilo será incorporado na versão final da diretriz, que será publicada e passará a valer.

A prática da Medicina Baseada em Evidências começa por converter a necessidade de informação em uma questão padronizada e que possa ser respondida. Não adianta eu pensar: “Ah, o que eu vou usar para tratar hipertensão?” Tem que ter uma pergunta um pouco mais restrita: “Tenho um paciente de 40 anos que tem hipertensão leve. Quero saber se vou usar o medicamento 1 ou medicamento 2”. Tenho que tentar fechar a minha pergunta para poder ter uma resposta mais objetiva. Vou buscar na literatura, em determinados *sites* da literatura, na internet. Vou analisar



criticamente para poder aplicar aquele medicamento ao paciente com hipertensão leve”. Na Inglaterra e no Canadá, há diretrizes muito boas. Na Inglaterra, para se produzir um documento desse tipo, há um orçamento de 300 ou 400 mil libras. A equipe de pesquisadores, muitas vezes, desenvolve estudos, faz reuniões e produz um documento. E daí é que eles traçam as diretrizes que vão reger todo o sistema de saúde. Não temos nada parecido com isso. E certamente vale a pena gastar com isso, porque a economia lá na ponta é muito maior do que os milhares de libras que eles gastaram para fazer o documento.

Na internet, estão os *sites* como os da Biblioteca Nacional Americana, que é um *site* que reúne os principais periódicos médicos do mundo. Se eu quero saber sobre o “tratamento da hepatite C”, ponho como se fosse o Google, aparecerão milhares de artigos feitos no mundo sobre tratamento da hepatite C. Vou selecionando e filtrando até chegar ao que quero. Isso está disponível para qualquer pessoa. É só se familiarizar. O *site* é em inglês e dá acesso aos resumos; há alguns que dão acesso ao artigo integral, outros em que o artigo integral é pago. O governo do Brasil fez um *site*, que é o de periódicos da Capes, e que dá acesso a diversos desses artigos que não teriam peso integral. Os recursos estão disponíveis. Acho que é um instrumento que poderia ser mais difundido, porque evitaria as condutas empíricas se as pessoas pudessem, com facilidade, consultar *sites* desse tipo. Existem outros *sites*, como, por exemplo, o ClinicalTrials.com. Sempre que fazemos um ensaio clínico randomizado e queremos que ele seja publicado na literatura, precisamos registrar num *site*. Esse é um dos bancos de ensaios clínicos.

A Medicina Baseada em Evidências usa as evidências científicas para tomar decisões, tentando diminuir um pouco a subjetividade. Ela tenta fazer as coisas de uma maneira bem transparente. A Medicina Baseada em Evidências quantifica: “Vou tomar tal decisão porque o benefício esperado é tanto, e o risco esperado é tanto”. Conseguimos ter números claros de quanto será a melhora. Ela tem métodos bem definidos para identificar uma questão, buscar as evidências, analisar criticamente e decidir pela aplicação. Lembramos que ela é um instrumento, ela não é a ferramenta única. Ela é um instrumento para tomada de decisão. Não adianta queremos usar



algo que o fabricante não tem capacidade de produzir. A Medicina Baseada em Evidências deve levar em conta custo, gravidade e urgência da situação. Às vezes, realmente, surge uma evidência que talvez funcione para uma doença que ainda não tenha opção terapêutica. Talvez tenhamos que ser mais flexíveis. Não podemos ser rígidos. Talvez tenhamos que dar mais espaço e levar em conta a preferência do paciente. Há tratamentos que são bem-aceitos em outros lugares do mundo, e as comunidades não querem aquela opção. É um instrumento para o médico e para o gestor poderem chegar a alguma conclusão.

Finalmente, termino com uma frase de um importante estatístico americano, que, no pós-guerra, usou seus conhecimentos para gerenciar as linhas de produção na indústria. As pessoas tinham ideias mirabolantes de como fazer as indústrias produzirem mais, e ele dizia: “Em Deus nós acreditamos, mas todos os outros precisam mostrar os dados”. Precisam mostrar as evidências, e é nisso que eu acredito também. Agradeço muito a audiência e o interesse de vocês por este assunto.



Judicialização da saúde suplementar. Principais problemas da judicialização em face dos planos de saúde. Súmulas e enunciados do STF e do CNJ

Dr. José Luiz Toro da Silva

Muito bom dia a todos. Quero inicialmente saudar a Des.^a Vanessa Verdolim e o Des. Antônio Siqueira. Já tivemos diversas oportunidades de falar em diversos tribunais do país a respeito da questão da saúde suplementar. Eu quero saudar os desembargadores, os juízes, senhoras e senhores que estão aqui presentes e aqueles que estão nos acompanhando pela internet. E dizer mais uma vez da minha alegria, da minha honra de estar aqui. A desembargadora não foi minha aluna, nós fomos colegas, na verdade, no curso de Direito da Medicina em Coimbra, e tivemos a oportunidade de desfrutar de uma semana maravilhosa, agora, na semana do carnaval, lá naquela Universidade. E já tivemos a oportunidade de tê-la como professora em alguns eventos da Unidas. E quero também aqui referenciar o trabalho que ela, juntamente com outros desembargadores, com outros juízes, realizam aqui em Minas Gerais, principalmente com referência ao NAT. É uma experiência pioneira, é uma experiência fantástica. O Des. Siqueira, também, tem larga experiência de NAT lá no Rio de Janeiro.

É muito importante para nós resolvermos ou minimizarmos os problemas decorrentes da judicialização da saúde. Na verdade, eu tenho, mais ou menos, 1 hora e 30. Eu não vou tratar tanto do aspecto jurisprudencial. Com certeza o Des. Siqueira, com muito mais propriedade, vai falar um pouco mais sobre a questão da jurisprudência. Mas eu entendo que um dos aspectos que acabam trazendo a judicialização da saúde é o desconhecimento a respeito da regulação dos planos privados de assistência à saúde. É um desconhecimento que existe a respeito desse sistema, de como que ele funciona, os seus aspectos jurídicos, os seus aspectos econômicos, o poder que o órgão regulador tem em relação às operadoras de planos privados de saúde, a preocupação com a saúde econômico-financeira desses contratos, que são contratos relacionais de consumo. Então, eu gostaria



de aproveitar esta oportunidade de falar para a Magistratura Mineira. Sou filho de mineiro, e eu me orgulho muito de estar aqui nesta Casa. Eu gostaria de conversar um pouco, justamente, sobre esses aspectos, alguns aspectos relacionados à regulação, às questões jurídicas, às questões econômicas que envolvem esse tema. Depois, ao final, nós deixaríamos, aí, um tempo para eventuais perguntas, eventuais questionamentos e, se a gente puder responder, faremos com muito prazer.

Eu sempre gosto de começar essas exposições trazendo à colação o art. 196 da Constituição Federal. O art. 196 da Constituição Federal deixa claro que saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Então, quem tem que dar saúde, no sentido gratuito, no sentido universal, saúde para todos, é, na verdade, o Estado. Isso está previsto no próprio texto constitucional. Nós sabemos que, mesmo em relação ao Estado, essa matéria não é uma matéria muito simples. Nós vamos encontrar, dentro da jurisprudência, e mesmo dentro da doutrina, no que concerne à responsabilidade do Estado, nós vamos encontrar gente que entende que há um direito subjetivo, individual, ou seja, qualquer um pode bater às portas do Poder Judiciário, caso o Estado não esteja lhe dando um devido atendimento. Há quem entenda que, na realidade, não há um direito subjetivo, individual, há sim um direito a políticas de saúde, que é o Parlamento que vai discutir no orçamento público para onde serão destinadas as verbas com referência à saúde. E há uma terceira corrente que entende que há um direito subjetivo individual, porém, condicionado à existência de verbas, porque o administrador público só pode gastar aquilo que está estabelecido na sua rubrica orçamentária, sob pena, até, da responsabilidade fiscal. Então, quando nós estamos tratando da saúde pública, quando nós estamos tratando, na verdade, daquele dever do Estado que está estabelecido na Constituição Federal, nós vamos ver que a jurisprudência e, mesmo a doutrina, não são omissas com referência à interpretação do art. 196. Nós vemos, inclusive, frequentemente, no que concerne a esse dever do Estado, alguns alegando a reserva do possível, alguns alegando a questão do mínimo existencial. Então, na realidade, mesmo esse art. 196, que parece de uma leitura cristalina no sentido de que o Estado é que tem que dar saúde, mesmo esse art. 196, tanto na doutrina como na jurisprudência, sofre, na verdade, algumas interpretações



que vão do direito subjetivo individual, até passar para o direito a políticas públicas, até o direito, na verdade, subjetivo individual, porém condicionado à existência de dinheiro, à existência, na verdade, de orçamento para que o administrador público possa, portanto, fazer a utilização daqueles valores.

O que nós sabemos é que, no final da década de 70, no início da década de 80, nós temos uma crise de modelo do Estado. Depois da Segunda Guerra Mundial, principalmente, na Europa, e ainda hoje continua, Portugal e Espanha, por exemplo, tentou-se manter o Estado dentro do bem-estar social, o *Welfare State*. Mas, nós sabemos que, provavelmente, depois da Segunda Grande Guerra Mundial, nós vimos a construção de um Estado que tem que dar saúde para a sua população, tem que dar educação, tem que dar previdência. E esse modelo de Estado, principalmente em relação à saúde, no final da década de 70, entra em crise. Temos como modelo a Inglaterra. Vimos que, no Governo de Margaret Thatcher, a Inglaterra tinha um dos principais planos estatais de saúde, o qual foi totalmente desmantelado. Nós vimos que a questão, hoje, da saúde é um problema em todos os lugares. O Presidente Obama, com o *ObamaCare* como objeto de sua primeira campanha para Presidência da República, voltou para a segunda campanha e, até hoje, ele não conseguiu resolver esse problema. Há, inclusive, litígios muito grandes em determinados Estados americanos, com referência ao chamado *ObamaCare*. Os Estados Unidos, o país que mais gasta em saúde no mundo, possui 40 milhões de americanos que, praticamente, não têm direito a nada. Têm acesso a programas limitados de saúde. É a nação mais rica do mundo, é a nação que mais gasta em saúde e gasta, principalmente, em tecnologia. E é uma nação que até hoje não conseguiu resolver o problema de saúde. Ou seja, a questão da saúde é uma equação que não fecha. Aqueles que já viram aquele filme do Michael Moore com referência ao SOS saúde, com referência àqueles bombeiros que trabalharam no 11 de Setembro, percebem que a questão da saúde, a conta da saúde não fecha no mundo todo. É um problema no mundo todo. Não é um problema só aqui do Brasil, é um problema no mundo todo a questão da saúde. Por quê? Por que, hoje, o que acontece?

Hoje, todos, todos nós e, por sorte, devido até ao avanço da tecnologia, vamos viver mais, nós vamos viver muito mais tempo. Todavia, nós



vamos viver com patologias crônicas, com patologias que não têm cura. Têm tratamento e o tratamento é mais custoso. A cada momento, a indústria acaba trazendo novos fármacos, novos equipamentos, novas tecnologias, algumas até de resolutividade discutível, mas sempre com um custo crescente. Na medicina, acontece algo muito diferente de outras ciências. Em outras ciências, quando eu tenho uma nova tecnologia, eu substituo a anterior. Na medicina não é isso que acontece. Então, hoje, nós convivemos com raio-x, nós convivemos com a tomografia, nós convivemos com a ressonância, com a ressonância de terceira dimensão e por aí vai. E cada um com um custo mais elevado. O Des. Siqueira foi presidente de uma autogestão de juízes, autogestão de saúde de juízes, e ele viveu na pele o drama de ser um magistrado e ser administrador, na verdade, de um plano de saúde. Plano de saúde esse que parte do princípio do mutualismo, parte do princípio de que as despesas são rateadas por todos os membros. Alguém sempre vai pagar a conta. Como dizem os americanos: “Don’t have free lunch”. Quer dizer, alguém sempre vai ter que pagar essa conta. E, aí, não é fácil, na verdade, administrar essa questão de saúde, tanto na área pública como na área privada. O envelhecimento da população, o impacto das novas tecnologias. Tecnologias, muitas vezes, não resolutivas. A indústria farmacêutica, a indústria de equipamento, diariamente, trazendo para o mercado novos fármacos, novas tecnologias, novos equipamentos, como eu disse. E, muitas vezes, como nós sabemos que o período, na verdade, de exercício de patentes é pequeno, então os preços são, realmente, astronômicos muitas vezes.

Nós conhecemos pessoas que são submetidas a tratamentos que custam 30, 40, 60 mil reais por mês. E é assim que acontece. E quem é que vai pagar, na verdade, toda essa conta? Então, vejam, eu estou falando em uma saúde suplementar, eu estou falando da área pública, a crise, o modelo de *Welfare State*. Quer dizer, o Estado não consegue, na verdade, responder a tudo isso, e, muitas vezes, os senhores, como magistrados, têm que resolver questões que, na verdade, são questões de políticas públicas. E os senhores têm que ser, na verdade, quase os substitutos do gestor público, os senhores é que vão ter que dar decisões que vão afetar, na realidade, a população, vão afetar, na realidade, o próprio Estado.



Essa crise desse modelo do Estado é algo que ainda está muito presente em todos nós. Quer dizer, hoje, o Estado não tem condições, muitas vezes, de dar tudo. E nós sabemos das teorias da reserva do possível, do mínimo existencial, nós sabemos que o art. 196, apesar de sugerir que o Estado tem que dar tudo e o cidadão tem direito a tudo, nós sabemos que não é bem assim. Todavia, quando nós falamos sobre iniciativa privada, então, nós temos, de um lado, o sistema público de saúde e, de outro lado, nós temos a possibilidade de a iniciativa privada atuar nesse segmento. O art. 199 da Constituição Federal diz que é facultado à iniciativa privada atuar na atividade saúde. Então, a iniciativa privada, tanto por força do próprio legislador constitucional, pode atuar nesse segmento. Todavia, é de suma importância para nós entendermos essa matéria em nível constitucional, entendermos o art. 197 da Constituição Federal.

O art. 197 da Constituição Federal diz que toda ação, que todo o serviço de saúde é considerado de relevância pública. Seja a atividade, seja o serviço exercido pela iniciativa privada, seja exercido pelo Poder Público, essa atividade sempre será considerada de relevância pública. Sendo de relevância pública, pode, portanto, o Estado regulamentá-la, fiscalizá-la, controlá-la. Então, na verdade, nós sabemos que, por ser tratar de uma atividade de saúde, mesmo que essa atividade seja exercida pela iniciativa privada, a Constituição Federal estabelece que pode, portanto, o Estado regulamentá-la, fiscalizá-la, controlá-la.

Aqui é importante eu mencionar que, como a Desembargadora disse, eu sou advogado, sou professor de direito, eu sou consultor jurídico da entidade que congrega as autogestões de saúde, ou seja, aqueles planos de saúde sem finalidade lucrativa. Inclusive, na Unidas, nós temos algumas entidades, algumas associações de juizes, algumas associações de Ministério Público que têm plano de saúde próprio e que são, portanto, filiadas à Unidas. Mas eu estou aqui, na verdade, como professor, estou aqui como estudioso dessa matéria. Meu mestrado foi nesse assunto, meu doutorado tem sido nesse assunto. E nós também, todos que estão aqui nesta sala, somos consumidores. Nós também somos consumidores dos planos de saúde, pois eu creio que a grande maioria, quase a totalidade das pessoas, com certeza, que estão aqui nesta sala, também têm um plano de



saúde. E todos nós queremos que o nosso plano de saúde esteja hígido, esteja sólido, esteja preparado a nos dar toda a cobertura que nós vamos precisar até o final de nossos dias. Essa é, na verdade, a expectativa. Todavia, nós precisamos entender que essa atividade, pelo texto constitucional, é considerada de relevância pública, portanto, o Estado pode regulamentá-la, fiscalizá-la, controlá-la. Mas eu gostaria de chamar a atenção para esse aspecto nos termos da lei. É uma atividade de relevância pública, em que o Estado pode regulamentá-la, fiscalizá-la e controlá-la nos termos da lei.

Esse é um aspecto muito importante para nós entendermos a diferença, muitas vezes, entre as obrigações estatais, as obrigações do Estado, e as obrigações da iniciativa privada. Porque, se o texto constitucional permite a participação da iniciativa privada, nós temos que entender, também, que essa atividade da iniciativa privada é, também, protegida pelo texto constitucional. Existem princípios constitucionais que, também, se aplicam à iniciativa privada, há deveres que o Estado tem em relação à iniciativa privada. E o primeiro aspecto que eu gostaria de trazer aqui à colação, tendo em vista o próprio art. 197 da Constituição Federal, é que essa regulamentação, essa fiscalização, esse controle da atividade privada tem que ser exercido nos termos da lei.

E, aí, já começa uma discussão da judicialização da saúde, quando, muitas vezes, acaba-se dando coberturas que extrapolam aquilo que está estabelecido na lei. É um aspecto, com certeza, que dá margem a muitas discussões. Mas o texto constitucional diz que a atividade de saúde, seja exercida pela iniciativa privada, seja exercida pelo Poder Público, é de relevância pública; porém, o próprio legislador constitucional estabelece nos termos, então, da lei.

E, aqui, eu passo para um outro aspecto que acho bastante relevante, que é mostrar que nós, na verdade, não temos um Sistema Único de Saúde. Apesar de a Constituição Federal falar no sistema único, nós não temos um sistema único. Eu, particularmente, *permissa venia*, entendo que nós temos três sistemas. Cada um desses sistemas tem uma esfera de interesse, como diz o professor Willian Santiago, cada um desses sistemas tem um complexo de normas, um complexo de regras que deve ser observado.

Nós temos, primeiro, o Sistema Único de Saúde, que, na verdade, é o sistema universal, é o sistema estabelecido no art. 196. E que, por sinal,



à curiosidade, nessas últimas pesquisas que realizei, até tendo em vista a minha tese de doutorado, na verdade não consta do texto constitucional que a saúde tem que ser gratuita. Por incrível que pareça, a questão da gratuidade só aparece no texto constitucional em relação à educação; em relação à saúde, não aparece. A gratuidade vai aparecer na lei que regulamenta o SUS. Na lei que regulamenta o SUS, tem que ser gratuita. Mas o texto constitucional não menciona a gratuidade. Só menciona a gratuidade para a educação, não menciona para a saúde.

Isso, ainda recentemente, deu uma discussão muito grande na Corte Constitucional Portuguesa, porque, tendo em vista a crise econômica em Portugal nestes últimos anos, eles passaram a estabelecer algum tipo de cobrança na área de saúde pública. E, aí, a grande discussão era se podia ou não podia, se a saúde era gratuita ou não era gratuita. E a Constituição Brasileira se assemelha muito à Constituição Portuguesa, até porque a nossa Constituição de 88 foi espelhada na Constituição de 76. Na verdade, a Constituição não trata de gratuidade da área de saúde. Segundo a Lei 8.080, a lei que trata, que regula, na verdade, o SUS, a saúde é, de fato, gratuita. Mas esse é o sistema. O Sistema Único de Saúde é que tem um complexo de normas, ele tem uma série de leis que o regulamentam. Ele tem o art. 196, que serve, portanto, como guia desse sistema, e ele tem, então, portanto, um complexo enorme, um complexo de regras, um complexo de princípios constitucionais que são pertinentes a essa obrigação, que é a obrigação estatal.

Depois nós vamos encontrar o Sistema da Saúde Suplementar, que é quando aparece o plano de saúde, quando as pessoas acabam tendo a sua saúde cuidada por meio de um plano de saúde. Eu represento uma entidade que congrega planos de saúde sem finalidade lucrativa. São planos de saúde de empresas, ou de grupos de empresas ou de associações, como há, inclusive, aqui em Minas Gerais, a Associação dos Magistrados, a própria Associação do Ministério Público aqui de Minas Gerais também tem um plano de saúde. Então, na verdade, de fato, não há só plano de saúde com finalidade lucrativa, há plano de saúde, também, em que as próprias pessoas se organizam, se auto-organizam, autogerem, na verdade, a sua saúde. Então, de fato, os planos de saúde não são só as seguradoras, não são só



as grandes empresas. Temos uma série, também, de outras entidades, de outras pessoas jurídicas sem finalidade lucrativa que têm, também, os seus planos de saúde. Então, essa é a Saúde Suplementar. Que tem regras próprias, tem uma lei que regulamenta os planos de saúde, que é a Lei 9.656; tem uma agência reguladora, que regulamenta este setor, que é a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por força da Lei 9.961, ou seja, esse sistema também tem uma série de regras, uma série de normas e uma série de princípios, inclusive, princípios constitucionais, esses, referentes a quê? À iniciativa privada.

E o último sistema é o sistema particular. Ou seja, nada impede que eu vá comprar serviço de saúde particular, de um médico, de um hospital, de um laboratório. Nada impede que eu vá ao médico de forma particular, lá faça uma consulta e pague por essa consulta. É um contrato, um contrato regido pelo Código Civil, é um contrato regido pelo Código de Defesa do Consumidor se houver uma relação de consumo. Ou seja, é um outro sistema que também tem uma série de regras, uma série de normas e uma série de princípios pertinentes a esse sistema. Então, portanto, eu divido a questão da saúde em três sistemas. E, para cada sistema, existe um grupo de regras, um grupo de normas e um grupo de princípios constitucionais que se aplicam a ele.

E entendo que há uma diferença entre o que nós podemos exigir do Estado e o que nós podemos exigir da iniciativa privada, por exemplo. Lembrando - e voltando ao art. 197 - que essa intervenção do Estado em relação a uma atividade privada, com ou sem finalidade lucrativa, é uma intervenção que tem que ser nos limites da lei. Até porque nós estamos num Estado Democrático de Direito. E a lei é que passa, portanto, a basear, a lei é que passa a regular esse ramo de atividade. Nós vamos verificar que, quando surgiu a Lei 9.656, houve uma discussão muito grande se pode o Estado intervir num setor privado da forma que interveio. A Lei dos Planos de Saúde regula esse segmento como um todo. É um dos setores mais regulados que nós temos dentro das atividades econômicas. Essa lei regula tanto a entrada como a saída das operadoras. E, quando eu falo operadora, eu não estou falando de saúde suplementar, de medicina de grupo, eu estou falando de cooperativas médicas, eu estou falando de seguradoras,



eu estou falando de autogestores, eu estou falando de administradores de benefícios, eu estou falando de filantropias que, também, atuam nesse segmento. Quando eu falo em operador de plano de saúde, eu estou falando de uma forma genérica. Então, na realidade, quando surgiu essa lei, houve uma discussão no Supremo se a intervenção do Estado nessa atividade privada não era uma intervenção excessiva, não era uma intervenção abusiva. E o Supremo se pronunciou dizendo que não. Que, na verdade, por se tratar de uma atividade de relevância pública, poderia sim o legislador estabelecer esse nível de regulações. Por se tratar de uma atividade, de um serviço, de uma ação relacionada à saúde, poderia, portanto, o legislador estabelecer uma legislação desse nível.

Nós tivemos uma ação direta de inconstitucionalidade, a Ação 1.931-8, em que houve um pronunciamento do Supremo, em 2003, entendendo que é possível sim a regulação desse setor privado. A Lei 9.656 estabeleceu apenas a inconstitucionalidade de um artigo lá que se aplicava de forma retroativa, mas, no resto, em sede liminar, porque a ação ainda não foi julgada, entendeu que essa lei é constitucional.

A Lei 9.656, que é a Lei dos Planos de Saúde, representa o marco regulatório, marco legal para esse segmento. É claro que essa lei foi muito influenciada pelo Código de Defesa do Consumidor. A partir do advento do Código de Defesa do Consumidor, começaram a surgir muitas discussões a respeito dos contratos de plano de saúde. A partir do advento do Código de Defesa do Consumidor, a sociedade começou a discutir a questão desses contratos. Contratos, antes, que tinham cláusulas consideradas abusivas, cláusulas que, muitas vezes, limitavam o tempo de internação, limitavam o tempo de UTI, não cobriam doenças e lesões preexistentes. E, daí, então, vem o legislador e estabelece uma regra própria. Estabelece uma norma própria tratando desse assunto.

Esse é um outro aspecto, também, que eu gostaria de acentuar com referência à judicialização. Porque, *permissa venia*, eu entendo – e até me valendo daquela regra do direito de que as normas especiais se sobrepõem às normas gerais – que a Lei dos Planos de Saúde é uma lei específica. É uma lei específica que trata a respeito desse segmento. Foi, com certeza, influenciada pelo Código de Defesa do Consumidor, mas resolveu



o legislador dar um tratamento específico para esse segmento. Inclusive, a própria lei estabelece que o Código de Defesa do Consumidor tem aplicação subsidiária, ou seja, naquilo em que a lei for omissa, naquilo que a lei não regular, eu vou buscar amparo no Código de Defesa do Consumidor. Mas a norma especial se sobrepõe à norma de caráter geral. E a lei, portanto, vem regulando esse setor como um todo. Todas as condições desse setor, a entrada e saída das empresas, as obrigações que essas empresas têm que ter, o aspecto econômico-financeiro, a preocupação com a saúde financeira dessas empresas, os requisitos dos contratos, as cláusulas do contrato, o que cobre e o que não cobre, a intervenção do Estado nessas operadoras quando não cumprirem requisitos econômico-financeiros, quando não cumprirem requisitos de qualidade, ou seja, a direção fiscal, a direção técnica, a liquidação extrajudicial, porque essas operadoras não estão sujeitas à Lei de Recuperação de Empresas, ou, pelo menos, a princípio, não estão sujeitas a um regramento jurídico próprio, o ressarcimento ao SUS, o objeto social exclusivo. Ou seja, esta lei passou a vincular as operadoras como um todo.

É uma típica norma de dirigismo contratual. Inclusive, a lei não permite a seleção de riscos, ou seja, a lei não permite que sejam discriminadas pessoas em decorrência de patologias que possuam ou em decorrência da idade. A operadora não tem o direito de selecionar os riscos. Ela tem que receber pessoas independentemente da sua idade e independentemente da sua condição de saúde. E não é o contrato que as partes querem, mas é um contrato que o legislador estabelece. As cláusulas obrigatórias, inclusive o rol de cobertura. Rol de cobertura, esse, que é estabelecido, que é delegado, portanto, a lei delega ao órgão regulador, à Agência Nacional de Saúde Suplementar. A cada dois anos, a agência acaba fazendo uma revisão no rol de cobertura. E qualquer operadora tem que cobrir, inclusive com efeito retroativo, porque o rol de cobertura retroage. E aí é uma questão jurídica bastante relevante. Mas o Judiciário entendeu que está correta a posição da ANS. O rol de cobertura retroage a todos os contratos firmados a partir de 1º de janeiro de 1999, que é a data de vigência da lei. A cada dois anos, a ANS faz uma revisão do rol. E esse rol, quando ela estabelece, se aplica de forma retroativa a todos os contratos firmados a partir de 1º de



janeiro de 1999, que é quando a lei entra em vigor, ou contratos anteriores que foram adaptados aos termos da Lei 9.656/98. Então, perceba que esse setor está sujeito a um regramento jurídico bastante severo. O nosso marco regulatório é a Lei 9.656.

Inicialmente, nós tínhamos o Conselho de Saúde Suplementar com poderes bastante amplos. Hoje, esses poderes foram esvaziados, porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar exerce esse papel de órgão regulador, normatizador, fiscalizador, esse papel de poder de polícia, do poder de vida e de morte sobre as operadoras. Não há nenhum recurso hierárquico dentro da agência reguladora, só o Poder Judiciário é que pode rever as decisões da ANS. Não existe a possibilidade de nenhum recurso administrativo, ao Ministro da Saúde ou à Presidente da República em decorrência de uma determinação da Agência Nacional de Saúde Complementar. As duas instâncias administrativas estão dentro da própria agência. Qualquer discussão sobre decisões da agência somente será dirimida por meio do Poder Judiciário.

Um aspecto histórico e importante é que, quando a lei foi sancionada, não existia a ANS. A ANS vem depois. Quando a lei foi criada, nós tínhamos a parte assistencial sob a administração do Ministério da Saúde, a parte econômico-financeira sob a administração do Conselho Nacional de Seguros Privados e o seu braço operacional, pela SUSEP, a Superintendência de Seguros Privados. Por quê? Se nós verificarmos a lei do plano de saúde, o plano de saúde se assemelha a um contrato de seguro. Existe uma base securitária na própria lei de plano de saúde. E um contrato de seguro, vocês sabem, tem três elementos.

O primeiro é o mutualismo. E esse é um aspecto muito importante. É muito importante para a própria Associação de Magistrados, que tem um plano de saúde. O que é o mutualismo? É a socialização do risco, ou seja, todos contribuem, todos pagam para que todos, na medida da necessidade, venham a ter aquela cobertura lá estabelecida no regulamento, estabelecida no contrato. Esse é um princípio básico securitário, é um princípio básico desse negócio do plano de saúde, que é o princípio do mutualismo: a socialização do risco. Todos contribuem. Nem todos vão ter um infortúnio, ou, na linguagem securitária, nem todos vão sofrer o sinistro, ou não



vão sofrer o sinistro no mesmo momento, na mesma hora. Então, é esse fundo que nós vamos constituir com a contribuição de todos que vai pagar as indenizações devidas em decorrência do regulamento, em decorrência do contrato, em decorrência da lei. Dentro de um princípio de socialização de risco, de mutualismo.

O segundo aspecto muito importante que existe no contrato de seguro, mas que não está presente nos planos de saúde, é a questão da incerteza, um princípio básico de qualquer contrato de seguro. Ou seja, o contrato de seguro cobre eventos futuros e incertos. A grande discussão que ocorreu no Congresso pelo advento da lei, quando a lei seguiu essa base securitária, é a seguinte: como é que ficam doenças e lesões preexistentes? Se um contrato de seguro coloca um evento futuro, incerto, se a pessoa já tem uma doença ou lesão preexistente, esse evento já não é mais incerto, é certo. Essa é a discussão que tínhamos antes do advento da lei. Em todos os contratos daquela época – sujeitando-se a discussões à luz do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor – a questão era se aquela cláusula que limitava a responsabilidade, que não cobria doença ou lesão preexistente (nos contratos antes do advento da lei), era válida ou não. Aí, vem o legislador e cria uma saída para essa situação. Estabelece, na verdade, uma carência para a doença e lesão preexistentes. Ele não chama, na lei, de carência, ele não trata como carência, ele chama de Cobertura Parcial Temporária, ou seja, no caso das doenças e lesões preexistentes, ele permitiu que as operadoras tivessem um prazo maior de captação de recursos para, depois, então, dar a cobertura para doença e lesão preexistentes. Ele não chama de carência, ele cria uma figura diferenciada dos prazos de carência lá proibidos da norma, 24 horas, urgência e emergência, 180 dias para os casos normais, 300 dias para os partos. Trata-se de Cobertura Parcial Temporária. Sendo que, nesse período, nos contratos que têm Cobertura Parcial Temporária, essa cobertura pode ser até de 24 meses, e ela é única e exclusivamente para aqueles procedimentos mais caros, leitos cirúrgicos, procedimentos de alta tecnologia ou de alta complexidade em decorrência das doenças e lesões preexistentes. E por que o legislador fez isso? Ele fez isso justamente porque a base da lei é o contrato de seguro, e o contrato de seguro cobre, na verdade, eventos incertos. E aí, então, ele trouxe para



esse contrato um evento certo, mas estabeleceu um período de captação maior para que aquele fundo do mutualismo pudesse, depois de 24 meses, dar aquela cobertura. É uma particularidade em decorrência dessa base, na verdade, securitária da lei. O legislador, então, contornou essa questão, que era um dos grandes problemas da socialização, se cobria ou não cobria a doença e lesão preexistentes.

E o outro é a previdência, ou seja, eu me previno. Quando eu tenho um plano de saúde, eu estou me prevenindo. Eu quero crer que todos nesta sala têm um plano de saúde, quer dizer, ou de alguma entidade a que pertença ou de alguma empresa, todos nesta sala, quero crer, têm um plano de saúde privado. Nós estamos falando, hoje, de um mercado que envolve mais de 50 milhões de brasileiros. Ou seja, nós temos mais de ¼ da população brasileira que tem plano de saúde. Além da obrigatoriedade, da compulsoriedade da saúde pública, pois todos nós contribuímos, nós também contribuímos para a saúde suplementar, seja através de uma entidade a que nós pertençamos, seja através de um contrato que nós tenhamos com alguma dessas operadoras que têm finalidade lucrativa.

Muito bem. Nós temos fatos marcantes - na verdade, não são 22, são 25 anos - que acabaram influenciando muito esse nosso segmento. O primeiro fato é o Código de Defesa do Consumidor. O Código de Defesa do Consumidor representa um marco de suma importância do direito brasileiro. O Código de Defesa do Consumidor é revolucionário. O Código de Defesa do Consumidor influenciou a legislação de outros países, influenciou o próprio Código Civil Brasileiro. O Código de Defesa do Consumidor é um marco. E foi justamente através do Código de Defesa do Consumidor que veio uma série de discussões que deram margem ao legislador trazer a nós, então, a Lei 9.656. É um aspecto importante.

Outro aspecto importante que eu gosto de enfatizar é o Plano Real. Porque, até o Plano Real - e os mais antigos vão se lembrar - as empresas ganhavam dinheiro - pelo menos as empresas de plano de saúde - pelo giro de dinheiro, porque, na verdade, na maioria dos casos, os contratos de plano de saúde são contratos de pré-pagamento. Ou seja, nós primeiro pagamos, e, depois, a operadora, então, vai pagar as nossas despesas, nossos médicos, hospitais, laboratórios, mas isso depois de 30, 60, 90 dias, e uma



parte da despesa ainda é discutida. Ganhava-se dinheiro até então no giro financeiro, no chamado *open market*, no *overnight*. Era justamente com o giro financeiro. Com o Plano Real, acabou essa lógica. As operadoras tiveram que ganhar dinheiro na sua própria operação. Se nós formos verificar os balanços das operadoras antes do Plano Real, o lucro era lucro inflacionário, o importante era, na verdade, ter um cálculo financeiro. Ninguém sabia quanto custava nada. Como é que se estabelecia preço de plano de saúde antes do Plano Real? Ligava-se para o concorrente, descobria-se quanto o concorrente estava cobrando e se estabelecia por aí. Não havia cálculo atuarial, não havia discussões técnicas com referência a tudo isso. O Plano Real acaba com essa lógica. A Lei 9.656, obviamente, é um grande marco; a Lei 9.961, a que cria a ANS; a Resolução 279. A Resolução 279 deixa claro que o plano de saúde é obrigação do empregador, é benefício pós-emprego que integra o contrato de trabalho. Então, a 279 estabelece um divisor de águas muito importante nessa interpretação. Quem tem a obrigação de manter o plano de saúde é o empregador com aquela operadora ou outra operadora, porque é um direito trabalhista, é um benefício pós-emprego. E a 279 veio deixar isso claro. Nos contratos coletivos - nós vamos ver daqui a pouco - os contratos coletivos empresariais.

Hoje, nós temos um outro marco importante, e é bem recente, a Lei 13.003, que acabou estabelecendo regras para os contratos entre as operadoras e os prestadores de serviço. Na verdade, os prestadores de serviço não estão regulados, a regulação só regula uma parte do mercado, não regula a outra parte. A Lei 13.003 começa a estabelecer algumas coisas que já existiam em normas da ANS, contratos escritos, cláusulas obrigatórias desses contratos. Mas a Lei 13.003 começa, portanto, a regular essa relação entre a operadora e o prestador de serviço.

Nós vamos ver, portanto, que o conceito de saúde é um conceito muito mais amplo que simplesmente ausência de doença. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde é bem-estar físico, mental, social, e não somente a ausência de enfermidade. A própria Lei de Planos de Saúde prevê coberturas de prevenção, de recuperação, de manutenção da saúde. E digo mais. Hoje, o legislador, o órgão regulador induz comportamentos, induz as operadoras a trabalharem com prevenção, com



promoção de saúde. Nós vamos ver que esse mercado de plano de saúde é um mercado conflituoso, é um mercado em que existe o que nós chamamos de falhas de mercado. É um mercado em que os interesses, muitas vezes, são inconciliáveis. Então, vocês imaginem uma operadora do plano de saúde vai ganhar direito quanto mais ela negar. Quanto mais ela negar, quanto menos ela tiver que cobrir coberturas, mais ela ganha. O consumidor quer consumir, ele quer fazer tudo que for possível e imaginável. Ele viu no Programa Fantástico que lá na Europa, ou no Canadá ou nos Estados Unidos, foi lançada uma máquina tal, um exame tal. No dia seguinte, ele já vai procurar o seu médico dizendo que ele quer exatamente aquilo, ele quer consumir. Ele viu na Revista *Veja*, ele viu na Revista *Época*, ele viu no doutor *Google*. Porque, hoje, o paciente chega ao consultório do médico dizendo o que ele tem que fazer, porque ele viu no doutor *Google* que a solução para o tratamento dele é uma solução tal, que ele viu no *Google*. E muitos médicos hoje estão, inclusive, se sentindo cerceados, porque eles têm receio de que, se eles não fizerem aquilo que o paciente está falando que tem que fazer, porque viu no *Google*, ou viu no Programa Fantástico, ou viu na Revista *Veja*, na Revista *Época*, e, se amanhã acontecer alguma coisa, ele possa ser processado por não ter feito aquilo que o seu paciente está ali, entre aspas, lhe indicando que viu nesses órgãos de imprensa. Imprensa essa que sofre uma influência muito grande do poder econômico, óbvio. Certas matérias que nós vemos, certas novidades que nós vemos por aí, na verdade, por trás delas se escondem interesses econômicos altíssimos, interesses de induzir comportamentos, às vezes, inclusive, de tratamentos, de procedimentos que nem têm registro na Anvisa, que nem mesmo foram apreciados pelo poder estatal que resolve isso. São questões, às vezes, experimentais, e, muitas vezes, isso é induzido de uma forma muito inteligente e muito ardilosa. Isso é induzido para a própria sociedade, inclusive para o próprio magistrado que acaba sofrendo os efeitos disso, e nós sabemos como isso acontece.

Então, vejam que esse mercado é um mercado conflituoso. Os interesses são conflitantes. O médico, o hospital, o laboratório, o que eles querem? Querem fazer a atividade deles, ter a liberdade para fazer o que eles quiserem fazer, o que eles entenderem que devem fazer e por aí vai,



sem qualquer limitação. Então, qual é a lógica do mercado? Eles ganham pelo serviço que eles prestarem. Então, quanto mais serviço eles prestarem, mais eles vão ganhar. O consumidor quer consumir. Quanto mais tiver a possibilidade, ele quer consumir. E a operadora, quanto mais ela negar, mais ela vai ganhar. Os interesses são inconciliáveis, essa equação não fecha em lugar nenhum do mundo. Então, há necessidade sim da intervenção estatal. Há necessidade sim da intervenção do Estado para regular o que nós chamamos as falhas do mercado. Por isso é que nós temos a Lei 9.656, por isso que nós temos a Lei 9.961, que trata da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Essa intervenção, como nós já mencionamos, em face do art. 197, deve ser uma intervenção nos termos da lei. Porque, claro, ainda mais quem está em uma atividade privada, tem que trabalhar com previsibilidade de custos, tem que trabalhar com estabilidade de normas, tem que trabalhar dentro de uma lógica de cálculo atuarial. Então, cabe ao legislador... No caso, por exemplo, a ANS, a cada dois anos, estabelece o rol de cobertura com base na própria legislação. Cabe, portanto, à iniciativa privada cumprir aquilo que está estabelecido na legislação, aquilo que, na realidade, é preconizado como rol, como exemplo mínimo necessário de cobertura. E, daí, nós vamos verificar que esse mercado é, portanto, um mercado imperfeito, é um mercado que tem falhas e é um mercado em que há necessidade sim de o Estado, através da lei, através de um órgão regulador, intervir nesse segmento. Percebo eu, inclusive, a existência de um direito que habilita a saúde suplementar. É um assunto que os livros e artigos a respeito já esgotaram. O direito de saúde suplementar é um direito que regula, portanto, a relação entre operadora e consumidores, os beneficiários, entre a operadora e o órgão regulador, entre a operadora e prestadores de serviço. Nós temos uma regulamentação recentíssima sobre esse assunto. A relação entre o empregado e o empregador que concede esse benefício, que é o plano de saúde.

Então, portanto, eu entendo que nós temos um microsistema de normas chamado de direito de saúde suplementar. Nós estamos diante de uma intervenção por direção. O professor ex-ministro Eros Roberto Grau coloca que é uma forma de o Estado intervir dirigindo uma atividade priva-



da. A Lei 9.656, portanto, é a lei que estabelece o marco legal. Nós temos, inclusive, na lei, a necessidade, salvo algumas exceções estabelecidas na regulamentação, de a operadora ter como objeto social exclusivo ser operadora de plano de saúde. A Associação de Saúde dos Magistrados de Minas Gerais tem como objeto social exclusivo ser uma operadora da saúde de autogestão. Até para que não se confundam os recursos, na verdade, da saúde com outras atividades. Então, tem que segregar, tem que se ter como atividade exclusiva a área de saúde. Está sujeito, inclusive, a um plano de contas padrão da ANS, está sujeito a uma regulamentação muito própria, a um controle econômico e financeiro por parte da ANS. E, portanto, a lei estabelece, no seu art. 1º, que estão sujeitas a ela as pessoas jurídicas de direito privado. Então, as pessoas jurídicas de direito privado é que têm planos privados de assistência à saúde. E a lei define, logo no seu art. 1º, o que é um plano privado de assistência de saúde, o que é uma operadora, o que é uma carteira. A lei, então, passa a definir, na verdade, a sua aplicabilidade. Ela estabelece, a princípio, com raríssimas exceções, um tratamento isonômico. Ou seja, todas as operadoras, todos esses segmentos estão sujeitos a uma mesma regulamentação.

Então, a seguradora, a medicina de grupo, a cooperativa médica, a autogestão, as administradoras de benefícios estão sujeitas ao mesmo regulamento jurídico. Por exemplo, todas têm que cumprir tudo aquilo que a lei estabelece, tudo aquilo que a ANS estabelece, o rol de eventos que a ANS, a cada 2 anos, atualiza. Então, há um tratamento isonômico. Independentemente de ter finalidade lucrativa ou não, as operadoras estão sujeitas à mesma regra. Nós vamos verificar, também, que essas operadoras, com exceção da autogestão de recursos humanos, com exceção da administradora de benefícios que têm alguma particularidade, elas estão sujeitas ao mesmo complexo de normas. Esse modelo de operadora, administradora de benefícios, na verdade, é uma figura relativamente nova dentro de todo esse universo, porque ela faz uma intermediação, ela não é uma corretora, mas faz uma intermediação. Ela pode atuar de duas formas. Ou ela negocia um contrato com operadoras, disponibiliza esse contrato depois para um universo de empresas ou de associações, o que é muito comum. O melhor exemplo, hoje, de uma administradora de benefícios é a Qualicorp. Eu não



sei aqui em Minas Gerais, mas, lá em São Paulo, é realmente muito forte. Não é ela que dá o plano, ela dá por meio de uma outra operadora, mas ela é que faz essa reunião de contatos. É uma figura nova. Nós temos as cooperativas. E entre as cooperativas, o melhor exemplo é a Unimed. Unimed BH é uma das maiores do Brasil, pelo que eu sei. É um exemplo de cooperativa. São médicos que se organizam sob a forma de cooperativa, com base na Lei 5.764. Nós temos as autogestões. E aqui, nas autogestões, nós temos três modalidades de autogestão. Nós temos as empresas que têm planos de saúde para os seus funcionários. Então, são empresas que, por meio do seu departamento de recursos humanos, implementam o plano de saúde para os seus funcionários, ela diretamente. Nós temos as autogestões que são, na verdade, uma reunião de pessoas jurídicas de direito público ou direito privado que se reúnem e criam uma pessoa jurídica, uma caixa beneficente, por exemplo, para dar plano de saúde para os empregados, beneficiados, aposentados, daqueles seus patrocinadores. É a segunda figura, portanto, de autogestão. E temos ainda uma terceira figura, que é o que nós temos, tanto na Magistratura como no Ministério Público aqui em Minas Gerais, como o Des. Siqueira tem lá no Rio de Janeiro, que são, na verdade, associações de determinadas categorias profissionais que têm plano de saúde para os seus membros. Então, nós estamos falando da Associação dos Magistrados de Minas Gerais, nós estamos falando do Ministério Público de Minas Gerais, que têm plano de saúde próprio para os seus associados. A Associação dos Fiscais de Renda Estaduais, aqui, Fundaffemg, tem um plano de saúde próprio para os fiscais de renda estaduais. Então, é a terceira modalidade de autogestão, ou seja, é um grupo fechado. Nessas unidades, somente aquelas pessoas, sejam da empresa, sejam daquele grupo de empresas, sejam daquela associação, podem participar do plano de saúde. Não é um plano aberto, ele não pode ser aberto para o mercado, ele é para um grupo fechado de pessoas. Então, são as autogestões.

Temos as seguradoras. E a seguradora, a principal característica é que a seguradora, a princípio, não trabalha com rede, ela trabalha com livre escolha. Ou seja, você compra o seguro e você pode ir a qualquer médico, pode ir a qualquer laboratório, pode ir a qualquer hospital que a seguradora vai indenizar nos limites previstos na apólice. Muitas seguradoras também



trabalham com uma rede diferenciada. Se você for a uma rede de atendimento, ela paga integralmente. Mas, se você quiser ir ao seu médico, ao seu hospital de confiança, ao seu laboratório, independentemente daquela lista, você pode, só que você vai receber na proporção que foi estabelecida na apólice. Essa é a principal característica do contrato de seguro. Enquanto os outros, via de regra, trabalham com a ideia de rede, de rede própria ou rede credenciada. Seja na Unimed, seja em uma autogestão, você, normalmente, só pode, salvo algumas situações excepcionais previstas na própria lei, por exemplo, urgência e emergência, utilizar a rede que foi lá credenciada... Na realidade, essas outras modalidades trabalham com a ideia de rede. Ou seja, você só pode ir àquela rede daquela operadora. A principal diferença do seguro é que ele trabalha com a ideia de livre escolha. Pode até existir nos outros segmentos algum contrato que permita a livre escolha, mas não é a regra. A regra é, realmente, que um contrato de seguro seja um contrato de livre escolha. Normalmente, o pessoal fala que a medicina de grupo é a operadora com finalidade lucrativa. Mas não é bem isso. É que o conceito de medicina de grupo na legislação, nos atos normativos da ANS, é um conceito de exclusão. Ou seja, se você não é administrador do benefício, se você não é autogestão, se você não é cooperativa, se você não é seguradora, se você não é filantropia, você é medicina de grupo. Então, é um conceito por exclusão. Temos a figura da filantropia, as Santas Casas. Nós temos várias Santas Casas que permitem planos de saúde. Até, além da atividade filantrópica que elas exercem, elas também têm uma atividade de plano de saúde no mesmo CNPJ ou, às vezes, até criou-se outra empresa ligada à Santa Casa para administrar também o plano de saúde.

Portanto, cartão de desconto hoje... Eu sei que, no interior de Minas, isso é muito comum: cartão de desconto, cartão pré-pago. Operadora de seguro não pode ter cartão de desconto nem cartão pré-pago. E, muitas vezes, nós vemos por aí que alguns cartões-desconto são, na verdade, planos de saúde travestidos de cartões-desconto. Vende-se uma ideia de que aquele cartão é um plano de saúde. Plano de saúde é uma atividade regulamentada. Só pode exercer atividade de plano de saúde quem tiver autorização de funcionamento. Para ter autorização de funcionamento, tem que preencher requisitos muito rígidos de registro de operadora e de



registro de produtos. Para ser uma operadora de plano de saúde tem que ter uma autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Quem não tiver está exercendo essa atividade de forma ilegal. E, muitas vezes, nós vemos por aí, principalmente no interior, alguns cartões-desconto, mas que, na verdade, não são cartões-desconto, são operadoras, mas que não estão registradas na ANS. A ANS tem todo um processo de concessão dessa autorização de funcionamento, tem toda uma normatização a respeito disso, que está lá na Resolução 85.

Outro aspecto que nós temos importante é com referência à urgência e emergência. Nós vamos verificar que há uma resolução, uma resolução bastante antiga, de 98, que trata de urgência e de emergência - também bastante polêmica, eu sei -, mas que diz o seguinte: a lei estabelece uma carência de 24 horas para urgência e emergência. Mas a lei também estabelece, no seu § 4º do art. 10, que a amplitude de cobertura será determinada por órgão regulador. Na época, o órgão regulador era o Consu. E estabelecendo o seguinte: A urgência e emergência têm carência de 24 horas na lei, com a limitação à amplitude de cobertura que pode vir a ser determinada pelo órgão regulador. E a Resolução Consu, então, estabelece que, se uma pessoa tiver um infortúnio qualquer e não tiver ainda cumprido as outras carências, carência para internação, carência para cirurgia e tudo o mais, ela tem direito às 12 primeiras horas de atendimento, ou seja, àquele pronto-atendimento. E, passadas aquelas 12 primeiras horas, ou se, mesmo que dentro das 12 primeiras horas, ficar evidenciada a necessidade de internação hospitalar, ou seja, já não é mais uma atividade de pronto-atendimento, e ela não cumpriu ainda as outras carências, então ela teria que se responsabilizar por aquele tratamento, ou, então, ela seria transferida para uma unidade do SUS às expensas da operadora. Então, isso está na Resolução Consu nº 3. Nós vamos verificar também que, além do plano de saúde, ela estabelece, nos arts. 30 e 31 obrigações - inclusive, eu acho que, geograficamente, essas normas deveriam estar na (CLT), e não, na verdade, na Lei de Plano de Saúde - que são obrigações do empregador em relação ao empregado. Ou seja, é a possibilidade de o empregado, após a ruptura do contrato de trabalho, estar vinculado ao contrato do seu empregador em um determinado lapso temporal.



Nós vamos ter duas situações. A situação do desemprego, que está no art. 30, em que ele tem direito de permanecer no plano por um período mínimo de 6 meses e máximo de 24 meses, é 1/3 do período que ele contribuiu. Essa é uma situação. E temos, no art. 31, o direito assegurado ao aposentado. Esses dois artigos ensejaram muitas discussões, e hoje essa matéria está um pouco mais pacificada em decorrência da Resolução Normativa 279. Por isso eu coloquei a Resolução Normativa 279 como verdadeiro marco. A discussão que nós tínhamos, por exemplo, no art. 31, é se, para exercer o art. 31, o motivo da ruptura de contrato do trabalho tem que ser a aposentadoria. Porque os mais antigos vão se lembrar que, antes, para poder se aposentar, tinha que dar baixa na carteira. E, quando a lei foi gestacionada, quando a lei estava sendo discutida no Parlamento, era essa a regra que havia. Alguém, para se aposentar, tinha que baixar a carteira de trabalho, ou seja, dar baixa no contrato de trabalho. Podia até fazer um outro contrato depois, mas tinha que baixar. Hoje, já não existe mais. Hoje, a pessoa pode se aposentar estando trabalhando, inclusive, na empresa. Então, tivemos grandes discussões em decorrência do art. 31. Para o trabalhador exercer esse artigo, tem que estar aposentado no momento da ruptura do contrato de trabalho, não que aposentadoria tenha sido a causa do contrato de trabalho. Então, isso, hoje, já está pacificado. A Resolução 279 veio aclarar uma série de aspectos e veio deixar claro, na verdade, que nós estamos diante de obrigação do emprego e o benefício pós-emprego. Então, não é só uma questão do plano de saúde, há um envolvimento muito grande da questão do empregador.

Um aspecto que é bastante polêmico é sobre o Código de Defesa do Consumidor, que eu mencionei. É claro que o Código teve uma influência muito grande na Lei dos Planos de Saúde. A questão que se coloca, e esse é um tema bastante recorrente, é de que, muitas vezes, muitas decisões judiciais estão fundamentadas quase que única e exclusivamente no Código de Defesa do Consumidor, e não na Lei 9.656, nem, muitas vezes, na própria regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Segundo a professora Cláudia Lima Marques, o Código de Defesa do Consumidor, por se tratar de uma norma que foi editada por força de uma determinação do Ato de Disposições Constitucionais Transitórias, o legis-



lador constitucional determinou que se sobrepusesse a qualquer outra lei. *Permissa venia*, não é assim que eu entendo. Eu entendo que o Código de Defesa do Consumidor, primeiro, é uma lei ordinária, como também a Lei dos Planos de Saúde. O Código de Defesa do Consumidor se aplica sim às situações do plano de saúde, porém se aplica de forma subsidiária. E quem diz isso é o próprio legislador. O art. 35-G da Lei dos Planos de Saúde deixa claro que se aplica subsidiariamente aos contratos entre usuários de operadoras de plano de saúde e seus usuários o Código de Defesa do Consumidor. É claro que se aplica o Código de Defesa do Consumidor. Quer dizer, eu não posso negar a aplicação. Mas a aplicação se dá de forma subsidiária. E, aí, nós vamos pegar aquelas regras de interpretação que a norma de caráter especial se sobrepõe à norma de caráter geral. E, visto que a norma de caráter especial contém uma lacuna, contém algum aspecto que não está claro, certamente, eu vou buscar amparo na lei geral, que, no caso, é o Código de Defesa do Consumidor. É claro, eu tenho que, até por uma necessidade intelectual, mencionar que a Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça entende que sempre às situações de plano de saúde se aplica o Código de Defesa do Consumidor. Em momento algum eu nego a aplicação. Todavia, em conformidade com o que foi estabelecido pelo legislador, essa aplicação se dá de forma subsidiária. Sempre eu vou aplicar o Código de Defesa do Consumidor, porém, eu vou aplicar de forma subsidiária, até mesmo tendo em vista o princípio de que a norma especial se sobrepõe à norma de caráter geral e sob, também, o princípio do Estado Democrático de Direito, porque foi o próprio legislador que assim estabeleceu. Foi o próprio legislador que assim estabeleceu essa aplicação subsidiária. E aí, realmente, eu vou me valer de uma lição que eu aprendi com o Desembargador Siqueira, que ele tem uma questão das autogestões puras e autogestões impuras. Eu vou estar em uma área sujeita a maiores críticas. Eu sei. Mas eu entendo que, nas autogestões puras, nem Código de Defesa do Consumidor se aplicaria, porque, na verdade, quando os próprios membros da autogestão são, de um lado, donos da autogestão, e de outro lado são os consumidores, isso é uma figura de confusão. E eu entendo aí que não se aplicaria nas autogestões puras, em que o próprio beneficiário participa da administração, das discussões. Eu vou, inclusive, relatar como advogado



da Associação Brasileira dos Magistrados Trabalhistas, justamente em uma situação dessas, de uma deliberação que foi tomada em uma assembleia em que uma magistrada, que inclusive não participou, mas foi convidada a participar, rebelou-se depois contra a decisão tomada pela assembleia de magistrados com referência a uma questão de cobertura não prevista na legislação, e invocando o Código de Defesa do Consumidor para a proteção do seu direito. Estamos falando de uma ação de uma magistrada contra uma associação de autogestão de plano de saúde de magistrados trabalhistas. Eu só me reservo o direito, por uma questão ética, de não dizer de onde é, está certo? Mas, só para vocês terem a ideia, uma discussão que envolveu um plano de saúde de magistrados. Mas claro que eu entendo que a súmula se aplica com certeza, mas o Código de Defesa do Consumidor tem que ser aplicado de forma subsidiária, seja pelo princípio de que a norma especial se sobrepõe à norma de caráter geral, seja porque o próprio legislador assim estabeleceu. E aí eu tenho que respeitar o princípio democrático de direito, porque foi o próprio legislador que estabeleceu dessa forma. Então, aplicar diretamente o Código de Defesa do Consumidor quando existe regra própria, seja na lei, seja com referência à própria regulamentação da lei, que é estabelecida por força do § 4º do art. 10 da lei, ou seja, a própria lei delega para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que estabeleceu o rol de cobertura. E eu entendo, *permissa venia*, que essa decisão não atende a esses princípios que eu mencionei.

Muito bem. Claro, como eu disse, o Código de Defesa do Consumidor se aplica de forma subsidiária. O Estatuto do Idoso também se aplica, inclusive a própria Resolução 63 da ANS veio estabelecer que os 59 anos são a última faixa para reajuste de faixa etária, com base na lei, portanto, no Estatuto do Idoso. Eu faço uma distinção entre contratos anteriores à lei e contratos posteriores à lei. E, veja, a lei estabelece, no art. 35, que o consumidor tem o direito de adaptar o seu contrato a qualquer momento. E essa é uma faculdade dada ao consumidor. Houve já, inclusive, várias resoluções da ANS estabelecendo a obrigatoriedade de a operadora oferecer a adaptação dos contratos. Claro, partindo desse princípio, eu posso até defender, em termos, a validade de uma série de prazos de contratos anteriores. Porque, se o legislador permite adaptação dos contratos, é que ele reconhece



que os contratos anteriores sofrem uma série de limitações. E, inclusive, em uma das resoluções, a ANS fixa qual é o valor máximo. Até é discutido isto: o que uma operadora pode cobrar em uma adaptação, que seria 20,54%. Isso veio a demonstrar que o legislador permite a adaptação. Se permite a adaptação, implicitamente, o legislador está reconhecendo que os contratos anteriores à lei não têm um grau de proteção, que é uma proteção da lei. E que, portanto, a princípio, os contratos são válidos, porque as pessoas não quiseram adaptar.

Então, nós vamos verificar que estamos tratando de um regramento jurídico, de uma regulamentação muito forte dos planos de saúde. A agência regula todos os contratos. E nós temos três modalidades de contratos. Nós temos os contratos individuais familiares, que têm um grau de proteção maior. Qualquer um pode comprar um plano de saúde, comprar os serviços de um plano de saúde, e o grau de proteção é um pouco maior. Nós temos os contratos chamados coletivos empresariais, que são os contratos firmados por empresas ou por órgãos públicos para os seus trabalhadores, para os seus servidores públicos. Então, a norma estabelece quem pode participar desses contratos coletivos empresariais. E também estabelece uma série de regras e normas desses contratos. Por exemplo, um contrato coletivo empresarial com 30 ou mais participantes não tem carência e não tem Cobertura Parcial Temporária. Então, a regulamentação da ANS deixa claro que, em um contrato coletivo empresarial, ou seja, um contrato que é feito por uma empresa que tem mais de 30 beneficiados, não pode nem ter prazo de carência, nem prazo de Cobertura Parcial Temporária. Cobertura Parcial Temporária, lembre-se, é referente à doença e lesão preexistentes. E nós temos os contratos chamados coletivos por adesão. Os contratos coletivos por adesão, todos esses contratos coletivos são firmados por pessoas jurídicas. Todos os contratos coletivos são firmados por pessoas jurídicas. O contrato coletivo de adesão é aquele que é firmado por pessoa jurídica de caráter profissional classista ou setorial. Então, vamos imaginar que a Associação dos Magistrados de Minas Gerais não quisesse ter uma autogestão, não quisesse ter um plano próprio, mas quisesse contratar um plano no mercado. Poderia fazer a contratação através de um contrato coletivo por adesão. Então, somente essas pessoas jurídicas é que estão legitimadas a



ter um contrato coletivo de adesão. Por exemplo, uma associação profissional legalmente constituída, uma associação de magistrados, pode muito bem comprar serviços de plano de saúde de um operador. E tem regras próprias, portanto, com referência a essa regulamentação. Como eu disse, uma operadora não pode selecionar risco, não pode dizer: "Olha, eu só vou receber pessoas jovens, só vou receber pessoas que não têm nenhum problema de saúde". Não pode ter essa seleção de risco. Há uma necessidade muito grande de orientação, ou seja, uma operadora, hoje, para disponibilizar um plano, tem que ganhar um manual de esclarecimento para o beneficiário, tem que ter guia de leitura contratual ou para o beneficiário ou para a pessoa jurídica contratante. Ou seja, tem toda uma preocupação, hoje, muito grande com a questão da simetria de informações.

Como eu disse, nós estamos em uma típica norma de regime contratual. O art. 16 da Lei dos Planos de Saúde fixa quais são cláusulas mínimas obrigatórias de um contrato de plano de saúde. Como eu disse, nós estamos em uma atividade extremamente regulamentada. Então, além da lei, eu tenho uma série de resoluções, de instruções normativas, de súmulas normativas que têm que ser observadas com referência aos requisitos de um contrato, as cláusulas contratuais. É uma atividade que, realmente, sofre um dirigismo contratual muito forte. E volto a dizer: as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar são baixadas por força do § 4º do art. 10 da lei, que delega, portanto, esses poderes à agência. As normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar são baixadas com base na Lei 9.961, que é a lei que fixa, que cria a agência e que dá competência, portanto, à agência. Nós sabemos que, muitas vezes - volto a dizer -, quando as decisões estão só motivadas no Código de Defesa do Consumidor, alguns magistrados não querem nem tomar conhecimento do órgão regulador, quando, na realidade, essas normas são baixadas por força da própria Lei 9.656 e por força da própria Lei 9.961, que criou a agência e que definiu a competência da agência. Eu, inclusive, muitas vezes, discuto com a própria agência uma série de normas, uma série de regras. Só o Poder Judiciário é que vai poder consertar qualquer absurdo jurídico da agência, porque eu não tenho um recurso hierárquico ao Ministro da Saúde ou mesmo à Presidente da República, só ao Poder Judiciário. Mas, a princípio, essas normas da agência são



válidas, são baixadas com força nessa legislação que eu mencionei para vocês, além da observância ao princípio democrático de direito.

E, daí, nós vamos verificar a questão do rol. Então, a cada dois anos, a ANS fixa um rol mínimo de cobertura. É um rol mínimo, quer dizer, você pode dar mais, mas aquele mínimo tem que ser assegurado para todo mundo. Porque todos os modelos, desde autogestão, cooperativa, medicina de grupos, agência reguladora, filantropia, administradora de benefício, não importa, todos deverão observar o rol mínimo de cobertura da ANS. E é interessante o que a ANS estabelece... Aí também há um outro aspecto que sempre dá muita confusão. A resolução que trata do rol, normalmente, estabelece o rol e estabelece também algumas diretrizes de tratamento. Então, hoje, nós temos a chamada DUT, que é a Diretriz de Utilização de Tratamento. O que é isso? Essas diretrizes são, na verdade, protocolos, são *guidelines*. A ANS começa, através dessas diretrizes, a estabelecer protocolos, estabelecer *guidelines*. Então, por exemplo, o Dr. Roberto pediu para eu não falar, mas, com todo o respeito a ele, a cirurgia bariátrica está prevista na diretriz de utilização de tratamento. Porém, para fazer uma cirurgia bariátrica... Isso não foi a ANS que estabeleceu, isso é com base em protocolos do Conselho Federal de Medicina, literatura especializada nacional e estrangeira. Então, alguém, para fazer cirurgia bariátrica, não pode simplesmente chegar hoje e falar: "Eu quero fazer uma cirurgia bariátrica". Tem todo um procedimento que tem que ser analisado, tem toda uma série de cuidados que têm que ser analisados. Até uma avaliação de psicólogo tem que ter para fazer uma cirurgia bariátrica. Então, a operadora não pode pura e simplesmente fazer. Querem ver outras duas situações que não são doenças, mas que a operadora é obrigada a dar? Vasectomia e laqueadura. Vasectomia e laqueadura, hoje, são obrigações da operadora. E, veja, não é doença. Porque os planos de saúde, inicialmente, eram para doença. Porém, para autorizar uma vasectomia ou uma laqueadura, tem que existir um prazo para as pessoas meditarem, de 60 dias. Não pode chegar hoje e já fazer amanhã. O médico tem que pensar naquelas consequências, tem que analisar a idade da pessoa, tem que analisar se a pessoa tem filho ou não tem filho, tem que dar um período e, até, se necessário, um apoio psicológico, para a pessoa meditar um pouco mais a respeito daquilo. Tudo



isso estabelecido onde? Na diretriz de utilização do tratamento. Uma série de coisas que não eram cobertas originalmente e que agora estão sujeitas a limitações. Fonoaudiologia, nutrição, psicologia, psicoterapia, fisioterapia, não hospitalar, mas fora do hospital, são cobertos hoje? São, mas sujeitos a limites, e os limites dependem da patologia. Então, a quantas sessões de fonoaudiologia por ano eu tenho direito? Depende. A diretriz de utilização vai dizer: “Para esses tratamentos são 24. Para esses, são 12. Para esse assim, assim, são 6”. É a diretriz que estabelece. Na verdade, a ANS começa a estabelecer aqueles protocolos de utilização pelos quais toda a sociedade clama muitas vezes e não sabe, em alguns casos, nem expressar exatamente o que é. A ANS, então, estabelece regras para algumas situações. Hoje, existem, inclusive, alguns produtos que a operadora tem que oferecer. Quando alguém faz uma colostomia, por exemplo, a bolsa de colostomia tem que ser oferecida pela operadora. Isso está onde? Está em uma das diretrizes. Hoje, por exemplo, há os medicamentos oncológicos domiciliares. Não é qualquer medicamento oncológico, há 38 medicamentos que estão relacionados na diretriz de utilização. Isso é novidade. A lei foi alterada. Então, hoje, os medicamentos domiciliares que estão estabelecidos no rol da ANS são cobertos. Os medicamentos estabelecidos. Isso é de lei. Então, não é qualquer medicamento também. E esses estabelecidos no rol são medicamentos aprovados pela Anvisa, que é um órgão dentro do Estado que tem poderes para autorizar ou não autorizar o ingresso, o início de utilização de um determinado medicamento no país. Eu estou cometendo, inclusive, um crime se eu, de repente, começar a estabelecer medicamentos que não têm aprovação. E, muitas vezes, nós sabemos que muitas das liminares são com referência a cirurgias experimentais, tratamentos que não têm amparo na Anvisa. Todos nós ficamos chocados com as reportagens do Fantástico sobre as máfias de órteses, próteses, medicamentos, coisas do tipo. Muitas vezes, no afã de proteger o consumidor, nós não estamos protegendo o consumidor, mas protegendo uma máfia dessas que nós tivemos oportunidade de ver na Revista *Veja* e que o Programa do Fantástico mostrou. Daqui a pouco, eu vou trazer aqui à colação para vocês um trecho do requerimento de instauração da CPI contra a máfia das órteses e próteses.

Então, os contratos têm que seguir o que está estabelecido na legislação, o que está estabelecido na regulamentação; temos contratos



referência, contratos ambulatoriais, hospitalares, hospitalar obstetrício, de odontologia. Nós estamos diante de uma agência reguladora que tem poderes disciplinares na própria lei de fiscalização, instância final de litígio.

Essas agências têm poderes quase legislativos e quase judiciais. A professora Leila Cuéllar usa essa expressão. E contra decisões da agência só cabe amparo no Poder Judiciário, nós não temos um recurso hierárquico. Um contrato é um contrato de massa, é um contrato de adesão, é um contrato aleatório, de execução... Inclusive, o Dr. Siqueira tem até uma discussão com referência ao aleatório, porque, como tem cálculo atuarial, seria ou não seria aleatório. Eu entendo que o cálculo atuarial diminui um pouco o risco, mas não afasta o risco, ele continua sendo um contrato aleatório. De execução continuada, de longa duração, um contrato relacional na definição do professor Ronaldo Porto Macedo Júnior. É uma rede de contratos. Ele se pauta em cálculos atuariais. Então, a precificação de um plano de saúde se dá através de estudos, através de análises econômicas atuariais.

Os administradores das operadoras são responsáveis solidariamente, subsidiariamente, com seu patrimônio próprio para arcar com as dívidas da operadora, inclusive a das autogestões de magistrados. Os administradores, se acontecer algum problema, se houver a direção fiscal, no dia seguinte, todo o patrimônio vai estar indisponível. Todo o patrimônio vai estar indisponível se tiver uma direção fiscal ou uma liquidação extrajudicial. Muitas vezes, há dificuldades de achar administradores para determinadas entidades.

E há um aspecto para o qual eu gostaria de chamar atenção. O dinheiro que vai para a operadora não pertence totalmente à operadora. Vamos pegar uma operadora com finalidade lucrativa. Uma operadora tem que ter, assim como uma seguradora, assim como um banco, tem que observar garantias em reservas financeiras. Ela tem que cumprir regras patrimoniais. Ela tem que separar uma parte do dinheiro que entra através de provisões, provisões para remissão. Essas provisões não podem ficar embaixo do colchão ou no cofre da operadora, elas têm que ser investidas em aplicações financeiras. É admitida uma parcela muito pequena em imóveis, mas, basicamente, em aplicações financeiras. E essas aplicações financeiras têm que estar vinculadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou seja, ela não tem poder para mexer naquele dinheiro. Aquele dinheiro está



garantindo o mercado para garantir os consumidores caso aquela operadora venha a ser liquidada. E, se a operadora não atingir aqueles níveis de garantias econômicas e financeiras, e a ANS exige, ela vai estar sujeita a um regime de direção fiscal. É uma intervenção da ANS junto à operadora. A diretoria continua na operadora, mas o diretor fiscal vai acompanhar o trabalho dessa operadora, dessa diretoria. E, se o diretor fiscal entender que aquela operadora não tem condições de preencher aqueles requisitos econômicos e financeiros lá estabelecidos, o que vai acontecer? Ele vai pedir a liquidação extrajudicial da operadora. A ANS vai determinar que aquela operadora seja excluída do mercado. Ela vai dar a portabilidade especial para os seus beneficiários poderem sair daquela operadora, irem para outra, com isenção de carência e Cobertura Parcial Temporária, e ela vai liquidar. E, se necessário, ela vai decretar a falência ou vai pedir a falência, também, daquela operadora. Subsidiariamente, primeiro é a liquidação extrajudicial. E, se, porventura, as anormalidades forem com referência à qualidade, forem com referência à rede, então, aí, há uma direção chamada técnica, que é a mesma forma de direção fiscal só que não sob o aspecto econômico-financeiro. Se o aspecto de qualidade, se o aspecto de credenciamento, de rotatividade não pagam nenhum credenciado, aquela operadora não tem condições de atender pelos prazos que a ANS estabelece. Porque, hoje, não é só atender, é atender dentro de determinados prazos. Existe uma norma que trata dos prazos. Inclusive, a cada três meses, vocês veem pelo Jornal Nacional, vai o Ministro da Saúde, vai o presidente da ANS dizer quais são as operadoras que tiveram seus planos suspensos. Por que foram suspensos? Porque elas realizaram um *overbook*, elas venderam mais do que elas podiam na verdade. Então, elas vão ter que ficar de castigo por três meses, podendo esse período ser renovado, podendo até resultar em penas maiores, porque ela vendeu mais do que ela podia. Então, esse é um mercado altamente regulamentado.

E a questão econômico-financeira... Eu lembro isso para vocês. Que, quando se estabelecem, por exemplo, por meio de liminares, coberturas que não são aquelas previstas na lei, coberturas que não estão no cálculo atuarial, adequação econômico-financeira, isso pode gerar um desequilíbrio econômico-financeiro muito grave. E esse desequilíbrio vai gerar uma



direção fiscal e pode gerar a liquidação da operadora. Então, essa é uma questão muito séria.

Bom, sobre a figura do ressarcimento ao SUS também vou falar muito rapidamente. Ou seja, quando um beneficiário da operadora vai ao SUS, o SUS manda a conta para a operadora. Isso é uma coisa que todas as pessoas sabem. É um sistema de cruzamento de dados através do RG, através do nome da mãe, porque toda operadora tem que cumprir uma série de requisitos de informações mensais, trimestrais, semestrais e anuais para a ANS. Há o monitoramento e o ressarcimento ao SUS. Há uma série de instruções jurídicas sobre o ressarcimento ao SUS, sobre as quais, pelo adiantado da hora, eu não vou falar. Eu tenho uma série de reservas com referência ao ressarcimento ao SUS.

Eu gostaria de concluir falando um pouco dos enunciados do CNJ. Tive a oportunidade de participar no ano passado das Jornadas de Direito da Saúde do CNJ. Foi uma atividade realmente muito interessante, em que o CNJ harmonizou tanto as questões relacionadas à saúde pública, à saúde suplementar, às questões relacionadas ao direito. E, com referência à saúde suplementar, ele estabeleceu uma série de enunciados. Enunciados esses que procuram, na verdade, restabelecer certo equilíbrio. E esses enunciados não são só com referência à questão da judicialização da área pública, como também a judicialização da área da saúde suplementar. E é muito interessante verificar esses enunciados, porque eles vêm da necessidade de se prestigiar a lei, prestigiar a regulamentação, de ter formas alternativas de solução de controvérsias. E aqui quero render a minha homenagem ao trabalho maravilhoso que o Tribunal de Justiça realiza aqui em Minas Gerais com referência ao NAT, justamente como forma de reduzir a judicialização. Se não reduz a judicialização, pelo menos traz uma maior qualidade, uma maior segurança para os magistrados na hora de proferir as suas decisões. Eu acho que esses episódios recentes que nós vimos noticiados pelo Fantástico, noticiados na Revista *Veja*, pela grande imprensa, chamam, realmente, a nossa atenção não só como magistrados, mas como sociedade, como um todo dos cuidados que nós precisamos ter. Porque, muitas vezes, no afã de proteger, nós não estamos protegendo. Querendo proteger, nós estamos, na verdade, beneficiando verdadeiras máfias que se instauraram.



E eu entendo que a observância dos termos da lei, da regulamentação da ANS no que concerne à saúde suplementar, é uma necessidade em decorrência do próprio art. 199 da Constituição, do próprio art. 197, que estabelece que essa regulamentação se faz nos termos da lei. E o NAT, se não reduz a judicialização, traz uma qualidade muito maior, uma segurança para os senhores e para toda a sociedade.

Então, eu quero aqui render as minhas homenagens pelo trabalho, que serve de exemplo para todo o Brasil. Nós tivemos a honra de ter a Des.^a Verdolim participando do nosso último congresso aqui de Minas, e mostrando, na verdade, a experiência de Minas para todo o Brasil. Realmente, são extraordinários os resultados que se atingem por meio do NAT, a segurança, portanto, que toda a sociedade passa a ter com esse trabalho que vocês aqui realizam. Esses enunciados do CNJ vêm justamente nesta linha de ação. Infelizmente, eu estou no meu finalzinho. Mas nós temos diversos enunciados que tratam a respeito disso. Então, vejam o próprio Enunciado 21:

nos contratos celebrados adaptados na forma da Lei 9.656, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas. Nas demandas judiciais em que se discutir qualquer questão relacionada à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), recomenda-se a consulta, pela via eletrônica ou expedição de ofício, a esta agência reguladora, para os esclarecimentos necessários sobre a questão em litígio.

Ou seja, os órgãos reguladores têm o dever de subsidiar os magistrados em determinadas situações, faz parte da competência desse órgão.

Cabe ao médico assistente a prescrição terapêutica a ser adotada. Havendo divergência entre o plano de saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento médico, odontológico e/ou cirúrgico, é garantida a definição do impasse por meio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo consumidor, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.



Ora, todas as liminares, todas as tutelas antecipadas são deferidas com base em um pedido de um médico, e não se pode questionar esse médico. Vejam os senhores, como magistrados. As decisões dos senhores estão sujeitas ao princípio da motivação, os senhores têm que motivar. Ninguém neste país tem autorização para fazer o que quiser sem ter que explicar o que está fazendo. Por que um médico não vai ter que explicar por que ele quer aquele procedimento, por que ele quer aquela órtese e prótese, por que ele quer aquele medicamento? Por que, se eu tenho outra opção mais barata para a sociedade, eu tenho que comprar aquela mais cara? O que está por trás disso? E eu não posso questionar só porque houve uma autorização médica. Ora, isso está previsto, essa possibilidade de discussão está prevista no art. 21, § 1º, da Resolução 338 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso está previsto na Resolução 1.956 do próprio Conselho Federal de Medicina. E eu não posso questionar? Eu não posso questionar um médico? Um juiz tem que fundamentar a sua decisão, um desembargador tem que fundamentar a sua decisão, o médico não precisa fundamentar nada? Ele não tem que justificar por que ele escolheu essa via, e não outras que, de repente, estavam mais baratas e colocadas à disposição? E, vejam, isso eu não estou falando sem conhecimento, defendo o plano de saúde, isso acontece na área pública diariamente. É dinheiro nosso, do contribuinte. Nós somos consumidores porque, do outro lado, somos nós que pagamos tudo isso. Nós não vamos nos enganar imaginando que ele vai pagar ao plano. O plano não vai pagar, vai repassar para nós. O Estado vai pagar? Não vai pagar. Ele vai, amanhã, aumentar os outros tributos. Então, essa é uma questão, na verdade, para nós pensarmos como sociedade.

E está aqui o CNJ com ponderações muito, muito importantes para toda a sociedade. Não é para o plano. Claro, planos inescrupulosos têm que ser punidos e ser afastados do mercado. Mas existe uma lógica atuarial, existe uma lógica do mutualismo, existem princípios que protegem a própria atividade da iniciativa privada. E isso não é só na iniciativa privada, o poder público sofre diariamente - o senhor sabe muito bem disso. E, aqui, o CNJ estabelece, portanto, uma série de orientações, uma série de recomendações. Não tem poder coativo - o senhor sabe muito bem -, mas foram discutidas exaustivamente, exaustivamente, na Jornada de Saú-



de Suplementar. Jornada que, por sinal, vai ter, agora, a sua segunda versão. Agora, neste próximo mês de março, se não me falha a memória, nós vamos ter a segunda versão dessa jornada, até revisão de determinados enunciados. Mas é, realmente, uma orientação muito sábia com base justamente em fatos divulgados. Vejam, isso foi antes dos escândalos. Isso tudo foi colocado antes dos escândalos. Parece que eles já estavam antevendo essas questões. Então, vejam que essas orientações do CNJ são orientações muito pertinentes. E, vejam, eu não estou aqui fazendo defesa de iniciativa privada, eu estou fazendo defesa da área pública, da saúde pública, porque isso não acontece só na iniciativa privada. Se os senhores virem os enunciados da saúde pública, a redação é praticamente a mesma. As redações são as mesmas com referência a isso. Na questão, por exemplo, do Enunciado 31. "Recomenda-se ao juiz a obtenção de informações do Núcleo de Apoio Técnico ou Câmara Técnica e, na sua ausência, de outros serviços de atendimento especializado, tais como instituições universitárias, associações profissionais etc."

Eu me lembro que o Des. Siqueira... E nós tivemos oportunidade de estar juntos diversas vezes. Falava: "Doutor, você sabe como eu resolvia a questão das liminares quando o advogado, 5 horas da tarde na sexta-feira - normalmente é sexta-feira o dia das liminares - chegava para despachar e eu tinha que resolver uma questão? Eu falei: "Não. Como o senhor resolvia?" "Eu ligava para a minha esposa". Não é, Desembargador? "Como ligar para a sua esposa?". "Minha esposa é médica. E ela, então, me falava. Se, de repente, ela falava que a pessoa ia morrer, eu ia ter que dar a liminar, se ela falava que não era caso de morte, eu deixava para segunda-feira apreciar com calma o processo". E o grande problema da Justiça era justamente esse: que os juízes não são casados com médicos. Então, nós precisamos do NAT. O NAT é a segurança para os senhores, é a segurança para toda a sociedade. Claro, há situações e situações, e aí temos que fazer um juízo de ponderação. E os senhores, melhor do que ninguém, sabem, na verdade, a necessidade desse sopesamento, a necessidade da ponderação.

Mas eu gostaria, minha querida Desembargadora, de pedir escusas por ter extrapolado alguns minutinhos. Eu gostaria só de trazer à colação um trecho de um requerimento. O Requerimento nº 93 do Senado Federal,



de lavra do senador Magno Malta, em que ele está aqui requerendo a instauração da CPI da Máfia das Órteses e Próteses. Essa CPI foi deferida agora no dia 30 de março último. E aqui diz no pedido dele:

Como se não bastasse todo o mal perpetrado contra os pacientes e o sistema de saúde em geral, a Máfia das Próteses teve a desfaçatez de estender seu campo de atuação sobre o Poder Judiciário. Advogados envolvidos com médicos e representantes comerciais patrocinavam ações judiciais para obter decisões que obrigassem o Estado e as operadoras de planos de saúde a pagar por procedimentos superfaturados, por vezes atingindo somas 10 vezes superiores aos valores praticados no mercado. O desabafo do Des. João Marcelo de Souza Junior do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul sintetiza o problema. Que o sistema penal do país está falido porque, no momento em que pessoas, sejam de que área for, profissionais, buscam o Poder Judiciário para realizar uma fraude e conseguir com isso auferir grandes lucros, significa que o sistema está desmoralizado e que estão, inclusive, brincando com o Judiciário.

É lamentável. É dessa forma que eu gostaria de terminar. Não estou aqui fazendo defesa de operadora, por favor, falo como professor, falo como estudioso dessa área, falo como consumidor, falo como contribuinte. Essa é uma situação lamentável. Muito obrigado.



Conflitos de princípios e valores na saúde suplementar

Des. Antônio Cesar Siqueira

Bom dia a todos. Cumprimento a todos na pessoa da Des.^a Vanessa Verdolim, a quem agradeço muito a oportunidade de estar novamente discutindo este tema aqui, que me é muito caro por alguns motivos. Primeiro, porque, na minha carreira de magistrado, enfrentei várias vezes o problema da fiscalização da saúde. Segundo, porque sou um estudioso do Direito do Consumidor e fui Presidente do nosso Plano de Saúde – da Mútua. No Rio de Janeiro, temos um plano de saúde que tem uma autogestão estadual. Deparei com a visão do outro lado do administrador do plano de saúde e as dificuldades que enfrentamos para atender ao anseio do usuário. Então, é um prazer muito grande estar aqui com vocês e debater esse tema que é muito importante para mim.

Tentei fazer um apanhado, mas eu não consegui. Acho que ninguém consegue ter uma divisão absolutamente clara para debater única e exclusivamente o problema da saúde privada, da saúde suplementar. Obrigatoriamente, passamos pelo estudo da saúde pública, porque, apesar de serem sistemas diferentes, eles são interligados e passam por toda uma questão política de saúde. Vou tentar começar abordando esses três tópicos.

Parece-me que a questão da judicialização da saúde no Brasil passa por uma ineficiência da atuação dos Poderes Executivo e Legislativo. Na verdade, o Brasil nunca viveu uma efetiva divisão igualitária entre os Poderes. Na história brasileira, sempre um Poder ou dois Poderes, em determinados momentos, superaram o outro. Quer dizer, na maioria do nosso tempo republicano, a supremacia do Poder Executivo em relação aos demais Poderes é claramente visível. Não precisamos nem chegar ao tempo da ditadura, mas, mesmo nos tempos democráticos, o Poder Executivo sempre exerceu uma supremacia em relação aos demais Poderes. Mas com a Constituição de 1988, por questões de deficiência da máquina do Poder Executivo, começamos a viver uma época de supremacia do Poder Judiciário em relação



aos demais Poderes. O Poder Legislativo teve um curto período de tempo em que exerceu a supremacia, que foi o período parlamentarista, que também teve uma vivência muito curta. Vive hoje uma crise muito grave, já de algum tempo. É a ausência de coragem e de definição de políticas efetivamente eficazes tanto no Poder Legislativo quanto no Poder Executivo. Na verdade, as ineficiências desses Poderes fazem com que não só a saúde, mas muitas questões que deveriam ser tratadas pelo Legislativo e pelo Poder Executivo sejam definidas pela atuação do Poder Judiciário. Diversos são os exemplos: quando pensamos no problema do menor abandonado e do menor infrator, nunca vamos nos lembrar de uma mudança na liberação ou da atuação do Poder Executivo na boa execução de políticas assistenciais. Vamos pensar no juiz de menores, que ele é quem tem que tomar conta, ele é quem traça, ele é quem regra, ele é quem estabelece os parâmetros da questão familiar como um todo. E a questão dos juros – quem diz se pode ou não haver juros compostos, se a taxa de juros está alta ou está baixa, de que forma ela pode ser aplicada – acaba caindo no Judiciário.

Duvido que uma questão dessa acontecesse, por exemplo, nos Estados Unidos. Quer dizer, se uma instituição bancária tivesse uma atitude de cobrança de juros abusiva, considerada ilegal, fatalmente seria chamada pelo Banco Central, que diria: “Meu amigo, se enquadra; se não se enquadrar, nós vamos cancelar toda a autorização de funcionamento”. E isso seria resolvido facilmente na área administrativa.

O Poder Legislativo também merece uma parcela de culpa, porque o que acontece é que ele não se antecipa, ou não percebe o caos social, e não promove as mudanças legislativas efetivas. Dizer que a lei não resolve o problema é bancar de certa forma o avestruz, que enfia a cabeça na areia. Os mais novos aqui não vão se lembrar disso, mas nós mais velhos com certeza nos lembramos. Antigamente, quando eu entrei para a magistratura, isso há 30 anos, o Rio de Janeiro, por exemplo, tinha varas especializadas em locação, tal o conflito gerado pela Lei de Locação entre locatários e locador. Havia uma ação, que hoje em dia ninguém, nem a maioria dos juízes novos, conhece, que é a ação revisional de locação. Hoje em dia, não tem mais isso. Mas havia pedidos de retomada para uso próprio, para uso de ascendente ou de descendente, e que eram absolutamente falsos, que eram



apenas maneiras de romper o contrato para se estabelecer uma nova forma de relação contratual. Veio uma lei boa e resolveu o problema. Atualmente, só temos ações de locação. A grande maioria das ações de locações é por falta de pagamento – despejo por falta de pagamento – que não tem a ver com a qualidade da lei, tem a ver com a possibilidade da saúde financeira das pessoas. Isso não tem nada a ver com lei boa ou lei ruim. Isso quer dizer que o Legislativo tem condições de fazer uma legislação que seja eficiente e boa. E uma legislação boa e eficiente reduz o conflito, acaba com o acirramento entre as partes e, com isso, promove a paz social. Não me parece, pois, que possamos dizer que estamos em uma situação confortável.

Todo mundo diz que a lei que criou o modelo do SUS é uma lei maravilhosa. Para mim, lei boa é aquela que funciona. A lei do SUS não funciona. O SUS não funciona. Não posso, portanto, considerá-la uma legislação boa. Ela é uma legislação sonhadora, uma legislação avançada em termos de promoção da saúde ideal, mas ela tem que descer à metade para que haja um regramento que distencione essa relação entre usuário e fornecedor de serviços. A Agência Nacional de Saúde tem um papel muito limitado, porque, no fundo, no fundo, é direcionada ao regramento dos planos individuais, e esse regramento veio de uma forma tão equivocada, que, hoje em dia, se o plano individual fosse um animal, ele estaria com todas as ONGs naturalistas colocando plano individual na figura dos animais que merecem um trabalho especial, porque estão em extinção. Você não acha plano individual em lugar nenhum. Então, o que todas as operadoras fizeram foi parar num plano coletivo. Na maioria deles, na verdade, são falsos coletivos, porque se reúnem várias pessoas e fingem que aquilo ali é um grupo. Na verdade, não é para fugir do regramento e balizamento de preços estabelecidos pela Agência Reguladora. Além disso, eu acho que ela não promove ações de melhoria da qualidade da prestação de serviços. Ela pode tencionar isso, mas não vejo essa efetividade na atuação. Assim, os motivos principais que levam à intervenção judicial, à procura do Judiciário, têm raízes muito ligadas à ineficiência da atuação dos Poderes Executivo e Legislativo. E, na verdade, quer dizer que até fevereiro deste ano, o único Poder que funcionava era o Judiciário. Nem o Executivo nem o Legislativo estavam funcionando.



Agora, o Legislativo está dando ar de quem quer retomar a sua função legislativa. Ele estava absolutamente dominado pelo Poder Executivo. Para mim, essas são as questões mais frequentes que são submetidas ao Poder Judiciário, e aí vem a pergunta: a fiscalização da saúde passa pelo chamado “ativismo judicial”?

As questões frequentes são estas em relação à Saúde Pública: falta de serviços, falta de equipamentos materiais, falta de equipamentos físicos, falta de medicamentos e falta de leitos em CTI. E, com relação à Saúde Suplementar: a negativa de cobertura e a imposição de limites.

Na verdade, a intervenção judicial vem no sentido de ser o único Poder garantidor do direito à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal. Nesse artigo, estão previstos os princípios da integralidade, quer dizer, um direito à saúde integral, e da universalidade. E esses dois conceitos às vezes passam, de certa forma, despercebidos pelo intérprete e aplicador da lei, porque, da mesma maneira que o legislador prevê uma saúde integral ideal, ele prevê que ela seja universal. E isso, na minha interpretação, quer dizer que a mesma saúde ou aquela saúde possível deve ser dada a todos os usuários com igualdade de condições. Ela não pode ser boa para o Joaquim e ruim para o Francisco. Ela tem que ser boa e com a mesma qualidade para todos.

Dessa forma, passamos para um entendimento factual, no Sistema de Saúde, não tem limite nenhum na capacidade de investimento que tem o país. Quer dizer, estamos longe de aplicar 17% do orçamento em saúde como fazem os Estados Unidos, que têm o orçamento que é imensamente maior do que o nosso, mas, ao mesmo tempo, eles não conseguem prestar uma saúde ideal. Então, a saúde não tem fundo, mas ela tem que estar pautada pela capacidade de investimento que o país tem. Hoje, aqui, parece que se investe em saúde em torno de 7% do orçamento nacional, sendo que quase 4% vêm da iniciativa privada, e não do Poder Público. Logo, temos, na hora de analisar um determinado pedido, de avaliar isso, quer dizer, quando ele diz que o José tem direito a um tratamento “X”, todos têm o mesmo direito ao tratamento de José. O juiz precisa parar de olhar e enxergar apenas a figura que mostra a ele o papel opaco. Ele tem que ter uma visão translúcida que ultrapasse o papel e enxergue qual é a consequência



daquela decisão dele, porque ela é regradora de todo direito de uma sociedade, pelo princípio da universalidade previsto na Constituição Federal. Se o senhor José tem direito a isso, bem, então todas as pessoas que estiverem na mesma situação do José têm direito ao mesmo tratamento. O Judiciário precisa enxergar isso como uma coisa muito importante. Todo juiz tem que ter a exata noção de qual é a consequência que a sua decisão provoca no mundo real. Quando dava aula para os juízes novos, na Escola da Magistratura, sobre medida de urgência, eu falava com eles:

Muito cuidado com a medida de urgência, porque primeiro ela tem que ser suficiente e tem que ser executável. Se ela não for executável, é uma decisão que pode ser juridicamente defensável, mas, se é uma decisão de má qualidade na hora de efetividade, ela acaba desmoralizando a própria atuação do Poder Judiciário.

E aí temos outros problemas em relação às decisões judiciais. Na verdade, o juiz tem uma dificuldade muito grande de compreensão do problema. É inegável que, em todas essas questões que envolvem saúde, não é difícil para o juiz definir qual é o conceito jurídico que ele deve aplicar – seja o decorrente da lei que regulamentou o mercado, seja o de uma aplicação constitucional, seja o de uma aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Para isso nós fomos treinados, para isso nós estudamos, para isso temos conhecimento técnico suficiente. O problema é que, nessas questões de saúde, os assuntos técnicos fogem ao nosso conhecimento, pois pressupõem o conhecimento técnico médico, farmacológico, que foge inteiramente do nosso conhecimento. E aí entra uma questão muito difícil para nós: todos esses pedidos vêm baseados numa recomendação, num laudo médico, num receituário médico, numa indicação técnica de um médico que nós não temos nenhuma condição de avaliar se é boa, se é ruim, se é necessária, se é eficiente ou se ela está ali de má-fé. E nós, de motorista, viramos passageiro, porque ficamos na absoluta dependência do que esse técnico diz, principalmente em momentos de plantão ou fora do horário ou em locais em que há dificuldade de contatar alguém para tirar algum tipo de dúvida.

Sofri muito com isso. A cirurgia bariátrica é um exemplo excepcional para isso. Eu dei algumas liminares que vinham no plantão pedindo



o seguinte: “Olha, paciente está morrendo, ele tem pressão alta, ele está desequilibrado, diabético, hipertenso etc. e tal. Ele vai morrer se não realizar a cirurgia, a cirurgia dele está marcada para amanhã, e o plano de saúde negou a cobertura”. Cansei de dar essa liminar até o dia em que, conversando com a minha esposa, ela disse: “Ou ele está tão doente que ele não pode operar amanhã ou ele está tão equilibrado fisicamente que pode esperar uma avaliação”.

Vou relatar para vocês uma experiência que tive no nosso plano de saúde, lá no Rio de Janeiro. Um colega nosso se casou com uma moça, muito mais nova. Ele ficou viúvo e depois se casou com essa moça muito mais nova – tinha vinte e nove anos. Essa moça foi engordando, engordando, engordando e cismou, por orientação do médico, que tinha que se submeter a uma cirurgia bariátrica. E, quando veio o pedido, pedimos para ela se submeter a uma avaliação médica nossa, lá da Mútua. Ela se submeteu, e os médicos disseram assim: “Olha só: ela não atingiu o peso suficiente para a cirurgia; ela não está num estágio de obesidade que justifique essa cirurgia; aliás, ela corre risco com esta cirurgia”. Nós, então, chamamos o colega e falamos assim: “Olha, com esse quadro clínico, a Mútua não está recomendando a cirurgia. Não seria melhor você procurar outro profissional para avaliar a situação?”. O que aconteceu a seguir foi uma loucura, porque essa moça começou a comer assustadoramente para atingir o nível de peso para poder ser operada. Não conseguiu. Mas, mesmo assim, ela chegou para mim e disse: “Paciência, eu vou fazer a cirurgia e depois eu discuto com você judicialmente se você tem que pagar ou não”. Eu falei assim: “Infelizmente eu não vou autorizar essa cirurgia”. E o resultado foi lastimável. Essa moça fez a cirurgia e acabou falecendo por causa da cirurgia. Não no ato cirúrgico, mas posteriormente ela acabou falecendo, porque realmente não tinha indicação daquilo. Ela começou a emagrecer, emagrecer, emagrecer e acabou morrendo.

São nessas situações em que às vezes as nossas decisões judiciais podem ser, além de incorretas em termos de cura, podem até induzir a um tratamento equivocado. Faço esse alerta, porque muita gente pede judicialmente tratamentos que são alternativos, que nem sempre têm comprovação da qualidade, e às vezes podem levar o paciente a uma situação ruim.



Um outro exemplo que também foi muito comum em determinado tempo, e esse de uma má-fé absolutamente clara dos vendedores de próteses e órteses, foi a tal da colocação do “stent” farmacológico. Num determinado momento, isso virou febre, todo mundo tinha indicação para “stent” farmacológico. O “stent” normal custava mil reais; e o farmacológico, 17 mil. Todos os pacientes vinham ao Judiciário para ter autorização para colocar o “stent” farmacológico. Era um produto novo na época; e, depois de três, quatro anos, se comprovou que, na verdade, ele era indicado em pouquíssimas hipóteses e levava risco de morte ao paciente. Isso quer dizer que teve muita gente que colocou “stent” farmacológico com ordem judicial e que acabou ficando numa condição de risco de saúde. Essas coisas mostram o desconforto e a dificuldade que o juiz tem no momento de decidir, num procedimento liminar como esse, quando ele não tem um apoio qualificado para orientá-lo nessas situações.

E vem daí a importância do auxílio técnico do NAT. Realmente esse auxílio dá uma qualidade muito boa à decisão judicial, além de uma tranquilidade e um conforto muito grande ao juiz. Pelo menos o NAT está ali falando a mesma língua, porque tem uma norma técnica, que dá confiança e que passa ao juiz as informações necessárias para uma boa decisão.

Em relação à judicialização da saúde, é bom que situemos como está essa questão na jurisprudência. A posição do STF, tomada lá atrás, quando foi feita uma audiência pública com vários segmentos da sociedade, é no sentido de que o Judiciário pode e deve intervir nas políticas públicas de saúde, desde que não exista uma política preexistente, determinada. O que isso quer dizer? Isso quer dizer que, dentro dos limites orçamentários, dentro das decisões políticas em que o administrador é obrigado a fazer suas escolhas e que, vindo do princípio da universalidade, o Executivo, o gestor da saúde, tem que traçar regras para que possa atender a todas as pessoas nas mesmas situações. Então, se um determinado medicamento que oferece todas as funções curativas necessárias passa por um processo de escolha licitatória, não deve o Judiciário, sem que haja motivos outros, substituir aquela decisão do gestor da saúde pela vontade do usuário. E assim é em determinados casos nos municípios. Há medicamentos que têm uma capacidade de cura idêntica a outros, mas que às vezes oferece



certo desconforto na sua utilização, provoca pequenos defeitos colaterais, mas cuja relação custo-benefício justifica sua opção pelo gestor da saúde, porque ele precisa do restante do dinheiro para atividades outras também de saúde pública.

Nós todos aqui já passamos por cidades do interior e sabemos que as prefeituras vivem com muitas dificuldades, pois nem sequer têm arrecadação suficiente para pagamento da sua folha de pessoal. Vivem com subsídios recebidos de repasse da União e dos Estados para isso. A compra de medicamentos, que custem 30, 50 mil reais por mês, significa, às vezes, todo o orçamento da saúde daquele município. Então temos de levar isso em consideração, porque não é razoável essa decisão. Alerto aos meus colegas do Judiciário que nós somos usados, às vezes, para atividades efetivamente criminosas. Há um exemplo no Rio de Janeiro que é espetacular, se não desse vontade de chorar. O prefeito de Teresópolis, que, por acaso, foi afastado, em um determinado momento, ele descobriu esse negócio de liminares para a compra de medicamentos. E o que ele fez? Ele parou a compra de medicamentos e deu uma ordem à Secretaria de Saúde para orientar a todos os usuários que fossem à Defensoria Pública, pois o defensor público iria resolver o problema deles. E era exatamente isso. Todos os medicamentos caros ele parou de comprar. Os usuários iam à Defensoria, e o juiz dava a liminar, e voltava para lá. Dessa forma, o prefeito tinha que comprar em caráter emergencial, só que ninguém é de ferro, e ele comprava na farmácia do cunhado.

Conheço um outro caso, que é de Miracema, é de um rapaz que conheço desde novo. Esse rapaz, que tinha uma casinha lá, é casado com a prima da minha mulher, um rapaz humilde. Sabem aquelas farmaciazinhas do interior que vão passando de pai para filho, esse rapaz entrou nesse negócio. Hoje ele tem casa, tem lancha em Angra, tem casa em Búzios, anda com um carrão na cara de todo mundo.

Quero dizer com essas coisas que temos que tomar cuidado. O juiz pode ser tudo, mas não pode ser bobo, não pode ser instrumento de uma ação direcionada claramente a assaltar os cofres públicos. Não podemos ser assim, isso acontece com órtese, com prótese.



Cito mais um exemplo de vivência minha: uma colega de faculdade, que é desembargadora, ia fazer uma cirurgia de joelho. Seu pedido de internação foi para uma determinada casa de saúde. O hospital ligou para nós e disse: “Olha só, eu nunca vi um orçamento igual a esse aqui”. O orçamento era de 160 mil mais ou menos, de material. Consultamos um ortopedista da Mútua, e ele falou assim: “Olha, isso é um completo absurdo, isso não faz sentido nenhum”. Nós, então, mandamos um mandado cancelando a internação. Duas horas depois, o mesmo pedido veio de um outro hospital, que também ligou para lá e falou assim: “Olha só chegou agora para gente e pediu para marcar a cirurgia para lá”. Mas, como era a minha colega, liguei para ela: “Leoni, olha só, a gente está com um problema sério. Vamos fazer o seguinte: se você não quiser escolher, eu posso te indicar dois ortopedistas de primeira linha, do Rio de Janeiro, não precisa ser credenciado na Mútua, você escolhe e ouve a opinião deles”. Bom, a Leoni foi operada pelo Rum, que é um médico da seleção brasileira. A especialidade dele é joelho. No total, a cirurgia ficou em 22 mil reais, e ela está maravilhosa, andando, só não joga futebol, mas está muito bem. Temos que tomar cuidado, pois isso é assim: o médico não indica o material, ele indica a marca do material, porque ele está absolutamente ligado ao vendedor do material. São questões de vivência que temos que passar para vocês, porque são muito importantes.

E este foi melhor: Tratamento de Altos Custos Experimentais. Existe um remédio que é para hipertensão pulmonar. Esse remédio custava, na época em que eu estava em atividade, em torno de 35, 45 mil reais por mês. É um remédio que não é curativo, porque essa é uma doença crônica. E aí o NAT faz um parecer e diz o seguinte: o remédio tem eficiência comprovada. Mas a eficiência dele é muito reduzida em relação ao outro medicamento que foi oferecido pela Administração Pública, cujo custo é infinitamente inferior, não chega a mil reais por mês. Eu me lembro que, quando estava julgando esse caso, chamei o médico para conversar: “Me explica aqui, você disse que tem resultado, que resultado é esse para eu poder avaliar se realmente vale a pena ou não o Estado gastar isso?”. Aí ele me disse assim:

Doutor, um paciente sem tomar remédio não consegue nem andar, ele não consegue respirar; e, tomando esse remédio que o Estado oferece, ele consegue dar uma voltinha na mesa da sala da casa dele. Ele, tomando



esse remédio que custa trinta e tantos mil reais por mês, vai conseguir descer para o Play, mas ele não vai à rua. O benefício é este: ele não vai conseguir ter uma vida livre nem nada, ele vai continuar confinado.

Então, quero dizer que esse tipo de agilidade do NAT é muito importante. O NAT no Estado do Rio de Janeiro já foi expandido para 38 comarcas do interior e até o final do ano vai para todas elas.

Há tratamentos que ainda não têm aprovação da Anvisa, mas realmente já apresentam qualidade e resultado. Cito um caso que, desde o ano passado, estamos deferindo, e que há resultados maravilhosos, que é o tratamento usando a “Cannabis Sativa”, para controle de convulsão. Temos lá um menino que tinha em torno de 100 convulsões por dia, é uma alucinação. O garoto está indo muito bem, as convulsões diminuíram muito e vêm com uma intensidade muito menor do que ele tinha. São tratamentos que ainda não têm a aprovação da Anvisa, mas têm comprovação científica. Nesses casos, eu acho que o cuidado é só saber se tem algum respaldo técnico, efetivamente, se vale a pena investir ou não.

Tudo isso são parâmetros que devemos pesar para direcionar o tratamento de alto custo. Por exemplo, se direcioná-lo para uma Prefeitura que não tem dinheiro pode ser uma carga muito pesada, mas, ao mesmo tempo, se conseguir direcioná-lo para um cliente público “mais parrudo”, pode dar resultado. Aí chegamos a um ponto, que é a minha primeira crítica.

A minha primeira crítica é que essas questões vêm parar no Judiciário por falta de clareza e precisão legislativa, por falta de opção. Quando ainda era Presidente da Mútua, fui convidado pelo Governo do Estado do Rio para participar de uma delegação que ia conhecer o Sistema de Saúde da Inglaterra, que era tido como um dos melhores do mundo. E foi engraçado, porque participei de todas as reuniões. E fomos fazendo as visitas, do Ministro da Saúde até os hospitais. E, em toda reunião que se abria, cada um se apresentava. Quando eu me apresentava como juiz, falaram: “Mas o que que você está fazendo aqui, cara?” “Não, mas é que no Brasil, às vezes, o Estado não fornece determinadas coisas e aí a Justiça manda.” “Isso aqui é absolutamente inconcebível.” “Mas, se um médico receitar um quimioterápico que não está previsto no fornecimento público daqui?”. Ele disse:



“Simplesmente ele não vai fazer, ele não pode fazer. E ele só pode receitar aquilo que está deferido pelas políticas de saúde.”

Até na Inglaterra, inclusive, houve um processo judicial envolvendo isto: “Uma família que foi fazer um tratamento cirúrgico viu que tinha um problema grave cerebral, e o Sistema de Saúde não previa esse tratamento, porque não estava aprovado. A família tirou o garoto de lá e o levou – acho – a um país da antiga União Soviética, um país do Leste Europeu, que fez o tratamento e deu certo. A saída do garoto gerou uma comoção, porque ele não podia fazer um tratamento que não estava previsto. Isso quer dizer que, se quiser fazer, vai fazer em outro lugar. Até pouco tempo atrás, pessoas com mais de 70 anos na Inglaterra não tinham direito a CTI. Simples assim. Não interessa. Eles não conseguiam entender como é que isso funcionava, porque isso gera uma indefinição absurda que faz com que todas as pessoas tenham que ir ao Judiciário para tirar dúvida: “Eu tenho direito ou eu não tenho direito a isso.” Isso é falta de clareza. Minha crítica é que o Supremo Tribunal Federal, que tem a função constitucional de dar uma arrumada na casa e criar regras claras que devem ser aplicadas em todo o território nacional, está com esse tipo de posicionamento. Separei aqui algumas ementas. Vejam esse caso aqui: “Recusa de suspeita de tratamento de medicamento prescrito por médico especialista”. Aí vem a decisão:

Entende-se por abusiva a cláusula contratual que exclui o tratamento prescrito para garantir a saúde e a vida do segurado, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que serão cobertas, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura.

Dessa forma, ficamos numa situação sem controle. Se essa é a regra que deve ser adotada, nós não criamos regra, pois cada médico vai criar uma regra para seu paciente. Não estou criticando, é um caso concreto que não conheço, pode ser que seja uma situação verdadeira, é uma situação que não ajuda em nada, em termos de definição de política.

Outro exemplo é um caso de medicamento para uso domiciliar, em que é admitida a possibilidade contrária ao plano de saúde por conter cláusulas limitativas do direito do consumidor, desde que escritas em destaque. Revela-se abusivo e evidente o custeio do medicamento pelo



médico responsável pelo tratamento ainda que ministrado em ambiente domiciliar. Na verdade, aqui nesse caso, é uma decisão novamente ambígua, pois pode ter cláusula de comunicação. Mas, se o médico indicar essa cláusula, não vale. Quer dizer: que tipo de medicamento domiciliar é esse? É aspirina? Ou é aquele tratamento, no melhor entendimento da evolução médica, “que seria obrigatoriamente feito com internação, e passa a ser feito em regime domiciliar, como quimioterapia, por exemplo”. A evolução tecnológica fez com que alguns casos de quimioterapia, que eram obrigatoriamente feitos em pacientes internados, pudessem agora ser feitos em regime domiciliar, o que é um bom resultado para todo mundo, e é um bom resultado para o plano de saúde também. Porque o risco de uma internação está na infecção hospitalar. Portanto, a minha crítica é a falta de clareza, é a falta de definição, e não em relação ao julgamento propriamente interno.

Aqui a mesma coisa, medicamento importado. A recusa indevida da operadora, realizada através de assegurada, é passível de condenação. Na verdade, eu tenho até um pouco de dúvidas com relação a isso. Se é uma coisa tão dúbia, não me parece claro que a operadora tenha que comprar medicamento importado. Isso realmente não me parece uma questão clara. Então dizer que a negativa nesse caso gera dano moral também me parece um pouco excessivo. Então há uma indefinição hoje no mercado. É preciso, como país, repensar todo o sistema de saúde, seja ele público, seja ele suplementar. Porque, na verdade, há uma dificuldade de sustentabilidade do sistema.

A saúde pública, por falta de definição de regras claras, precisa de alguém para dizer. Mas nem o Legislativo nem o Executivo querem fazer isso, e a Anvisa dorme de lado, ou melhor, acho que nem dorme mais, acho que já morreu de tão velha. São inúmeros pedidos de validação ou não de determinados medicamentos que a Anvisa simplesmente não tem coragem de dizer sim ou não. Isso gera uma instabilidade, porque se acaba comprovando que em outros países aqueles medicamentos já estão sendo utilizados. Isso aumenta a incerteza. E, ao mesmo tempo, também o Congresso precisa votar uma lei que defina claramente quais são os direitos e os deveres que devem ser cumpridos na saúde suplementar e até que ponto e em que limite os planos podem ser modulados.



O Sistema de Remuneração de Saúde Suplementar é absolutamente equivocado, ele paga por evento. Então tudo incentiva o gasto, quer dizer, ele paga o exame, a internação, o uso do medicamento, ele paga por uso, e isso é um incentivo ao uso. No sistema inglês e no sistema canadense, por exemplo, os médicos são remunerados pelo não uso, quer dizer, a partir do momento em que eles mostram que os pacientes que estão sob sua responsabilidade diminuem o uso da máquina de saúde, eles passam a ter uma remuneração exponencialmente elevada pelo não uso e pela qualidade de vida, ou seja, pela prevenção e não uso. O nosso sistema privilegia o uso. Para que tenhamos tempo de debater isso, vou só passar para vocês o que está acontecendo no NAT do Rio de Janeiro. Quando idealizamos o NAT, achávamos que, fazendo isso, diminuiríamos o número de ações judiciais. Na verdade, como vocês podem ver aqui, não é nada disso. Continua aumentando o número de demandas judiciais de todas as maneiras, sejam elas relacionadas à saúde pública, sejam relacionadas à saúde suplementar. É um motivo muito simples, que confesso que jamais imaginei isso lá atrás. É que o NAT atua no processo já instalado. Quando o NAT vinha atuar, o processo já estava instalado. Ele não tem nenhuma função da maneira como ele foi concebido. Por isso é que temos esse aumento todo. Parece-me que a grande qualidade do NAT é a enorme melhoria na qualidade das decisões judiciais. Só para terem uma ideia, nos pareceres em que o NAT atuou, 87% praticamente foram casos da Defensoria Pública, que geram uma questão lógica: e se o NAT estivesse na Defensoria, e não no Judiciário? Talvez a questão tivesse morrido aqui, quer dizer, o Estado acaba sendo o autor da ação contra ele próprio, em que o órgão interno poderia resolver o problema. Isso é um contrassenso. As ações contra o Estado versam, primeiramente, sobre medicamentos em sua grande maioria; material médico, em segundo; e, em terceiro, a questão de alimentos, como leite em pó para alérgicos. Podemos afirmar que medicamentos correspondem a 72%. E a mais bela comprovação de que isso é importante é que 77% das decisões foram tomadas utilizando “o de acordo” com a opinião oferecida pelo NAT. Isso não quer dizer que as opiniões do NAT sejam contrárias aos pedidos. O NAT está identificando uma situação que não sabíamos exatamente, pois o que ocorre mais é o mau funcionamento da máquina. Inúmeras vezes, o



remédio que o médico prescreve, se o paciente fosse orientado, ele ia dar a volta e entrar naquela porta do lado, na farmácia, ia pegar o medicamento dentro do próprio posto de atendimento de saúde. Só que, por falta de orientação, ele sai dali e, quando vai ver o preço do remédio, não tem dinheiro para comprar. Aí, ele vai para a Defensoria, e a Defensoria vai verificar que aquele remédio existe lá em estoque, dentro da própria unidade onde ele foi atendido, e ele saiu de lá sem o remédio na mão. Isso quer dizer que muitos dos pareceres do NAT estão certos, pois há remédios em estoque. Agora o NAT está comunicando as Secretarias Municipais e a Estadual de que esse fato está acontecendo e que elas devem tomar providência para que isso não aconteça. Na verdade, não é problema de inexistência do medicamento, porque ele está lá, é a máquina que não funciona.

Essa é uma reflexão que quero trazer para vocês aqui. Hoje em dia, a mediação é um instrumento que vem sendo utilizado nos Estados Unidos com muito sucesso, começou num caso de acidente de carro em que houve uma mediação entre a seguradora e o beneficiário do seguro, porque havia uma dúvida sobre a responsabilidade. Era um caso emblemático nos Estados Unidos e que acabou sendo resolvido por mediação. A seguradora acabou sendo convencida de pagar não a integralidade, mas uma parte da indenização pleiteada. A partir daí, começou-se a utilizar a mediação como meio alternativo de resolução de conflito. A mediação é diferente da arbitragem, porque, na arbitragem, se substitui a Jurisdição Estatal pela Jurisdição Privada. Já a mediação usa técnicas de indução para que as partes cheguem ao consenso. Na verdade, é uma busca de quebra de resistências para que as partes encontrem a melhor solução para elas, sem que haja alguém decidindo quem está certo ou quem está errado.

Dei uma estudada sobre um Seminário que foi feito nos Estados Unidos, em que dois mediadores fizeram um estudo bem forte sobre a eficácia da mediação como solução para as questões da saúde tanto pública quanto privada. E o novo CPC vem prestigiando muito a mediação. Na verdade, se procurarem a palavra mediação, ela é usada 39 vezes no texto do novo CPC. Mas, de novo, já agora com a visão que tenho hoje do NAT, a mediação instaurada no CPC tem o mesmo problema, porque ela vai atuar num processo já instaurado. E, como a mediação não é indicada só para



questões de saúde, mas para todas as questões que envolvam os leitos disponíveis e até indisponíveis. Por exemplo, a mediação é altamente aplicada nos conflitos em casos de família, porque, se você afasta a paixão, fica mais fácil encontrar a solução. Eu temo que nós vamos ter um novo gargalo no Judiciário, que vai ser a mediação, não que eu não acredite no instituto. Eu acredito e muito, mas temo que, pela eficácia e pela qualidade do instituto, ele sofra principalmente no começo o mesmo engarrafamento que sofreram os Juizados Especiais. Temo muito isso. Dessa forma, essa questão de ser hoje a linha de composição dentro do processo judicial é preocupante, pois como vamos estruturar esse serviço para atender a essa demanda gigantesca em que o Judiciário está afogado? É complicado. Eu vejo como uma provocação, uma ideia de se estudar a possibilidade de incentivo, através do Judiciário, dos estabelecimentos de mediações extrajudiciais. Quer dizer, a possibilidade de o Judiciário criar cursos em que possa ajudar a criação de Centros de Mediação fora do Judiciário, que possam atuar antes de o problema chegar ao Judiciário. Acho que talvez possamos atingir o nível de eficiência maior. Acredito muito nisso. A exemplo da história do medicamento que tinha no dispensário e que não foi localizado, muitas outras questões envolvendo plano de saúde podem ser resolvidas. Isso porque, por defeitos de informação, por uma estrutura organizacional maltreinada, acaba não se percebendo a peculiaridade de cada caso e que isso pode ser solucionado através de uma estruturação melhor. Não vejo, apesar dos livros, como você estudar que a mediação tem que ser realizada por uma pessoa absolutamente distante das partes. Isso é uma questão de estereótipo. Acho que essa mediação pode ser feita por pessoas treinadas dentro das próprias empresas, desde que esse departamento tenha autonomia sobre determinados parâmetros que a empresa fixar. Como a mediação induz a decisão, ninguém sai prejudicado, é uma mera proposta de acordo. Se as partes aceitarem, bem; se não aceitarem, amém. Não vejo aí nenhum problema nesse sentido. Acho que, talvez, incentivando essa criação na ponta, o Judiciário vá contribuir para um desafogo da sua demanda extraordinária sem que haja prejuízo para o consumidor, porque ele não está obrigado a aceitar absolutamente nada, ele pode simplesmente não aceitar o acordo que está sendo proposto. Também é uma maneira de aceitar a negativa de



ir procurar os seus direitos. Hoje em dia, principalmente na área de saúde, existe já uma conscientização do consumidor sobre os seus direitos. Daí a demanda extraordinária e pacífica. O Rio de Janeiro, por exemplo, é campeão em ações contra plano de saúde, em torno de oito mil e quinhentas ações no momento. O segundo está com quatro e pouco e aí por diante. É um universo gigantesco.

A mediação pode ser usada em qualquer área, na área bancária ou na área securitária, por exemplo. Enfim, essas estruturas podem ser incentivadas nessas áreas. Pessoalmente estou desenvolvendo um projeto bastante interessante com pessoas que têm formação na área, para tentar viabilizar essa ideia. E eu queria abrir o debate aqui porque acho que é importante que troquemos ideia, até porque a experiência que tenho talvez possa ajudar em alguma coisa.

Quero agradecer a todos e estou à disposição para responder o que ainda não está claro. Muito obrigado a todos.

Participante - No Rio de Janeiro já funciona essa mediação?

Des. Siqueira - Não, na verdade, ninguém tem esse projeto aqui, e até nos Estados Unidos é muito recente, essas experiências são recentes ainda. A ideia que a gente está desenvolvendo é exatamente criar um produto para mostrar como isso pode ser feito. O Tribunal está indo na direção de aceitar a proposição que está sendo feita no CPC, de criar um corpo de mediadores. Inclusive estão sendo chamados para a coordenação disso os juízes, desembargadores aposentados e tal. Está se formando lá um grupo de estudo para criar isso. Mas o medo que eu tenho é que seja impossível dar atendimento com pessoas treinadas, porque a mediação não é exatamente um ato único. E não é aquela proposta que o juiz faz no começo da audiência: "Tem possibilidade de acordo?". Não é exatamente isso, é um trabalho de indução, por isso é um trabalho que demanda mais tempo. É preciso conversar com uma parte e com a outra para saber quais são as possibilidades de cada lado e induzir as duas a chegarem a uma coisa que seja razoável para ambas. Senão, nós não vamos ter, na verdade, uma mediação, mas uma conciliação. Isso já tem e não funciona muito bem. Um trabalho



de mediação não é exatamente um trabalho de pura e simplesmente saber se as partes querem ou não conciliar. É um trabalho que às vezes pode demorar vários encontros. É uma mediação, por exemplo, num processo de família, em que está se discutindo a guarda compartilhada, e a gente sabe que qualquer decisão judicial é a pior decisão que vai ter. Até porque, se as partes não resolverem o problema delas, vão continuar brigando a vida inteira e usando o filho como instrumento de briga. A mediação é um trabalho muito psicológico de desconstruir desavenças, rancores, mágoas, para construir alguma coisa positiva. Isso é mediação. Se a palavra mediação está usada como conciliação, tudo bem; mas, se se pretende uma mediação efetiva, mediação é buscar uma solução. Por exemplo, um caso de plano de saúde. Uma pessoa quer um tratamento, quer um internamento em determinado hospital não credenciado. Você pode destruir o direito do consumidor de ter um tratamento adequado e descobrir uma solução para que esse tratamento seja feito num hospital que tenha qualidade também, mas que esse plano de saúde tenha um custo menor que naquele outro com qualidade. Por exemplo, hoje, no Rio, o hospital mais bem equipado é o da Unimed, é um hospital novo que inaugurou agora, que vai ter que ser vendido inclusive, porque a saúde financeira dele não vai bem, mas é hoje o melhor hospital em termos de instalação, de equipamento, de pessoal e de treinamento. Então, às vezes, transferir o paciente do Hospital Bom Samaritano, que é o mais famoso, para o hospital da Unimed, em termos de qualidade, não vai mudar em nada. E, às vezes, isso pode ser uma solução para o caso. Vejo que a mediação é individualizada, é caso a caso. Em minúcias você tem que saber como vai chegar. Particpei agora de um processo de desavenças como mediador, de ex-diretores de uma dessas empresas envolvidas na Lava Jato. Foram três meses de mediação. Eles é que estão fechando acordo, eu só fico na orientação e analisando as coisas, mas isso aqui não pode ser prejudicial para você? Quanto que pode custar isso para você? E para você? Então você vai analisando, mas, às vezes, essas partes estão tão agastadas que elas só foram conversar pela primeira vez agora, não podia nem colocar as duas juntas. São coisas assim, a mediação é uma outra coisa, não é conciliação. Mediação é um outro instituto.



Participante - Aqui em Minas, na área da saúde, nós tínhamos uma proposta do governo anterior de colocar em cada comarca um técnico da saúde e um procurador do estado para que pudesse ser feita essa conciliação antes de a parte entrar com a ação. Não chegou a ser implementada. Existe no Rio algum projeto?

Des. Siqueira - Existe um projeto, que está em análise, de o NAT atuar com a Defensoria Pública, isso seria imediato. Porque a Procuradoria do Município do Rio de Janeiro criou um prédio, mas ficou absurdo. Ele tem a Procuradoria do Estado, tem a Procuradoria do Município, tem a Defensoria Pública, tudo no mesmo lugar para ver se soluciona ali mesmo. Não soluciona, vai acabar no Judiciário, porque não adianta. Se a Administração Pública não resolve que aquilo tem que ser efetivamente colocado de forma competente para a população, não dá certo. É isso que o Fábio, que é o rapaz que coordena o NAT, falou:

Doutor, é impressionante, você vai ver o receituário, consulta o estoque e existe o remédio lá. Só que o médico faz o receituário, entrega para o paciente, e ninguém orienta o paciente a verificar se existe o remédio lá. E o cara sai daqui com receita e vai na farmácia. Não tem dinheiro para pagar, vai à Defensoria Pública, e aí entra para cobrar uma coisa que estava ali do lado, no mesmo prédio.

Há muita ineficiência de serviço também.

Participante - O que se discutia é até onde poderia chegar o Procurador do Estado ao fazer ali uma concessão de um direito apesar de o atendimento ter uma ressalva integral? Até quando ele poderia ceder?

Esse é um princípio que tem que ser adotado para um organismo privado também. As pessoas da iniciativa privada que venham a atuar nessa função têm que ter autonomia para negociar. Eu acho que elas têm que ter limites, como um procurador também tem que ter um. Mas isso eu acho que o governador pode delegar a ele até determinados limites. Em determinadas situações de poder para conciliar desde que isso esteja na pauta, critérios bem definidos. Senão ele tem que abrir um procedimento em cada caso para ter autorização para poder negociar; e aí não adianta,



a burocracia vai atrapalhar totalmente. Teriam que ser criados parâmetros para que ele possa negociar?

Participante - No caso de se adotar a mediação no Brasil, seria possível condicionar o acesso ao Judiciário à prévia mediação?

Des. Siqueira - Não, de jeito nenhum.

Participante - Seria opcional, não é?

Des. Siqueira - Opcional. A não ser que seja uma coisa ágil, tem que ser uma coisa ágil. Tem que haver uma estrutura muito inteligente para poder funcionar, porque você tem que mapear os casos em que normalmente ocorrem conflitos, tem que criar sistemas de alarmes, para que você entre em atuação imediatamente, porque senão você vai parar no Judiciário. Porque as questões são mais ou menos similares. Como no caso, por exemplo, de internação no CTI. A questão de internação em CTI também é uma coisa que a gente tem que tomar cuidado, é cara. Na verdade, a questão é a seguinte: essa decisão é de extinção do processo por perda de objeto posterior. Na verdade, o que aconteceu foi: entraram no plantão e pediram a remoção desse paciente para o CTI, porque estava com dificuldade de achar vaga no CTI, e o NAT do Rio está com 11 médicos que ficam se revezando, dando assistência ao plantão. E esses médicos entram em contato com os médicos responsáveis pelo paciente para saber as condições do paciente; e, se, efetivamente, for o caso de remoção, eles fazem a ponte com a central de regulação de leitos para saber para onde deve ser direcionado. E esse caso foi bastante esquisito. Quando o médico ligou para lá, o paciente estava com sinais absolutamente melhorados. Enquanto foi pedir a liminar, o paciente melhorou e ia ter alta no dia seguinte. E outro caso do plantão: às vezes, o médico liga para o plantão onde a pessoa está internada, e o médico diz que ela não tem condições de ser removida. A família fica no afã de conseguir e aí vai tentar lá. E você consegue, e fica todo mundo trabalhando para remover aquele paciente. E chega uma hora em que ele não pode ser removido, então é uma questão muito delicada. Essa questão de remoção de pacientes também está funcionando bem no Rio.



Participante - Como ficaria a questão dessas decisões, se esses acordos chegassem, esses Centros de Mediações Extrajudiciais poderiam ser rediscutidos no Judiciário? A gente vê até na própria arbitragem que, se a empresa acaba indo também para o Judiciário, como é que se poderia calcular melhor isso?

Des. Siqueira - Na verdade não é uma decisão, é um acordo.

Participante - Um acordo, sim.

Des. Siqueira - É preciso observar como foi feito, mas tudo pode ser questionado. Mas, se o acordo for feito e for eficiente, ou seja, se for um acordo bem feito, e o ato praticado for de qualidade, isso não vai parar no Judiciário. Dizer que as pessoas vão ao Judiciário porque querem não é verdade, a grande maioria não quer, porque é péssimo. Entrar no Judiciário é sempre ruim. As pessoas enfrentam filas na Defensoria Pública, têm dificuldade de arrumar a documentação, as pessoas não têm dinheiro para pegar a condução para ir para lá e voltar. É um sacrifício, e elas só vão se realmente estão numa situação ruim. Se a qualidade da solução encontrada for boa, dificilmente isso vai acontecer.

Participante - Têm sido comuns pedidos de atendimento de *Home Care* aqui no Juizado Especial, é uma questão delicada. A jurisprudência trata como uma questão econômica, mais barata, manter uma estrutura em casa do que no hospital, e entra numa seara que já não é do nosso conhecimento.

Des. Siqueira - O STJ ainda não definiu claramente a questão do *Home Care*, e, por incrível que pareça, ela é tão antiga e até hoje não tem uma definição sobre sua obrigatoriedade ou não. A decisão é mais ou menos esta: pode haver limitação e, em caso concreto, a gente examina. O *Home Care* é uma decisão inteligente, mas é um problema difícil. Você já imaginou como é que você controla quando deve ser usado? A gente sabe, porque você deve ter pelo menos um relatório médico de controle do paciente. E aí você dá o *Home Care*. E como é que você faz esse controle do desmame: como é que vai parando o *Home Care*? É uma situação difícil,



existe claramente essa questão. Eu vou te dizer assim: é até o raciocínio inteligente em determinados casos. O ideal é dar o *Home Care* porque, se se mantém um paciente fragilizado dentro de uma estrutura hospitalar, ele corre o risco de pegar uma infecção hospitalar. Em casa, ele corre muito menos risco disso. Mas o *Home Care* depende de várias coisas. Depende até das condições da própria casa e de como ele vai ser instalado.

Ele não é previsto. Às vezes tem isso; às vezes há negativa. Se o paciente realmente precisa, se houve alguns tratamentos que são indispensáveis e se a única opção é usar aquele tratamento, por exemplo, precisa ficar entubado. Ou você deixa no hospital ou você leva para casa com *Home Care*, não tem terceira saída. Ele não pode ficar em casa entubado sem o *Home Care*. Então, efetivamente, por todos os ângulos que você olha, é melhor você ter o *Home Care*, é mais barato, é mais seguro, é mais confortável, em tese. Mas, se você for a uma casa em que moram duas, ou três pessoas dentro do mesmo quarto, como é que você monta um *Home Care*? Onde é que você monta? É complicado. Às vezes tem problema de qualidade de instalação de luz etc., que impede o funcionamento do *Home Care*. A dificuldade que a gente tem é, por exemplo, depois que você coloca, daí a pouco a enfermeira que estava lá trabalhando vira empregada doméstica. O paciente fica bom, ninguém comunica. Vão mudando as funções daquelas pessoas que estão trabalhando ali. E a pessoa que trabalha em regime de plantão vai trabalhar muito menos e com um salário bom. É complicado. Para a empresa de *Home Care*, não interessa a ela fazer o serviço. É uma situação bem complicada.





**Desafios e complexidades na atenção à saúde.
Responsabilidade civil na saúde pública e suplementar.
Gestão de serviços públicos de saúde e as políticas públicas**

Dr. Gonzalo Ventino Neto

Bom dia a todos, a todos que nos assistem a distância. Queria agradecer o convite, parabenizá-los por estarem com essa iniciativa. Acho que é fundamental o encontro entre os mundos do direito e da medicina. Então, eu queria pedir autorização à Doutora para fazer uma pequena propaganda. O Hospital Sírio-Libanês é um hospital filantrópico, que tem renúncias fiscais e essas renúncias fiscais são devolvidas à sociedade em projetos pactuados com o Ministério da Saúde para ajudar na construção do SUS. Um desses projetos, temos hoje mais de 40 projetos, totalizando um gasto da renúncia do hospital que se encontra na ordem de R\$ 100 milhões/ano. É um conjunto de projetos voltados a criar cursos de educação a distância, e nós estamos com um curso de educação a distância, se não me engano, na terceira promoção, de direito à saúde baseado em evidências. Esse curso é oferecido junto com a Fundação Copreine no Brasil, o coordenador é o professor Atala, que é o presidente da Fundação Copreine no Brasil, que foi quem introduziu no mundo o tema da medicina baseada em evidências. E nós temos um curso de medicina baseada em evidências voltado para profissionais de saúde. É um curso que já está na 10ª, 11ª edição, e o curso de direito baseado em evidências nós estamos oferecendo com algumas instituições da área de direito em São Paulo, mas também é nacional, e o curso está com as inscrições abertas. É gratuito. Basta entrar no www.hospitalsiriolibanes.org.br. Entrou no *site* do Hospital, vai ao Instituto de Ensino e Pesquisa. Entrou no Instituto de Ensino e Pesquisa já tem um ponto específico lá falando de direito à saúde baseado em evidências. Aí é só fazer a inscrição e assistir às aulas. Haverá alguns exercícios. É um curso que oferece certificado, mas tem que ter um trabalho final. Não é complexo, é um trabalho relativamente simples, mas tem um trabalho de conclusão. Então, aqueles que quiserem, por favor, se inscrevam e utilizem o nosso curso.



Eu vou procurar cumprir uma agenda bastante complexa que foi colocada dos temas para hoje. É óbvio que eu não pretendo esgotá-los, mas certamente vou deixá-los interessados em ir buscar mais coisas com o que eu não conseguir trabalhar.

Quero começar com um vídeo que está no *YouTube*, depois nós vamos passar o endereço para todos, pois é muito interessante e impactante. É sobre essas dificuldades que nós estamos passando hoje, esses desafios para fazer da saúde um direito da população.

Esse vídeo é um exemplo muito impactante do que nos espera, chama-se “O fim da morte” e foi apresentado num TEDx na França, em Paris. (Apresentação do vídeo em francês.)

Preocupante, não? Ele traz boas notícias, mas como isso vai atingir a todos? Será que irá atingir a todos? Para o mundo do direito acho que isso é quase um pesadelo. Para nós da área da saúde também, não é?! É que a gente está dentro de uma face da evolução tecnológica, provavelmente nós vamos ter outras evoluções que serão concomitantes. Então, por exemplo, essa questão do sequenciamento do nosso material genético provavelmente vai poder ser feita através de um material usável como um celular. Você pega o celular e faz o seu sequenciamento. Enfim, é provável que tenha alguns outros produtos do desenvolvimento tecnológico que vão mudar completamente o nosso relacionamento com a questão da assistência à saúde. Essas coisas já estão acontecendo.

Os implantes [cocliares] são um exemplo da interrelação homem x máquina. Põem um chip sob a pele que liga diretamente no nervo auditivo, e a criança volta a estudar, a pessoa volta a escutar, não é?! Os corações artificiais, ventrículo esquerdo artificial, nós já estamos usando. Hoje, o paciente chega, está com um coração falido esperando o transplante, morre se não se fizer algo. Então se coloca lá um ventrículo esquerdo artificial. Só que um ventrículo esquerdo artificial hoje custa R\$560 mil, só o aparelho. Às vezes, tem que ficar numa UTI muito complexa, com cuidados extremamente complexos enquanto se espera o transplante. Até ir para o transplante terá vida normal.

Do Parkinson. Nós, do Hospital Sírio-Libanês, já estamos implantando eletrodos num paciente com Parkinson, e os resultados do implan-



te de eletrodos estão sendo muito positivos na redução dos sintomas do Parkinson. E a nanotecnologia, começamos a utilizá-la. Nós estamos fazendo alguns estudos no hospital, por exemplo, com o nanossal. Ele tem 50 vezes mais o poder salgante do que o sal normal, ou seja, o grande poder da hipertensão, que é consumo de sódio. O sódio é uma molécula que leva água consigo dentro do corpo, e ele é certamente um dos responsáveis pela hipertensão. Nós vamos conseguir reduzir muito o nosso consumo de sal se pudermos consumir esse nanossal. O grande problema do nanossal é que, nas condições de umidade normais, ele volta a se agrupar e forma novamente as moléculas grandes. Então, nós estamos tentando ver como é que se utiliza o nanossal a tempo de que esse efeito salgante seja percebido e a molécula não volte a formar a macromolécula.

No campo da informática, a tal da Lei de Murphy, que eles falam que, a cada 18 meses, você duplica a capacidade de processamento, é absolutamente real. É por causa disso que hoje nós estamos vivendo, estamos chegando cada vez mais próximos disso, que também é um pesadelo para os cientistas, que é a inteligência artificial. É, as máquinas podem tomar decisões em que elas não precisam mais analisar 100% das opções. Elas conseguem criar regras em que não têm que analisar 100% das opções. Isso reduz muito a necessidade de capacidade de análise da máquina. Por isso as máquinas começaram a ganhar partidas de xadrez dos grandes mestres, porque elas não precisam mais analisar 100% dos lances. Os quatro primeiros lances de uma partida de xadrez têm 4 bilhões de possibilidades. Hoje a máquina não analisa mais 4 bilhões de possibilidades. Ela analisa alguns milhares de possibilidades apenas, porque ela tem inteligência artificial. Ela não olha mais para lances não prováveis. Então, a inteligência artificial é uma promessa que está aí e toda essa área da biotecnologia.

Há 6 meses, na Europa, a Agência Europeia de Medicamentos, a EMA, aprovou um medicamento para tratar uma raríssima [desepidemia] fatal. Mata. Essa [desepidemia] na população da Europa, quase 300 milhões de habitantes, deve ter 80 pacientes. Mas eles acharam um remédio. É um produto de biotecnologia e esse remédio foi registrado há 6 meses. Ele foi registrado por 1 milhão e 100 mil euros por tratamento. E vão começar a surgir mais dessas drogas milagrosas voltadas para uma pequena população.



Aqui no Brasil, recentemente, nós estamos em processo de registro do sovaldi. O sovaldi é um produto utilizado para o tratamento de hepatite C. Para hepatite C, hoje o tratamento é divapirina mais interferon. É um tratamento que tem uma eficácia em torno de 20 a 30%, baixa, mas é a única saída para o cara ficar satisfeito. E o paciente que tem hepatite C que sai da fase assintomática e entra na fase de sintomas, ele evolui para o câncer ou para perda do fígado e passa a esperar um transplante de fígado. Cada tratamento com o sovaldi tem uma eficácia de 90 a 95% e custa 85 mil dólares. Nós temos uma expectativa, a partir de banco de sangue, de que, provavelmente, 3% da população brasileira são portadores de hepatite C, ou seja, nós estamos falando de 6 milhões de brasileiros a 85 mil dólares o tratamento. Se isso for feito em um ano, fica o gasto de 3 vezes o orçamento total da saúde do setor público em um ano, em 600 milhões. Nós estamos gastando nas três esferas (federal, estadual e municipal) algo em torno de R\$ 200 milhões e R\$ 200 bilhões em assistência à saúde no setor público. Isso já é problema. Para tratar de 200 milhões de brasileiros, o setor público gasta R\$ 200 bilhões. A assistência médica suplementar, que é objeto de estudo dos senhores, para tratar 50 milhões de brasileiros, gasta R\$ 100 bilhões, ou seja, ela gasta R\$ 2 mil *per capita*/ano, enquanto o setor público gasta R\$ 1 mil *per capita*/ano. É lógico que essa equação não fecha, e é um subfinanciamento do setor privado também ante essa explosão tecnológica que enfrenta alguns problemas que eu quero abordar a partir de agora.

Esse é o cenário. A esse cenário nós temos que acrescentar dois, três componentes fundamentais: o primeiro componente fundamental é a revolução demográfica - vocês já ouviram falar disso. O Brasil ficou mais velho, temos menos crianças, e, a coisa mais importante e pouco percebida, nós fizemos em 30 anos o que a velha Europa fez em 100, que foi o processo de urbanização do Brasil, porque o Brasil é 85% urbano. O Estado de São Paulo é 96% urbano. O que muda quando se urbaniza? Quando se urbaniza, tem-se acesso a serviços e a conhecimentos a que você não tinha quando morava na roça. Então morar na cidade nos aproxima de nossa sensação de direito e isso nos transforma. Esse é um componente fundamental desse processo de redemocratização do país. É um componente social no processo de redemocratização do país, que é o empoderamento



da sociedade a partir do conhecimento dos seus direitos, que é fruto em parte desse processo demográfico de urbanização. O segundo componente é a abundância do perfil epidemiológico. Morríamos de doenças infecto-contagiosas, agora morremos de doenças crônico-degenerativas. 35% da mortalidade do brasileiro é coração, causas cardiovasculares, 20% é câncer e 15% é violência. 70% da mortalidade. Como é que se trata doença infecto-contagiosa? Doença infecto-contagiosa se trata episodicamente. É por episódio. Ele tem uma diarreia, vai ao médico, marca uma consulta e acabou. Tem uma pneumonia, vai ao médico, mais umas duas consultas e acabou. Como é que trata a hipertensão, o diabetes, o câncer? Você vai ao médico, vai ao médico, vai ao médico, nunca para de ir ao médico porque não tem cura. Tem controle.

O nosso sistema da saúde está preparado para que tipo de modelo de produção de serviços e ações de saúde? O poder episódico, tanto o sistema público quanto o sistema privado. Se você tem um médico seu, você vai sempre àquele médico, mas, como os médicos ficaram muito caros e os planos de saúde têm uma estrutura hoje em que eles não pagam o médico de maneira adequada, boa parte da demanda vai parar no pronto-socorro, porque no pronto-socorro o médico é pago através de processo um pouco mais complexo. Mas qual é o problema do pronto-socorro? O pronto-socorro tem um atendimento episódico. Pronto-socorro não serve para tratar hipertensão, diabetes, câncer, nem para fazer diagnóstico. Ele serve para tratar episódios. Por consequência da minha hipertensão, eu estou com dor de cabeça. Então, na hora em que eu for ao pronto-socorro, eu vou tratar um sintoma, não a doença. O nosso sistema está voltado para tratar episódios. Nós temos que mudar o sistema. Nós temos que pensar num sistema e transformar esse sistema para atender horizontalmente a saúde, e isso é tão verdade para o setor público quanto é verdade para o setor privado, porque os dois estão montados em cima de um projeto assistencial vertical. Então, mudança no padrão demográfico, mudança no padrão epidemiológico, mudança no padrão tecnológico, que é o item que nós acabamos de ver, e a mudança no padrão social por causa da circulação de informações, fruto da urbanização, fruto da tecnologia de informação que nós temos hoje à disposição. É exposição com conhecimento que nós



temos hoje para a sociedade, é algo que nós nunca tivemos na história da humanidade. Então essas mudanças é que estão criando vetores de força sobre o processo assistencial.

Como adoecemos e morremos? Nós adoecemos e tem vários modelos explicativos sobre a questão do adoecer e morrer. Um deles é o modelo de Lalonde e Libero. Lalonde foi um ministro da saúde do Canadá no início dos anos 70. Libero é um epidemiologista americano, e eles criaram um modelo explicativo para o processo do adoecimento e morte. O modelo explicativo de Lalonde e Libero fala em quatro causas para explicar por que adoecemos e morremos. É importante tentar entender por que adoecemos e morremos, porque é nisso que nós vamos ter que intervir. Então adoecemos e morremos por causa do nosso estilo de vida. Adoecemos e morremos por causa da nossa carga genética. Adoecemos e morremos por causa das agressões do meio ambiente sobre a nossa saúde - nós mudamos o meio ambiente, o meio ambiente nos agride. E adoecemos e morremos por acesso ou não a serviço de saúde. Quando esse modelo foi escrito no início dos anos 70, eles fizeram uma experiência para saber qual era o peso de cada um dos quatro componentes e eles chegaram à seguinte conclusão: 45% das causas estavam no estilo de vida (fumante, obeso, não faz exercício, leva uma vida sedentária, etc.) - vai morrer do coração, já está escrito, não é, estilo de vida é crítico. Segunda causa: genética, a herança genética. Eu sou gordo porque a minha mãe é gorda. Então eu serei gordo e aí eu serei diabético porque a minha mãe é diabética e o meu pai é hipertenso, eu vou ser hipertenso e é verdade. 25% da mortalidade se explica pela herança genética. Daí a importância de conhecer o genoma e o que se faz com o genoma? Você pega uma bactéria, coloca uma mudança no genoma da bactéria, a bactéria entra no seu organismo, vai lá, solta aquele pedacinho de DNA dentro do seu organismo, esse pedacinho de DNA vai no seu organismo e muda o seu DNA. Hoje já existe isso. Manipulação genética do cromossomo. Existem poucas possibilidades, mas já existe. Ou, então, faz que nem a Angelina Jolie. Ela descobriu, porque existe um gene ligado a câncer de mama que diz que com 100% de certeza se vai ter câncer de mama. O grande problema é que nós não temos 100% de certeza em diagnosticar câncer de mama. Você vai ter o câncer, e não terá



certeza se o diagnosticará a tempo. Se não diagnosticar a tempo, morre. Se diagnosticar a tempo, trata. Então ela tem lá 6 filhos e falou: “Eu tenho compromisso com essas crianças. Eu vou tirar os seios”. E hoje nós já temos uma coleção de uns 10, 15 genes, alterações genéticas na medicina, que são como essa da Angelina Jolie. Isso está crescendo de forma geométrica, esse conhecimento sobre essas áreas de defeitos dos nossos genes. Câncer é fruto de alguma mudança genética que, de alguma maneira desencadeada seja pela nossa própria genética, seja pelo meio ambiente, por alguma razão de repente aquela mudança genética que está ali quietinha no nosso cromossomo, é despertada e produz um câncer. O professor Bertani fala aqui em 1 para cada 4 terão câncer. O professor Bertani dizia que sobre câncer é em dois tipos de pessoas: as que têm e as que terão. Porque o câncer é a mudança celular. Nada mais do que isso. As células passam a crescer de forma diferente, e isso é fruto do processo de envelhecimento. Como estão todos envelhecendo, teremos câncer. Então, genética. Meio ambiente. Nós estamos agredindo muito o nosso meio ambiente. Essa é uma preocupação fundamental hoje em dia. Medir o impacto do que nós estamos causando no meio ambiente. E o meio ambiente, por sua vez, está nos devolvendo essa agressão. Nós já temos bastantes estudos, por exemplo, em São Paulo, relacionando o infarto do miocárdio do guarda de trânsito com a população em geral. No guarda de trânsito há uma incidência maior de infarto do miocárdio do que na população em geral, por quê? Porque ele está próximo da poluição. Respira mais monóxido de carbono, hidróxido de carbono em particular. Com isso, ele diminui a oferta de oxigênio ao seu sistema de funcionamento e mais monóxido de carbóximo. O seu coração tem que funcionar mais para conseguir dar a mesma quantidade de oxigênio. Então eles têm mais infarto do miocárdio. É impacto direto do meio ambiente. A genética recebeu peso 25, 25 com 45, 70. O meio ambiente recebeu peso 20. 70 com 20, 90. Acesso a serviços de saúde 10. Isso em 1973: 45 estilo de vida; 25 genética; 20 meio ambiente; 10 acesso a serviço de saúde. Portanto, a lição de casa: mudar o estilo de vida.

Aí vem essa revolução tecnológica toda que nós estamos vivendo. Nos Estados Unidos, em 1975, morriam cerca de 350 pessoas em cada 100 mil habitantes por ano de causas cardiovasculares. Em 2005, esses 350



viraram 130. Caiu de 350 para 130 por 100 mil habitantes. Por que caiu de 350 para 130? Os americanos ficaram mais magros? Estão com hábitos de vida mais saudáveis? Estão cuidando da sua hipertensão e da sua...? Não. Eles diminuíram um negócio que nós chamamos de tempo porta balão. O que é o tempo porta balão? É o tempo em que um sujeito começa a ter os sintomas de infarto ou sintomas de um acidente vascular cerebral, começa a torcer a boca, começa a sentir a dor no braço, coisa parecida, esses sintomas clássicos... entre início dos sintomas e o início do tratamento. Quer dizer, passar o cateter na sua artéria, ir lá onde está ocorrendo a obstrução e colocar um *stent*. Se colocou o *stent* em até 3 horas, as células não morrem. As células se recuperam. Sai do hospital do jeito que estava antes de entrar. O tempo porta balão já é uma realidade aqui no Brasil nas cidades mais desenvolvidas onde você pode ter acesso a uma cinecoronariografia ou angiografia coronária de urgência, por uma equipe que saiba operar o equipamento e que tem os *stents* e as drogas que podem ser utilizadas para dissolver trombos. As drogas trombolíticas. Essa equação do 45, 25, 20, 10 mudou. A medicina mudou daí. Já não é mais 10. Cresceu esse número aqui. Continua sendo importante estilo de vida, genética, continua. Só que a capacidade de intervenção da medicina, e isso que ele chama aqui de medicina personalizada é algo que está se impondo e com a genética, os estudo de genética, a farmacogenética, nós começamos a pensar em drogas que são feitas cada vez mais especificamente para algo cada vez mais específico. Toda a biotecnologia é isso. Cada vez menos, nós vamos ter drogas como ácido acetilsalicílico, que age mais ou menos igual em todos nós, fazendo o mesmo bem e o mesmo mal, e vamos passar a ter drogas cada vez mais específicas voltadas para agir num lugar específico, gerando menos efeitos colaterais, mas sendo muito mais específicas e para uma pessoa. Então, essa forma de ver como adoecemos e morremos nos indica os caminhos que nós temos que trilhar e a importância da questão do acesso a serviços de saúde a partir de agora e cada vez mais para a frente, em que atua a questão da judicialização. Porque a medicina está se tornando cada vez mais personalizada.

Como é que nós intervimos no processo saúde doença? Nós realizamos quatro conjuntos de ação: a primeira ação nós chamamos de pre-



venção primária. O que é prevenção primária? São as ações de promoção e proteção da saúde, e provavelmente esse é o campo onde nós estamos mais atrasados do ponto de vista de intervenção no processo de adoecer. O que é promoção da saúde? Promover a saúde é empurrar a saúde, gerar a saúde. Quem é que promove a saúde? Quem promove a saúde é o próprio indivíduo. Não tem como fazer promoção da saúde de fora para dentro. Promoção da saúde se faz de dentro para fora. Com o quê? Com informação. Nós conseguimos fazer as pessoas terem hábitos de vida como beber e fumar. Nós não conseguimos fazer as pessoas terem hábitos de vida saudáveis. Precisamos aprender a utilizar o *marketing* para vender hábitos de vida saudáveis, porque promoção da saúde é isso. Esse é um desafio mundial. Não um desafio brasileiro.

Agora, quem tem plano de saúde sabe disso. O que o plano de saúde faz para promover a saúde dos seus agregados? Nada. Não faz nada. O plano de saúde não pergunta se o sujeito tem hipertensão, se ele tem diabetes. O plano de saúde não pergunta se, tendo hipertensão, se está tomando remédio, se a pressão está controlada. Esse é um problema, por exemplo, nos Estados Unidos, onde essa questão do custo da assistência médica está muito mais explosiva do que aqui. Enquanto nós estamos gastando R\$ 2 mil na iniciativa privada, R\$ 1 mil no setor público, os americanos estão gastando US\$ 7 mil *per capita*/ano. Quase estão gastando o PIB brasileiro em saúde. E por que estão gastando tanto? Porque eles têm uma medicina muito mais tecnológica, e eles têm problemas de desperdício mais importantes do que o nosso. E, mesmo assim, há aqueles problemas que o Obama quer estar tratando de resolver, que são 50 milhões de americanos à margem do sistema de saúde, e com isso estão gastando US\$ 7 mil *per capita*/ano. Mas eles começam a fazer programas voltados para prevenção primária, principalmente promoção da saúde. O que é proteção? Proteção é diferente de promoção, que é empurrar; proteção é criar uma barreira dentro da saúde, por exemplo, a questão das vacinas, a imunoprofilaxia. Então, se se toma uma vacina, impede-se a doença de chegar. Isso é proteção. Se eu uso equipamento de proteção individual no trabalho, EPI, isso é proteção, ou se se evitam certos alimentos. Está num território entre promoção e proteção, mas é proteção e é função do Estado. O Estado tem



que regular essa questão da forma de alimentos muito ricos em sódio, muito ricos em gorduras, muito ricos em carboidratos, porque as gorduras e os carboidratos, além de serem fundamentais para o funcionamento da nossa máquina, engordam. E, ao engordarem, levam à propensão de diabetes, hipertensão e fazem alguns cânceres estourarem. Então o Estado tem que participar disso. Hoje ainda temos muita dúvida de como fazer isso.

Até 2005 no Rio... eu fui Presidente da Anvisa, e nós criamos a rotulagem nutricional obrigatória. Quando nós a criamos, nós tínhamos a mais perfeita concepção de que alimentos consumidos de maneira adequada não fazem mal à saúde. Respeitada a pirâmide alimentar, quantidade e qualidade, nós não temos problema com alimento. Hoje a noção é outra. Os alimentos fazem mal à saúde. Os carboidratos, as gorduras e o sódio fazem mal à saúde, e as gorduras trans, que já saíram da agenda. Gordura trans é proibida, embora ainda nós tenhamos muita gordura trans em nossos alimentos, principalmente em produtos dos pequenos fabricantes, que não conseguiram substituir a gordura trans por algo que tenha uma tecnologia adequada para garantir as qualidades organoléxicas dos alimentos, o sabor principalmente. Quer dizer, o grande problema da industrialização é fazer com que as coisas continuem comíveis, porque, quando você industrializa, as coisas ficam com um gosto horrível, e eles têm que pôr gordura. Qual é a função da gordura? A função da gordura é impedir que nós sintamos gostos de que nós não gostamos. Então, a gordura vai lá e preenche as nossas papilas gustativas e impede que nós sintamos esses gostos ruins. Basicamente é isso que o creme, o sal e o açúcar fazem, mascaram outros tipos de gostos. Então é um jogo de troca que a indústria faz. É possível viver sem alimentos industrializados? 7 bilhões de habitantes, não dá. É possível viver sem o OGM (organismos geneticamente modificados)? Não dá. É possível viver sem agrotóxicos? Também não. Agora agrotóxicos são produtos complexos para a saúde do ser humano? São. Portanto, a ação do Estado tem que ocorrer na proteção dos indivíduos. Então, nós estamos engatinhando com as ações de proteção nesse campo da nutrição. Falamos ainda pouco de alimento seguro e menos ainda de segurança alimentar, que é essa questão das quantidades das gorduras e dos açúcares e do sal. Pois bem, isso é prevenção primária. Prevenção secundária. Prevenção secun-



dária é diagnóstico precoce e tratamento. É a área em que nós precisamos atuar, uma vez que nosso sistema de saúde está muito mais concentrado em tratar do que fazer diagnóstico precoce. Então, existe um conjunto de condições para fazer diagnóstico precoce que nós ainda não conseguimos fazer. No Brasil as mulheres ainda morrem de câncer de colo uterino. Morrer de câncer de colo uterino é uma vergonha sem tamanho. Por quê? Porque é uma doença muito facilmente diagnosticada através do exame papanicolau. Então, faz-se uma vez por ano o papanicolau, descobre-se que está lá com uma transformação nível 2, nível 3, faz-se uma conização, acabou. Agora se morre de um câncer vagabundo, que tem um tratamento barato e que tem alta mortalidade quando diagnosticado tardiamente. Nós temos crianças nascendo com sífilis congênita. A sífilis congênita é provocada pela mãe que está com sífilis. Como é que se trata a sífilis? Com um produto baratíssimo chamado penicilina. Faz-se o diagnóstico com um exame simplíssimo. É uma reação de sensação de complemento, barata, simples de fazer, rápida, com antibiótico barato, simples de tratar. Nós não tratamos, e as crianças nascem condenadas a ter uma subvida, porque têm sífilis congênita. No Município de São Paulo nascem 400 crianças por ano com sífilis congênita. São 120, 130 mil nascimentos/ano, 400 nascem com sífilis congênita, porque as mães não foram tratadas, e, se fizeram pré-natal e tiveram diagnóstico feito, mas geralmente o problema é que você trata a mãe, e não o parceiro, e elas se reinfectam. Ainda que a mãe vá à unidade básica de saúde, o parceiro não vai. Se não se trata o parceiro, você trata a mãe, e ela se reinfecta. Então... são coisas relativamente simples nesse campo de diagnóstico precoce. Diagnóstico precoce e tratamento de hipertensão e de diabetes, que são os grandes responsáveis pela mortalidade no Brasil. Então, essa área de diagnóstico precoce é crítica. A prevenção terciária é a reabilitação. Ficou doente, foi tratado, sobrou uma sequela, sobrou uma inadequação, o que deve ser feito? Têm que ser desenvolvidas as capacidades adaptativas para que a pessoa volte a ter qualidade de vida dentro da sua limitação. Isso é prevenção terciária. Esse é o conjunto mais clássico de ações: prevenção primária, secundária e terciária. Existe um quarto conjunto que vem sendo chamado de prevenção quaternária, que, na verdade, está ligado ao processo de atendimento à saúde e está ligado à questão da



iatrogenia, não é?! Iatrogenia é a capacidade de o homem produzir doença, que é *iatros*, e *genia* é gênese, do grego. A ideia aqui é que, quando eu faço assistência à saúde, eu curo e também crio doença. O sujeito toma um remédio, ele tem uma proposta de cura com ação eficaz do medicamento, mas paralelamente há os efeitos colaterais daquele remédio. Nós estamos sempre fazendo um jogo entre eficácia e segurança, porque todo remédio faz mal, e todo remédio, se achar a doença certa, pode fazer bem. Daí a importância de ser bem prescrito e bem consumido. Isso, racionalização de medicamentos. Então, se, de repente, ele faz mais mal do que bem, isso é uma iatrogenia. Às vezes, nós não temos saída em relação à iatrogenia. Por exemplo, uma criança que tem uma infecção por uma bactéria que só é sensível a um antibiótico que deixa a criança surda. Ou eu deixo a criança morrer ou ela se cura surda. Então a opção é deixá-la surda. Então isso é uma iatrogenia inevitável. Existem iatrogenias evitáveis e iatrogenias inevitáveis. Esse campo hoje é um campo que está sendo muito desenvolvido na área da assistência à saúde, que é o campo da segurança. Reduzir a nossa capacidade de fazer o mal. Voltar aos primórdios da medicina endocrática, que é o primo *non nocere*. Primeiro não fazer o mal. Então, essa é uma área hoje... todas essas que vocês falam ou de que se ouve falar em certificação, onda, etc., qual é o projeto que está por trás? É um projeto de segurança, portanto é um projeto muito civilizatório, um projeto que nós temos que impulsionar na nossa realidade.

Pois bem, essas quatro prevenções: prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e prevenção quaternária é o que nós, na Constituição Brasileira, chamamos de integralidade. Quer dizer, a atenção médica integral é a atenção que passa pelas quatro prevenções. Nós estamos distantes disso no setor privado, menos distante no setor público. No setor público, nós temos ações de imunoprofilaxia e temos as ações de vigilância sanitária, que são importantes para a proteção da saúde. No setor privado, nós ainda estamos distantes de termos noção de prevenção primária. As ações de prevenção terciária, de reabilitação, existem, mas elas têm que ser demandadas. O setor público está mais atrasado na prevenção terciária. Quase não temos reabilitação no setor público, e é um problema gravíssimo que já estamos vivendo, mas deverá se agonizar com a questão da ter-



ceira idade, porque há o envelhecimento. Não é que ele crie a necessidade de reabilitação, ele cria a necessidade de criar condições de adaptação a um modo de vida que é um modo de vida da terceira idade. Todo velho é pobre. Não existe velho rico de uma maneira geral. Quer dizer, e todo velho é só, e a sociedade tem que criar uma forma de encontrar o velho, porque ele morre sozinho, sem dar notícias. Existem problemas de saúde hoje no mundo em que o programa de saúde de cuidados do idoso é todos os dias ter uma visita, e a visita só vai lá bater na porta para saber se o sujeito vem atender a porta. É tudo o que se espera dele. Mais nada. Se ele vem atender a porta, está andando. Se não vem atender a porta, deve-se tomar alguma providência, porque esse velho teve algum problema. Então são problemas novos para tempos novos. Essas transformações do campo da assistência à saúde e essas transformações na demografia e na epidemiologia passam a exigir do sistema de saúde um novo projeto assistencial. Nós estamos despreparados para fazer esse novo projeto assistencial. Então, não adianta querer fazer só assistência médica clássica, a prevenção secundária. Nós nunca vamos ter condição de melhorar as condições de saúde da população só atingindo a área da recuperação da saúde. Nós temos que agir no pré e nós temos que agir no pós e no durante no caso da segurança da atenção à saúde. Isso implicará necessariamente uma proposta de mudança no projeto de atenção à saúde tanto no setor público quanto no setor privado. No setor público, as transformações serão mais complexas, porque nós vamos ter pela frente uma dificuldade de financiamento. Na verdade, no setor público, nós temos duas grandes dificuldades: uma dificuldade é a dificuldade de gerenciamento... de financiamento e a outra é a de gestão. Gestão porque o Estado brasileiro está parado em Getúlio Vargas ainda. O processo de gestão do Estado brasileiro, a administração direta está parada no Decreto-lei 200, na criação do [DASP]. Então, o [DASP] em 1946, com suas regras de administração do pessoal para fazer frente a nossa industrialização tardia e o Decreto-lei 200, de 1967, que era uma tentativa... que foi uma tentativa importante de modernização do Estado com uma criação de regras de compras e de contratos, que foram em parte substituídas pela Lei 8.666, mas que não mudou, só aprofundou alguns desvios que já existiam no Decreto-lei 200 em relação ao que foi a evolução da administração



nos últimos anos no mundo e no Brasil. Então, na verdade, nós temos que repensar o Estado brasileiro e o direito administrativo brasileiro. Isso é um tema que tem sido pouco tratado porque é um tema pouco conhecido.

Eu trouxe aqui um livro que tive a oportunidade de conhecer recentemente *Direito da Regulação e Políticas Públicas*, do professor Carlos Ari Sundfeld e André Rosilho, que são os organizadores da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas em São Paulo. E o professor Carlos Ari Sundfeld tem colocado essa dificuldade: o direito administrativo brasileiro, apesar da Reforma Bresser. (A Reforma Bresser olhou para o Estado do Estado para fora, criando as agências reguladoras, as PPPs e as possibilidades das OSs, que estão aí em discussão no Supremo Tribunal Federal). Mas não olhou para dentro da Administração Pública. Nós ainda devemos uma proposta de atualização do direito administrativo brasileiro. Então, o processo de gestão do Estado brasileiro é um processo de gestão extremamente burocratizado e muito ineficiente. Eu já fui gestor público, fui gestor público do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, então, é muito difícil, para não dizer impossível, fazer gestão de um hospital público dentro da Administração Direta e mesmo dentro da Administração Autárquica hoje no Brasil. Isso é... Quase impossível. Agora, na Administração Privada, o que é que nós temos? Aí vem a questão das operadoras. As operadoras, e isso é um problema também que nós temos que atacar. Até 1994, o Brasil vivia sob o regime da inflação. Então qualquer coisa que se fizesse no campo da gestão era absolutamente insuficiente frente aos ganhos do *overnight*. Você ganhava muito mais dinheiro no *overnight* do que sendo eficiente. Então não havia consumo de eficiência. Não havia por que ser eficiente. E o que nós fazíamos? Não éramos muito eficientes. Esse modelo tem um fim com o fim da inflação. O que acontece quando acaba a inflação nos serviços privados de saúde, nos hospitais privados? Os hospitais privados foram pegos no contrapé. Seus custos e seus preços estavam desalinhados, porque eles não conseguiam acompanhar os preços dos seus serviços, taxas e diárias com o avanço da inflação, enquanto a indústria, de uma forma geral, no material e nos medicamentos, conseguiu acompanhar esses preços. Os hospitais, os serviços privados não conseguiram acompanhar esses preços. Eles não negociaram com os seus compradores preços mais elevados. O



que é que foi sendo feito nesse processo de perda de capacidade de definir o preço de acordo com o custo de taxas e diárias hospitalares? Isso foi transferido para material e medicamentos ou a cobertura dos custos com a produção de serviços de saúde. De tal forma que hoje cerca de 50 ou 60% da receita de um hospital vêm da utilização de material e medicamentos. E essa é uma das deformações graves do mercado de prestação de serviço em saúde, porque você tem, por exemplo, a área das órteses, próteses e material especial, parte desse desconforto, desse desarranjo do mercado vem do fato de que ela substitui uma parte do valor importante de taxas e diárias. Qual é a saída? A saída está sendo chamada de migração de margem. Eu tenho que migrar margem de material e medicamentos para taxas e diárias. Então, tenho que sentar à mesa com as operadoras e falar: “Olha, minha taxa de sala cirúrgica, minha diária de internação, que hoje está em 10, precisa ir para 100. Com isso, a prótese que eu estou cobrando de você 100 pode vir a custar 10”. Lógico que isso exige uma maturidade do mercado que o mercado não tem. Então sentamos todos à mesa (operadoras, hospitais, etc.), e aí fica todo mundo esperando saber quem é que vai piscar. Piscou, perdeu. E ninguém pisca, e aí está nesse impasse. A mesma coisa acontece na área de honorários médicos. Quando se rompe o tendão do polegar, o tendão flexor do polegar tem que abrir, pegar as duas partes e suturar. Se você abrir, pegar as duas partes e suturar é uma cirurgia que demora uma hora e meia, e os honorários do cirurgião estão em R\$ 100,00. Se, em vez de abrir e fazer isso, sem nenhum tipo de material a mais, você pode usar uma órtese, que é uma âncora que você sutura... são duas, não é, você põe uma na parte distal e outra na parte proximal em cada pedaço do tendão e aí você junta as âncoras. É mais fácil. Em vez de uma cirurgia de uma hora e meia, é uma cirurgia de 40 minutos. Agora, em vez de não custar nada, porque na outra cirurgia eu não sei, a âncora custa R\$ 1.500,00 de âncora e o cirurgião tem honorários de R\$ 120,00. É lógico que nos R\$ 1.500,00 da âncora está inclusa uma parte que é do hospital, uma parte que é do médico, honorários. Vão ser pagos por fora para o médico. E há os ganhos da cadeia de distribuição, porque o produtor da âncora, que é uma multinacional, não pode distribuir esse dinheiro. Porque ele tem códigos de conduta no país de origem que, se isso tiver transparência, o



Executivo no Brasil sofrerá as consequências. Então, ele transfere isso para um distribuidor. Ao transferir isso para o distribuidor, o distribuidor pode fazer isso, só que tendo um custo nessa... o distribuidor tem custos. Então você tem uma cadeia hoje voltada para gerar um sobrepreço cujo resultado é ser mais adequado na remuneração do hospital, ser mais adequado na remuneração do médico, pois ele está sub-remunerado por R\$ 100,00 numa hora e meia de trabalho. E aí você tem um conjunto de outros deslizes que acontecem no meio desse processo. Então, é o dinheiro que vai ficando no meio do caminho. Esse é um problema importante no setor privado. O setor público, por causa da centralização de compras, tem um pouco mais de controle sobre isso, mas já foi um problema maior. Hoje é um problema menor no setor público e é um problema muito importante no setor privado e é uma causa importante também do aumento de custos da assistência à saúde do setor privado que nós vamos ter que tentar reduzir nos próximos anos. Esse é um problema que tem que ser resolvido, e é óbvio que essa substituição de custos cria um mercado de assistência médica privada mais adequado. Um mercado mais civilizado. Mas é um desafio que ainda não está sendo enfrentando, em grande medida ainda não está sendo enfrentado porque, volto a dizer, não existe uma percepção por parte dos usuários, seja os intermediários, que são as operadoras; seja o segundo intermediário, que é o comprador de plano de saúde, que vende isso como benefício para os seus trabalhadores - 80% dos planos de saúde comercializados no Brasil são benefícios para trabalhadores, benefício salarial, benefício da cesta de benefícios da empresa onde trabalha. Então esse componente é um componente crítico. Mas o comprador de serviço tem que querer administrar esse custo e exigir do seu convênio que esse custo seja administrado. A relação ainda não está definida. Hoje o que o convênio faz é chegar ao hospital e falar: "Você vai usar a minha tabela de preço". O hospital fala: "Se eu usar a sua tabela de preços quem me paga as taxas e diárias? Quem paga a minha produção?". Então fica esse jogo de empurra e que até hoje continua desequilibrado.

A outra questão é a questão da própria eficiência da gestão das operadoras, dos hospitais privados. Nós, no Brasil, temos 6.200 hospitais. Desses 6.200 hospital, 60% têm menos de 50 leitos. Hospitais com menos



de 50 leitos não têm escala econômica para ter tecnologia embarcada. Eles são muito pequenos. Um hospital de 50 leitos não consegue ter uma UTI, porque a UTI é cara, a equipe da UTI é cara. Um médico consegue tratar em torno de 8 leitos de UTI de média complexidade. Um hospital de 50 leitos tem UTI de 5, 6 leitos se fosse o caso. A UTI pequena. Então, essa questão dos pequenos e médios... os pequenos hospitais é uma questão que nós não temos resolvido ainda. Na Europa, os pequenos hospitais foram fechados já. Nós temos 2,3 leitos por 1.000 habitantes no Brasil. Uns indicadores mais conhecidos, existe uma regra, mas os indicadores... eu até interno 10% da sua população por ano. Se eu internar... nós estamos internando no SUS 8%, na iniciativa privada, 14%. No SUS, os 8% estão abaixo do desejável. Na iniciativa privada, os 14% são acima do desejável. Provavelmente, há aqui um desperdício. Gente está sendo internada sem necessidade de ser internada. Também, se a gente ficar nos 10% da Inglaterra, com uma média de permanência adequada em torno de 5 dias e uma taxa de ocupação no hospital de 85%, nós precisaríamos de ter 1,6 leitos por 1.000 habitantes. Nós temos 2,3. O que é essa diferença? Essa diferença são os hospitais pequenos, que têm uma baixa taxa de ocupação. Estudo feito pelo Banco Mundial em 2003 mostra que esses hospitais com menos de 50 leitos têm uma taxa de ocupação em torno de 30%. Ora, a questão é que isso custa para a sociedade. Mesmo sendo um hospital privado - 70% dos hospitais brasileiros são privados, 30% são estatais -, então, mesmo sendo um hospital privado, e uma questão complexa que está sendo discutida agora é até onde o Estado deve regular a iniciativa privada. Na França, se você quiser instalar um tomógrafo novo, você tem que ter uma licença do Estado. Na França, país capitalista, o sistema de saúde é baseado em seguridade social. Não é um modelo como o modelo inglês. Incorporar tecnologia é regulado pelo Estado. Por quê? Porque se parte do princípio de que aquela tecnologia vai ter que ser paga pela sociedade, seja pelo Estado diretamente, seja pela iniciativa privada, mas a iniciativa privada está dentro da sociedade porque não existe forma de você colocar um tomógrafo sem usá-lo e você colocar uma ressonância sem usá-la, ou seja, a tecnologia, ela será consumida. Há uma relação direta, e os economistas conhecem bem essa relação entre oferta e consumo. Toda tecnologia oferecida será consumida. Toda



tecnologia não oferecida, ela pode ser necessária ou não, mas o aumento da oferta aumenta o consumo, mesmo sendo uma tecnologia tão complicada como uma ressonância magnética, ou seja, há um uso desnecessário da tecnologia quando ela está oferecida. Daí a importância da regulação das tecnologias.

Agora sobre isso... sobre essa questão, o Estado brasileiro ainda não se manifestou. Nós temos um conjunto de regras para abrir serviços de saúde, mas essas regras... esse conjunto de regras ainda está no campo das condições mínimas de funcionamento, que são as regras da vigilância sanitária, ou seja, é uma linha de base, mas não é uma discussão sobre a oferta de tecnologias, sobre a regulação da oferta de tecnologia. Recentemente, nós tivemos a instalação da Conitec no Ministério da Saúde. A Conitec é um órgão de avaliação de tecnologia para o SUS, mas as avaliações de tecnologias para o SUS têm influenciado nas decisões da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Então a tecnologia que deve ser absorvida para o SUS hoje é quase que diretamente aplicável pela ANS como uma tecnologia que deve ser oferecida na área da assistência médica suplementar, mas nós estamos num momento muito inicial. Outros países estão mais avançados, mas existem muitos... nenhum país muito avançado. A Inglaterra com o seu NICE, o National Institute for Health and Care Excellence, ela está um pouco mais avançada, mas mesmo assim o número de estudos de farmacoeconomia, de efetividade *versus* custo que o instituto tem feito, não são muitos. É um campo bastante complexo e é um campo que está em evolução. Nós estamos vivendo essa evolução no mundo. E aí esses desafios, não só os desafios do ponto de vista da regulação, mas no aumento da eficiência da gestão dos serviços privados. De novo, dos 6.200 hospitais, 60% com menos de 50 leitos, nós temos uns 3.000 hospitais sobrando. Desses 3.000 hospitais, quer dizer, nós não temos uma estatística oficial disso, mas, com o conhecimento de mercado que tenho, existem mais ou menos uns 500 hospitais informatizados no Brasil. O resto não é informatizado. Dá para pensar em um hospital não informatizado? Não dá. Então, essa questão do aumento da eficiência da gestão nos hospitais, sejam públicos, sejam privados, mas no caso aqui nós estamos discutindo os privados, é crítica. Agora, para que essa eficiência chegue aí, a sociedade deveria demandar. Nós temos que



demandar uma redução de custos e a melhoria da eficiência desses hospitais. Enquanto nós não demandarmos, a sociedade não consumirá eficiência e não haverá oferta da eficiência. Não existe oferta sem consumo. Nesse momento, as operadoras começam a discutir mais duramente essa questão da eficiência, mas é um processo que nós estamos começando a viver, não é ainda, a minha sensação é que nós não chegamos ao corpo da eficiência de maneira adequada. Também esse processo de certificação voltada para garantir segurança. Hoje nós temos entre setor público e setor privado cerca de 220 hospitais no Brasil com certificação. A maioria desses 220 hospitais no setor privado. Poucos são hospitais públicos. Mas ainda é um movimento muito inicial. Primeiro: certificação não pode ser... não deve ser obrigatória. A certificação é uma proposta de autodeclaração. Então eu quero fazer uma certificação. Eu recebo uma certificadora, e o processo de certificação ocorre. O que é o processo de certificação? É a verificação das condições em que os serviços são prestados do ponto de vista de segurança. Então, basicamente, 6 grandes projetos. Primeiro projeto é que todos os pacientes devem ser adequadamente identificados. O segundo é que deve existir uma comunicação adequada sobre o que acontece com o paciente. Na medida em que hoje nós temos 14 profissionais de saúde... sobre um paciente... Tem que haver um sistema de comunicação adequada. Se não... escrever no prontuário, basicamente isso. O terceiro componente é cirurgia segura, ou seja, eu tomar um conjunto de medidas para que não se façam cirurgias do lado errado, desnecessárias, com bons protocolos. O quarto é diminuir a possibilidade de ocorrerem erros na administração de medicamentos, que têm uma frequência muito elevada nos nossos hospitais, infelizmente, e isso tudo por causa da questão de você não ter *checks* adequados, checagens adequadas sobre a administração dos medicamentos. O quinto ponto é a prevenção de quedas, hoje nós... cada vez mais temos mais velhos, e os velhos têm um problema de se movimentar. Velho cai. Velho, quando anda, não levanta o pé. Qualquer coisa que tenha de obstáculo na frente... os nossos hospitais antigos têm degraus, têm lugares para se escorregar, enfim, é acessibilidade. Esse é um problema crítico na assistência à saúde. O problema das quedas. E o sexto, a sexta meta internacional de segurança é a questão da infecção hospitalar. Temos que reduzir e



gerenciar, não existe zero de infecção hospitalar, não existe zero de mortalidade e é isso que nós vimos aí no vídeo. Sempre pergunto para os meus alunos de novo. Qual é a boa taxa de infecção hospitalar? Eles falam: é zero. Eu falo: eu jamais me internaria num hospital que tivesse zero de infecção hospitalar, porque ele não trata doente. Fazem parte do processo de atenção as condições do próprio paciente, e ele tem... a imunidade dele flutua de acordo com os agravos que ele sofre e as agressões que ele sofre e com isso microorganismos que ele hospeda em seu corpo em determinadas circunstâncias podem se transformar em oportunistas e gerar uma infecção hospitalar. Então não dá para ser zero, mas nós podemos gerenciar isso. O projeto de certificação nós temos que incentivar na nossa discussão com o serviço de saúde. Então, dentro do evoluir da relação com o setor privado, nós temos essa discussão do financiamento importante. Tem essa discussão do modelo assistencial, ou seja, como produzir ações e serviços de saúde para fazer frente a essa carga de doença. E essa questão da incorporação da segurança como um fator crítico no relacionamento com o setor privado. E é a importância da informatização. Hoje a oferta da tecnologia da informação é fundamental para que a gente possa melhorar as condições de funcionamento dos nossos hospitais e no relacionamento dos sistemas regulatórios que o setor público e o setor privado têm que instaurar. Essa questão da judicialização está distribuída nesse conjunto de *plugs* que nós fomos elencando. Eu não vejo muita saída para a questão da judicialização se nós não tomarmos, pelo menos, duas providências: uma providência é providência imediata, não é?! Qual é a providência imediata? Aumentar o diálogo entre o mundo da saúde e o mundo jurídico. Como é que se faz esse diálogo? Esse diálogo só tem um jeito de ser feito, na minha opinião, que é através da medicina baseada em evidência. E a medicina baseada em evidências é o instrumental que pode promover esse diálogo. Mesmo na área da assistência à saúde, nós estamos caminhando cada vez mais para utilizar a medicina baseada em evidências como um instrumento fundamental de aumentar a segurança e qualidade do processo assistencial. É óbvio que a medicina baseada em evidência tem um caráter “cerceador” da atividade do profissional de saúde, porque ela fala: “Isso aqui não existe evidência”. É óbvio que o paciente que tomou uma droga de primeira linha



para um câncer não deu certo; toma uma droga de segunda linha, não deu certo; não tem uma droga de terceira linha. As drogas de terceira linha normalmente são *off label*, ou seja, são drogas que não têm evidência científica de que poderão trazer qualquer tipo de benefício. Mas só que, num paciente que está com uma sentença de morte, a busca por alguma coisa é muito grande. E vem essa questão do uso *off label*. Um médico faz a prescrição, o convênio não aceita porque não existe evidência e aí se vai à judicialização. A única alternativa é olhar a evidência. Evidência está escrita ali, na maioria das vezes a evidência está escrita e existe. Se não existe a indicação daquela utilização quando o medicamento foi aprovado pela vigilância sanitária, pela Anvisa, aqui e fora daqui, fora do Brasil porque às vezes o médico prescreve uma droga de que nós não temos registro no Brasil. O fato de não ter registro no Brasil não implica que a droga seja ruim. É só que talvez não houve interesse econômico em colocar a droga, ou a droga tem um consumo muito baixo e não é interesse econômico da indústria colocá-la no país. Nós mesmos... nós temos cerca de uns 85 a 90 princípios ativos que não têm registro no país, têm consumo muito baixo e existe uma autorização especial da Anvisa para importar e manter em estoque esses medicamentos para utilizar em situações especiais proibidas para comercialização. A lei brasileira tem um escape para essa questão em que os médicos podem prescrever o medicamento sem registro e o paciente pode comprá-lo fora do mercado brasileiro mesmo que não tenha o registro. Está previsto na Lei 6.360, com uma prescrição médica eu posso comprar qualquer medicamento para meu uso, sempre prescrito por um médico. Eu importo. Excluo, é tranquilo lá. Ter um estoque no hospital são outros 500. Isso a vigilância sanitária não permite, exceto nesse caso, nessas 85 drogas, que são drogas de uso muito eventual, mas que é importante ter em estoque, porque o processo de importação, mesmo um processo muito rápido demora de 5 a 10 dias, e o paciente pode ter uma condição crítica e eu tenho que manter um pequeno estoque disso, mas é proibida a comercialização. Então, o fato de o produto não ter registro no Brasil não implica necessariamente ter registro ou não ter registro. O balizador é a evidência, e você tem que ir atrás da evidência. Por isso eu acho que, do ponto de vista imediato, o que nós precisamos fazer com a judicialização é aumentar o diálogo entre a medi-



cina e o direito. Eu, apesar de ser, ter sido um gestor público que quase fui para a cadeia por causa de uma coisa dessas da judicialização - uma criança que tomava uma insulina inalada e aí o juiz mandou, eu cumpri a ordem do juiz, só que demorou 60 dias para cumprir a ordem do juiz. Eu mandei fazer tudo, mas a máquina... a máquina é outra e, como demorou 60 dias, mandou me prender. Mas, a sentença prescreveu. Demorou mais de um ano para julgar. Mas o fato é que, apesar disso, eu acho que a judicialização é um diálogo fundamental que a sociedade brasileira está travando e que faz parte do processo de construção deste país novo que nós estamos tentando fazer com todos esses desarranjos que nós estamos vivendo hoje. Agora a pesquisa... desarranjos são crises de crescimento. Eu os vejo como crises de crescimento e, portanto, é importante serem adequadamente enfrentados. Eu acho que a judicialização é uma crise de crescimento. Ela é boa para a democracia. A intervenção do direito vem ocorrendo. E aí vem a questão mediata. Nós temos que fazer uma reaproximação daquilo que o constituinte quis descrever na Constituição, e não conseguiu. Quando entra uma negra, numa unidade básica de saúde, grávida, tem que acender todas as luzes. A chance de a negra grávida morrer é cinco vezes maior do que uma branca grávida morrer. A mortalidade materna no Brasil está em torno de 56 por 100 mil nascidos vivos. A mortalidade da negra está em 260 por 100 mil nascidos vivos. Por que a mortalidade da negra é muito maior? Tem uma questão racial da hipertensão. Hipertensão é a causa mais importante, mas com certeza é problema social. Então não dá para ser igual para todos. A equidade é tratar diferentes os diferentes e igualmente é tratar igual os diferentes. Não tem nada disso, mas nós fazemos esse discurso. Então, o constituinte provavelmente quis falar disso. Nós temos que tratar diferente os diferentes, e não dá para ficar usando essa quantidade imensa de dinheiro como na semana retrasada. Se eu não me engano, o Judiciário de São Paulo mandou uma criança fazer um transplante [multivisceral] nos Estados Unidos que vai sair por 2 milhões e 400 mil dólares (US\$ 2,4 milhões). Quer dizer, nós temos que discutir um pouco mais de perto essas questões. A sociedade tem que se aproximar disso, e o marco legal tem que ser atualizado. Veja, frente àquilo que nós vimos no nosso vídeo, se nós não atualizarmos o marco legal com a atualização da tecnologia que nós estamos viven-



do, nós vamos transformar essa relação do mundo do direito com a medicina num inferno. Então, nós temos que retornar a esse espaço da discussão, do que são os direitos sociais, de que a sociedade tem condições e quer financiar? É lógico que essa requisição tem que ser pautada pela necessidade de inclusão social, que é o grande desafio da sociedade brasileira.

Certamente, o maior desafio da sociedade brasileira é a inclusão social, e nós conseguimos avançar em termos de inclusão social nos últimos 20, 10 anos, nós conseguimos avançar em inclusão social. Agora não foi suficiente. Existe mais a caminhar, e nós não temos uma economia suficientemente pujante para garantir que essa inclusão se dê por mágica. Ela tem que se dar por ação humana. Como vivemos numa democracia, nós temos que construir um marco legal adequado para esse modelo em que há uma insuficiência de recursos e os direitos precisam ser melhor requisitados. Então, nós temos que requisitar essa discussão. No campo do direito, eu não vejo outra saída. Enquanto isso, vamos no que a medicina baseada em evidência aponta e aproximar o campo do direito da medicina.

Bom, basicamente acho que tentei passar por todas as áreas. Eu tenho certeza de que não me aprofundei nessas questões do contrato, da assistência à saúde *versus* relação de consumo de maneira específica, mas, como eu disse, eu deixei os *plugs* à vista. Temos que buscar mais conhecimento e tornar essas questões mais evidentes. Espero ter conseguido atingir os objetivos que foram fixados para esta aula e os convido a visitar o *site* do Hospital Sírio-Libanês e, eventualmente, se inscreverem no nosso curso de direito à saúde baseado em evidências. Muito obrigado.





Gestão e políticas de saúde. Regulação pública da saúde no Brasil. Intervenção nos processos de prestação de serviços. Estratégias de regulamentação e seus objetivos. Os instrumentos criados pelo governo

Dr. Fausto Pereira dos Santos

Dr. Fausto Pereira dos Santos: Eu gostaria de agradecer ao TJMG, à Escola Judicial, pela oportunidade. Para nós, gestores públicos do Sistema Único de Saúde, é sempre um motivo de alegria, de possibilidades de troca quando a gente tem esses espaços para discutir com o mundo do direito. O próprio Dr. Gonzalo já tinha dito, na sua exposição, da necessidade desse diálogo, dessa interlocução. Nós, que fazemos gestão pública, às vezes, temos discurso de que a intervenção do Judiciário na área da saúde é prejudicial. Eu compartilho da ideia do Dr. Gonzalo de que é um momento de aprimoramento da democracia, da garantia dos direitos; e a gente precisa achar a forma mais adequada, mais benéfica para a sociedade, para que essa interação possa ocorrer. Acho que, no exercício da cidadania, toda a discussão da judicialização, da intervenção ou da participação do Judiciário, tem um efeito positivo, um efeito catalisador, inclusive nas instituições públicas de saúde. E, na própria gestão da área da saúde, acho que o nosso grande desafio, o grande esforço, é encontrar a forma adequada, a forma transparente para a sociedade, a forma que repercuta no aprimoramento das instituições. Acho que esse é o nosso desafio. O tema proposto, o tema da regulação, da regulação econômica, já é discutido há mais tempo, mas a regulação no campo da saúde é relativamente recente. Apesar de muito mais do ponto de vista conceitual, e não do ponto de vista dos instrumentos e do que já se fazia ao longo do tempo. Esse tema entrou, durante a década de 90, na pauta da saúde, mas depois ele ficou muito batido. Muito usado, nem sempre da forma mais adequada. Há também uma discussão da regulação às vezes como uma panaceia, quase uma mágica para tentar resolver o conjunto de problemas do setor de saúde, da gestão pública de



saúde ou da gestão privada, inclusive, mas veio quase como um conceito relativamente despolitizado, sem reconhecer que a regulação é também fruto de uma forte tensão entre quem tem a legitimidade, a capacidade de fazê-lo e de quem não gostaria de ser regulado. Então, eu brinco que é igual à concorrência; todo mundo defende a concorrência desde que não seja para si. Se for o vizinho, o vizinho sempre tem que ter uma concorrência. Eu prefiro não tê-la. A regulação é mais ou menos isso também. Todo mundo defende que o sistema tem que ser regulado desde que a regulação não se reflita sobre ele. Então, qualquer médico - eu sou médico - fala a favor da regulação, fala a favor dos protocolos, desde que, eventualmente, ele pudesse escapar dos protocolos e da regulação. Os hospitais também fazem a mesma coisa: "Eu sou a favor da regulação. Acho que o sistema de saúde tem que ser regulado, se possível não eu, mas os outros, sim".

Eu brinco que a regulação tem um parentesco com a discussão da concorrência - todo mundo é a favor, desde que não seja para si. A regulação tem um pouco dessa característica. A Desembargadora falou um pouco do que a gente vai tentar abordar: uma lista bastante significativa de temas. Eu não sei se vou conseguir vencê-los todos, vou tentar para que a gente possa fazer certo nivelamento conceitual e também proporcionar certo conhecimento dos instrumentos que hoje são utilizados na regulação pública. Eu vou discutir, principalmente, essa questão da regulação no âmbito do sistema público. Acho que o Dr. Gonzalo já falou um pouco sobre isso. A Dr.^a Marta, da ANS, esteve aqui num momento anterior, falou um pouco da regulação do setor privado. Como a Desembargadora disse, já fui Presidente da ANS. Eu vou focar na questão da regulação pública, tentando passar por esse conjunto de questões que foram propostas.

Há uma regulação no Brasil. Ela é entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços. Então, simplificando, o usuário precisa de um serviço de saúde lá na ponta. Lá na frente, há um prestador de serviço de saúde, e, se eu preciso fazer uma endoscopia, se preciso fazer uma consulta, se preciso fazer um exame, se eventualmente preciso fazer uma cirurgia, se tenho essa necessidade, há um prestador. No meio disso, simplificando, há um ente que, no caso, é o setor público. No privado, são as operadoras, que também depois precisam ter as suas



próprias regras. O setor público é que vai definir algumas regras de como vai se dar esse acesso, o atendimento dessa necessidade do usuário, com a possibilidade da prestação de serviço. É um conjunto de regras que o Estado coloca no meio do caminho. Algumas são verdadeiras chicanas, que, ao invés de ajudar, às vezes até atrapalham. Esse conjunto de regras que o Estado vai colocar no meio do caminho é o que nós chamamos de mecanismos regulatórios.

Esses mecanismos regulatórios vão se dar tanto do ponto de vista da identificação da necessidade como vão se dar na chegada desse prestador ao sistema. Eles são o conjunto de regras que esse prestador tem que seguir: o contrato, o tipo de informação que ele tem que dar. E eu vou discutir um pouco esses instrumentos que o SUS vem trabalhando ao longo do tempo nesse processo. Esses mecanismos podem ser tanto imputores como normatizadores, regulamentadores ou até restritores. Por exemplo, há uma prescrição ou há um procedimento que, eventualmente, só pode ser feito depois de vencida ou essa ou aquela etapa. É o caso, por exemplo, da prescrição de uma ressonância que, por um protocolo, por uma evidência, antes dessa ressonância eventualmente, eu teria que ter feito, pelo menos, um raio x para identificar se era aquilo mesmo, etc. Então, os mecanismos podem ser vários. Agora, é importante destacar, nessa questão da regulação, que não existe sistema de saúde sem regulação. Quando o Estado não regula, se o Estado não regula, se o Estado não cria regras, não coloca nenhuma regra, o mercado, os prestadores, os próprios usuários criam mecanismos próprios de regulação. Não existe vazio regulatório. Se alguém não regula, se você não regula, alguém regula para si. Por esse processo, ou vai regular pelo preço ou vai regular pela oportunidade. Quanto menos o Estado regula, mais o setor, vamos chamar, assim, o autor, regula, cria as suas regras próprias para estabelecer esse processo de relacionamento.

A possibilidade de o Estado regular está prevista na Constituição, no art. 197, que fala que ao Estado, ao Poder Público cabe regulamentar, fiscalizar e controlar. Essa é uma norma que, por exemplo, apesar de a Constituição dizer que a saúde é livre à iniciativa privada, permitiu que se criasse um conjunto de regras infraconstitucionais para regular o setor privado. Quando fala, então, que o setor saúde ou setor público vai regulamentar,



fiscalizar e controlar, o art. 197 deu base a que se criasse um conjunto de regras infraconstitucionais: a lei que regulamenta os planos, a lei da Anvisa, a lei da incorporação de tecnologias, um conjunto de regramentos infraconstitucionais que já chegou ao Supremo, como no caso da Lei 9.656, a lei que regulamentou os planos de saúde. Há até hoje uma ação direta de inconstitucionalidade que ainda não foi julgada pelo Supremo; não sei se será algum dia. Essa ação de inconstitucionalidade, de 1999 ou 2000, foi avaliada na busca de uma liminar em 2003 que não obteve êxito, mas ela continua lá, e em algum momento ela pode ser julgada. Mas, ao lado da Lei 9.656, foram criadas também outras legislações sobre isso.

A regulação pública no Brasil é realizada pelo Ministério da Saúde diretamente sobre os sistemas públicos integrantes do SUS, por suas duas agências reguladoras, a Anvisa - que regula bens, serviços e tecnologias -, e a ANS - que trabalha o setor de saúde suplementar -, e pelos estados e municípios.

O Ministério estabelece regras macro e depois os estados e os municípios vão estabelecendo regramentos, mecanismos regulatórios. Eles têm autonomia para isso, têm previsão legal para que eles também criem as suas próprias regras. Isso, de um lado, permite uma especificidade, um tratamento singular naquela situação específica e, portanto, aproxima-se mais da realidade. Se os mecanismos regulatórios podem adequar-se mais a cada uma das realidades à medida que eles são executados também pelos estados e municípios, por outro lado também criam uma grande heterogeneidade no País. Então, há municípios, por exemplo, que avançaram bastante nos mecanismos regulatórios, como Belo Horizonte, por exemplo, no caso aqui de Minas; mas há vários outros municípios que não fizeram esse mesmo movimento. Você tem diferenças importantes muitas vezes entre municípios do mesmo estado, quiçá entre os estados do País. Mas há vários gestores que não aplicam ou não trabalham o conjunto de ferramentas que já foram, inclusive, desenvolvidas. Esse processo é bastante heterogêneo no País, e isso vai ter uma repercussão na própria discussão da judicialização, por exemplo. Porque um município ou estado muitas vezes não conhece a sua própria fila, vamos dizer, o estado que não tem mecanismo para conhecer a própria fila de cirurgia eletivas, de procedimentos, não consegue hierarquizar qual é o mais urgente, qual é o menos urgente,



qual teria preferência, qual teria que ser internado primeiro, etc., porque ele não tem mecanismo regulatório para isso. É óbvio que isso vai ter um impacto, por exemplo, no ponto de vista das ações do Ministério Público e do Judiciário, que são diferentes, porque, se eu não consigo hierarquizar e priorizar a minha demanda, alguém vai acabar fazendo isso por mim. E, nesse caso, mais uma vez, eu digo que é na ausência do Poder Público ou do setor público de usar todas as ferramentas que já foram criadas que há muitas vezes a necessidade da intervenção do Judiciário, do Ministério Público, para dar conta dessa heterogeneidade regulatória ou dessa ausência do gestor público no exercício das suas funções precípuas. Então, essa heterogeneidade acaba tendo repercussões importantes no cotidiano, no funcionamento das instituições.

Apesar de o conceito de regulação estar sendo usado muito mais recentemente no setor público de saúde de 20 anos para cá, na verdade, mecanismos regulatórios já estavam implantados desde sempre: as caixas de aposentadoria e pensão na década de 20 do século passado já usavam algum mecanismo de regulação. Quando ela contratualizava com os médicos, ela dizia quantas consultas o médico ia atender, qual era a forma, quem ia encaminhar aquele usuário; e ela definia também o público-alvo, porque era uma caixa de uma categoria específica. Assim, ela já definia quem era elegível, se ele contribuía ou se ele não contribuía e como é que ela encaminhava e depois como é que ela pagava o médico, como é que ela contratualizava. Era rudimentar o mecanismo, mas não se pode dizer que ele não existia. Depois, com os institutos de aposentaria e pensão das décadas de 30 e 40 também do século passado, que sobreviveram até a década de 60 do século passado, esses mecanismos foram sendo aprimorados. Primeiro, porque o sistema foi crescendo, o conjunto de prestadores foi aumentando. No Brasil, já se tinha de início sempre a presença do setor privado como prestador de serviços. As CAPS já tinham médicos privados que não eram funcionários; os IAPS, os institutos tinham hospitais e médicos que também eram privados. Funcionavam no seu ambiente privado e estabeleciam as regras de seu próprio funcionamento. Volto a dizer, ainda eram regras muito rudimentares, sem informatização, mas são embriões no processo que existiu. O INPS, depois o Inamps, já instituiu vários outros mecanismos - nós



somos herdeiros de alguns deles até hoje, alguns sobreviveram até hoje - de sofisticação. O Inamps era o grande comprador de serviço no País, comprava no País inteiro com as mesmas regras. Tinha um volume de recursos muito considerável. Ele criou um conjunto de regras para uniformizar minimamente. Claro que eram regras que depois tiveram que conviver com a crise da previdência, as fraudes, etc., algumas foram burladas, outras não. Alguns locais funcionavam melhor; outros, pior, mas também havia um conjunto de regras que se utilizava como mecanismo de regulação para essa prestação de serviço feita pelo Inamps. O Sistema Único de Saúde, após a Constituição, também é fruto do desenvolvimento. Mas, com essa questão, passa-se a não ter mais um único comprador de serviço, um único gestor. Passa-se a ter mais de 5.000 municípios e os 27 Estados como gestores do sistema, Com isso, o SUS procurou criar um conjunto de regras, um conjunto de normas para dar conta desse processo que se tornou muito mais complexo. Apesar de o Inamps ser um instituto, uma instituição muito grande, muito complexa, com um conjunto de milhares de prestadores, etc., o seu arranjo era muito menos sofisticado. Para dar conta de buscar a operação do serviço que passa a ter 5.000 e tantos municípios, que passa a ter os 27 Estados, que herdou esse conjunto de prestadores, o SUS, durante a década de 90 e os anos da primeira década deste século, criou um conjunto de regras e vem buscando um conjunto de formatações para estabelecer essas regras em âmbito nacional, programas nacionais e uma possibilidade de pactuação entre os gestores, porque a nossa Constituição tem uma característica bastante brasileira, ela não hierarquiza os entes da Federação. Então, a União não define regra para os Estados nem os Estados definem regras para os Municípios. Se de um lado parece uma coisa interessante, em que se reconheceriam as singularidades e as especificidades de cada local, por outro lado, cria, do ponto de vista da gestão, um esforço de pactuação e de busca de consenso enorme, porque hoje o SUS gasta, e os desembargadores que acompanham o SUS de forma mais próxima, os juízes, etc. sabem que nós gastamos um tempo e um esforço de elaboração e de busca de consenso, num esforço bastante grande dentro da Comissão Intergestora Bipartite, das Comissões Intergestoras Bipartites em vários Estados, inclusive nas comissões regionais, para onde se busca essa formatação de consenso. E



esses consensos foram expressos ao longo dos anos, das duas últimas décadas. Trata-se de um rol de normas operacionais que, em tese, definiriam o conjunto das regras de funcionamento do SUS.

Tivemos normas operacionais desde 91, 92, 93, 96, depois 2000, 2002, 2006. O conjunto de cada uma delas vinha com modificações, buscando o que deu certo e o que não deu certo. Esse seria uma grande norma, um guarda-chuva sob o qual se estabeleceria o conjunto das responsabilidades de cada um dos entes na prestação de serviços para o SUS. Essas normas funcionariam como uma macrorregulação do sistema como um todo. De novo a implantação dessas regras, desse conjunto de normas, foi bastante heterogêneo pelo País. A norma de 93 falava que os municípios poderiam ou deveriam assumir a gestão total do sistema de saúde no seu âmbito. Nós temos hoje, em 2015, 22 anos depois, grandes e importantes municípios que ainda não assumiram a gestão total dos seus serviços de saúde e você continua tendo gestões compartilhadas, muitas vezes, em grandes municípios, entre o estado e o município, o que dificulta muito o processo, inclusive da própria regulação do prestador. Isso porque o prestador de serviços, às vezes - vou falar entre aspas - “vende” para o município uma parte dos seus serviços, e uma parte dos seus serviços ele “vende” para o estado. Então, ele tem dois contratantes e aí já está criada a primeira dificuldade de monitorar, de acompanhar, de avaliar esse prestador. Quando você tem uma possibilidade de que estados e municípios participem conjuntamente, isso se resolve. Quando não, o estado vai para um lado e o município para o outro. Já estamos acostumados, inclusive, com valoração diferente. O estado acha por bem que vai pagar leito de UTI de uma forma e o município usava outra forma de pagamento. Está criada aí uma primeira dificuldade. Então, as normas operacionais tiveram uma implantação também de forma bastante heterogênea pelo País. Essa é uma dificuldade.

Quais foram as ferramentas utilizadas durante todo esse processo? Hoje, o grande indutor da regulação é o financiamento, que funciona como mecanismo quase que insubstituível. A tabela de procedimentos perdeu um pouco de sua importância. A forma como eu, gestor público, remunero o prestador, seja ele público ou privado, define em grande parte aquilo que ele vai fazer. Isso tem um efeito muito grande. Por muito tempo, quando



a tabela de procedimentos era quase a única definidora desse processo, houve uma migração muito grande de prestadores de hospitais, etc. para alta complexidade, porque era melhor remunerada, e a média complexidade ficou, e isso tem reflexo hoje, como um patinho feio. Ninguém queria prestar esse serviço, nem muitas vezes as próprias instituições públicas, que são remuneradas por orçamento global, mas criaram, por exemplo, mecanismos de incentivo ou de gratificação aos seus funcionários, médicos, trabalhadores a partir do que ela recebe do SUS, fogem do orçamento global. O financiamento tem uma participação muito forte na definição de qual é a oferta que se vai ter. E vou dar um exemplo: o tratamento da oncologia no Brasil. Houve uma política durante muitos anos que acabou remunerando melhor a quimioterapia e a radioterapia, que é o fim de linha, já com o paciente diagnosticado, muitas vezes em situação bastante avançada do câncer. Ele tinha acesso à quimioterapia e à radioterapia. A cirurgia não era muito bem remunerada. Com isso, você teve gradativamente clínicas e centros se especializando em fazer químico e rádio e uma baixa oferta de cirurgia. Aí, o Ministério discute isso na Comissão Intergestora Bipartite, faz um esforço e melhora a forma de remunerar a cirurgia. Hoje, você tem quimioterapia, radioterapia e as cirurgias oncológicas, mas não se melhorou, por exemplo, a diagnose, que inclui toda a parte de fazer imagens por endoscopia, por ressonância e as biópsias. Hoje, muitas vezes se faz a mamografia, depois eventualmente se precisa fazer uma biópsia. Às vezes há um prazo muito grande entre a mamografia e o diagnóstico inicial e a possibilidade de fazer diagnose. Quando você vai fazer a intervenção, nesse estágio, muitas vezes o câncer pode estar mais avançado; e aí, sim, de novo, vai para químico, para rádio e para cirurgia, etc. Eu quis falar com esse exemplo como a forma de remunerar, muitas vezes, no médio prazo, acaba impactando em como se dá a oferta. Quando você tem uma restrição de oferta, aí o mecanismo regulatório se torna mais importante. Porque, quando eu tenho uma oferta ampla de procedimentos, etc., se não houver nenhum tipo de restrição, o mecanismo regulatório flui com mais naturalidade. Agora, quando eu tenho uma restrição de oferta, começa o problema da priorização, qual é o critério para o paciente fazer primeiro: é o critério da chegada, é o critério da gravidade? Aí, pronto, eu já começo a entrar num outro nível, porque eu tenho uma forte restrição da oferta.



A segunda questão importante como ferramenta é definir qual é a rede prestadora de serviços. Parece simples, mas primeiro: há uma natural tendência da rede prestadora de querer fazer aquilo que remunera de uma forma melhor o profissional ou, eventualmente, a instituição; e muitas há duplicidade num espaço regional e há ausência de outro. Então, essa coisa de definir o papel de cada prestador, o que ele vai fazer, é um papel que não pode ser relegado pelo gestor público. Ele não pode deixar que só - vou usar entre aspas - não é bem o "mercado", ou só os "interesses," que são singulares e particulares de cada instituição, prevaleçam neste momento. Então, eu definir quem é sua rede prestadora e o que ela vai fazer é uma tarefa que parece óbvia, mas, no mundo real, cotidiano, não é, porque as instituições têm uma natural tendência a se autonomizar, seja hospital universitário, hospital público, hospital privado, clínica, há uma tendência entrópica. O Dr. Gonzalo falou aqui da questão da complexidade da gestão hospitalar, mas não é só do hospital, todas as instituições têm um pouco dessa tendência. Então, cabe ao gestor procurar, na medida das necessidades, definir essa rede prestadora. E isso passa pela contratação. E parece simples de novo, mas não é. Estabelecer com a rede prestadora um contrato que defina responsabilidades, defina indicadores de qualidade, que defina metas e que, fundamentalmente, defina como esse contrato vai ser acompanhado parece simples, mas é muito complexo, porque as instituições são bastante complexas. Então, contratualizar um hospital como a Santa Casa de Belo Horizonte, com mais de 1.000 leitos, com tudo o que a Santa Casa faz, tem capacidade de prestação de serviço, não é um processo simples. É um processo bastante complexo, mas, ao mesmo tempo, ele é definidor da capacidade que eu vou ter depois de mandar o paciente certo, no momento certo, de que a Santa Casa possa atender, etc. Se eu faço um mau contrato, um contrato muito genérico ou, ao contrário, um contrato extremamente detalhado, eu posso ter várias dificuldades depois no processo cotidiano de encaminhamento. Então o contrato é muito importante.

Uma outra ferramenta importante é o cadastro nacional de estabelecimentos. O cadastro nacional de estabelecimentos é do início dos anos 2000, mas eu diria que ele adquiriu certa maturidade a partir de 2007, 2008. Ele é a grande fonte de informações e que dá visibilidade, inclusive transpa-



rência para a sociedade. Ele tem ou deveria ter o conjunto das instituições públicas e privadas do País, sejam elas prestadoras do SUS ou não, dentro de um cadastro que tem problemas de atualização, que é feito pelos gestores municipais e estaduais, mas ele é hoje a grande fonte para eu saber quantos leitos de UTI há, quantos serviços de quimio e radioterapia, qual é a capacidade de cada um, etc. O cadastro nacional de estabelecimentos é uma ferramenta extremamente importante no processo regulatório. Ele é a base muitas vezes dos sistemas informatizados que foram criados de centrais de internação, de centrais de marcação de consulta, para eu ter o conjunto da oferta que está naquele momento estabelecida. Então, uma instituição qualquer, uma instituição privada, tem, no cadastro nacional de estabelecimentos, qual é a disponibilidade que ela está dando para o SUS e qual é a disponibilidade, por exemplo, que ela está dando para o setor privado. A ANS, ao autorizar um novo plano de saúde, vamos dizer que a Unimed Belo Horizonte vá lançar um novo plano aqui, exige que ela se registre na ANS, registre somente a prestadora com o seu respectivo CNES, já com o seu respectivo cadastro nacional. Então, esse banco de dados hoje é fonte tanto para o SUS quanto para o setor privado, é hoje uma ferramenta muito importante para que o processo possa ser acompanhado.

As AIHs foram criadas ainda no século passado pelo Inamps, mas elas vêm passando por um processo importante de atualização durante esse período - melhorando o processo da informatização -, e ela é basicamente o documento que se dá durante o processo da internação. É uma ferramenta importante para o processo de monitoramento e avaliação do conjunto da prestação de serviço. É um documento informatizado que lhe permite ver o perfil do hospital, o que ele está internando, o que ele não está internando, qual o motivo, o porquê, se ele está tendo uma mortalidade muito alta, se ele está com tempo de permanência muito longo, portanto os leitos não estão rodando, se ele tem um perfil diferente do outro, se os casos que estão chegando àquele hospital são mais graves do que no outro, se o hospital eventualmente está recusando pacientes com nível de gravidade, enfim, a AIH é um instrumento muito importante. Se ela for autorizada previamente, se ela for monitorada pela supervisão hospita-



lar, se os critérios de alta forem seguidos, etc., ela é um instrumento muito importante para o acompanhamento e monitoramento dos hospitais.

As APACs, que são as autorizações para procedimentos de alta complexidade e os ambulatoriais, para acompanhar clínica de hemodiálise, para acompanhar clínica de químico e radioterapia, para acompanhar banco de sangue, para acompanhar um conjunto de procedimentos da imagem; elas são um instrumento informatizado que permite, à semelhança da AIH, aos hospitais gerenciar os procedimentos ambulatoriais. As bases de dados nacionais - tanto esses que mencionei como os da informação ambulatorial, o sistema de mortalidade - são ferramentas importantes de que o gestor pode lançar mão para fazer esse acompanhamento, monitorar e regular os seus prestadores de serviço tanto públicos quanto privados.

Durante a década de 90, tiveram início, mas foram muito fortalecidas durante os anos 2000, as centrais informatizadas tanto de leitos quanto de marcação de consultas e exames. Minas tem as centrais regionais através do SUS Fácil, o Ministério tem um sistema que é o Sisreg, que está disponível para Estados e Municípios. Todos esses sistemas têm passado por um processo de modernização. São instrumentos importantes, e as centrais servem tanto para eu fazer uma captura de demanda, como para fazer um acompanhamento da oferta, mas elas têm um instrumento importante no meio do caminho, que é a possibilidade de o gestor priorizar sem ser só pela ordem cronológica. Eu tenho um pedido de internação oriundo de Itabira e tenho um pedido de internação oriundo de Curvelo. O de Itabira entrou primeiro, mas o de Curvelo é mais grave; e, se eu tenho o médico regulador que consegue fazer essa análise, ele pode priorizar mesmo que o paciente tenha entrado por último. Isso vem sendo aprimorado por meio de protocolos, inclusive de informações essenciais que devem estar na ficha da demanda para que se possa encaminhar de forma mais adequada esses pacientes e para que se consiga ter uma priorização que não seja a ordem somente cronológica. Isso foi implementado, por exemplo, na fila do Sistema Nacional de Transplante. A fila do Sistema Nacional de Transplante é um conjunto de pacientes esperando pelo transplante. É claro que, dentro do Sistema Nacional de Transplante, eu preciso achar o doador compatível, essa é a primeira triagem; mas eu tenho uma segunda triagem, que é a gravidade dos casos. E, dentro de cada caso, qual vai ser mais beneficiado



com aquele transplante. Nem sempre é muito compreensível, e a sociedade aceita bem esses mecanismos de regulação. E, muitas vezes, o Judiciário é acionado nesse momento. “Ah, eu entrei na fila há dois anos, para um transplante renal, e o indivíduo B, que entrou há seis meses, passou na minha frente”. Então, muitas vezes o Judiciário é também acionado por uma questão que parece certa quebra de princípios da igualdade. Mas de novo o processo da regulação, desde que ele foi feito com protocolos, normas transparentes para a sociedade, ele tem a intervenção da priorização, da gravidade, da melhor indicação a tempo e a hora.

Outra questão importante, introduzida na regulação do serviço de saúde no Brasil, foi a criação do Samu em 2003/2004. Trata-se de um serviço que hoje mais de 75% da população brasileira já têm e que teve um impacto muito importante. As centrais de regulação que foram estabelecidas para urgência/emergência tiveram um impacto muito grande no sistema, porque, ao chegar à via, ao acidentado, ao infartado, ao usuário, aquela equipe que chegou primeiro já faz uma regulação prévia por telefone. Ela tem algumas perguntas centrais que definem a gravidade do caso e, inclusive, qual é a ambulância que tem que ir. Por exemplo, se é com médico, que é chamada de unidade de suporte avançado, ou se é a de suporte básico. Depois, há a chegada do profissional em cena, que a gente chama em cena; ele também vai fazer o contato regular para saber para onde esse paciente tem que ser levado. Quer dizer, pela gravidade do caso, pelo quadro que está, qual é o hospital, qual é a unidade mais adequada para que se encaminhe o usuário. Isso diminuiu, teve um impacto muito importante na morbidade, quer dizer, na gravidade dos casos, na diminuição das sequelas e também na mortalidade. Quer dizer, levar o paciente ao local adequado, eu diria, é o cerne, o núcleo central da regulação assistencial: é quando o Poder Público e os profissionais da área da saúde conseguem dar essa orientação adequada. Nem sempre é possível, nem sempre está disponível, mas essa, eu diria, é a essência do processo da regulação assistencial.

E foi criado mais recentemente, a partir de 2011, 2012, com a implantação das redes de assistência. Durante todo esse processo de implantação do SUS, nós estamos identificando ao longo do tempo que os municípios sozinhos ou as instituições sozinhas nunca se completam. Mesmo um município como São Paulo dificilmente vai dar conta de fazer a presta-



ção de serviço como um todo, ou a duplicidade. Então, essa construção dos planos de ação regionais para a rede de urgência, para maternoinfantil, para psicossocial, que é a definição do papel de cada uma das instituições nessas redes assistenciais, também significou um processo importante de organização, inclusive para o próprio Samu. Por exemplo, no caso de você ter um enfartado, é importante saber qual é a unidade a ser enviada, se daquela região ou de outra que tem uma unidade coronariana que poderia atender esse paciente com mais rapidez e eficiência. Então, essa própria especialização das instituições dentro do plano de ação regional significou e tem significado avanços importantes no processo regulatório dos Estados e municípios.

Uma outra ferramenta, também ainda embrionária no Brasil, que em outros lugares já avançou muito mais, que tem uma resistência muito grande da própria categoria médica ao utilizá-la e que tem funcionado muito bem como mecanismo ambulatorio naquilo em que ela pode, quando ela vem executar, é a questão do Telessaúde, das formas de consulta a distância. Hoje é possível, pela tecnologia, por todo processo, fazer um eletrocardiograma no interior do Amazonas e esse eletrocardiograma ser lido pelo núcleo de saúde do Hospital das Clínicas da UFMG, e daí enviar-se a tempo para o médico o resultado e a indicação de qual é a melhor conduta naquele momento. É possível hoje eu já transmitir para o Sírio-Libanês, do Professor Gonzalo Vecina, um conjunto de imagens, de um raio-x ou de uma tomografia feitos nos locais distantes do País e ele poder dar a melhor indicação para o tratamento. Nós temos que avançar sobre isso? Temos que ainda avançar muito. Há uma resistência sobre isso? Também há. Mas eu diria que esse é um futuro que nós podemos usar para corrigir inclusive o conjunto de iniquidades e dificuldades que nós temos pelo País afora. Eu não vou ter especialistas em todos os rincões do País, eu não vou ter possibilidades de exames disparados por todo o País, então eu vou precisar de usar a tecnologia. Hoje nós queremos cada vez mais tecnologias disponíveis, para que a gente possa ter uma melhor abordagem, um maior processo de eficácia nessa questão.

Algumas ferramentas que já estão estabelecidas há muito tempo e que não são plenamente utilizadas pelos gestores são os mecanismos também de auditoria. Os Tribunais de Contas têm usado muito essa questão da



chamada auditoria analítica. Agora no ano passado, os Tribunais de Conta dos Estados, com o Tribunal de Contas da União, fizeram uma auditoria sobre toda a questão da atenção básica no Brasil, identificando as principais dificuldades, etc. Os gestores também podem usar algumas dessas ferramentas, que são um tipo *a posteriori*, é verdade, mas fornecem os principais elementos para corrigir problemas encontrados durante o processo.

Há também mais recentemente, mas já estabelecido há algum tempo, mas mais aprimorado, o próprio acompanhamento dos lançamentos públicos, que mostram as prioridades que estão sendo feitas pelos gestores. Eu acho que as análises desses orçamentos públicos, que agora começam a ser feitas também pelo Tribunal de Contas, apontam as prioridades e aumentam o processo de acompanhamento e fiscalização por parte da sociedade sobre o processo, nos Conselhos Municipais de Saúde, nos Órgãos de Controle Externos.

E, por último, e talvez a questão mais importante, apesar de um discurso reiterado dos gestores públicos, eu diria que é onde nós menos desenvolvemos, são as ações de avaliação e monitoramento. Não que não haja sistemas. A saúde produziu e produz um conjunto de sistemas. O próprio Dr. Vecina falou aqui dos poucos mais de 500 hospitais do Brasil que têm sistemas informatizados. Mas, independentemente disso, o SUS desenvolveu um conjunto de ferramentas que possibilita, eu mostrei algumas delas anteriormente, ou possibilitaria, um processo de avaliação e monitoramento muito mais adequado. Há inúmeras dificuldades de fazer isso de uma forma mais sistematizada. Ao avaliar um conjunto de políticas e ações que nós implementamos, nós temos uma baixa capacidade de *feedback*, uma baixa capacidade de fazer readequações e ajustes durante os processos. Então, muitas vezes estamos fazendo avaliações dois, três anos depois dos programas em andamento. Isso dificulta muito a reorientação de todo o processo.

Mais recentemente, nós tivemos algumas legislações que são importantes no processo regulatório, que fazem uma discussão importante com o próprio Judiciário. Uma é a Lei de Incorporação de Tecnologia, de 2011, que criou a Conitec, criou a necessidade dos protocolos, aquilo tudo que o Dr. Vecina estava mencionando, sobretudo antes da medicina ba-



seada em evidências, o Estado brasileiro demorou muito no processo de normatizar e formatar um processo em relação à tecnologia. A Inglaterra, o Canadá, os Estados Unidos e a Espanha já fazem esse processo há muito tempo. O Brasil demorou muito nisso, ainda trabalha como uma comissão, a Polintec é uma comissão. Mas a lei de 2011 traz um avanço importante ao estabelecer como se dá no Brasil um processo de incorporação de tecnologia e o estabelecimento de protocolos. Isso favorece e fortalece o trabalho, pois há o sentimento de que você tem um mecanismo mais transparente para a sociedade, mais permeável ao conjunto da sociedade, para que as normas definidas possam ser estabelecidas. Eu acho que, sem dúvida nenhuma, os protocolos e as diretrizes aprovados pela Conitec têm um forte impacto, são fontes muito importantes, acredito que, para o próprio Judiciário, no momento da discussão do uso da tecnologia A, da tecnologia B, do medicamento A, do medicamento B. Acho que foi um processo importante para o Brasil.

Também há o Decreto 7.508, de 2011, que fala da questão da regionalização. Para se ter uma ideia, esse processo de pactuação - de que eu falei no início, das normas, etc. - e o próprio funcionamento da saúde é muito diferente do da educação. Na educação, ele se completa, dentro do ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Completa-se do ponto de vista regional, local, com muito mais facilidade. O da saúde raramente se completa no nível local. E ela precisa então dessa discussão toda da regionalização. No Brasil, não há um ente responsável. Os Estados, que seriam os grandes responsáveis por esse processo da discussão da regionalização, principalmente os Estados de Minas Gerais, de São Paulo e Rio Grande do Sul, acabaram se deslocando desse processo da discussão da regionalização, em uma postura ora de competir com os municípios na própria prestação de serviços, ora de dizer "Não, isso é um problema do município, eu não tenho nada a ver com isso". Então, a regularização é um processo de fluxo de pacientes entre o município demandante e o município-polo, o fluxo do paciente do município de tamanho médio para a grande cidade. Quer dizer, todas essas questões, todas aquelas ferramentas já discutidas anteriormente só podem se dar dentro de um pacto regional. Então, o decreto que regulamenta a Lei 8.080 tem essa perspectiva de dar



conformidade para a região. Mas a gente sabe de toda a complexidade que é uma discussão, de novo, entre entes que não têm nenhuma hierarquia. A grande contribuição da Lei 141, que regulamenta a Emenda 29, é definir quais são as ações de serviço de saúde. Essa emenda é de 2000 e definiu ações de saúde. Entre 2000 e 2013, basicamente 13 anos, nós tivemos uma grande controvérsia no âmbito dos Tribunais de Contas dos Estados sobre as ações do serviço de saúde. Ao definir quais são as ações do serviço de saúde, a Lei 141 torna mais transparente, mais permeável, esse processo e possibilita que os recursos devidos para a área da saúde sejam efetivamente gastos com a área da saúde.

Quais são os desafios de se implementar uma regulação pública? Vários deles já foram mencionados aqui durante a minha exposição. Primeiro, você tem um comando articulado dos três níveis de governo. Então, é aquilo que eu já falei, a heterogeneidade, as dificuldades que existem nesse processo de ser articulado, de a região não existir. O processo de regionalização do País não tem formato legal, ele é fruto de um arranjo de apoios. Isso dificulta a sua formalização. Um segundo desafio é - eu já disse aqui - a dificuldade de que todos os gestores assumam plenamente, internamente, a gestão do sistema. Isso também no Brasil ainda é muito heterogêneo. Há alguns lugares em que o Sistema de Saúde Brasileiro ainda funciona de modo muito parecido como funcionava há 15, 20 anos. Faltam instrumentos, falta capacidade de gestão. Ainda há prestadores no SUS, para espanto de todos, apesar de a Lei de Licitações ser também de mais de 20 anos atrás, que ainda não têm o contrato formal estabelecido com o gestor. Eu não sei como se paga até hoje. Então, você ainda precisa discutir essa questão.

Um terceiro desafio é garantir acesso dos cidadãos ao serviço. Muitas vezes você tem o serviço, tem a demanda, e o Poder Público não consegue estabelecer as formas adequadas para que o cidadão possa ter acesso ao serviço de saúde. A discussão da integralidade, já aqui abordada em parte pelo próprio Dr. Vecina, existe, pois, em relação ao SUS, o Brasil tem um conceito de integralidade muito amplo. E isso dificulta muitas vezes você ajustar a oferta às necessidades. Acho que nós estamos avançando nisso com o estabelecimento de protocolos, com o auxílio da medicina baseada em evidências, da lei de colaboração de tecnologias. Há várias questões que



tentam interpretar esse conceito da integralidade e dar um formato mais operacional, mais factível ao conceito, para que possamos fazer o trabalho no SUS. Busca-se controlar e avaliar os serviços contratados pelo SUS, mas também há um conjunto de prestadores de serviços que executam as suas ações de forma ainda não regulada, não acompanhada pelos gestores.

Outra questão - que ainda é um desafio - é que nós desenvolvemos um conjunto de teorias e projetos para discussão do modelo assistencial no Brasil em que a atenção básica fosse a porta de entrada dos serviços. Nosso modelo de organização é baseado em países como a Inglaterra, o Canadá, onde a porta de entrada do sistema é a atenção primária. Então, nosso desenho tem a ver com o modelo desses países, mas não a nossa operação do sistema. Essa distância entre o que preconiza o modelo essencial, que fala da questão da descrição: que o usuário teria que ir para a Saúde da Família para acompanhar, teria que ir para a Unidade Básica, essa equipe que encaminharia o paciente, mais complexo de atenção, esse usuário voltaria para a atenção básica. Isso que está desenhado enquanto modelo tem muito pouco a ver com o nosso próprio modelo de regulação. Então a urgência continua sendo um grande demandador de processo regulatório. A demanda a partir dos profissionais individualmente. Então ainda estamos longe de um modelo assistencial que é preconizado por uma expressão no processo regulatório. Nosso processo regulatório é feito ainda principalmente pela questão da urgência. Outra questão são os sistemas de informação. O Dr. Gonzalo mencionou aqui o dos hospitais, mas também na atenção básica, na atenção primária, nós temos ainda um processo muito atrasado de informatização. Os estudos, os levantamentos que foram feitos em 2012 mostram que menos de 30% das nossas unidades básicas de saúde eram informatizadas. Ainda estamos muito distantes do acesso à banda larga. Então, isso tudo dificulta o processo da regulação. Quer dizer, essa atenção primária não informatizada tem, óbvio, muito mais dificuldades de dar os andamentos e fazer os necessários encaminhamentos para o usuário. Para se ter uma ideia, no Brasil, não há, da maneira como está estabelecida nos sistemas de serviço de saúde, quase nenhuma possibilidade de acesso a informações dos usuários de uma unidade para a outra. Então, praticamente, em todas as unidades a que você chega, você é iniciante,



você começa tudo de novo. Claro que há as informações procuradas na entrevista, na avaliação clínica. Há as informações do paciente. Ele pode levar o resultado dos seus exames, etc., mas não é um mecanismo de integração. Falta o chamado prontuário eletrônico, por exemplo, ou conjunto de informações básicas que podem ser acessadas diretamente pela equipe de saúde, tal como existe hoje na Inglaterra, no Canadá, quando o paciente chega à farmácia, ao ambulatório ou a qualquer hospital. Nós não temos nenhuma ferramenta nesse sentido.

Eu já falei da avaliação. Trata-se de um grande desafio: que a avaliação e o monitoramento sejam integrados no cotidiano dos gestores públicos para que eles possam exercitar esse cotidiano das suas intervenções. E, por último, falta estabelecer a regulação em todos os processos de atenção à saúde, sejam eles públicos ou privados. A ANS tem feito um conjunto de avanços. A Dr.^a Marta, no momento em que ela veio aqui, deve ter falado um pouco disso. O setor público também tem feito um conjunto de avanços. Mas, por exemplo, nós ainda temos baixíssima capacidade de interlocução dos mecanismos regulatórios entre o setor público e o setor privado. Há as notificações compulsórias, por exemplo, o próprio acompanhamento da dengue, da mortalidade materna, de várias questões. Mas eu só tenho isso muito *a posteriori*, não tenho isso no cotidiano. Na investigação de óbito materna em uma unidade privada prestadora de serviços da saúde suplementar, eu só tenho essa informação muito *a posteriori*, o que dificulta, por exemplo, o processo de identificar o porquê. Então, como há, hoje, praticamente, 25%, 26% da população com planos de saúde, esse distanciamento, essa segmentação dos processos regulatórios ainda é um desafio que precisa ser vencido.

Eu quis dar, aqui, um panorama, falar um pouco de tudo que nós tentamos desenvolver durante esse período, das dificuldades que o setor público teve durante esse processo do avanço da questão da regulação, dos instrumentos que foram desenvolvidos, alguns que ainda precisariam passar por processos de aprimoramento e outros que estão em franco processo de desenvolvimento. O nosso desafio neste momento, principalmente nesta discussão com o Judiciário, com a própria sociedade, é deixar dar mais transparência inclusive a esses processos. Eu acho que nós já temos,



apesar de todas as deficiências, todo um conjunto de informações, de mecanismos aos quais, muitas vezes, a sociedade, que não é uma ativista da saúde, que não está o tempo todo militando na área da saúde, tem pouco acesso. Então, a minha ideia era mostrar um pouco desse panorama. Desembargadora, eu me coloco à disposição, neste período de tempo que está faltando, para que nós possamos responder a algumas questões, ouvir alguns comentários.

Desembargador: Dr. Fausto, eu tenho 2 indagações. A primeira é a dificuldade que nós temos, da área jurídica, de saber como a rede funciona. Nós não sabemos como o paciente de Manga vai ser atendido aqui em Belo Horizonte. Como ele vai chegar à média e à alta complexidade? Como esse atendimento é feito inclusive até para se estabelecerem responsabilidades? Embora o Supremo Tribunal Federal tenha entendido a repercussão geral de solidariedade, ele não fala, quando existe rede, quando não funciona, não ressalva isso. Uma outra questão: a Lei 2.401, quando regula, no art. 19-Q, § 2º, 2, ela fala da avaliação econômico-financeira para a incorporação. Na hora em que eu tenho um texto constitucional que diz da integralidade e temos uma norma infraconstitucional, que, na hora de incorporar, faz uma avaliação econômica e contábil, o custo-benefício, nós não temos aqui uma porta automática de judicialização? Nós estamos criando, realmente, em princípio, uma grande dificuldade, porque nós usamos o paradigma Canadá, Inglaterra, mas também o texto constitucional fala na integralidade. Esse é o principal ponto de judicialização, a questão da integralidade.

Doutor Fausto Pereira dos Santos: Perfeito. Tem o preconizado e, muitas vezes, o que acontece no mundo real. A rede, no caso, por exemplo, do Norte de Minas - para usar o exemplo de Manga. Nós temos uma rede de urgência organizada no Norte que define o papel da Santa Casa de Montes Claros, o papel do Hospital de Manga, no atendimento, a forma do transporte, inclusive a regulamentação através de uma regional, do SUS Fácil. Então, o desenho seria: esse paciente de Manga, tendo uma dificuldade, tendo um processo que não poderia ser resolvido lá, o que muda, Desembargador, é que, a partir do momento em que ele entra no sistema, a responsabilidade passa a ser do gestor. Então, caberia ao gestor de Manga ver a alternativa assistencial para ele. Encaminhar para Montes Claros ou, even-



tualmente, encaminhar para Belo Horizonte, dentro desse padrão que está definido. Caberia ao responsável pela questão oncológica, eventualmente, pela hemodiálise, etc., fazer os encaminhamentos necessários. Há os protocolos, os exames, as informações desse paciente, e ele deveria seguir esse fluxo a partir da demanda desse gestor. Então, isso é o que nós temos estabelecido, que se acionaria a central de Montes Claros e, eventualmente, a central de Belo Horizonte, dependendo da complexidade do caso. Nós temos vários problemas nesse fluxo. O grande, o primeiro deles é se eu tenho, apesar da programação definida, essa capacidade instalada, se ela está disponível. Aí começam os problemas: se aquele prestador que está definido que faria aquilo, se ele realmente está fazendo, se tem vaga disponível, etc. Eu tenho uma segunda discussão, distorção disso, que é, muitas vezes, ante a necessidade e a urgência do caso, o próprio paciente procurando resolver o seu problema. Ou ele se desloca sozinho para o centro maior e, muitas vezes, nós temos problemas com o Cadastro Nacional de Saúde, com endereço falsificado, adulterado, com o endereço do familiar, para ele tentar entrar pelo sistema do município-polo. Eu acho que nós temos vários problemas nessa questão. E isso tem trazido, muitas vezes, uma sobrecarga para os municípios-polo. Eu entendo que aí há um problema, muitas vezes, da ausência do papel do estado - do Estado de Minas, por exemplo, nesse caso de fazer esses processos de regulação efetivamente funcionarem. Fica, muitas vezes, entre o Município de Manga, por exemplo, e o Município de Montes de Claros, que é o gestor do sistema de Montes Claros, e há certa ausência do papel do Estado. Mas o fluxo normal seria esse. Essa seria a forma de funcionamento. Essa outra questão da incorporação de tecnologia, eu acho que tem, vamos falar assim, dois âmbitos, dois aspectos. Eu acho que a análise econômico-financeira de qualquer processo de incorporação de tecnologia faz parte do processo da incorporação da tecnologia. Você tem que fazer uma análise de custo-benefício, do impacto econômico, etc. Para se colocar aqui o procedimento na tabela do SUS, é preciso saber se você vai ter capacidade de pagamento ou não. Qualquer incorporação de tecnologia tem que passar por essa análise. Não há alternativa assistencial disponível que tenha mais custo-efetividade. Então, essa análise é da natureza do processo de incorporação de tecnologia. Essa é uma questão. A



outra questão é, tendo a efetividade, sendo benéfica para o cidadão, etc., a incorporação de tecnologia não ser feita, ou seja, não ser atestado só, vamos falar, o efeito benéfico daquele medicamento ou daquela intervenção. Nós precisamos deixar isso mais claro, inclusive nas resoluções da Conitec. Eu não incorporei porque o SUS não tem condições de pagar - vamos dizer que fosse isso -, não incorporei na tabela do SUS, mas eu, ao mesmo tempo, não neguei a efetividade daquela medicação ou daquele procedimento. Quer dizer, a análise técnica da Conitec precisa fazer essas duas distinções, sob pena de, realmente, a análise da condição econômico-financeira ser um impeditivo, inclusive para se atestar a efetividade daquele procedimento. Eu acho que precisava fazer certa distinção entre esses dois momentos. A análise econômico-financeira sempre vai continuar sendo feita, porque isso é da natureza da incorporação, mas nós precisávamos deixar um pouco mais claro qual é o impacto, qual é a avaliação final que a Conitec está fazendo. Eu acho que isso era um mecanismo importante para, de novo, dar transparência para a sociedade.

Des.^a Vanessa Verdolim: Eu tenho uma pergunta. É parte mais da minha curiosidade em entender alguns sistemas que me parecem, assim, bem o contrário do que nós, leigos, entendemos que deveria ser. Por exemplo, ressarcimento ao SUS. Partindo do entendimento de que o SUS deveria ter atendimento assistencial universal e integral, eu não entendo a razão de ser o ressarcimento ao SUS se, pela integralidade, universalidade, deveria ser até o contrário para não prejudicar o sistema de saúde suplementar. Como o senhor já exerceu o cargo na saúde suplementar e na saúde pública, talvez possa nos dar aqui uma luz.

Dr. Fausto Pereira dos Santos: Essa foi uma das questões centrais de uma ADIN, Ação Direta de Inconstitucionalidade. A Lei 9.656, no seu art. 32, fala do ressarcimento. O entendimento, na época, do Ministro do Supremo, o Relator, que é o ex-Ministro Maurício Corrêa, que foi acompanhado pelos outros membros da Corte, não foi que o ressarcimento não tratava da integralidade ou da universalidade. Ele se lastreou em um outro princípio que é: a operadora, ao vender o plano de saúde, negou àquele cidadão que comprou o plano um conjunto de prestação de serviços e que, se ela não presta aquele serviço - e esse serviço é prestado por outra -, se trataria de



enriquecimento ilícito, porque ela vendeu um conjunto de entregas, e essa entrega está sendo feita por outrem. Esse foi o entendimento que o Supremo teve na época. Essa ação foi negada em 2003, então já há um bom tempo. Mas esse foi o entendimento, o de que a operadora já teria recebido por esse procedimento do cidadão. Então, se eu vendo um plano de saúde em que está incluída a obstetrícia, se a cliente fizer pelo SUS, desobrigaria a operadora a fazer aquele gasto. Caberia à operadora, como ela já recebeu por aquilo - esse foi o entendimento -, caberia a ela fazer o ressarcimento. Agora, essa é uma discussão bastante polêmica. Ela vem se desenvolvendo desde 1998, essa sobre o art. 32. Há várias restrições no art. 32. Uma delas fala que só cabe ressarcimento naquilo que está absolutamente explícito no contrato, que era obrigação da operadora. A operadora não pode ressarcir acima daquilo que ela já pagaria. O artigo tem um conjunto de alíneas que tentam definir um pouco o padrão. Agora, é sempre fonte de muita polêmica. São inúmeras as ações judiciais sobre a questão do ressarcimento. Nós, em algum momento lá atrás, 2007, 2008, na época, o Ministro que estava para levar para o Pleno era o Ministro Marco Aurélio - não sei, hoje, com quem está. Nós fizemos, inclusive, ações junto a ele para que isso fosse resolvido de uma forma definitiva pelo Supremo, para que não ficasse só nesse caráter de liminar - hoje, negativa de liminar -, mas que isso pudesse ser julgado no mérito; mas isso acabou não acontecendo ainda. Mas é um fruto de instabilidade jurídica, vamos chamar assim, do processo de relacionamento. Até hoje. E também há problema com os prestadores públicos que atendem esses pacientes. Aí o processo é complexo, e esse dinheiro acaba indo para o Fundo Nacional de Saúde. E o prestador, ou o gestor, fala: "Eu que paguei essa conta no hospital público", e volta para o Fundo Nacional, não volta para o gestor municipal. Aí, há outra discussão, a de que isso produz mais equidade, porque, senão, o gestor do lugar que tivesse mais beneficiários do plano receberia mais; por isso, indo para o Fundo Nacional, é mais equitativo. Há muita discussão sobre essa questão do ressarcimento ao longo do tempo.

Obrigado pelo convite.



A judicialização da saúde perante os municípios. A saúde pública perante a União, Estados e Municípios. Questões orçamentárias. Responsabilidade fiscal. A saúde como direito fundamental

Dr. Sebastião Helvécio Ramos de Castro

Bom, em primeiro lugar, eu queria agradecer à Des.^a Vanessa a oportunidade de estar com vocês mais uma vez aqui, na nossa Escola Judicial, com um assunto que calha a todos nós, que é a questão da saúde pública. Eu não poderia deixar de destacar entre todos nós a presença também do Dr. Renato Dresch, Desembargador desta casa, que também tem feito um trabalho muito forte no sentido de melhorar a qualidade do gasto público. Conforme a Des.^a Vanessa apresentou, foi-me solicitado que fizesse alguns comentários a respeito de temas variados em relação à saúde pública no Brasil. Então, eu tenho que fazer esta apresentação bastante ampla com o título de: “A saúde pública e a Federação”, porque identifico que um dos problemas que nós temos na efetividade do nosso sistema de saúde é exatamente essa compatibilização entre o modelo, que é um sistema único, e ao mesmo tempo uma República, que é federativa. Vamos perceber que, a partir daí, já começa um quadro que exige um entendimento mais apurado dessa dicotomia entre o universal e o focalizado. Eu vou iniciar com um pensamento do Epicteto, que, embora lá no século II, permanece extremamente atual. E, talvez, se alguém me perguntasse qual é a principal mensagem que nós deixaríamos a vocês nesta manhã de hoje, certamente é esta, de que nós podemos, nesta altura do exercício da Constituição brasileira desde 1988, desses vinte e seis anos de experiência, utilizar o conhecimento, e não os mitos que estão por trás do nosso sistema de saúde.

Por exemplo, só para começar com uma provocação, a gente chama o sistema de Sistema Único de Saúde. Mas, ao fazermos uma análise do seu financiamento, nós já vamos identificar de início, *in limine*, que o gasto privado em saúde no Brasil é maior que o gasto público. Então, não há



como a gente pensar num sistema único em que, na verdade, você tem já no ponto de partida essa assimetria tão grande, a de que o sistema privado é maior financiador do que o sistema público. Então, Epicteto nos ensina que as aparências são claramente de quatro tipos: as coisas ou são o que parecem ser, ou não são nem parecem ser, ou são e não parecem ser, ou não são, mas parecem ser. Quer dizer, na área da saúde, nós vamos encontrar esse cenário com muita qualidade, muitas indicações, muitos caminhos. Há um fundamento ideológico muito grande. De outro lado, há a modernidade na questão da governança pública muito presente, e, conforme já disse, o mercado privado de saúde tem muitos interesses e normas. Então, a sabedoria aqui no caso é exatamente posicionar-se corretamente frente a todos esses casos. No caso específico da saúde pública, todos vocês estão convidados para esse exercício investigativo, que, ao mesmo tempo, é exercício de cidadania, que é muito relevante, porque nós vamos ver que os gastos em saúde já ocupam hoje no nosso Estado a terceira função em termos de relevância, em termos de materialidade.

Adiante. Bom, e aqui eu trago, só para começar, esta provocação: aquela questão que todos vocês viram circulando quase que viral aí pela internet em relação àquele vestido, se era um vestido preto e dourado, se era um vestido azul, e que gerou uma discussão muito grande da percepção de cada um. Mas o que nos importa aqui nesta manhã de hoje é fazer dessa questão que andou aí pela internet, com muita ênfase, um modo, que eu acho fundamental, de estudo do que vocês estão fazendo aqui na Escola Judicial, que é exatamente a questão do conhecimento. Por que algumas pessoas olhavam esse vestido e algumas viam o preto com o dourado, outras viam o azul com o dourado? É fundamentalmente porque quem vê a cor não é o nosso olho, quem vê a cor do objeto é o nosso cérebro, são as células fotorreceptoras que fazem essa leitura. E nós temos, na nossa gestão, no nosso dia a dia, de enfrentar qualquer assunto. Os magistrados têm que tomar decisões em inúmeros processos, e a gente traz um acumulado de conhecimento que certamente nos orienta muito numa determinada posição ou noutra. Então, fica aqui este alerta: ninguém aqui estava certo quando via o preto e o dourado, ou o azul e o dourado. A verdade estava na quantidade de células fotorreceptoras que cada indivíduo tem e dentro



daquele princípio fundamental de que cada um de nós é único, cada um de nós tem uma formação neurológica especial.

Essa mesma questão na figura desta nossa querida arara. Se a gente fizer uma observação rápida deste animal, o que nós percebemos aqui? Essa não é tão famosa quanto a do vestido, mas tem o mesmo fundamento. A impressão inicial que nós temos é de uma arara. Depois de eu me deter um pouquinho mais, com atenção, nós vamos ver que é uma obra de arte de um artista italiano, em que temos uma mulher e, do modo que ela se coloca, à primeira vista, a aparência nos leva à ilusão de se tratar de uma ave, quando é na verdade uma companheira nossa, um ser humano, uma mulher que o artista preparou, pintou. Então, neste trabalho de Johannes Stötter, um italiano que começou um trabalho muito interessante, que era do sapo, ele colocou várias pessoas fazendo essa figura, só para nos mostrar como é que muitas vezes as aparências nos levam a equívoco. Então, o caminho para a gente poder ter racionalidade é certamente trabalhar com a medicina baseada em evidência, trabalhar com protocolos de referência, para que a gente possa racionalizar esse conhecimento. A intuição é muito perigosa quando nós vamos tratar de valores altamente significativos, que é na sua utilidade, que é para as pessoas, que é sua relevância, que é o total de dinheiro utilizado nessa função. Esta aqui também é outra foto histórica, só para gravar bem este início de conversa. Talvez a mensagem mais importante que eu gostaria de passar para os senhores é a gente não ficar acostumado com a mesmice, nós temos que ter a mente aberta para a inovação, principalmente dentro das nossas instituições, para se adaptar aos tempos hodiernos. A foto deste lobo ganhou o prêmio internacional de vida selvagem em 2009. E, assim que o prêmio foi concedido, que o fotógrafo foi festejado, especialistas identificaram que a foto é falsa, por quê? Um especialista em lobo selvagem identificou que esse lobo era na verdade de um zoológico de Madri e tinha sido treinado para dar salto. Se fosse um lobo na sua vida natural, ele passaria entre as frestas da porteira. Lobo não tem essa habilidade de fazer o salto. Esse fotógrafo foi desmoralizado, graças à informação de um especialista, de um conhecedor da vida selvagem. Então, só para insistir com essas apresentações, pois gosto muito desta coisa do visual, que às vezes fica mais forte que as nossas palavras, de que as aparências



nem sempre representam a verdade. Nós temos que ter uma racionalidade, uma fundamentação científica para poder amparar as nossas decisões, e ela muitas vezes gera o embate, o discurso. A gente tem fundamentação filosófica desde Espinosa, que é uma pessoa de quem eu gosto muito para fundamentar a questão do discurso político, que pode nos levar muitas vezes a erro, à má gestão, à má utilização, à má decisão, e acabar prejudicando as pessoas. Uma outra deficiência, que é muito própria de nós seres humanos. Eu, por exemplo, sou míope. Se eu tiro os óculos, eu vejo ali claramente a Marilyn Monroe. Quem for míope tem a experiência. Se você coloca os óculos, quando você adapta a radiometria, ali está o Einstein, e ninguém vai poder comparar a beleza de Marilyn Monroe com Einstein. Nós somos enganados, levados a um erro meramente pela nossa condição humana, por isso é que você faz um diagnóstico equivocado.

Vencida esta fase inicial, que nos alerta para a necessidade de aprofundarmos na racionalidade para a tomada de decisões, eu queria começar com a revelação, que é muito importante, de que os gastos com saúde sofrem algumas determinantes que não estão relacionadas à própria gestão da saúde, ou seja, a possibilidade de implementar os gastos em saúde, muitas vezes, não está relacionada com quem é o responsável pela própria gestão. Esse assunto eu tive a oportunidade de estudar na minha tese de doutorado, que foi defendida em 2007. Vou aqui sintetizar algumas observações de estudiosos desse campo. O primeiro dele é Yvans, autor americano especializado em gasto de saúde pública. Ele chama a atenção para uma coisa muito interessante: não há na saúde pública sobra orçamentária, ou seja, em qualquer sociedade, em qualquer tempo, o total das receitas disponíveis à atenção da saúde é igual ao total da renda oferecida pelos prestadores de serviço, ou seja, na demanda pelo serviço de saúde qualquer orçamento que for disponibilizado vai ser consumido.

Vidovszky fez um trabalho extraordinário para o Estado mais rico dos Estados Unidos, a Califórnia. É um trabalho basilar para quem quiser entender a execução orçamentária. Ele mostra o seguinte: os gastos em saúde vão aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis. É um trabalho seminal, é o melhor trabalho ainda hoje na literatura e mostra o seguinte: no Brasil, nós temos esses patamares de financiamentos e até mesmo uma



simetria no nosso financiamento público. Nós sabemos que os municípios devem contribuir com quinze por cento da sua receita, os Estados com doze por cento e a União, agora nessa tentativa de se chegar aos dez por cento, mas o que se tem é o que se gastou no ano anterior com a variação do PIB. Esses modelos de garantir um determinado percentual, que a nossa Constituição nos encaminha nesse sentido, esse estudo da Califórnia mostra o seguinte: se você estabelecer um limite de quinze, todos vão gastar quinze, e a saúde vai continuar tendo demanda. Se você não fizer uma gestão da qualidade desse gasto, o gasto da saúde pode chegar ao ponto de ocupar todo o orçamento público, porque há demanda, há uma necessidade dessa acomodação, dessa renda do prestador de serviço. Então, trocando em miúdos, a gente não pode fazer o planejamento da saúde em função daquilo que é demandado, mas você tem que ter um serviço proativo para, a partir dos protocolos, a partir da medicina baseada em evidência, você poder planificar aquele atendimento que você vai executar. E aqui já revelo para vocês o primeiro e o mais importante ponto: nós temos que ter coragem para enfrentar, num sistema único de saúde, o cartão SUS. Enquanto nós não tivermos o cartão SUS para que o cidadão possa percorrer o Brasil e se beneficiar desse sistema, nós não vamos ter nunca um mecanismo de compensação nesse modelo federativo. Hoje, a nossa grande preocupação em auditoria é exatamente exigir que o cartão SUS seja realmente implantado. Já gastamos quatrocentos e dez milhões de reais, não temos ainda um sistema informatizado que dê ao cidadão brasileiro a dignidade de ter um cartão em que fique, em seu prontuário médico, ali identificado onde se beneficiou, em qual município, em qual Estado, em qual área da União.

Outro dado fundamental que onera a saúde pública hoje é a transformação da morbimortalidade. Até bem pouco tempo atrás, o nosso maior custo era com as doenças infecciosas, que eram doenças primeiro, do seu ponto de vista profilático, mais fáceis de ser enfrentadas, com as vacinas, com os tratamentos. E hoje o que nós temos mais é a doença crônica, são doenças degenerativas, que têm um custo operacional muito mais alto. Tratar de um câncer é muito mais caro do que tratar de uma infecção bacteriana. Então, o que a gente percebe claramente hoje é que a expectativa



de vida de todos nós aumentou muito. E, evidentemente, à medida que há o envelhecimento da população, as doenças crônicas, as doenças degenerativas vão aparecendo, e o custo delas *per capita* é muito maior do que o custo de uma doença infectocontagiosa.

Aqui é outro problema fundamental, que exige de todos nós um estudo, um aparelhamento muito grande para entender esse fenômeno. É o único entre as várias tecnologias, o da questão da tecnologia médica. Toda vez que nós vamos pegar uma empresa inovadora, você pega, por exemplo, as duas hoje mais valiosas, a Apple, o Google, a tecnologia produzida por elas produz valor agregado para a instituição. No nosso caso, na saúde, é o contrário. Quanto mais tecnologia você coloca, mais capital você precisa para os equipamentos. São caríssimos e sujeitos a uma modelagem internacional que praticamente se autofinancia. Você compra um tomógrafo hoje, daqui a dois, três anos, é lançado numa feira de saúde um tomógrafo que tem uma resolutividade melhor e que exige daquele detentor do equipamento uma atualização daquele modelo. E a gente não consegue mensurar muito bem essa relação do custo-benefício, essa vantagem a mais de capital e, de modo diferente das outras áreas do conhecimento, pois, quanto mais capital você coloca, de mais recursos humanos você precisa, tanto para gerenciar, para manusear esses equipamentos, como para atender à demanda gerada a partir dessas imagens utilizadas nesses equipamentos. Então, essa é uma área que nós temos de conhecer muito bem. Por exemplo, a Inglaterra, que tem um sistema de saúde que inspirou muito o nosso, embora o nosso modelo hoje seja muito influenciado pelo modelo italiano, mas o modelo de saúde inglês trata essa questão do equipamento como o gestor do sistema de saúde fazendo a autorização para a lotação do equipamento. Por exemplo, se você quiser colocar um tomógrafo em Londres, você, da iniciativa privada, não tem essa prerrogativa, você tem que buscar a autorização e, de acordo com o número de habitantes, o número de equipamentos, verificar se é possível ou não. Nós não temos essa realidade. Então, você pode ter uma cidade como Belo Horizonte, em que há uma quantidade de tomógrafos, uma quantidade de ressonâncias muito maiores do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde; e, em compensação, você tem uma área como o nordeste mineiro, em



que você tem um vazio tecnológico muito grande, por quê? Porque é a lógica do financiamento. Como os equipamentos são caros, para eles se autofinanciarem, eles têm que ter uma demanda muito grande. Então, a lógica da instalação é pela demanda populacional, para poder gerar esse tipo de tecnologia.

Outra questão, visto que agora também nós temos condições de começar a fazer esse enfrentamento, que já temos neste momento alguns resultados práticos, é essa influência muito grande entre a indústria farmacêutica e a classe médica. Vários trabalhos mostram que a indústria exerce uma influência muito grande sobre a classe médica, quer seja pela manobra mercadológica, quer seja pela ampliação do uso dos seus produtos. É muito comum você ter eventos médicos, congressos, enfim, momentos em que essa indústria farmacêutica apresenta, pelo seu lado, avanços muito extraordinários que vão repercutir no financiamento, e o órgão de controle muitas vezes não tem ainda a validação desses efeitos farmacológicos. Vou tomar um ponto fundamental. Se a Anvisa, pela sua metodologia, tem esse direito constitucional, a prerrogativa de fazer um determinado medicamento entrar no mercado, a gente não entende como o Poder Público pode autorizar a compra de um medicamento que ainda não foi reconhecido pelo próprio organismo como de validade científica. Outro ponto muito interessante é também a gente ficar atento a essa questão dos direitos fundamentais. A Des.^a Vanessa colocou muito bem, e é evidente que hoje a saúde é um direito fundamental. Mas nós temos que tomar uma medida para que esse apelo emocional não seja utilizado para a introdução de novas tecnologias no SUS. Alguém quer determinado tratamento experimental, algum laboratório na Alemanha está fazendo uso daquela tecnologia, que não é reconhecida, e quer-se que o Estado brasileiro financie esse tipo de tratamento, então nós também temos que ter essa regulamentação, uma priorização daquilo que vamos atender.

Há ainda um outro assunto que hoje nós estamos estudando, do qual já temos um levantamento. É desse fato já identificado: você tem um pequeno número de advogados e de médicos que demanda um grande número de processos com determinado medicamento. Então, uma orientação é de buscar, na prescrição ou na petição, o atendimento de um mes-



mo grupo de medicamento. A gente não sabe, é uma hipótese que estamos testando, se nesse caso não haveria uma parceria para promoção e uso de medicamentos com a utilização dos recursos do SUS. Bom, esses dados são interessantes, por quê? Milton Roemer fez exatamente esse estudo, que é equalizador dessa questão, em que a gente fica tão preocupado com a demanda. O novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar a sua própria demanda mesmo que em mercados saturados. Se eu pegar Belo Horizonte, hoje, que já tem um número de tomógrafos acima do previsto para atender a sua população e eu da iniciativa privada comprar mais um tomógrafo, dentro de sessenta dias esse meu tomógrafo novo já vai estar com a sua agenda totalmente ocupada, exatamente pela necessidade de buscar sempre um reconhecimento, uma validação tecnológica de um determinado procedimento. Essa é uma situação que contraria totalmente a lei da procura e da oferta. Roemer chama a atenção da gente para essa questão da saúde.

Uma outra questão já levantada na auditoria, que também nos preocupa muito, é o posicionamento da indústria farmacêutica no movimento internacional. Por exemplo, a questão do Herceptin 440 miligramas, que a nossa auditoria coordenada acabava de falar com o Dr. Renato Dresh. Este ano nós estamos terminando a atenção básica no Brasil. Eu acredito que, no final do mês de maio, nós já vamos ter um quadro brasileiro da atenção básica, e esse aqui foi para a questão das compras que o governo faz de remédios utilizados no tratamento do câncer. Vimos que, no Brasil, o preço é perto de oito mil reais, é quase que uma vez e meia o cobrado dos gregos, o mesmo remédio, o mesmo laboratório com preços tão diferentes em diversos países. Então, alguns estão pagando acima da média, outros pagando abaixo da média. Isso envolve acordos internacionais; e hoje nós estamos trabalhando na auditoria internacional da Intosai. Nós fazemos parte de um grupo que trabalha para poder entender a lógica de por que um remédio custa tão mais caro em determinado país do que em outro. E aqui evidentemente eu estou expurgando a questão dos impostos, eu estou vendo o preço puro do sal, da medicação. Olhe aqui que interessante. A média internacional e o preço que nós pagamos no Brasil, quer dizer, há discrepâncias, e estamos neste momento fazendo essa auditoria de custo



dessas medicações que são oferecidas para as licitações no Brasil. Hoje, neste momento, há a Lei 8.666, que é a famosa Lei das Licitações, nós estamos, no Congresso, fazendo estudos para poder buscar uma melhor forma de o governo comprar bem. Eu estava comentando com a Dr.^a Carina. Há poucos dias, eu participei de uma banca aqui na Faculdade de Medicina, e uma aluna chamada Carina Alves apresentou uma tese sobre as solicitações judiciais de medicamentos para tratamento de câncer em Minas Gerais. Ela analisou dez anos, de 1999 a 2009, defendeu tese em 2014, no ano passado, no finalzinho. Ela mostra claramente como esse valor em dois anos, só com quimioterapia, praticamente saiu de 1,48 bilhão para quase 2 bilhões de reais, ou seja, não é nada ingênuo. Nós não estamos aqui tratando de valores pouco relevantes para o orçamento público. Então, nós temos que nos debruçar para entender o impacto desses gastos. Aqui, por exemplo, só fazendo um comparativo. Quando se vai analisar uma determinada planilha de obras, a gente tem muito cuidado com o chamado jogo de planilhas, o que é isso? Eu vou construir um prédio aqui para o Tribunal de Justiça. Então, o empreiteiro vem e apresenta a sua planilha de preço unitário: uma coisa que ele vai usar muito pouco, ele coloca com um preço muito baixo; uma coisa que ele vai usar muito, ele coloca um preço alto. Quando você olha o valor unitário, parece que a coisa está equilibrada, mas, quando você faz o ponderado, você vê claramente: aquilo que ele vai usar mais no preço unitário com um preço mais alto. Hoje nós estamos começando a fazer o mesmo nessa questão dos medicamentos. E a gente verifica que a questão do preço de fábrica para as compras públicas tem um tratamento muito diferenciado. O que é isso? Para quem não está familiarizado, o governo brasileiro faz um acordo com os laboratórios, que é o chamado preço de fábrica. O governo fala: “Eu vou comprar isso, isso, isso, qual é o preço que você pode fazer? Então, a Anvisa estabelece o chamado preço de fábrica, que é o preço máximo que o governo está disposto a pagar numa determinada compra. Eu vou comprar este ano quinhentos mil comprimidos de novalgina, dipirona. Quem pode fornecer, por quanto pode oferecer? Os laboratórios fazem esse ajuste do preço máximo que seria cobrado. Esse preço vale para os três entes, vale para União, vale para os Estados e vale para os municípios. E, vai mais além, esses laboratórios chegam para o governo,



depende da quantidade, da facilidade operacional, e fazem uma proposta: “Olhe, nesse preço de fábrica desse medicamento, eu tenho condição de dar vinte por cento de desconto”. Aquilo que era o preço de fábrica recebe um desconto e vira o chamado preço máximo de venda ao governo - PMVG. Esse preço máximo de venda ao governo passa a valer para os dois lados: nem quem vende pode vender por um preço superior àquele, nem quem compra pode pagar mais do que aquele. Então, essa é a lógica de se tentar uma boa compra pública. O que nós identificamos? É trabalho da Carina nessa defesa de tese, por exemplo, a questão da Nimesulida. Para a posologia desse tratamento de cinco dias, o tratamento completo custava cinquenta e oito mil reais, por ciclo, quatro mil oitocentos e setenta e quatro, um pouquinho mais à frente, ou seja, o valor do ressarcimento feito pelo SUS é de apenas oitocentos reais. Como a medicação vai ser utilizada num universo muito pequeno, parece que o preço está extremamente atrativo, mas, na verdade, é um tipo de oferta que vai ter uma demanda muito pequena. A gente hoje tem que estar atento a essa questão de cada unidade, não só do seu preço, mas do impacto desse medicamento dentro dum universo total das compras que vão ocorrer.

E, finalmente, um outro item muito interessante é o aumento do uso da saúde hoje. É essa coisa nossa da cultura. A gente percebeu claramente, nesses últimos anos, quando houve um aumento da renda do brasileiro. Um dos ideais de consumo é exatamente adquirir um plano de saúde. Aquilo que há algum tempo atrás foi o celular, nos últimos anos e talvez hoje seja a pessoa querer ter um plano de saúde, o que vai contra a ideia nossa que é ter um sistema único de saúde fortalecido. Porque, quando eu tenho o meu plano de saúde, esse dinheiro que eu estou pagando, pago a minha Unimed, pago o Bradesco, enfim, o plano que eu estou contratando, eu vou lá na minha declaração, vou entregar depois de amanhã, dia 30, e abato do meu imposto a pagar aquilo que eu gastei com o meu financiamento privado, e esse abatimento diminui a arrecadação para o próprio SUS. Então é uma assimetria em que o privado se comunica com o público, e a gente se beneficia, se apropria desse *plus*. E, finalmente, a inflação médica por essa série de coisas que eu disse é maior do que a inflação econômica, apenas quarenta e dois por cento da inflação médica estão relacionados



com a inflação econômica, com o IPCA, o resto é inflação decorrente desse processo de agregar valor a produtos. A solução para a questão do alto custo da saúde foi encontrada pela pesquisadora, a nossa ídolo, professora Barbara Starfield, que desenvolveu esse programa da atenção básica da saúde, que hoje é o pilar, é o fundamental, que mostra, até do ponto de vista prático, que esses sistemas estão avaliados a menores custos. Então, os países mais desenvolvidos na área da saúde colocam como primário a atenção básica, e nós não. O nosso maior gasto é exatamente o gasto com a assistência hospitalar. Temos que inverter essa lógica. Esse é o objeto dessa auditoria coordenada que está sendo feita no Brasil. E a grande contribuição que a gente espera no Congresso é exatamente essa nova diretriz para o SUS, para que a gente possa ter realmente um sistema de prevenção mais efetivo. Eu não vou cansá-los com essa parte da legislação. Acho que todos conhecem muito bem, mas apenas fazer uma leitura daquele modo que eu falei com vocês no início da nossa apresentação, porque, muitas vezes quando a pessoa vai ler o artigo 196, lê assim: "A saúde é direito de todos e dever do Estado..."; e para aí. Não, a Constituição não fala só isso não, o que a Constituição fala? É direito de todos, dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, regido pelo princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, nós não podemos parar nas primeiras palavras do conceito constitucional. Ali é claro que a saúde tem que ser feita mediante políticas sociais, mediante políticas públicas. No artigo 5º, no inciso XXXV, o fundamento que é indispensável que exista para proteger exatamente a saúde como direito fundamental é que qualquer pessoa que se sentir ameaçada no seu direito tenha esse direito inarredável de ir até o Judiciário para poder fazer valer a sua ameaça ao direito. Então, o papel do Poder Judiciário é extremamente fundamental, é um pilar essencialíssimo da democracia. O que nós temos que achar é o ponto de encontro exatamente entre a política pública a ser definida no sítio próprio, que é o Poder Legislativo, e o cumprimento dela ou não pelo Poder Judiciário. Bom, aí estão vários temas que tratam do assunto. Nós não vamos aqui abordá-los, porque todos vocês já conhecem muito bem, podemos avançar um pouquinho mais.



E chegamos então a essa parte de que gosto muito, que é a questão do gasto da saúde no mundo, para a gente entender onde estamos no Brasil. Quando eu olho, e esse é o último dado disponível, de 2012, foi disponibilizado em agosto de 2014. Quando eu olho o gasto em saúde, a gente vê que o Brasil está em boa companhia, em relação ao PIB. Nós estamos pertinho, por exemplo, de países de que nós gostamos muito em termos de saúde, que é o modelo anglo, modelo inglês, modelo britânico. Modelo que, na verdade, se aplica à Inglaterra, à Escócia e à Irlanda, aos países nórdicos. Entre todos, nós elogiamos muito a Suécia, a Dinamarca, a Noruega. Os nossos irmãos, Portugal, França, Itália, estamos bem. Austrália, África do Sul. Evidentemente que o único ponto fora da curva é realmente os Estados Unidos, que têm um gasto superior a treze por cento. A gente sabe que o modelo americano é um modelo muito fundamentado em securitização. Todo mundo acompanhou, desde o tempo da Hillary Clinton, do Obama, de tentar fazer o plano de saúde americano, e a dificuldade que é essa universalização lá. Então, aparentemente, estamos bem, estamos no patamar de em torno dos nove 9%. Olhando os nossos vizinhos mais próximos, a gente está bem. Olhem, por exemplo, os países da OECD, 9,3. Nós estamos com quase 9; 8,9% é o caso do Brasil. Estamos bem na fita, em termos de percentual não é muito feio. Conforme já falei, só os Estados Unidos ficam com dezessete por cento, que é o ponto da curva. O resto fica aqui em redor de onze. E os nossos rivais, China, por exemplo, que tem grande desenvolvimento, todo mundo fica assustado com o desenvolvimento da China, sete por cento ao ano do PIB, só gasta cinco com saúde. Israel tem um sistema de saúde espetacular, 7,5% do PIB. O Chile, todo mundo identifica na América Latina, também abaixo da gente. Coreia, um exemplo hoje, quem é que não reconhece a Coreia, com um gasto abaixo do nosso, em torno de 7%. Então, em termos globais, nós estamos razoavelmente bem na fita, numa posição um pouquinho acima da média. E a expectativa é dramática, porque não há nenhum estudo que limita o ponto de gerenciamento. O que a gente percebe é que, em 2013, se gastavam 3,6, em 2020 chegaremos a 7,5 trilhões de dólares com saúde, um fenômeno mundial, não é só no Brasil. Aí já começam algumas preocupações. Comparando a composição do gasto mundial entre 2003 e 2011, que é o último estudo



disponível em 2013, a gente vê, que, neste lado de cá do mundo, os governos gastaram 35%, as contribuições sociais 37%, ou seja, os dois juntos dão praticamente dois terços, enquanto as famílias gastaram 20, e os planos de saúde 6%. Então o modelo é muito centralizado em gastos e contribuições. E o nosso? Quando eu olho a nossa realidade, tomando o nosso gasto, não com o total em relação ao PIB, mas para cada cidadão, nós caímos bem no nosso cenário. Pode-se ver que essa despesa total em relação ao PIB, quando eu olho o nosso gasto em relação à nossa população *per capita*, a gente fica em torno de mil dólares, mil e quarenta e três dólares, ou seja, oito vezes menos que os Estados Unidos, e 2,88 vezes menos que a Itália. Lembre-se que lá, no momento anterior, quando olhávamos o giro global, a gente estava à frente da Itália, ou seja, nós temos um problema grave, que é o problema de melhorar o nosso desempenho econômico. Porque, se eu conseguir melhorar a nossa posição econômica, evidentemente que esse percentual dedicado à saúde também vai beneficiar-se ou, em outras palavras, a atenção à saúde está intimamente relacionada com o desenvolvimento econômico. E essa é a nossa grande preocupação. Esse é o ponto que nos incomoda de fato. Quando eu olho a realidade brasileira, essa é uma assimetria que é nossa, nós temos que corrigi-la. Os governos gastam pouco com a saúde. Quando eu falo os governos, são os três níveis, o federal, o estadual e o municipal, porque o total do público é 47% e o total do privado é 53%. Então, não há como a gente ficar se esforçando em relação ao Sistema Único de Saúde se não entender que nós temos, na verdade, um sistema nacional de saúde, porque, vejam vocês, o gasto mais importante é o privado, ou seja, é o dinheiro pessoal. O cidadão brasileiro tira do bolso para gastar com a saúde. Esse gasto pessoal é maior do que o da União, dos Estados ou dos Municípios. Nesse modelo, nós temos de melhorar a participação do Poder Público nesse custo. E 22%, quer dizer, muito significativo, é o que nós gastamos com os nossos planos de saúde, é muito dinheiro envolvido nessa lógica, e atende mais ou menos esse percentual da população também. Olhe que assimetria gravíssima. Nós precisamos produzir conhecimento para minimizá-la. Quando eu olho os gastos com saúde relacionados à família, os 20% mais pobres gastam 60% desse recurso com medicamento. Então, nós temos de ter uma produção desses



medicamentos de uso contínuo, desses medicamentos que têm maior demanda, pela máquina estatal. Nós temos de ofertar esses produtos para a população de graça ou com preços muito baratos para tirar esse ônus dos mais pobres, já que os 20% mais ricos gastam fundamentalmente o seu dinheiro com o quê? Com os planos de saúde, 43%, e, desse total, quase a metade dos gastos dos mais ricos é abatida na hora da prestação do imposto de renda. Todos nós sabemos que a contribuição não é compartilhada com entes federados, ao passo que o imposto, sim.

Então, terminando para já partir para a etapa final, eu vou entrar exatamente nessa questão que é muito relevante para todos nós, que é a questão da judicialização, E aqui a Celinha me ajudou a dar um aspecto mais didático ao assunto. Esse tema vermelho vai ser a saúde como um todo; o verdinho são as sentenças judiciais; e o azul, os medicamentos dentro da sentença e, conseqüentemente, dentro do sistema de saúde. Vocês vão ficar surpresos e, ao mesmo tempo, felizes com o trabalho feito aqui em Minas Gerais. Muito a partir da iniciativa da Des.^a Vanessa, que foi uma pioneira nessa luta pela necessidade de entender melhor o fenômeno da judicialização. Vamos aos números. Aqui é o que o Estado de Minas Gerais gastou nas funções de governo no ano passado, são dados atualizados. Trouxe a série histórica até 2014, para vocês terem uma noção, quer dizer, esses dados aí são entregues até março de 2015. Estão hiperatualizados. A gente vê que a despesa maior são os chamados encargos especiais. O que é encargo especial? É um nome bonito para dizer o pagamento da dívida, a principal despesa que o Estado de Minas tem hoje é para rolar a sua dívida. E aí mais uma injustiça, mais uma assimetria federativa, como o Estado de Minas paga as suas dívidas? Fundamentalmente, um acordo feito em 1998 para rolar a dívida com a União, e que foi ajustado que seria corrigido pelo IGP-DI, que é um índice muito ruim, muito combatido pelo câmbio. Hoje essa subida do dólar avacalhou completamente esse indicador; ele é muito mais alto que o IPCA, que é o que marca o crescimento da nossa renda, a inflação, IGP-DI, e além do IGP-DI, sete e meio por cento de juros. Então, na verdade, a remuneração do capital é feita pela soma desses dois valores. Hoje, nós estamos com uma Selic em torno de treze. Esse custo supera a própria Selic. Há no Congresso, neste momento, já foi votado para



regulamentar a questão: para trazer, minimamente - não tem renegociação nenhuma, não tem perdão nenhum -, simplesmente fazer com que o Estado pague para União o que qualquer um de nós pague na sua taxa Selic. O que não pode é o Estado pagar para a União mais do que qualquer cidadão que for aplicar na poupança vai ser remunerado pelo seu capital. Infelizmente, por este momento de turbulência que passamos, na hora em que a matéria ia ser regulamentada, parece que está havendo um acordo para deixar isso para o ano que vem, mais um ano de postergação desse custo enorme, mas a gente já vê que houve uma melhora do ano passado nesse tipo de encargo.

Qual é a origem dessas dívidas? São empréstimos para as Prefeituras?

Na verdade, nós fizemos um levantamento, uma auditoria muito grande dessa dívida. O fundamental mesmo da origem da composição desse passivo foram as atividades econômicas do Estado, o que aconteceu? Até a época do Plano Real, você tinha o Estado tendo o seu banco custeando a sua despesa pelos empréstimos junto ao que ele mesmo tomava. E, como houve evidentemente uma desmoralização muito grande desses empréstimos, porque todo mundo sabia que não havia condição de pagar, a banca começou a cobrar juros estratosféricos. Quem tem cabelo branco como eu vai lembrar daquela época do *overnight*, em que você tinha remunerações de quase 1% ao dia. Esta geração mais nova, acostumada com juros de seis, sete por cento, não vai lembrar daqueles anos da década de noventa, em que nós chegamos a ter 90% de inflação por mês. Então, como o Estado chegou à conclusão de que a situação era inadmissível pelo custo que ele tinha de pagar, ele fez um acordo com a União da seguinte forma: eu passo essa dívida para você e te remunero nesse quadro. Naquele momento, em 1998, era um federalismo cooperativo, quer dizer, o Estado pagaria à União menos do que se ele fosse ao Bradesco, se ele fosse ao Banco do Brasil e tomasse esse dinheiro. Naquele momento, o cálculo que nós fizemos, eu não me lembro aqui de cor, mas nós fizemos esse estudo no Tribunal. Ele era mais ou menos a metade, era tipo se hoje a gente estivesse pagando a Selic de treze e pagássemos por seis e meio. Em 1998, foi um grande negócio para o Estado. Só que todos nós estamos falando aqui para os juristas. Esse contrato foi feito em 1998 para valer por trinta anos,



até 2028 e depois, com a prorrogação de mais dez, até 2038. Só que, quando nós fomos, no Tribunal, analisar, esse contrato não tinha a cláusula do equilíbrio econômico-financeiro. Quem é que podia prever, nós estamos falando de 1998, 16 anos atrás. Se nós tivéssemos hoje um cenário de custo de dívida muito menor do que naquele tempo, então isso foi o que nos motivou no Tribunal a fazer esse pedido da renegociação, exatamente para adequar; em qualquer contrato de aluguel, em qualquer contrato simples de dois, três anos, você já faz o equilíbrio econômico-financeiro, como não fazer nesse que tem uma previsão de 40 anos, não é? Então, a origem basicamente, fundamentalmente, é do custo que o Estado foi pagando principalmente na década de 90 pela falência da sua própria saúde financeira.

O segundo ponto, e essa é a nossa auditoria deste ano dentro do Tribunal, foi a segurança pública, que cresceu de uma maneira espetacular em termos de gasto aqui em Minas. Olhem os senhores que a gente sai de alguma coisa de 5,04 bi e chegamos a 12, quer dizer, em termos reais, e a gente não percebe na população, apesar de todo esse esforço orçamentário, o sentimento de estar mais segura. Esse é um ponto que o Tribunal escolheu este ano para auditar, essa maior quantidade do gasto público em segurança e a não percepção para o cidadão dessa mesma qualidade. O terceiro é a Previdência Social, também não tem como fugir, porque é exatamente o nosso fundo atuarial para garantir nossas aposentadorias, depois educação e, em último lugar, a saúde. A gente vê que a saúde também tem uma evolução bem razoável nesta década. A gente sai de 3,3 e vamos chegar a 9,18 da participação da saúde no gasto total do que arrecadamos. Claramente, todo esse esforço de tentar chegar aos 12% da receita corrente líquida valeu a pena, porque aquilo que há cinco, seis anos o Estado não fazia, hoje ele faz. Ele cumpre os 12% dele com gasto em saúde rigorosamente. Antigamente, o Estado gastava com a Polícia Militar, e a gente computava como gasto com saúde. Hoje isso não acontece mais, houve uma adaptação, e já há alguns anos o sentimento da Emenda 29 é completamente atendido. Quando eu olho a receita total *per capita* e os gastos com saúde *per capita*, eu vejo que uma coisa está casadinha com a outra, ou seja, é aquela velha ideia, não almoço grátis. Se a economia melhora, o gasto público também é mais disponível; se há uma retração na receita, eviden-



temente que esses gastos também se retraem. O valor real, em 2006, por exemplo, foi mil quatrocentos e noventa e três reais. Se eu corrijo esse valor de 2006 para 2014, quer dizer que, em 2006, olhando o dinheiro de hoje, a gente gastava dois mil duzentos e trinta e oito reais. Gastava não, tinha uma receita de dois mil duzentos e trinta e oito reais *per capita*. Hoje a nossa receita empatou em 2014, ela é de três mil seiscentos e noventa e quatro, quer dizer, em média, Minas Gerais arrecada três mil e seiscentos reais por habitante para fazer o seu orçamento. Desse total de três mil e seiscentos a gente vê que os gastos com a saúde foram aumentando. Por exemplo, em 2006, era cento e vinte e cinco reais em saúde por habitante, o que no dinheiro de hoje valeria mais ou menos cento e oitenta e oito, ou seja, se não tivesse aumento real, a gente hoje estaria gastando cento e oitenta e oito reais por habitante com saúde. Nós estamos gastando quatrocentos e trinta e quatro. Então, houve um esforço muito grande, um aumento real, importante, e vocês vejam que percentualmente na receita ele vai aumentando. Aquilo que Dalton já mostrava na Califórnia, nós estamos vendo em Minas também, o gasto está aumentando. Onde eu gasto esse dinheiro? Quando a pessoa não está acostumada a fazer a leitura contábil do gasto, vai ver a administração geral de como é que aumentou o gasto! Por quê? Dentro daquele gasto da administração, criou-se a rubrica de sentença judicial. Como o Estado não quer ter dificuldade com o Judiciário, ele criou uma rubrica só para atender à sentença judicial, o que é um facilitador. O juiz mandou comprar, eu compro. Está dentro da administração geral a sentença, depois com assistência hospitalar, com atenção básica. Esse é o trabalho que nós estamos terminando, de tentar inverter essa lógica, principalmente em relação aos municípios. O resto são aqueles gastos rotineiros de saneamento básico, de vacinas, de TI, de vigilância epidemiológica, etc. Em 2008, gastamos 2,19 bilhões, o que significaria 3,25. Hoje nós estamos chegando a quase cinco, 4,84, então é realmente um gasto importante. Quase cinco bilhões. A gente tem que aprimorar esse gasto público. O crescimento real é de quase 100%, 95% de crescimento real do gasto. Bom, agora vamos casar esse gasto com as sentenças. É aqui que eu quero aplaudir este trabalho liderado pela Dr.^a Vanessa. Nós todos apoiamos este trabalho, o Dr. Renato também, enfim, uma série de pessoas, os desembargadores aqui,



a Presidência do TJ, do Tribunal de Contas, da Defensoria Pública, da Secretaria de Saúde. Enfim, parceiros envolvidos nessa questão. Vejam a situação como era exclusiva. E eis o salto que nos colocou de antena ligada no Tribunal. De 161 milhões, em 2012, passou para 328 milhões em 2013. Então, nós começamos a ter uma ferramenta para monitorar esses gastos. Felizmente, ela deu um resultado excepcional. Pela primeira vez na nossa história, desde que começamos a monitorar o programa, de 328 reduziu para 221. Quer dizer, em termos nominais, nós já temos um fresco para o Estado de quase 100 milhões. De 328 para 221, no total do gasto do Estado de Minas com as sentenças judiciais, só por esse cuidado de qualificar a decisão e de monitorar o seu acompanhamento. Agora, imaginem vocês se aquela curvinha lá de 2013 tivesse continuado a crescer. Eu poderia estar falando aqui hoje em uma economia de 400 milhões, porque 328 podia virar 600 milhões, dobrado de novo. E estamos gastando 220. Então, só para mostrar como essa questão do acompanhamento, de monitorar uma execução orçamentária tem um impacto positivo. Então, aqui, de público, eu quero aplaudir este exemplo de Minas, porque eu tenho certeza de que, a partir desses dados, nós vamos ter oportunidade de dar até exemplos para o Brasil afora, como tem sido nesta parceria, nesta tentativa de entender o processo, porque o fenômeno não é só de Minas, é do Brasil, é de alguns outros países também a questão pela relevância do tema. Vejam vocês, em 2009, por exemplo, o pessoal previu gastar 44, gastou 46. Em 2011, previu gastar 42, gastou 111. Foi nisso que o Tribunal foi dedicado, porque nós temos muita preocupação quando você faz uma estimativa de gastar tanto em determinada ação e se gasta muito mais. Em 2013, foi o ponto mais grave. Previu gastar 154, gastou quase o dobro, gastou 328. Já em 2014, nós praticamente igualamos. Estava previsto gastar 221, gastamos 223. Então, essa é uma lógica fundamental para a execução orçamentária. Você executar alguma coisa próximo daquilo que você previu. Trago um exemplo também muito interessante, outra preocupação. À medida que as sentenças judiciais vão ficando muito habituais, o Estado criou esse mecanismo para atendê-las. O que ocorreu? A sentença judicial virou quase que uma política pública. Em 2011, a sentença era o décimo quinto programa. O primeiro programa, o que nós mais gastávamos na saúde era pagar o pessoal,



pagar a folha. Era 1 bilhão. Depois, o segundo era assistência hospitalar, 776 milhões. Aí vai descendo. Por exemplo, a distribuição de todos os medicamentos básicos para a população de Minas inteira, para os 20 milhões de habitantes custou 105 milhões naquele ano. As sentenças, para atender cerca de 3 mil pessoas, 93 milhões. Gastou-se, por exemplo, muito mais do que um hospital inteiro. O Hospital Israel Pinheiro, naquele ano, custou 73 milhões. Sangue derivado, 73. Enfim, é o décimo quinto.

Em 2012, já é décimo, em 2013, foi o sexto. Vamos dar uma olhadinha em 2013, que foi o ano mais grave da situação. À frente de gastos com sentenças judiciais, já eram 291 milhões. Lembram da folha, que tinha sido 1 bilhão? Ela só aumentou 30% nesses anos todos. Passou para 1 bilhão, 300 e poucos. A sentença, que era 43, já foi para 290. Se não se tomam providências, daqui a pouquinho, nesse das sentenças, já vai até a folha inteira. Inviabiliza. Não há limite, 600, 700, 1 bilhão. Como é que você vai fazer saúde pública? Não tem jeito. Olhe ali. Por exemplo, assistência hospitalar, o gasto com todos os hospitais, com todo o pagamento em Minas, foi de 352 milhões. E ficou à frente em praticamente de tudo. Todas as urgências e emergências do Estado inteiro eram 246, eram menos do que para atender a 5 mil pessoas beneficiadas com essas sentenças. E assim vai. Já neste ano, nós já percebemos, em função daquele trabalho, uma redução. Já saiu lá do sexto para o nono. Há outros programas. Por exemplo, o atendimento às urgências já passou para a frente. Porque, na verdade, como um orçamento é um valor finito, à medida que uma determinada rubrica aumenta, ela comprime. Alguma outra vai ser deixada de fazer para atender àquela novidade orçamentária que aparece. Nós já estamos caminhando para o final e festejando esse resultado. Hoje, a sentença judicial perante todas as ações do Estado ainda continua relevante, em quadragésimo lugar. Então, número 40. Os companheirinhos dela, só para vocês perceberem como é que nós estamos entrando nisso. Por exemplo, transporte escolar. Todo o governo de Minas Gerais, os meninos que estudam e vão direto para a escola e voltam, etc., custou 218 milhões, mais ou menos, para atender a todos os nossos estudantes, o mesmo que foi gasto para atender a cerca de 4 mil sentenças judiciais. Vamos pegar um outro item. Desenvolvimento da educação especial. Todos esses meninos têm necessidade especial,



um pouquinho mais do que foi gasto, 169. Quer dizer, esse é o trabalho que o Tribunal de Contas tem que ir produzindo para mostrar para quem cuida da gestão, porque quem toma a decisão é o gestor, não somos nós. Procura-se produzir um conhecimento para a pessoa se apoiar na melhor técnica para decidir. Isso tanto para o Legislativo, quanto para o Judiciário ou o Executivo. No Tribunal de Contas, o nosso papel é simplesmente dar a ferramenta para quem tiver que tomar decisão, para que essa pessoa tenha os dados mais robustos possíveis, para a melhor decisão para a sociedade. Desse total de sentenças, nós também percebemos que os medicamentos são mais importantes. O ano passado, 2014, 85% desse gasto foram para medicamentos, 222 milhões. É uma sugestão de como estudar os medicamentos, como isso aí se comporta. Se nós olharmos para uma receita corrente líquida, que é a nossa realidade. Porque o Estado não é igual à União, que pode tomar os empréstimos, fazer redução, ele tem que trabalhar com o que nós arrecadamos de fato. Nós vemos que, na nossa receita de 2014, uma receita de 47 bi, as sentenças judiciais, em 2014, já saem para 188 milhões desse gasto. Ou seja, um crescimento ainda bem maior do que a receita cresce. Aqui, só para eu poder fazer a comparação entre um medicamento comprado pela sentença e um medicamento de alto custo oferecido no mercado. Vejam que interessante. Em 2013, essa diferença era de 5 vezes praticamente. Um remédio custava mil e 200 por pessoa, a sentença custava 6 mil. Nesse monitoramento do programa, o preço da compra da sentença já caiu para 2.758, e o do medicamento caiu para 1.019. Então, já ficou uma diferença, embora ainda que presente, mas menos impactante. Porque essa coisa de a pessoa comprar emergencialmente, compra na situação que favorece a todo mundo, menos o Poder Público. Só para vocês entenderem, rapidamente, que o medicamento de alto custo encolheu 64% à medida que as sentenças aumentaram 204%. Quer dizer, à medida que você vai gastando mais com sentença, alguma coisa se está deixando de fazer. O dinheiro é o mesmo. Eu sou obrigado a atender aqui. Esse aqui, que é discricionário, eu não faço. E a receita corrente líquida, que é a nossa base de cálculo, cresceu 22%. Quer dizer, se fosse para todo mundo ficar na mesma linha, aqui tinha que ter crescido 22%, aqui 22%, a receita 22%. Então, é um assunto sobre o qual nós temos que nos debruçar, trabalhar



muito mesmo. Aí, também, com relação à meta física, nós vemos que já houve uma aproximação, tanto a orçamentária, quanto a meta física. Vejam que, em milhões de unidades, ficamos com a previsão de 79 e executora 91. Bom resultado. E para ver se nós ficamos entendidos nessa questão de tentar enxergar o que nem sempre está conosco. Eu vou convidá-los agora para dar uma paradinha nessa sequência de dados e fatos, para vocês fazerem um trabalho de detetive comigo. Eu vou mostrar uma cena e vou pedir que todos vocês prestem atenção a esta cena. Depois, eu vou fazer uma indagação. Um jogo de basquete, uma coisa muito misteriosa. Dois times, um com uniforme branco, outro com uniforme preto. Eu quero que cada um de vocês conte quantos passes o time de branco vai fazer. Como se vocês estivessem fazendo uma auditoria de um determinado gasto, como se vocês fossem observar... Isso é o que nós fazemos, na verdade: nós achamos um padrão e contamos que aquilo foi executado. Colocamos um em cima do outro. O que tem diferença do padrão nós vamos verificar como aconteceu. Todo mundo vai ver o filmezinho. Vamos ver se vocês conseguem observar. Quantos passes o time branco fez? O mínimo foi 10, o máximo foi 14. Com um fenômeno estritamente material, que é tocar a bola e passar para o seu colega. Muito bem. Além dessa questão do jogo, de um passar a bola para o outro, vocês notaram alguma coisa de estranho naquele cenário?

Esse trabalho ganhou o prêmio na Universidade de Stanford, e com o primeiro psicólogo que conseguiu demonstrar o seguinte. Como ele está focado... Esse vídeo é histórico da psicologia. Você está focado em um determinado assunto; você, muitas vezes, não enxerga o que está acontecendo em volta. Isso acontece muito, por exemplo, conosco na questão de auditar. Você, às vezes, está tão preocupado em olhar para um determinado número, uma determinada posição, e o cenário, que é o mais importante, passa despercebido. Esse teste tem sido utilizado para, exatamente, ilustrar pessoas que conseguem ter essa visão. Geralmente, o resultado é mais favorável entre as mulheres. Vou repetir o filme, agora eu já dei a orientação. Vocês tentem ver se acham alguma coisa diferente além da bola do time branco em relação ao preto. E, mais uma vez, confirmem o número de jogadas. Viram? Repete tudo. É incrível. Nós, às vezes, estamos tão focados dentro da realidade, com o conhecimento que nós temos, com determi-



nada técnica ou determinado conhecimento, que você não percebe uma coisa muito importante que está acontecendo ao seu redor. Então, esse é um exemplo, de como uma decisão, um caminho que você tome pode estar impactando a política como um todo, e você não está enxergando. O seu foco é só em um determinado número. Muito bem. Então, vamos... É fácil você perder algo que você não esteja olhando. Nós percebemos que o olhar fica mais cuidadoso, mas esse trabalho de identificar a questão é mais difícil mesmo.

- Nossa. Mas ali é muito difícil porque o jogador estava de preto.

- Isso.

- É muito difícil você focar. Porque, se ele estivesse com uma outra cor, seria mais fácil de nós analisarmos. Como ele estava de preto...

E o objetivo do teste é, exatamente, criar uma dificuldade... É o que acontece conosco, por exemplo, com pessoas que querem fraudar licitação. Às vezes, a pessoa dá a planilha, 200 itens, 190 perfeitos. O que vai usar 200 vezes é o que está equivocado. Então, para poder fazer esse enfretamento, nós também fomos fazer o mesmo estudo em relação aos municípios. 853 municípios também dentro dessa decisão da sociedade. Quem é responsável? É o Estado, é o município, a União? Eu acho que a solução para nós podermos enfrentar é, realmente, um texto legislativo que tenha clareza determinada, lícita. Isso é do município, isso é do Estado, isso é da União. Então, o objetivo é tentar criar essa facilitação aos nossos legisladores. Nós percebemos, em relação aos municípios, que a arrecadação vai variando com a saúde, o mesmo quadrinho do Estado. Só para desmistificar. Muitas vezes, nos congressos, nos municípios a que nós vamos, ouvimos: "Ah, os municípios estão gastando demais". Nada. Nós vemos que a relação é rigorosamente a mesma. A leitura que o município faz hoje, sobre gastar 15 e estar gastando 25, acha que a obrigação dele é gastar 15. Então, ele tenta fazer um esforço para vir para os 15. Quer dizer, posso até gastar, no mínimo, 15%. A pessoa entende que aquilo é o teto. Não é. Aquilo ali é o piso. No mínimo, 15. Está gastando 16, 17, 18. E eu, como sou totalmente contra, e tenho feito muito isso, esse esforço nos meus votos no Tribunal para não ter - quando eu mostrar para vocês - o campeão do gasto. O município gastar 32% em saúde não quer dizer que ele seja o melhor gestor de saúde.



Eu vou mostrar para você que não é. Fala-se apenas que, no mínimo, tem que gastar 15. Não é um campeonato para você sair gastando tudo em saúde, e você ser um ótimo prefeito. Tem que ver como é que está gastando. Nos gastos do município, está aqui a primeira aberração. Todos nós sabemos que o gasto fundamental dos municípios é com atenção primária, atenção básica. E nós vemos que, na realidade, o gasto está praticamente igual. No último de 2013 - o de 2014 não está pronto ainda porque os municípios estão em fase de defesa, que ocorre em 3 meses, 4 meses -, mas, praticamente, empata. Olhe lá, 1,980 bilhão, 1,978 bilhão. Quer dizer, aquilo que a Constituição fala fundamentalmente primário, ele não vê isso como execução orçamentária dentro da área hospitalar. O gasto médio, também, a mesma coisa. Nós vamos vendo que isso vem chamando a atenção. Na média... 21,77 em 2013. Em 2009, eram 21,16. Ou seja, os municípios se acomodaram ali em torno de 21,22. Isso nós vemos. "Ah, o município está gastando muito". Não está nada. Todo mundo se acomodou ali no 21, porque não tem jeito de fazer milagre. Você ter um orçamento... Para nós vemos que está, mais ou menos, nesse patamar aí, em torno de 21,22. Que é bem acima dos 15 na verdade. E, para nós verificarmos como é que essa questão do gasto do município não é a solução para a saúde. Esse é um ponto em que nós estamos, agora, auditando, verificando. Muito interessante. Se eu pegar os 853 municípios e os 10 municípios que mais gastaram em saúde *per capita*, gastou R\$2.285,00 por habitante em saúde o que gastou mais. E o que gastou menos... Eu vou pegar o vizinho, que é o penúltimo, que é Ribeirão das Neves - pertinho de nós aqui -, gastou R\$ 94,00. Ou seja, Ribeirão das Neves gastou 94 para 2 mil, menos de 8% do que o outro gastou. Como esse financiamento se comportou na prática? Vamos, então, buscar uma relação. Buscar a relação com o Índice de Desenvolvimento Humano. IDH é o melhor indexador que nós temos para mostrar desenvolvimento. O IDH é feito, basicamente, de 3 pernas. A renda, a educação e a saúde. Então, vamos tentar correlacionar um com o outro. Olhe que surpresa. Montes Claros, que é um dos piores, 8,4,5 e 853, em gasto em saúde, aparece como o primeiro aqui em IDH. Ou seja, gasto e saúde não têm correlação com o desenvolvimento. Gastar mais em saúde não quer dizer ter um desenvolvimento menor. Já, por exemplo, a mesma situação para



todos nós aqui, todo mundo gosta muito, ele fica, mais ou menos, na posição intermediária, é o sétimo que mais gastou, o terceiro em termos de IDH. Ou seja, se eu faço uma curva de aderência estatística, nós não vamos ver aderência nenhuma entre gasto de saúde e IDH. Então, o Tribunal procurou entender um pouco mais desse gasto em que se teria que intervir, fazer a intervenção na política pública. E criamos um programa, que é o Suricato, que é, na verdade, um programa de inteligência para poder fazer esses cruzamentos de dados. O Suricato é um bichinho no deserto que tem muitos predadores, e a grande característica é que sempre há alguém tomando conta da família. Ele está sempre vigilante. Foi a marca que o pessoal lá do Tribunal encontrou para identificá-lo. Por exemplo, para cada um desses municípios, para cada uma dessas compras, para cada uma dessas vertentes, nós procuramos produzir um relatório de inteligência. E aqui nós vamos fazer a análise da fonte, a análise do conteúdo e o sigilo de que ponto que é. Engraçado e muito interessante é que o relatório de inteligência é, basicamente, através da malha. Ele não faz parte do processo, ele só serve para mim como decisor dessas informações e pode me ajudar a formar o juízo para eu poder escrever a minha decisão. Então, por exemplo, vamos pegar este município, que tinha tantos habitantes, foi o que gastou mais *per capita* em 3 anos seguidos. Foi campeão. O que mais gastou com saúde foi o município tal. 1, 2, 3 anos, ele gastava mais. Em 2012, ele gastou R\$ 138,00, que foi superior à média dos municípios da mesma faixa de população da região, que era de R\$ 12,21. Um município, na média, gastava R\$ 12,00 com o medicamento. Aqui, ele gastou 130 e poucos. Então, aparentemente, está bem na fita. Aí, nós fomos a esse município campeão. Ele tinha 4 estabelecimentos de saúde, 2 postos, 1 unidade básica e 1 secretaria. Depois, nós fomos ver, cruzando de quem ele compra e o que ele compra, e um medicamento, em 2012, comprou, basicamente, de um fornecedor só, fulano de tal, distribuidora de medicamentos. E essa empresa vendeu para a prefeitura, naquele ano, 86% dos medicamentos que o município comprou. Então, chamou a nossa atenção, o município compra muito de uma empresa só. Mas vamos ver o que mais eles compraram. Aí, nós fomos ver que havia, naquele município, um processo de licitação que não tinha ainda, que foi o formador do certame. Que é outra coisa que é uma bobagem que o prefei-



to faz, porque ele tem que informar para nós a licitação que ele fez, de quem ele comprou. Só que nós temos um sistema de inteligência que captura a nota fiscal eletrônica. Então, se ele declara uma coisa e pratica outra, na hora que nós fazemos a malha, ele é pego. Isso é igual a Imposto de Renda, a pessoa recebe aluguel de alguém e não declara que recebeu. A imobiliária informa o Imposto de Renda e o tanto de aluguel. Se ele não informa nada, alguém está pregando mentira. Então, nós verificamos, nesse processo licitatório, uma coisa um pouco mais técnica, mas nós verificamos que o contrato que esse município fez comprando lá R\$ 222 mil dessa distribuidora. Na verdade, logo em seguida, ele faz um outro pregão e compra R\$ 934 mil. Compra grande. A pequena ele divulgou, a grande ele não divulgou. Aí, nós verificamos que essa empresa tal que vendeu era uma microempresa e fomos verificar o primeiro erro. Para ser microempresa, há um limite de faturamento. Então, a pessoa foi tão ingênua que ela vendeu só para a prefeitura, com essa nota, acima do valor que ela poderia vender para ter os benefícios de microempresa. Então, aí já comunicamos à Receita do Estado para autuar essa firma por infringir o regulamento. Ela já ultrapassou o que ela poderia para ser reconhecida como microempresa. E verificamos cada medicamento que ela comprou, quanto pagou por aquele medicamento. Então, nós vimos, por exemplo, que esse município, do remédio aqui, tranquilizante, comprou 50 mil comprimidos. É um município muito nervoso, a cidade precisa de tranquilizante para aquela população. Então, nós temos, também, uma matriz que nós comparamos. Determinado medicamento, determinada população com a quantidade prevista para utilizar. Evidentemente, há uma margem. Bom, aí, fizemos a mesma coisa, comparando aos outros medicamentos, e verificamos que, em 2005, houve uma conta rejeitada por não ter gasto os 15% em saúde; ele gastou 13. Nos outros, anos, ele ficou bem na fita. Gastou mais do que 20. É um prefeito exemplar. O campeão da região em gasto com saúde. Bom, então, chegamos à conclusão de que, pegando o empenho e o pagamento, em 2013, até o dia que nós estávamos analisando esse caso, que era 2007, ela já tinha pagado R\$190 mil. E, na nota fiscal eletrônica, nós verificamos que ele tinha pagado 259. Só aí já tinha uma prova de 80 e poucos mil reais. Então, nós abrimos um processo, nós chamamos isso de tomada de conta especial.



Identificamos que, no dia tal, você declarou, você fez a licitação e comprou por tanto. A nota fiscal eletrônica que você pagou é de tanto. Até hoje, não houve nenhum que conseguiu fazer a defesa. A pessoa já vem, já faz a devolução da diferença e segue a ação administrativa contra o fulano. Mas a coisa mais grave - só para terminar -, essa tal firma aí - que nós também vamos olhar quem vendeu - essa tal distribuidora de remédio. Quando nós fomos olhar na Junta Comercial, ela só tinha 2 sócios. E tinha uma tal de Maria, que era sócia da outra empresa, e, na verdade, uma era filha da outra. Quer dizer, eram 2 empresas prestando serviços para o mesmo município e, na verdade, eram uma família. Então, tudo isso, hoje, temos condições de fazer as verificações. Esse é o material que nós utilizamos. Quer dizer, nós produzimos esse levantamento, na hora do processo da tomada de contas, no dia tal, a sua nota fiscal eletrônica foi de tanto. E nós, hoje, tentamos construir esse dado - já estamos com 9 milhões de notas fiscais - que permitem comparar o preço praticado. Então, qualquer pessoa que compra - lembra que eu falei aqui no início, que falou em preço máximo de venda - que compra um remédio acima dessa tabela, ela vai receber uma notificação nossa para poder explicar por que ele comprou acima daquele preço.

Orador: Nessas situações, acontece de, às vezes, a parte falar que o medicamento não foi fornecido naquele prazo. E, muitas vezes, é essencial, é para tratamento psiquiátricos, etc. Outras coisas que precisam, realmente, do tratamento contínuo. E o Estado vem dizer que eles precisam fazer uma licitação. Após a dispensa dessa licitação é que poderia fazer a aquisição direta. Não incidiria a multa ou, por exemplo, um bloqueio Bacen-Jud para retirar o valor. Nós sabemos que o valor comprado, adquirido diretamente na farmácia é mais caro do que aquele valor que é passado para os índices públicos porque pode haver, realmente, um desconto. Então, eu gostaria de saber do senhor qual seria o melhor procedimento a ser adotado por estes entes dentro destes prazos.

Orador: Nesse caso, exatamente, nós temos essa previsão da inexistência em função do atendimento da sentença. Ele vai ter que fazer esta motivação. Nesse caso específico, eu estou comprando acima porque a determinação motivou o processo.

Sebastião Helvécio: Agora, que vai ter processo vai ter. Ele vai ter



que se defender, fazer a justificativa, porque o sistema, naturalmente, vai apontar essa incoerência. Mas, no nosso entendimento, cabe ao julgador ter a sua convicção. Eu, por exemplo, acato. Mas tem colega nosso que entende que não, porque, mesmo ele tendo de fazer essa compra sem licitação, ele devia negociar para ficar dentro do preço máximo, enviando ao governo. Nós sabemos que, às vezes, num determinado cenário, numa cidade pequena, não há outro fornecedor, há aquela urgência... Por isso, o julgador tem que entender sempre o contexto em que vai ser decidido. E outra situação, nessa sua linha. Se eu fosse pegar ao pé da letra aquela decisão da Constituição, que tem que ser universal, eu podia, inclusive, questionar este gasto que ele está fazendo: se é gasto de saúde ou não. Porque o gasto em saúde é um gasto para a população geral. Se eu estou fazendo um atendimento autorizado, eu poderia, inclusive, expurgar esse gasto. Por exemplo, um gasto que é feito com um policial militar. Ele é uma categoria específica. Quando você está atendendo à sentença, você está gastando em saúde, mas não em ações do serviço público de saúde. Você imagina que situação difícil seria para o prefeito. Ele tem de comprar, tira o dinheiro do caixa para não ser computado como gasto. Então, evidentemente, que nós entendemos que isso aí é uma situação que, embora a legislação não tenha essa permissão, há o consenso de entender que ele está fazendo um gasto para o bem da saúde. Mas a situação, nesse caso concreto que você falou, é fazer a motivação e justificar o procedimento daquele caso em razão daquele atendimento da ordem judicial. Bom, aí já tivemos alguns casos desses que identificamos essas diferenças. A devolução é imediata. Porque, na verdade, é um dano justificado para o erário. Já temos vários casos já deliberados. Então, é inédito no Brasil; não há outro Tribunal que faça esse cruzamento. É impressionante como, nesse controle, você já vai diminuindo o preço do custo. Só de a pessoa saber, porque isso se espalha igual a rastilho. O cuidado já é interessante. Para vocês terem a noção de rejeição de contas no Tribunal, por não ter atendido à saúde, só 8 prefeituras de 853 não atingiram o percentual.

Então, hoje nós estamos muito preocupados no Tribunal, evidentemente que a gente olha o percentual. Mas muito mais do que o quantitativo é o qualitativo. Como esse gasto está sendo feito. Nós já temos casos, por



exemplo, da identificação de pessoas. Prefeitos que compraram remédio muito barato, com um desconto de 60% do preço de fábrica, então, teoricamente, teria sido uma grande compra. Chamou-nos a atenção o valor do desconto. Fazemos a auditoria no almoxarifado para ver aquela entrega da mercadoria; e, quando vamos ver, aquele remédio que foi comprado não tem prazo de validade de 3 anos. Os remédios têm um prazo de validade de apenas 6 meses para a frente, entre aspas, como se fosse uma liquidação da indústria farmacêutica. O tal remédio que ele compra, aparentemente, o prefeito fez uma despesa pública, uma despesa de saúde, por um preço muito razoável, só que houve ineficiência porque, daqui a 6 meses, aquele remédio tem que ir para o lixo. O trabalho é muito grande. Nós estamos monitorando. E 13,6% dos gastos do orçamento geral dos municípios é com remédio. Então, é um trabalho muito especial a que estamos nos dedicando, é uma ferramenta muito forte. E por que eu digo isso? Eu estou estritamente convencido de que na nossa área não há ingenuidade.

E eu termino essa minha interação, falando a vocês deste trabalho - que é inédito - foi publicado no Wall Street 2001. É o único caso de vazamento que nós temos na literatura - da indústria tabagista atuando junto ao governo para mostrar como política pública. Vocês vão ficar arrepiados. Isso aqui, se, na época, tivesse feito, era para ser um escândalo internacional. Foi na República Tcheca. A Philip Morris, que é um grande fabricante de cigarros, identificou que, no Leste Europeu, eles fumam muito. O hábito de fumar é muito grande. Então o governo, para melhorar a receita, começou a aumentar o imposto sobre o cigarro e, evidentemente, como o imposto aumentou muito, o consumo começou a diminuir. Então, esse trabalho para o Governo. O cara pegou o fumante em vida e constatou - tudo isso medindo - que, durante a vida dele, ele aumenta o custo médico no orçamento. Ele vai ter enfisema, ela vai ter bronquite, vai ter problema respiratório, câncer de pulmão. Então, em vida, o custo aumentava. Mas, em compensação também, em vida, ele contribuía com a receita de impostos. A métrica, quantos cigarros que o cara paga, quanto de imposto está embutido no preço, qual é a receita dessa arrecadação a mais, se isso pagaria o custo médico ou não. E trouxe o benefício. Ele vai morrer. Se ele morre em função do uso do cigarro, qual é o benefício que ele traz para o



Estado? Não vai ter despesa com tratamento de saúde - o câncer de pulmão abrevia o tempo de vida -, diminui o valor com as pensões, diminui o gasto com o abrigo para os idosos. Tudo isso medindo, matematicamente, o impacto de um e de outro. E chegou-se à conclusão de que o fumante, morto, dava um lucro para o tesouro da República Tcheca de 147 milhões por ano. Isso foi em 2001. Quer dizer, só para nós termos uma noção muito clara dessa questão da indústria medicamentosa, a indústria farmacêutica, essa utilização exagerada de medicalização pela nossa sociedade tem um custo muito alto. Não pode ter, assim, um encantamento, uma paixão. “Ah, apareceu um aparelho não sei o quê. Tem uma pílula que, se eu tomar essa pílula, no dia seguinte, eu estou magrinho. Se eu tomar essa pílula, eu vou dormir como um anjo. Vou ficar calminho. Vou ficar inteligente, minha memória vai ser uma maravilha”. Isso daí são muitos engodos que nós temos em torno dessas questões.

Então, termino com este alerta para vocês, que é o único trabalho que, até hoje, eu consegui achar de política pública, gerado pela indústria, induzindo um determinado comportamento. E termino, então, com esta frase de um pesquisador de Harvard, que nos deixou muito orgulhosos, que vai mexer com o brio de nós todos. Porque todos vocês que vieram fazer um curso dessa qualidade, com essa preocupação querem ter uma visão de qualidade na instituição em que trabalham. Este trabalho do Professor Daron Acemoglu. Ele leu um livro que recomenda para todo mundo, gostoso de ler e muito interessante para quem gosta de política pública. “Por que as Nações Fracassam”. Ele faz um comparativo muito interessante de por que alguns países dão certo e outros países não dão certo. Ele faz várias comparações, na América, na África. Muito interessante o caso do Tombstone, por exemplo. Ele mostra a cultura inglesa e outras culturas que tiveram a mesma influência, que tiveram o mesmo destino. A única parte que ele fala do Brasil é muito interessante: “A ascensão brasileira, desde a década de 70, não foi arquitetada por economistas de instituições internacionais que instruíram as autoridades brasileiras em relação à melhor maneira de criar políticas ou evitar a falência dos mercados. Não se deu, tampouco, mediante injeções de ajuda externa. Também não foi resultado natural da modernização. Pelo contrário, foi consequência da construção



corajosa de instituições inclusivas para diversos grupos que acabariam produzindo instituições econômicas mais inclusivas”. Ou seja, a base que ele mostra para nós de um destino de uma nação está ligada a se as suas instituições querem ser inclusivas ou extrativistas. Se eu trabalho no Tribunal de Contas, sou muito bem remunerado, mas, se eu só estou preocupado com o meu recebimento de final do mês, se o salário vai cair na minha conta, quanto tempo falta para eu me aposentar, eu não estou contribuindo em nada para a minha instituição ser inclusiva, porque eu não estou preocupado com o grande destino dela, que é o cidadão. O cidadão não está ali dentro. Mas o trabalho de qualquer instituição - Poder Judiciário, Legislativo, Executivo, Ministério Público, Defensoria Pública, Tribunal de Contas - é produzir essa transformação: na medida em que você está, realmente, preocupado em incluir cidadania, a sua instituição avança. Isso é o que o Professor Daron Acemoglu detecta como o mais transformador atualmente. E eu fico extremamente feliz de nós vermos um caso concreto aqui de Minas, de conclusão, de 2, 3 anos, já dando impacto prático e de relevância. O que nos anima a continuar a fazer esse estudo de matrizes, cruzamento de dados para inibir comportamentos que são, realmente, aéticos. E termino então, com uma visão desse labirinto e, lembrando o pensamento de Edgar Silva. Ele chama a atenção para nós de que o labirinto, na verdade, não é um caminho. O labirinto, na verdade, se você ficar dentro da sua vida, olhando só para você, olhando para a sua existência, você, realmente, nunca vai viver, porque a plenitude da vida, o encantamento da vida é você poder ir em direção ao outro, você ir em direção ao cidadão, você praticar cidadania. E todos nós temos essa oportunidade de influenciar uma melhor gestão, uma melhor qualidade no gasto, um melhor empoderamento do cidadão, das decisões públicas, sair desse labirinto e ir ao encontro da sociedade. Esse é o espírito, esse é o propósito que nós esperamos, enfim, dessa nossa conversa. Que nós possamos sempre, quando formos olhar um gasto público, não ter só aquela frieza de olhar, mas entender que aquilo faz parte de um contexto. E, às vezes, nós ficamos olhando para a bolinha de basquete e deixamos passar um gorila preto enorme na nossa frente sem nós percebermos. Então muito obrigado pela oportunidade.



PARTE II

Evento realizado em Alfenas/MG

Dias 21 e 22 de maio de 2015



Gestão da assistência em oncologia: judicialização¹

Dr. Roberto Porto Fonseca

Eu trago hoje para as senhoras e senhores um aspecto possivelmente não muito conhecido de alguns, mas extremamente relevante em relação à questão da atenção à saúde na área de oncologia. Inicialmente, gostaria que nós nos transportássemos, todos, para uma viagem rápida ao passado, avaliando a questão da história da medicina.

As informações oriundas da História da Medicina são importantes para uma compreensão mais ampla dos benefícios potenciais e reais que a assistência à saúde, quando focada, principalmente, em medidas preventivas, pode oferecer para a população.

Registros obtidos pela paleopatologia desde o Paleolítico (pré-história), como em documentos da Mesopotâmia e do Egito, nos mostram que a medicina arcaica era baseada na magia e no empirismo. Ineficiente.

Já a medicina como ciência, exercida pela interpretação natural da doença, surgiu somente no século V a.C. com Hipócrates (c. 460 - 375 a.C.).

De acordo com Hipócrates: "A medicina deve apoiar-se sobre observações, sobre fatos". E afirma que "o corpo humano, para ser conhecido, deve ser estudado em relação com o meio ambiente".

O único caminho para a compreensão da natureza do homem é a observação utilizada pelos médicos. Dessa forma, em conformidade com o pensamento do século V a.C., Hipócrates coloca a medicina em bases racionais e a atribui aos homens, e não aos deuses, como relatado no *Prometeu acorrentado*, de Ésquilo (525-456 a.C.).

Durante o período clássico (Grécia e Império Romano) e também com Galeno (130-200), a medicina continuou a se basear em Hipócrates.

¹Este texto é resultado da junção da aula ministrada pelo autor no Curso Jurídico de Direito à Saúde, realizado em Belo Horizonte/MG, entre março e maio de 2015, e a palestra proferida no Seminário do Curso Jurídico sobre Direito à Saúde, realizado nos dias 21 e 22 de maio de 2015, em Alfenas/MG.



A autoridade de Hipócrates e Galeno durante quase vinte séculos concentrará o interesse histórico no âmbito da medicina.

Na Idade Média (séculos V a XIV), a História passou a ser admitida como meio de evidenciar a realização dos planos divinos no processo histórico.

No Renascimento (séculos XV e XVI), os historiadores substituíram a revelação de desígnios da Providência Divina pela narração objetiva de acontecimentos significativos para a educação dos homens.

A historiografia médica muda sob a influência do pensamento filosófico e das realizações da ciência e da técnica no século XVII.

Aparece, então, o primeiro manual moderno de história da medicina ocidental, redigido em francês pelo médico genebrino Daniel Le Clerc (1662-1728). É reconhecido como o Pai da História da Medicina.

Pode-se comprovar, nos diferentes períodos históricos, como se refletem na arte de curar as doutrinas médicas e como nestas se representa a ideologia geral da época, suas concepções filosóficas e religiosas, produzindo-se a explicação da doença e, conseqüentemente, os métodos terapêuticos. Para compreender essas interações, torna-se necessário conhecer, além dos fatos médicos, as demais manifestações da civilização, especialmente a filosofia. A interpretação das teorias médicas como produto de seu tempo permite compreender: a interpretação da doença como fenômeno sobrenatural e o caráter mágico-religioso da medicina arcaica (Mesopotâmia e Egito) determinados pela concepção mítica do mundo; a interpretação da doença em termos de causas naturais racionalmente inteligíveis pelos médicos gregos como consequência da abordagem racional do mundo pelos filósofos jônicos; o pensamento teológico dos médicos medievais derivado da filosofia escolástica; a significação do movimento anatômico (Vesalius, Da Vinci) durante a Renascença (1453-1600) como consequência do nascer de novo da arte e da cultura da Grécia clássica; a medicina baseada nas ciências naturais, que se desenvolve com o nascimento da ciência moderna no século XVII; a medicina classificatória (classificação das doenças a partir dos sintomas do século XVIII como consequência da forma de organização do conhecimento científico determinado pelo racionalismo cartesiano; e



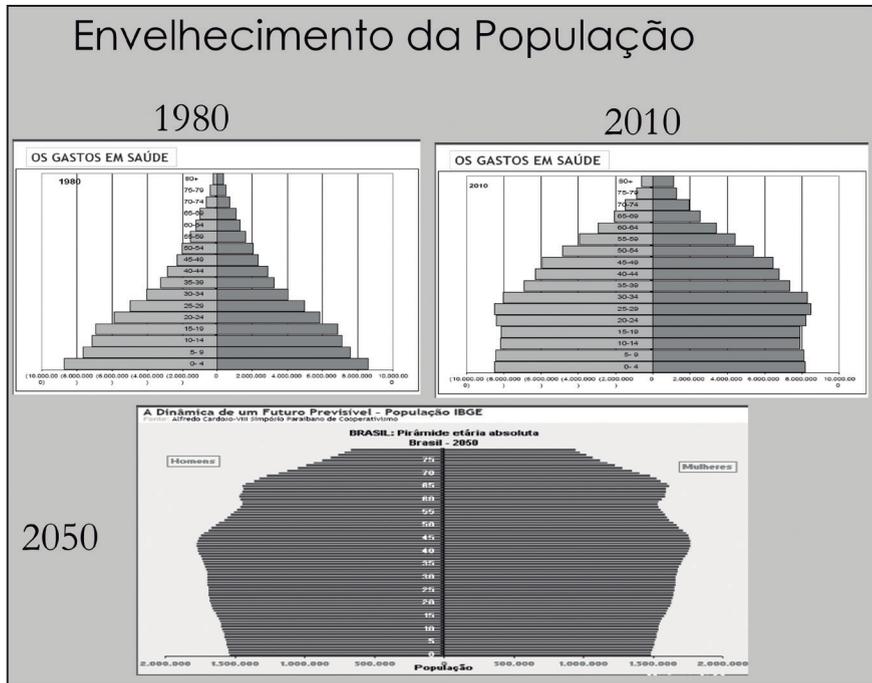
a concepção anátomo-clínica (Morgagni e Bichat) da medicina moderna consequente do empirismo e do positivismo do século XIX (Dados históricos obtidos no trabalho de tese do Dr. Sebastião Gusmão, Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Neurologia da Faculdade de Medicina da UFMG/Coordenador do Centro de Memória da Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG).

No Renascimento, os historiadores substituíram a revelação dos desígnios da providência divina pela narração objetiva de conhecimentos significativos para a educação dos homens. A medicina novamente era como se retornasse àquela medicina ensinada e protagonizada por Hipócrates. Então, nós partimos de diferentes épocas e lugares - Egito, Mesopotâmia -, para finalmente nos entranharmos na concepção anátomo-clínica de Morgagni-Bichat, da medicina moderna. Isso a partir do século XVII. O que aconteceu? Essa transformação nos legou informações muito interessantes e tem feito com que neste pequeno planeta nós tenhamos hoje perto de sete bilhões de seres humanos. Por quê? Porque, com a revolução industrial, começaram a aparecer medidas visando a melhores condições sanitárias e de higiene, um conhecimento melhor sobre início e controle das doenças infectocontagiosas e prevenção das mesmas com vacinas, razão, então, da explosão demográfica mundial dos últimos 300 anos. Fica aqui então um primeiro dado que a história da medicina nos fornece: na área da saúde, prevenção, seja a primária ou secundária, é efetivamente responsável por um aumento da expectativa de vida do ser humano. Outra informação importante, advinda de dados históricos, é que procedimentos médicos voltados para a promoção da saúde do ser humano e da coletividade, prevalecendo em um dado momento, podem ser substituídos por outros melhores. Essa noção da transitoriedade da verdade científica educa o médico, num espírito independente e crítico, preparando-o para essas mudanças. "Como a análise retrospectiva induz à crítica, é importante refletir sobre os limites da cura de ontem e os de hoje. Se formos capazes de rir dos conceitos teóricos hipocráticos, do século 4 a.C., não devemos esquecer que, presumidamente, no futuro, a Medicina do século 21 será motivo de zombaria".

Muito bem. A história, então, nos mostra, de modo concreto, que o



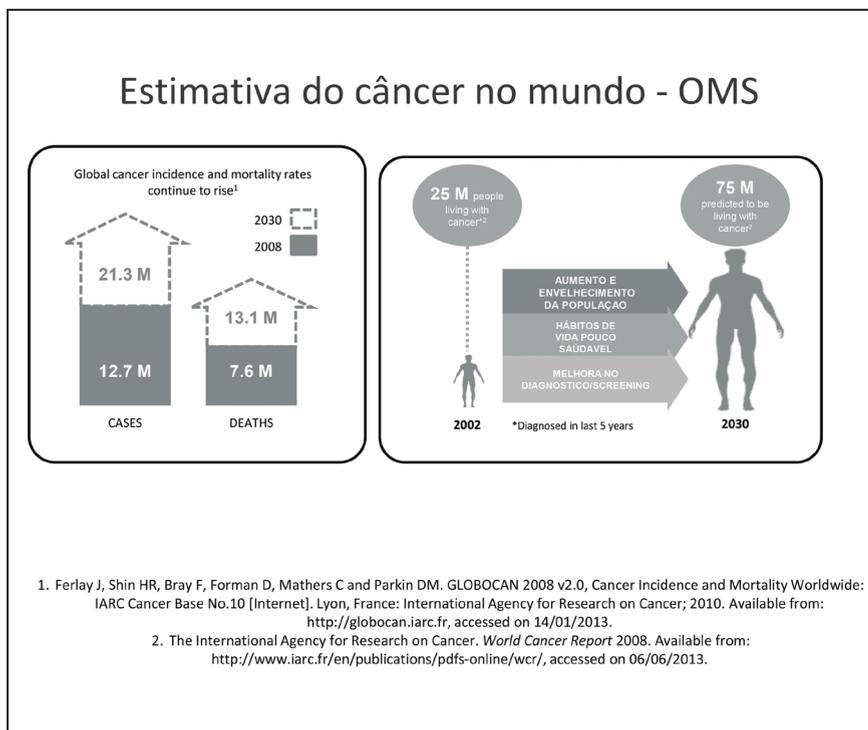
aumento de expectativa de vida, a explosão demográfica mundial se deve, principalmente, à melhoria nas condições sanitárias, prevenção, prevenção. Nós vamos rapidamente discorrer sobre o cenário da atenção à saúde na área de oncologia, no nosso meio e no mundo, os desafios e registrar humildemente algumas sugestões para soluções.



A população tem envelhecido. Hoje eu, particularmente, tenho tido o prazer de utilizar em *shoppings*, em locais públicos, a vaga de idoso para o meu carro, fica mais fácil, já fiz os meus 60. Se eu tivesse nascido há 100 anos, o meu 'Fordzinho', se eu possuísse um, não teria essa regalia, porque, provavelmente não estaria vivo mais! A expectativa de vida da mulher há 100 anos, no Brasil, era de 44 anos. Hoje, felizmente, além de viver mais do que nós, homens, chega perto de 80. A população está envelhecendo. A pirâmide populacional que em 1980 se assemelhava a um triângulo, jovem, em 2010 já se transformou; e a expectativa para 2050 deverá se transformar em um losango com base invertida. Ou seja, nós estamos cada vez mais incluindo na sociedade idosos. Incluir idosos na sociedade traz alguma con-



sequência. É muito bom que se viva mais, porém é aí que nós vamos ver, claramente, o aumento dos gastos em saúde. O idoso gasta muito mais sob todos os aspectos. Particularmente em decorrência de doenças crônicas, degenerativas e, sem sombra de dúvida, o câncer.



Estimativa no mundo da Organização Mundial de Saúde em 2008: 12 milhões... 12 milhões no mundo e 7,6 milhões de mortes. A expectativa para 2030 é de 21 milhões de pacientes com câncer e 13 milhões de mortos. Por quê? A razão é simples: câncer é uma doença do idoso, apesar de poder acometer qualquer faixa etária, ela é muito mais prevalente no idoso. Essa é a principal causa do aumento vertiginoso da incidência de câncer na população. Além disso, hábitos de vida pouco saudáveis, sedentarismo, dieta inadequada. Ainda aqui, políticas públicas e privadas pouco focadas em prevenção. Tudo isso tem levado a esse cenário desfavorável da prevalência da doença.

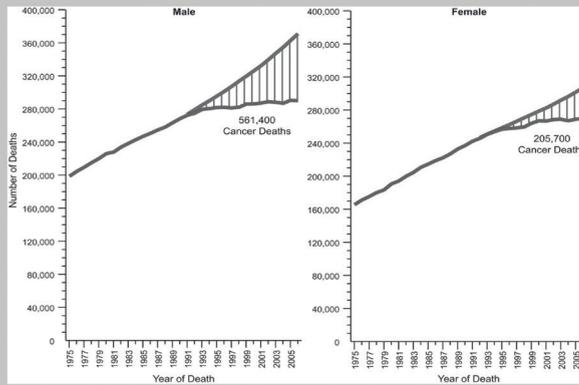


Cenário no Mundo

Favorável

Aumento das taxas de cura do câncer

Total Number of
Cancer Deaths
Avoided From
1991 to 2006 in
Males and From
1992 to 2006 in
Females



CA Cancer J Clin 2010;60:277-300.

Felizmente, apesar de o cenário ser desfavorável, esse gráfico nos dá uma informação importante. Temos conseguido evitar as mortes pela doença. Falando aqui em quase um milhão de mortes tanto no homem como na mulher e seguramente apenas no período de 1991 para 2006, evitamos, não com a medicina assistencial, mas, principalmente, com prevenção. Trinta por cento dos tumores malignos têm relação com tabagismo. Se nós, de alguma forma, educando a sociedade, conseguirmos evitar que o tabagismo continue sendo um gravíssimo problema para nós, seres humanos, teremos uma significativa redução no número de mortes por vários tipos de câncer. Apenas um exemplo de prevenção primária.

OMS

Câncer:

Ano 2020

**PRINCIPAL CAUSA DE MORTE
TANTO NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS
COMO NAQUELES EM DESENVOLVIMENTO**



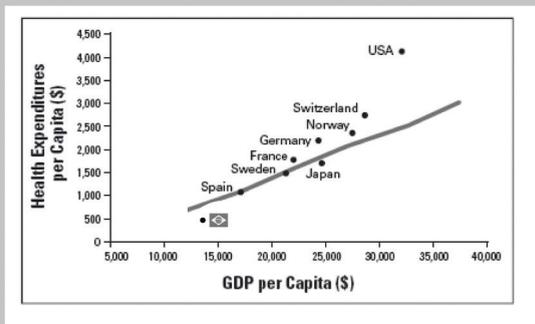
Esse é um gravíssimo problema: ou nós mudamos nossos hábitos pessoais e sociais, ou já em 2020 a principal causa de morte, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, vai ser o câncer, não mais doenças cardiovasculares.

Cenário no Brasil

Favorável



Falamos em custo. O que se nota em nosso país é o aumento da participação financeira pública no setor saúde. Temos investido mais. Isso é desejável. A pergunta que se deve fazer: estamos investindo o bastante?



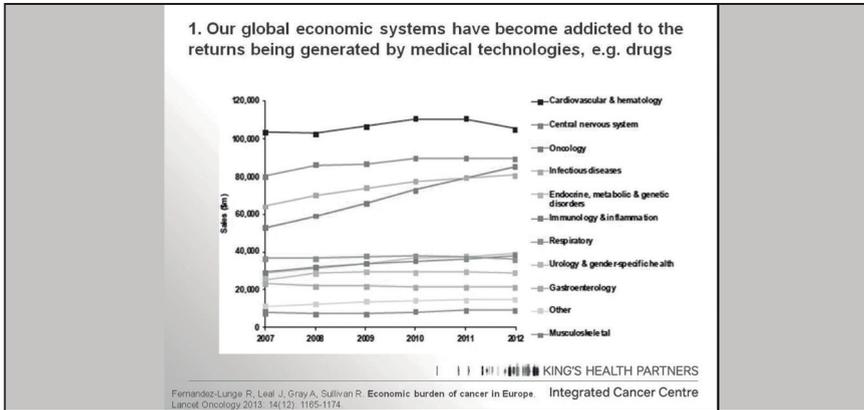
Comparativamente a outros países, a resposta é não.



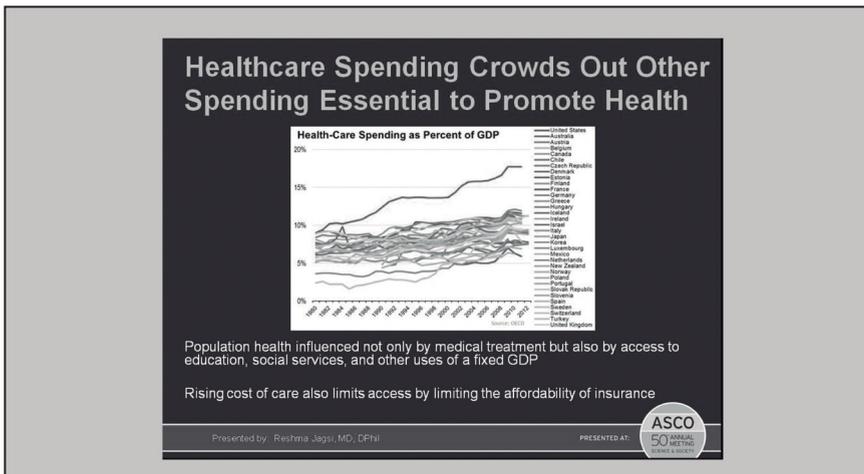
Por outro lado, gastar muito não necessariamente significa gastar bem. De acordo com a OECD, os EUA têm despendido cada vez mais dinheiro na atenção à saúde, conforme podemos notar no gráfico acima.



Quando analisamos o gasto de consumo pessoal do americano no período de 1947 a 2007, podemos notar que ele aumentou de maneira considerável. Ao esmiuçarmos os dados, notamos que gastos com consumo pessoal - excetuando a saúde - na verdade diminuiram! O que efetivamente aumentou foi o gasto com saúde.



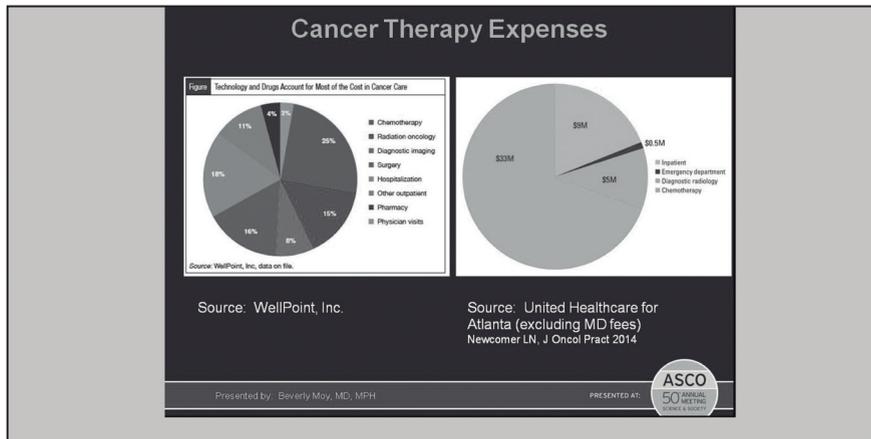
Quando examinamos os dados da área de saúde, podemos notar que o que tem particularmente inflacionado esses gastos é a área de oncologia, notadamente o uso de novos medicamentos. Custos crescentes, resultados nem tanto.



Reshma Jaggi, em palestra no 50º Congresso da Asco (American Society of Clinical Oncology), ilustra os gastos com saúde em vários países do mundo. Os EUA lideram esses gastos percentualmente ao PIB. Considerando que a saúde da população é influenciada não somente pela medicina assistencial, mas, principalmente, por acesso à educação, serviços sociais e procedimentos focados em prevenção, o aumento de gastos com mate-



riais e medicamentos trazem como consequência uma redução no investimento em áreas que deveriam ser prioritárias, já que os recursos são finitos. Além disso, podem reduzir o acesso a serviços pelo aumento dos custos dos seguros de saúde.



Ainda de acordo com Bervely Moy, MD, no mesmo evento, novas tecnologias e drogas são responsáveis pela maioria dos custos da atenção em oncologia.

Cost of Targeted Therapy

Agent	FDA Indication	Cost/month or cycle
Dasatinib	CML	\$9,817
Sorafenib	RCC, HCC	\$10,555
Sunitinib	RCC, GIST	\$11,957
Everolimus	RCC, breast	\$8,984
Bevacizumab	RCC, colon, lung	\$11,684
Cetuximab	Colon, head/neck	\$24,092
Lapatinib	Breast	\$5,120
Trastuzumab	Breast, gastric	\$5,295
Brentuximab	Lymphoma	\$16,768
Ipilimumab	Melanoma	\$36,540
Vemurafenib	Melanoma	\$12,282

Adapted from Kantarjian HM, J Clin Oncol 2013

Presented by: Beverly Moy, MD, MPH

PRESENTED AT: ASCO 50th ANNUAL MEETING 2014

Novas drogas são sempre introduzidas no mercado a preços altíssimos.



COMMENTARY

How Much Is Life Worth: Cetuximab, Non-Small Cell Lung Cancer, and the \$440 Billion Question
Tito Fojo, Christine Grady

DROGA	NEOPLASIA	CUSTO US\$	BENEFÍCIO
Cetuximab	Pulmão	225.000	1,2 meses
Erlotinib	Pâncreas	15.752	10 dias
Bevacizumab	Mama	245.000	1,5 meses
Sorafenib	Rim	34.373	2,7 meses

JNCI vol 101, 5 2009

Tito Fojo, Diretor do NCI, nos EUA, questiona se vale a pena tanto gasto para obter ganhos tão modestos, marginais. O uso de somente uma droga, Cetuximabe, no tratamento do câncer do pulmão, pode levar, nos EUA, a um dispêndio de 440 bilhões de dólares.



Toda nova tecnologia oferecida à população deve ser precedida de uma profunda avaliação por órgãos regulatórios de seu custo-benefício, custo-utilidade e custo-efetividade. É a melhor maneira de se proteger a comunidade contra os abusos, frequentes, da assistência à saúde.



Financial Burden of Medical Care

- Medical bills are the leading cause of US bankruptcies
 - Households containing 1.7 million people filed for bankruptcy protection in 2013
- Even outside of bankruptcy, about 56 million adults, >20% of the population between the ages of 19 & 64, will still struggle with health-care-related bills in 2014

http://www.cdc.gov/nchs/healthdata/files/Financial_burden_of_medical_care_032012.pdf

Abusos que têm levado milhões de americanos, entre as idades de 19 e 64 anos, a graves problemas financeiros ou à falência.

Why the Emphasis on Value?

The Cost of a Long Life

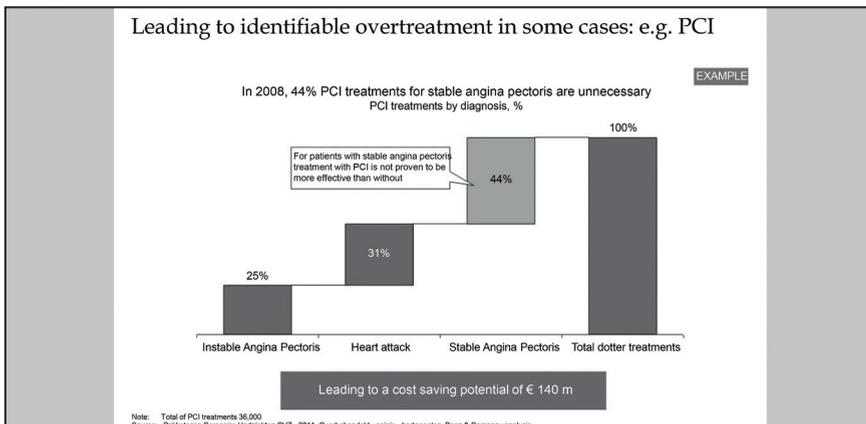
Life Expectancy — Per Capita Spending (International Dollars)

North Carolina Central University School of Medicine

E por que falar em valor? Apesar de liderar, mundialmente, os gastos com saúde, a população americana tem uma expectativa de vida inferior à de muitos países que gastam a metade ou menos.

Cerca de 50% dos serviços de saúde consumidos são resultado da orientação dos médicos e dos fornecedores de hospitais e não da demanda ou da necessidade dos pacientes.

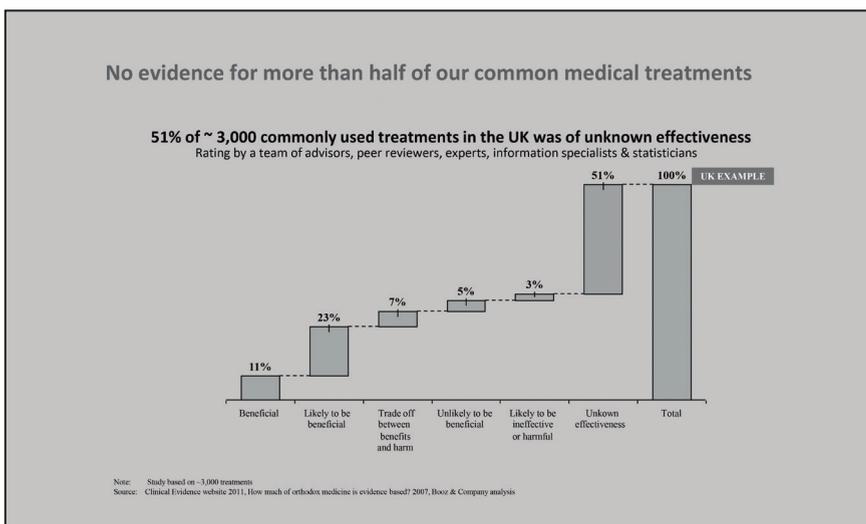
Clayton M Christensen
Inovação na Gestão da Saúde



De acordo com Clayton M. Christensen (Inovação na Gestão da Saúde), 50% dos serviços de saúde são realizados sem necessidade, consequentemente sem trazer benefícios ao paciente. Outra fonte de desperdício de recursos da medicina assistencial.

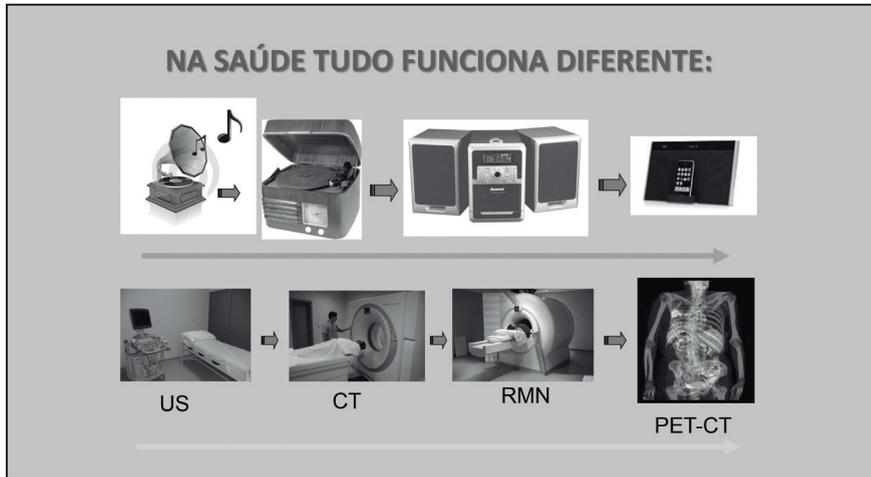
Estudo realizado em 2008, no Reino Unido (Booz&Company), na análise de 36.000 casos de tratamento de angina estável com *stents* coronarianos, revelou que 44% foram desnecessários.

Source: Clinical Evidence web site 2011, How much of orthodox medicine is evidence based? 2007, Booz & Company analysis





Estudo publicado em 2011, também por Booz & Company, no *site* Clinical Evidence, mostrou que 51% de 3.000 tratamentos médicos avaliados não apresentavam efetividade científica comprovada. Tudo isso no Reino Unido, onde, acredito, a atenção à saúde é muito mais custo-efetivo do que a americana. Na saúde, tudo funciona de maneira diferente.



E isso é notado não apenas nos procedimentos terapêuticos, mas também na propedêutica. A quantidade de exames laboratoriais, radiológicos inúteis, também é responsável pela sangria financeira na área da saúde.

O cuidar como arte





A arte da medicina está relacionada ao respeito, carinho, amor pelo paciente. A anamnese e o exame físico bem-feitos são procedimentos mais importantes no cuidar e frequentemente dispensam exames complementares.

Não há dúvida de que o grande vilão de todo o problema é o atual modelo de atenção à saúde: “FEE FOR SERVICE”. O pagamento é feito pelo serviço prestado. Focado na doença, estimula o alto volume em detrimento do benefício para o paciente. Incentiva o emprego de tratamentos cada vez mais onerosos, não necessariamente mais efetivos.

Voltando à questão dos custos, ainda nos EUA, estudo realizado pelo “Institute of Medicine of the National Academies: THE HEALTHCARE IMPERATIVES” aponta uma premente necessidade da redução dos custos e melhoria nos resultados. Se os preços de uma dúzia de laranjas ou um litro de leite tivessem aumentado desde 1945 como os custos com saúde, estaríamos hoje pagando R\$400 por uma dúzia de laranjas e R\$40 por um litro de leite. Em apenas 10 anos (1999-2009), a média de salários de americanos subiu 38%; já os seguros de saúde, 131%. Somente em 2009 foram despendidos U\$2,5 trilhões nessa área. Desses, U\$ 755 bilhões jogados no lixo, seja por serviços desnecessários, fraudes, custos administrativos excessivos, preços muito elevados, oportunidades de prevenção perdidas e serviços prestados de maneira ineficiente. Tudo isso levou o atual presidente americano (Obama) a lançar uma reforma dos serviços de saúde focada em aumento da inclusão, sustentabilidade do sistema por meio de redução de custos. Em seu discurso no Congresso, foi enfático: “Sou pela limitação do reembolso de drogas e procedimentos caros caso isso ajude a expandir o acesso à saúde básica para aqueles que não têm esse cuidado”.

Outra questão afrontosa se relaciona com pesquisas científicas. Particularmente a partir de 1977, o número de fraudes publicadas na mídia leiga tem aumentado consideravelmente. Em 2 de junho de 2012, o Departamento de Justiça dos EUA anunciou o maior acordo em um caso de fraude na área de saúde. A GSK (GlaxoSmithKline) reconheceu sua responsabilidade e pagou U\$3 bilhões de multa.

Em nosso país, a escalada dos gastos em todas as esferas do governo com medicamentos por via da judicialização tem-se mostrado crescen-



te nos últimos anos e, em alguns casos, tem sido responsável pela implosão financeira de pequenos municípios.

A pergunta que se faz é: QUEM VAI PAGAR A CONTA? DE QUEM É A CULPA?

O financiamento da educação médica continuada, relatada no artigo do JAMA, de 7 de setembro de 2009, nos informa que, em 1998, foi de U\$899 milhões. Já em 2006, pulou para U\$2,33 bilhões. A margem de lucro pulou de 5,5% para 31%. Desde 2003, a maior parte provém da indústria farmacêutica, que inteligentemente promove o seu *marketing* por via da “educação” médica dos profissionais da saúde.

Artigo especial do NEJM (2007; 26:1742) admite que 94% dos médicos têm relação com a indústria; destes, 28% com envolvimento financeiro direto. Ainda relata que a indústria foca sua estratégia de *marketing* em médicos “formadores de opinião”.

A editora Catherine D. De Angelis afirmou: “Tenho ouvido que, em resposta à política do JAMA em requerer uma análise estatística independente para estudos financiados pela indústria em que somente os estatísticos empregados pelos financiadores analisaram os dados de tais estudos, algumas companhias insistem em que os pesquisadores não submetam esses estudos ao JAMA”.

No *J Natl Cancer Inst* (2008; 100:888-897), foi publicado que, durante o período de 1991 a 2002, o custo médio do tratamento do paciente com câncer de pulmão elevou de U\$7,000 para U\$40,000. Hoje ele se encontra em patamares muito mais elevados. No entanto, o ganho na sobrevivência em 5 anos, de acordo com dados do NCI/SEER, de 1974 a 2001, foi de apenas 3,1%. Significa claramente que o investimento não tem sido eficaz.

O que se impõe é uma mudança de paradigma. A sociedade necessita de um novo modelo de atenção à saúde que estimule a qualidade, incentive a prevenção e que valorize melhores desfechos. Que seja centrado na SAÚDE, e não na doença.

Prestadores da área da saúde devem oferecer sempre a melhor qualidade e a melhor ciência por via de protocolos específicos, elaborados na constante busca da melhor evidência científica, força motriz da regulação da atenção à saúde.



Deve haver transparência na divulgação dos resultados obtidos nas instituições de saúde, e essa deve ser obrigatória.

Estudos científicos com resultados nebulosos, com ganhos clínicos marginais e que apenas tragam maior ônus para o sistema não devem ser aceitos para influenciarem seus procedimentos.

A melhor evidência científica deve evitar que milhares de seres humanos sejam expostos a tratamentos excessivamente tóxicos e sem benefícios visíveis. *“Primum non nocere”*.

É imperativo que todos os atores do sistema (governo - em órgãos reguladores, operadoras, Sistema Único de Saúde, prestadores de serviço, indústria de materiais e medicamentos, empregadores, TODOS) sentemos à mesa para discutir e implementar um novo modelo. É inaceitável que a precificação de materiais e medicamentos seja feita à revelia da sociedade. O preço deve estar relacionado ao valor entregue ao paciente e à sociedade, e não ao bel-prazer do lucro da indústria.

Em Minas Gerais, a solução encontrada pelo Tribunal de Justiça, no excelente trabalho da Desembargadora Vanessa Verdolim, relacionado à judicialização da medicina, com o convênio com o NATS-UFMG (Núcleo de Avaliação de Tecnologia da Universidade Federal de Minas Gerais), tem-se mostrado eficaz no combate a abusos e fornecido à Justiça a possibilidade de contar com perícias de alto valor científico *on-line*. Um grande passo.

Finalmente, devemos lembrar que, “se esquecermos do conceito sacerdotal do médico, a supremacia da vocação para exercer a nossa arte... porque esquecemos que a sabedoria não é apenas conhecer as coisas, mas amá-las” (Gregorio Marañón), nós profissionais da saúde não estaremos exercendo nossa profissão com dignidade.

“É inegável que todo ser humano possui, por natureza, o privilégio do livre-arbítrio, mas, para exercê-lo, necessita do conhecimento a fim de poder fazer uso da liberdade que ele lhe confere para seu bem e sem prejudicar a dos demais” (CRL, Tomo II, p. 215).





Abordagem ética sobre o conflito entre o Direito à Saúde e o caráter contratual dos planos de saúde. Principais problemas enfrentados pelas prestadoras dos planos de saúde. A dignidade humana como principal meta

Dr. Helton Freitas

A judicialização na saúde é um tema que nos afeta a todos e, portanto, precisamos refletir sobre ele! Falando então sobre o IBEDESS, que já foi bastante mencionado aqui, ele é um instituto sem fins lucrativos. As pessoas exercem os seus cargos, como é previsto em institutos sem fins lucrativos, ou seja, sem remuneração. Reúne, então, todos os agentes da saúde do Estado de Minas Gerais, especialmente, as operadoras, hospitais e médicos, portanto, é um instituto que tem por objetivo trazer à mesa a discussão sobre os temas da saúde.

O primeiro aspecto sobre o qual eu quero chamar a atenção aqui e ressaltar é o papel do sistema de saúde como um pilar de uma sociedade democrática! Nós não estamos aqui discutindo questões periféricas. Nós estamos discutindo uma questão central dentro do processo de construção de uma sociedade democrática, onde o sistema de saúde ocupa posição fundamental. Não existe nenhuma grande democracia no mundo que não tenha um sistema de saúde que suporte as atividades dessa sociedade. O Des. Kildare ontem falou sobre essa questão do direito à saúde, as várias questões da saúde, mas, fundamentalmente, a gente precisa entender que manter um sistema de saúde ou torná-lo sustentável, mais acessível, com maior equidade, é um papel fundamental para o desenvolvimento da nossa sociedade.

Segundo ponto. Vamos falar agora sobre uma outra questão fundamental, e ela é uma questão internacional. Todos os países se preocupam com esse ponto. Quanto cada país gasta do seu chamado produto interno bruto, das suas rendas nacionais, com a saúde? Esta é a conta do Brasil: 9,3% em 2012. O Dr. Roberto Fonseca ontem falou bastante, com detalhe, com muitos exemplos, sobre questões de sistemas internacionais.



Falou-se muito aqui do modelo americano. Os Estados Unidos hoje já estão gastando mais de 18% do seu produto interno bruto com saúde. O que nos traz então a uma reflexão: o Brasil, que tem um PIB muito menor que o PIB americano, gastou no ano de 2012 9,3% do seu PIB com saúde.

Mas tem um ponto que é importante: a saúde no Brasil é pública?

Sim, mas 54% dos dispêndios com saúde são privados. O sistema público arca com 46% dos recursos que são ingressados na saúde no Brasil. Isso dá mais ou menos 4,3% do nosso PIB que é ingressado pela área pública. Os demais recursos são ingressados por área privada. 40% desses recursos (privados) são os recursos oriundos das operadoras de planos de saúde, e a maior parcela, com certeza, é a parcela do chamado desembolso direto. É o cliente mesmo do SUS que vai à farmácia comprar o seu medicamento. Aquilo é custo de saúde, e é um dispêndio privado em relação à saúde. Nós temos, então, um crescimento continuado do número de pessoas com planos de saúde, ou seja, que têm uma carteirinha de plano de saúde no bolso. São 51 milhões nesse momento, desconsiderando os institutos estaduais. Nós temos no Estado de Minas Gerais o Ipsemg. Vários Estados têm os seus institutos, os beneficiários desses institutos, por questão regulamentar, regulatória, não são contabilizados, não são considerados, então, como plano de saúde e, portanto, não fazem parte dessa contabilidade. Assim, se considerarmos esses institutos – alguns são muito relevantes –, certamente teríamos mais do que 51 milhões de pessoas nessa modalidade de saúde fora do sistema público, do SUS. Considerando apenas o número da ANS, estamos falando de um quarto da população. Um em cada quatro brasileiros tem uma carteira no bolso de um plano de saúde regulamentado pela Agência Nacional de Saúde. Na outra ponta, nós temos uma diminuição progressiva do número de operadoras que atuam no mercado da saúde suplementar, mostrando que é um mercado que tem uma dificuldade de manutenção dos chamados *players*, e muitas dessas operadoras têm se inviabilizado ou transferem a carteira ou muitas vezes quebram, são liquidadas. Isso é outro ponto a se considerar.

Outro aspecto importante: como é que as pessoas hoje contratam um plano de saúde? Nós estamos no mês do reajuste do plano de saúde das pessoas físicas, vai ser neste mês, vai sair o índice. Apenas 20%



das pessoas é que são atingidas diretamente por esse índice que o governo vai divulgar. São os 20% de clientes que têm os chamados contratos individuais/familiares. 80% das pessoas têm planos empresariais. E aí tem uma primeira reflexão que quero fazer. Qual é o plano de saúde mais caro que é comercializado? É o plano individual. Entretanto, poucas operadoras vendem planos individuais. Uma operadora de plano de saúde que existe para vender planos de saúde se nega a vender um plano individual. Esse é o primeiro paradoxo. Por quê? Porque existe agregado à venda do plano individual um risco desproporcional, ainda que se cobre muito mais por um plano individual. Se a pessoa entrar doente para o plano, não há cálculo atuarial para essa massa de clientes que dê conta dessa situação! Eu não posso bater o carro e correr na seguradora para fazer um seguro, porque isso não se sustenta ao longo do tempo. Então eu penso que a primeira reflexão que precisamos fazer é a de que os planos individuais deixaram de ser comercializados especialmente porque não existe previsibilidade, uma possibilidade de mensuração do risco financeiro agregado a esse tipo de produto. Acho que esse é um ponto fundamental.

Outro ponto que é essencial na nossa discussão: 2010: 10%, 2030: 19%, 2050: 30%. A expectativa é de que, em 2050, 30% da população tenha mais de 60 anos de idade. Dr. Roberto fez muitas referências aqui ontem sobre a questão do envelhecimento. Por que o plano de saúde das pessoas mais velhas custa mais? Porque elas consomem mais. Elas gastam mais. Os custos agregados à prestação de serviço a um jovem e a uma pessoa acima de 60 anos são significativamente distintos, portanto, nós não podemos entender isso como um ato discriminatório. Nós temos que entender isso como a necessidade de ressarcimento dos custos, que, nessa faixa etária, são muito mais altos. Houve o Estatuto do Idoso, que, nas suas previsões, suspendeu os reajustes acima dos 60 anos. Como eu vejo: o que o estatuto conseguiu? Ele conseguiu trazer o reajuste que era dado aos 70 anos para os 59. Então, hoje, o último reajuste das operadoras passou a ser aos 59 anos. Anteriormente, nós tínhamos aos 50 anos, aos 60 e aos 70 e agora temos que aplicar o último reajuste, que é o que vai prevalecer para o restante da vida do indivíduo, aos 59 anos. Então, num certo aspecto, acho que o estatuto, nesse ponto, não só não ajudou como trouxe um agravamento



da situação para uma idade menor. Tem um pesquisador em Minas Gerais, que é esposo da Dr.^a Silvana Kelles, que fez um estudo sobre a sustentabilidade dos planos de saúde no longo prazo. Desconsideradas todas as outras questões, desconsiderados novos aumentos nos custos assistenciais, novos tratamentos, novas terapias, novos materiais, novos medicamentos, novos equipamentos, se considerados apenas os custos decorrentes do envelhecimento da população, este fato, isoladamente, é suficientemente relevante para inviabilizar todas as operadoras de saúde do Brasil até o ano de 2020. Só o envelhecimento da massa de clientes trará tantos custos a essas operadoras que, se nada for feito, elas terão grande dificuldade no ano de 2020 de sobreviverem, de manterem as suas operações.

Voltando ao meu primeiro ponto, o sistema de saúde é essencial para uma sociedade democrática quando tratamos o direito à saúde como direito fundamental. Outro aspecto importante é a migração de população entre classes sociais, classes econômicas. À medida que as pessoas ascendem das classes D e E para uma classe C, os principais desejos delas são três: previdência privada, casa própria e plano de saúde. Todas as pesquisas dão conta de que essa ascensão social também se relaciona com uma mudança dos desejos de consumo. A gente discute vários aspectos desta questão, mas, no fim, lá no fim da linha, nós temos o quê? Uma questão econômica, financeira. É preciso que haja recursos financeiros, seja no setor público, seja no setor privado, que deem conta de arcar com as despesas inerentes à prestação de serviço de saúde! Este quadro mostra que ano a ano o dinheiro que é destinado à saúde suplementar cresce, e tem até crescido de maneira acelerada. R\$124 bilhões foi o quanto as operadoras arrecadaram no ano de 2014. Mas elas gastaram, apenas e exclusivamente no pagamento da assistência aos seus clientes, R\$106 bilhões, que representa 85% desse valor. É o que denominamos de sinistralidade, ou índice de utilização. Então, 85% de tudo o que foi arrecadado foi despendido, foi gasto na assistência a saúde. E os 15%? Ah, os 15% têm que pagar estrutura de operação das operadoras, têm que pagar impostos [...] Importante lembrar que existe uma carga tributária importante nas operadoras, e as operadoras são entidades privadas, e entidades privadas existem para ter resultado. Alguém corre risco para ter um resultado econômico/financeiro. Então, no final,



operadoras que não geram resultados para os seus proprietários, para os seus acionistas, para os seus donos não se sustentam num país capitalista. Esse mercado é operado por empresas privadas, e, claro, esse é um ponto fundamental a ser considerado. O que eu estou querendo dizer nesse ponto é que não existe, então, um resultado econômico. Um estudo recente feito pelo Dr. Dráuzio Varela e pelo Dr. Mauricio Ceschin, que foi presidente da Agência Nacional de Saúde, mostra que o negócio de operar plano de saúde é muito ruim do ponto de vista financeiro quanto à rentabilidade dos capitais investidos. Esse livro foi publicado recentemente. O Dr. Dráuzio, em várias entrevistas, mostra que a maioria das operadoras não conseguem ter sequer 3% de resultado anual em relação às suas operações, e uma boa parte delas operam com déficit. É a questão do direito à saúde de um quarto da população! Não sei se recordam da minha apresentação pelo mestre de cerimônias, a minha formação é em saúde pública. Assim que eu me formei em medicina, entrei na residência de saúde pública da UFMG. Era uma residência que formava gestores para o Sistema Único de Saúde. Então, eu fui formado para ser um gestor do SUS. Depois dei aulas na faculdade de medicina na disciplina de políticas de saúde tratando essas questões. Eu estou dizendo isso para concluir o seguinte: Eu lido com essa questão do direito à saúde há algum tempo, e, por caminhos aí de vinculação com o cooperativismo, acabei chegando então ao sistema Unimed.

Importante dizer que o artigo 196 da Constituição fala que o direito à saúde é direito de todos e dever do Estado, mas o artigo 199 diz que a saúde é livre à iniciativa privada. Inclusive, estabelece uma hierarquia: têm preferência as entidades filantrópicas, depois as sem fins lucrativos - as cooperativas são instituições sem fins lucrativos -, e, por fim, as demais instituições privadas. Naquele momento, em 1988 - e o texto constitucional é oriundo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi em 1986 -, não se falava em saúde suplementar. A saúde suplementar existe no Brasil desde o final da década de 50, mas no texto constitucional não havia em princípio qualquer referência à saúde suplementar. Estávamos criando um Sistema Único de Saúde com dois componentes: público e privado. Então, o setor privado foi pensado muito mais para a prestação de serviços ao SUS. Fazíamos essas discussões à época, não existiria a saúde complementar. Teríamos um Siste-



ma Único de Saúde que eventualmente poderia ter prestadores privados. Então, a saúde suplementar, à qual um quarto da população está vinculada não foi pensada no momento do texto constitucional., Ainda que a gente pegue esse artigo 199 e dê uma esticada nele para o nosso lado, ele não foi pensado originalmente para cobrir esse tipo de operação. Portanto, em 1998, 10 anos depois da Constituição, 8 anos depois da Lei 8.080, que é de 1990, é que foi sancionada a Lei 9.656, Lei dos Planos de Saúde, quando o Estado Brasileiro pela primeira vez legislou sobre os planos de saúde. Não há nenhuma lei anterior, pelo menos que eu saiba, que regule a atividade plano de saúde. Era até então uma relação contratual. Fazíamos um contrato, comercializávamos no mercado e isso estava valendo como regra. Portanto, a Lei 9.656 é o primeiro momento em que a sociedade brasileira, o Congresso Brasileiro, fazem uma reflexão sobre o sistema de saúde suplementar do Brasil e estabelece uma série de critérios e parâmetros. Importante dizer que nos primeiros 24 meses depois da lei, que começou a vigor em 1º de janeiro de 1999, tivemos 44 medidas provisórias, praticamente uma medida provisória a cada 15 dias, modificando o texto da lei, e isso, claro, com repercussões muito relevantes do ponto de vista da operação. Então, eu já falei de saúde como direito fundamental, e agora falarei de alguns princípios que estão colocados na Constituição.

O primeiro é o princípio da universalidade. Ele é um princípio que considero autoexplicativo. O que é universal? É para todo mundo. Mas tem um segundo que é o princípio da integralidade, e eu quero falar um pouco sobre ele. Esse princípio não é autoexplicativo, vamos ter que sentar e discutir. Eu estou falando até do ponto de vista do setor público, e depois eu vou chegar na saúde suplementar. Ou nós discutimos o que exatamente seja a extensão da integralidade da atenção à saúde ou a gente não vai conseguir chegar a uma padronização, homogeneização de condutas, porque esse princípio pode ser entendido por cada um com maior ou com menor flexibilidade.

Importante dizer que esse é um problema mundial. Não é um problema só nosso. Spa para emagrecimento está coberto pela saúde? Eu diria que a maioria pensa que não, mas a cirurgia bariátrica está. Então, por que o procedimento cirúrgico está coberto e o procedimento não-cirúrgico não



está coberto? Essa é uma questão importante. Então, é preciso que essas definições existam. À tarde vão ser votados aqui alguns enunciados, e alguns deles falam sobre assistência continuada a um velho de 90 anos que está num processo demencial, acamado, precisa de suporte domiciliar. Isso é um problema do sistema de saúde ou isso é um problema das famílias? Então, quando eu digo que o princípio da integralidade necessita ser melhor definido ou redefinido, eu digo que, se quisermos fazer uma força tarefa para tratarmos dos temas mais relevantes, essa seria uma direção na qual deveríamos andar: dar passos importantes na definição do que seja com clareza a extensão do conceito de integralidade/cobertura na Constituição, na Lei 8.080 e na Lei 9.656.

Por fim, nós vamos entrar agora na questão da responsabilidade contratual das operadoras. As operadoras operam nesse mercado mediante contrato. Os senhores certamente já tiveram a atenção de ler esse ponto, e esse é o primeiro artigo da Lei 9.656. A Lei 9.656 define o que é um plano de saúde. Plano de saúde é a prestação continuada de serviço com cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir a assistência à saúde, **sem limite financeiro**. Essa é a questão. A atividade de plano de saúde é de natureza securitária. Na condição de seguro, deveria haver um limite de cobertura: “vou cobrir até o limite de tantos mil ou de tantos milhões de reais”. Na saúde suplementar, entretanto, está previsto na lei, que não existe limite financeiro para as coberturas. Se custar R\$1 mil cobre R\$1 mil, se custar R\$1 milhão cobre R\$1 milhão, se custar R\$10 milhões, teremos que cobrir R\$ 10 milhões. Então, o que isso dificulta? Dificulta o chamado resseguro. Nas seguradoras normais, se vou fazer um seguro de vida para mim no valor de R\$ 2 milhões, poucas seguradoras no Brasil podem reter consigo esse risco. O que a seguradora faz? Ela repassa parte do risco. Ela ressegura. Ela busca uma resseguradora para assegurar a partir de um determinado patamar. Então, ela diz assim: “Eu vou segurar aqui comigo os primeiros R\$600 mil, e de R\$600 mil a R\$2 milhões eu vou repassar para uma resseguradora”. São empresas maiores, com mais capacidade financeira, que podem, portanto, correr riscos maiores. Na saúde é impossível resseguro, porque na saúde nós não temos limite financeiro. Essa é também outra reflexão fundamental.



Por fim, esse mesmo artigo da lei diz que a operadora paga integral ou parcialmente pela operadora contratada, mediante reembolso... etc., **por conta e ordem do consumidor**. Nenhum dos senhores aqui nunca condenou uma operadora. Os senhores condenaram os demais consumidores dessa operadora a fazer algum tipo de cobertura, ainda que de direito contratual, mas quem paga é o consumidor. A operadora paga por conta e ordem do consumidor. Ah, mas o SUS agora está pedindo ressarcimento das operadoras? Não. Está pedindo ressarcimento do conjunto dos consumidores que estão numa determinada operadora em relação àquilo que é prestado pelo SUS. Outro dia surgiu uma questão interessante sobre isso, num evento do Sistema Unimed com diretores da Agência. Então agora vai ter que ressarcir, o Supremo definiu que é constitucional, mas então gostaria de credenciar o serviço público. Eu não quero esse negócio de ficar sendo cobrado pela Agência. Prefiro que o Hospital João XXIII (pronto-socorro público de Belo Horizonte) me cobre direto. Então, eu já quero fazer um contrato com o Hospital João XXIII. E aí? Eu acho que devia poder, já que tem que ter ressarcimento. Não pode. É uma proposição deveras intrigante. Se é para ressarcir, por que fazer essa curva toda? Porque não contratualizar e a conta chegar direto para a operadora?! Essa imagem aí é uma imagem conhecida por nós mineiros, é o viaduto da Avenida Pedro I que desabou! Eu estou usando essa figura como metáfora para falar do cálculo atuarial que guarda relação com o cálculo estrutural! Então, o cálculo estrutural de qualquer obra, de qualquer viaduto, de qualquer estrutura é um cálculo onde você coloca quanto você vai ter de peso em cima daquela estrutura para definir qual é a estrutura de aço e de cimento e concreto e tudo mais que aquela estrutura deve conter para sustentar aquilo que está sendo colocado em cima. As operadoras de plano de saúde também são baseadas num cálculo chamado cálculo atuarial. São profissionais da estatística que calculam quanto eu devo pagar para a operadora baseado em quê? Baseado no meu risco, e esse risco hoje no Brasil só pode ser estratificado pela idade! Em outros países, pode haver outros parâmetros. No caso do seguro para carro: uma mulher que dirige o carro, que já tem mais de 40 anos, que guarda o carro na garagem, tem um desconto no seguro, porque se sabe que essas pessoas batem menos o carro, dirigem com mais cautela, portan-



to, o seguro delas pode ser mais barato. No Brasil não se pode fazer isso na saúde suplementar. A única diferenciação possível é a diferenciação por faixa etária. Então, alguém que seja fumante, como falou aqui ontem o Dr. Roberto, que esteja fora do peso, que seja sedentário, seja estressado, deveria pagar mais pelo plano de saúde, porque a chance de ele utilizar o serviço de saúde é infinitamente maior do que aquelas pessoas que são saudáveis, que praticam esportes, que não fumam, que bebem com moderação. Para essas pessoas se poderia medir esse risco e propor: “Eu vou te cobrar menos porque o seu risco é menor”. Isso não é permitido. A única permissão que as operadoras têm é a precificação por faixa etária. Daí a importância da discussão dos reajustes por faixa etária, que, de fato, não podem ser modificados ao bel-prazer, exatamente porque a estrutura que sustenta os planos de saúde é uma estrutura atuarial, que é calculada exatamente da forma relatada. Já falei que as operadoras têm uma natureza securitária. O plano de saúde é um seguro. Eu posso pagar hoje R\$200,00, R\$400,00 pelo meu plano de saúde. Se me vem o infortúnio de um acidente, vou precisar me internar e posso gastar no dia seguinte ao que eu contratei o plano R\$ 1 milhão. Isso o que é? Isso é seguro! Mas existe nas operadoras o princípio da mutualidade. As operadoras têm um conjunto de clientes, como eu disse lá no artigo 1º da Lei, que são responsáveis pela subsistência dessa operadora.

A segunda questão importante, importantíssima até, é que o regime das operadoras é um regime de repartição simples. O dinheiro que entra neste mês é gasto neste mês. Entra no mês que vem, é gasto no mês que vem. No máximo há uma questão sazonal, mas no final de cada ano se fecha o balanço. E aí, se deu prejuízo, como, por exemplo, no caso de cooperativas, você tem que ratear entre os sócios, e, se deu resultado, você tem que distribuir. Você não forma uma reserva financeira especialmente vinculada à pessoa. “Ah, mas paguei 20 anos o meu plano...”. Pagou. “Não usei”. Alguém usou. Alguém usou. “Ah, mas agora eu queria fazer um procedimento que não está coberto”. Não tem direito. Os 20 anos não asseguram o direito porque não feita nenhuma reserva pessoal. Está hoje no Congresso Nacional um projeto de lei para o VGBL Saúde. Eu não sei se os senhores estão informados, mas o objetivo é exatamente esse: que cada pessoa que queira, que pague por isso, poderá constituir uma reserva pessoal para



cobertura do plano de saúde no futuro. Então, essas pessoas terão uma reserva como uma previdência, só que com a finalidade específica de pagar o plano de saúde na idade mais avançada, quando as pessoas têm uma menor capacidade econômica e têm, então, maiores gastos. Portanto, é razoável entender que o Estado deva estimular a formação dessas reservas pessoais, mas, no modelo atual dos planos de saúde, não existe formação de reserva pessoal. Então, quem pagou o plano 30 anos, pagou 30 anos. Se usou, bem; se não usou, alguém usou. Alguém usou aquele recurso que essa pessoa pagou.

Do ponto de vista atuarial, existe outra questão além da idade, que está ligada aos novos procedimentos. Para cobrir esses procedimentos, que geralmente são caros, há grande impacto nas operadoras. Quando eu coloco na cobertura algo que não estava previsto significa dizer que eu estou rasgando a chamada nota técnica atuarial. Eu estou mandando alguém cobrir algo cujo cálculo atuarial não continha essa previsão. Então, é fundamental entendermos quando sai o reajuste: "Ah, mas a inflação foi 6% e o reajuste parece está saindo em torno de 13%". E aí? Essas coisas não têm correlação. 13% parece, inclusive, pouco, porque os reajustes empresariais foram maiores. Representam quanto aumentou o custo da saúde no último ano. Aqui estou apresentando uma publicação do jornal *Hoje em Dia* agora de janeiro mostrando que para 3.267 processos na saúde pública existiam 7.600 na saúde suplementar. Então, grosso modo, um quarto das pessoas tiveram o dobro de processos. Nós estamos falando que a judicialização na saúde suplementar é 8 vezes maior do que na saúde pública. Podemos explicar pela característica das pessoas que estão vinculadas ao setor suplementar, a questão do acesso à justiça e tudo mais, mas é algo que chama a atenção nesse contexto. Eu estou trazendo aqui uma outra figura que é a figura do *iceberg*. O *iceberg* é uma estrutura que é vista por cima do mar, mas que tem cerca de 8 vezes o que está por cima abaixo do nível da água. Por que estou dizendo isso? Quando uma ação judicial é proposta, ali acima da água nós temos o cliente, cidadão com laudo médico normalmente atestando uma necessidade feita na forma de um processo judicial. O que está por baixo d'água? O que que está oculto? O que que não está explícito nesse momento?! O que é que essa petição inicial não versa? Ela não fala dos interesses econômicos de fabricantes e distribuidores, não fala dos conflitos



de interesses de muito especialistas, conforme foi sobejamente demonstrado aqui ontem, não fala das evidências científicas que muitas vezes são de muito baixa qualidade, ou seja, a evidência é muito frágil, pode inclusive não existir nenhuma evidência. Com o desconhecimento em relação ao custo efetividade não se discutem valores e, muitas vezes, esses processos resultam em valores financeiros muito elevados, além de fraudes, como foi dito aqui ontem, o que não é privilégio do sistema brasileiro.

Todos os sistemas de saúde no mundo, especialmente os que estão vinculados a esse nosso modelo de pagamento chamado *fee for service*, ou seja, o pagamento por procedimento, pagamento para cada serviço que é feito. Se eu faço mais, eu ganho mais, se eu faço o dobro, eu ganho o dobro. E, se o resultado for ruim? Ah, se o resultado for ruim, se morrer, morreu! É basicamente assim. Eu tenho que fazer procedimentos. Esse é o modelo sobre o qual nós estamos operando hoje. Não se consideram também as prioridades em relação à saúde da população. Para falar de um caso do SUS: eu mando uma criança para os Estados Unidos fazer um transplante heroico de múltiplos órgãos à custa do país ou eu vacino todas as crianças de uma cidade de 10 mil habitantes? Dou toda a sequência vacinal. Eu não tenho dúvida nenhuma de que é muito mais efetivo vacinar as crianças. Vacinar salva vidas. Antibiótico no posto de saúde salva vidas. Eu não conheço ação judicial pedindo vacina. Eu não conheço ação judicial pedindo antibiótico, penicilina. E falta no posto, e as pessoas morrem porque não tem penicilina no posto, mas isso não é judicializado. Os aspectos econômicos envolvidos eu já mencionei. E a iniquidade no acesso: existe uma discussão, especialmente de um brasileiro que hoje está na Inglaterra, que é o Daniel Wang, se o acesso a saúde pela via judicial geraria mais equidade ou mais iniquidade? Porque as pessoas que têm possibilidade de acessar a saúde por meio da Justiça são pessoas que teriam um nível social mais elevado, e nesse momento estaríamos perpetuando iniquidades históricas da nossa sociedade.

Vamos falar dos outros, que é melhor do que falar da gente. Na Inglaterra, fui recentemente em evento sobre sistemas de saúde mundiais. A Organização Mundial de Saúde fez uma série de pesquisas sobre sistemas de saúde mundiais em vários países; é uma pesquisa padronizada, e no final chegava-se a três conclusões: o sistema de saúde está bom, não precisa



mudar nada; precisa mudar alguma coisa; e precisa mudar tudo. Já fizeram essa pesquisa em 15 a 20 países. O sistema de saúde do mundo que teve o maior índice de “não precisa mudar nada” foi o sistema inglês, e no outro extremo, o sistema de saúde onde “precisa mudar tudo”, Brasil, ou seja, mais ou menos 2/3 da população da Inglaterra acha que o sistema lá não precisa mudar nada, uma parcela menor acha que precisa mudar alguma coisa e um número pequeno acha que precisa mudar tudo! No Brasil a conta é mais ou menos invertida. A Inglaterra é um país que tem para cada cidadão 7 vezes mais recursos no sistema de saúde que o Brasil. 7 vezes -, a gente tem 1, eles têm 7 para cada cidadão. Eles têm muitas discussões sobre o custeio da saúde. O NHS é o sistema de saúde do governo inglês que tem tratado a questão de excesso de tratamento. Excesso de medicina. Há uma publicação recente que está fazendo algum sucesso que é: *Less Medicine More Health*, ou seja, menos medicina mais saúde. Colocando que menos medicina é capaz de gerar mais saúde para a população, e não o inverso. Eu acho que essa é uma conta também que eu coloco para reflexão. É basicamente isso que está sendo dito aqui. Algumas questões relativas aos colegas médicos: 2 milhões de libras esterlinas, que é o cálculo do desperdício do sistema de saúde inglês. Apresento aqui um *site* de um jornal inglês chamado *The Guardian* que trata dessas questões por lá. E eu quero chamar a atenção sobre esse ponto. Essa indústria farmacêutica conhecida mundialmente, inclusive no Brasil, trabalha muito na área de medicamentos oncológicos, e os *watchdogs* são exatamente isso, cães de guarda! Então existe alguém que está ali no sistema de saúde inglês como um cão de guarda para preservar esse sistema, e essas pessoas estão dizendo o seguinte: tem um tratamento para câncer de mama que a Roche quer incorporar no sistema inglês que custa 90 mil libras, para um sistema que tem 7 vezes o dinheiro que nós temos para cada cidadão. Existe uma comissão chamada NICE, e essa comissão disse: “Não. Para você incorporar essa droga na cobertura do sistema inglês, ela não pode custar mais do que 30 mil libras/ano”. E aí gerou-se uma questão, e essa questão está sendo discutida, inclusive, judicialmente. O sistema inglês vai flexibilizar para 90 mil ou é a indústria farmacêutica que vai ter que se adequar às demandas desse sistema. Para dizer o seguinte: Essa questão não é apenas nossa. Essa questão é



internacional. É mundial, e acho que o sistema da Inglaterra, apesar de ter muito mais dinheiro que o sistema brasileiro, tem tido cautela muito maior na incorporação de novas tecnologias, de novos medicamentos.

Procedimentos com cobertura: Na judicialização 10% estão previstos nas coberturas dos contratos e 90% não tem previsão contratual de cobertura. Daquilo que é judicializado. Isso aqui nós estamos falando só de processos contra o Governo Federal: 871 milhões em 2014. 727 milhões em medicamentos. Aqui sobre as órteses e próteses. O importante é ver a curva de crescimento. Existem algumas CPIs em andamento no Congresso Nacional. Há uma que é muito mais famosa, que é a CPI da Petrobras, mas há uma segunda CPI lá que está em andamento, que é a CPI das OPMEs, das Órteses, Próteses, Materiais Especiais. Essa CPI está evoluindo parece que de maneira muito interessante, mas é uma discussão sobre como esses materiais e alguns medicamentos estão entrando e a forma como isso é incorporado. Isso aqui é um dado concreto, real. Uma prótese de R\$2.096,00 chega na conta hospitalar por R\$18 mil! É o milagre da multiplicação. Nós estamos falando aqui de comissão para médico prevista no custo desses materiais. Então, do ponto de vista de uma nação, de um país, de um sistema de saúde, precisamos discutir isso muito e de maneira muito aberta. E é importante dizer que nesse processo a Justiça cumpre um papel importante. Então, é importante ter clareza de que essa chamada Indústria das OPMEs tem um capítulo fundamental, que é baseado na concessão judicial dos pedido. No Rio Grande do Sul, vemos uma judicialização desproporcional em relação ao Brasil.

Os valores envolvidos na judicialização das OPMEs: R\$ 20 bilhões é quanto se gasta no Brasil. R\$ 12 bilhões na saúde suplementar. Então, olha aqui, três quartos da população gastam R\$ 8 bi, e um quarto gasta R\$ 12 bi. Então na saúde suplementar também existe uma desproporção na utilização desses materiais. Aqui está apresentada a operadora nacional do sistema Unimed. Seria, assim, uma amostra nacional, mostrando quanto cresce. Cresceu 14% o número de beneficiários, enquanto as OPMEs cresceram 38%. Ou seja, o gasto com esses materiais cresce muito mais do que a população de pessoas nos planos de saúde. Para o IPCA em 5 anos, de 34%, a variação do custo médico-hospitalar foi de 88%, e a variação do gas-



to com OPMEs foi de 120%. Então, não dá para falar em reajuste de plano de saúde baseado em IPCA. Os custos em que as operadoras estão incorrendo são de outra proporção que não o IPCA.

Esse é um material muito interessante. É um material que é colocado dentro do coração. Uma válvula que é colocada dentro de um catéter. Chama-se TAVI. É um produto tecnológico, é algo fantástico. Do ponto de vista da evidência científica, para o TAVI, as evidências são sempre mais fracas do que o padrão, ou seja, ela complica mais do que o tratamento padrão, que é o peito aberto, coração operado. Ou seja, não abrir um peito, não abrir um tórax, pode parecer muito promissor, acho até que é muito promissora esta tecnologia, mas nesse momento ela não tem evidência de melhor benefício. Entretanto, um juiz federal do Estado do Piauí determinou que a Agência Nacional de Saúde pusesse isso na lista de procedimentos cobertos pelos planos de saúde. Isso foi revertido, mas essa medida prevaleceu por cerca de 3 ou 4 meses dentro do rol da Agência Nacional. Uma instância superior reverteu a decisão, mas eu acho que essa é uma reflexão importante. Eu acho que não deve ser assim, o processo não pode ser esse! Por quê? Existem, claro, muitos interesses. Este jornal aqui é de 2008, o presidente da Sociedade Mineira de Ortopedia falando que fabricantes de órteses premiam médicos e aqui já falando claramente dessa questão da máfia das órteses e próteses.

Este outro caso aqui é sobre um medicamento. Demonstra até um certo despreparo da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, que conseguiu, e fala isso textualmente, que a Agência colocasse um medicamento chamado *Lucentis* no rol de cobertura da Agência. Não satisfeito com o fato, falam aqui, isso aqui é muito interessante: “A oftalmologia atuou de forma decisiva na ampliação do rol visando resguardar os seus direitos”. Os direitos de quem? Da oftalmologia. Então não está em discussão aqui a necessidade do paciente. Está escrito. Isso é uma ata de uma reunião que eles mandaram para todos os oftalmologistas do Brasil. E, por fim, eles falam o seguinte: “Que o médico oftalmologista é que tem que vender esse medicamento. Não pode vender nem para o SUS e nem para as operadoras”. Evidente que isso deu um processo judicial. Já está nos Estados Unidos. A empresa, inclusive, sendo contestada. Isso é para mostrar que existem, sim, de fato, não estamos falando de ficção, interesses que perpassam as ques-



tões da saúde! Coloco aqui um conceito de que o plano de saúde deveria ser regido por normas de direito privado, questão contratual, não havendo como considerar uma modalidade de serviço público, exatamente por tudo o que eu já foi dito aqui.

O impacto da judicialização. Quero chamar a atenção sobre esse ponto. A saúde suplementar é muito, muito, muito, muito regulada. Nós temos uma Agência Nacional de Saúde, que estabelece regras para o atendimento, prazos e tudo mais, as coberturas, o rol, existe uma vigilância sanitária, existe a CONITEC, que é um Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia criada por lei federal, um órgão do Governo Federal para dizer o que presta e o que não presta em termos de tecnologias novas na saúde. Precisamos dar crédito a essas instituições. Não podemos desconsiderá-las. Penso que não se deveria decidir contrariamente a um parecer da CONITEC sem condenar a CONITEC a rever o parecer. Ou a CONITEC revê o parecer ou não se pode condenar contra o parecer da CONITEC. Eu acho que essas são questões que temos que pensar.

O CNJ, então, tem suas recomendações, mas isso vai ser falado aqui mais adiante. Mas a orientação aos magistrados, uma vez que oficiam junto às agências, aos órgãos competentes, aos conselhos, é realizar seminários como este que estamos fazendo aqui.

No caso de Minas Gerais, já falei na minha introdução, hoje já somos considerados nacionalmente um modelo. Entretanto, o volume de pareceres técnicos que temos fornecido ainda é muito pequeno! Estamos falando de 48 pareceres em um ano. Nós estamos falando, então, de 4 pareceres por mês. É muito pouco em função das demandas sobre este tema. É interessante que os desembargadores estejam pedindo mais do que os juízes de primeira instância. Então, eu acho que fundamentalmente temos que continuar divulgando. E, encerrando, direito à saúde, na nossa avaliação, precisa ser entendido não como um direito absoluto! A questão da escassez é real. Torna-se importante que não se realoquem recursos de maneira desproporcional dentro do sistema de saúde, seja ele público, seja ele privado! A decisão judicial baseada em critério clínico não é discriminatória. Se vale para todo mundo, ou nós mudamos para todo mundo ou não deveríamos mudar pra ninguém quando existe um critério clínico, técnico, ético que estabelece a conduta! As decisões então precisavam considerar



as chamadas escolhas alocativas. Eu dei um exemplo aqui de mandar uma criança para os Estados Unidos fazer um tratamento ou de vacinar uma cidade inteira. Nós estamos falando de escolhas alocativas.

Infelizmente temos que encerrar. O tema é instigante, a gente se entusiasma na hora de falar, e acho que temos que continuar discutindo. Mais uma vez agradeço imensamente a oportunidade deste momento aqui com os senhores. Muito obrigado.



Câmaras Técnicas do TJMG e Juízes com apoio técnico - O NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde) do HC/UFMG

Dr.ª Silvana Márcia Bruschi Kelles

Nosso trabalho é uma experiência de anos. Eu trabalho com avaliação de tecnologia há quase 15 anos, e existe toda uma metodologia científica para a gente chegar a uma Nota Técnica. Então, qualquer Nota Técnica que nós elaboremos, outro técnico, ao abordar o mesmo tema, deve chegar aproximadamente aos mesmos resultados, porque os caminhos são muito bem estabelecidos, e eu gostaria de demonstrar isso aos senhores, porque é uma forma de ajudá-los, com referências, a terem confiança nessas Notas Técnicas, que buscamos fazer, visitando a melhor literatura disponível sobre o tema que é demandado.

Como determinação do Conselho Federal de Medicina, toda vez que um médico se apresenta, ele tem que apresentar os seus eventuais conflitos de interesse. Eventuais por quê? Eu trabalho em várias instituições, e quem vai definir se são conflitos de interesse são os leitores daquele produto que eu estou oferecendo. Eu sou consultora da Rebrats – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde, da Conitec, que já foi citada aqui mais de uma vez, do IATS, que é um conjunto de seis universidades, que trabalha tanto para a Decit, quanto para a Conitec, financiamento de pesquisas eu tive do CNPQ, da Fapemig e do PNUD, que é Órgão Internacional das Nações Unidas. Por palestras e conferências nunca recebi qualquer remuneração, trabalho no Núcleo de Avaliações de Tecnologias em Saúde da UFMG, na Unimed e sou professora da Faculdade de Medicina da PUC.

Eu quero falar um pouquinho sobre o NATS, que foi uma iniciativa da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde. A ATS é uma sigla muito consagrada na nossa área, quer dizer, em avaliação de tecnologias em saúde. E estes aqui são os NATS existentes no Brasil. O governo brasileiro optou não por fazer um Centro de Avaliação centralizado, como o NICE na Inglaterra, mas, na falta de capacidade e até de investimento nisso, ele



contrata universidades para fazer este trabalho. Então, nós que somos um dos NATS mais antigos do Brasil, somos convidados frequentemente para dar cursos de capacitação para as outras universidades que estão formando pessoas com essa habilitação. O nosso Núcleo trabalha diretamente para o Hospital das Clínicas, para o Ministério, para a Anvisa. Nós temos algumas coisas desenvolvidas com a Anvisa, para a Saúde Suplementar. Desde o ano passado há um contrato para o Judiciário, Tribunal de Justiça, e alguma coisa de Justiça Federal, que demanda alguns pareceres.

Eu queria me permitir passar alguns conceitos de ‘medicina baseada em evidências’ para os senhores, porque eu acho relevante para podermos alinhar sobre o que estamos falando. Medicina baseada em evidências é um conjunto de métodos e pesquisa, isto está muito bem estabelecido. São regras formais sobre como se estuda, avalia a eficácia, a segurança e, quando disponível, até o aspecto econômico daquela tecnologia que está sendo avaliada. A gente avalia medicamentos, dispositivos médicos, marca-passo, essa válvula que o Dr. Helton acabou de citar, próteses, procedimentos, cirurgias, terapias, porque, se alguém vai fazer uma cirurgia bariátrica video-laparoscópica e não aberta, exames, diagnósticos, enfim, qualquer coisa na área da saúde, isso cabe dentro de uma Avaliação de Tecnologia em Saúde.

Um outro conceito que eu gostaria de passar para os senhores, que eu acho que é muito relevante, é o conceito de desfecho, de resultado em saúde. Então, desfechos são todas as possíveis mudanças que podem ocorrer em uma população a partir de uma intervenção. A gente tem desfechos impactantes, relevantes, como mortalidade: a vacina diminuiu a mortalidade por sarampo. A gente tem desfechos muito relevantes que são considerados desfechos duros para nós, desfechos inquestionáveis. Melhora de qualidade de vida é um deles. E a gente vê mortalidade e melhora de qualidade de vida, por exemplo, em estudos sobre tratamento de câncer. Mortalidade como desfecho é vista em alguns estudos, mas melhora de qualidade de vida, em estudo sobre câncer, a gente só vê esta informação em menos de vinte por cento dos estudos. Então, eventualmente o medicamento até melhorou a mortalidade um pouquinho, a pessoa viveu mais dois meses, mas com que qualidade de vida? Então, a qualidade de vida deveria ser sempre um aspecto perscrutado pela pesquisa clínica. Ou-



tros eventos importantes, relevantes, mas que não têm a importância clínica desses dois primeiros, são eventos como melhora da morbidade, por exemplo, aumento da quantidade de acidente vascular cerebral, diminuição da possibilidade de infartos, diminuição da possibilidade de a pessoa ficar cega, tudo isso é palpável, relevante, e são desfechos importantes. Mas muitas vezes os estudos para fazer avaliação de desfechos duros como esses são mais caros, mais prolongados e, infelizmente, por interesses financeiros, o pessoal descobre outros desfechos que a gente chama de substitutos e que são mais factíveis em curto prazo e tornam o estudo um pouco mais barato. Eu vou dar alguns exemplos aqui. Os desfechos substitutos não são tão importantes isoladamente, por exemplo: o fato de uma pessoa ter febre não quer dizer que necessariamente ela vai morrer; pode ter uma convulsão, que é um desfecho um pouco mais relevante; uma infecção de garganta, ninguém vai morrer por causa da infecção de garganta. Então, por que a gente trata todo muito que tem dor de garganta? Algumas pessoas que têm dor de garganta podem chegar a desenvolver uma doença grave no coração, que é uma endocardite, e aí sim elas correm risco de vida. Antigamente não existia antibiótico, e muitos sobreviveram a isso, apesar de a dor de garganta existir desde sempre, eu acredito. Um outro exemplo de desfecho substituto que principalmente as mulheres aqui presentes já devem ter ouvido falar é o risco de osteoporose avaliado pela densitometria óssea. Osteoporose ou osteopenia são desfechos intermediários. A gente ter uma densidade mineral óssea mais baixa um pouquinho não quer dizer que o desfecho clínico de importância, que é a fratura, vai acontecer. Então, se eu tenho uma densidade mineral óssea menor, posso ou não ter fratura. Se eu quiser olhar se eu vou tratar ou não a mulher, eu tenho que ter certeza de que aquele achado de densidade mineral óssea vai levar a uma fratura. Portanto, neste caso, estaria justificado o uso do medicamento. Por quê? Uma revisão sistemática de 2015 mostrou que o tratamento para osteoporose, e não para fratura (não para o risco de fratura, porque isso aqui a gente não quantificou até hoje), ou seja, o tratamento para melhorar a densidade óssea, ao contrário do que a gente esperava, aumenta o risco de fratura. Então, como pode ser isso? Eu estou dando um medicamento para melhorar a qualidade do osso e a mulher está fraturando mais? O osso fica



mais denso, mas, por ele ser mais denso, ele é mais friável, ele parte mais facilmente; ele é mais duro, então ele parte mais facilmente. Então, esse é um exemplo de desfecho substituto que sugere um benefício, mas que, se não for mensurado, a gente pode estar dando um passo atrás e não à frente.

Trouxe outros exemplos. Um desfecho intermediário, por exemplo, a gente ter colesterol alto. Colesterol alto é um desfecho intermediário, a gente tem que saber se quem tem colesterol alto tem um risco maior de infarto do miocárdio, que é um desfecho clínico relevante. Baixar o colesterol pode não significar diminuir o risco de infarto, como aconteceu com este medicamento aqui, que não está disponível no SUS e já foi judicializado algumas vezes. Ele é uma estatina, e é uma estatina mais potente que a estatina que está disponível no SUS. Ela melhorou alguma coisa para o paciente que já tinha tido infarto, mas não fez a menor diferença no indivíduo que tinha apenas colesterol alto. Nesse caso, tanto faz ele tomar qualquer estatina: o risco dele permanece exatamente o mesmo.

O outro desfecho substituto, que é muito interessante, envolve o paciente diabético. Eu quero manter a glicose dele absolutamente sob controle, mais ele tem alguma variação fisiológica, todos nós temos, mesmo não diabéticos, da insulina. Se eu estabelecer um tratamento rigoroso para manter a glicemia dele absolutamente dentro de um padrão normal, eu esperaria que ele diminuísse o risco cardiovascular e outros riscos que o diabético tem. Na hora em que a gente foi medir, aconteceu isso aqui. Quando a gente manteve a glicose do diabético num padrão estrito de glicemia abaixo de seis e meio de glicohemoglobina, ele diminuiu a quantidade de infarto não fatal, mas aumentou o risco de óbito por doença cardiovascular, aumentou o risco de óbito por AVC e aumentou o risco de óbito por qualquer causa. Então, havia plausibilidade biológica, mas o resultado do estudo mostrou resultado desapontador. Parece uma boa ideia manter a glicose do diabético estritamente controlada, mas a gente sempre tem que medir, e essa medição é que é o meu trabalho. Como se mede, como se apresenta isso, é exatamente o que a gente procura fazer e transcrever numa linguagem não médica para que os senhores tenham alguma possibilidade de interagir com isso. *Mediquês* é difícil mesmo.

Um outro desfecho relevante que eu falei é a qualidade de vida. Existem muitos artigos que usam a qualidade de vida como mensuração



do benefício de um tratamento. E eu gostaria de mostrar aqui que existem situações, nesta escala de medidas - que são questionários de qualidade de vida - em que a morte não é o último degrau. Existem situações em que a qualidade de vida pode ser pior do que a morte. Os senhores conseguem imaginar alguma situação assim? Por exemplo, o fato de sobreviver a um câncer, sobreviver a um acidente vascular cerebral nem sempre significa que a pessoa está sobrevivendo com alguma qualidade de vida. Eu consigo imaginar, já vi muitas situações em que eu não desejaria que aquele indivíduo, aquele ser humano passasse por tal sofrimento.

Bom, a saúde não é só biologia, existem fatores sociais, econômicos, culturais, além dos biológicos, étnicos, sociais, comportamentais, que influenciam, que são determinantes da saúde. A efetividade clínica, nós estamos falando mais da área biológica, tem relação também com atributos sociais das pessoas, diz respeito aos resultados de uma determinada tecnologia, empregada pelo paciente, que tem condição de aumentar, alcançar e manter condições desejáveis na vida real. Não estamos nos referindo às condições do ensaio clínico randomizado, que foi feito lá na universidade tal, em que a gente pegou o comprimido, entregou para o paciente e ficou olhando se ele tomou o comprimido. Às vezes, na vida real, o resultado daquela mesma intervenção é muito diverso, por diferentes motivos.

Já foi falado aqui sobre a Anvisa, o que tem registro e o que não tem registro na Anvisa. A Anvisa não tem, por definição de escopo, nenhuma obrigação de ver se o que ela está registrando é melhor ou pior que qualquer outro medicamento. Ela tem que verificar se as condições de fabricação do medicamento estão de acordo com legislação brasileira e se o laboratório está habilitado a fazer aquilo a que ele se propõe fazer. Mas eu vejo muito: "Ah, mas tem registro na Anvisa!". Tem aquele medicamento que tem registro, da mesma forma que tem o outro para a mesma indicação. Qual deles eu devo usar? Não é papel da Anvisa definir isso.

Custo-efetividade é uma outra dimensão do trabalho que eventualmente a gente pode fazer. É muito difícil fazer o trabalho de custo-efetividade, porque muitas vezes custo-efetividade necessariamente envolve o conceito de qualidade de vida, e, como eu falei para os senhores, a maior parte dos estudos não aborda o aspecto qualidade de vida. Então, muitas



vezes a gente fica só com o custo do medicamento, ele é caro, é barato? Se ele for muito caro, mas me trazer uma excelente qualidade de vida, é razoável, é justificável seu uso. Se ele for muito caro e me trazer uma qualidade de vida, como o Dr. Roberto ontem falou, “muitas vezes pior do que a morte”, não é pelo preço que ele não deve ser usado, é pelo conjunto. Um exemplo, em homenagem à Des. Vanessa, um exemplo simples de dois medicamentos da classe de inibidores de bomba de prótons. É um medicamento para esofagite de refluxo, gastrite e alguma acidez, não sei se, provavelmente, os senhores já ouviram falar ou até usam. Nós temos um medicamento que se chama Omeprazol, e, quando caiu a patente do Omeprazol, a indústria colocou no mercado um medicamento que se chama Esomeprazol. Esse aqui é o Omeprazol, a molécula do Omeprazol. Não sei se vocês se lembram de química orgânica no segundo grau, e esse aqui é o Esomeprazol. Eu desafio os senhores a encontrarem as diferenças, é o jogo dos sete erros. Na verdade, eu fiz uma brincadeira aqui. O Omeprazol é o Esomeprazol em dobro, todo medicamento tem uma mistura racêmica, tem uma molécula que funciona e uma espelhada que não funciona. Todo medicamento praticamente tem isso, do Esomeprazol eles conseguiram tirar a molécula que não funciona, o pedaço que não funciona, e deixaram só o pedaço que funciona. Então eles são exatamente a mesma coisa, só que o peso molecular do Omeprazol é o dobro do peso molecular do Esomeprazol. Então, vinte miligramas de Esomeprazol correspondem a quarenta miligramas de Omeprazol; nessa situação, eles são exatamente a mesma coisa. Essa molécula, esse pedaço da molécula que não tem efeito, não causa dano nenhum. Mas por que eles fizeram isso? Justamente porque caiu a patente do Omeprazol eles lançaram o outro medicamento, com o preço, está aqui. O preço do comprimido do Omeprazol hoje, tirei isso ontem, é dois reais e cinquenta centavos e seis reais o Esomeprazol. É o dobro na mesma proporção, na mesma quantidade em que a gente usa. Então, muitas vezes eu vejo chegarem, demandas de coisas tipo: eu quero Esomeprazol, que não tem no SUS, porque se não o paciente vai morrer. Mas tem o Omeprazol, que tem exatamente o mesmo perfil clínico do Esomeprazol, só que este daqui é muito mais caro e que o Ministério da Saúde com toda, toda segurança não vai pagar, porque nós estamos pagando mais caro pela mesma coisa.



Na medicina baseada em evidência, então, a gente considera desfechos principais e substitutos; determinantes da saúde, aqueles outros que não necessariamente os desfechos biológicos; segurança; efetividade clínica e quando disponível até custo-efetividade. Esse exemplo do Omeprazol e do Esomeprazol não se chama custo-efetividade. Chama-se custo-minimização, quando você está utilizando dois medicamentos que têm o mesmo efeito clínico com preços diferentes. Nesse caso é muito razoável que se use, qualquer um de nós iria usar, o medicamento com o custo mais baixo.

Vou falar um pouquinho sobre a Judicialização, os incentivos à Judicialização, esse aí é um deles. A mídia, mostrando verdadeiros milagres sobre medicamentos, sobre procedimentos. No dia seguinte, os consultórios médicos estão cheios de gente pleiteando esses milagres, e muitos deles não se sustentam com base na literatura médica. Paciente instruído pelo Dr. Google. É, agora a gente digita alguma coisa no Google, ele pergunta: "Você quis dizer foi isso mesmo?", ele te dá uma transcrição de alguma coisa, quem sabe você quis dizer foi outra coisa, para ajudar a gente a ficar mais instruído.

Isso foi um processo que a gente recebeu da Justiça Federal em que o autor, o advogado, citava que a Carta Capital traz a matéria sobre o tratamento que vem sendo ministrado à autora, destacando: 'Diferente da quimioterapia, que combate diretamente as células do câncer, a imunooncologia apresenta uma nova forma de encarar essa doença'. Também foi apresentado no jornal da Band..., quer dizer: valor científico não tem absolutamente nenhum. Quando a gente está falando da literatura médica, a gente tem alguns problemas, porque a gente tem praticamente cinco mil artigos publicados por dia. Então, até para a gente que é técnico da área, é impossível consultar e avaliar toda essa literatura. Infelizmente, mais de noventa e cinco por cento desses artigos publicados não têm valor científico algum, apesar de estarem publicados. A gente acha muito mais literatura sobre doenças que acometem pessoas com capacidade financeira. Só dois por cento dos medicamentos desenvolvidos nos últimos vinte anos foram para doenças tropicais e tuberculose. Quer dizer, não há qualquer interesse nem de publicação nem de desenvolver medicamentos para populações com menos poder aquisitivo. Esta publicação de 1999 é muito triste, e eu



acredito que, se ela fosse refeita, talvez o resultado fosse ainda pior. Mas, segundo a Organização Mundial de Saúde, cinquenta por cento das prescrições médicas são equivocadas. Os trabalhos científicos financiados pelas indústrias têm quatrocentos e cinco por cento de chances de resultados favoráveis ao financiador! Quando a indústria está financiando um trabalho, geralmente ele vai ser favorável; os pesquisadores com os projetos financiados têm novecentos e cinquenta por cento de chances de prescrever o medicamento que investigam! E, aqui no Brasil, a gente tem uma prática de pós-mercado: o laboratório chega para a gente no consultório e fala: Oh, o medicamento já está aprovado na Anvisa, mas a gente vai fazer um trabalho pós-mercado, e cada paciente que o senhor incluir, o senhor vai... [Leva uma coisa científica para a gente, um calhamaço de coisa para preencher sobre cada paciente], o senhor vai receber uma *ajudinha*, uma coisa simbólica... Mas, pelo simples fato de se sentir participando de um estudo, de um ensaio clínico, o médico tem muito mais interesse em prescrever aquela medicação. Viagens para participar de eventos aumentam em setecentos e noventa por cento a chance de prescrever aquele medicamento!

Enfim, nem tudo é assim. Às vezes fico preocupada de estar dando a impressão de que os médicos são os vilões da história. De jeito nenhum, a gente vive muito drama no consultório, muitas vezes a gente não tem o que fazer por aquele paciente e a gente às vezes fica desesperado atrás de alternativas. Mas, estudando mais, tendo mais serenidade, muitas vezes a gente vai ver que, se ele tomar o medicamento ou não tomar, o desfecho vai ser aproximadamente o mesmo. Então, isso é experiência, é serenidade, é segurança, e na nossa área isso vem com muito, muito estudo. As informações médicas têm uma grande heterogeneidade, as doenças têm uma grande heterogeneidade, o que dificulta para a gente o julgamento sobre o que é o melhor para aquele paciente. Há um uso continuado e excessivo de tratamentos ineficazes, como eu falei para os senhores: noventa e cinco por cento do que está publicado não tem qualidade metodológica para me induzir a uma mudança na conduta com aquele paciente, e, mesmo assim, às vezes eu faço isso. Tratamentos eficazes a gente deixa de lado, coisas simples a gente deixa de lado, existe um consumismo crescente com a geração de novos procedimentos, porque são mais modernos, mais glamoro-



sos, então vamos usá-los. A demanda é crescente, às vezes até do paciente - "eu já estudei tudo doutor e eu quero que o senhor faça esse exame, que me peça tal coisa e que prescreva tal coisa". Se o médico não estiver muito seguro, muito atualizado... 'Puxa, se eu não fizer isso, eu estou mostrando que eu sei menos do que meu paciente!' Há um crescimento exponencial de produção científica, o que é um problema. É exponencial e nem sempre com qualidade; e uma migração de recursos de onde eles deveriam estar para onde se imagina que eles trariam algum benefício. Isso aqui que apareceu aqui é da Dr.^a Inês Gadelha, que foi diretora do INCA muito tempo. É ela falando que, dos novos medicamentos registrados de 2004 a 2011 e classificados como inovadores, noventa e sete por cento não eram, ou não comprovaram nenhum tipo de ganho terapêutico no paciente. Noventa e sete por cento é muito por cento!!!!

Com o método de avaliação de tecnologias, o que a gente procura lá no NATS? Transformar a pergunta do magistrado em uma questão clínica, para que a gente transcreva aquilo para a nossa realidade médica para podermos responder. E aí é que vem o método. A gente define qual é a população envolvida, qual é o perfil do paciente para o qual está sendo solicitado aquele procedimento, qual é a intervenção solicitada, se existe algum comparador, se existe outro tratamento para aquela doença ou aquele proposto é o único e o tipo de desfecho eu estou buscando. Como eu já mostrei para os senhores, o desfecho é muito relevante: 'é melhor!' Mas é melhor em quê? Vai curar o paciente? Vai aumentar a sobrevida?, Ou vai melhorar o colesterol?, ou vai melhorar a vitamina?, qual a dosagem de vitamina tal no sangue?. Desfecho que a gente não sabe bem que reflexo tem para a saúde, em última análise. Trouxe só um tipo de pergunta. Alguém perguntou sobre este tipo de medicamento, um inibidor de tirosina quinase para tratar câncer de tireoide. A gente fez a pergunta estruturada e aí qualquer pesquisador da minha área que tentar buscar dados sobre esta pergunta estruturada deve chegar aos mesmos resultados. Paciente com câncer de tireoide, a intervenção, que é, no caso, um medicamento chamado Vandetanibe. Nesse caso não tem alternativa, o comparador é o melhor remédio suportivo, não tem medicamento para este grau de comprometimento do paciente. Eu estou vendo se ele melhora, se o Vandetanibe melhora a so-



brevida global ou a qualidade de vida. O que ele me dá de benefício já que eu não tenho outro tratamento? Quando se lê o artigo científico, a gente vê quantos pacientes foram tratados. Quanto mais pacientes forem tratados, melhor, mais segurança a gente tem sobre o efeito daquele medicamento. O tempo de seguimento foi adequado? Se eu estou tratando doenças crônicas, muitas vezes eu tenho que ter um seguimento muito prolongado, e a gente vê muita publicação de tratamento de doença crônica com seguimento ou acompanhamento de pacientes de três, quatro, seis meses; o que realmente não me permite chegar a nenhuma conclusão sobre aquele tratamento. O estudo foi randomizado? Randomizado significa separar aleatoriamente os pacientes envolvidos para que outras possíveis variáveis que eu desconheço estejam distribuídas nos dois grupos. Se eu puser todos os pacientes graves num grupo e todos os pacientes menos graves em outro grupo, eu já começo com dois grupos muito distintos um do outro. Eu não posso atribuir o resultado que eu vou ter ao medicamento; eles já eram diferentes na partida. Se o estudo foi cego, quer dizer se as pessoas sabiam o que eles estavam tomando ou não. Dependendo do desfecho, se é melhora da dor, por exemplo, eu posso, se o estudo não for cego e dei um placebo, dei um não tratamento para o paciente, eu chego para ele e falo: - A sua dor melhorou? Aí ele falou: - Melhorou. Aí, como eu sei que ele não tomou remédio nenhum, eu falo: - Melhorou mesmo? Tem certeza que você melhorou? Estou induzindo um resultado que é problemático. Outro aspecto relevante é verificar se os pacientes estudados são parecidos com aqueles que eu quero avaliar. Se houve perdas significativas no decorrer do estudo. Ontem, o Dr. Roberto estava falando de um estudo em que *desapareceram* cinquenta e seis pacientes. Quer dizer, a gente não sabe se eles morreram, se eles melhoraram muito, a gente simplesmente não tem informação sobre cinquenta e seis pacientes do estudo. E se todos eles morreram? Nesse caso, provavelmente o resultado da intervenção é muito pior do que aquele que estava publicado. Então, você tem que ver: se a perda é muito grande e se o pesquisador não me informa o motivo desta perda, eu tenho que desconfiar deste estudo. O patrocínio do artigo é outra informação relevante. Onde é que a gente busca informações para as nossas respostas aos magistrados? A gente busca em uma literatura indexada.



Indexada é uma literatura que foi vista por pares. Então, quando eu tento publicar um artigo, esse artigo vai ser submetido a pessoas, à revisão de pessoas que agem na mesma área e que têm experiência na mesma área e que vão falar: - Ok, esse artigo tem alguma qualidade. Ou: - Não, esse artigo não deve ser publicado. O indexado teria um pouco mais de critério do que o não indexado. Apesar disso, como eu disse para vocês, noventa e cinco por cento das coisas não precisavam ou não têm valor para serem publicadas. E a gente procura também se existem alternativas no Sistema de Saúde do Brasil, na Conitec, nas diretrizes do Ministério. Isso aí é só para dar um exemplo para os senhores da dimensão de publicações que a gente tem. São publicações sobre hipertensão arterial. Desde 1969, tínhamos duas mil e quinhentas publicações, e, em 2014, sobre hipertensão, exclusivamente, saíram 19.000 artigos. Sobre diabetes em 2014 eram 34.500 artigos. Portanto, se não soubermos caminhar nesse cipoal de informações, buscando artigos relevantes, a gente fica perdido e não pode ajudar ninguém, nem o paciente da gente, nem responder às perguntas dos senhores.

É, sobre a Conitec, já foi informado para os senhores, é a materialização de uma lei federal. Conheço pessoalmente a Conitec, a gente trabalha junto, é um pessoal muito qualificado, com uma intenção muito, muito certa, muito, muito reta de organizar as coisas no Brasil. Até 2011, a tecnologia que era incorporada ao SUS, o era, às vezes, por demanda de um senador que tinha um sobrinho que tinha determinado agravo lá e que queria ver aquilo incorporado ao SUS. Hoje, a gente tem lei, tem critério, tem toda essa metodologia que eu estou falando para os senhores. São exemplos de coisas que há lá no Ministério e sobre as quais eu vou falar um pouquinho, apresentar para os senhores, para aqueles que não conhecem um pouquinho das Notas Técnicas. Essa, a pergunta que eu já falei para os senhores, de solicitação de um medicamento para tratar de câncer de tireoide, que não tem comparador. Foi encontrado um estudo, apenas um estudo internacional, bom, randomizado, duplo cego, controlado com placebo. Já que não tinha outra coisa, eles tinham que dar nada (em termos de medicamento) para o outro grupo, pois não existe o melhor tratamento para isso. O ensaio foi patrocinado pelo fabricante do medicamento. Ok, é uma informação que eu tenho que ter, mas não desqualifica o artigo, é o



único que eu tenho, e o medicamento é muito caro, quem vai patrocinar é quem está querendo vender mesmo. O desfecho não foi sobrevida, mais foi sobrevida livre de progressão, quer dizer, eu posso dar o medicamento até o aparecimento de lesões radiológicas ou de imagens nesse paciente. Em relação à sobrevida global, não fez diferença. Tanto faz você dar nada ou dar esse medicamento que o paciente não vai viver mais. Doze por cento dos pacientes não aguentaram tomar o medicamento, por seus efeitos tóxicos. Cinco por cento morreu por causa do tratamento. Então, escrito assim, em cinco frases, o que os senhores recomendam com relação à solicitação do Vandetanibe para o câncer de tireoide? Nós não temos alternativa! Sobrevida, nada. Para doze por cento dos pacientes, ele é tão tóxico que não conseguiram tomar, e cinco por cento morreram por causa do tratamento. A conclusão do estudo é que o Vandetanibe mostrou eficácia no tratamento, mas a nossa recomendação, diante desses fatos, foi que: mediante a ausência de ganho de sobrevida, ou qualidade de vida, considerando a gravidade dos efeitos tóxicos, o curto tempo de seguimento, a precocidade dos dados, não há recomendação nesse momento para a utilização do medicamento. Dessa forma, qualquer, qualquer médico que fizer a revisão desse estudo vai necessariamente concluir a mesma coisa. Está claro, está escrito no estudo.

Outro exemplo é de um outro medicamento que é mais ou menos parecido. Isso aqui é um caso real, uma demanda que chegou para nós. Paciente de sessenta e oito anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon, já apresentava metástase no pulmão, quando ela fez a cirurgia. Foi submetida a três esquemas de quimioterapia, nenhum funcionou. A doença continuou progredindo, e estavam solicitando um medicamento que, na época, não tinha nem registro na Anvisa. O quadro clínico da paciente indica uma doença muito grave, rapidamente progressiva e, possivelmente, ela já havia passado por todas as alternativas conhecidas, e nenhuma fez qualquer efeito. Então, provavelmente, a chance desse novo medicamento, que é um pouco mais da mesma coisa dos anteriores (é um medicamento que se parece muito com outros medicamentos que ela já tomou), a chance de ele funcionar é pequenininha, e eu não trouxe a nota disso não, mas o nosso parecer foi contrário, porque este medicamento, que não tem



registro na Anvisa ainda, tinha benefício marginal em tempo de sobrevida livre de doença e nenhum ganho em sobrevida. Então, infelizmente para essa paciente, nós não temos alternativa terapêutica. Ah, só uma coisa que eu pulei lá, mas que é interessante. É uma coisa que a gente coloca na Nota Técnica, quando, às vezes, acontece de o paciente estar fora de possibilidade terapêutica: a medicina não chegou até o ponto de poder lhe ofertar alguma coisa. Então a gente põe lá: 'Enfatizamos aqui a necessidade de se estabelecer o melhor cuidado suportivo com o objetivo de garantir a melhor qualidade de vida possível, independência e autonomia do paciente, além de prevenir possíveis efeitos colaterais fúteis'. Não vão ajudar, mas, com certeza, pela toxicidade dos medicamentos, eles podem piorar.

A propósito desse maior cuidado suportivo, um dos indicadores da Qualidade da Assistência Médica é o consumo de morfina nos países. Morfina é um potente analgésico, que é usado também para pacientes com câncer terminal, para os quais, às vezes, a gente não tem outra coisa para fazer. O que se pode dar para ele? Como diz o Dr. Roberto, muito amor, conforto, convívio, dignidade... Então, na Áustria, eles usam, em média, cento e cinquenta e três miligramas de morfina; nos Estados Unidos, setenta e três; no Brasil cinco miligramas. Isso quer dizer que a gente vai tentando tratar o paciente com câncer até ele morrer, será que isso está certo? Ele está lá no CTI, sem possibilidade de retornar a uma vida ativa e útil e a gente ainda está, como diz o Dr. Roberto, injetando veneno na veia do paciente.

Por último, nós tivemos uma solicitação do medicamento Rasagilina, para Doença de Parkinson. O autor alegou que o medicamento não tinha autorização da Anvisa para ser comercializado, não havia qualquer estudo nacional sobre a eficácia do medicamento. Para nós, o fato de ser nacional ou internacional não interfere, já que essa é uma doença universal. Prova pericial é a única forma de confirmar a real necessidade do medicamento. O Poder Público não pode ser compelido a oferecer medicamentos que não tenham a eficácia comprovada. É necessário observar os protocolos clínicos para Doença de Parkinson, que existem no Ministério, pois determinar que o Estado custeie despesas de medicação não prevista impõe um gasto excessivo aos cofres públicos. A decisão do juiz: - O fato de existirem protocolos e procedimentos codificados para organizar e gerenciar



a distribuição de medicamentos de elevado custo é louvável do ponto de vista administrativo e aumenta a eficiência da utilização dos recursos públicos. Isso, no entanto, não lhes confere legitimidade para o descumprimento da Constituição Federal. O direito à vida é norma constitucional de primeira grandeza. A consagração de um Direito Social como fundamental na Constituição limita a discricionariedade do legislador ordinário quanto à decisão sobre a sua proteção ou não. A simples receita médica elaborada por médico que acompanha o paciente é suficiente para demonstrar a necessidade do fármaco prescrito, não sendo necessária a perícia médica. A indicação do medicamento foi realizada por profissional habilitado, que possui conhecimento científico sobre a doença que acomete o paciente, portanto apto a lhe prescrever o melhor tratamento, receitando o que é melhor para o paciente. Trata-se de profissional regulamentado, inscrito no CRM e, portanto, detentor de crédito até prova em contrário. Como há prova concreta, segundo a declaração médica, de que a utilização do medicamento requerido se mostra mais eficaz ao tratamento do paciente, não se pode falar em inexistência de direito líquido e certo. Quanto ao argumento de que existem normas infraconstitucionais que regulamentam a matéria, este não merece ser acatado, uma vez que normas infraconstitucionais originadas do Poder Legislativo ou de órgãos executivos não podem ficar acima do texto constitucional. Exigir do enfermo que se submeta integralmente ao tratamento ofertado pelo SUS ofende o texto constitucional, pois o direito à saúde deixa de ser universal e igualitário, limitando-se aos usuários do SUS. Mesmo que o fármaco não possua registro na Anvisa, isto não é empecilho para o seu fornecimento. Trata-se de uma mera questão administrativa. Se a ausência de registro não é suficiente para impedir o fornecimento, a ausência de autorização muito menos. Como as ações judiciais implicam conteúdos técnicos e médicos diversos e abrangentes, cria-se um conflito entre várias discricionariedades: a médica, a gestão da saúde e do juízo, no qual a balança pende para o poder que hoje se afigura, até por faculdade o Judiciário, como o maior de todos, o poder médico. Isso é da Dr.^a Maria Inês Gadelha também. É a inquestionabilidade da prescrição médica como premissa adotada pelo Poder Judiciário, que confere essa maior potência ao poder médico, fortalecendo além do próprio Poder Judiciário e em de-



trimento da discricionariedade igualmente técnica e legítima da gestão e da administração dos serviços de saúde.

Fomos estudar o medicamento, já estava posta essa sentença. No SUS não está previsto o fornecimento da Rasagilina. Existe a Seligilina, que está no protocolo do SUS desde 2000. A Rasagilina não apresenta nada de novo em termos de eficácia e tolerância, nada! É mais ou menos o mesmo caso do Esomeprazol e do Omeprazol. É melhor continuar o uso de drogas das quais a gente tem conhecimentos de anos e sabe que funcionam, do que a gente incluir coisas absolutamente diversas para as quais a gente não tem tanta segurança. É grande a diferença entre o preço de uma e o preço de outra. Nossa conclusão foi que não havia justificativa técnica, clínica ou econômica para indicação do medicamento em substituição ao outro. Só lembrando o texto constitucional que é citado a toda hora: “A saúde é um direito de todos, mediante políticas sociais e econômicas”, ou seja, é um direito, dentro de um contexto.

E, finalmente, quem se beneficia com a tecnologia, se há um impacto real e positivo na saúde do paciente, se os desfechos são para o paciente, se os desfechos benéficos são de fato para o paciente? É um princípio da medicina primeiro não ferir, não causar mais dano do que aquilo que o paciente já está sofrendo. Era isso que eu tinha para falar. Muito obrigada.





A judicialização da saúde. Os planos de saúde privados e o papel do Estado. Reflexões sobre as decisões judiciais e suas consequências

Ministro João Otávio de Noronha

Sabe-se que a Constituição Federal definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Além de previsto na Constituição, o tema também é tratado em diversas leis ordinárias e na jurisprudência.

Na verdade, paralelamente à legislação, afirma-se existir uma grande “constituição pretoriana”, ora embasada no Código de Defesa do Consumidor, ora no princípio da dignidade da pessoa humana. Essas regras jurisprudenciais a respeito da saúde às vezes testilham ou extrapolam a sistematização do ordenamento jurídico.

Em razão disso, proliferam liminares que reconhecem direitos não previstos nos planos de saúde contratados. Uma enorme quantidade de casos da espécie tem chegado ao Superior Tribunal de Justiça, entre eles os que tratam das chamadas “liminares do temor”, por meio das quais os magistrados determinam a internação do paciente em UTIs e CTIs ou autorizam a realização de alguma cirurgia mesmo quando o plano de saúde do requerente não prevê cobertura dessas despesas. A justificativa do magistrado é óbvia: a vida humana em primeiro lugar! Então, prestigia-se a vida, bem que realmente merece toda a atenção das decisões judiciais.

Não obstante a gravidade que marca alguns casos da espécie e até mesmo o caráter emergencial de que se revestem, a exigir urgência na tomada de decisão, parece-me oportuno salientar alguns aspectos que o juiz deve considerar no momento de apreciar o pedido.

Não se ignora que a saúde no Brasil sofre de problema crônico de má gestão. São conhecidos os casos de desvios de recursos, das compras desnecessárias e exageradas de medicamentos, dos remédios com prazo de validade vencido, dos sobrepreços, enfim, de todas as mazelas que impactam a prestação de serviço de qualidade à população e que acabam



por repercutir no Poder Judiciário, como última esperança do jurisdicionado para a fruição de um direito constitucionalmente assegurado.

Por outro lado, os planos de saúde, acessíveis somente a uma camada da população, não proporcionam cobertura plena aos tratamentos disponíveis no mercado médico. E não proporcionam porque o contrato não prevê e porque o preço da mensalidade seria ainda muito mais alto se previsse, inviabilizando o bom funcionamento do serviço.

É preciso, pois, muito cuidado com certas situações que se apresentam no dia a dia do magistrado. É preciso refletir profundamente a respeito das consequências das decisões judiciais.

Não são raros os casos em que os médicos, no afã de proporcionar o melhor tratamento ao paciente - *ou*, até mesmo, como última tentativa -, prescrevem medicamentos não homologados pela autoridade de saúde do País e, portanto, inexistentes nos estoques dos hospitais e clínicas nacionais; há também as situações em que indicam próteses caríssimas, só encontráveis no mercado internacional, embora a similar nacional seja comprovadamente de boa qualidade; há ainda a hipótese em que recomendam tratamentos experimentais em curso em alguma parte do mundo.

Nesses casos, é de se perguntar: por que privilegiar aqueles que buscam judicialmente esses tratamentos em detrimento de outros que se valem dos serviços e produtos na forma contratada com os planos de saúde? É justo? E se todos pleitearem essas benesses? Qual plano de saúde suportaria os custos? No final, quem arcará com mensalidades cada vez mais caras se essa situação se tornar habitual?

É preciso lembrar que a saúde é um dos poucos setores em que o ganho tecnológico não gera barateamento de custos. Aliás, costuma acontecer o contrário. No setor eletrônico, a cada vez que surge uma tecnologia mais avançada, os produtos “antigos” não são abandonados e seu estoque acaba vendido por preços inferiores. Na área da saúde, isso não acontece. Compra-se um equipamento de ultrassom hoje e daqui a seis meses, ao ser lançado outro modelo mais preciso, todos os médicos querem a imagem oferecida pelo novo produto. Não há tempo para que os equipamentos “antigos” sejam sequer amortizados. Tudo isso encarece o custo da saúde. E o médico que assim não procede corre o sério risco de, em juízo, responder



pelo fato de não ter-se valido dos métodos mais modernos para diagnosticar a doença ou para debelá-la.

Aliás, até mesmo por essa razão, nenhum médico prescreve tratamento algum sem ter em mãos pelo menos o exame de sangue e uma radiografia do paciente, pagos, na maioria das vezes, pelos planos de saúde.

E o que vem ocorrendo com as operadoras? Veem-se obrigadas, por decisão judicial, quase sempre em sede de liminares satisfativas, a autorizar tratamentos, disponibilizar medicamentos e próteses caríssimas não contratados, sob pena de multas elevadas. Se, ao final do processo, obtêm ganho de causa, muitas vezes não terão como buscar ressarcimento dos valores que tiveram de despendar para dar cumprimento à ordem judicial.

Esses custos não previstos acabam sendo carregados aos preços das mensalidades dos planos, encarecendo-os cada vez mais e tornando inviável a sua utilização pela grande maioria da população, que se vê obrigada, então, a valer-se dos serviços públicos de saúde, sabidamente ineficazes e insuficientes, agravando ainda mais a situação.

Verifica-se hoje que até mesmo os planos de saúde de empregados patrocinados por grandes empresas como o Banco do Brasil, a Petrobrás, a Caixa Econômica Federal, que não têm o lucro como seu objetivo principal, só conseguem cobrir os custos graças às contribuições dos patrocinadores, as quais quase sempre ultrapassam em muito a participação dos associados. Nos exemplos citados, como se trata de empresas públicas ou de economia mista, há recursos públicos direcionados ao pagamento desses custos.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) cobra cada vez mais das operadoras a cobertura de novos procedimentos. No entanto, limita os reajustes das mensalidades a valores nem sempre compatíveis com os custos respectivos. Ora, particularmente nos casos de operadoras privadas, que não contam com a ajuda de patrocinador, chega o momento em que não conseguem mais suportar tais despesas e quebram.

Surge daí a pergunta: como deve agir o magistrado diante de tal situação? Indeferir sistematicamente as liminares? Ou deferi-las sempre, à consideração de que as operadoras lucram muito e de que mais vale a saúde do consumidor?



Prudência é a palavra-chave. É necessário ponderar. Será justo exigir que a operadora arque com o custo de tratamento experimental ministrado na Suécia? Será correto exigir o pagamento de droga não aprovada pela autoridade de saúde nacional e só existente no mercado americano? Será mesmo imprescindível que a prótese a ser implantada no paciente seja importada, notadamente quando haja similar nacional de boa qualidade, testada e usada habitualmente por milhares de brasileiros? É natural que queiramos sempre o melhor para nós mesmos, para nossos familiares, mas há limitações que reduzem nossas possibilidades. E há um contrato que não pode ser ignorado.

Em recente julgamento, o Superior Tribunal de Justiça firmou orientação no sentido de que o beneficiário de um plano de saúde não fazia jus a *home care* se tal espécie de assistência não fora contratada. Não me parece desarrazoada a solução. Afinal, se havia a opção de contratar esse serviço no momento de aderir ao plano e o consumidor não o fez, não é correto querer usufruir do benefício posteriormente.

Reconheço que não há resposta prévia para todas as questões. No Superior Tribunal de Justiça, essas situações têm sido tratadas caso a caso. Busca-se colocar o pêndulo no centro, privilegiando o contrato, escoimado das cláusulas verdadeiramente abusivas. Respeitar o contrato, interpretando-o à luz das normas do Código de Defesa do Consumidor, nas relações de Direito Privado, é fundamental para se chegar à solução adequada. Mas, nem mesmo o CDC permite dar tudo ao consumidor, mormente aquilo que não foi prometido contratualmente. Não obstante, o que se faz, muitas vezes, é transferir para a atividade privada, para os planos de saúde privados, obrigação que seria do Estado. Repito, essa prática traz como consequência o aumento no valor das mensalidades e poderá, no limite, inviabilizar o próprio plano.

É preciso, ademais, acabar com a ojeriza que se tem no Brasil em relação ao lucro. Na sociedade capitalista em que vivemos, é o desejo de lucrar que move a economia, que incentiva a pesquisa científica, que atrai investimentos. O lucro não é um mal em si mesmo, como, infelizmente, por questões ideológicas, muitos apregoam por aí. E isso vale também para a área de saúde. Temos de ter em mente que o Estado não consegue aten-



der a todos e que o setor privado é parte importante do sistema, atuando como agente suplementar à atuação do Estado. E o setor privado somente atuará em ambiente de respeito à livre iniciativa, em que a obtenção de lucro - não abusivo - seja fator de incentivo e não de penalização. A saúde é, para o empresário, um negócio, e é bom que seja um negócio lucrativo para que a prestação de serviços seja cada vez melhor.

Por isso, não me parece correto basear certas condenações a que são submetidas as operadoras de planos de saúde com o fato - não necessariamente verdadeiro - de que os altos lucros que obtêm justificariam o deferimento dos pedidos formulados.

Vale abordar, ainda que perfunctoriamente, a situação dos entes públicos diante da problemática da judicialização da saúde.

Não raro nos deparamos com liminares obrigando municípios, estados e até a própria União a fornecer tratamentos longos e caríssimos no exterior a pessoas que deles necessitam.

Mais uma vez, não há fórmula pronta para enfrentar o imbróglio.

Mas fica também o alerta. Há pequenos municípios cujo orçamento se encontra seriamente comprometido com o cumprimento de ordens judiciais da espécie. Centenas de cidadãos deixam de receber atendimento médico, crianças ficam sem merenda escolar, restringe-se a segurança pública, tudo para atender ao comando judicial firmado, muitas vezes, repito, em sede de liminar de caráter satisfativo e sem que a ação principal nem sequer seja ajuizada. Tudo para atender a um único cidadão.

Em recente seminário ocorrido em Salvador, veio a informação de que, em determinada cidade do interior, a prefeitura gastava quase meio milhão de reais por mês com o tratamento de uma criança nos Estados Unidos, sem previsão de tempo para findar. O que fazer?

Cuidado especial merecem as ações de indenização por erro médico e responsabilização de clínicas e hospitais pelos serviços que prestam.

Não se trata de isentar aprioristicamente de eventual culpa esses profissionais e os nosocômios em que exercem sua atividade. O cuidado que se deve ter é de exigir produção de prova cabal do erro, evitando-se as presunções e generalizações que fazem nascer injustiças irreversíveis. E as condenações pecuniárias, quando devidas, não podem afastar-se de



parâmetros razoáveis. O Brasil tem profunda carência de profissionais e de estabelecimentos de saúde, e a penalização desmedida não é o caminho para alcançar a melhoria da prestação desse serviço.

A Terceira Turma do STJ já teve a oportunidade de apreciar um caso que bem ilustra essa preocupação.

Numa pequena cidade do interior do Rio de Janeiro, uma maternidade privada foi condenada ao pagamento de elevada importância a título de indenização decorrente de erro cometido por profissional dos seus quadros. A advogada que representava a instituição apresentou todos os documentos contábeis e demonstrou que o pagamento daquela quantia inviabilizaria o funcionamento do estabelecimento, uma vez que já se encontrava em situação financeira difícil. Pior: verificou-se que se tratava da única maternidade existente na região. Em raro momento de consenso, políticos da situação e da oposição juntaram-se para expressar o receio de fechamento do hospital e das consequências para a população.

Reafirmo não estar pregando a imunidade dos profissionais da saúde e dos hospitais por erros eventualmente cometidos. Apenas chamo à reflexão os cuidados que o magistrado deve ter ao decidir as ações em que sejam partes essas pessoas. É preciso, mais do que em qualquer outra área, atinar para as consequências das decisões judiciais, sob pena de tornar pior aquilo que já é muito ruim.

Essas observações que trago a lume nesta oportunidade refletem a visão que vigora hoje na Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (Enfam), que se propõe a dar ao juiz algo diferente do que ele aprendeu na universidade e do que lhe foi cobrado nas provas que prestou.

De fato, não vejo necessidade de ensinar Direito Civil, Processual Civil, Direito do Consumidor a esse profissional. É importante que o juiz seja instado a pensar as consequências de suas decisões, que seja conscientizado a manter com os advogados relações respeitadas, que seja estimulado a aguçar os sentidos e os instintos para perceber, nas audiências, as mentiras e as tramoias, a respeitar o réu como ser humano, não obstante o crime que cometeu.

Precisamos de juízes bem-informados, que entendam que, ao contrário do que ocorre com certa frequência, ele não tem poder. O juiz



é simplesmente investido de poder para desempenhar sua missão de entregar a prestação jurisdicional e de fazer cumprir a decisão, que não é sua verdadeiramente, mas do próprio Estado que representa. O juiz é investido de poder para fazer prevalecer a ordem pública, retirando do seio da sociedade aqueles que estão delinquindo, que a estão ameaçando. Essa investidura se faz não para prestigiar esse ou aquele, mas para resguardar a paz social, que deve imperar e da qual a Justiça é guardiã.

Hoje, ingressa na magistratura uma quantidade enorme de jovens talentosos. Esses jovens precisam de ajuda. Eles não têm experiência de vida e, ainda assim, terão de julgar seus semelhantes, decretar-lhes a prisão, vão dispor sobre o patrimônio amealhado a duras penas durante toda uma vida, vão decidir se o pai ou a mãe terá a guarda do filho.

Para enfrentar esse desafio, é preciso que as escolas judiciais proporcionem a esses jovens a oportunidade de conhecer as leis do mercado, técnicas de administração, princípios básicos de economia, enfim, uma gama de informações extrajurídicas que os mais antigos não tiveram.

A questão da judicialização da saúde, aqui tangenciada, é apenas mais um item do extenso rol de assuntos que devem ser debatidos com os magistrados, nunca com o propósito de direcionar suas decisões, mas apenas com o objetivo de mostrar uma realidade que nem sempre se apresenta com clareza suficiente para ajudar na formação da convicção a ser transposta para a sentença.





Judicialização da Saúde em face do Estado

Dr.ª Grazielle Dias da Silva

Estamos passando pelo envelhecimento... por esse fenômeno do envelhecimento da população. Por que isso é importante? Porque isso leva ao aumento da prevalência das doenças crônicas e degenerativas, que são doenças graves e, normalmente, de tratamento de alto custo. Leva também ao aumento de incidência de doenças de tratamentos mais complexos devido à idade, ao avançar da idade, e, em paralelo a isso, nós estamos vivendo também um fenômeno que é a alta velocidade no desenvolvimento de novas tecnologias, Isso também foi muito bem apresentado pelo Dr. Roberto Fonseca na sua exposição.

Em conjunto com isso nós temos, a todo o momento, a pressão da indústria farmacêutica, o *lobby*, a propaganda, e o serviço público, a gestão pública não consegue acompanhar, na mesma velocidade do investimento de uma indústria farmacêutica, as evoluções e, até mesmo, o investimento em relação a novas tecnologias, a pesquisa de nova tecnologia.

Trouxe para vocês um quadro do IMSH, que apresenta o faturamento da indústria farmacêutica em relação às importações e exportações no mundo no período de 2004 a 2013. A gente observa que houve um crescimento no comércio de medicamentos no mundo inteiro em torno de 109% nesse período. E, só no ano de 2013, esse faturamento representou US\$ 1.059.000.000.000 (um trilhão e cinquenta e nove bilhões de dólares). Se a gente somar todo o comércio mundial de fármacos e medicamentos, considerando esse montante de recursos, a gente consegue perceber o poder da indústria farmacêutica, bem como de material médico hospitalar e de outros produtos, em relação ao poder financeiro que eles têm para investir não só nas inovações, como também na propaganda e no convencimento dos médicos. Os materiais são sempre muito bem elaborados quando eles fazem visita aos consultórios e, de fato, eles acabam convencendo que aquela tecnologia que eles estão trazendo é o melhor para o paciente.



Junto com isso, eu trouxe aqui também um pouquinho do cenário, da visão, da percepção da população brasileira em relação à saúde no Brasil. Essa pesquisa foi realizada pelo Datafolha em parceria com a Interfarma, que é a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas. Nela foi observado que a maior preocupação dos brasileiros em 2014, na verdade a partir de 2005, passou a ser em relação à saúde, em detrimento de todas as outras - segurança pública, transporte e tudo mais, inclusive em relação ao desemprego. A saúde passou a ser mais importante para os brasileiros até mesmo em relação ao desemprego. Entretanto, a maioria da população ainda tem alguma dificuldade para ter acesso a essa saúde, seja ela no setor público, seja ela na saúde suplementar ou no setor privado. Então, 63% dos entrevistados encontraram algum grau de dificuldade de acesso no atendimento médico. Desses que foram entrevistados, 53% tinham plano privado de saúde. Então, o problema é geral. Ele não está só na gestão pública de saúde. Ele também está na saúde suplementar. Ele também está na saúde privada.

Esse gráfico, também do IMSH, demonstra a questão do consumo de medicamentos. Qual é o percentual do consumo de medicamentos pelo setor público e pelo consumidor em diferentes países. Então, a gente observa que o Brasil só perde para o México em relação ao fato de grande maioria do consumo de medicamentos ser vinculado ao setor privado, ou seja, o próprio consumidor adquire seus medicamentos. No Brasil, cerca de 80% do consumo de medicamentos é realizado pelo consumidor no setor privado, e apenas 20% é realizado pelo Governo, pelo setor público. Além disso, ainda nesse cenário complexo, que a gente está observando, de pressões de diversos interesses e da percepção do brasileiro em relação à saúde, que o brasileiro ainda considera que os serviços prestados de saúde no Brasil variam de ruim a péssimo. A percepção que o brasileiro tem em termos de atendimento a sua saúde é que ele vai de ruim a péssimo. As principais razões para essa percepção negativa são: poucos médicos e enfermeiros; atendimentos ruins; má gestão do governo; má qualidade dos médicos; poucos hospitais e postos de saúde.

Em conjunto com toda essa problematização e cenário, nós temos a saúde como direito de todos e dever do Estado. E temos a criação do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios doutrinários a universa-



lidade, a integralidade e a equidade. Universalidade: o acesso a todos independente de qualquer situação; Integralidade: o direito a ter o atendimento integral à saúde, inclusive assistência farmacêutica; e o nosso principal ponto de conflito: a equidade. Como é que eu consigo oferecer uma saúde universal e integral e ao mesmo tempo cumprir com o princípio doutrinário do SUS da equidade?

É aí que começam os nossos conflitos. Os gestores com o Judiciário. Bom. O resultado de todo esse cenário complexo não podia ser outra coisa que não a questão da judicialização em saúde. Do cidadão que exerce o seu direito ao solicitar que seja atendida a sua demanda de saúde pelo poder público, o que está preconizado na Constituição, que está preconizado nos princípios do SUS, que está preconizado na Lei 8.080. Então, eu trouxe um pouquinho aqui do cenário de como que isso está se dando na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Dados do portal da transparência do Estado de Minas Gerais que estão disponíveis no www.transparencia.mg.gov.br demonstram o crescimento dos gastos com a judicialização em saúde, e eu estou falando aqui desde internações de urgência e emergência até medicamento pelo SUS e outros procedimentos.

Eu trouxe um comparativo em relação a todo o recurso empenhado nesse período, quanto foi a participação da judicialização, no recurso que estava previsto e o que foi efetivamente executado em toda atenção à saúde no Estado. Então, a gente observa que esse percentual vem crescendo ao longo dos anos, à exceção do ano de 2014. Como bem dito ontem pela Des.^a Vanessa, esses movimentos que nós estamos fazendo em conjunto com o Judiciário são movimentos que têm trazido resultados positivos. 2014 é um exemplo disso, porque começa a cair essa participação e também cai o crescimento do gasto. Mas, se vocês forem observar, a partir de 2012... de 2012 para 2013, a participação dos gastos com judicialização representava 8% de todo o recurso investido em saúde, e aqui eu estou falando só do Fundo Estadual de Saúde, ou seja, esse recurso é único e exclusivo para assistência à saúde. Aqui não está incluído o orçamento para pagamento de pessoal da Secretaria ou para parte administrativa. É só aquele recurso que foi investido diretamente na atenção à saúde. Então, 8% desse recurso foram utilizados para pagar ações demandadas judicialmente... Eu



não trouxe aqui esse dado, mas fiz uma comparação rápida ontem à noite e, para matar minha curiosidade, entrei no portal da transparência para verificar qual era o gasto da Secretaria de Estado de Saúde com aquisição de medicamentos básicos e de alto custo padronizados nos protocolos clínicos do SUS. Para meu espanto, em 2012 e 2013, o gasto com judicialização foi o dobro do gasto com medicamento básico, e, em 2013, em especial, foi o dobro do gasto com medicamento de alto custo. Por quê? Porque em 2011 o Ministério da Saúde centralizou a aquisição de diversos medicamentos de alto custo, tirando, então, a obrigação de o Estado fazer essa aquisição. Teoricamente, o gasto com medicamentos de alto custo deveria reduzir, entretanto, isso levou a essa observação de que o gasto com judicialização se tornou o dobro do gasto com medicamentos padronizados no Estado. Então, eu acho que está muito claro para todos nós que, realmente, há algum problema nessa relação entre os gestores e o Judiciário, ou há algum problema na execução da política de saúde.

Eu trouxe um pouquinho das demandas que nós recebemos em 2014. Nós recebemos em torno de 14 mil demandas judiciais, das quais 11.200 se referiam a medicamentos. A grande maioria das nossas demandas é por medicamento. Duas mil referiam-se a procedimentos diversos, incluindo, as internações por urgência e emergência, e 800 referiam-se à internação compulsória, que é um número que nos assusta, porque temos uma política nacional bem estabelecida para a questão do tratamento de usuários de drogas, que prevê, inclusive, essa possibilidade de internação compulsória e, ao mesmo tempo, temos um número considerado elevado de solicitações de demanda judicial em relação a esse assunto. Aqui eu trouxe um pouquinho da distribuição das demandas por tipo de produto - aquelas que são consideradas demandas por insumos ou medicamentos - e eu trouxe o dado do consumo mensal das demandas da região de Belo Horizonte e metropolitana de Belo Horizonte. 77% das demandas são por medicamentos, insumos correspondem a 9% e procedimentos médicos a 3%. A área da saúde classifica aqueles produtos, como sabonetes e cremes utilizados no tratamento de doenças de pele como cosméticos, mas são cosméticos terapêuticos. Então aqui não é só uma questão de ser excêntrico, não. Mas a gente tem demandas excêntricas que têm se reduzido cada vez



mais. Nós estamos bem melhor do que São Paulo, onde o secretário fez uma apresentação recente na II Jornada agora. Eu estava lá, e ele demonstrou que em São Paulo ainda é alto o número de demandas por excentricidades, como filtro solar de marca, porque há alguns pacientes que, de fato, demandam proteção, principalmente, aqueles acometidos por melanomas, mas, normalmente, são solicitados procedimentos médicos e produtos como absorvente íntimo e outros produtos que não caberiam no rol de produtos que deveriam ser fornecidos pela assistência à saúde. Outro dado interessante é o fato de ainda haver alta demanda por medicamentos de marca. Esse é um dado que me assusta muito ainda porque nós temos uma política de genéricos muito bem trabalhada. Já não é uma política tão recente, e temos propagandas diárias para esclarecimento da população, dos médicos, dos usuários sobre a questão dos genéricos, demonstrando que eles não têm menor qualidade do que os produtos de marca, mas, infelizmente, os produtos são principalmente ainda demandados por marca! Então, 60% das nossas demandas ainda são por medicamentos de marca, mesmo quando temos outras alternativas, sejam elas de medicamento genérico ou de outras alternativas terapêuticas viáveis também já padronizadas no sistema.

Aqui eu trouxe também um pouquinho das demandas que são reguladas pelo SUS Fácil, que são aquelas demandas por internação de urgência e emergência. A gente percebe, e esse dado nos dá também, como gestores, uma visão de onde está o furo assistencial, onde nós precisamos realmente intervir porque, de fato, há um problema assistencial que acaba gerando uma demanda judicial. Em Minas Gerais, temos um sistema de regulação de leitos, que é o SUS Fácil, que funciona muito bem, já está bem estabelecido, e a gente consegue cobrir bem a população com esse sistema. Tanto é que todas as demandas que são judicializadas estão reguladas no SUS Fácil. É obrigatória a inserção da demanda, mesmo que judicializada, no SUS Fácil. Para nossa alegria, a maioria das demandas que recebemos, quando chega a intimação para os gestores cumprirem, o paciente já está inserido e já está sendo acompanhado de alguma forma pelo sistema SUS Fácil.

Bom, então, as principais macrorregiões que a gente sabe que têm furo assistencial são Divinópolis, Uberlândia e Belo Horizonte, que está aqui como maior demandante por conta do tamanho. Mas Divinópolis e Uber-



lândia de fato são problemas que a gente tem enfrentado. As gestoras da regulação da Secretaria, inclusive, a Dr.^a Maria do Carmo, que é a atual subsecretária, têm feito visitas a essas macrorregiões para entender qual é o problema assistencial para a gente tentar resolver. Esse quadro das demandas judiciais reguladas no SUS Fácil nos aponta claramente essa questão, ou seja, onde nós devemos intervir. Aqui, só para apresentar, de 1.731 demandas no período de julho de 2014 a maio de 2015, já foram cumpridas 83%. Então, a gente tem um alto grau de cumprimento das demandas no prazo que nos compete cumprir. Outras estão ou em análise pela Advocacia-Geral do Estado, outras estão aguardando a manifestação do município, no caso, de demandas que são solidárias. Normalmente nós fazemos acordo com o município, então, por exemplo, no caso de internação que precise transferir o paciente, o município, por sua responsabilidade preconizada pelas normas operativas do SUS, tem que fornecer o transporte. O município oferece o transporte, e o Estado garante a vaga para aquele hospital de transferência. Demais demandas estão em análise por um problema que foi discutido também lá na II Jornada de Saúde, em São Paulo, que é a questão da falta de documentos médicos que nos permitam cumprir as demandas.

Eu estou com um problema... eu não fui almoçar com os senhores, porque fiquei respondendo aos e-mails para evitar multas e até determinação da prisão de secretário... Um dos e-mails se refere a uma paciente que foi internada no Hospital das Clínicas, ela já estava num estado bem grave de saúde, e precisaria fazer um procedimento que o Hospital das Clínicas não tinha. Então, o Estado precisaria comprar determinado material. É ilusão achar que o Estado vai conseguir comprar qualquer coisa em 24 horas, como determina a execução do procedimento em algumas determinações judiciais, não é?! A gente tem que cumprir, tem a obrigação de cumprir as normativas do direito administrativo, então, a gente não consegue comprar nada em 24 horas, a não ser que eu burle essa legislação e aí a gente acaba em conflito. Eu quero ser processada porque a paciente vai falecer ou eu quero ser processada por improbidade? Então a gente fica eternamente nesse conflito. Não tem alternativa de não ser processada. Já tem a demanda estabelecida. E aí, o que acontece? A intimação, que era de uma comarca mais distante, demorou a chegar para a gente no nível central. A demanda,



que se iniciou no dia 12 de maio, chegou para a gente dia 21 de maio, e o processo foi iniciado para aquisição no dia 22, mas o Hospital das Clínicas já informou que a paciente, pelo estado clínico, não tem mais condição de fazer o procedimento. Então nesse caso eu vou entrar em descumprimento. Por quê? Porque, antes de fazer a aquisição do equipamento, eu preciso de um relatório médico que me diga: “Olhe, compre esse material, porque a paciente daqui a pouco estabiliza e ela vai conseguir fazer o tratamento”, ou eu vou correr o risco de comprar um equipamento, um material que não vai ser utilizado, e aí eu vou jogar dinheiro público fora. Nesse caso, eu sugeri que a gente solicitasse o relatório médico para informar ao juiz demandante do caso específico da paciente para tentar reverter, minimamente, o prazo, até que ela se restabeleça. Nós vamos atender, mas ela precisa estar em condições clínicas adequadas para receber o procedimento.

É... Dessas, foram cumpridas até o momento - 1.433. Para nossa sorte, conseguimos fazer atendimento via SUS de 85%. Então, a gente tem um baixo índice, ainda bem, de aquisições de procedimentos e de leitos no setor privado. É só realmente naquelas situações em que a gente não consegue atender ao paciente via SUS. Depois de esgotar todas as possibilidades via SUS, isso na premissa da questão da economicidade, da racionalidade do gasto do recurso público, é que a gente faz a aquisição.

Os procedimentos mais demandados são as transferências hospitalares. O paciente às vezes está num município que não tem condição de fornecer o tratamento adequado, e aí nós precisamos transferir o paciente para um outro hospital. Em segundo lugar, estão as demandas ortopédicas. Também já é de conhecimento do Estado que há uma deficiência de especialistas em ortopedia para atendimento na rede SUS. Então, há muitas demandas para atendimento em ortopedia, quedas da própria altura, às vezes muitas quedas de idosos, que quebram bacia, quebram fêmur, para atendimento por demanda judicial. Esta também é uma alta demanda mesmo na assistência, mesmo sem ser por via judicial.

Bom, mas eu acredito que ainda há esperança. Eu acredito que há uma luz no fim do túnel, e o principal motivo para eu acreditar nisso são justamente estas oportunidades de diálogo, que a Des.^a Vanessa e equipe nos proporcionam entre os gestores do SUS e o Judiciário. Por que isso? Porque é importante para a gente também, enquanto gestor, poder dizer



das nossas dificuldades até mesmo em cumprir as ações que nos são impostas. Não é que a gente não queira cumprir. A gente gostaria de atender a todo mundo a contento e no tempo adequado, mas a gente tem algumas limitações, infelizmente. E aí eu queria aproveitar esta oportunidade para dizer um pouquinho da nossa capacidade de cumprimento das ações judiciais na gestão pública, da nossa angústia quando recebemos demandas judiciais.

A primeira delas é a questão do prazo para cumprimento das liminares, como eu estava citando agora para vocês em relação a procedimentos de urgência, em que eu preciso comprar um material em 24 horas. Eu não vou conseguir cumprir essa determinação. Prazos para aquisição de medicamentos importados, por exemplo, a gestão demora 6 meses para conseguir importar um medicamento. Isso não é porque a gestão é ineficiente no processo de compra não, porque, no Estado de Minas Gerais, quando nós criamos o Núcleo de Atendimento à Judicialização em Saúde, especializamos os profissionais envolvidos nesses processos, nós também incluímos no rol de profissionais desse núcleo uma unidade administrativa só para cumprir demanda judicial. Então, são pessoas que já estão acostumadas com alguns processos, já estão especializadas nessa área de dispensa de licitação e outras coisas. Mas, para importar, é impossível, porque não é só legislação do direito administrativo que a gente precisa verificar, há também as normas de importação do país, há a Anvisa, que está envolvida. Se o fiscal da Anvisa não for à aduana para poder avaliar e autorizar a importação, a gente não consegue... A gente compra, o produto chega, e eu não consigo fornecer para o paciente, porque a Anvisa não autorizou a entrada do produto no país. A gente tem esse tipo de dificuldade, então fornecer medicamento em 10 dias é... - se for importado - sem chance. Demora uns 6 meses para chegar. Se for um medicamento nacional e que está no mercado nacional, já está estabelecido, tem registro na Anvisa, para fazer um processo de dispensa de licitação seguindo todos os trâmites que o direito administrativo preconiza, a gente demora entre 30 a 45 dias. Sendo muito eficiente, porque, quando esse serviço de compra estava dentro da Secretaria de Estado da Saúde e não estava especializado na aquisição de demandas judiciais, a gente demorava mais tempo. Então, hoje a gente



demora em torno de 30 a 45 dias para instruir o processo de forma tal que o gestor, depois não precise responder por um processo de improbidade, por erro ou por algum vício na administração.

Outra questão que é muito importante é a questão dos documentos médicos que chegam para a gente. Se chegar um documento médico incompleto ou uma prescrição médica que eu não consiga traduzir, eu não consigo fornecer o que o paciente está pedindo, está solicitando. Então, muitas vezes a gente precisa retornar o contato com o juiz para solicitar novamente esses documentos. Foi isso o que aconteceu com essa paciente no Hospital das Clínicas. Faltou documento, relatório médico para os médicos do Hospital das Clínicas entenderem. Porque, pense bem, essa paciente que chega lá na urgência não é assistida pela equipe médica do hospital normalmente. Então, ela precisa de um prontuário, precisa-se entender o que aquela paciente tem, aquela paciente chega com um diagnóstico pronto. Então esse diagnóstico pronto tem que estar muito bem esclarecido para que qualquer médico daquela mesma especialidade consiga efetivamente realizar o procedimento e, no caso dessa paciente, não havia, e o documento demorou a chegar. Com isso, demorou-se a definir qual era o procedimento que deveria ser realizado, e o quadro clínico da paciente piorou.

Em relação a medicamento é a mesma coisa. Chega a prescrição para a gente. Na hora em que a gente vai traduzir, o medicamento nem existe. A gente tem que ficar tentando adivinhar qual é o medicamento para fornecer, e isso, do ponto de vista sanitário, é uma irresponsabilidade, ou seja, eu adivinhar qual é o medicamento de que o paciente necessita. Nessa hora, eu me lembro de uma experiência relatada pelo meu professor na faculdade. Na época, - ele fez um experimento com os alunos. Ele fez um rabisco numa prescrição, assinou como se fosse médico e pediu aos alunos que tentassem comprar aquele medicamento na farmácia. Eles compraram de antibiótico a anticoncepcional. Ninguém voltou sem medicamento para casa. Então, assim, vou conseguir comprar, mas eu não posso ficar adivinhando o que é aquela demanda. Eu preciso realmente, para cumprir a demanda de forma efetiva, do relatório médico, da prescrição, quando for o caso de medicamento, indicando o tempo de tratamento.

Há algumas determinações que eu estou achando bacanérrimas. Alguns juízes já têm determinado, por exemplo, que se forneça o medi-



camento, condicionando que, a cada 6 meses de uso do medicamento, o paciente deve atualizar o relatório médico. Isso para a gente é fantástico. Primeiro, evita de eu ficar adquirindo medicamento para um ano inteiro. Eu não sei se o paciente vai mudar a prescrição, mudar a dosagem, e o medicamento não é padronizado. O que eu faço com aquele medicamento todo que eu comprei para aquele paciente? Dinheiro público investido. Então, são essas as dificuldades que a gente acaba enfrentando, e, muitas vezes, na correria de atender a demanda, porque há diversas coisas envolvidas, a gente pode acabar cometendo um erro, não é?!

Bom, mas, como eu tinha dito no início, além das questões da oportunidade do diálogo entre o Judiciário e os gestores, também há iniciativas no âmbito nacional e que têm nos proporcionado alegria no sentido de nos respaldar enquanto gestores em relação, por exemplo, à incorporação de novas tecnologias. A Lei 12.401 é de 2011. Ela traz para a gente uma ferramenta que é a Conitec, que não pode ser desconsiderada em termos de incorporação de tecnologia. A Conitec produz pareceres técnicos baseados em evidência, elaborados por especialistas das diversas áreas para dizer ao gestor o seguinte: - Vale a pena incorporar esse medicamento, porque, além de ele ser eficaz para a condição, para a qual ele está sendo prescrito, ele cabe no nosso orçamento. Ele pode ser utilizado para atender a várias pessoas. A Conitec também faz uma avaliação de custo e de impacto orçamentário daquela incorporação, então, isso traz para o gestor uma segurança em trabalhar as questões da incorporação. Não quer dizer que tudo o que é recomendado pela Conitec o gestor tem obrigação de incorporar, seja ele federal, estadual ou municipal, mas ele tem uma ferramenta para avaliar essa incorporação.

No caso, por exemplo, de medicamentos que são muito demandados, e que de fato a Conitec já fez uma recomendação para incorporação, os gestores podem sim pensar na possibilidade de incorporação e transformar aquela recomendação da Conitec em um protocolo clínico e numa política pública de saúde, não é?! Então, isso é uma das nossas ferramentas para poder alcançar o objetivo de redução desse problema que a gente está vivendo agora, que é o da judicialização em saúde. Aqui eu trouxe só a página da Conitec onde ela publica as recomendações. O *site* da Conitec é



conitec.gov.br. Está disponível para o público em geral, caso haja interesse em buscar a informação. Concordo que são recomendações escritas numa linguagem muito técnica, mas na maioria das vezes é possível entender o significado dessa recomendação, porque ela fala claramente: - recomendo incorporar ou não recomendo incorporar, e justifica tanto a recomendação quanto a não recomendação.

Eu trouxe alguns exemplos de pareceres que são produzidos tanto pela Conitec como, também, pelo CCATES, que é o Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologia em Saúde, que fica dentro da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, e que é a ferramenta hoje de que nós estamos nos valendo para tentar implantar a elaboração das notas técnicas para defesa do Estado. É um salto que eu entendo que a Secretaria está dando, porque a proposta é que a gente também utilize ferramentas e notas técnicas que são imparciais. Então, a assinatura não será da Secretaria de Estado da Saúde, a assinatura será do Centro Colaborador. É como se a Secretaria estivesse contratando um perito para avaliar aquela situação e para fazer a defesa do Estado no fornecimento ou não do medicamento, porque a Secretaria também pode chegar à conclusão de que a demanda é legítima e de que o paciente precisa, necessita daquele medicamento e, talvez, se ele tivesse tentado entrar por via administrativa, a avaliação seria outra e não teria sido judicializada, não é?!

Aqui está o exemplo de um parecer técnico-científico do CCATES. O *site* do CCATES também disponibiliza ao público todos os pareceres técnicos e notas técnicas. O *site* é www.ccates.org.br. Esse é um exemplo de recomendação para não incorporação. É aquele medicamento Rituximabe, que tem sido também muito indicado para tratamento oncológico e para tratamento do lúpus. Após fazer um estudo aprofundado das evidências científicas disponíveis, o relatório, que é bem grande, de umas 50 páginas, demonstra todos os estudos que foram avaliados. Normalmente são avaliados estudos que a gente chama de ensaio clínico controlado, que são aqueles estudos realizados, normalmente, pela indústria para apresentar evidência científica da eficácia daquele medicamento e, nesse caso aqui, ela não recomendou o uso justamente por quê? Primeiro: é um medicamento com indicação *off label*. *Off label* significa que não tem eficácia? Significa



que não tem evidência? Não. Significa que de alguma forma ou a indústria ainda não solicitou o registro na Anvisa para aquela utilização, para aquele tratamento, ou já solicitou e o resultado ainda não saiu. Significa que aquela indicação ainda não está registrada na bula do medicamento. Isso significa *off label*, mas não significa que o medicamento não tem eficácia. O que vai demonstrar a eficácia de fato é a busca da evidência científica na literatura, nacional e internacional, em relação a esse tratamento. Então, além de ele ter a indicação *off label*, a qualidade da evidência, os resultados dos estudos disponíveis até o momento, e a avaliação do Centro Colaborador não eram adequadas, não tinha um bom nível de evidência. Além do elevado custo do tratamento, o Rituximabe não é recomendado no tratamento dos pacientes com lúpus eritematoso. Todavia, faz-se necessária a realização de mais estudos controlados. Não se encontram na literatura internacional um número suficiente, e em qualidade suficiente, de estudos e de ensaios clínicos controlados que pudessem dar ao Centro Colaborador a segurança de recomendar a incorporação do tratamento para esse caso específico.

A gente também tem algumas recomendações positivas, e esse aqui é um exemplo da Conitec em que há recomendação para incorporação, mas em condições específicas. *Stent* farmacológico está na moda. Para elaboração dessa recomendação, a Conitec buscou responder a seguinte pergunta: 'Os *stents* farmacológicos inibidores de drogas são mais eficazes, efetivos e de custo menor que os *stents* convencionais no tratamento da doença arterial coronariana em pacientes adultos elegíveis para intervenção coronariana percutânea?' Essa era a pergunta que a Conitec queria responder. E aí eu trouxe algumas partes do parecer do CCATES que está em consonância com as recomendações da CONITEC, mas eu achei a linguagem um pouco mais palatável para trazer para a nossa apresentação hoje. Então o CCATES coloca que o *stent* coronariano convencional já está padronizado no SUS desde 99, e o valor pago para esse procedimento, que não é o *stent* farmacológico, é R\$ 2.034,50 por procedimento, por implante. Os farmacológicos, ainda não são disponibilizados no SUS, por isso foi solicitado à CONITEC que fizesse a avaliação. Então os gestores perguntam para a Conitec, "me fala aí", há evidência científica de que de fato os *stents* farmacológicos são mais eficazes do que o que a gente já tem no sistema?



Do que a gente já fornece no sistema? “E, no parecer do CCATES, eles fazem uma comparação de preços em relação ao *stent* farmacológico e os convencionais que estão disponibilizados, e a gente pode observar que é... *stents* convencionais estão do lado esquerdo da tabela, *stents* farmacológicos do lado direito. Então os *stents* convencionais variam de R\$ 4 mil a R\$ 10 mil, enquanto que os farmacológicos variam de R\$ 10 mil a R\$ 18 mil. A diferença em custo unitário é realmente significativa. E aí precisava-se saber se essa diferença de custo se justificava na melhor eficácia do *stent* farmacológico. E o que a Conitec recomendou foi o seguinte: ‘Tem sim, mas para algumas condições específicas. Então, se a gente for padronizar, que é o caso do que acontece com os protocolos clínicos, que são padronizados pelo Ministério da Saúde e seguem a mesma linha de raciocínio, se a gente for padronizar, nós vamos padronizar para aquelas condições que de fato ele vai ser eficaz e vai ser eficiente no tratamento’. E aí ela recomendou a incorporação para as intervenções endovasculares cardíacas em pacientes diabéticos com lesões em vasos finos. Eu não sou médica, minha formação é farmacêutica, e eu também não sei o que significa isso, mas, quando vem uma demanda de *stent* farmacológico e a recomendação da Conitec é essa, para essas condições específicas, o especialista que vai atender e vai realizar o procedimento vai saber ler esse laudo médico... se o laudo médico estiver presente, ele vai saber ler e vai saber dizer se para esse paciente é ou não indicada essa terapia ou esse procedimento. E aí ela coloca mais uma condição. Ela condiciona essa incorporação àquelas condições clínicas e deve ser fornecido pelos prestadores no mesmo valor da tabela do *stent* convencional, que é R\$ 2.034,00, o valor que o SUS paga. É aí que a Conitec começa uma briga com a indústria farmacêutica, com a indústria de materiais, porque ela fala assim: ‘Está bom. Eu padronizo para essas condições específicas que é um número menor de pacientes e nesse valor. Eu vou te pagar esse valor’. E aí a indústria recua. Não quer vender nesse valor. E aí ela pressiona. A gente tem demanda judicial e o sistema acaba sendo obrigado a fornecer. Mesmo se a gente tomar a decisão, segundo podem os gestores, de estabelecer um protocolo clínico.

Essa é também uma grande polêmica, a questão dos genéricos *versus* marca, e aqui eu trouxe um exemplo de um parecer técnico-científico que o CCATES fez para um medicamento específico, que é o Pramipexol



no tratamento da doença de Parkinson, e a pergunta era justamente: 'O medicamento genérico Pramipexol é seguro e eficaz no tratamento dos sintomas motores da doença de Parkinson em relação aos medicamentos de referência similar?' E aqui eu quero lembrar que recentemente foi aprovada a legislação que preconiza que os medicamentos similares sigam as mesmas normas de qualidade e de comprovação de eficácia que os genéricos. Então daqui a pouco nós não teremos mais diferença também entre genérico e similar. O medicamento genérico pode ser definido de uma forma muito grosseira: o Governo cria uma legislação com subsídios para indústrias que produzirem medicamentos sem o nome de marca para não ter o gasto com a propaganda e exige testes específicos, que são feitos para comprovar que o medicamento genérico é exatamente o mesmo do medicamento de marca. E o similar agora vai ter que passar por essa mesma normatização. O similar pode ter marca. O genérico não pode ter marca. Essa é a diferença visual entre os dois medicamentos. Fizeram uma comparação de preços entre os dois similares e o genérico. Observou-se uma variação de 11% entre os dois medicamentos de marca - o de referência e o similar, mas, quando se comparava o preço desses dois medicamentos com o preço do medicamento genérico, essa variação era de 30 a 38% no valor unitário, valor do comprimido. A gente mede o valor da unidade farmacêutica para fazer essa avaliação de custo-efetividade. E isso considerando não o preço de comércio, como de venda, mas da Câmara de Regulação, a CEMED, que é um preço já estabelecido. E aí, o que foi interessante nesse parecer técnico, apesar de ele ser específico para o Pramipexol, mas ele pode ser extensivo aos outros medicamentos nas comparações entre marca e genérico, é que não foram encontradas evidências científicas de qualidade, conforme os preceitos da medicina baseada em evidência, que apontassem para diferenças de efeito clínico entre as formulações genéricas, similares e de referências e os medicamentos cujo princípio ativo era o pramipexol. Diante do exposto, não há suporte normativo e científico que justifique a preferência por marca comercial com relação ao pramipexol. Eu achei bastante interessante esse parecer.

Nós temos também recomendações que são positivas, que é o caso da Somatropina, que é um hormônio de crescimento também muito demandado por via judicial. Por quê? No Sistema Único de Saúde, nós temos



duas apresentações disponíveis da Somatropina, que é o 4 UI (unidades internacionais) e 12 UI. Entretanto, por conta da necessidade de flexibilização dessas posologias, das diferentes doses para diferentes pacientes, muitos pacientes entram e demandam em outras apresentações e, no caso desse parecer, foi avaliado se era economicamente mais vantajoso para o gestor, pensando em economia de recurso público, manter essas duas apresentações apenas ou incorporar outras que possibilitassem essa flexibilização de posologia. E a recomendação foi justamente pela incorporação de novas apresentações até 18 Unidades Internacionais, porque se apresentariam mais vantajosas em relação tanto às questões das demandas judiciais, quanto da própria flexibilização do protocolo clínico. Então, nesse caso, eu, já enquanto assessora lá do Núcleo de Judicialização, já estou elaborando um documento para a assistência para sugerir a incorporação dessas outras doses no Estado e aí, com isso, com certeza, a gente consegue reduzir a demanda por esse medicamento via judicial, que, muitas vezes, apesar de seguir a recomendação da CEMED sobre o PMVG, aquele preço máximo de venda ao Governo, por demanda judicial, a gente compra mais caro, porque na assistência eu compro grandes quantidades de medicamento. Então eu tenho um poder de negociação, de economia de escala muito maior para negociar com a indústria.

No caso da judicialização, vocês viram lá, enquanto eu estou atendendo por via administrativa quase 230 mil pacientes no Estado inteiro no Programa de Medicamento de Alto Custo, aqui eu estou atendendo 1.000... 1.500 na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A farmácia da regional de Belo Horizonte, que atende a região metropolitana para processo administrativo, atende 3.000 pacientes/dia, não é?! Então, assim, realmente o volume de medicamentos que a gente compra na assistência é muito maior, e isso nos dá uma facilidade maior de negociação com a indústria para preço. Então, nesse caso, é um caso de reversão de uma ação - entre aspas, "negativa", demanda via judicial, para uma ação da assistência "positiva", não é?!

Bom, para finalizar minha exposição eu queria deixar esse ponto de reflexão para a gente pensar. Eu acho que vai corroborar muito as apresentações que a gente teve até agora no curso. A responsabilidade de prover a saúde é do SUS nos três níveis de gestão do sistema: municipal, estadual



e da União. Não tem que se discutir isso. Também é indiscutível a competência do Judiciário para defender os direitos dos cidadãos, sejam eles de repercussão coletiva ou individual. Também não se discute isso. Entretanto, cabe a todos nós, enquanto integrantes da Nação com poder de promover mudanças, garantir o direito à saúde de forma racional, zelando pela segurança dos indivíduos enquanto usuários de produtos e procedimentos e evitando o desperdício de recursos públicos em todas as esferas de poder.

Então, eu acho que esse pensamento vem ao encontro da proposta desses cursos que estão sendo oferecidos pela Escola do Judiciário. Gostaria de concordar com a palavra do Doutor Desembargador, e pedir também para a Des.^a Vanessa não desistir e não parar com essa iniciativa. Realmente não desistir, porque para nós também, enquanto gestores de saúde, isso tem sido muito importante e muito proveitoso. Queria agradecer a todos a paciência para me ouvir, agradecer a oportunidade de estar aqui e desejar uma boa tarde de trabalho para vocês.

A saúde suplementar e a jurisprudência do TJMG

Des. Wagner Wilson Ferreira

Boa tarde a todos. Eu gostaria inicialmente de agradecer à Des.^a Vanessa pelo honroso convite que me fez, para estar hoje aqui com vocês participando deste evento. Durante a exposição deste painel, fiz algumas anotações sobre o que os meus antecessores disseram e gostaria de esclarecer que, na verdade, fiquei encarregado de falar rapidamente sobre a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Minas, com a visão específica daquilo que é julgado pela 16^a Câmara Cível, da qual faço parte, relativamente à saúde suplementar na área privada.

Sabemos que a judicialização é um fenômeno contingencial, sendo que a intervenção do Poder Judiciário se justifica em razão da omissão ou de eventuais divergências dos operadores e dos gestores do sistema de saúde pública e privada. De fato, a Lei 9.656 foi um marco regulatório na área da saúde suplementar, e foi com o advento dessa lei que se intensificaram as divergências, obrigando os envolvidos a socorrem-se ao Poder Judiciário para a solução dessas questões divergentes, principalmente porque as operadoras de saúde entenderam que o novo regulamento se aplicava aos atuais e aos novos contratos. Diante dessas divergências, em 1999 foi proposta a ADI 1.931, e o Supremo Tribunal Federal, em decisão liminar proferida em maio de 2004, por unanimidade, entendeu que os diversos dispositivos da nova lei que atingiam os planos antigos seriam inconstitucionais, porque violavam o ato jurídico perfeito e o direito adquirido dos segurados. De fato, até o momento não houve o julgamento definitivo da ADI, mas trata-se de um importante julgado, que, inclusive, tem efeito vinculante.

Eu separei aqui duas questões básicas que temos enfrentado lá na minha Câmara com relação à saúde suplementar. A primeira se refere ao reajuste do preço do plano de saúde pago pelo segurado, em razão da mudança da faixa etária do idoso, que não se confunde com o reajuste anual da data-base. E a segunda é aquela correspondente à extensão da cobertura contratual com as cláusulas de exclusão previstas nos contratos. Relati-



vamente ao reajuste por mudança da faixa etária, eu já tive a oportunidade de me manifestar que nós da 16ª Câmara temos considerado abusivos tais reajustes, porque eles não encontram amparo contratual. Eu separei algumas apelações cíveis nesse sentido, com julgados de minha relatoria e de outros Desembargadores das Câmaras que integram a unidade de direito privado do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Eu sedimentei o meu posicionamento em dois fundamentos básicos. Primeiro: a necessidade de previsão contratual. Segundo: a discriminação do idoso, quando não existe comprovação atuarial que justifique o aumento aplicado. Não desconheço que a Lei 9.596 trouxe disposição expressa, no artigo 15, no sentido de possibilitar o aumento dos preços em razão da implementação de determinada idade do consumidor. Ocorre que, com o advento da Lei 10.741, de 2003, que é o Estatuto do Idoso, especificamente em razão do § 3º do seu artigo 15, ficou vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da sua idade. Então, passei a vislumbrar um conflito aparente de normas, o que me levou a ponderar por uma solução. Tomei como premissa o fato de o Estatuto do Idoso ser norma de ordem pública. O referido dispositivo legal traz, em sua essência, muito mais do que uma simples regra legal, mas um verdadeiro princípio jurídico de vedação à discriminação como elemento da própria dignidade do idoso. Passei a entender que existe uma vedação ao reajuste abusivo apenas com base no alcance de determinada faixa etária, quando não existe comprovação de que este alcance justifica o percentual de reajuste aplicado. Permaneço com esse entendimento, apesar de o STJ já ter decisão recente considerando legais esses reajustes. Aliás, é bom que se esclareça que o STJ entende que só se justificam as eventuais intervenções do Poder Judiciário para resolver esse tipo de pendência, levando-se em consideração dois argumentos: O primeiro, a falta previsão contratual para aplicação do reajuste com base na implementação da faixa etária, e o segundo, se forem aplicados, nesses reajustes, percentuais desarrazoados. Então essa é uma das mais recorrentes demandas que aportam no Judiciário de Minas em relação à saúde suplementar privada.

A segunda questão refere-se à extensão da cobertura contratual. Os consumidores são obrigados a recorrer ao serviço particular de assistência médica hospitalar em razão da notória insuficiência do sistema público



de saúde. Apesar disso, as empresas prestadoras desse tipo de serviço buscam cada vez mais diminuir as suas responsabilidades, impondo aos seus clientes um verdadeiro calvário para receberem o tratamento que contrataram. Conforme jurisprudência que separei, o Tribunal tem considerado abusiva e injusta a negativa de cobertura de procedimento indicado pelo médico ao seu paciente segurado, quando não há cláusula restritiva clara e precisa no contrato. O entendimento é de que, no caso do contrato de saúde firmado entre os litigantes que não exclui expressamente o procedimento de algumas cirurgias, de algum tratamento específico, a seguradora deve arcar com os custos desse tratamento.

Para não tomar mais o tempo dos senhores, eu gostaria de abordar uma última questão que entendo ser de extrema importância e que é aquela relativa à validade da cláusula contratual que estipula a denominada cobertura parcial temporária. Ressalto que, nesse aspecto, a jurisprudência do Tribunal ainda está muito oscilante. Tal cláusula é aplicada nos casos em que o contratante do plano de saúde declara possuir uma doença preexistente e ela cria uma determinada carência que deverá ser observada pelo segurado para que ele venha a ter direito à cobertura do plano contratado. Essa carência é extremamente longa - às vezes de 24 meses. Ocorre que, nos casos de urgência, os juízes têm deferido a cobertura sem observância de tal cláusula e tais decisões estão sendo mantidas, porque o entendimento é de que a tutela da vida humana prevalece sobre os interesses comerciais. As cláusulas contratuais de carência são afastadas nesses casos de urgência, sobretudo em razão do artigo 12 da Lei 9.656 de 1998.

Então, eram essas as minhas considerações, que trago para a reflexão dos senhores e, mais uma vez, agradeço o generoso convite da Des.^a Dr.^a Vanessa Verdolim, colocando-me à inteira disposição para novos eventos dessa natureza.





A saúde pública e suplementar e a Defensoria Pública. NATS e suas Notas Técnicas - NTs como instrumento

Dr. Rodrigo Audebert Andrade Delage

Boa tarde a todos. Agradeço à Des.^a Vanessa Verdolim pelo convite e digo que é uma honra estar aqui, para representar a Defensoria em um evento tão relevante.

A razão de estarmos aqui é transmitir a experiência da Defensoria Pública Especializada em Saúde Pública da Comarca de Belo Horizonte. As atribuições dessa Defensoria são os atendimentos que envolvem as demandas em face do SUS, excluindo da nossa atuação a saúde suplementar. Diante disso, direcionarei minha exposição às nossas experiências e dificuldades na área de saúde pública. Começo dizendo como funciona o fluxo de atendimento da Defensoria Especializada em Saúde. É intuito nosso que esse modelo seja replicado para as demais Defensorias do interior do Estado em razão de considerarmos exitosa a nossa atuação, principalmente em face da “desjudicialização” através da busca de soluções administrativas para os pleitos que nos ocorrem. Temos com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte um Termo de Cooperação Técnica (TCT) em que há a cessão de um farmacêutico vinculado ao Estado de Minas Gerais e um farmacêutico vinculado ao Município de Belo Horizonte para atendimento, junto à Defensoria Especializada em Saúde Pública da capital, daqueles que procuram esclarecimentos, tratamentos e insumos em face do Sistema Único de Saúde (saúde pública). Esse Termo de Cooperação Técnica funciona sem que haja necessidade de investimentos financeiros, sendo que a Defensoria cede o espaço físico e instrumentos de trabalho aos farmacêuticos que, em nome do Estado de Minas Gerais e do Município de Belo Horizonte, elaboram, de acordo com a prescrição médica levada pelo assistido que procura a Defensoria, um documento, denominado nota técnica. O conteúdo da nota técnica versa sobre a disponibilidade ou não daquele medicamento prescrito junto ao SUS e também sobre a possibilidade de que o fármaco eventualmente não disponível seja



substituído por uma alternativa terapêutica oferecida pelo SUS. Assim, o assistido chega com uma simples prescrição de seu médico e o farmacêutico vai analisar a sua disponibilidade, e, em caso negativo, irá formalizá-la listando, ainda, as alternativas terapêuticas existentes no SUS para a doença que acomete o assistido. Com base nessa nota técnica, será analisada a viabilidade técnica da propositura de uma demanda judicial, sendo que esta nunca é ajuizada com uma simples prescrição médica.

É tentada a solução administrativa através da utilização de alternativa terapêutica disponibilizada, o que é muito mais efetivo, prático, menos oneroso e eficaz. Assim, é confeccionado um relatório médico para que o médico que acompanha o paciente descreva, de forma pormenorizada, a sua situação clínica. Neste relatório, são feitas perguntas individualizadas sobre a possibilidade de utilização das alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS no caso concreto do paciente. Diante disso, as demandas judicializadas já vêm instruídas necessariamente com estes dados, demonstrando ao magistrado, de acordo com informações do médico que acompanha o assistido, que as alternativas terapêuticas disponibilizadas no SUS não lhe servem no caso concreto. Há, assim, um relatório fundamentado, de ordem médica, possibilitando que, posteriormente, inclusive na hipótese de desvio, seja perquirida a pertinência da prescrição. Atuando dessa maneira, dizemos que a Defensoria Pública pratica o que gosto de nomear como “judicialização responsável”. Agindo de forma técnica, evitamos distorções, desvios e abusos quanto a prescrições inadequadas ou até mesmo fraudulentas.

Há que se reconhecer, todavia, a necessidade/imprescindibilidade da judicialização de algumas questões, cumprido o procedimento preparatório acima mencionado. Nós recebemos encaminhamentos de casos, na maioria das vezes, de agentes do próprio Sistema Único de Saúde, que reconhecem a necessidade de intervenção judicial em alguns casos. É interessante salientar que, às vezes, há recomendações e encaminhamentos que são entregues ao assistido dentro da própria Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde para que ele procure a Defensoria para a solução de seu caso. Observar critérios técnicos para a judicialização é a maior blindagem que temos – tanto o defensor, como o magistrado –



para nos resguardarmos de eventuais desvios e para agirmos de maneira justa e adequada. O magistrado deve decidir tecnicamente, observando a real necessidade da parte, a urgência, a eficácia e a impossibilidade de utilização de alternativa terapêutica disponibilizada pelo SUS, sendo que questões de natureza orçamentária, no meu ponto de vista, devem estar afetas aos gestores, não devendo ser tidas como parâmetro decisório para o magistrado.

Em relação ao aumento das demandas de saúde que chegam ao Judiciário, trago aqui um dado que entendo interessante e relevante. Se universalizarmos, ou seja, padronizássemos quatro medicamentos, a demanda na área de saúde, ao menos no que toca à realidade da Defensoria Pública, restaria reduzida em mais da metade. Há altíssima recorrência de alguns medicamentos. Vemos que determinados fármacos já estão sendo utilizados para aquela doença na área médica e científica há algum tempo, mas ainda não estão incorporados às listas de medicamentos disponíveis junto ao SUS. Como exemplos, cito o Micofenolato de Mofetila, para lúpus eritematoso sistêmico; Cinacalcete, para doenças renais; Lucentis, para degeneração macular relacionada à idade e à retinopatia diabética; e Quetiapina, para Alzheimer e doenças ligadas à saúde mental. Alguns destes são padronizados, mas não em face da doença para a qual estão sendo utilizados no caso do paciente, ou seja, eles estão no rol de medicamentos disponibilizados, mas não são oferecidos ao paciente em razão da incompatibilidade entre o CID da doença de que é portador e aquele a cuja dispensação está vinculada. Então, a padronização destes medicamentos reduziria gastos com a judicialização, de forma significativa, transferindo-se recursos relativos ao atendimento a uma demanda individual à coletividade. Outro viés positivo da judicialização é exatamente fomentar a incorporação de novos medicamentos ao rol de medicamentos padronizados.

Outra questão relevante está no descumprimento reiterado das decisões judiciais. Somos sensíveis à dificuldade por parte do Estado e do Município para cumprir os prazos estipulados nas decisões que cominam aos réus obrigações de fazer consistentes na entrega de medicamentos/insumos e tratamentos. Mas a estruturação dos entes federativos para o cumprimento dessas demandas deve ser realizada, para que não descarac-



terizemos o Estado Democrático de Direito. Há que se respeitar a decisão de um juiz e seu poder coercitivo. Se não há viabilidade para se iniciar o cumprimento das ordens judiciais no prazo arbitrado pelo magistrado, solução deve ser proposta pelos réus. Chegou a nós notícia de prática que estaria sendo realizada na Justiça Federal, sendo oferecido depósito pelos próprios réus para que a parte compre diretamente o medicamento até que se inicie o fornecimento pelos réus, entes federados.

Outra situação que nos afligiu também, no início do ano de 2015 e ainda persiste até a presente data, é a falta de medicamentos já padronizados, principalmente os de atenção básica a saúde. Situação que leva ao Judiciário demanda que deveria ser atendida administrativamente, com a simples ida do paciente ao seu Centro de Saúde para a retirada da medicação. Situação decorrente dá má gestão do Sistema de Saúde, que repercute na esfera judicial.

Ressalto a importância dos magistrados e do Poder Judiciário no tocante à viabilização do acesso à Saúde, como direito constitucional, contando sempre com a atuação valorosa dos juízes, às vezes como tábua de salvação daquele que nos procura, dando credibilidade e visibilidade ao sistema de justiça, resguardando, com isso, o que é mais caro ao cidadão, o seu direito à vida.

Agradeço a todos, novamente à Des.^a Vanessa, e me coloco à disposição para sempre explanar sobre nossas dificuldades e agruras na luta pela efetivação do direito à saúde. Muito obrigado.



A saúde suplementar e a jurisprudência. Impactos decorrentes de decisões sobre produtos que são excluídos dos contratos e planos

Dr. Paulo Pimenta de Figueiredo Filho

Desembargadora Verdolim, é um prazer enorme estarmos aqui em um fórum tão qualificado.

Eu, como professor de Medicina, agradeço a oportunidade e, como norma em nossa profissão, em palestras como convidado, venho expor a minha declaração de conflito de interesses: sou professor aposentado da Faculdade de Medicina da UFMG, onde trabalhei por 35 anos. Exerço consultório privado e o cargo de Diretor da Unimed BH, Diretoria de Serviços Próprios.

Primeiramente, para minha pessoa foi uma surpresa agradável ter a oportunidade de falar pela primeira vez neste fórum, diferente da minha área de atuação. Antes, trabalhei na UFMG, participei da assessoria da área da saúde e ontem pudemos ouvir palestra do Dr. Roberto Fonseca sobre o problema da judicialização na área da oncologia. Também muito importante foi o comentário que o Des. Afrânio Villela expôs sobre a importância fundamental da transparência dos diversos expositores neste Simpósio sobre os impactos decorrentes de muitas decisões judiciais, assuntos tão bem abordados por eles.

Sobre a saúde suplementar, a judicialização, os conflitos entre os contratos e as expectativas dos clientes são temas já muito bem desenvolvidos pelos palestrantes que me antecederam. A nossa agenda será rápida e mostrarei a Unimed BH em números. Ela tem aproximadamente 1.300.000 clientes em Belo Horizonte. Praticamente 1 a cada 2 clientes portadores de um plano terá contrato com a Unimed BH. Temos um verdadeiro sistema de saúde, com 5.600 médicos cooperados, mais de 3.900 colaboradores diretos e com uma receita bruta de R\$3,25 bilhões de reais, sendo que tal receita é oriunda de nossos clientes individuais ou empresas.

Neste auditório, provavelmente vários de vocês devem ser nossos clientes, devido a nossos contratos com o TJMG, AMAGIS e também com os advogados da OAB.



De toda nossa receita, repassamos cerca de R\$2,75 bilhões de reais ao nosso sistema de saúde: médicos, colaboradores, nossos diversos parceiros, entre eles clínicas, hospitais e laboratórios.

Nossa palestrante anterior citou que em todo o Estado de Minas Gerais o gasto com a saúde esteve em torno de R\$5 bilhões, e somente nós da Unimed BH repassamos R\$2,75 na Região Metropolitana de nossa capital. Esses números são muito relevantes: 8 milhões de consultas médicas, das quais 87% realizadas pelos nossos clientes, e as demais por clientes de outras Unimed's que procuram a capital para tratamentos mais complexos. De maneira similar, também nossos clientes poderão ser atendidos em outras Unimed's quando necessitarem ao visitar uma cidade, como, por exemplo, Alfenas.

São 140.000 internações, 24.000.000 de exames e 3.6 milhões de terapias sequenciais, beneficiando, como já disse antes, os clientes de outras Unimed's que necessitarem de tratamentos mais sofisticados.

Na região metropolitana de nossa cidade, temos uma rede de 368 unidades entre hospitais, clínicas e laboratórios, incluindo nossa rede própria e credenciada. A rede própria tem três hospitais, um deles localizado em Betim, e dois pronto-socorros, sendo um para tratamentos de alta complexidade e traumas.

Em nossa carteira de clientes existem aqueles de planos anteriores à Lei 9.656/98, e os regulamentados regidos pela referida lei. Dr. Helton já se referiu muito bem a cada um deles, e a nossa Cooperativa, desde o ano de 2010, faz um trabalho muito consistente na migração dessa carteira não regulamentada para os planos regulamentados, por entender que os maiores riscos de judicialização advêm desses planos, fato que traz uma série de transtornos para o cliente e para a imagem da empresa. Nesse aspecto a Unimed BH tem conseguido grandes êxitos quando comparado às operadoras do Brasil, tanto do sistema Unimed quanto de outras operadoras.

Com todo esse esforço, temos uma melhor avaliação da Agência Reguladora, ANS.

Na apresentação, os senhores poderão constatar que há alguns anos a Unimed BH tem sido considerada como a melhor operadora de grande porte dentre todas as operadoras de saúde do país, conferida pela



ANS. A nota de avaliação do ano passado foi de 0,89 na escala de 0 a 1,0, sendo a segunda classificada com a nota 0,75. São avaliados vários indicadores, e, em resumo, o índice mostra a capacidade de entrega a nosso cliente do que foi efetivamente contratado para o seu cuidado de saúde.

Vale lembrar-lhes que periodicamente a ANS publica os nomes de várias empresas que não conseguem cumprir as normas para o bom atendimento aos clientes, índices de reclamações, garantias de acessos aos médicos, etc., e que recebem sanções várias. A ANS regularmente emana normas para os planos de saúde. Em 2014 e 2015 foram cerca de 250, e, apesar de acharmos que algumas delas trazem-nos dificuldades de cumprimento, temos como compromisso maior, que devemos cumpri-las e depois questionar aquelas que achamos não pertinentes, dentro da lei.

Dessa maneira, apresentamos resultados da avaliação anual do Instituto Data Folha com nossos clientes e que mostra a nossa empresa como incentivadora na prevenção e cuidados com a saúde e, com 94% de satisfação, é confiável, moderna e sólida. Também é feita pelo mesmo Instituto a pesquisa de satisfação com os nossos médicos cooperados.

Todos esses aspectos reforçam as nossas convicções do dever de cuidar dos nossos clientes.

Agora falaremos brevemente sobre os fundamentos da saúde suplementar, reafirmando aquilo que o Dr. Helton expôs em sua palestra. Ela está fundamentada nos quatro pilares que a estruturam: o caráter mutual entre os clientes que contratam cada plano de saúde; o contrato que cada cliente faz com a operadora e que tem direitos e deveres bem definidos pela ANS; o direito à assistência em saúde com qualidade, e, por último, a necessidade de se assegurar a sustentabilidade das operadoras. Esses pilares têm como princípios definir e evitar os conflitos entre as previsões contratuais e as expectativas dos clientes, e, dessa maneira, propiciar o melhor equilíbrio entre as partes envolvidas.

Vários são os casos de judicialização, sendo os mais frequentes os reajustes abusivos, negativas de cobertura, etc.

Em Minas Gerais, as ações judiciais na saúde suplementar são o dobro das observadas na saúde pública. Se levarmos em conta que a população dos planos de saúde é 1/4 da população do Estado, essas ações serão



cerca de 8 vezes mais frequentes. Em Belo Horizonte, as ações referentes à saúde pública foram em número de 2.534, e as da saúde suplementar de 4.512, lembrando que a Unimed BH possui cerca de 50% da carteira da saúde suplementar. Outro dado importante mostra que entre as seis maiores Unimed do Brasil, as ações judiciais cresceram 24% em três anos.

Em função desse aumento crescente, várias iniciativas têm sido tomadas pelo Judiciário em todo país, para controle desse problema. Podemos citar a experiência exitosa do TJ de São Paulo, com várias ações de mediação conduzidas.

Aqui em Minas Gerais, reconhecemos que o Judiciário, em especial o TJMG, encontra-se bem à frente no país, na tentativa de solução e mediação das questões da judicialização no setor público e também na saúde suplementar.

Entendemos que os contatos devem seguir os critérios de justiça que os regem e se fazer valer de acordo com as normas da ANS. Esses são os compromissos que perseguimos com muita convicção na Unimed BH.

Devemos sempre lembrar que os contratos anteriores à Lei 9.656/98 são aqueles mais comumente envolvidos na judicialização, principalmente por não terem as normas regulatórias pela lei que determina mais claramente os deveres a serem seguidos pelas operadoras, ao oferecer a cobertura de acordo com suas normas.

Algumas questões importantes, como, por exemplo, órteses, próteses e medicamentos, têm sido objeto inclusive de CPI na Câmara Federal, devido a desvios e atos fraudulentos denunciados.

Finalizando a nossa fala, queremos agradecer e reconhecer o importante trabalho da organização deste fórum.

O nosso trabalho como gestores em saúde pública ou na saúde suplementar deve se pautar sempre no respeito à lei.

A lei deve ser o mando maior. É a cidadania que nós perseguimos no Estado democrático.

Muito obrigado.



O Ministério Público e a saúde pública e suplementar

Dr. Fernando Ribeiro Magalhães Cruz

Des.^a Vanessa Verdolim. Inicialmente, eu quero agradecer o convite ao Ministério Público, porque nós do Ministério Público achamos que é extremamente importante esse tipo de debate para que nós aprendamos e possamos avançar na nossa prestação de serviço público. Eu também, antes de iniciar a minha brevíssima fala, gostaria de cumprimentar a EGF por realizar este evento em Alfenas e, como um dos operadores de Alfenas aqui presente, eu gostaria de dizer do quanto é honroso para nós receber este evento aqui, especialmente, porque Alfenas, na área de saúde, é uma comarca na região que é de extrema relevância.

Aqui em Alfenas são prestados serviços de saúde para milhares... dezenas de milhares de pessoas de toda a região. Aqui nós temos referência regional em oncologia. Nós temos três hospitais. Temos duas faculdades de medicina. Temos duas faculdades de odontologia. Temos duas faculdades de farmácia. Enfim, é até espantoso para uma cidade hoje de 80 mil habitantes contar com tanta prestação de serviço na área de saúde. Então, eu diria que, apesar de todos os problemas que ocorrem na dificuldade no atendimento, na dificuldade de acesso a esse direito à saúde, Alfenas é uma cidade que é uma ilha dentro da realidade que nós vivemos, porque eu não conheço realmente uma comarca, uma cidade com 80 mil habitantes, em que existe tanto acesso a saúde.

Isso não impede que nós tenhamos muitos problemas. Daí, eu imagino a angústia de outros que vivem e trabalham, prestam atividades no Judiciário, no Ministério Público, na Defensoria Pública em comarcas, em cidades que não têm os recursos que Alfenas tem. Então eu queria de novo agradecer pela escolha de Alfenas, que é uma distinção para a nossa comarca.

Bom, o Ministério Público vem enfrentando com bastante dificuldade, como todos os outros, esses problemas relacionados à prestação desse direito constitucional à saúde. Evidentemente, antes da Constituição



de 88, nós não tínhamos esse problema, porque quem prestava o serviço de saúde eram os planos de saúde, as caixas assistenciais e os segurados. Estes tinham assistência à saúde, e não havia qualquer problema. Depois da Constituição de 88, o Ministério Público se deparou com essa necessidade da população de se beneficiar desse tipo de assistência, e o Ministério Público realmente não estava preparado para isso. O Ministério Público tinha atribuição constitucional para zelar pelos interesses do cidadão ou da coletividade no que diz respeito ao direito da saúde, mas o Ministério Público não tinha a menor capacidade de enfrentamento. E o Ministério Público começou a enfrentar assim como ele enfrentava um caso de alimentos que aparecia, um caso criminal que aparecia, ou seja, nós temos que ajuizar, nós temos que entrar na Justiça para resolver, porque fora da Justiça não há solução para esse tipo de problema.

No decorrer do tempo, o Ministério Público foi evoluindo, e hoje ele tem uma visão completamente diferente do que era a visão anteriormente. O Ministério Público hoje definitivamente trocou o modelo demandista pelo modelo da resolutividade. Nós, hoje, eu diria assim com tranquilidade, somos um anteparo para o Poder Judiciário. No Ministério Público para muita coisa antes de ser judicializada, e esse é um papel acho que relevante. O Ministério Público, hoje, com esse novo modelo, procura é solucionar quase todos os casos que surgem através de soluções administrativas. Assim como a Defensoria Pública, antes de o indivíduo procurar o Judiciário, ele procura o Ministério Público ou procura a Defensoria Pública. Então, nós temos que dar uma solução para o indivíduo.

No que diz respeito aos direitos individuais, nós procuramos solucionar todos os problemas administrativamente, acionando o gestor de saúde, acionando o prestador diretamente pelo serviço de saúde e, às vezes, não conseguimos obter o resultado que pretenderíamos. No que diz respeito a demanda coletiva, aí sim nós temos uma dificuldade extraordinária de solucionar com o gestor de saúde, e o que resta realmente é o Judiciário, porque o que nós vemos hoje, além evidentemente do excesso de procura pelo serviço de saúde, é que o Brasil é um país que demanda demais não só no serviço de saúde, mas em tudo que diz respeito ao assistencialismo, assistência para as pessoas despossuídas.



Nós temos esse problema, claro, que é uma decorrência da limitação dos recursos - os recursos são escassos, são finitos e, finalmente, nós temos problemas que talvez sejam mais fáceis de ser contornados, que são os problemas de gestão. A gestão da saúde é um componente complicador para a eficácia da prestação dessa garantia constitucional. Nós deparamos aqui, no nosso cotidiano, com políticas públicas que existem, mas não são executadas. Nós deparamos com o problema da política pública, que é deficiente, e deparamos mesmo, em alguns municípios, com a inexistência de qualquer política pública nessa área de saúde.

Então, é nesse ponto que temos que focar sempre a nossa atenção, para tentar solucionar esse tipo de problema antes de judicializar, porque nós sabemos que a judicialização não é a melhor solução. A judicialização sempre vai trazer uma solução impositiva, uma imposição de força, e essa realmente deve ser a última *ratio*. Assim como a providência penal deve ser sempre a última *ratio*, a ação civil pública do Ministério Público deve ser sempre a última *ratio*. É claro que buscar a solução administrativa, estando no Ministério Público, é uma dificuldade, porque os promotores em geral não estão preparados para discussão com o gestor. O promotor tem uma dificuldade de agir como um político discutindo política pública. Então, qual que é a saída mais fácil para o promotor? É isso que nós queremos mudar dentro do Ministério Público. É isso que a Procuradoria, a Corregedoria sempre tem orientado: para que os promotores mudem o comportamento. É não optar como primeira resposta pela via judicial, porque buscar a solução no Judiciário, para nós do Ministério Público, para o promotor que está lá na comarca, é a busca da solução mais cômoda que existe.

É muito fácil resolver um problema propondo uma ação. A solução do problema mesmo nós não buscamos através de ação. A solução do problema nós procuramos buscar através de ações administrativas, e essa é a nossa meta sempre. Para tentar caminhar nesse desiderato aí de soluções administrativas, eu acho que nem teria tempo, mas o Ministério Público preconiza uma série de ações para os promotores, e ações que realmente podem trazer muito resultado, como, por exemplo, avaliar as recorrentes recusas ou negativas de atendimento pelos prestadores hospitalares nos casos de leitos solicitados pela central de regulação assistencial. Coisa mui-



to simples, como, por exemplo, participar de reuniões da dos conselhos de saúde, fazer diagnósticos sobre os problemas que ocorrem na comarca que podem ser solucionados coletivamente ainda na via administrativa, exigir a implantação do serviço de monitoramento, controle, validação e auditoria na saúde no âmbito municipal, exigir a existência de adequado funcionamento de protocolos assistenciais - foi bastante falado aqui - avaliar a existência de equipes mínimas de profissionais de saúde em cada um dos equipamentos de saúde, simplesmente com visitas, com a presença física mesmo, identificar a existência de relação municipal de medicamentos, que nem sempre os municípios têm, acompanhar as condições de trabalho das unidades de saúde, sobretudo nos municípios contemplados com profissionais do Projeto Mais Médicos. Enfim, essas são ações muito simples que o promotor pode adotar sem adotar a via, que eu insisto, é a mais fácil para o promotor, que é a de judicializar.

No que diz respeito aqui à Comarca de Alfenas, a gente tem notado, como os promotores todos têm notado no Estado inteiro, um excesso de demanda pelo serviço que o Ministério Público presta. E esse excesso de demanda tem sido essencialmente no que diz respeito a medicamento. Com o decorrer do tempo, tem havido um despertar da consciência, da cidadania, e isso tem feito o cidadão buscar mais os direitos, não há dúvida. Mas nós temos uma situação estranha, porque, algum tempo atrás, medicamentos básicos que as pessoas, embora com alguma dificuldade adquiriam, elas não estão adquirindo mais. Elas estão sempre procurando esses medicamentos no serviço público. Essa é uma dificuldade. Então esse problema de medicamento é o principal deles atualmente.

Outros problemas nós temos, são inúmeros e eu não tenho tempo aqui para mencionar. Só queria, então, finalizar dizendo que o Ministério Público está fazendo a sua parte. E o Ministério Público faz a sua parte tentando solucionar os conflitos antes de esses conflitos se transformarem numa lide e só poderem ser solucionados através dessa medida de força.

Só para complementar, queria dizer que hoje eu tive uma ótima lembrança de muitos anos atrás na minha vida. Quando o Des. Afrânio Villela estava relatando aquela experiência pessoal, falando sobre a bondade, a humildade... que deveria ser uma característica do magistrado. Eu me lem-



bro de quando me formei - já faz muitos anos, o patrono da minha turma foi o saudoso Goffredo Telles Junior. - E o Goffredo, no discurso dele como patrono da minha turma, acentuou que o princípio básico que deve nortear o jurista, e disse mesmo que o principal dom do jurista seria o dom da bondade e da humildade. Então eu queria concluir externando aí essa feliz lembrança que eu tive hoje ao ouvir o Des. Afrânio Villela. Muito obrigado pela oportunidade.





A judicialização e o CNJ

Des. Renato Luís Dresch

O início das discussões sobre a judicialização da saúde

O meu envolvimento com a judicialização da saúde decorreu da admissão do desconhecimento acerca da matéria, no ano de 2008. A Des.^a Vanessa, salvo engano, iniciou as discussões acerca do tema nos anos de 2005 ou 2006. Marquei uma reunião com os colegas das Varas de Fazenda Pública de Belo Horizonte, no Fórum Lafaiete, no dia 12 de junho de 2008, convidando os gestores municipais de Belo Horizonte e da Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais para tratar da questão atinente à judicialização da saúde.

Na ocasião da primeira reunião, alguns gestores afirmaram que ficaram surpresos com o fato de a magistratura chamá-los para falar sobre a judicialização, porque a magistratura não costumava receber os gestores. Acentuei a importância de haver interlocução entre magistrados e gestores, e eles reiteraram que a dificuldade era a interlocução ser aceita pelos juízes. Foi ponderado sobre a importância de tentarem uma aproximação, de comunicarem, alertando eventual decisão contrária à medicina baseada em evidência, porque a falta de conhecimento leva a alguns equívocos.

A importância da interlocução

O distanciamento e a falta de interlocução criam certo clima de desconfiança, com a suposição de que há má vontade da outra parte. A imediatidade entre o julgador e o gestor possibilita a interlocução, que evidencia que não há monstro na história.

Nenhum gestor sai de casa para matar uma criancinha enferma naquele dia, e nenhum juiz sai de casa para “ferrar” o plano de saúde ou um órgão de gestão pública naquele dia. O que existe são falhas pela falta de gestão e de conhecimento. Quando não há uma aproximação entre a



magistratura e a gestão, cria-se a impressão de que existe má vontade, de que o gestor não quer cumprir a decisão judicial, quando geralmente os problemas são da falta de estrutura.

As eventuais dificuldades para o cumprimento das decisões judiciais

A Dr.^a Graziela, da SES/MG, falou hoje sobre as diversas dificuldades para cumprir algumas decisões judiciais, o que não se pode negar.

As decisões judiciais, às vezes, ordenam a aquisição de produtos com a “dispensa da licitação”, contudo olvidam que a dispensa de licitação e a “compra direta” são procedimentos distintos. É preciso lembrar que a dispensa de licitação demanda procedimento um pouco demorado, que não pode ser realizado de um dia para o outro. É necessário publicar edital de dispensa. Nós, os magistrados, às vezes, não nos apercebemos de que, quando ordenamos a “dispensa da licitação”, não estamos falando de “compra direta”, que são coisas distintas. A “dispensa de licitação” tem procedimento específico, previsto na Lei 8.666, que é muito bem conhecida pelo Dr. Tadahiro Tsubouchi, aqui presente, consultor jurídico de diversos municípios do interior. Esses equívocos ocorrem porque não há interlocução, ninguém fala com ninguém para alertar sobre as dificuldades de cada um para efetivar as medidas.

Costumo estimular os gestores, sugerindo que enviem ofício ao magistrado, comunicando eventual dificuldade no cumprimento de decisão.

A angústia do julgador e a nova consciência

O juiz, às vezes, decide com angústia, contudo tem o dever de resolver o problema da parte que está com problemas de saúde. A urgência muitas vezes impede que se atente para todos os aspectos, daí se cometem equívocos. Sugiro, nessas hipóteses, que se comuniquem as dificuldades. Caso o magistrado não atente para a importância da comunicação, o prejuízo será mínimo, uma folha e um pouco de toner; contudo, se acolher a sugestão, poderá nascer uma nova consciência, extremamente importante para a qualificação das decisões judiciais. Todos devemos estimular a interlocução e dela participar.

Como foi afirmado hoje pelo Des. Afrânio, nós precisamos continuar discutindo. Precisamos continuar nos aproximando para entender o



que está acontecendo, para melhorar as ações judiciais e o acesso à saúde. Ninguém está aqui com a intenção de rasgar dinheiro público.

A título exemplificativo, Des.^a Vanessa! Lembro-me de que, há uns quatro, compareci ao Tribunal de Justiça para falar do direito à saúde. Fui recebido com a seguinte advertência: “Não! Vocês da área de saúde querem que a gente não conceda liminar”. Reagi, apresentando o direito constitucional à saúde com acesso universal e igualitário e com atendimento integral, deixando claro que não pretendíamos negar o acesso à saúde, queríamos a racionalização das decisões.

Atualmente, a situação é bastante distinta. Em qualquer gabinete, com qualquer magistrado com quem falamos de saúde, existe uma nova compreensão acerca da importância da discussão sobre o direito à saúde.

Os debates para qualificar o acesso à saúde

As discussões sobre a judicialização da saúde têm por escopo a eficiência do serviço de saúde, a qualificação das políticas de saúde. A tentativa é de conceder ao paciente todo o direito à saúde que lhe é devido e, ao mesmo tempo, de negar aquilo a que as pessoas não têm direito.

O lobby da indústria farmacêutica e as notas técnicas do NATS

É importante falar do *lobby* da indústria farmacêutica para levar ao mercado novos produtos ou procedimentos.

As Notas Técnicas elaboradas pelo NATS são um importante instrumento para trazer informações técnicas e tirar o julgador da situação difusa nas suas decisões.

Dr.^a Silvana Kelles! Um dia questionei o Dr. José Luiz Nogueira quanto à eventual impugnação das notas técnicas pela falta de assinatura do responsável técnico das notas técnicas elaboradas pelo NATS. Qual não foi minha surpresa ao ser informado de que a pressão da indústria farmacêutica não permitia identificar os médicos responsáveis pela elaboração das notas técnicas, porque eventual parecer contrário ao uso do medicamento poderia resultar em forte pressão que limitaria a independência do profissional.

Vejam! A falta de assinatura em nota técnica, que a princípio parece negativo, é um fator de segurança para proteção da isenção e autonomia



de um trabalho profissional na elaboração de notas técnicas. Assinala a importância das notas técnicas sobre saúde.

A preocupação do STF para conhecer a gestão da saúde pública

No ano de 2009, o Supremo Tribunal Federal, admitindo o pouco conhecimento sobre a gestão da saúde, convocou a Audiência Pública nº 04. O Supremo Tribunal Federal realizou seis dias de debates e discussões em audiência pública para colher elementos antes de decidir a Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 de Fortaleza-CE. Chamou a sociedade civil a uma audiência pública para tentar entender a regulação da matéria.

A partir daquela discussão no STF, foi elaborado o voto do Ministro Gilmar Mendes, que traz importante elemento que pode servir de paradigma, afinal se trata de uma decisão unânime do STF.

As recomendações do CNJ

A partir da Audiência Pública nº 04, o Ministro Gilmar Mendes ficou preocupado em envolver a magistratura nacional na discussão da temática sobre saúde. Por essa razão, foi elaborada pelo CNJ a Recomendação nº 31, de 2010. Na Recomendação nº 31, é sugerida a criação do Núcleo de Apoio Técnico em Saúde aos magistrados, o NATS. A finalidade era que os magistrados se instruissem sobre o tema, razão pela qual foi sugerido que as Escolas da Magistratura do País incluíssem a judicialização da saúde nos seus cursos de formação, para que houvesse uma real discussão do tema.

Do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde

Depois da Recomendação nº 31 do CNJ, foi aprovada a Resolução nº 107/2010, criando o Fórum do Judiciário para a Saúde. A primeira reunião foi realizada em São Paulo, em novembro de 2010, quando fui indicado para participar em nome do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Naquela ocasião, já realizava reuniões de discussão sobre a judicialização na saúde em Minas Gerais. Instalou-se, a partir de então, o Comitê Executivo Nacional da Saúde, constituído por Comitês Executivos Estaduais. O Comitê Estadual de Minas está sob minha coordenação desde dezembro de 2010, e em 2014 passei a integrar o Comitê Executivo Nacional da Saúde do CNJ.



O CNJ e a edição de enunciados para auxiliar nas decisões

Estamos discutindo reiteradamente o tema da judicialização da saúde.

Ninguém discute judicialização para mudar o entendimento do magistrado. A tentativa é de criar uma consciência de racionalização do tema da judicialização da saúde.

O CNJ realizou duas jornadas sobre judicialização da saúde. Uma no ano passado, em que foram aprovados 45 enunciados, e neste ano será realizada a segunda jornada da saúde em São Paulo. O Comitê Executivo Estadual também aprovou 23 enunciados para auxiliar os magistrados que não possuem maior afinidade com o tema da judicialização da saúde. Muitas vezes pensamos que nunca vamos lidar com determinada temática. E, quando menos esperamos, somos surpreendidos com temas novos, como é o caso das demandas de saúde.

A importância de termos elaborado enunciados foi auxiliar os magistrados a realizarem consultas rápidas, sem retirar a independência e a liberdade na decisão de qualquer julgador. Não tem efeito vinculante, servindo apenas como instrumento de auxílio na sua decisão, porque os temas já foram discutidos quando se chegou a determinada conclusão, que é resumida em enunciado, que pode ou não ser incorporada na decisão do magistrado.

Os enunciados são elaborados depois de ampla discussão com representantes de todo o País, envolvendo magistrados, gestores, médicos, numa composição multidisciplinar em que se discute aquela matéria para tentar achar a melhor solução: não para excluir acesso à saúde, e sim para evitar os gastos desnecessários pela falta de evidência científica ou pela existência no SUS de procedimento terapêutico com a mesma eficácia. Portanto, os enunciados são elaborados para encontrar a melhor solução para o tema.

As discussões na América Latina sobre saúde

Um grupo de Minas Gerais participou de dois encontros internacionais do Instituto Banco Mundial sobre judicialização da saúde. O último, realizado em 2014, em Bogotá, também teve a participação da Des.^a Vanessa. Percebeu-se que os problemas dos demais países da América Latina têm muita similitude com o problema do Brasil. Neste ano, deve ser realizado novo encontro no México para tratar também da judicialização da saúde.



O processo das Notas Técnicas em Minas Gerais

O Poder Judiciário de Minas Gerais está bastante adiantado no trato processual do direito de acesso à saúde.

A questão das notas técnicas tornou-se uma referência nacional. Quando questionado sobre como resolvemos, em Minas Gerais, a questão da falta de informações técnicas sobre saúde, como funciona o sistema de notas técnicas, costumo enaltecer nosso trabalho, porque é fantástico.

O Estado do Rio de Janeiro tem três técnicos, o Paraná contratou dois médicos para elaborar notas técnicas.

Costumo afirmar que a sistemática de Minas Gerais com as notas técnicas do NATS é o melhor sistema, porque utilizamos os profissionais do Hospital das Clínicas da UFMG para elaborar as notas. São elaboradas por profissionais que atuam na área específica em relação à qual elaboram a nota técnica. Não são dois ou três profissionais que elaboram as notas técnicas para todas as áreas da saúde. Um único profissional não terá *know-how* para elaborar nota técnica sobre qualquer matéria. A multidisciplinaridade dentro da medicina cria maior segurança e qualifica o trabalho apresentado.

A comunicação eletrônica como facilidade de acesso a todos os magistrados

Importante acentuar que o instrumento de solicitação da nota técnica eletrônica por meio eletrônico facilita a solicitação para qualquer comarca do Estado de Minas Gerais, tornando-se instrumento muito prático.

Ao participar de cursos em Escolas da Magistratura, verifico que os magistrados novos estão preocupados com a falta de informações técnicas sobre saúde. O sistema eletrônico permite que todos os magistrados do País tenham acesso a informações técnicas sobre saúde. Trata-se da melhor forma de consulta.

A preocupação para reduzir a judicialização e a mediação

Nas reuniões do CNJ, evidencia-se a preocupação com a qualificação dos magistrados, assim como com os resultados na redução da judicialização.

A mediação e a conciliação são os meios para obter resultados positivos para reduzir a judicialização.



O pronunciamento do Ministro Lewandowski, presidente do STF, na abertura da II Jornada da Saúde em São Paulo, no dia 17.05.2015, deixou claro que o Poder Judiciário deve permitir que a sociedade encontre a melhor solução para os litígios e que é necessária uma solução negociada com a conciliação. Sou muito esperançoso.

O envolvimento nas demandas da saúde

O direito à saúde é uma temática que nos cativa, ficando difícil de nos afastarmos da discussão, até porque a repercussão é muito grande.

Quando se inicia estudo de matéria nova, descobre-se a importância, sobretudo quando envolve toda a sociedade e a nossa família, porque tem a ver com o bem-estar de todo mundo.

Dignidade no final da vida

Só para encerrar.

Um dado muito importante que foi apresentado hoje, Dr.^a Silvana, é que o Brasil é um dos países que menos usa morfina.

Sabemos que a morfina é uma droga que causa paz, permite uma morte digna e tranquila.

As famílias costumam deixar os entes morrendo na cama, pendurados em aparelhos de CTI, em vez de permitir uma morte tranquila com os familiares.

As pessoas devem ter preservada a dignidade no final da vida. Os médicos sabem que os tratamentos paliativos no final da vida, como é o caso da morfina, permitem um final tranquilo de vida que podemos dar aos nossos parentes.

Em vez de prolongarmos uma vida sem dignidade, as pessoas precisam ter consciência de que, às vezes, é mais importante uma morte tranquila e digna, sem impingir mais sofrimento e gastos desnecessários do erário.

Muito obrigado!





O Município e as políticas públicas perante a judicialização da saúde

Dr. Maurício Durval de Sá

Boa tarde a todos. Quero agradecer o convite para participar desse evento. Vou tentar passar por todas as políticas de saúde e o que os gestores enfrentam durante esse processo de implantá-las e efetivá-las no município.

Vou vincular essas políticas à judicialização e ao que vem ocorrendo dentro do Sistema Único de Saúde e o que nós, como escudo, encaramos no dia a dia. Vou começar falando, resgatando a questão do valor da Tabela Nacional de Saúde. Isso não é uma novidade para ninguém. O valor é extremamente baixo e não consegue suprir as necessidades do município. Resgato, também, a Portaria 1.101, de 2002, que define os parâmetros assistenciais com os quais os gestores têm que trabalhar, lembrando que nós somos um município de 80 mil habitantes e, somando a micro e a macrorregião, chegamos a 550 mil habitantes. Temos, pelo parâmetro, 10 ressonâncias magnéticas por mês, o que é um absurdo,

Resgato também, antes de começar a vincular a judicialização, a questão da regionalização em saúde, em que cada vez mais os municípios são responsáveis pela saúde, e os Estados e a União acabam se ocultando, na questão do cofinanciamento, na ajuda e no suporte da prestação de serviço.

Começo, portanto, a falar sobre a questão da saúde pública e as políticas que são efetivadas hoje dentro do Município de Alfenas.

Trago aqui a política da atenção básica como porta de entrada. Nós temos seguido os parâmetros, com unidades básicas de saúde e suas equipes completas, de saúde da família, e com outras unidades que complementam esse serviço, porém com um financiamento de baixo custo, o que dificulta o acesso de usuários ao sistema, gerando, assim, algumas queixas e reclamações junto ao Ministério, porque não conseguem a consulta mé-



dica. Temos também alguns pontos que é importante considerar. Dentro da atenção básica, alguns profissionais não conseguem definir o protocolo, não conseguem trabalhar em cima do protocolo de pedidos. Nós temos aí uma demanda elevadíssima quanto à questão da assistência à saúde entre dietas, leite e fralda. O pior é a solicitação de leite, pois o Ministério da Saúde incentiva que a mãe amamente a criança de 0 a 6 meses, e o pediatra solicita que se compre o leite em pó, e, futuramente, torna-se responsabilidade do município.

Vamos entrar num nó complicante hoje, que é a questão da saúde mental e o transtorno relacionado ao álcool, ao crack e a outras drogas. Sou Secretário de Saúde há apenas 4 meses, porém sou professor de gestão em saúde pública a longas datas e não havia passado por essa experiência. Alguns finais de semanas atrás, recebi uma ordem judicial determinando que eu teria que internar um paciente em hospital psiquiátrico em 4 horas. Detalhe: foi num final de semana em que no município tinha uma festa enorme. Eu não conseguia encontrar médico, não conseguia encontrar a responsável pelo CAPS, onde teria que lançar o laudo desse paciente no SUS Fácil. Eu cheguei na regulação e falei para o médico: “O senhor me ajuda ou eu vou preso. O que eu faço?”. Aí ele: “Interna no particular”. Foi assim: “então, eu vou internar no particular”. Fui à clínica particular e falei assim: “Pelo amor de Deus, deixa eu colocar esse paciente para dentro”. É... aí nós temos uma inversão, porque, quando a gente fala em assistência ao portador de transtorno mental e leva esse paciente para internar, a política de saúde mental sempre questiona essa internação e fala que não é o melhor meio, não é a melhor saída para esse paciente, porque ele fica 30 dias afastado dos seus familiares num ambiente que às vezes é precário, e ele volta estabilizado, quer dizer, dopado pelo excesso de medicamento. Nós nos encontramos em uma situação delicada, porque, quando esse paciente volta depois de 30 dias e a família não se corresponsabiliza no tratamento dele, e ele não faz o uso da medicação, ele volta a ter um transtorno mental, ele volta a surtar, e a família volta a solicitar a internação dele. Aí nós pegamos o paciente que, por ordem judicial, foi 4, 5, 6 vezes internado.

Nós começamos a focar também na questão dos pacientes que fazem uso de álcool e droga e das comunidades terapêuticas, o que hoje



também é um grande nó do Sistema Único de Saúde. A proposta do Ministério é trabalhar esse público-alvo com atividades e práticas dentro das comunidades para que ele reduza o consumo de álcool e droga. Em alguns casos identifica-se que esse usuário tem que ir para uma comunidade terapêutica, mas ele vai ser internado compulsoriamente, e isso foge da proposta do Ministério da Saúde.

Quando nós chegamos na média e alta complexidade, e nós vamos trabalhar a questão da internação e a questão dos exames, nós deparamos com uma situação ainda mais delicada. Por quê? A maioria dos exames de alta complexidade, com o avanço tecnológico, não são contemplados dentro da Tabela Única de Saúde, mas são exigidos por alguns médicos. Assim, nos deparamos com exames de valor altíssimo e, muitas vezes, sem critérios que definam ou não o seu fornecimento, Eu falo que o gestor vai ter que ser, daqui a alguns anos, médico, advogado, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro e outra classe que tiver, porque ele tem que desvendar se é necessário ou não, ou se pode ou não pode, ou se juridicamente e financeiramente isso pode ou não pode. Aí deparamos com essa situação, e acabamos pagando alguns exames de alta complexidade num valor muito elevado, principalmente, quando nós temos um vazio assistencial dentro do município. Nós não ofertamos esses exames e nós não temos a quem recorrer, porque nós trabalhamos a regionalização, e pactuamos os procedimentos em outros municípios, e nem sempre esses municípios querem atender a nossa demanda, porque também não conseguem atender a deles.

Então nos deparamos com essa situação e acabamos recebendo “o cumpra-se”. Ficamos nesse impasse de fazer ou não. Fiz esses levantamentos do Município de Alfenas. Para vocês terem uma noção, hoje nós gastamos com procedimentos uma média de R\$ 50 mil por mês com recurso próprio. É um valor não tão alto, mas, na somatória final dos medicamentos, exames e tal, é um valor alto para o município.

Deixei para falar por último dos medicamentos, porque é impactante. Acho que é em todos os lugares. A gente vai discutir a questão da inversão que Alfenas teve com a questão da medicação. Alguns anos atrás, a medicação em Alfenas era distribuída para todos, e era de todos os tipos de medicamentos que havia na rede. Com a entrada da nova gestão, resol-



vemos fazer o protocolo e o REMUME – que é a Relação Municipal de Medicamentos. Com a entrada disso, nós tivemos o quê? É a mesma coisa que pegar uma criança e tirar a chupeta, a criança chora... Nós padronizamos os medicamentos dentro da tabela básica e avaliamos aqueles medicamentos que são necessários, porém não estão sendo contemplados dentro da tabela básica e os colocamos dentro do protocolo. Um protocolo que foi discutido em Conselho Municipal de Saúde com participação de usuários, prestadores e profissionais de saúde. Então, é um protocolo válido. E começamos a negar os medicamentos que não estavam dentro da tabela básica do município, e isso eu acredito que deu um impacto gigantesco na Promotoria e no pessoal do jurídico.

Num levantamento simples, nós identificamos que recebemos hoje do Ministério da Saúde, para assistência farmacêutica, R\$ 500 mil, e o município de Alfenas investe R\$ 2 milhões para cumprir a demanda, e isso dá um total de 10% de recurso próprio investido em medicamento e que poderia ser transferido e investido em ações coletivas, diminuindo o consumo extremo de medicamento do município.

Termino a minha fala, agradecendo mais uma vez. Acredito que esses espaços de capacitações e discussões têm que aproximar mais os gestores de saúde e o pessoal do jurídico. Obrigado.



A saúde pública, os entes públicos e obrigações: o NATS como instrumento do julgador

Des.ª Ângela de Lourdes Rodrigues

Desembargadora Vanessa Verdolim, em primeiro lugar, meus agradecimentos pelo convite para eu me expressar, nesse fim de tarde, aqui, no Encontro de Saúde. Aproveito o ensejo para cumprimentar a todos os presentes.

Eu tenho a oportunidade, hoje, de falar sobre o NATS – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – e sobre nossos julgados no Tribunal de Justiça. Ao começar a trabalhar com os processos na área de saúde, me vieram algumas lembranças da infância.

O médico e os operadores da área de saúde são os profissionais com os quais temos o primeiro contato em nossas vidas e, conseqüentemente, são os últimos com os quais convivemos, pelas mais diversas razões. Independente da classe social, convivemos com diversos profissionais, mas, especialmente, na área médica, temos a oportunidade de conviver em todas as áreas, em todas as classes sociais e faixas etárias.

Os médicos e os professores são os únicos profissionais com os quais as pessoas têm a oportunidade de convívio. Mas nenhum, possivelmente, é tão próximo de nós quanto os profissionais da área de saúde.

Mas julgar processos dessa ordem e analisar liminares é extremamente aflitivo. Aflitivo, porque não temos o conhecimento técnico necessário para tal, até então, na escolha da nossa profissão, na área do Direito. A responsabilidade é do médico – como disse a Dra. Silvana, hoje: não é, se tomar o medicamento, vai morrer; é, se não tomar, vai morrer? Porque essa questão não é nossa. Essa questão é própria do médico. Mas, agora judicializada, somos também responsáveis, porque ela passou a ser um compromisso nosso.

Por isso, precisamos de ajuda de profissionais da saúde, porque vivemos em uma democracia, e, por sua vez, a nossa profissão precisa ser multidisciplinar. E, por isso, precisamos contar com todos e, em especial, com o NATS.



O NATS, neutro e imparcial, nos traz informações sobre os medicamentos, o princípio ativo e os resultados através de pesquisas realizadas sob duas óticas: os resultados durante a aplicação de medicamentos em diversos pacientes; e os posteriores, com resultados de pesquisas realizadas em vários países.

Através do Tribunal de Justiça, temos acesso às Notas Técnicas, com um trabalho realizado com qualidade e eficiência, que nos dá condições de decidir com tranquilidade, se se tratar de uma doença ou de um medicamento com o qual não temos familiaridade. A partir dessa análise, poderemos ter condições de proferir uma decisão com segurança.

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais, através das Notas Técnicas informadas pelo Hospital das Clínicas da UFMG, poderá nos informar sobre os medicamentos solicitados. Baseados na medicina em evidência, teremos a informação se eles são registrados na Anvisa, se são eficazes e eficientes no tratamento e sobre a possibilidade de uso de outro medicamento com menor preço e com o mesmo princípio ativo.

E, ainda, teremos também a informação de que os medicamentos, se fornecidos administrativamente pelo SUS, apresentam efetividade no tratamento. Com todas essas informações, teremos elementos, juntamente com o conjunto probatório constante nos autos, para tomar decisões.

Baseando-me nesses pressupostos, apresento alguns julgados dos problemas e doenças mais recorrentes que temos no Judiciário, hoje. Apresento citações, apenas com o número do processo, em que a Nota Técnica é referida nos casos mais recorrentes e que serve de elementos para julgarmos.

Começo pela questão da **Internação Compulsória**:

Internação Compulsória com o fim de desintoxicação e/ou em situações de alto risco para o paciente ou para terceiros é necessária e eficaz no tratamento da dependência química, mas deve ser breve, sendo proscrita a internação prolongada em hospital psiquiátrico, principalmente se for de maneira compulsória. (Processo nº 1.0079.13.075452-0/001 - nº 259/2013) (Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10079130754520001>. Acesso em: 23 ago. 2015).

A Internação Compulsória é competência, em Belo Horizonte, das Varas de Família, e é um problema que nos aflige. Ela resolve? Ela não re-



solve? Interna? Não interna? Então, o Núcleo de Avaliação e Tecnologia e Saúde nos diz: “A internação compulsória [...] só para situações de alto risco para o paciente e para terceiros é eficaz, mas deve ser breve, proscrita a internação prolongada em hospital psiquiátrico, principalmente se for de maneira compulsória”.

Os elementos que temos e a aflição com a internação compulsória estão ali. Isso demonstra a neutralidade do NATS nas Notas Técnicas. Por quê? Quando pensamos em internação compulsória, precisamos avaliar o risco e a necessidade para a pessoa, para o terceiro, mas não em longo prazo. Não devemos esquecer o paciente no hospital psiquiátrico, porque isso não irá resolver nada.

Há um caso, também, sobre o paciente portador de **Câncer de Pulmão**:

Reexame necessário. Apelação cível. Direito à saúde. Obrigação de fazer. Paciente portador de câncer nos pulmões. fornecimento de medicamento. Gefitinibe (IRESSA(r)). Extraído do relatório médico que o paciente é portador de câncer de pulmão, sendo-lhe indicado o medicamento GEFITINIBE (IRESSA(r)) para aumento de sua sobrevida, corroborada a eficácia do fármaco pela Nota Técnica apresentada pelo réu, impõe-se o fornecimento da medicação pelo ente público (Ap. Cível/Reexame Necessário nº 1.0024.13.253272-2/001 - Comarca de Belo Horizonte - Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10024132532722001>. Acesso em: 23 ago. 2015).

A Nota Técnica é informativa e cita que aquele medicamento, em especial, aumenta a sobrevida, corrobora a eficácia do fármaco pela Nota Técnica apresentada pelo réu e impõe o fornecimento do medicamento pelo ente público. Nesse caso, há tranquilidade, pois, em caso de câncer de pulmão, o uso do medicamento, com os esclarecimentos da Nota Técnica, não apresenta dúvidas em nossa decisão.

O terceiro caso é o de **Esclerose Múltipla**:

Embargos de Declaração nº 1.0024.13.220505-5/002 - Ação cominatória - Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte - Esclerose múltipla - Laudo médico emitido por profissional vinculado ao SUS - Nota técnica produzida pela Secretaria do Estado de Saúde que atesta a ineficácia da opção terapêutica fornecida pelo SUS - Ausência de omissão passível de



correção - Recurso não provido. Colhe-se da própria Nota Técnica NAT/SES n. 3899/2013 inexistir, no âmbito do SUS, substância medicamentosa similar àquela, objeto da questão controvertida, sendo, ainda, inquestionável a eficácia do fármaco pugnado - 'Fingolimod (Gilenya) 0,5mg'- para o tratamento da esclerose múltipla em sua forma exacerbada e remissiva, de que é a autora acometida. (Embargos de Declaração nº 1.0024.13.220505-5/002 - Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10024132205055002>. Acesso em: 23 ago. 2015).

Essa doença é também angustiante, porque, na maioria dos casos, atinge pessoas idosas e também amparadas pelo Estatuto do Idoso. Nesse caso, a Nota Técnica informa que inexistente, no âmbito do SUS, substância medicamentosa similar àquela indicada, sendo ainda inquestionável a eficácia do fármaco para o tratamento da esclerose múltipla.

Apresento essas notas demonstrando que elas trazem elementos de forma neutra, de forma imparcial. São eficientes. É isso o que importa. É essa a segurança. É essa a tranquilidade. É dessa parceria que precisamos para julgar.

No outro caso, trata-se também de **Câncer de Pulmão**:

Direito à saúde. Obrigação de fazer. Paciente portador de câncer nos pulmões. Fornecimento de medicamento. Gefitinibe (Iressa(r)). Sobre o aludido medicamento, a Nota Técnica AT/SES n. 4579/2013 apresentada pelo Estado de Minas Gerais às f. 62-68 esclarece que o fármaco pleiteado bloqueia o crescimento, progressão e disseminação das células cancerígenas (metástases) e está indicado no tratamento de pacientes adultos com câncer de pulmão. Ainda de acordo com a Nota Técnica, o Gefitinib (Iressa(r)) 250 mg foi registrado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 05 de julho de 2010, e é, atualmente, comercializado no mercado farmacêutico nacional ao preço máximo ao consumidor de R\$4.530,17 (quatro mil quinhentos e trinta reais e dezessete centavos), cada caixa contendo 30 comprimidos de 250 mg (Reexame necessário. Apelação cível nº 1.0024.13.253272-2/001 - Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10024132532722001>. Acesso em: 23 ago. 2015).

A Nota Técnica constante é bem esclarecedora. É apresentada pelo Estado e esclarece que o fármaco bloqueia o crescimento, progressão e



disseminação das células cancerígenas, e que está indicado no tratamento de pacientes adultos com câncer de pulmão. Desde ontem, vimos que a incidência de câncer e as demandas que envolvem a doença, no Tribunal, são muito constantes.

Temos o caso sobre **Alzheimer**:

Fornecimento de medicamento. Paciente idosa portadora de Alzheimer. Expressa indicação médica circunstanciada em receita médica, ainda que particular, subscrita pelo profissional que acompanha a paciente, aliada à Nota Técnica elaborada pela Secretaria de Estado de Saúde, é prova pré-constituída do direito vindicado e dispensa a realização de outro tipo de dilação. [...] 4 - Demonstrada a imprescindibilidade e eficácia dos fármacos prescritos para tratamento da impetrante, pessoa idosa, portadora de Alzheimer, aliada à comprovação de que os medicamentos vêm sendo utilizados com resultado satisfatório, imperioso o respectivo fornecimento pelo Estado, porquanto configurado o direito líquido e certo, passível de tutela pela via do mandado de segurança (Mandado de Segurança nº 1.0384.13.001861-5/001 - Reexame Necessário - Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10384130018615001>. Acesso em: 23 ago. 2015).

A doença de Alzheimer está muito comum em nossa sociedade. Neste caso, é considerada imprescindível a eficácia dos fármacos prescritos para o paciente portador de Alzheimer, aliada à comprovação de que os medicamentos vêm sendo utilizados com resultados satisfatórios. Imperioso seu respectivo fornecimento pelo Estado, porquanto configurado direito líquido e certo e passível de tutela pelo mandado de segurança.

O **Hiperparatireoidismo** também é recorrente:

Direito à saúde. Dever do Estado. Atendimento integral. Paciente com quadro de Hiperparatireoidismo Secundário Grave. Medicação. Prescrição médica. Fornecimento devido. Necessidade comprovada. De acordo com a Nota Técnica AT/SES nº 2764/2014, o medicamento Mimpara(r) é o único produto contendo o cinacalcete como princípio ativo, ou seja, não há medicamentos similares com o mesmo princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, via de administração e indicação terapêutica, sequer genéricos sendo comercializados no mercado



nacional. Demonstrada a necessidade de determinado medicamento para promover, proteger ou recuperar a saúde da pessoa, incumbe ao Estado disponibilizá-lo (Mandado de Segurança nº 1.0000.14.056106-9/000 - Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10000130569213000>. Acesso em: 23 ago. 2015).

Quando observado, no caso do Hiperparatireoidismo, temos a seguinte informação: a administração, nesse caso, não oferece medicamento similar com o mesmo princípio ativo, concentração, forças farmacêuticas, seja via administração, seja indicação terapêutica. Ela quer genéricos comercializados no mercado nacional, demonstrando a necessidade de determinado medicamento para promover e recuperar a saúde da pessoa. Essa deveria ser a incumbência do Estado.

Finalmente, o último caso é **Câncer de Rim**:

Fornecimento de medicamentos. Sunitib 50 mg. Portador de Câncer de Rim metastático em linfonodos, fígado e pulmão. Idoso aposentado. Carência de recursos financeiros. Centros de alta complexidade em Oncologia. CACONs - Portaria nº 2.439/Gm. Política Nacional de Atenção Oncológica. Articulação entre o Ministério da Saúde e Secretarias da Saúde dos Estados e Municípios. Art. 23, II, da CF/88. Legitimidade passiva do Estado de Minas Gerais. Perda de Objeto inexistente. Relatório médico lavrado por médico especializado em Oncologia. Ratificação pela Nota Técnica At/Ses Nº 3.239/2013 (Mandado de Segurança nº 1.0000.13.056921-3/000 - Disponível em: <http://www4.tjmg.jus.br/juridico/sf/proc_resultado2.jsp?listaProcessos=10000130569213000>. Acesso em: 23 ago. 2015).

O Câncer de Rim, também com indicação, é para os centros de alta complexidade, articulação do Ministério da Saúde, relatório médico lavrado. Nesse caso, o relatório foi fornecido por médico particular, e a Nota Técnica informa que ele era o medicamento adequado.

Com essas informações demonstradas nas Notas Técnicas, não importa se o médico é do SUS ou de instituição particular, se o medicamento existe ou não existe no SUS. É um trabalho técnico. Trabalho altamente profissional, qualificado, com informações importantíssimas para que possamos tomar decisões.



Em todos os casos citados, o único objetivo foi demonstrar que nós, do Judiciário, precisamos estar aparelhados para decidir, uma vez que as Notas Técnicas vêm como nossas parceiras, para nos ajudar, para nos tirar a angústia e a agonia nas decisões, que até então eram, em sua maioria, sem respaldo técnico.

Para encerrar, uma frase de Aristóteles: “A justiça é o que há de mais nobre, a saúde o que há de melhor, mas o desejo do coração é o que há de mais agradável”.

Durante toda a nossa permanência aqui, Des.^a Vanessa Verdolim, assistindo às aulas do Curso de Saúde, o que mais me encantou e o que mais nos uniu foi a intenção nobre que cada um possui, procurando fazer o melhor para os outros. Às vezes, o julgador não consegue fazer o melhor, mas há intenção.

Estarmos todos juntos aqui, hoje, toda a Magistratura reunida, o Ministério Público, a Defensoria, farmacêuticos, médicos, secretários, profissionais da Saúde, demonstrando que todos estamos unidos pela mesma causa!

Estamos nos unindo de forma multidisciplinar, de forma respeitosa, democrática, preocupados um com o outro e nos aparelhando cada dia mais, com a colaboração do Tribunal, que nos proporciona, através de todos os profissionais da Saúde, elementos suficientes para diminuirmos a nossa agonia. Se com a Nota Técnica nossa aflição não for embora totalmente, pelo menos, ela será abrandada.

Des.^a Vanessa Verdolim, o meu agradecimento à Sra. e à Escola Judicial Edésio Fernandes. Meus cumprimentos! Há muito a Sra. vislumbrou encontrar soluções para os problemas da saúde e as oportunidades de decisões sobre questões afetas à saúde, recorrendo às Notas Técnicas.

As Notas Técnicas têm, para mim, uma importância especial, porque me ajudaram muito, profissionalmente. Do lado pessoal, elas me foram de grande valia, porque jamais imaginei que eu pudesse ouvir médicos, farmacêuticos, profissionais da saúde e alcançar tantos conhecimentos. Com certeza, os cursos me proporcionaram muitos aprendizados!

Mais uma vez, o meu agradecimento à Sra. e a todos que me ouviram neste momento!





A saúde pública e os Municípios - As obrigações dos Municípios na assistência à saúde são ilimitadas?

Dr. Tadahiho Tsubouchi

Boa tarde a todos. A Desembargadora Vanessa geralmente nos convida para falar, mas estamos aqui muito mais para aprender. Dr. Fernando comentou da complexidade de saúde. Tanto o Dr. Fernando como o Dr. Renato conheciam o sanitarista Gilson Carvalho – na verdade, falecido –, que atuou muito em São Paulo e que, por coincidência, é aqui de perto, de Campanha. Para esse sanitarista, a dificuldade do termo saúde é sua própria definição. Se voltarmos em 1946, na Organização Mundial de Saúde, a definição de saúde era felicidade. Isso porque, para essa Organização, saúde é o completo bem-estar físico, mental e social. É a partir daí que nasce essa complexidade mencionada pelo Dr. Fernando em sua apresentação.

Vou tomar a liberdade de trazer aqui para vocês, não apenas a visão do gestor de saúde, mas principalmente os óculos da saúde através dos quais o gestor pode vê-la. Daí as irresignações e até os conflitos, como dito aqui pelo nosso secretário. É tão caro para um gestor de saúde quando ele recebe as demandas judiciais, principalmente numa questão sempre muito obscura e muito mais ligada à gestão de saúde, quando o viés é menos gestão e mais direito, principalmente em relação à solidariedade.

Não vou aqui entrar muito em detalhe sobre essa abordagem. Na leitura que é feita sempre pela gestão da saúde, há um viés complicador, porque misturar saúde, saúde pública, direito e administração pública é potencializar essa discussão, na verdade, exponenciando-a. Todo e qualquer secretário de saúde sempre tem essa visualização do ponto de vista constitucional, e eu sempre me permiti colocar que lá na Constituição nós temos uma moldura institucional. A saúde pública no Brasil tem um desenho nessa moldura constitucional, que, na verdade, tem uma necessidade de uma pintura a mais. Essa pintura não nasce nem se consolida na Constituição. Com todo e qualquer secretário de saúde com quem vocês conversarem,



o parâmetro dele sempre parte disso aqui: “nos termos da lei”. Daí surge a primeira pergunta: Que lei é essa? Tecnicamente, que lei, que parâmetro, o gestor de saúde utiliza como balizamento nas suas ações? Todo e qualquer secretário de saúde sempre vai dar vida, vez e voz para o Sistema Único de Saúde, a chamada Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90. Um grande conflito que o secretário de saúde sempre encontra e que em parte, para ele, está um tanto quanto clarificado é a questão de ter cada ente uma responsabilidade: o que a União faz, o que o Estado faz e o que o Município faz. Por isso é que as decisões judiciais, quando vêm assim “Fornecer medicamento, União, Estado e Município”, se transformam no pior jeito de estragar a saúde. De que forma isso acontece? Não sei se vocês têm ciência disso nas várias decisões judiciais: ou os três entes cumprem, ou os três entes ficam parados esperando o outro cumprir. Isso ocorre principalmente quando a questão vai no nível da União Federal, porque, para vocês terem uma ideia, a AGU e o Ministério da Saúde, na grande maioria das vezes, para se verem livres de uma responsabilização, pegam o dinheiro e fazem um depósito judicial. Existem medicamentos caríssimos que são entregues por Sedex na casa de um usuário, e essa situação, para o gestor de saúde, é extremamente perniciosa por ser contrária a uma diretriz que está lá na Lei Orgânica da Saúde.

Por que há a distribuição dessa competência? Por um motivo muito simples: evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Isso está no artigo 7º, inciso XIII, da Lei 8.080/90, pois onde todo mundo faz tudo, ninguém faz nada. Essa diretriz é um balizador dentro da Lei Orgânica da Saúde e que deveria ser seguida, independentemente do nível de gestão – se é de alta complexidade, se é média complexidade. Mas quando o secretário de saúde olha no mandado: “Estado e Município”, “União, Estado e Município”, a primeira coisa que o secretário faz é o seguinte: “Não é possível que a pessoa não saiba que isso não é minha obrigação”.

Há um conflito de todo tamanho na questão da gestão da saúde, exatamente porque essa distribuição, como dito na Lei, é só uma diretriz, no nível de decomposição dessa responsabilidade. O que é esse nível de decomposição? É tecnicamente a distribuição da organização, direção e gestão. Se a obrigação da saúde, na ótica dos gestores, fosse uma, não ha-



veria necessidade de se fazer essa distribuição. Não vou entrar na questão histórica da reforma sanitária para estabelecer o primeiro parâmetro, sobre o qual vocês já devem ter ouvido, que a lógica do cidadão é a de buscar o Poder Público mais perto dele. Ninguém mora no Brasil, ninguém mora em Minas Gerais, mas todo mundo mora, por exemplo, em Alfenas. A lógica da saúde é a da municipalização. A execução da saúde é no nível municipal, com a distribuição das atribuições, das competências. O Dr. Renato, desde que eu o conheci, sempre trouxe essa discussão, e uma frase dele, da qual eu não me esqueço, é que a solidariedade é na política, mas há a subsidiariedade na execução. Privilegiar a solidariedade não impede ao magistrado dizer quem deve cumprir primeiro, se este não cumprir, que cumpra o outro. Se a política de saúde simplesmente não existir ou se ninguém se der conta daquela política, não há protocolo clínico, não há diretriz terapêutica. Dessa forma, o regramento – aí falando para todos nós da área jurídica – existe uma distribuição de competência. Essa distribuição de competência, com absoluta certeza, tomando, de novo, emprestando a fala do Dr. Fernando, existe uma dificuldade na leitura do que estabelecem, de forma exaustiva, os artigos 16, 17 e 18.

Infelizmente, na discussão jurídica, brincamos que na saúde é tão complicado que portaria revoga Constituição. Na saúde, para vocês terem uma ideia, é uma média de 10 portarias por dia útil, que podem ser do gabinete do Ministro da Secretaria de Atenção, da Secretaria de Vigilância e Saúde, e essas portarias viram regramentos legais passíveis de revogar e derogar a Constituição. Então, tecnicamente, essa distribuição para o gestor é muito clara, porque existe, lá no rol de atribuições de responsabilidades do próprio gestor de saúde, a competência de cada um. Por isso, a incompreensão e a não aceitação da solidariedade de forma absoluta do artigo 196.

Mas essa leitura não é feita tecnicamente só na questão das atribuições. Eu costumo falar que os recursos financeiro e orçamentário são, por exemplo, a gasolina do carro. A distribuição dessa competência vem também da lógica financeira. Essa lógica financeira vem de que forma? Fazendo uma distribuição. Aqui eu vou me permitir uma visão bem direta, que é a lógica do desenho da política de saúde no Brasil. Na verdade, se vocês pegarem qualquer política pública, seja de assistência social, seja de



transporte, a lógica da saúde é essa: da distribuição. Isso quer dizer que a distribuição dos recursos deverá levar em conta cada unidade federativa – União, Estado e Município –, cada hierarquia administrativa – Ministérios, Secretarias, vinculados a fundos específicos, nacional, estadual e municipal fiscalizados pelos respectivos conselhos.

Por que esse desenho? Simples. Porque há uma adequação do nível financeiro com nível de competência, de capacidade. O secretário de saúde é obrigado a fazer todo um regramento de planejamento na área da saúde e casar com o planejamento na área financeira e orçamentária. Ele sai lá da Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – e cai na Lei 8.142/90, que faz a distribuição, e tem que ir para a Lei 4.320, que é de contabilidade pública.

Ele tem que fazer todo esse regramento porque, na hora de o secretário sentar e começar a pensar, tecnicamente, a lógica, as ações que ele tem de executar durante o seu planejamento, nunca pode se esquecer disso, que não é parâmetro, não é mantra, que é a determinação legal. O processo de planejamento e de orçamento na saúde tem que ter parâmetros. Um desses parâmetros está na base de um plano, que tem uma política, e nessa política que foi estabelecida, o secretário, por exemplo, de Alfenas vai trabalhar em função de ter mais atenção básica, mais equipe de saúde e ajudar menos a lógica hospitalar. O secretário vai ter que se debruçar sobre uma política de saúde, estabelecer um plano, e é de acordo com essa política que o dinheiro vai ficar alocado. Entender e aceitar a dificuldade na execução é o que faz o secretário de saúde ter uma “grande dor de cabeça”.

Tecnicamente, há sempre esse questionamento. O artigo 196 da CF é de forma absoluta? Se fosse de forma absoluta, o regramento no desenho da política de saúde jamais teria sido dividido em níveis de aplicação e, principalmente, de fundos. Fazendo analogia – desculpe-me por usar um termo meio grosseiro –, seria quase como uma lógica para quem “mexe” com educação do Fundeb. É um fundo nacional de ensino da educação básica, e dele que há a distribuição da alocação dos recursos. Se a saúde tivesse que ter o trato único de responsabilidade solidária, que é todo mundo faz tudo, a distribuição do nível de competência e do nível financeiro, na verdade, deveria ficar sedimentada em um só. Essa é a grande dificuldade que os secretários de saúde têm para entender essa lógica da judicialização.



Por fim, passei quase duas semanas pensando sobre a pergunta que a Dr.^a Vanessa me fez. É ilimitada essa responsabilidade dos municípios? Não. A responsabilidade dos municípios é limitada. As obrigações vinculadas a questões orçamentária e financeira se diferenciam completamente. Na verdade, na área da saúde trabalhamos muito mais nas incongruências e nos desconhecimentos. Por fim, o plano municipal de saúde é, tecnicamente, o balizador e o norte para o secretário de saúde.

Muito obrigado.





A judicialização da saúde nos Juizados Especiais - Dificuldades - Instrumentos - O NATS nos Juizados

Dr.ª Cláudia Helena Batista

Vou ser bem prática. Eu acho que é a primeira vez que neste seminário está falando alguém que, como juiz na base, está vivenciando todos os dias esses problemas da judicialização e, no caso dos juizados, é com dois agravantes: os juizados têm um perfil de atendimento muito próximo de populações muito carentes. São pessoas que procuram o juizado até sem advogado. E, com a perspectiva da ampliação da capacidade dos Juizados de Fazenda Pública, a partir de junho agora, praticamente vão ser retirados 50 a 60% das demandas das Varas de Fazenda Pública que hoje o Tribunal de Justiça conhece; elas irão para os juizados.

Então, isso é uma, vamos dizer assim, uma transformação que o juiz do juizado vai ter que enfrentar, e que eu sei que não estamos preparados para tanto. E eu começo, também, dizendo a vocês que eu era muito feliz e não sabia, porque eu sempre tive essas questões de saúde como coisa resolvida, já era uma coisa tranquila. Aí me aparece a Des. Vanessa, me aparece o Renato colocando caraminholas na minha cabeça, porque isso era uma coisa que para mim estava bem pacificada. A gente copiava e colava as decisões de saúde porque estava tranquilo, era direito fundamental e pronto.

Por que eu vou mexer com isso? E, quando começo a falar em judicialização - o Renato está aqui -, eu falei para ele: "Renato, isso não interessa, não. Esse negócio é direito fundamental. Esse negócio de plano". Aí o Renato: "Não, Cláudia. Nós estamos passando por bobos da corte". Ele usou essa expressão. E eu comecei a prestar atenção que, realmente, não é. As sentenças que a gente proferia ali a gente repetia, mas a gente não pensava muito no que estava colocando. E esse confronto, essa busca da informação, ao invés de me trazer paz, confesso para vocês que me trouxe muita angústia, não é? Até estou angustiada, e estou passando um pouco dessa angústia para as pessoas com quem eu convivo, mas também encontrei



uma fórmula de planificar melhor essa questão nas minhas próprias decisões. É isso que a gente vem fazendo ao longo da experiência nos juizados.

Eu vou ser bem prática. Olhe isso aqui. Isso aqui é um relatório médico, não é? Alegado como de urgência. É isso que chega. Eu não me preocupava muito. Está ali, oh, se vocês conseguem ler letra de médico, não é? Mas vocês estão vendo onde está o urgente? Olha lá. Urgente. Não é?! E em cima disso a gente dá liminar e é urgente. 24 horas. Onde está o urgente lá, não é?! E, como eu disse, as notícias pipocando, você se sentindo assim: “mas... eu estou fazendo isso? Eu estou interferindo com máfia de prótese e de confusão de... eu, juíza? Eu estou querendo fazer o bem. Eu estou querendo ajudar as pessoas”. Então, essa situação que leva você a se querer qualificar, não é? É isso que eu falo: no início eu encontrava muitos colegas falando assim: “Esse negócio é para mudar a cabeça de juiz. É para juiz deixar de decidir contra plano, contra SUS”. E eu realmente falava assim: “Não. Vamos ver”. Vejam o número de ações envolvendo saúde nos juizados especiais em Belo Horizonte. A gente lá tem uma facilidade de pegar dados, porque os processos são eletrônicos. Então, é muito fácil para nós quantificar quantas são essas demandas. Nesse caso aí desses números, são ações de planos de saúde. Não estariam computados aí, exceto em 2014 numa outra análise, os processos que são da Fazenda Pública e que agora já representam um número muito grande. Então, vejam bem: fundamentalmente, colegas, não é?

Eu descobri que buscar informação é uma melhor forma de você enfrentar essa questão. Não é para mudar a forma como eu penso, mas é para qualificar a forma como eu vou decidir. Então, isso aqui é uma liminar, vejam vocês: esse é o tipo da liminar que a gente dá, não é?! Então os fundamentos... É isso. Nesse caso da liminar que eu estou apresentando, eu já coloquei o relatório do [NATS], mas eu ainda não fiquei satisfeita com esse modelo. Mesmo falando sobre o relatório, eu não fiquei satisfeita. Fui melhorando a partir do momento em que a gente foi colocando, e, agora, quando eu trabalho, eu ainda consigo dentro da medida liminar e nos juizados, isso na Justiça Comum, a questão das tutelas é tão significativa para mim porque é o caráter insatisfativo. Então, na Turma Recursal fica muito difícil reverter uma situação de remédio já entregue. Uma situação de procedimento já feito. Como que você vai reverter isso?



Eu estou tão preocupada com essa questão das tutelas que, neste meu trabalho de conclusão do curso, estou, inclusive, trabalhando só tutelas em saúde. E isso é, vamos dizer assim, algo que eu realmente queria mostrar a vocês nesses slides. *Como solicitar um parecer técnico ao [NATS]*? O primeiro passo: elaborar um relatório contendo resumo do caso concreto, pedido da parte requerente, o relatório médico e a negativa do plano de saúde, no caso da saúde suplementar. O exemplo de um relatório. Elaborar um questionarinho. Isso aí até peguei um pouquinho com o próprio Dr. Renato, com outros colegas, a gente vai montando.

Faça as perguntas - a gente pode fazer qualquer pergunta mesmo, como a gente faz um pouco com a questão da perícia, não é? Realmente, coloco, na decisão para intimar as partes, que eu vou fazer essa consulta, que antes de decidir eu peço o prazo de 48 horas - eles atendem. É uma beleza. Em 48 horas eles mandam a resposta. Envio por *e-mail*, tá? Este é o *e-mail*. Falo o prazo - não é? - se possível em 48 horas. Isto aqui é a minha estagiária que faz. A estagiária veio e passou: "Equipe [NATS]. Bom dia. Requisito informações técnicas". Passa os dados do processo - esse processo é eletrônico, então, é tranquilo para a gente. Envia o relatório e aí eles mandam. Essa é a resposta que eles colocam.

Bom. Com base nisso, o que eu quero mostrar a vocês é isto. Não mudou a minha forma de decidir. Eu decido contra plano. Decido a favor de plano. O que mudou é o texto. O que mudou foi a qualificação, vamos dizer assim, a fundamentação. É isso que mudou. Antes eu não me preocupava e há coisas no juizado que são muito importantes. A gente não sabe nem o valor do que é obrigação de fazer. A gente não sabe nem o valor. Há situação que não é caso de juizado. Eu já tive pedido lá que, quando eu fui apurar... ou peço ao [NATS] ou peço ao próprio médico prescritor, o valor... vem lá: R\$50 mil, R\$80 mil - isso já passou da alçada dos juzizados. Não seria nem caso para se tratar nos juzizados.

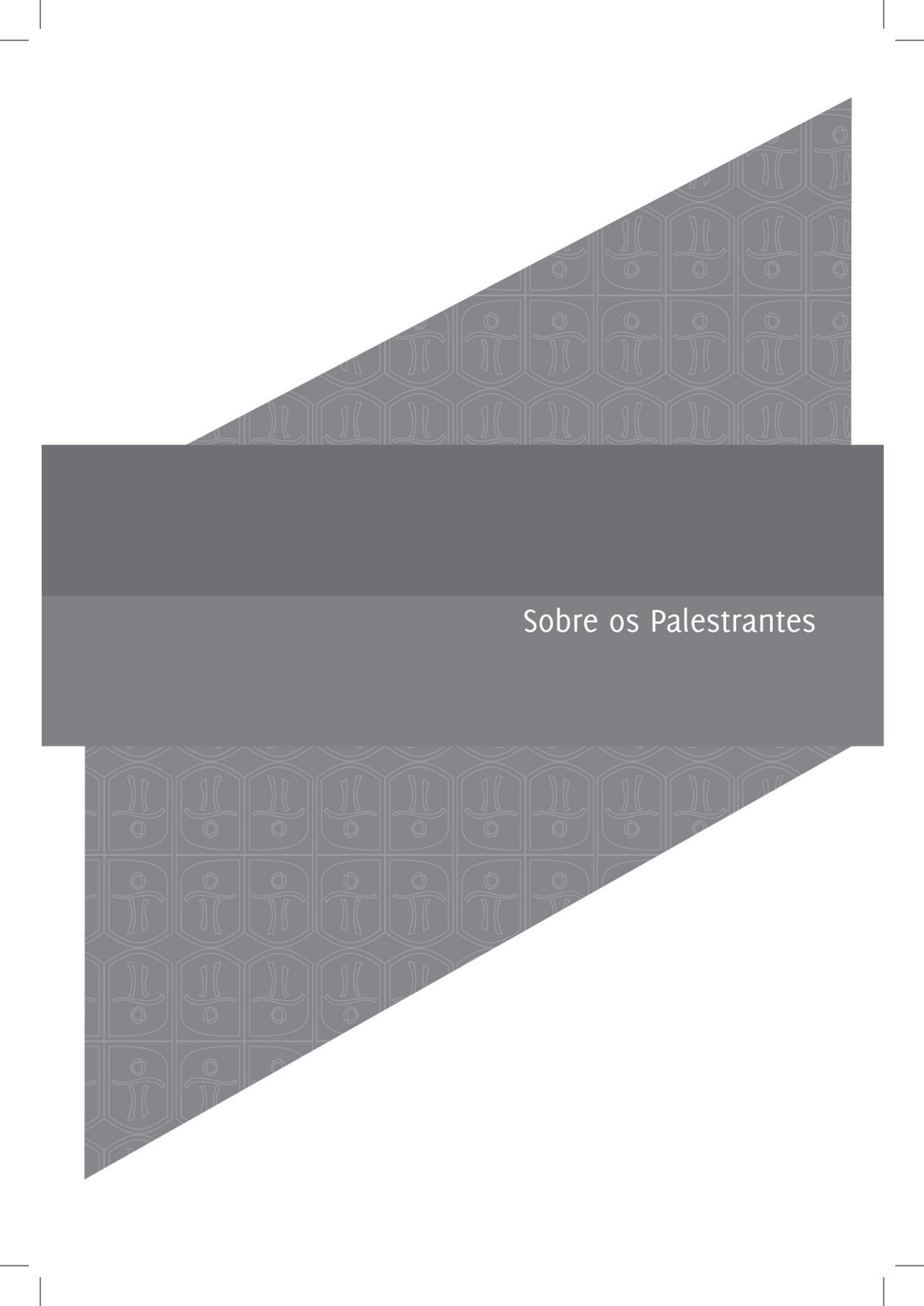
Eu hoje tenho critérios técnicos e objetivos e, mesmo quando a questão envolve contratos, o que foi muito falado aqui, eu trabalho com a seguinte situação: Esse contrato vai ser olhado do ponto de vista contratual, só? Não. Ele tem que cumprir a sua finalidade social. Ele tem que atender aos princípios do CDC, mas eu vou ter um critério na hora de fazer a ava-



liação, que as defesas, muitas vezes, são simples. Tanto as defesas do Poder Público quanto as defesas apresentadas pelos planos de saúde são assim: “Neguei porque o plano não é regulamentado”. Isso não atende a minha perspectiva de julgadora. Eu quero fundamentos que tragam mais elementos. Então, esses critérios é que foram mudando ao longo do tempo.

O mais importante que eu queria trazer, Desembargadora, é para vocês verem a mudança que ocorreu na minha própria forma de atuar, quando a gente busca essa informação um pouco mais qualificada. A gente sai de um estado passivo, um estado de certeza, um estado de tranquilidade relativa, e se sente desafiado a buscar uma nova forma de qualificar e de repensar o que a gente às vezes já tinha com tanta segurança. Eu acho que um juiz é sempre desafiado, e, se a gente for pensar que isso vai dar trabalho, a gente tem é que mudar de profissão, porque tudo na nossa profissão dá muito trabalho, mas a satisfação que a gente tem de ver que está colaborando para melhorar alguns desses aspectos da saúde no Brasil gera essa sensação de... dever cumprido, satisfação de estar lutando. É o que faz os senhores e as senhoras estarem aqui - não é? - até esse horário, ouvindo, ouvindo, ouvindo.

E é em nome de vocês todos, em nome do povo brasileiro que eu queria agradecer e dar os parabéns a todos nós que lutamos e acreditamos nesse Brasil melhor. São essas as minhas palavras, Desembargadora. Muito obrigada mais uma vez. Muito obrigada a todos que ficaram me ouvindo. Esse era o recado que eu tinha para dar.



Sobre os Palestrantes





SOBRE OS PALESTRANTES

Vanessa Verdolim Hudson Andrade (Coordenadora)

Desembargadora do TJMG. Professora de Direito Civil, Processo Civil, Economia, Direito Comercial, Direito do Consumidor, pelas Faculdades de Direito e de Economia de São João da Boa Vista - SP, pela Fumec e pelos Cursos de Pós-Graduação da Unifenas. Palestrante nas áreas de Saúde, CPC, Direito Bancário, Direito do Consumidor e Empresarial. Coordenadora de vários seminários, cursos e congressos pela EJEJ. *Pós-Graduação em Direito do Trabalho. Pós-Graduação em Direito de Medicina pela Universidade de Coimbra. Mestranda em Direito Civil pela UFMG.*

Ângela de Lourdes Rodrigues

Desembargadora do TJMG. *Mestrado em Direito Processual (PUC/MG). Pós-Graduação em Direito Penal e Direito Processual Penal (EJEJ). Pós-Graduação em Processo Civil (EJEJ).*

Antonio Cesar Rocha Antunes de Siqueira

Desembargador do TJRJ. Professor da Escola da Magistratura. *Mestrado em Direito Civil (UERJ). Pós-Graduação em Direito do Consumidor (Centre de Droit de la Consommation of the Faculty of Law of the Catholic University of Louvain - Bélgica). Graduação em Direito (UERJ).*

Cláudia Helena Batista

Juíza do TJMG (Comarca de Belo Horizonte). Colaboradora no Curso de Capacitação de Conciliadores e no Curso de Formação de Juízes da EJEJ. Membro do Comitê Executivo Estadual Judiciário para a Saúde de Minas Gerais. *Pós-Graduação em Direito Civil e Processo Civil (PUC/MG). Graduação em Direito (Faculdade Milton Campos). Graduação em História (UFMG).*

Evangelina Castilho Duarte

Desembargadora do TJMG. *Pós-Graduação em Administração de Empresas (University of Columbia, New York/NY e Fundação João Pinheiro). Pós-Graduação em Direito de Empresa (PUC/MG).*



Fausto Pereira dos Santos

Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais. Médico (Medicina Preventiva e Social). Ex-Diretor Presidente da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS). Ex-Secretário Executivo de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. *Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP).*

Fernando Herz Wolff

Coordenador Técnico da Câmara de Medicina Baseada em Evidência da Federação das Unimeds do Rio Grande do Sul. Médico Gastroenterologista. *Pós-Doutorado em Epidemiologia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Doutorado em Ciências Médicas.*

Fernando Ribeiro Magalhães Cruz

Promotor de Justiça (Comarca de Alfenas/MG). Professor com Atuação na Curadoria de Saúde.

Gonzalo Vecina Neto

Superintendente do Hospital Sírio-Libanês. Professor Assistente (USP). *Mestrado em Administração e Concentração de Saúde (EAESP/FGV). Graduação em Medicina.*

Gilmar de Assis

Promotor de Justiça. Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde no Estado de Minas Gerais (CAOSAÚDE). Membro colaborador do Fórum Estadual e do Fórum Nacional de Saúde. Membro colaborador da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público. Coordenador da Ação Institucional de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania no Estado de Minas Gerais.

Grazielle Dias da Silva

Assessora-Chefe do Núcleo de Atendimento à Judicialização em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG e do Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia da UFMG. Graduação em Farmácia (UFMG).*



Helton Freitas

Presidente da Unimed Intrafederativa Inconfidência Mineira. Diretor de Operações da Seguros Unimed. Presidente do Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde - Ibedess. *Graduação pela UFMG. Residência em Saúde Pública e Medicina do Trabalho. MBA Executivo em Gestão de Saúde pelo Ibmecc-MG e em Programa de Gestão da Performance pela Fundação Dom Cabral.*

João Otávio de Noronha

Ministro do Superior Tribunal de Justiça. Professor de Direito Civil e de Direito Processual Civil do Instituto de Educação Superior de Brasília - IESB. Professor da Escola Superior de Magistratura do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Professor de Pós-Graduação do UNICEUB. Diretor da Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira. Ministro Efetivo do Tribunal Superior Eleitoral. Corregedor-Geral do Tribunal Superior Eleitoral. *Especialização em Direito do Trabalho, Direito Processual do Trabalho e Direito Processual Civil.*

José Luiz Toro da Silva

Advogado. Professor convidado (Faculdade de Direito - Universidade de Coimbra). Autor de livros jurídicos. *Mestrado em Direito Político e Econômico. MBA em Direito da Economia e da Empresa. Pós-Graduação em Direito Comercial, Direito Empresarial e Direito da Medicina.*

Martha Regina de Oliveira

Diretora Presidente substituta e Diretora de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Médica. *Especialização em Pediatria. Graduação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutoranda na área de Envelhecimento Humano na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.*

Maurício Durval de Sá

Graduação em Ciências Contábeis pelo Centro Universitário da Fundação Educacional Guaxupé (2004). Especialização em Saúde Pública e Gestão em Saúde pela Universidade José do Rosário Vellano (2006). Graduação em En-



fermagem pela Unifenas (2012). Especialização em Gestão Microrregional em Saúde pelo Senac (2012). Especialização em Gestão Pública e Organizacional de Saúde pela UFJF (2014).

Paulo Pimenta de Figueiredo Filho

Diretor Administrativo Financeiro da Unimed. Professor do Departamento de Pediatria, tendo coordenado a Nutrição Pediátrica. Membro da Gastroenterologia Pediátrica do HCUFG. *Mestrado em Pediatria.*

Renato Luís Dresch

Desembargador do TJMG. Coordenador do Comitê Executivo Estadual da Saúde. Membro do Comitê Executivo Nacional da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Mestrado em Direito Público (Universidade de Franca/SP). Pós-Graduação em Direito Processual Civil (Faculdade Municipal de Direito de Franca/SP). Pós-Graduação em Processo Civil (PUC/MG).*

Roberto Porto Fonseca

Membro titular da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Membro efetivo da American Society of Clinical Oncology. Membro efetivo da European Society for Medical Oncology. Diretor executivo da Oncomed. Diretor de saúde do Ipsemg. Oncologista clínico nos hospitais Alberto Cavalcanti, Felício Rocho, Governador Israel Pinheiro e Luxemburgo. Presidente da Sociedade Brasileira de Cancerologia de 2006 a 2012. *Graduação em Medicina pela UFMG. Especialista em Medicina Interna e Oncologia Clínica. Pós-Graduação em Administração Hospitalar.*

Rodrigo Audebert Andrade Delage

Defensor Público titular da Defensoria Pública Especializada em Saúde Pública da Comarca de Belo Horizonte. *Especialista em Direito Civil pelo Instituto de Educação Continuada da PUC/MG.*

Sebastião Helvécio Ramos de Castro

Conselheiro Presidente do TCE/MG. Professor Adjunto de Pediatria (UFJF). Médico. *Doutorado em Saúde Coletiva (UERJ). Pós-Graduação em Pe-*



diatria (SBP). Pós-Graduação em Didática do Ensino Superior (UFJF). Graduação em Direito (Faculdade Vianna Jr.).

Silvana Márcia Bruschi Kelles

Médica. Professora em Medicina da PUC. Coordenadora do NATS - Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Consultora *ad hoc* do Ministério da Saúde para avaliação de Tecnologias em Saúde. Instrutora de cursos sobre avaliação de tecnologias patrocinados pelo Ministério da Saúde e pelo IATS. *Mestrado e Doutorado em Saúde do Adulto.*

Tadahiro Tsubouchi

Advogado (PUC/MG). Membro do Comitê Estadual de Minas Gerais do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para a Judicialização da Saúde. Membro do Núcleo de Direito Sanitário do Conasems (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - Brasília). Assessor Jurídico da Granbel - Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Presidente da Comissão de Direito Sanitário da OAB/MG. *Especialização em Direto Público e em Direito Sanitário. Pós-Graduação em Gestão de Contas Públicas, Fiscalização e Controle Interno e Externo. Pós-Graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Pós-Graduando em MBA Direito Tributário.*

Wagner Wilson Ferreira

Desembargador do TJMG. Superintendente da Coordenadoria da Infância e da Juventude - COINJ/TJMG. Advogado em Belo Horizonte de 1975 a 1987. Juiz Auxiliar da Corregedoria-Geral de Justiça, Juiz de Direito da 2ª Turma Recursal dos Juizados Especiais, Juiz Eleitoral e Membro da Comissão de Propaganda do TRE, Juiz Superintendente da Comissão Estadual Judiciária de Adoção- CEJA. *Graduação em Direito pela UFMG.*

