

Enunciados Selecionados pela Comissão Científica da II Jornada de Saúde						
	Proponente	Profissão	Origem	Tema	Enunciado	Justificativa
1	Jesuáldo Eduardo de Almeida Junior	Advogado e prof. Universitário		Saúde Pública	As esterilidades e infertilidades são distúrbios de saúde e como tais devem ser tratado pelo Estado.	As esterilidades e infertilidades são doenças com CID reconhecido. Porém, seu tratamento é negligenciado pelo Estado, que não oferece as técnicas de reprodução assistida a quem delas necessite.
2	Marluce Cristina lotte de Almeida Chripim	Especialista em Regulação de Saúde Suplementar – Presidente da ASSETANS	ASSETANS ANS	Saúde Pública e Saúde Suplementar	Efetiva responsabilização da Operadora de planos privados de saúde em relação ao atendimento de seus beneficiários em situação de internação. A responsabilidade de buscar um leito no SUS e realizar a efetiva transferência do paciente recai sobre a Operadora de Planos de Saúde, quando o beneficiário, em razão da evolução de seu quadro clínico, necessitar de um tratamento não coberto pelo contrato de plano de saúde. Enquanto não realizado o registro na unidade do SUS, deverá a Operadora assegurar todos os procedimentos necessários ao tratamento do beneficiário.	O objetivo do presente enunciado é elucidar o alcance do disposto no art.7º, parágrafos 2º e 3º da CONSU nº 13/98 da ANS. Nota-se pela leitura dos aludidos artigos que a norma não prevê expressamente que a operadora deve buscar um leito para o beneficiário. Não obstante, enquanto não encontrada uma vaga no Sistema Único de Saúde, não poderá a operadora eximir-se da responsabilidade sobre o paciente, tendo em vista que ela apenas cessa quando efetuado o registro em uma das unidades do SUS. Isso significa que, enquanto não for efetuado o aludido registro, deve a Operadora assegurar toda cobertura necessária ao tratamento do beneficiário. Em outras palavras, pode-se afirmar que a busca por um leito traduz um verdadeiro ônus jurídico, já que o seu não cumprimento submete a operadora, titular do interesse, ao prejuízo resultante de seu "non facere". Essa é, sem dúvida, a melhor interpretação quanto ao alcance da expressão "responsabilidade sobre o paciente" contida no art.7º, §3º da CONSU nº 13/98. Não se pode olvidar que a busca por um leito no SUS representa, para a família do beneficiário, uma enorme dificuldade, não sendo razoável atribuir-lhe tal incumbência. Sob essa perspectiva, não há dúvida de que as operadoras de planos de saúde estão mais habilitadas a exercer essa atribuição, seja diretamente ou por intermédio de seus prestadores. Isso porque podem contar não só com profissionais com conhecimentos médicos para compreender as necessidades do paciente, mas com uma estrutura administrativa que viabilize a remoção para o local adequado.
3	Marluce Cristina lotte de Almeida Chripim	Especialista em Regulação de Saúde Suplementar – Presidente da ASSETANS	ASSETANS ANS PARA DISCUSSÃO.	Saúde Suplementar	Planos de Saúde Coletivos por Adesão – falsos coletivos Nos planos de saúde coletivos por adesão, será considerada legítima para contratação coletiva apenas a pessoa jurídica que representar, de fato, os interesses de seu associado, devendo o objeto social da pessoa jurídica contratante prever, de forma clara, os critérios para ingresso de novos associados, que devem pertencer a uma mesma categoria profissional	O fenômeno da falsa coletivização é um problema que cresce vertiginosamente desde a edição da RN nº 195 e RN nº 196 da ANS, o que vem trazendo enormes prejuízos para os consumidores de planos de saúde, como a cobrança de reajustes abusivos, a seleção de risco, a imputação irrestrita de carência, a concentração de mercado e, principalmente, a escassez de planos individuais. Observa-se, na realidade, que os planos coletivos são comercializados indiscriminadamente no mercado, sem a observância das exigências previstas na legislação de saúde para sua contratação. Alguns beneficiários de planos coletivos, inclusive, nem mesmo sabem que se associaram a uma determinada pessoa jurídica quando decidiram pela sua adesão ao plano. Sobre esse aspecto, importante assinalar que não raro nos deparamos com associações representativas de diversas categorias profissionais, onde não é possível sequer estabelecer uma identidade entre seus integrantes. Em outras palavras, pode-se dizer que esses planos são oferecidos diretamente para pessoas físicas, sem que haja uma entidade que represente de fato seus interesses.
4	Eduardo Vasconcelos dos Santos Dantas	Advogado – Presidente da Comissão de Direito e Saúde OAB/PE	OAB-PE	Biodireito	O não cumprimento do dever de informação, por parte do profissional de saúde ao paciente, conforme preconizado no Código de Ética Médica e no Código de Defesa do Consumidor, impossibilitando-o de exercer sua autonomia quanto ao tratamento ou procedimento, por desconhecimento dos riscos e opções, constitui negligência informacional, dano autônomo punível se comprovado o dano, em qualquer de suas formas.	O Código de Ética Médica, o Código Civil, o Código de Defesa do Consumidor, a Lei de Transplantes de Órgãos e Tecidos, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a própria Constituição Federal determinam, dentre as obrigações do profissional de saúde, o fornecimento de informações completas e adequadas ao paciente ou representante legal, para que este possa decidir, opinar, escolher e consentir de maneira isenta e livre de coação ou vícios, quanto aos rumos de seu tratamento médico. Muitas vezes, danos ou perda de chance de execução de outros tratamentos ou terapias são causados pelo descumprimento do dever de informar. Necessário, portanto, gerar orientações mais claras para conscientizar os profissionais de saúde de suas obrigações legais, e os pacientes sobre a responsabilidade compartilhada que possuem sobre seu destino, exercitando de forma adequada a autonomia, adequando a prática médica ao conjunto normativo do direito brasileiro, estabelecendo assim parâmetros eficazes e unificados para mensurar o dano causado sob a forma de negligência informacional.
5	Eduardo Vasconcelos dos Santos Dantas	Advogado – Presidente da Comissão de Direito e Saúde OAB/PE	OAB-PE.	Biodireito	Sendo um direito do paciente, garantido pelo CDC e pelo Código de Ética Médica, a recusa em fornecer cópia do prontuário, após imediatamente solicitado, ao próprio paciente ou ao seu procurador de saúde, por parte de médicos, clínica ou instituições hospitalares públicas ou privadas, constitui quebra de confiança, sendo passível de condenação por dano moral.	Dentre as maiores reclamações formuladas por pacientes e familiares de pacientes contra instituições hospitalares está o fato de lhes ser sistematicamente recusado – ou claramente dificultado – o acesso a seus próprios dados clínicos ou a cópia de seu prontuário, sendo comum a necessidade de ingressar com procedimentos judiciais ou administrativos para obtenção de tais documentos, prejudicando interesses legítimos, e possibilitando alterações no documento. A recusa de entrega ao procurador de cuidados de saúde, pessoa autorizada pelo próprio paciente ou seu representante legal, constitui também o mesmo tipo de obstrução, injustificável seja sob o ponto de vista diceológico, seja sob o ponto de vista legal. Necessário se faz, assim, uniformizar o entendimento dos tribunais, indicando caminhos para que esta prática possa ser combatida e punida.
6	Marcelo Clemente da Silva	Especialista em Regulação de Saúde Suplementar	ASSETANS ANS	Saúde Suplementar	O beneficiário de plano de saúde coletivo, sempre que tiver que arcar com o pagamento parcial ou integral da mensalidade, deve ser considerado parte na relação jurídica contratual, sendo, portanto, obrigatório o fornecimento de cópia do contrato de plano de saúde e do contrato de administração de benefícios.	O contrato de plano de saúde coletivo, quando o beneficiário arca com o pagamento da mensalidade, não engendra uma genuína estipulação em favor de terceiros. O consumidor não pode ser considerado, nesse caso, mero destinatário do benefício estipulado, mas verdadeiro sujeito de direitos e obrigações. Por essa razão, os beneficiários devem ter ciência inequívoca de todo o teor do instrumento jurídico proposto, ainda que não possam discutir o conteúdo do contrato, já que a impossibilidade da modificação da proposta é uma característica dos contratos de adesão. Em outras palavras, as Administradoras de Benefícios, devem disponibilizar aos interessados tanto o contrato de planos de saúde, quanto o contrato de administração de benefícios, exigindo deles a aposição de sua assinatura como prova de validade do acordo de vontades. Esse é o único meio de assegurar ao consumidor o direito à informação, indispensável à escolha e à decisão pela adesão ao plano. Infelizmente, contudo, não é essa a forma que o mercado vem se comportando. Na prática, nota-se que as Administradoras de Benefícios, ao ofertarem os planos para novos consumidores, não disponibilizam nenhum dos contratos firmados, mas apenas algumas orientações inseridas na própria proposta de adesão.

7	Paula Pinto de Souza	Membro do Comitê Executivo Estadual (RS) do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – Defensoria Pública Dirigente do Núcleo de Defesa da Saúde	Defensoria RS.	Saúde Pública	<p>Atendimento hospitalar e ambulatorial</p> <p>Aos profissionais dos sistemas de justiça e de saúde recomenda-se observar que a responsabilidade pelo atendimento (entrada) no sistema de saúde é do Município em que o cidadão reside (não do local de prestação do serviço), salvo emergência. Em geral, o custo do tratamento é responsabilidade do município em que reside o cidadão e do Estado. A exceção ocorre nos municípios que assumem integral custeio hospitalar/ambulatorial.</p>	<p>Embora inexista fluxo sistematizado ou sistema informatizado padrão, quanto às regulações no SUS para atendimento hospitalar e ambulatorial, há diretrizes para propiciar os encaminhamentos e o cumprimento de limites, referentes à responsabilidade quanto à prestação de atendimento hospitalar e ambulatorial. Destacam-se as seguintes diretrizes: a) A responsabilidade pela entrada no sistema de saúde sempre será do município em que o cidadão reside, exceto quando o paciente necessitar de serviço de emergência hospitalar; b) O atendimento ocorre através do serviço de saúde municipal – UBS; Posto de Saúde; hospital municipal ou SMS – dependendo do caso concreto; c) É incumbência do Município em que reside o paciente o fornecimento do nº CMCE e a confecção do documento de referência e contrarreferência (no caso de consulta com especialistas, encaminhamento para hospitais, centros de referência); d) É obrigação da SMS ou do médico assistente vinculado ao hospital local fazer a inscrição do paciente na Central de Leitos quando necessário localizar vaga (leito público) em todos os hospitais do RS; e) Apesar da previsão de descentralização dos serviços para os municípios (CF, art. 198, I e Portaria 399/GM/MS), há poucos municípios que, na prática, assumiram a prestação do atendimento hospitalar e ambulatorial; f) No RS são poucos os municípios que, na prática, assumem a prestação do atendimento</p> <p>X</p> <p>hospitalar e ambulatorial (nesses locais o Município é o único responsável pelo custeio do tratamento de seu município, independente do local onde o serviço foi ou será prestado); g) No restante dos municípios a responsabilidade pela prestação dos serviços hospitalares e ambulatoriais é do Município em que reside o paciente e do Estado; h) Não é responsável pelo custeio do tratamento o município que prestar serviço de saúde a paciente residente em outro município.</p>
8	Paula Pinto de Souza	Membro do Comitê Executivo Estadual (RS) do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – Defensoria Pública Dirigente do Núcleo de Defesa da Saúde	Defensoria RS.	Saúde Pública	<p>Assistência farmacêutica</p> <p>Nos pedidos relativos à assistência farmacêutica, recomenda-se que antes de ingressar com a demanda judicial, o assistido seja encaminhado à farmácia pública municipal, a fim de solicitar formalmente ao ente público o medicamento/insumo de que necessita e ser cadastrado no sistema AME – Administração de Medicamentos Especiais</p>	<p>Na área da saúde a maioria dos atendimentos (judiciais e extrajudiciais) realizados pela Defensoria Pública está relacionada à assistência farmacêutica. Nas demandas pertinentes à obtenção de medicamentos há divergência de informações, ausência de dados, desconhecimento de ferramentas úteis. A repartição da competência quanto à assistência farmacêutica, dá-se da seguinte forma: a) Medicamentos essenciais/básicos: a aquisição e a dispensação (entrega ao paciente) são de responsabilidade do município em que reside o usuário; b) Medicamentos especiais/excepcionais: a aquisição é de responsabilidade do estado e a dispensação é de responsabilidade do município em que reside o usuário; c) Medicamentos estratégicos: a aquisição é de responsabilidade da União e a dispensação é de responsabilidade do estado. ATENÇÃO: A União não possui conta bancária para bloqueio de valores destinados a área da saúde, não se conseguindo que custeie diretamente qualquer tipo de tratamento estratégico. A eficácia dessa espécie de serviço de saúde é garantida mediante ajuizamento de demanda tendo como réu o Estado do Rio Grande do Sul, que possui conta bancária específica para bloqueio de valores e obtém ressarcimento da União pela via administrativa. No caso de medicamentos especiais é necessário o cadastrado no sistema AME – Administração de Medicamentos Especiais, inclusive para gerar Certidão Negativa de Indeferimento. O cadastro no sistema AME é</p> <p>X</p> <p>feito na farmácia pública municipal pelo farmacêutico que atende no município em que reside o usuário do SUS. Demais informações consultar Fluxo completo em: http://www.defensoria.rs.gov.br/upload/20140306150510fluxo__assistencia_farmaceutica.pdf</p>
9	Paula Pinto de Souza	Membro do Comitê Executivo Estadual (RS) do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – Defensoria Pública Dirigente do Núcleo de Defesa da Saúde	Defensoria Para discussão.	Saúde Pública	<p>Transferência Hospitalar I</p> <p>Para agilizar as transferências hospitalares recomenda-se que se verifique, previamente ao ajuizamento da ação, se o paciente que necessita da transferência foi inscrito regularmente na Central de Leitos da região e do Estado, de acordo com as referências de cada Município.</p>	<p>Não raras vezes o sistema de justiça é acessado para o ajuizamento de ação de transferência hospitalar sem que o paciente tenha sido inscrito regularmente na Central de Leitos regional e estadual. Cabe ao médico que trata o paciente efetuar a correta inscrição na Central de Leitos correspondente (vide hospitais de referência para cada Município), bem como atualizar as informações quando da evolução do quadro de seu paciente, de modo que possa ser mais rapidamente transferido, administrativamente, sem que seja necessária a ação judicial.</p> <p>O que é a Regulação Hospitalar: (fonte http://www.saude.rs.gov.br): Regular o acesso do usuário aos serviços do SUS significa prover, a partir da identificação da necessidade desse usuário, os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno. No RS, a SES realiza a regulação do acesso aos leitos de UTI Neonatal, Pediátrico e Adulto por meio de uma central no Complexo Estadual Regulador. A central recebe a solicitação de uma vaga de UTI a partir do médico assistente de hospital que não possui leitos de terapia intensiva ou não dispõe de vaga no momento. A equipe médica da central classifica o risco, através de informações sobre as condições clínicas, exames complementares e diagnóstico médico, e procura, na rede do SUS, pelo serviço que atenda as necessidades do paciente. Identificada a vaga, o leito é reservado e disponibilizado ao hospital solicitante. Quando um paciente do SUS</p> <p>X</p> <p>recebe o encaminhamento da necessidade de cirurgia, a SMS ou o próprio serviço onde esta necessidade foi constatada procura pelo leito junto ao hospital que é referência para o atendimento, seja pela proximidade geográfica ou pela especialidade.</p>

10	Paula Pinto de Souza	Membro do Comitê Executivo Estadual (RS) do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – Defensoria Pública Dirigente do Núcleo de Defesa da Saúde	Defensoria RS.	Saúde Pública	Transferência Hospitalar II Aos profissionais dos sistemas de justiça e de saúde recomenda-se que busquem junto à Secretaria Municipal de Saúde de seus Municípios as pactuações referentes aos tratamentos não eletivos (urgência) nas transferências hospitalares, para que havendo necessidade de judicializar o pedido possa ser indicado o hospital referência (que deve prestar o serviço na situação), de modo a obter efetividade da decisão judicial para o paciente.	Com a informação do(s) Hospital(is) Referência do Município, as transferências, na maioria dos casos, serão efetivadas sem necessidade de ação judicial. Quando houver necessidade de ajuizamento de ação para transferência hospitalar, é imperioso o conhecimento prévio de qual é o hospital referência para o tratamento que o paciente a ser transferido necessita, pois não adianta ingressar com a ação sem essa indicação. Há casos em que o Hospital de referência para a situação específica atende apenas pelo SUS (Hospital de Clínicas, em Porto Alegre, e Hospital Geral de Caxias do Sul, por exemplo) e, nesses casos, há a necessidade de ser indicado na inicial o nome de outros dois ou três hospitais que estão aptos a fazer o tratamento na situação concreta. Essa providência é anterior ao ajuizamento. Quando isso não ocorre, tem-se liminares deferidas e não executadas. A atribuição de informar os hospitais referência SUS para que seja buscada a vaga, é exclusiva do médico (assistente) do paciente, que tem responsabilidade de consultar a central de leitos e alimentar os sistemas de regulação, com condições técnicas para fazer essa indicação. Portanto, é indicado constar na inicial o hospital referência, solicitando que a transferência se dê para aquele determinado estabelecimento em leito SUS, ou não havendo leito SUS, em leito particular (mas no próprio hospital de referência), X às custas do(s) requerido(s). Tais providências são indispensáveis para que a transferência possa ser efetivada.
11	ANTOINE SOUHEIL DAHER	Presidente da Casa Hunter (associação de pacientes com doenças raras)		Saúde Pública	Recomenda-se que nas demandas contra o poder público nas quais se pleiteia dispensação de medicamentos órfãos para tratamento de doenças raras, que os juízes determinem a previsão, por parte do Gestor, da entrega do medicamento órfão ao paciente com uma margem segura de tempo que garanta a correta utilização do medicamento dentro do seu prazo de validade. Além disso, é importante considerar as características sociais do paciente em questão, assegurando a boa dispensação do medicamento (quando em uso domiciliar), assim como, o armazenamento adequado do produto.	Esta recomendação deve se dar com vistas a assegurar o acesso ao medicamento, bem como a eficácia da sua utilização pelo paciente. Além disso, a recomendação aumenta a eficiência do Estado e garante que o gasto governamental seja efetivamente justificado pelo benefício do uso do fármaco, no curso da doença. Por fim, destacamos que é a função estabilizadora que se espera do Judiciário, que prevê a interferência no Estado, amenizar efeitos perversos de situações que restringem o acesso do paciente ao tratamento medicamentoso, com vistas na redução da exclusão social e com o pleno emprego dos recursos.
12	ANTOINE SOUHEIL DAHER	Presidente da Casa Hunter (associação de pacientes com doenças raras)		Saúde Pública	Considerando as características dos medicamentos órfãos, é imprescindível que recipientes adequados para acondicionar os medicamentos durante o transporte até o paciente, sejam assegurados pelo Gestor responsável pela compra, com o objetivo de manter a garantia da eficácia, segurança e qualidade do mesmo. O Juiz deve exigir que a disposição legal vigente, para o tema, definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, seja cumprida.	Esta recomendação deve se dar com vistas a assegurar o acesso ao medicamento, com a qualidade, eficácia e segurança exigida pelas autoridades brasileiras - Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, na utilização do medicamento pelo paciente. Além disso, a recomendação aumenta a eficiência do Estado e garante que o gasto governamental seja efetivamente justificado pelo benefício do uso do fármaco, no curso da doença.
13	Paulo Dutra Vieira Neto	Especialista em regulação de saúde suplementar		Saúde Suplementar	1. Nos contratos com opção de livre escolha de prestadores, a operadora será obrigada a reembolsar integralmente o beneficiário caso ele seja obrigado, em razão da indisponibilidade ou inexistência de prestador na rede, a realizar o procedimento de forma particular	As Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde podem prestar os serviços através de sua rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, pelo sistema de livre escolha (característico dos contratos de seguro), ou, ainda, por um sistema misto (onde a operadora, apesar de contar com uma rede, também oferece ao beneficiário a opção de realizar o procedimento em um prestador à sua escolha). Nesses dois últimos casos, considera-se lícita a cláusula que prevê valores de reembolso diversos do custo do procedimento. Sem embargo das considerações realizadas, nos contratos com opção de livre escolha, a operadora não se desobrigará do reembolso integral se o beneficiário não puder realizar o procedimento nos prestadores indicados no contrato. A obrigatoriedade de reembolso integral, nesse caso, decorre da própria ausência de opção do beneficiário, que, não podendo usufruir da rede da operadora, acaba realizando o tratamento às suas expensas.
14	Bertha dos Santos Paigel	Advogada		Saúde Pública	É vedada a proibição de fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos por alegação de hipossuficiência do requerente, pois ofenderia o direito à saúde, um direito de estatura constitucional, uma vez que o legislador constituinte não restringiu por nenhum critério esse direito, atingindo a todos, sem qualquer tipo de discriminação.	O enunciado justifica-se pela relevância da concretização do direito à saúde e da complexidade, e da necessidade de discussão sob uma perspectiva ampla acerca dos critérios para fornecimento de tratamentos e medicamentos por parte do Poder Público, da judicialização da saúde, e do grande número de demandas judiciais decorrentes da recusa da prestação estatal ao cidadão. Existem muitas divergências doutrinárias acerca do assunto, sobre a efetiva proteção do direito à saúde, direito este de estatura constitucional, o que o torna ainda mais relevante, em contrapartida da prestação estatal, e na prática há muitos questionamentos quanto a possibilidade do Estado e da necessidade do paciente. Ocorre que os direitos fundamentais devem ser cumpridos, não podendo ser tais limitados, diminuídos, e muito menos protegidos de forma insuficiente. Tais direitos dependem de atuação estatal com vista à criação de estratégias públicas e planejamento para cobrir as necessidades ordinárias, previsíveis, e aquelas extraordinárias, imprevisíveis, essenciais para a efetivação daqueles. Assim, quanto aos direitos sociais, direitos à saúde, é imprescindível levar em consideração que a prestação estatal atinja universalmente todos os cidadãos, e ainda, as necessidades específicas de cada cidadão em sua individualidade, ou seja, variáveis, o que exige do Poder Público melhor planejamento e critérios distributivos dos recursos para a saúde e não impor critérios de limitação para o fornecimento de tratamentos médicos e de medicamentos
15	Leticia Brandão Heringer	-		Saúde Suplementar	Em respeito ao contrato firmado entre as partes, as solicitações de procedimentos e eventos médicos que não estejam contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS nem no respectivo contrato de plano de saúde somente serão analisadas pelo Poder Judiciário se estiverem acompanhadas de projeto terapêutico e MBE e sua concessão por determinação judicial obrigará o beneficiário a realizá-los na rede própria ou credenciada da Operadora arcando com a despesa em custo operacional.	-
16	Leticia Brandão Heringer	-		Saúde Suplementar	Os medicamentos importados e não nacionalizados poderão ser deferidos, sob custeio da Operadora cujo contrato de plano de saúde garanta cobertura para medicamentos, depois de ouvidos os órgãos de regulação e fiscalização competentes, e nos estritos termos contratuais.	-

17	Comissão Intergestores Tripartite - CIT	Profissionais da Saúde Pública	Conass, Conasems e MS.	Saúde Pública	Em caso de bloqueio ou depósito de valores nos autos, deve-se evitar a liberação integral do montante do tratamento, devendo, quando possível, ser o numerário liberado de forma gradual, mediante comprovação da necessidade de continuidade do tratamento postulado.	Nos casos em que os tratamentos postulados têm prazo alongado, abrangendo diversos ciclos mensais, faz-se imperioso que qualquer liberação de valores seja realizada de forma fracionada, de modo a que se possa aferir a efetiva utilização por parte do paciente dos fármacos requeridos, bem como a eficácia do tratamento e a permanência de sua necessidade. De um lado, tem-se a proteção ao Erário, na medida em que muitos tratamentos são interrompidos prematuramente, seja por rejeição do paciente ou mesmo óbito, sem que os valores ou medicamentos que sobram sejam devidamente restituídos. De outro, tem-se uma garantia para o próprio paciente e para o Juízo, na medida em que cria-se a obrigatoriedade de comprovação de acompanhamento médico do tratamento, em períodos a serem determinados de acordo com a natureza do caso, evitando o prosseguimento de tratamento inadequado ou desnecessário. A medida, assim, salvaguarda a efetividade do processo, a saúde do paciente e a devida utilização dos recursos do SUS.
18	Comissão Intergestores Tripartite - CIT	Profissionais da Saúde Pública	Conass, Conasems e MS.	Saúde Pública	Em processo judicial no qual se pleiteia o fornecimento de medicamento, produto ou procedimento, é recomendável verificar se a questão foi apreciada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, observando as demandas em avaliação, as consultas públicas, as fichas técnicas e as recomendações constantes nos Relatórios Técnicos da Comissão.	Um dos avanços destacados da estratégia de consolidação do SUS no período recente foi a criação, por meio da Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e de sua regulamentação pelo Decreto nº 7.646/2011, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), como instância de assessoramento do Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como para a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. A CONITEC trouxe uma profunda transformação na institucionalização da incorporação de tecnologias em saúde no Brasil, tendo em vista que a legislação estabelece que deve exercer suas competências com base em estudos científicos de eficácia, segurança e custo-efetividade, e que devem apontar claro benefício clínico, considerando as dimensões individuais dos pacientes e de organização eficiente do Sistema de Saúde. O processo todo envolve uma forte interação com a sociedade, inclusive na composição da Comissão, em que está presente o Conselho Nacional de Saúde, órgão máximo de participação social na Política Nacional da Saúde. O uso das evidências para a tomada de decisão é imprescindível nas análises do valor de novas terapias em saúde, fortalece ainda a transparência na gestão pública e o desenvolvimento de processos ativos de informação, comunicação e participação social. Pelo exposto, percebe-se a importância de o Judiciário consultar a CONITEC, visto que por vezes é pleiteada judicialmente a disponibilização de tecnologia já incorporada no SUS, ou para a qual existe alternativa terapêutica já disponibilizadas, ou de tecnologias que estão em avaliação pela CONITEC.
19	Comissão Intergestores Tripartite - CIT	Profissionais da Saúde Pública	Conass, Conasems e MS.	Saúde Pública	Recomenda-se que seja requisitado o prontuário médico do autor para a realização da prova pericial médica.	É necessário garantir que o autor de uma demanda de saúde leve ao conhecimento do perito todos os documentos médicos relevantes, especialmente resultados de exames. A falta de acesso do perito médico ao conteúdo integral do prontuário do paciente impossibilita a realização de uma perícia segura, podendo levar a conclusões equivocadas sobre a indicação da tecnologia requerida, colocando em risco a própria saúde do demandante. Em feito que tramita perante a 14ª Vara Federal da Seção Judiciária de Minas Gerais, o Il. Perito da causa deixou de responder a diversos quesitos, julgando-os prejudicados, pois "o autor não apresentou, conforme determinação judicial constante no despacho que determina produção de prova pericial, cópia de seus prontuários junto aos serviços médicos em que foi assistido" (Processo n. 86399-25.2014.4.01.3800). Registre-se, por fim, que o Parecer CFM 021/94 deixa clara a possibilidade de que o médico perito tenha acesso ao prontuário do autor.
20	Comissão Intergestores Tripartite - CIT	Profissionais da Saúde Pública	Conass, Conasems e MS.	Saúde Pública	Recomenda-se exigir do autor ou de seu representante legal que seja firmado termo de responsabilidade de prestação de contas periódica antes do recebimento de valores depositados em juízo para cumprimento de medidas liminares e antecipatórias.	: O depósito judicial vem sendo reconhecido como forma alternativa de cumprimento de medida de urgência determinada pelo Juízo, em razão da maior celeridade com que pode ocorrer. Os valores depositados têm a finalidade específica de promover o cumprimento da aquisição de tecnologia determinada pelo magistrado. Conforme registrado em decisão recente do Eg. Tribunal Regional Federal da 4ª Região, "A entrega de valor com destinação específica aproxima-se mais do conceito de posse e de detenção do que do conceito de propriedade, porquanto os requeridos não poderiam dispor da res conforme sua livre vontade, já que deveriam prestar contas do valor levantado" (TRF-4 - Recurso Criminal em Sentido Estrito RCCR 50019876220144047205 SC 5001987-62.2014.404.7205 (TRF-4). Data de publicação: 30/05/2014). Deve-se cercar do maior cuidado possível para que a prestação de contas do valor levantado seja devidamente realizada mediante a apresentação das notas fiscais e documentos comprobatórios, a fim de se evitar a utilização indevida de recursos públicos originalmente destinados à promoção de políticas efetivas regularmente aprovadas pelos representantes da sociedade. A exigência do compromisso de prestação de contas também alerta o paciente e seu advogado quanto à necessidade de controle, seriedade e responsabilidade sobre a destinação dos valores que lhes são confiados.

21	Comissão Intergestores Tripartite - CIT	Profissionais da Saúde Pública	Conass, Conasems e MS.	Saúde Pública	Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME /RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a intimação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual de conflito de interesse.	A Constituição Federal ao dispor em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurou, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, à toda população brasileira o direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição. Em que pese todos os esforços empreendidos pelos entes públicos no intuito de fortalecer o SUS, há que se registrar que a judicialização da saúde vem comprometendo e impossibilitando a aplicação dos investimentos de forma a assegurar a universalidade proposta na própria Constituição Federal. É cediço que a prescrição de procedimentos ou fornecimento de medicamentos que não fazem parte do elenco disponível pelo SUS cresce de forma assustadora e com isso o número de demandas judiciais proliferam em todo o País, gerando decisões proferidas pelo Poder Judiciário, em muitos casos, de forma indiscriminada e sem o respaldo clínico que demonstrem a imprescindibilidade daquele determinado fármaco/procedimento ou a impossibilidade da sua substituição por outras alternativas terapêuticas disponíveis no sistema público de saúde. Nesse contexto, com o propósito de preservar a saúde do paciente, oferecendo tratamento adequado e seguro à sua doença, bem como em respeito às prerrogativas legais do médico, identifica-se como recomendável a oitiva do prescritor, como forma de proporcionar ao Magistrado o pleno conhecimento da questão levada a Juízo e o seu convencimento dos motivos clínicos que indicam outra prescrição que não as adotadas pelo SUS.
22	Éder Maurício Pezzi López	Advogado da União, Coordenador Regional de Medicamentos, Tratamentos e Insumos relativos a Saúde Procuradoria Regional da União da 4ª Região – AGU	AGU	Saúde Pública	Em caso de bloqueio ou depósito de valores nos autos, deve-se evitar a liberação de valores às partes ou seus advogados, determinando-se a aquisição preferencialmente por instituição pública ou privada vinculada ao SUS, pelo preço máximo de venda ao governo – PMVG, estabelecido pela ANVISA e aplicável aos casos de compra por ordem judicial.	Nos casos em que os tratamentos postulados têm valores elevados, deve-se evitar que qualquer liberação seja realizada diretamente às partes ou seus advogados, de modo a que uma instituição pública ou privada vinculada ao SUS possa aferir a efetiva utilização por parte do paciente dos fármacos requeridos, bem como a eficácia do tratamento e a permanência de sua necessidade. De um lado, tem-se a proteção ao Erário, na medida em que a aquisição respeita o PMVG, ficando clara uma eventual prestação de contas, além da possibilidade de dispensação fracionada, já que muitos tratamentos são interrompidos prematuramente, seja por rejeição do paciente ou mesmo óbito, sem que os valores ou medicamentos que sobram sejam devidamente restituídos. De outro, tem-se uma garantia para o próprio paciente e para o Juízo, na medida em que se garante uma aquisição regular de medicamentos e insumos, evitando desperdício, seja pelo mau emprego da verba pública, seja por eventual mau acondicionamento/transporte. A medida, assim, salvaguarda a efetividade do processo, a saúde do paciente e a devida utilização dos recursos do SUS.
23	Moises Mauro Sobral Junior	Advogado Pleno da SulAmerica Saúde	Sulamérica	Saúde Suplementar	Ocorrendo a rescisão do contrato firmado entre a Contratante/Estipulante (ex-empregadora) com a Operadora, o benefício dos ex-empregados também será cancelado.	Regras para portabilidade de planos previstas na RN 186/2009 e suas alterações posteriores. (art.26, inciso III, RN 279/11, ANS)
24	Moises Mauro Sobral Junior	Advogado Pleno da SulAmerica Saúde	Sulamérica	Saúde Suplementar	Para fins dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, apenas o pagamento da mensalidade (ou de parte dela) pelo beneficiário irá configurar a contribuição prevista em tais dispositivos legais.	A Resolução Normativa 279/2011 prevê que somente os beneficiários que contribuam a título de mensalidade farão jus aos direitos previstos na Lei 9656/98, em seus artigos 30 e 31. A norma define contribuição em seu art. 2º, I e menciona em seu artigo 6º a necessidade de que a contribuição paga pelo empregado seja feita com valor fixo e paga conforme a periodicidade estipulada em contrato.
25	Alexandro Catanzaro Saltaritin	Gerente Jurídico	Sulamérica	Saúde Suplementar	A negativa que é embasada em contrato firmado junto a operadora não enseja dano moral.	Posição do STJ sobre outros mercados, e provoca a um menor interesse financeiro nestas causas judiciais. Atualmente, com a cultura do dano moral os próprios tribunais fomentam a judicialização de processos triviais. Muitas vezes o valor do dano moral é superior ao procedimento negado.
26	Djoni Luiz Gilgen Benedete		Defensoria - SC	Saúde Pública	Quando o caso envolver adiamento de fila de espera para consulta, exame, cirurgia ou similares e a parte autora não tiver condições de produzir laudo médico que ateste a urgência do caso (por impossibilidade financeira de pagar um médico ou por negativa do SUS em disponibilizá-lo), o juiz, antes de deferir ou indeferir a tutela antecipada, designará perícia para aferição dos riscos à saúde do(a) paciente em caso de não realização imediata da cirurgia.	-
27	Fernanda Castro Nakamura	Advogada		Saúde Pública	No que toca às ações visando a condenação do Poder Público ao fornecimento de medicamentos de alto custo, ou, não padronizados pelo SUS, deve o autor da ação apresentar laudo médico relatando sobre a indispensabilidade do medicamento à manutenção da vida e dignidade.	Levando em consideração o contexto de escassos recursos públicos no tocante ao fornecimento de medicamentos de alto custo, ou, não padronizados pelo SUS, deve-se observar a relação de essencialidade que o medicamento terá quanto à manutenção da vida e dignidade de quem busca a prestação jurisdicional. Assim, deverá ser observado se o medicamento pleiteado se mostra vital à sobrevivência e dignidade do autor da ação, o que necessariamente será relatado por profissional da saúde capaz para tanto.
28	Fernanda Castro Nakamura	Advogada		Saúde Pública	Recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre a disponibilidade de atendimento, fármacos e tratamento médico dispensado pelo SUS, evitando-se com isso a judicialização desnecessária.	A judicialização da saúde teve início, de forma expressiva, com a propositura de inúmeras ações visando o fornecimento de fármacos não fornecidos pela rede pública de saúde. Com isso, sobrevieram ações pleiteando tratamentos médicos, internações, insumos, dentre outros inúmeros outros fatores necessários à manutenção digna e vida de cada indivíduo que ingressa com ação visando a efetividade do direito à saúde. Entretanto, várias pessoas quando entram com ações na justiça nem ao menos pleiteam o medicamento, tratamento ou insumo administrativamente, perante a Secretaria da Saúde do Município ou Estado. Assim, o enunciado proposto elucida bem a questão da judicialização desnecessária, pois antes de ingressar com ação na Justiça, recomenda-se ao autor que primeiro verifique sobre a disponibilidade de fármacos, tratamentos médicos e atendimento na rede pública de saúde.

29	André Vitoriano da Silva	Analista Judiciário da Justiça Federal de Primeiro Grau no Rio de Janeiro, estudante do Programa de Pós-graduação da Universidade Católica de Petrópolis, mestrado.		Saúde Pública	Nas demandas de saúde, que pleiteiam do poder público o fornecimento de medicamentos ou produtos, recomenda-se, sempre que possível, nos casos em que o poder público fizer o depósito judicial na conta do Juízo, por motivo de não haver tempo hábil de adquirir o medicamento ou produto, via procedimento licitatório, que seja à parte autora intimada à apresentar 03 (três) orçamentos, para liberação da verba orçamentária através de Alvará de Levantamento, prestigiando, assim, o princípio da transparência do orçamento.	O enunciado se justifica pelo grande número de pedidos de medicamentos que chegam ao judiciário, fazendo com que magistrados sem nenhum ou com pouquíssimo conhecimento a respeito dos preços dos medicamentos ou produtos, sendo que, em algumas situações trata-se de medicamentos importados. Outro fato a ser ressaltado é que em várias demandas, o poder público não tem tempo hábil para fazer o procedimento licitatório, levando o mesmo a fazer o depósito judicial de valores na conta do Juízo, fato que vai ensejar o levantamento dos valores depositados através de Alvará de Levantamento pelo demandante.
30	Paulo Roberto de Oliveira Webster	Médico – membro representante das operadoras de plano de saúde no Comitê Executivo Estadual (RS) do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde	Unimed RS	Saúde Pública e Saúde Suplementar	É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como de tratamento clínico ou cirúrgico experimental, este último em conformidade com as definições de experimental previstas nas normas regulamentares, incidentes sobre a matéria.	Os Procedimentos de cunho experimental tem todo um regramento pelos órgãos de fiscalização da saúde, bem como do ponto de vista da ética médica, que devem ser adotados pelo profissional médico, quando prescreve esse tipo de tratamento, desde a permissão do pleno conhecimento do paciente ao caráter de que os custos deverão ser bancados totalmente pelo laboratório ou patrocinador do tratamento em experiência. A sugestão de complemento do enunciado é nesse sentido de reforçar sejam observadas as regras e normas regulamentares, incidentes sobre a matéria.
31	Daniel Mazzoni	Procurador do Estado do Espírito Santo (Chefe da Procuradoria dos Juizados Especiais da Fazenda Pública)	MP - ES	Saúde Pública	Para a decretação da medida de internação compulsória, recomenda-se que o processo seja instruído com relatório médico, solicitação de internação, e relatório psicológico, apontando o motivo da inviabilidade de realização de tratamento ambulatorial, ou seja, o esgotamento dos recursos extra-hospitalares ou sua ineficácia, firmados por médico psiquiatra e psicólogo que atendam, preferencialmente, na Rede Pública.	Enunciado semelhante fora aprovado no V FÓRUM ESTADUAL DO JUDICIÁRIO PARA A SAÚDE – TOCANTINS – 18/10/2013. Em que pese a Lei nº 10.216/2001 determinar claramente que: “Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, o que tem se observado na prática é que diversos processos tem sido ajuizados apenas com receituários simples, algumas vezes assinados por médicos que nem especialistas são, sem descreverem de forma circunstanciada a ineficiência dos demais recursos de tratamento ou o histórico clínico do paciente. Não bastasse isso, o art. 32 do Decreto 891/38, que continua em pleno vigor, estabelece que: “O processo de internação é sumário e da competência do Juízo de Orçãos, que nomeará, para esse fim, um perito, de preferência especializado em psiquiatria, cabendo a nomeação de outro perito ao representante do Ministério Público”. Relembre-se que a internação compulsória é tema de alta polêmica, que divide profissionais especializados da área. O Conselho Nacional de Saúde repudia esta prática entendendo que “o recolhimento forçado viola os direitos humanos e sociais. E, o que violenta, não trata nem inclui” (http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/02_fev_cns_repudia.html). Logo, faz-se recomendável o máximo de zelo antes do deferimento desta medida, não com a finalidade de restringir o acesso dos usuários a este recurso tão extremo, mas para garantir que ele só seja aplicado aqueles que verdadeiramente precisam. Na dúvida toda a restrição da liberdade deve ser evitada. Relembre-se que “A dose certa diferencia um veneno de um remédio”.
32	Igor Gimenes Alvarenga Domingues	Procurador do Estado do Espírito Santo (Chefe da Procuradoria do Contencioso Judicial)	PGE - ES	Saúde Pública	Recomenda-se que conste no teor das decisões judiciais, liminares ou definitivas, que determinem a internação hospitalar, inclusive de idosos e toxicômanos, a informação de que a liberação do paciente fica condicionada ao critério médico de alta hospitalar, sem necessidade de ulterior deliberação do Juízo que proferiu a decisão.	Recomendação de igual teor já consta no Ato Normativo nº 57/2013 do Eg. TJES. Tem-se observado na prática que, por diversas vezes, pacientes que já obtiveram alta médica continuam a ocupar leitos de hospitais e clínicas, por um longo período, até que nova ordem judicial autorize sua liberação. Tal fato, além de representar risco à saúde do próprio paciente, acaba por restringir as vagas de internação aos demais usuários do SUS, colaborando para o colapso do sistema.
33	Igor Gimenes Alvarenga Domingues	Procurador do Estado do Espírito Santo (Chefe da Procuradoria do Contencioso Judicial)	PGE - ES	Saúde Pública	A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, redirecionando aos demais apenas em caso de descumprimento.	Tem-se observado na prática que a não delimitação clara do ente a quem compete fornecer a prestação de saúde tem ocasionado atraso no cumprimento das decisões judiciais, na medida em que cada um dos entes, fazendo a sua interpretação das normas administrativas de competência, pode ficar na legítima expectativa de que o outro responsável solidário irá cumprir o comando judicial. Além disso, não é difícil encontrar situações em que o mesmo insumo/procedimento acaba sendo adquirido por mais de um demandado, gerando grande desperdício de gastos públicos, uma vez que muitos medicamentos possuem validade curta e, sequer, podem ser reaproveitados.
34	Vinicius Pacheco Fluminhan	Professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie / Advogado		Saúde Pública	Proposta de revisão do Enunciado 16 para que tenha a seguinte redação: “Nas demandas que visam ao acesso a ações e serviços de saúde diferenciada daquelas já oferecidas pelo SUS, o autor deve apresentar: (1) prova da evidência científica; (2) a inexistência, inefetividade ou impropriedade dos procedimentos ou medicamentos constantes dos protocolos clínicos do SUS; (3) situação de pobreza”	O princípio da universalidade (art. 194, § único, I, CF) convive com um limitador legítimo dentro do sistema de seguridade social que é o princípio da seletividade (art. 194, § único, III, CF). Deste modo, o plano de benefícios do SUS encontra limites nos recursos financeiros que lhe são direcionados e obriga os gestores a selecionarem os riscos que merecem prioridade de atenção. Portanto, a universalidade não é absoluta. Ao contrário, ela é relativizada por determinação constitucional e por circunstâncias orçamentárias que exigem a seleção de prioridades. A exigência de acesso igualitário previsto no art. 196 da CF apenas confirma a conjugação desses dois princípios. A concessão de benefícios e/ou serviços não programados ofende, pois, a igualdade de acesso e gera consequências nefastas no atendimento coletivo, até porque, segundo dados do Conselho Federal de Medicina, 2/3 da população (mais carente) dependem exclusivamente do SUS. Ora, se a abertura de exceções dentro do plano do SUS eventualmente encontra legitimação em outros princípios da CF, a exemplo do art. 1º, III, o Juízo de ponderação no caso concreto deve apoiar-se no critério da pobreza, o qual, uma vez exigido, evita o tratamento jurídico privilegiado para aqueles que não dependem exclusivamente do SUS. Se os usuários carentes podem ter o atendimento básico coletivo prejudicado pela abertura de múltiplas exceções individuais ao plano, é mister que essas exceções sejam evitadas quando os demandantes podem proteger sua saúde sem o SUS. Embora o acesso ao SUS seja gratuito por determinação constitucional, essa gratuidade deve ser mitigada nas demandas judiciais que envolvem usuários que não precisam exclusivamente do serviço público. Do contrário, tem-se uma subversão da lógica do sistema à medida em que ele procura solidariamente priorizar as maiores necessidades e atender o maior número possível de pessoas dentro dos recursos disponíveis, conforme prevê a própria CF.
35	Milena Carvalho Fratin	Gerente Jurídica da SulAmerica Saúde		Saúde Suplementar	Caso seja extinto o contrato e, concomitantemente, a ex-empregadora contrate com outra Operadora, todos os consumidores (ativos e inativos) da Operadora anterior deverão ser transferidos para a nova Operadora.	Regras para portabilidade de planos previstas na RN 186/2009 e suas alterações posteriores. (art.26, inciso III, RN 279/11, ANS).

36	Daniela Bezerra Gonçalves	Advogada		Saúde Suplementar	<p>"A mera indicação médica de cirurgia pós-bariátrica não gera presunção absoluta sobre o caráter reparador do procedimento"</p>	<p>Por não possuírem conhecimento técnico acerca dos procedimentos e tratamentos requeridos pelos beneficiários, os magistrados, em alguns casos, deferem pedidos embasados unicamente em solicitações médicas.</p> <p>As cirurgias bariátricas, utilizadas no tratamento de obesidade mórbida, geralmente são sucedidas por outros procedimentos complementares. No entanto, a simples indicação ou pedido médico de cirurgias pós-bariátrica não deve ser imediatamente acatada, dada a necessidade de avaliação sobre a natureza reparadora ou estética do procedimento.</p> <p>É recomendável que os beneficiários sejam submetidos à apreciação de profissionais especializados que poderão avaliar tecnicamente a necessidade do procedimento, emitindo parecer capaz de fundamentar a decisão, ou, se o caso, ser avaliados em Junta Médica.</p> <p>Dessa forma, evita-se que a Operadora tenha que cumprir com obrigações não contratadas e expressamente não cobertas pela lei (art. 10, II, da Lei 9.656/98), tais como procedimentos meramente estéticos.</p>
37	Tiago Farina Matos	Diretor Jurídico do Instituto Oncoguia		Saúde Suplementar	<p>Para o cumprimento dos procedimentos médicos de cobertura pelo Plano de Saúde, será utilizada preferencialmente a rede credenciada. Na indisponibilidade do serviço na rede da Operadora de Saúde, o serviço terá de ser obrigatoriamente oferecido ao segurado, ainda que fora da rede credenciada ao Plano de Saúde.</p>	<p>Código de Defesa do Consumidor Lei 9656/98</p>
38	Melina Tejo Canedo	Especialista em regulação em saúde suplementar	ANS	Saúde Suplementar	<p>As Administradoras de Benefícios, quando incumbidas da oferta de plano de saúde coletivos por adesão, deverão informar aos associados da pessoa jurídica contratante a possibilidade de adesão ao plano sem o cumprimento de carência nos 30 dias subsequentes à data de aniversário do contrato, sob pena de responder pela assistência à saúde devida ao beneficiário durante o período de carência imputado pela Operadora.</p>	<p>As Administradoras de Benefícios foram concebidas para prestar serviço para a pessoa jurídica contratante, o que importa, em última análise, na defesa dos interesses de seus associados. Por essa razão constitui obrigação da Administradora de Benefícios orientar o associado de que sua inclusão no plano nos 30 dias subsequentes à data de aniversário do contrato o isentará do cumprimento de carência.</p>
39	Fernanda Carvalho Diogo	Advogada		Saúde Suplementar	<p>É facultada da Contratante estabelecer se haverá dependentes e quais serão os elegíveis no contrato coletivo empresarial, de acordo com a política interna da empresa.</p>	
40	Fernanda Carvalho Diogo	Advogada		Saúde Suplementar	<p>Nas decisões liminares para o custeio de medicamento importado não nacionalizado, deve ser observada a eventual prestação de caução, bem como os trâmites de importação previstos pela ANVISA.</p>	<p>Proibição de importação do medicamento pela Operadora de Planos de Saúde; necessidade de a família ter que importar pessoalmente o medicamento; prazos exíguos para cumprimento.</p>
41	Rodrigo Schoeller	Promotor de Justiça	MP - RS	Saúde Pública e Saúde Suplementar	<p>É papel dos Comitês Executivos Estaduais da Saúde atuar de modo a prevenir a judicialização da Saúde e de qualificar a atuação processual, através de atividades integradas e sistêmicas, em âmbito estadual, distrital e municipal, tais como: o desenvolvimento de critérios para o atendimento das demandas, de cartilhas, de fluxos operacionais sistêmicos, de workshops interinstitucionais e de capacitações institucionais.</p>	<p>No contexto dos Sistemas de Saúde e de Justiça, verifica-se a necessidade (e dificuldade) de se colocar em prática, em âmbito nacional, estadual, distrital e municipal, normas e procedimentos, enunciados, recomendações, entre outras diretrizes. Por outro lado, apresenta-se de grande relevância a formação de redes de cooperação e a implementação de atividades sistêmicas e integradas.</p> <p>Os Comitês Executivos Estaduais do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional da Justiça, por terem o caráter interinstitucional e estarem presentes em todos os Estados, são instâncias importantes para fomentar o desenvolvimento, a implementação e a replicação de atividades interinstitucionais convergentes, como, por exemplo, o estabelecimento de critérios para o atendimento inicial das demandas e para a judicialização, a divulgação de enunciados, a replicação de casos de sucesso e a criação de fluxos operacionais sistêmicos, podendo reunir os resultados dessas e de outras atividades em cartilhas e/ou resumos, que facilitam a divulgação e capilarização nas comarcas. No mesmo sentido, a realização de workshops estaduais e regionais, para reunir integrantes dos setores público, privado e sociedade civil organizada, bem como, representantes da comunidade em geral, propiciam ações convergentes de planejamento e de gestão dos Sistemas de Saúde e de Justiça.</p> <p>Com o mesmo intento, fomentar e participar de atividades institucionais, como, por exemplo, de capacitações e de cursos de aperfeiçoamento que eventualmente forem realizados pelas instituições integrantes dos Comitês, afigura-se uma boa forma dos Comitês propiciarem ações integradas de planejamento e de gestão sistêmicos, aptas a cooperar para a efetividade e sustentabilidade das atividades voltadas à Saúde e, conseqüentemente, qualificar e/ou reduzir a judicialização.</p>
42	Rodrigo Schoeller	Promotor de Justiça	MP - RS	Saúde Pública e Saúde Suplementar	<p>Os Comitês Executivos Estaduais da Saúde devem fomentar a priorização, o aperfeiçoamento e a replicação de ações de planejamento e de gestão sistêmicos, para, a partir de um foco prioritário (p. ex: o atendimento por médico especialista, o fornecimento de medicamentos), mapear e integrar necessidades, possibilidades e ações existentes, de modo a cooperar para a efetividade e sustentabilidade das atividades voltadas à Saúde.</p>	<p>Enfrentar problemas na Saúde é uma questão complexa, que exige a multidisciplinaridade e intersectorialidade, notadamente diante dos princípios constitucionais da integralidade da assistência, da humanização, da universalidade, da resolutivez, da intersectorialidade, da participação e da equidade. A ausência dessa forma de atuar acarreta na inefetividade e insustentabilidade da políticas públicas e, conseqüentemente, no aumento da judicialização.</p> <p>Nesse contexto, é importante que os Comitês Executivos Estaduais do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional da Justiça fomentem a priorização, o aperfeiçoamento e a replicação de ações de planejamento e de gestão sistêmicos, em âmbito estadual, distrital e municipal, que, a partir de focos prioritários de atuação (como, por exemplo, a rede de fornecimento de medicamentos), possibilitem o mapeamento e a integração das necessidades, das possibilidades e das atividades exigidas para a efetividade e sustentabilidade das políticas públicas relacionadas a esse foco escolhido, bem como, para qualificação e/ou redução da judicialização, que devem ser consequência dessas ações.</p> <p>Com isso, é possível desenvolver uma maior consciência da interconexões existentes nos sistemas nos quais se está atuando (ou eventualmente intervindo judicialmente). Ademais, permite a cooperação entre os setores público, privado e sociedade civil organizada, bem como com a comunidade em geral. Desse modo, é possível a otimização e a integração de ações através de atividades interinstitucionais e institucionais, como, por exemplo, a elaboração de cartilhas, o estabelecimento de critérios para o atendimento inicial e para a judicialização, a realização de workshops interinstitucionais e a participação em capacitações de âmbito institucional.</p>

43	Rodrigo Schoeller	Promotor de Justiça	MP - RS	Saúde Pública e Saúde Suplementar	<p>Enfrentar problemas na Saúde é uma questão complexa, que exige a multidisciplinaridade e intersetorialidade, inclusive no que se refere ao enfrentamento das eventuais irregularidades.</p> <p>Os Comitês Executivos Estaduais do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde do Conselho Nacional da Justiça são instâncias de convergência que propiciam a formação de redes de cooperação com os setores público, privado e sociedade civil organizada, bem como, com a comunidade em geral, favorecendo a atuação integrada e sistêmica. Nesse contexto, é recomendável que os Comitês fomentem que seus integrantes enviem informações ao Ministério Público, nos casos de suspeitas de irregularidades na Saúde, principalmente através da extração e do encaminhamento de cópias de documentos, procedimentos e expedientes.</p> <p>Ademais, para uma maior abrangência, é importante que os Comitês solicitem ao Ministério Público referenciais de contato (local e regional, nacional, estadual e distrital) quando houver, no âmbito do Ministério Público, órgão que atue de forma integrada e sistêmica, tais como, centros de apoio e forças tarefa. Assim, poderá divulgar esses referenciais para seus integrantes, de modo a cooperar para a efetividade e sustentabilidade das atividades voltadas à Saúde e, conseqüentemente, qualificar e/ou reduzir a judicialização.</p>
44	Marcela Simões	Analista de Acesso e Inovação	Interfarma	Saúde Pública	<p>A literatura internacional tem revelado que é remota a probabilidade de um medicamento órfão ser custo-efetivo. Assim, fica dificultado o processo de incorporação dessa tecnologia no Sistema Público de Saúde, o que pode impedir o acesso de pacientes a esse medicamento. "Assim, nesse país, onde a saúde é um direito universal, não restará a esse paciente ou aos seus familiares recorrer a justiça para obtê-lo". A ausência de comparadores em muitos casos pode inflar a razão do custo-efetividade incremental (RCEI), na medida em que, neste caso, o custo de tratar estará sendo comparado à ausência de tratamento adequado. É importante destacar que um PCDT observa a tendência mundial da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e apesar dos evidentes benefícios da elaboração deste tipo de protocolo, alguns autores alertam sobre a possibilidade de nelas não ser considerada "a variabilidade da assistência demandada por pacientes com necessidades especiais", o que pode levar à "ocorrência de práticas prejudiciais aos pacientes". Ainda que a ATS seja um processo "baseado em evidências", tal base para medicamentos órfãos é usualmente mais limitada no momento da busca de autorização de incorporação do mesmo, devido à raridade desta condição, com expansão de evidência sendo dependente de seu uso na prática clínica. Posterior a evidência para medicamentos órfão é associada à uma população heterogênea e pequena, curta duração de acompanhamento dos estudos, compreensão científica limitada ou consenso limitado sobre desfechos clínicos, ausência de desfechos clínicos relevantes, tais como sobrevivência, e dados limitados sobre a história da doença, o que se torna um problema, quando se empregam métodos convencionais de ATS</p>
45	Marcela Simões	Analista de Acesso e Inovação	Interfarma	Saúde Suplementar	<p>A prescrição terapêutica de medicamentos órfãos para as doenças raras é de responsabilidade do médico responsável pelo atendimento. Em caso de divergência entre a prescrição do médico, odontólogo e/ou procedimento cirúrgico e o Parecer Técnico/Genético da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o impasse deve ser definido através de junta constituída por profissional com especialidade em genética ou com comprovada experiência em cuidados de pacientes com doenças raras. A remuneração do(s) profissional (is) ficará a cargo da operadora de saúde.</p>
46	Clarissa Santiago Dias Barroso	Advogada	AMIL	Saúde Suplementar	<p>Não é vedada a denunciação da lide nas demandas que envolvam plano de saúde</p> <p>O art. 13 do CDC se refere exclusivamente à figura do comerciante e trata de situações relativas a fato do produto, conforme julgados anexos do STJ.</p>
47	Eduardo Rehder Galvão	Auxiliar Administrativo Jurídico		Saúde Suplementar	<p>Recomenda-se ao magistrado que antes da apreciação do pedido de tutela antecipada ou liminar para realização de procedimentos assistenciais à saúde, observe a área de abrangência e a rede credenciada de prestadores que atendam o contrato, solicitando, se o caso, informações ao réu antes da decisão do pedido.</p> <p>O artigo 16 da Lei 9.656/98, dispõe que os contratos devem indicar com clareza a área geográfica de abrangência. Assim, as decisões liminares inaudita altera pars que deferem realização de procedimento em rede não credenciada e fora da área de abrangência do contrato se demonstram injustas, pois é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato. Sendo certo que, a área de abrangência é plenamente conhecida pelas partes contratantes. Recomenda-se que ante da apreciação do pedido inicial se verifique os limites contratua, sob pena de gerar um custo excessivo as Operadoras, muito difícil de ser recuperado em uma futura sentença de improcedência.</p>
48	Eduardo Rehder Galvão	Auxiliar Administrativo Jurídico		Saúde Suplementar	<p>É legítima a negativa de procedimento, serviço ou evento em hospital e médicos não credenciados e fora da área de abrangência do contrato, exceto nos casos de urgência ou emergência</p> <p>O artigo 16 da Lei 9.656/98, dispõe que os contratos devem indicar com clareza a área geográfica de abrangência. Assim, as decisões liminares inaudita altera pars que deferem realização de procedimento em rede não credenciada e fora da área de abrangência do contrato se demonstram injustas, pois é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato. Sendo certo que, a área de abrangência é plenamente conhecida pelas partes contratantes. Recomenda-se que ante da apreciação do pedido inicial se verifique os limites contratua, sob pena de gerar um custo excessivo as Operadoras, muito difícil de ser recuperado em uma futura sentença de improcedência.</p>

49	Fernanda Nagl Garcez	Promotora de Justiça	MP - PR	Saúde Pública	Falta interesse de agir na ação de internação psiquiátrica compulsória, quando há pedido de terceiro e à vista de laudo fundamentado suscrito por médico com registro no CRM do mesmo Estado da federação, mesmo que sem consentimento do próprio paciente, porque esta hipótese configura a internação psiquiátrica involuntária, devidamente autorizada pelos artigos 6º, II, e 8º, da Lei nº 10.216/01, na qual é desnecessária a intervenção do Poder Judiciário	É dever do SUS garantir a pronta atenção e resolutividade aos agravos à saúde de todas as pessoas portadoras de transtorno psíquico (de qualquer natureza, inclusive por uso de álcool e outras drogas). Não há interesse de agir para requerer em juízo internação psiquiátrica compulsória, quando há pedido de terceiro e à vista de laudo fundamentado suscrito por médico com registro no CRM do mesmo Estado da federação, mesmo que sem consentimento do próprio paciente: essa hipótese é de internação involuntária, plenamente autorizada pelos artigos 6º, II, e 8º, da Lei nº 10.216/01, que não necessita de prévia ordem judicial. A judicialização das internações psiquiátricas, em especial para tratar de agravos decorrentes de dependência química, pode provocar iniquidade no Sistema Único de Saúde, limitando-se assim as respectivas gestões a aguardar ordens judiciais para internar pessoas, quando deveriam fazê-lo de ofício, cumprindo suas responsabilidades previstas no art. 23, II, e art. 30, VII, da CF, nas hipóteses em que, mesmo sem consentimento do paciente, o usuário tenha sido avaliado por médico, com emissão laudo fundamentado da imprescindibilidade da hospitalização, apenas a pedido de terceiro.
50	Fernanda Nagl Garcez	Promotora de Justiça	MP - PR	Saúde Pública	Os Estados e municípios podem ampliar a atenção farmacêutica, ainda que o fármaco não esteja previsto nas Relações de Medicamentos ou no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a moléstia (com dever de fornecimento pela regra do art. 19-P, da Lei nº 8080/90), desde que prescrito por médico vinculado ao SUS, registrado na ANVISA, e quando todas as alternativas terapêuticas disponíveis no SUS tenham sido esgotadas ou forem impróprias ao quadro clínico.	É possível ao Estado ou ao Município diretamente ampliar a atenção farmacêutica, ainda que o medicamento não esteja contemplado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a moléstia, pois o art. 19-P, da Lei nº 8080, é imperativo ao determinar que "Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada" com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal, de cada Estado ou Município. Quando tais entes federativos exercem suas autonomias na instituição de suas próprias Relações de Medicamentos, no âmbito das necessidades de saúde locais, no cumprimento das obrigações comuns derivadas da solidariedade passiva na gestão do SUS (art. 23, II, e art. 30, VII, da CF), podem atuar com equidade, inclusive porque o Decreto nº 7.508/2011, ao regulamentar a Lei n. 8080/90, nos artigos 27 e 28, parágrafo único, possibilita aos demais entes federativos adotar relações específicas e complementares de medicamentos e ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica por questões de saúde pública, justificadas pelo perfil nosológico local. Assim, inexistente PCDT para a doença (ou, caso existente, o fármaco nele não esteja contemplado), o remédio pode ser incluído em relação específica complementar de medicamentos do município ou do Estado, com plenas responsabilidades para entrega de drogas não Protocolizadas, desde que prescritas por médico vinculado ao SUS, registradas na ANVISA e respeitadas as demais exigências legais para tanto.
51	Fernanda Nagl Garcez	Promotora de Justiça	MP - PR	Saúde Pública	Em ações judiciais que estejam fundadas em prescrição de médico do SUS, no âmbito de tratamento efetuado no SUS, não precisa o autor fazer prova da condição financeira do paciente, uma vez que a Constituição Federal de 1988 não condiciona o acesso ao sistema público de saúde à situação econômica do usuário.	A universalidade é princípio basilar do direito à saúde no Brasil, nos termos do art. 196 da Constituição Federal de 1988, especificado no art. 7º, I e IV, da Lei n. 8080/90 ("a todos", "em igualdade", "sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"), o que garante o acesso de todos, sem distinções, a ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde. O art. 7º, VII, da Lei 8.080/90 determina que para definição de prioridades em saúde deve-se utilizar a epidemiologia como critério. Não se pode confundir o direito constitucional à saúde "de todos" com o direito à assistência social, que, no art. 203 da mesma CF/88, será conferida "a quem dela necessitar". Especialmente após as audiências públicas realizadas pelo STF a partir de março de 2009, que culminaram em recentes decisões em sede de Suspensão de Tutela Antecipada (STA 175, 178 e 244), não há como se estabelecer critério de discriminação entre os indivíduos em tratamento no SUS em razão da renda, como ponderado pelo ilustre Relator Desembargador João Pedro Gebran Neto no precedente julgado pela 4ª Turma do TRF da 4ª Região no AG 5000900-26.2012.404.0000, e publicado em 25/01/2012. Ademais, não existe dispositivo constitucional, legal ou regulamentar que limite o acesso à assistência terapêutica no SUS a critérios financeiros ou econômicos do usuário.
52	Renato Luís Dresch	Desembargador	TJMG	Saúde Pública	O poder público estará em mora quando o procedimento eletivo não for realizado injustificadamente no prazo máximo de 180 dias.	Não é lícito que o paciente permaneça indefinidamente aguardando a realização de procedimentos eletivos.
53	Renato Luís Dresch	Desembargador	TJMG	Saúde Pública	Os produtos que não se qualificam como medicamentos ou nutricêuticos, que não estejam sendo dispensados associados a outro medicamento ou tratamento dependem de prova da hipossuficiência do usuário.	Embora o acesso a saúde seja um direito humano fundamento, tratando-se de direito social assegurado constitucionalmente, com o atributo de direito público subjetivo de todos, que independe da condição financeira do paciente, alguns produtos que não são qualificados como medicamentos ou como nutricêuticos, que não estejam sendo ministrados associados a outro medicamento ou tratamento de saúde, não se confundem com a garantia de acesso universal previsto no art. 196 da Constituição Federal porque constituem produtos de natureza assistencial. (Obs: São considerados nutricêuticos os complementos alimentares que são ministrados com acompanhamento médico. Caso típico são as dietas enterais). A título exemplificativo, as fraldas geriátricas são produtos típicos de natureza assistencial e não social de modo que somente podem ser fornecidas a pessoas hipossuficientes.
54	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública e Saúde Suplementar	Não se recomenda deferir pedidos de medicamentos e materiais não registrados pela ANVISA, off label ou experimentais.	Esta proposta ratifica com pequena alteração de redação o enunciado 06 aprovado na I Jornada da Saúde. Este enunciado é importante porque está em consonância com o que foi decidido pelo STF no julgamento da STA 175-CE.
55	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	Concedida medida judicial de prestação continuativa, em sede de tutela de urgência, é necessária a renovação periódica do relatório médico, no prazo fixado pelo julgador, considerada a natureza da enfermidade e a duração do tratamento, sob pena de perda da eficácia da medida.	Este enunciado também ratifica o enunciado 02 aprovado na I Jornada da Saúde. É de extrema importância a renovação dos relatórios médicos para confirmar a necessidade da tecnologia de saúde. Evitam-se gastos desnecessários assim como a comercialização paralela de medicamentos, sendo imprescindível impedir os casos em que mesmo após a suspensão do tratamento ou até mesmo o óbito do paciente, mantenha-se o cumprimento da medida.

56	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública e Saúde Suplementar	Recomenda-se que as tutelas de urgência sobre saúde sejam precedidas de notas de evidência científica emitidas por núcleos de assessoramento técnico em saúde.	Este enunciado ratifica o enunciado 18 da I Jornada da saúde e atende às Recomendações 31/2010 e 36/2011 do CNJ. Mostra-se imprescindível que as decisões judiciais estejam fundadas em evidência científica. As Notas de Apoio Técnico se mostram muito importantes para a prolação de decisões dentro da medicina baseada em evidências. É importante lembrar que "A Medicina Baseada em Evidências (Sackett, 1996; Jadad, 1997) – ou em provas científicas rigorosas – tem, para nortear as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde, o compromisso da busca explícita e honesta das melhores evidências científicas da literatura médica. De certa forma, essa concepção de Medicina (EBM, 1992; Atallah, 1996b) tira a ênfase da prática baseada apenas na intuição, experiência clínica não sistematizada e nas teorias fisiopatológicas para se concentrar na análise apurada de métodos por meios dos quais as informações médicas foram ou serão obtidas. Dá especial atenção ao desenho da pesquisa, à sua condução e à análise estatística. No tocante ao método de pesquisa, ele se baseia na associação de métodos epidemiológicos à pesquisa clínica chamada Epidemiologia Clínica (Castelo, 1989). Esse conjunto se completa com métodos bem definidos para avaliação crítica e revisões sistemáticas da literatura médica" (ATALLAH, Alvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. Medicina Baseada em Evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica).
57	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	Nos processos judiciais, a caracterização da urgência/emergência desafia relatório médico circunstanciado, com expressa menção do quadro clínico de risco imediato.	Os relatórios médicos com prescrição de urgência muitas vezes são utilizados em desacordo com o Código de Ética Médica para transpor as filas de espera ou exigir do julgador uma decisão precoce, com ofensa ao acesso igualitário contemplado no art. 196 da Constituição Federal
58	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde deve ocorrer preferencialmente no âmbito das políticas públicas, ressalvadas as hipóteses de prova da ineficácia ou ineficiência dos serviços e tecnologias oferecidas.	O acesso aos serviços de saúde deve prestigiar as políticas públicas, porque isso se insere na igualdade. Isso é o que dispõe a CF, art. 196, 197 e 198, a Lei 8.080/90 e o Decreto 7.508/2011. Ressalte-se, ainda, que, conforme entendimento do STF na STA n.º 175, a saúde é um direito "assegurado mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde".
59	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	Os protocolos e diretrizes terapêuticas estabelecidos pelos órgãos do SUS devem ser observados na concessão de medicamentos, insumos e procedimentos.	Somente se justifica o fornecimento de medicamentos, insumos e produtos fora dos protocolos clínicos quanto houver ineficácia, ineficiência ou inefetividade daqueles oferecidos pelo SUS, até porque a o art. 19-O da Lei 8.080/90 estabelece que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecerão os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde.
60	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	Incumbe ao requerente o ônus da prova de que os produtos oferecidos pelo SUS são ineficazes, ineficientes ou inefetivos para o seu caso.	Esta proposta está de algum modo contemplada no enunciado 16 da I Jornada. Optou-se por uma redação mais direta quanto ao ônus da prova. Se o SUS dispõe de produtos para o tratamento pretendido, cabe ao interessado o ônus da prova de ineficácia ou inefetividade daquilo que é oferecido, inexistindo regra processual que a inverta em demandas de saúde contra o Poder Público.
61	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	A dispensação de medicamentos não padronizados pela assistência farmacêutica do SUS somente deve ocorrer após comprovada a ineficácia, ineficiência ou inefetividade daqueles fornecidos na rede pública de saúde.	Esta proposta também está contemplada no enunciado 16, mas é importante para reafirmar a necessidade de prova de ineficácia das políticas públicas para o acesso a produtos diferenciados. É importante lembrar que o Egrégio Superior Tribunal de Justiça já decidiu (RMS 28.338) que o "paciente não tem direito a remédio específico se SUS oferece alternativa".
62	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	As normas legais e infralegais de repartição da competência e a distribuição de atribuições entre os gestores devem ser observadas, não sendo incompatíveis com a solidariedade constitucional.	Este enunciado consta do enunciado 8 da I Jornada. Embora o STF tenha fixado em repercussão geral a responsabilidade solidária, em momento algum afasta a prevalência das políticas públicas instituídas, dentre as quais se inclui a repartição de competência.
63	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	Somente o médico vinculado ao sistema público de saúde pode prescrever medicamento para tratamento oncológico a ser fornecido pelo SUS, devendo o paciente estar em tratamento na rede pública de saúde, nos CACON ou UNACON.	O fato é que os medicamentos oncológicos não são tratados na RENAME, porque a política pública para o tratamento do câncer, em razão da integralidade de atendimento ao paciente, referente procedimentos. Esses procedimentos estão incluídos na RENAME, de modo que somente o médico que trata o paciente, considerando o estágio da doença pode indicar o medicamento. Permitir que medicamentos oncológicos sejam receitados por médico particular para paciente não tratado pelo SUS significa ofensa ao artigo 28 do Decreto n. 7508/2011, assim como ao dispositivo constitucional que prevê o acesso igualitário.
64	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Pública	O relatório médico de profissional não vinculado à rede pública de saúde não comprova o direito líquido e certo do impetrante, desafiando instrução probatória, com contraditório e ampla defesa.	Este enunciado vem atender a jurisprudência do STJ, de que laudo médico não constitui direito líquido e certo para impetrar mandado de segurança
65	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Suplementar	O tratamento oferecido pelos planos de saúde prevalece em relação a outro requerido pelo paciente, salvo quando demonstrada a ineficácia, inefetividade ou ineficiência daquele disponibilizado.	Do mesmo modo que na saúde pública, o paciente do plano de saúde não tem a liberdade de escolher o tratamento, quando não houver dúvida da eficácia, efetividade e eficiência do tratamento oferecido pelo plano.
66	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Suplementar	A divergência de interpretação de cláusula contratual que esteja de acordo com a normatização administrativa emanada dos órgãos competentes não configura, em regra, ato lesivo a ensejar a reparação de danos morais por parte da operadora de plano de saúde.	Os planos de saúde se sujeitam a regulação administrativa. Havendo cumprimento dos contratos e das normas administrativas não parece razoável fixar condenação em danos morais pelo fato de haver interpretação jurídica diferente, mesmo que seja do Poder Judiciário
67	COMITE EXECUTIVO ESTADUAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS	Coordenador do Comitê estadual		Saúde Suplementar	A realização de cirurgia bariátrica em tutela de urgência sujeita-se à observância das diretrizes constantes da Resolução CFM nº 1942/2010 e outras normas que disciplinam a matéria.	Ocorre que o CFM instituiu diretrizes de segurança para a realização de cirurgias bariátricas. Os pacientes às vezes querem se sobrepor a essas diretrizes para ter atendimento privilegiado, em descumprimento às filas de atendimento.

68	Fábia Madureira de Castro Bicalho	advogada e membro do Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais	Unimed - MG	Saúde Suplementar	É necessária a renovação periódica do relatório médico para os casos em que for concedida medida judicial de prestação continuativa, provisória ou definitiva, relativa à enfermidade que demanda longo período de tratamento, como, por exemplo, a atenção domiciliar/home care, sob pena de perda da eficácia da medida. O prazo de renovação deverá ser fixado pelo julgador.	Existem casos que ultrapassam a esfera da discussão judicial por se tratarem de assistência médica continuada. A título de exemplo são as demandas que versam sobre atenção domiciliar/home care. Com o passar do tempo é natural que se ocorra alteração no quadro clínico do paciente. Desta forma, por se tratar de prestação continuativa, faz-se necessária a renovação da indicação médica, seja após o deferimento de eventual tutela antecipada, seja após a conclusão do processo judicial. Isso porque a reanálise dos cuidados oferecidos ao paciente é uma ferramenta conclusiva para evitar-se eventuais excessos desnecessários ou até mesmo faltas que deixem de ser supridas a tempo e modo. Desta forma, o que se pretende com esta proposição é evitar que novamente o judiciário seja acionado para rediscutir tais casos, haja vista que a decisão judicial proferida no processo já é o parâmetro basilar para a tratativa do caso. Dentro deste contexto, pelo dinamismo das prestações de serviço que possuem este caráter, o enunciado proposto é uma oportunidade de reanálise de detalhes rotineiros e tratáveis na própria esfera administrativa que deverão ser realizados sempre com base nas diretrizes definidas na decisão do magistrado.
69	Fábia Madureira de Castro Bicalho	advogada e membro do Comitê Executivo Estadual da Saúde de Minas Gerais	Unimed - MG	Saúde Suplementar	Nas ações judiciais que versem sobre assistência médica em rede de alto custo não contratada, deve-se priorizar a rede credenciada salvo se comprovada a sua incapacidade técnica, o que permitirá o atendimento no local inicialmente indicado, às expensas da operadora de plano de saúde, desde que nos limites da tabela de preços desta e conforme obrigações contratuais, nos termos da Lei 9656/98.	Existem várias discussões relacionadas a este tema. O que se pretende com a proposição é alinhar este tipo de entendimento que é tratado usualmente no Tribunal Mineiro [(i) TJMG. Apel nº 1.0024.06.025037-0/001 16ª Cam.Civ. p.01/09/2014; (ii) TJMG. Decisão monocrática nº 1.0024.14.275.848-1/001 de 02/10/14] e também em julgados de outros Tribunais pelo Brasil [(iii) TJSP. Al nº 0168078-06.2013.8.26.0000. 1ª Cam.direito privado, julg.18/02/2014.; (iv) TJMT. Apel nº 68958/2014 5ª Cam.Civ. - comarca de Jaciara. Julg. 08.10.2014]. Dentro deste contexto, várias decisões são no sentido de priorizar a rede credenciada, contratada pelo beneficiário, coibindo eventuais abusos que podem ser fruto de escolhas particulares de determinado prestador de serviço. Também existem casos – ainda não comprovados – de suspeita de médicos que obtêm alguma vantagem por indicação para hospitais de alto custo, fora da rede credenciada. Em síntese, a pertinência desta proposição surge de uma necessidade de diminuir a judicialização, bem com orientar a sociedade, evitando que médicos ou mesmo advogados possam lançar falsas esperanças para os beneficiários que, muitas vezes, são responsabilizados pelo custeio da diferença do tratamento em rede não credenciada e de alto custo, sem ao menos considerarem as opções de tratamento dentro da rede credenciada, oferecida pela operadora de plano de saúde. Todavia, caso seja evidenciada a incapacidade técnica desta rede, a indicação inicial será observada, tal como disposto na Lei 9656, artigo 12 inciso VI, que orienta que eventual reembolso - quando não possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras - deve ser de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto.
70	Andréa Bento	Coordenadora de políticas públicas	ABRALE	Saúde Suplementar	2- Nos casos de descrédito, os segurados devem receber uma carta notificando a ocorrência, no prazo mínimo de 30 dias , sob pena de continuidade na obrigatoriedade do serviço.	
71	Adriano Roberto Vancim	Servidor Público	TJMG	Saúde Pública	Deve-se comprovar para o deferimento do pedido liminar ou de antecipação de tutela, nas ações relativas a fornecimento de medicamentos, a prévia negativa por parte do ente público ou a ausência de resposta em prazo razoável, assim considerada a gravidade do estado de saúde.	Deve-se evitar inúmeros pedidos liminares ou de tutelas antecipadas, bem assim sua indiscriminada concessão, sem que tenha havido solicitação respectiva e recusa por parte do ente público no fornecimento do medicamento, o que, às vezes, se trata da judicialização desnecessária, como também o estado de saúde do paciente deve ser considerado grave a ponto de recomendar a imediata concessão do medicamento.
72	Adriano Roberto Vancim	Servidor Público	TJMG	Saúde Suplementar	As empresas operadoras de planos de saúde não podem recusar a cobertura de despesas relativas ao fornecimento de próteses e órteses, quando estas estiverem relacionadas ao procedimento cirúrgico recomendado e coberto pelo plano, assim necessário ao êxito da cirurgia ou tratamento.	Em reiteradas oportunidades, a jurisprudência considerou abusiva a respectiva cláusula de exclusão, na medida em que o procedimento cirúrgico é devidamente coberto pelo plano de saúde. Conforme Súmula n. 469 do STJ, "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde" o que levou a esta Egrégia Corte de Justiça a pacificação do tema. A respeito, peço vênia a citar julgado correspondente: "É considerada abusiva, mesmo para contratos celebrados anteriormente à Lei 9.656/98, a recusa em conferir cobertura securitária, para indenizar o valor de próteses necessárias ao restabelecimento da saúde" (REsp 918.392/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Dje 01/04/2008). Desse modo, em princípio, não há justificativa fática e jurídica em não admitir a prestação da prótese ou órtese ao segurado do plano se o procedimento cirúrgico está contemplado no pactuado contrato de prestação de saúde
73	Landoaldo Falcão de Souza neto	Advogado do Conselho Regional de Odontologia da Paraíba, membro da Sociedade Brasileira de Bioética, Secretário da Comissão de Direito Médico, Hospitalar e Plano de Saúde da OAB/PB, sócio do escritório Falcão de Sousa Advocacia, com atuação especializada no Direito Médico, Odontológico e da Saúde.		Biodireito	Nas demandas judiciais que envolvam a má prestação de serviços de saúde, recomenda-se, sempre que possível, a promoção de perícia técnica para aferir a conduta profissional perante as especificidades que permeiam a intervenção/tratamento, devendo-se evitar, assim, o processamento no âmbito dos juizados especiais pela incompatibilidade do rito. (ACHO QUE DEVE SER FEITA RESSALVA , EXPLICANDO TRATAR-SE DE JUIZADOS ESPECIAIS ESTADUAIS, PORQUE NO FEDERAL NÃO HÁ REGRA SEMELHANTE QUE PERMITE A EXCLUSÃO DA COMPETÊNCIA, TRATANDO-SE DE COMPETÊNCIA ABSOLUTA).	Considerando as inúmeras judicializações acerca da má prestação no âmbito de serviços da saúde, principalmente pela incidência da norma consumerista, congregado ao fato desse setor possuir uma vasta gama de especificidades que redirecionam o tratamento/intervenção além do arbítrio do profissional, tanto pelo desenvolvimento ou reação natural do organismo, como pela reação distinta de cada indivíduo a fármacos e ao próprio procedimento em si e seus efeitos colaterais, tem-se que individualizar cada atuação. Para tanto, as respostas que possibilitarão viabilizar ou obstar uma responsabilização só poderão advir de uma perícia técnica por profissional habilitado, através de um exame in loco ou da documentação promovida. Ademais, é sabido que no âmbito dos juizados especiais cíveis o procedimento é eminentemente pautado pela simplicidade, não comportando dilação probatória ou feições complexas. Sem a realização de tais condutas, importará numa aferição atécnica e sem juízo de valor por parte do judiciário, que, inclusive, vindouramente a decisão poderá ser atacada e reformada, trazendo em si morosidade ao feito judicial. Dita problemática tem sido enfrentada cotidianamente, ao passo que a promoção de enunciado dessa espécie trará norte e segurança a ambas as partes e ao poder judiciário, evitando, assim, a prolação de decisões açodadas e atécnicas que vilipendiam os princípios, dizeres e diretrizes que a própria Jornada busca resguardar do tema direito da saúde.

74	Paulo Roberto do Nascimento Martins	Advogado, atuante da área da saúde suplementar. Procurador de Operadora de Plano de Saúde.		Saúde Suplementar	ENUNCIADO 21 Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656/98, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, como referência para fins de obrigatoriedade, ou não, de cobertura contratual, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.	Complementa o enunciado para reforçar que o rol de procedimento da ANS é referência para fins de obrigatoriedade da cobertura contratual.
75	Paulo Roberto do Nascimento Martins	Advogado, atuante da área da saúde suplementar. Procurador de Operadora de Plano de Saúde.		Saúde Suplementar	Para fins de cobertura assistencial, o conceito de urgência e emergência deve respeitar a definição legal contida no art. 35-C, Lei Federal 9.656/98, condicionado, no caso concreto, haver comprovação da efetivação situação alegada.	A falta de utilização de um critério objetivo para as hipóteses de urgência/emergência acaba dando margem ao uso abusivo das solicitações de liminares, para obtenção de possíveis direitos, sem a possibilidade do contraditório, por parte do gestor de saúde público ou privado, retirando a possibilidade do magistrado ter mais elementos técnicos ao seu dispor, para uma melhor análise dos fatos, o que muitas vezes pode implicar em prejuízo aos pacientes, ao invés de benefício.
76	Paulo Roberto do Nascimento Martins	Advogado, atuante da área da saúde suplementar. Procurador de Operadora de Plano de Saúde.		Saúde Suplementar	ENUNCIADO 32 No juízo de admissibilidade da petição inicial (artigos 282 e 283 do CPC) o juiz deve, sempre que possível, exigir a apresentação de todos os documentos relacionados com o caso do paciente, inclusive para aferição da real urgência/necessidade, tais como: indicação e descrição da doença diagnosticada; laudos de exames essenciais realizados, relação de medicamento ou tratamento prescrito; dosagem; contra-indicação; princípio ativo; dados da evolução da patologia, duração do tratamento proposto; descrição fundamentada acerca da urgência e dos riscos em caso de não aderência ao tratamento proposto; indicação de prévio uso dos programas de saúde suplementar; indicação de medicamentos genéricos, entre outros, bem como o registro da solicitação à operadora e/ou respectiva negativa.	Complementa o enunciado de forma a acrescentar detalhamento das informações necessárias a servir de base de elementos que venha a possibilitar ao magistrado, ou perito, uma análise mais criteriosa na solicitação de tratamentos médicos pela via judicial
77	Neuma da Costa Salles	Diretora de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Conde-PB		Saúde Pública	Que os Poderes Executivo e Judiciário só garantam o acesso dos usuários do SUS a procedimentos, medicamentos, próteses e órteses, e materiais especiais se o direito for baseado em evidências e constem no elenco da Tabela SUS.	Gostaria de iniciar a justificativa relatando uma vivência: Atendendo uma usuária do SUS, em companhia de outra senhora, tentava eu justificar que não poderia garantir o direito da sobrinha da mesma. Pois solicitava uma pequena adaptação no sanitário da residência para atender uma sobrinha que sofreu um acidente, e que precisaria ficar em cadeira de rodas por um bom tempo. Argumentávamos sobre o pedido, quando, para minha surpresa, a acompanhante, com muita agressividade afirmou: "Vamos logo pra justiça que ela garante tudo, não que saber disso não!" Esse momento proporcionou varias reflexões, entre elas posso elencar: <input type="checkbox"/> Como garantir o direito a saúde sem evidencias científicas? <input type="checkbox"/> Como garantir o direito do usuário do SUS quando a competência não e da saúde? Como justificar a execução do recurso financeiro? <input type="checkbox"/> Quando as demandas da justiça chegam nas Secretarias Municipais de Saúde, temos que cumpri-las, muitas vezes superfaturadas, sem serem de nossa competência, fora do elenco SUS,.... não temos tempo de negociação. <input type="checkbox"/> Sugerir que o Ministério da Saúde, diante desse contexto, institua um Sistema de Informação Nacional Único, que interoperasse com um outro sistema do Poder Judiciário, para que os magistrados verificassem, inicialmente, se o ente federado negou o pedido, antes de garantir o direito do cidadão. Objetivando também a construção de Banco de Dados. <input type="checkbox"/> Realizar estudos dessas demandas para conhecer o perfil da Judicializacao, para definirmos Planejamento Estratégico e garantirmos o direito do usuário do SUS, sem que os mesmos possam acionar a justiça.
78	Dayana Luz	Defensora Pública	Defensoria - SC	Saúde Pública	Nas demandas que visam obter medicamento(s) de uso contínuo, quando ocorrer o descumprimento da antecipação de tutela ou da sentença por parte do(s) réu(s), recomenda-se o sequestro dos valores equivalentes a 6 (seis) meses de tratamento, visto ser um prazo razoável para que o(s) réu(s) reorganize(m) a compra e distribuição do(s) fármaco(s) e para se evitar que o trâmite processual de um pedido mês a mês acabe por interromper o tratamento da parte autora.	A parte ré repetidamente tem descumprido o prazo fixado pelo magistrado em antecipação de tutela e/ou sentença para fornecimento de medicamento. Muitas vezes após um período de fornecimento contínuo, ele é suspenso, sob alegações de problemas licitatórios, de distribuição e outros de ordem administrativa. A preocupação surge quando se fala em medicamentos de uso contínuo. É de conhecimento público e notório que nesses casos, muitas vezes, se a parte autora ficar sem o uso do fármaco poderá, sofrer risco de morte, como é o caso, por exemplo, de crianças que utilizam insulinas especiais e precisam controlar a taxa glicêmica diariamente. Observou-se no dia a dia que, quando a parte ré não cumpre sua obrigação, o pedido de sequestro, mês a mês, do valor para compra do fármaco diretamente pela parte é inviável porque até que a petição de descumprimento seja apreciada pelo juiz, que o valor seja sequestrado e transferido para o assistido já se passaram alguns meses. Com isso, nos deparamos com pais/pessoas desesperadas que não tem condições financeiras de arcar com o custo do medicamento e ficam completamente vulneráveis nessa situação. Dessa forma, considerando-se o bem da vida que está em risco, o sequestro dos valores equivalente a 6 (seis) meses de compra do fármaco de uso contínuo mostra-se razoável, tanto para que a parte ré reorganize a sua distribuição e compra, tanto para a parte autora que ficará garantida por um semestre, tanto para a agilidade do Poder Judiciário, uma vez que o magistrado não precisará apreciar petições mensais de sequestro de valores.

79	Dayana Luz	Defensora Pública	Defensoria - SC	Saúde Pública	<p>A alteração na quantidade do medicamento, sejam nos miligramas prescritos, sejam nas caixas/mês devidas, fornecido por força de sentença judicial transitada em julgado, não induz a nova ação judicial, por envolver as mesmas partes e a mesma causa de pedir.</p>	<p>Foge à lógica, ao razoável, aliás, erigido à condição de princípio constitucional, exigir-se, a cada alteração na quantidade do medicamento prescrito, o ajuizamento de nova demanda, principalmente quando a própria vida está em jogo.</p> <p>Entender de forma diversa representa no ajuizamento desnecessário de novas demandas a cada alteração na quantidade do medicamento prescrito ainda que envolvendo as mesmas partes e a mesma causa de pedir.</p> <p>Desta feita, bastaria a parte entregar a atualização da receita médica no local onde retira os medicamentos e nos meses seguintes o setor de compra e distribuição de medicamentos da parte ré já teria condições de adequar a receita ao fornecimento. Situação muito mais simples e célere do que mover toda a máquina do Judiciário novamente.</p> <p>Com isso, evita-se a retirada de medicamentos a mais pela parte autora porque muitas vezes as quantidades são diminuídas no decorrer do tratamento, o que representaria uma economia para a parte ré (União/Estado/Município), bem como evitaria a judicialização desnecessária de casos que já tiveram aquele pedido mediato, isto é, o bem da vida efetivamente pretendido pela parte autora, julgado pelo Poder Judiciário.</p>
80	Desiane Pires Americo Rodrigues da Silva	Advogada		Saúde Pública	<p>Para ingresso da Ação Judicial, definição da competência do polo passivo, se observará o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, seguindo a organização do SUS, onde descreve as competências de cada esfera de governo, evitando que seja uma esfera prejudicada, principalmente os municípios que acabam por responder por responsabilidade do Estado e da União, não tendo recurso específico para atender a demanda sendo seu orçamento prejudicado.</p>	<p>A organização do Sistema Único de Saúde se dá mediante uma divisão administrativa regionalizada e hierarquizada com base no critério da complexidade das ações e serviços (inc. II do art. 7º da Lei n. 8.080/90). Cabe aos Municípios, nesse contexto, a concretização de ações e serviços de menor complexidade, aos Estados os de média e alta complexidade e à União os de alta complexidade. É o que se desprende dos artigos 8º e seguintes da Lei n. 8.080/90, bem como da interpretação sistemática desse diploma legal e de todos os outros atos normativos que disciplinam a assistência à saúde.</p> <p>Paralelamente existe um sistema de financiamento dessa atuação Estatal, pautado por critérios diversos dos que ditam a divisão de atribuições de ações e serviços.</p> <p>O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto propõe mecanismos de controle mais eficazes e cria instrumentos para pactuação e monitoramento das ações realizadas nas três esferas de governo. Esse acordo de colaboração firmado entre a União, estados e municípios nas regiões de saúde é expresso por meio de um instrumento jurídico contendo a formalização das responsabilidades de cada esfera, constituído de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Destarte, imprescindível que os operadores do direito se atentem a observar as questões técnicas afetas à área da saúde, sob pena de majoração das consequências negativas advindas da má-utilização do processo e preconizando as normativas do Sistema Único de Saúde, incumbindo a competência conforme pactuado do COAP.</p>
81	Mônica Figueiredo Costa	Advogada	FenaSaude	Saúde Suplementar	<p>Nos casos de concessão do home care, recomenda-se a prévia oitiva da OPS, bem como informações do núcleo de apoio técnico ou câmara técnica e, na sua ausência, de outros serviços de atendimento especializado, bem como apresentação de avaliação NEAD e/ou ABEMID.</p>	<p>RDC 11.2006 ANVISA (Internação domiciliar é diferente de trabalho de cuidador – definição) e art. 13 do Rol da ANS (RN 338) – o problema é que nesse dispositivo também há previsão para casos em que a OPS concede o benefício mesmo sem haver previsão no contrato. Verificar o nível de complexidade da Tabela NEAD* ou ABEMID</p> <p>*Tabela de avaliação para internação domiciliar.</p> <p>Sobre NEAD e ABEMID:</p> <p>A avaliação funcional realizada com base na Tabela da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID (Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar) pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de atividades diversas para o desempenho das tarefas da vida cotidiana, para realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia a dia. De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno e, caso não seja, verificar se esta necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total.</p> <p>O NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar foi criado oficialmente em maio de 2003, em virtude do aumento na demanda pela assistência familiar. O objetivo principal do Núcleo é estabelecer critérios e padrões mínimos de qualidade, para que o paciente receba um serviço adequado. A Entidade contribui para a difusão da Assistência Domiciliar, estimulando os trabalhos e discussões sobre o assunto. O NEAD auxilia o planejamento assistencial em atenção domiciliar, estabelecendo critérios de elegibilidade para ingresso e para a manutenção da assistência.</p>
82	José Cechin	Diretor Executivo	FenaSaude	Saúde Suplementar	<p>O home care não tem cunho social e não supre o trabalho do cuidador e da família. A concessão de assistência médica ou internação médica domiciliares depende de expressa previsão contratual.</p>	<p>RDC 11.2006 ANVISA (Internação domiciliar é diferente de trabalho de cuidador – definição) e art. 13 do Rol da ANS (RN 338)</p>

83	Luiz Henrique Antunes Alochio	Advogado		Saúde Pública	A aplicação da solidariedade passiva para litígios envolvendo a judicialização da saúde, deve ser mitigada nos casos de identificação de ATOS COMISSIVOS, quando não se estiver discutindo OMISSÃO mas a PRÁTICA EFETIVA de um fazer específico na área de saúde.	<p>A —tese da solidariedade , se aplicada indistintamente para todas as ações de saúde, poderá afetar situações nas quais NÃO ESTÁ PRESENTE UMA OMISSÃO mas, ao contrário, um ATO COMISSIVO ESPECÍFICO, praticado por um dos Entes ou seus agentes. Por exemplo:</p> <p>a) Casos de erro — médico (ou erro em qualquer prestação na área de saúde);</p> <p>b) Casos de internação realizada em instalações de um Ente, sobre cuja gestão de estrutura física ou de pessoal, os demais entes públicos não têm ingerência; etc.</p> <p>A construção da chamada —tese da solidariedade na judicialização da saúde decorre de casos de OMISSÃO DE ATENDIMENTO, seja essa omissão decorrente de um fornecimento de medicamento, de internação ou de atendimento de qualquer espécie.</p> <p>Não está adequada aos casos em que o ATENDIMENTO ☒ ato comissivo, portanto ☒ esteja SENDO REALIZADO ou que JÁ TENHA SIDO REALIZADO.</p> <p>A solidariedade é situação excepcionalíssima; ou decorre de lei ou de contrato. No caso da judicialização da saúde decorreu de uma interpretação. Já seria uma elasticidade de uma situação excepcional.</p> <p>Assim, tratando-se de ações comissivas do Poder Público, seus agentes e suas unidades próprias de saúde, não se deve aplicar a tese da solidariedade, apurando-se a responsabilidade do PRATICANTE DO ATO.</p>
84	Janaina Andrade Souza Cruz	Procuradora	PGE - RJ	Saúde Pública	Nos processos em que se requer o fornecimento de medicamento/produto e/ou procedimento não padronizados nas listas do SUS, deve ser avaliada a existência de evidências científicas sobre a sua eficácia, acurácia, efetividade, segurança e custo-efetividade, conforme artigo 19-Q, §2º, da Lei 8.080/90, recomendando-se a oitiva da CONITEC	<p>De acordo com o art. 19-Q §2º, da Lei 8080/90, a incorporação de nova tecnologia ao SUS, a ser deliberada pelo Ministério da Saúde com assessoria da CONITEC, exige que sejam levados em consideração os seguintes critérios: a) as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; e b) a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas. Caso tais avaliações não redundem em resultado satisfatório, o medicamento não será incorporado. Se o Judiciário pretende impor aos entes públicos o fornecimento de fármacos não padronizados pelo SUS, é necessário que, além de verificar a situação individual do paciente (avaliando a ineficácia dos fármacos dos fármacos padronizados pelo SUS à sua condição clínica, como consolidado nos enunciados na Jornada de Saúde), avalie a presença dos requisitos previstos no artigo 19-Q da Lei 8.080/90, pois foram essas as condições impostas pelo legislador para custeio, pelos entes públicos, de novos medicamentos/produtos/procedimentos. É recomendável, ainda, a oitiva da CONITEC, por consistir no órgão que acessora o Ministério da Saúde na análise de incorporação de tecnologia ao SUS (artigo 19-Q da Lei 8.080/90) e que tem expertise para tanto.</p>
85	Janaina Andrade Souza Cruz	Procuradora	PGE - RJ	Saúde Pública	Nas ações coletivas e ações civis públicas em que se pretende a implementação e/ou execução e/ou aprimoramento de determinada política pública de saúde, há que se direcionar a obrigação de fazer ao ente público que, pelas normas do SUS, é responsável pela prestação do serviço em questão, recebendo recursos do SUS para a sua execução.	<p>Pode-se verificar que, mesmo nas ações coletivas, que se propõem a aprimorar uma determinada política de saúde como um todo, e não apenas sob o aspecto individual, os pedidos e as decisões de antecipação de tutela têm sido indistintamente direcionados às três esferas federativas, com fundamento na solidariedade. Ocorre que não há como se tratar as ações coletivas, nas quais se pretende discutir uma política de saúde em abstrato, da mesma forma que as ações individuais. Se o que se pretende é discutir a política de saúde em sua dimensão coletiva, há que se perquirir a divisão de atribuições entre os entes federativos, que tem respaldo constitucional, não se podendo imaginar que, no âmbito de um sistema, todos os entes devam ser igualmente responsáveis pelos mesmos serviços.</p> <p>A ausência de distinção entre as atribuições dos entes federativos no âmbito das ações coletivas é grave, pois impede que que estas sirvam à real organização dos serviços públicos de saúde, permitindo, por exemplo, que Municípios que são gestores plenos do sistema de saúde (e, portanto, recebem recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde) permaneçam sem estruturar os serviços de sua atribuição, por contarem com a condenação solidária do Estado à prestação do mesmo serviço. Além disso, essa ausência de distinção pode impor a utilização de recursos públicos em duplicidade para uma mesma finalidade e impedir que os entes utilizem os seus recursos para as ações de sua atribuição, para que constituam redes de serviços que, na verdade, já estavam sendo financiadas e estruturadas junto a outro ente.</p>
86	Vinicius Pacheco Fluminhan	Professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie / Advogado		Saúde Pública	No caso de ações reiteradas na mesma Comarca que apresentem pedidos de medicamentos, produtos ou procedimentos já previstos nas listas oficiais, recomenda-se ao magistrado dar ciência dos fatos aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, para que haja o devido controle social e governamental sobre a gestão do SUS junto aos demais poderes da república.	<p>A gestão do SUS deve ser democrática e descentralizada conforme exigência enfática da Constituição Federal (art. 194, § único, VII c/c art. 198, I e III). Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados essenciais para o exercício da democracia participativa e têm o dever de atuar não só na formulação de estratégias para as políticas de saúde como também de controlar a sua execução (art. 19, §2º, Lei 8.142/90). Com a edição da Lei Complementar 141/12, os Conselhos de Saúde ganharam mais poderes para bem cumprir a sua missão de fiscalizar a gestão do SUS. Desde então devem, entre outras atribuições, acompanhar a elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; verificar o cumprimento das metas estabelecidas na LDO; conferir a aplicação dos recursos mínimos em saúde; e controlar as transferências dos recursos aos Fundos de Saúde (art. 38). Atualmente as transferências de recursos dos Estados aos Municípios estão bem racionalizadas pela LC 141, pois adotam critérios objetivos ligados às necessidades da população nas dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde (art. 19). Portanto, se a judicialização em determinada Comarca apresenta demandas repetitivas envolvendo medicamentos, produtos ou procedimentos já previstos nas listas oficiais, a omissão do Poder Público é um sinal claro de má gestão. A expedição de ofícios aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde faz-se necessária, pois, para que tais órgãos exerçam os deveres previstos na Lei 8.142/90 e LC 141/12 e procurem identificar as causas da má gestão. A medida estimula o funcionamento dos Conselhos de Saúde e o controle da gestão do SUS local, deslocando a discussão das políticas pública para o foro próprio e colaborando diretamente para que futuras ações com os mesmos objetos sejam evitadas.</p>

87	Victor Aguiar de Carvalho	Procurador do Estado do Rio de Janeiro	PGE - RJ	Saúde Pública	A União deve integrar o polo passivo dos processos nos quais se requer o fornecimento de medicamento não padronizado nas listas do Sistema Único de Saúde	De acordo com o art. 19-Q da Lei 8080/90, compete ao Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC, a "incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica". Para tanto, é necessário que o CONITEC leve em consideração: a) as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; e b) a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas. Caso tais avaliações não redundem em resultado satisfatório, o medicamento não será incorporado. O pleito de medicamento não padronizado implica subversão da análise acurada realizada pelo Ministério da Saúde acerca de todos os aspectos previstos no art. 19-Q. Diante disso, a União deve participar do polo passivo da demanda, em sede de litisconsórcio necessário, pois consiste no ente a que se vincula a CONITEC, sendo, portanto, competente e mais capacitado para se manifestar acerca de todos os aspectos que envolvem o custeio público de tal ou qual produto, inclusive para fins de justificar sua eventual não-incorporação.
88	Victor Aguiar de Carvalho	Procurador do Estado do Rio de Janeiro	PGE - RJ	Saúde Pública	Não estão incluídos na competência dos juizados especiais da fazenda pública os casos em que se pretende o fornecimento de medicamento e/ou tratamento cujo custo anualizado supera o limite da competência dos referidos juizados	O direito à saúde depende, para a sua concretização, de dispêndio de vultosos recursos por parte do poder público. A padronização de medicamentos nas listas do SUS é tentativa de racionalização do dispêndio. Porém, como se sabe, uma significativa parcela das questões judicializadas diz respeito a medicamentos não padronizados em listas do SUS. Desta forma, para o cumprimento das determinações de fornecimento de medicamentos não padronizados, necessário se faz que o Poder Público desembolse, de imediato, valores significativos. Portanto, em virtude da necessidade de gastos imediatos por parte do Poder Público para que faça frente às decisões judiciais, não há como se confundir a obrigação de fornecimento de medicamento com a obrigação de fazer prevista no Código Civil (vide arts. 247 a 249). Resta claro, portanto, que as obrigações de fornecimento de medicamentos possuem, sim, um conteúdo patrimonial imediatamente apreciável, não se diferenciando, quanto à efetiva necessidade de gastos, de qualquer obrigação de pagar quantia certa. Do exposto, a submissão aos juizados especiais da fazenda pública de pleitos que representem a realização de tratamentos que, anualizados, superem o limite de competência daqueles juizados (art. 2º, caput e § 2º, Lei nº 12.153/2009), representa uma indiscutível subversão do escopo da criação dos próprios juizados.
89	Renato Dresch	Desembargador		Biodireito	Esgotadas todas alternativas de fecundação nasce o o direito público subjetivo a fecundação in vitro.	De acordo com o art. 3º da Lei 8.080/90: "Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social". A fecundação de inclui no bem estar físico mental que justifica a cobertura do SUS. Aliás, a Lei 9.263/1996 prevê cobertura de tratamento de fecundidade.
90	Laurence Tolentino Rezende Geraldes	Assessora Jurídica		Biodireito	A continuidade da gestação da mulher, que teve morte cerebral constatada, deve ser garantida, se for para salvar a vida do nascituro, quando a idade gestacional assim permitir.	Retirar ou suspender o tratamento de suporte vital de uma paciente grávida, com morte cerebral constatada, mas em idade gestacional não inicial, viola o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida em potencial do feto (consagrado no ECA, art. 7º, e na CF, art. 1º, III e art. 5º, caput), já que o corpo humano da gestante é meio imprescindível de desenvolvimento do nascituro. Há vida a ser protegida.
91	Leandro Queiroz e Laurence Geraldes	Assessores Jurídicos		Biodireito	Na relação médico-paciente, deve ser oportunizada a participação deste na tomada de decisão de seu tratamento, enquanto proprietário exclusivo de seu corpo, partes e funções, e responsável por sua própria vida, inadmitida, em qualquer circunstância, a realização de procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos degradantes ou desumanos.	Em regra, o esclarecimento sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, é um direito do paciente, bem como de ser informado sobre sua invasibilidade, duração do tratamento, seus benefícios e prováveis desconfortos, e dos possíveis riscos físicos, psicológicos, econômicos e sociais por que possa vir a passar. Há estudos científicos que indicam que a falta de informações apropriadas sobre a doença e seus tratamentos pode ser uma das razões pelas quais os pacientes se sentem desconfortáveis quando são estimulados a participar no processo de tomada de decisão, se submetendo muitas vezes a procedimentos que atentam contra a sua dignidade física e moral.
92	Leandro Queiroz	Assessor Jurídico		Biodireito	Deve ser respeitada a liberdade de consciência e de crença nos procedimentos médicos-ambulatoriais e hospitalares, em observância ao art. 5º, inciso IV, da Constituição da República de 1988.	Há casos em que o paciente, por razões religiosas ou de convicção pessoal, opõe-se a determinado tratamento, colocando a própria vida em risco. Nestes casos, há que se fazer uma ponderação entre a preservação da vida e a preservação de uma vida digna, pois a submissão ao tratamento pode implicar em afronta à dignidade do paciente. Se o paciente manifesta, de forma consciente, que prefere não se tratar a se submeter a determinado tratamento, deve ser respeitada a sua vontade, aplicando-se o art. 5º, inciso IV, da Constituição da República de 1988, pelo qual "VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;"

93	Leandro Queiroz	Assessor Jurídico	Biodireito	<p>As informações constantes do receituário médico devem ser claras e adequadas ao entendimento do paciente, em letra legível, discriminando a enfermidade pelo nome e não somente por seu código na Classificação Internacional de Doenças - CID, assim como a terapêutica e a denominação genérica do medicamento prescrito.</p>	<p>A Portaria nº 344/1998 da ANVISA define a receita médica como "prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado". Se a receita se destina ao paciente, as informações nela contidas devem ser claras e acessíveis a ele, sabendo-se que falta de informações claras no receituário médico pode comprometer o tratamento e a saúde do paciente.</p> <p>Extrai-se do Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica, de autoria de Célia Maria Dias Madruga e Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza, que "O seguimento dos princípios básicos do relacionamento médico-paciente transmite ao paciente segurança e consequentemente adesão à prescrição médica. É necessário transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas. A falta de conhecimento sobre os medicamentos coloca em risco a saúde do paciente e a credibilidade do profissional". (informação extraída do site http://www.periciamedicadef.com.br/publicacoes/manual_prescricao_medica.pdf)</p> <p>A informação com o nome genérico do medicamento, atendendo-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI), possibilita ao paciente a utilização de medicamento com um custo menor ou de fornecimento gratuito pela rede pública de saúde, não se vinculando a determinado laboratório.</p> <p>Assim, as informações claras e adequadas na prescrição médica são de extrema importância na relação médico-paciente.</p>
----	-----------------	-------------------	------------	--	--