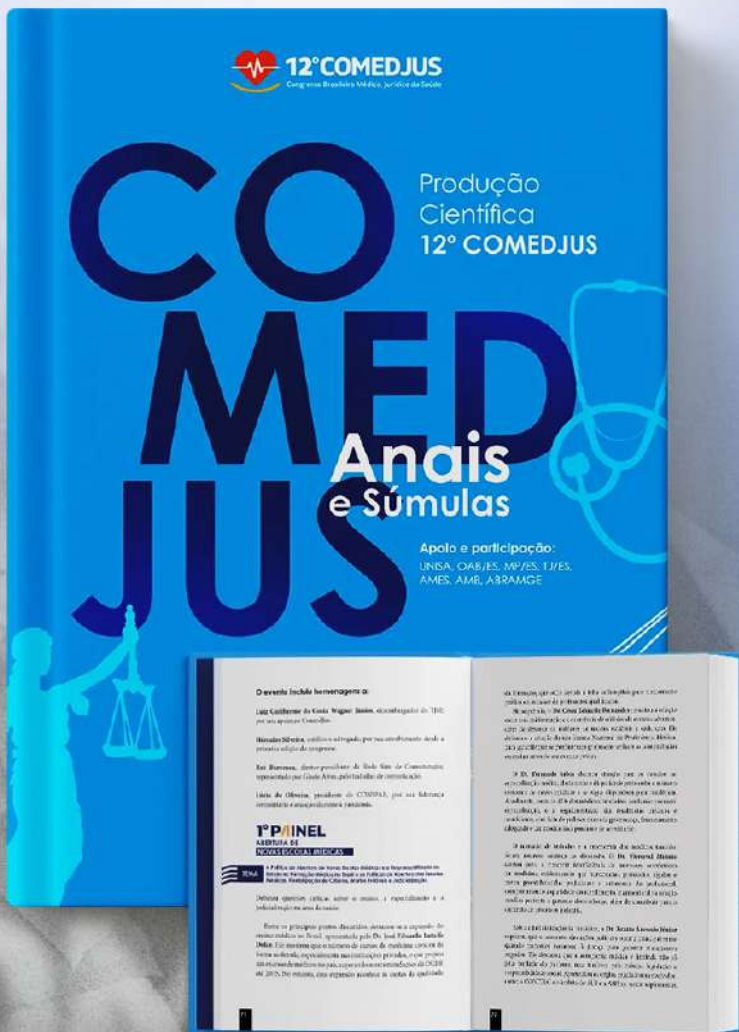


Anais e Súmulas do 12º COMEDJUS





12º COMEDJUS

Congresso Brasileiro Médico, Jurídico da Saúde

COMEDJUS

Produção
Científica
12º COMEDJUS

Anais e Súmulas

Apoio e participação:

UNISA, OAB/ES, MP/ES, TJ/ES,
AMES, AMB, ABRAMGE

Promoção e organização:

ABRAGES

Agência Brasileira de Gestão Social e Tecnologia

03, 04 e 05 DE SETEMBRO DE 2025

CH 36 H



Agradecimentos especiais

Há homens que lutam um dia e são bons, há outros que lutam um ano e são melhores, há os que lutam muitos anos e são muito bons. Mas há os que lutam toda a vida e estes são imprescindíveis.

Bertolt Brecht

César Eduardo Fernandes – AMB
Georghio Alessandro Tomelin – UNISA
Gustavo Ribeiro – ABRAMGE
Isabel Maria Salustiano Arruda Porto – MP/CE
Fabricio Gaburro – AMES
Ruy Baromeu – Rede Sim de Comunicação
Fabio Hirota – Athena Saúde
Thiago Hoffman – SESA
Luciana Andrade – MP/ES
Marcos Paulo Novaes – ABRAMGE
Grécio Nogueira Grégio – TJ/ES
Cristiano Araujo – SESA
Luiz Claudio Allemand – OAB
Luiz Guilherme da Costa Wagner Junior – TJ/SP
Jorge Henrique Valle dos Santos – TJ/ES
Hercules Silveira – CSCVV
Luciene Efigênio – SESA
Eduardo Alvares de Carvalho - FONAJUS

JUSTIÇA
SAÚDE

Corpo Editorial

Clenir Sani Avanza
Fabiana Campos Franco
Yasmin Rebonato Fraga
Francesca Sani Avanza Ramos
Fabrício Teixeira Gaburro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Congresso Médico, Jurídico da Saúde (12 : 2025 :
Vitória, ES)

Anais e súmulas do 12º COMEDJUS [livro
eletrônico]. -- 1. ed. -- Vitória, ES : ABRAGES,
2025.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-94367-05-1

1. Direito - Congressos 2. Ética profissional -
Leis e legislação - Brasil 3. Médicos - Formação
profissional 4. Saúde pública I. Título.

25-318174.0

CDU-34:351.77

Índices para catálogo sistemático:

1. Direito da saúde 34:351.77

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



Sumário

APRESENTAÇÃO DOS ANAIS E SÚMULAS DO 12º COMEDJUS ..7	
PARTICIPAÇÕES ESPECIAIS	8
AGRADECIMENTOS	9
ORGANIZAÇÃO	10
CONFERENCISTAS	11
EXPOSITORES, DEBATEDORES E PRESIDENTES DE MESA.....	11
ARTIGOS CIENTÍFICOS SELECIONADOS	16
Responsabilidade penal do médico à luz do esclarecimento e do consentimento informado.....	18
A (im)possibilidade de elaboração de diretivas antecipadas de vontade por crianças e adolescentes	23
A (in)viabilidade jurídico-sanitária da venda de medicamentos em supermercados no Brasil – uma análise normativa, técnica e comparada das propostas legislativas de flexibilização da dispensação de MIPs....	30
Entre a defesa e o dever: o dilema da medicina defensiva	34
O direito e a segurança do paciente: governança clínica, responsabilidade objetiva e transparência como fundamentos para a qualidade assistencial no SUS.....	41
O serviço público de saúde e o setor privado: suas relações e questões sobre a complementariedade	45

Paradigma da participação: o voto do paciente na Conitec (Lei 15.120/2025) e a transformação do acesso à saúde no SUS, sob perspectiva jurídico-regulatória e comparada (FDA, EMA, NICE)... 49

Súmulas e resumos das principais exposições temáticas do COMEDJUS 61

Primeiro Painel: Abertura de Novas escolas médicas..... 64

Segundo Painel: Judicialização da Saúde Fonajus..... 66

Terceiro Painel: Federalismo sanitário e as decisões das cortes superiores. Temas 1234, tema 793 e tema 500 do STF 75

Quarto Painel: O gestor da saúde entre o orçamento e a judicialização. Medicamentos e procedimentos raros de alto custo: Direito, avesso e sustentabilidade 81

Quinto Painel: Perspectivas Jurídicos Sanitárias da Saúde Materno-Infantil..... 85

Sexto Painel: Saúde Suplementar, Medicina de grupo, planos e operadoras de saúde. Fatores estruturais, regulatórios e de impacto na Judicialização da saúde e sustentabilidade do setor..... 90

Sétimo Painel: Impactos econômicos, orçamento e judicialização da cobertura e incorporação de lato custo 97

Conclusão 100

Apresentação dos anais e súmulas do 12º Comedjus

Clenir Sani Avanza

Coordenadora Científica , Advogada Sanitarista,
Especialista e Mestre em Políticas de Saúde

Apresentamos os Anais do 12º Congresso Brasileiro Médico-Jurídico da Saúde – COMEDJUS, realizado em Vitória/ES, nos dias 03, 04 e 05 de setembro de 2025. Este Congresso consolidou-se como um espaço plural e indispensável de diálogo entre o Direito e a Medicina, promovendo reflexões críticas e construtivas sobre os desafios da judicialização da saúde, os direitos fundamentais, a sustentabilidade dos sistemas públicos e privados e as inovações tecnológicas que impactam diretamente a vida dos cidadãos.

Os trabalhos científicos aqui reunidos traduzem o esforço acadêmico, técnico e investigativo de pesquisadores, profissionais da saúde, juristas e estudantes que, com rigor e dedicação, contribuíram para o fortalecimento do debate interdisciplinar. Eles refletem a diversidade de olhares e a seriedade de quem acredita que ciência, justiça e saúde devem caminhar juntas na construção de soluções éticas e efetivas.

As súmulas das discussões apresentadas nesta coletânea são fruto dos intensos painéis, mesas e conferências que marcaram o 12º COMEDJUS. Elas sintetizam não apenas as ideias debatidas, mas sobretudo o espírito de cooperação que guiou este Congresso: a busca coletiva por caminhos que tornem o acesso à saúde mais justo, equânime e democrático.

Participações especiais

Ministro do Superior Tribunal Federal – STF

André Luiz de Almeida Mendonça

Ministra do Tribunal Superior Eleitoral – TSE

Vera Lucia Santana Araújo

Conselheira do Conselho Nacional de Justiça e Coord do FONAJS

Daiane Nogueira de Lira

Desembargador do TJ-ES e Coordenador do Comitê de Saúde – CNJ

Jorge Henrique Valle dos Santos

Desembargador do Tribunal de Justiça de SP

Luiz Guilherme da Costa Wagner Junior

Presidente da Comissão de Saúde CMVV

Dr. Hercules Silveira

Subprocuradora Geral de Justiça Institucional do MPES

Luciana Andrade

Procuradora de Justiça do MPCE

Isabel Maria Salustiano Arruda Porto

Desembargadora do TJ-SP , Coordenadora do Comitê de Saúde /CNJ

Monica Serrano

Desembargadora TJ-ES

Janete Vargas Simões

Agradecimentos

A Comissão Organizadora e Científica do 12º COMEDJUS expressa sua profunda gratidão a todos que tornaram este evento possível:

- Aos palestrantes e expositores, que generosamente compartilharam seu conhecimento e experiência;
- Aos autores dos trabalhos científicos, que abrilhantaram os anais com pesquisas de alta relevância;
- Aos congressistas e debatedores, cuja presença e participação ativa foram essenciais para o êxito das discussões;
- Às instituições apoiadoras e patrocinadoras, que acreditaram na importância de promover um espaço de diálogo interdisciplinar;
- Às equipes técnicas e de apoio, pelo empenho e dedicação em cada detalhe da organização.

Reiteramos que o COMEDJUS é, acima de tudo, uma obra coletiva. Sua longevidade e relevância, agora em sua 12ª edição, são fruto da confiança e do compromisso de todos aqueles que reconhecem que o direito à saúde é também o direito à vida e à dignidade humana.

Que os presentes Anais e Súmulas possam servir como fonte de inspiração, registro histórico e instrumento de transformação para profissionais, gestores e estudiosos comprometidos com a defesa intransigente da saúde e da justiça.



AGRADECIMENTOS

Coordenação Científica

Clenir Sani Avanza
Georghio Alessandro Tomelin

Comissão Científica

Silvio Serrano
Fabrício Gaburro Teixeira
Marcos Paulo Novaes
Maria Isabel Arruda Porto
Rafael Lazzari
Francesca Sani Avanza Ramos
Eduardo Merlo Amorim
Fernando Mânica
Yasmin Rebonato Fraga
Ronaldo Jorge Ferreira
Fabiana Franco
Jairo Santana

Comissão Organizadora

Hercules Silveira
Francesca Avanza
Rafael Lazzari
Clenir Sani Avanza
Yasmin Rebonato
Ronaldo Jorge Ferreira
Mariana Ernandes
Fabiana Franco

Conferencistas

Ministro do Supremo Tribunal Federal **André Mendonça**
Ministra do Tribunal Superior Eleitoral **Vera Lucia**

Expositores, Debatedores e Presidentes de Mesa

Abertura Oficial:

Presidente do 12º COMEDJUS: Dr. Fabrício Otavio Teixeira Gaburro –
Presidente da AMES

Presidente de Honra: Dra. Luciana Andrade – Subprocuradora-Geral de
Justiça Institucional do MPES

Vice- Presidente: Isabel Maria Salustiano Arruda Porto – Procuradora de
Justiça – MPCE , Presidente da AMPASA

Palestrante de Abertura: Dra. Clenir Sani Avanza – Presidente da
Associação Brasileira de Advogados da Saúde (ABRAS)

Autoridades Presentes

Dra. Érika Neves – Presidente da OAB/ES

Dr. Lorenzo Pazolini – Prefeito de Vitória

Des. Samuel Meira Brasil – Presidente do TJES

Dr. Renato Casagrande – Governador do Estado

Dr. Eduardo Merlo Amorim – Presidente da Comissão Nacional de
Direito Médico da OAB

Conferência de Abertura:

Conferencista: Ministra Vera Lúcia Santana Araújo – TSE, Vice-Diretora da Escola Judiciária Eleitoral

Homenagens Especiais:

Coordenação: Isabel Maria Salustiano Arruda Porto – Procuradora de Justiça (MPCE), Presidente da AMPASA

Homenageados:

Dr. Hércules Silveira – Médico e Presidente da Comissão de Saúde de Vila Velha

Dr. Luiz Guilherme da Costa Wagner Junior – Desembargador TJSP

Lúcia de Oliveira – Presidente do CONSPAR

Rui Baromeu – Diretor-Presidente da Rede SIM de Comunicação

1º Painel – Abertura de Escolas Médicas:

Presidente da Mesa: **Dr. Cesar Eduardo Fernandes** – Presidente da AMB

Debatedor: **Dr. Alexandre Santiago** – Desembargador TJMG / CNJ

Expositores:

Dr. José Eduardo Lutaif Dolci – Diretor Científico da AMB

Dr. Fernando Sábia Tallo – Diretor da AMB

Dr. Florisval Meinão – Secretário-Geral da AMB

Dr. Renato Azevedo Júnior – Diretor de Qualidade Assistencial da SOCESP

2º Painel – Judicialização da Saúde (FONAJUS):

Presidente da Mesa: Daiane Nogueira de Lira – Advogada da União, CNJ

Debatedor: Bruno Gomes Benigno Sobral – Juiz TJCE

Expositores:

Ana Cláudia Brandão de Barros Correia – Juíza TJPE

Eduardo Álvares de Carvalho – Médico e Juiz Corregedor TJR-RR

Thiago de Oliveira Costa Pires – Promotor MA

Amanda Flávio de Oliveira – Professora da UnB

Conferência Especial:

Des. Jorge Henrique do Valle – Coordenador do Comitê de Saúde do CNJ/TJES

3º Painel – Federalismo Sanitário e Cortes Superiores:

Presidente da Mesa: Júlio César Costa de Oliveira – Desembargador TJES

Expositores:

Dr. Fernando Borges Manica – USP / UFPR / FGV

Dr. Richard Pae Kim – Juiz TJSP / CNJ

Dra. Élide Graziane – Procuradora do MPC-SP / Professora FGV

Dr. Renato Luiz Dresch – Desembargador TJMG

Dra. Paula Fernanda Almeida de Pazolini – Promotora MPES

4º Painel – Gestor da Saúde e Judicialização:

Presidente da Mesa: Des. Marianne Júdice de Mattos – TJES

Debatedor: Dra. Luciana Andrade – MPES

Expositores:

Dr. Josimário João da Silva – Professor UFPE

Dr. Georghio Alessandro Tomelin – Professor UNISA

Dr. Tyago Ribeiro Hoffmann – Secretário de Saúde do ES

Dra. Vanessa Matalobos – Médica Neurologista / SBEC

5º Painel – Saúde Materno-Infantil:

Presidente da Mesa: Des. Janete Vargas Simões – TJES

Debatedor: Dra. Érika Neves – Presidente da OAB/ES

Expositores:

Dra. Francesca Sani Avanza Ramos – Advogada / Mestranda UNISA

Dra. Fábila Nilci Santana de Souza – Promotora MP-AP

Dra. Maria Gabriela Agapito – Defensora Pública / NUDEM-ES

Dr. Marcio Almeida – Médico Ginecologista e Obstetra

Jornada Científica:

Presidente: Dr. Silvio Gabriel Serrano Nunes – Professor UNISA

6º Painel – Saúde Suplementar e Planos de Saúde:

Presidente da Mesa: Des. Mônica Serrano – TJSP / CNJ

Debatedor: Dr. Cássio Ide Alves – Diretor Médico ABRAMGE

Expositores:

Dr. Juan Paulo Haye Biazevic – Juiz TJSP

Dr. Denizar Viana – Professor UERJ

Dr. Paulo Jorge Rascão Cardoso – Diretor Executivo Athena Saúde

Dr. Renato Casarotti – Vice-Presidente ABRAMGE

7º Painel – Impactos Econômicos e Judicialização

Presidente da Mesa: Dr. Grécio Nogueira Grégio – Juiz TJES

Debatedor: Dr. Bruno Sobral de Carvalho – Diretor FENASAÚDE

Expositores:

Dr. Marcos Paulo Novais – Diretor Executivo ABRAMGE

Dr. Luiz Cláudio Allemand – Conselheiro Federal da OAB

Conferência Magna de Encerramento

Conferencista: Ministro André Luiz de Almeida Mendonça – Supremo Tribunal Federal

SAÚDE 
JUSTIÇA 

Artigos Científicos Selecionados

12º COMEDJUS



Artigos Científicos Seleccionados

A Comissão Científica de Submissão e Avaliação, composta pelos ilustres professores doutores Prof. Silvio Gabriel Serrano Nunes (UNISA), Prof. Fernando Borges Manica (Universidade Positivo - PR), Prof. Jairo Santana (Centro Universitário de Imperatriz - UNIFACIMP WYDEN - MA), Profa. Roberta Paganini Toledo (UNIP Hospital Albert Einstein), Prof. Josimário João da Silva (UFPE) e Prof^a. Fabiana Campos Franco (Laprosc -UFES), teve a árdua tarefa de avaliar rigorosamente os trabalhos submetidos por meio de um processo duplo de pareceristas (peer review).

Neste contexto, foram selecionados trabalhos que destacam a relevância, originalidade, rigor metodológico e aplicabilidade prática nas linhas temáticas do congresso: Direito Médico e Direito à Saúde; Inovações e Inteligência Artificial aplicadas à Saúde; Judicialização das Políticas de Saúde; Economia da Saúde; Financiamento e Orçamento do SUS; e Aspectos Jurídicos do Ensino em Saúde.

Os artigos aqui reunidos refletem o fortalecimento do diálogo interdisciplinar e a promoção de políticas públicas mais efetivas e humanizadas. A publicação dos Anais do COMEDJUS 2025 tem o objetivo de ampliar o alcance dessas contribuições, fomentando novas reflexões e pesquisas voltadas à melhoria dos sistemas de saúde e justiça em nosso país.

Agradecemos a todos os autores, pareceristas, membros da comissão científica e demais colaboradores que tornaram possível a realização deste evento e a compilação deste importante material científico.

Comissão Científica do 12º Congresso Brasileiro Médico-Jurídico da Saúde (COMEDJUS 2025)

Responsabilidade

penal do médico à luz do
esclarecimento e do
consentimento informado.

1ª

PESQUISA

Responsabilidade penal do médico à luz do esclarecimento e do consentimento informado.

Alyne Priscila De Souza Da Costa Queiroz

Everton Lúcio

Fabio Llimona

Patrícia de Souza Castro

Rafael Bonassa Faria

Resumo

O consentimento informado é, no cenário contemporâneo, um dos pilares da boa prática médica e da proteção do paciente. Longe de ser mero documento formal, trata-se de um instrumento que traduz a autonomia do sujeito e a legalidade do ato médico. Com o crescimento da judicialização da saúde e a introdução de tecnologias invasivas, como a inteligência artificial diagnóstica, os sistemas automatizados e condutas clínicas remotas, cresce também a relevância jurídica do dever de informação. O médico que intervém sem explicar riscos, alternativas e consequências pode incorrer em ilícitos penais como lesão corporal, falsidade ideológica ou estelionato, especialmente se a conduta for motivada por omissão intencional ou má-fé.

O presente trabalho analisa as consequências penais da ausência ou insuficiência do consentimento informado, a partir da doutrina, jurisprudência brasileira e comparação com o modelo normativo português, que já reconhece expressamente o consentimento como excludente de ilicitude. A ausência de parâmetros nesse campo agrava violações já naturalizadas. O estudo propõe o fortalecimento do CI como garantia penal, bioética e institucional, em prol da autodeterminação do paciente e da segurança jurídica da medicina. O trabalho insere-se na linha temática “Direito Médico e Direito à Saúde” e propõe uma reflexão necessária para um tempo em que o corpo e a vontade do paciente não podem mais ser ignorados.

Introdução

Nos últimos anos, o sistema de saúde brasileiro vivencia um cenário de transformação e tensão. Por um lado, observa-se o avanço de tecnologias médicas, a informatização da prática clínica, o uso crescente da inteligência artificial em diagnósticos e tratamentos, e a popularização de plataformas de telemedicina. Por outro, cresce a judicialização da saúde, a desconfiança do paciente e o receio dos profissionais quanto à responsabilização penal. Nesse contexto de alta complexidade, emerge com força o debate sobre o consentimento informado (CI), não mais como um protocolo burocrático, mas como verdadeiro elemento jurídico estruturante da relação médico-paciente.

A ideia de que o paciente tem o direito de conhecer, recusar ou autorizar intervenções sobre seu próprio corpo decorre de princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana, a liberdade individual e o direito à saúde. No entanto, quando esse direito é desrespeitado, seja por omissão, generalidade ou manipulação da informação, abre-se espaço para responsabilização criminal do profissional, inclusive por tipos penais clássicos, como lesão corporal, falsidade ideológica ou estelionato. O simples ato de operar, prescrever ou internar sem consentimento válido pode, em certas circunstâncias, configurar ilícito penal.

Apesar da relevância, o tema ainda carece de tratamento específico na legislação penal brasileira. O consentimento do paciente, embora reconhecido na bioética e no direito civil, ainda não figura expressamente como causa excludente de ilicitude. O modelo português, por exemplo, já positivou essa previsão no art. 38º do Código Penal, refletindo uma evolução que o Brasil ainda não alcançou. Essa lacuna compromete a segurança jurídica de médicos e pacientes, tornando o exercício da medicina refém de interpretações judiciais variáveis.

A falta de protocolos específicos contribui para decisões unilaterais que podem violar o corpo e a vontade do paciente, sem qualquer responsabilização objetiva.

Este trabalho propõe, assim, uma análise crítica e interdisciplinar do

consentimento informado, buscando compreender seu impacto no campo penal e sua função protetiva em tempos de medicina tecnológica, pacientes empoderados e profissionais pressionados. O consentimento não é uma formalidade, é uma salvaguarda jurídica, ética e humana.

Objetivo

Analisar as repercussões penais decorrentes da ausência, falha ou fraude no dever de informação por parte do médico, observando como o consentimento informado influencia a validade jurídica do ato médico e pode ser determinante para a responsabilização criminal nas esferas de lesão corporal, falsidade ideológica, estelionato ou exercício arbitrário das próprias razões.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de base documental, com análise doutrinária, jurisprudencial e comparada. Foram utilizados artigos científicos, decisões judiciais e legislações nacionais e estrangeiras, especialmente da Alemanha, Portugal e Brasil. Constatou-se uma lacuna normativa no ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo no campo penal, ao não prever expressamente o consentimento como excludente de ilicitude, diferentemente do modelo adotado em Portugal.

Resultados e discussão

A jurisprudência nacional já reconhece, por exemplo, que a falta de consentimento informado pode resultar em lesão corporal culposa (TJSP – Processo 1500576-34.2019.8.26.0007), falsidade ideológica (Art. 299 do CP) e até estelionato (Art. 171 do CP), quando o médico omite intencionalmente informações para garantir a adesão ao procedimento. A ausência de esclarecimento vicia a vontade do paciente e torna sua autorização ineficaz, ferindo sua autodeterminação.

Comparativamente, o Código Penal Português (art. 31º e 38º) prevê

expressamente o consentimento do titular do bem jurídico como causa excludente de ilicitude, o que ainda não ocorre no Brasil. Essa diferença revela o atraso legislativo brasileiro diante de um cenário onde o paciente deve estar no centro da decisão médica.

No campo da psiquiatria, a ausência de debates jurídicos específicos sobre o CI escancara o risco de se perpetuar uma medicina ainda pautada pela tutela e não pela autonomia. Pacientes internados compulsoriamente ou submetidos a tratamentos invasivos muitas vezes não têm seus direitos básicos respeitados, e a ausência de normas claras contribui para violações silenciosas.

Conclusão

O consentimento informado deve ser compreendido como muito mais que um documento assinado: é um exercício da dignidade humana, e sua violação pode configurar crime. A responsabilização penal do médico que negligencia o dever de informar precisa ser melhor definida na legislação brasileira, de forma a equilibrar a proteção da autonomia do paciente e a segurança do ato médico.

Além disso, a ausência de jurisprudência específica no campo da psiquiatria acende um alerta: pacientes psiquiátricos permanecem invisibilizados, sem o devido reconhecimento de seus direitos à informação e autodeterminação. A omissão normativa e judicial nesse campo contribui para um cenário de violência estrutural, em que a ausência do CI perpetua o ciclo de medicalização sem escuta, e de decisões clínicas sem respaldo jurídico legítimo.

Diante da ausência de previsão legal expressa no ordenamento jurídico brasileiro, observa-se a possibilidade de desenvolvimento normativo quanto à caracterização do consentimento informado como causa excludente de ilicitude, à semelhança de modelos adotados em ordenamentos europeus. A valorização da vontade livre e esclarecida do paciente pode contribuir para maior segurança jurídica na prática médica, ao mesmo tempo em que delimita, com mais precisão, os contornos da responsabilidade penal no exercício da profissão.

A (im)possibilidade

de elaboração de diretivas
antecipadas de vontade
por crianças e adolescentes

2ª

PESQUISA

A (im)possibilidade de elaboração de diretivas antecipadas de vontade por crianças e adolescentes.

Carlos Cristiano Meneghin de Oliveira

Resumo

A elaboração das Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV) no Brasil encontra seu principal fundamento na Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece os princípios e parâmetros para a confecção desses documentos, instrumentos pelos quais o paciente expressa sua vontade quanto a tratamentos futuros. Essa norma, contudo, não define uma idade mínima para a elaboração das DAVs, o que abre espaço para o debate sobre a possibilidade de crianças e adolescentes, em determinadas condições de saúde, manifestarem antecipadamente suas vontades.

A questão da capacidade para elaborar DAVs também é abordada em pareceres técnicos, como o Parecer CREMEB nº 10/2019, e encontra respaldo no artigo 1.860, parágrafo único, do Código Civil, que estabelece que a capacidade testamentária tem início aos 16 anos de idade. Tal previsão, entretanto, limita a participação ativa de crianças e adolescentes com doenças graves ou restrições de saúde no planejamento antecipado de seus cuidados, uma vez que não alcançam o marco legal necessário para conferir validade a esses documentos.

Por outro lado, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em harmonia com a Constituição Federal de 1988, que elevou esse público à condição de sujeitos de direitos, reconhece a participação obrigatória de crianças e adolescentes em decisões que impactem significativamente suas vidas. O ECA assegura o direito de serem ouvidos e enfatiza o princípio do melhor interesse, que orienta a consideração das melhores condições possíveis para o desenvolvimento e bem-estar do menor.

Esse reconhecimento legal evidencia a necessidade de analisar de forma mais ampla e sensível a participação de jovens na elaboração das DAVs, respeitando sua capacidade de compreensão e seu direito à autodeterminação. Trata-se de um hard case jurídico e bioético, em que o equilíbrio entre o respeito à autonomia individual e a proteção baseada na beneficência se torna especialmente complexo.

Portanto, a discussão sobre a possibilidade de crianças e adolescentes elaborarem DAVs não deve ser tratada de maneira simplista, mas sim contextualizada, considerando suas particularidades e garantindo o direito à participação consciente, sempre com vistas à dignidade humana e ao planejamento ético de sua própria vida.

Introdução

No ordenamento jurídico brasileiro, a autonomia da vontade da pessoa nunca é absoluta, sofrendo limitações legais que variam conforme a natureza da situação mesmo sendo ora princípio constitucional, ora princípio da bioética. A Bioética e o Direito Médico tentam orientar essas questões, mas ainda são áreas recentes e não fornecem subsídios completos para regulamentar a autonomia individual. Muitas vezes, decisões são tomadas por terceiros, como familiares, prejudicando a autonomia do paciente, o que contraria princípios bioéticos e direitos fundamentais reconhecidos internacionalmente.

Este dilema acaba se sobressaindo quando se trata de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) e a sua capacidade para elaboração. De um lado, há a autonomia do indivíduo, como o resguardo de sua saúde e integridade físico, e que deve ser respeitada pelos profissionais de saúde. Do outro, há a atuação destes profissionais que prezam pela beneficência e a busca da melhor técnica para o devido cuidado a integridade do indivíduo.

Para indivíduos considerados como capazes, isto é, maiores de dezoito anos e sem nenhuma limitação em sua autonomia, a elaboração das DAVs não encontra empecilhos para a sua elaboração e validade do documento. Contudo, tratando-se de crianças e adolescentes, sua incapacidade ora é

derivada pelo próprio Código Civil, ora por normativas infralegais, como resoluções e pareceres do Conselho Federal de Medicina.

Apesar da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhecerem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, sua autonomia é frequentemente relativizada, especialmente na área da saúde, onde médicos tendem a seguir a vontade dos responsáveis, mesmo contra os interesses dos próprios menores, demonstrando um verdadeiro paternalismo médico, alinhada com o não reconhecimento de indivíduos como sujeitos em si.

Esta determinação de escolhas por terceiros traz ofensas diretas a toda a questão da principiologia da Bioética, mas não apenas a esta ciência. Há também ofensas aos próprios direitos da personalidade e direitos fundamentais do indivíduo. E a nível internacional, pode-se falar também em dano ao projeto de vida dos indivíduos, a partir de uma ingerência indevida do Estado na vida privada da própria pessoa.

Portanto, busca-se analisar se, de fato, crianças e adolescentes não possuem a capacidade para a elaboração de DAVs que interferirão em seu planejamento de saúde, ou se esta incapacidade tem como pano de fundo um paternalismo médico que busca respaldo em interesses de terceiros.

Objetivos

Os objetivos a serem buscados nesse contexto devem priorizar o respeito à autonomia da vontade individual, reconhecendo que, embora essa autonomia não seja absoluta, ela deve ser protegida dentro dos limites legais e éticos. É fundamental aprimorar a regulamentação e os instrumentos jurídicos relacionados à autonomia em saúde, especialmente no que concerne às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), garantindo que os desejos do paciente sejam devidamente respeitados e considerados pelos profissionais de saúde.

Além disso, deve-se buscar o equilíbrio entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência, de modo que a atuação médica preserve a integridade física e a dignidade do paciente sem suprimir sua voz ou impedir

a manifestação das suas vontades legítimas.

Busca-se também a promoção e a proteção efetiva dos direitos das crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos plenos, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e no ECA, bem como superar o paternalismo médico que, muitas vezes, limita a autonomia desses indivíduos e coloca em segundo plano seus interesses e direitos fundamentais., que incluem à dignidade, à liberdade de escolha e ao planejamento pessoal em matéria de saúde, prevenindo a ingerência indevida e protegendo o projeto de vida desses sujeitos.

Metodologia

Para alcançar esses objetivos, utilizou-se uma metodologia baseada em pesquisa biográfica para a elaboração da pesquisa, complementada por pesquisa legislativa que abarca a propedêutica médica, permitindo uma compreensão aprofundada dos dispositivos legais aplicáveis.

Resultados e discussão

A discussão passível a partir do texto apresentado envolve o equilíbrio entre a proteção da autonomia individual e as limitações legais e éticas impostas no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente no contexto das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).

Inicialmente, destaca-se a tensão entre a valorização da autonomia do paciente, enquanto expressão de sua vontade sobre tratamentos futuros, e a atuação dos profissionais de saúde, que, com base no princípio da beneficência, podem assumir decisões visando o melhor cuidado, ainda que isso implique alguma restrição à autonomia.

Tal conflito é especialmente evidenciado no caso de crianças e adolescentes, cuja capacidade para elaboração de DAV é questionada pela legislação e normativas infralegais, criando um cenário onde o paternalismo médico frequentemente prevalece, relegando esses indivíduos a uma posição de menor protagonismo no que tange às decisões sobre sua saúde.

Outro ponto central da discussão refere-se à aparente contradição entre o reconhecimento constitucional e estatutário das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos plenos e a prática cotidiana que limita sua autonomia, particularmente em contextos médicos.

Isso revela um desafio ético e jurídico: como assegurar a proteção desses grupos vulneráveis sem desconsiderar sua capacidade de autodeterminação proporcional à sua maturidade e entendimento? Este dilema envolve também aspectos da bioética, da legislação sobre direitos da personalidade e dos compromissos internacionais relacionados ao respeito ao projeto de vida e à privacidade do indivíduo.

Discute-se, neste momento, por quais motivos se a incapacidade legal reflete, de fato, a uma proteção legítima ou se encobre um paternalismo que busca justificar decisões de terceiros, tais como familiares e médicos, potencialmente em conflito com os interesses e direitos fundamentais dos próprios infantes.

Conclusão

Diante da análise realizada, pode-se concluir que a possibilidade de elaboração de DAVs por crianças e adolescentes encontra respaldo tanto na evolução do ordenamento jurídico quanto nos princípios da bioética e dos direitos humanos. A Constituição Federal de 1988 e o ECA reconhecem crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, demandando o respeito progressivo à sua autonomia conforme seu desenvolvimento e capacidade de discernimento.

A exclusão sumária da participação desses indivíduos em decisões sobre sua própria saúde, especialmente mediante DAVs, traduz um resquício de paternalismo que desconsidera os avanços na tutela da autonomia infantojuvenil.

Além disso, a bioética contemporânea valoriza o respeito à vontade do paciente e à sua dignidade, sugerindo ser necessário um olhar

individualizado e participativo sobre a capacidade de manifestação desses jovens, especialmente em contextos de doenças crônicas ou terminais. Ao permitir que crianças e adolescentes, acompanhados por responsáveis e profissionais de saúde, participem ativamente da elaboração de DAV, promove-se não só a proteção integral prevista em lei, mas também se preservam direitos fundamentais como o desenvolvimento do projeto de vida, a privacidade e a liberdade de escolha.

Portanto, o reconhecimento da capacidade progressiva dos menores para tomar decisões sobre seu próprio tratamento representa importante avanço na superação do paternalismo médico, fortalecendo a proteção à dignidade e autonomia destes sujeitos em situação peculiar de desenvolvimento.

SAÚDE



A (in)viabilidade

jurídico-sanitária da venda
de medicamentos em
supermercados no Brasil – uma
análise normativa, técnica e
comparada das propostas
legislativas de flexibilização
da dispensação de MIPs.

3ª

PESQUISA

A (in)viabilidade jurídico-sanitária da venda de medicamentos em supermercados no Brasil – uma análise normativa, técnica e comparada das propostas legislativas de flexibilização da dispensação de MIPs.

Patrícia de Souza Castro

Resumo

Este artigo analisa criticamente as propostas legislativas que visam autorizar a venda de medicamentos isentos de prescrição médica (MIPs) em supermercados e congêneres no Brasil. A partir de uma abordagem jurídico-sanitária, com base em normas constitucionais, legislação infraconstitucional, jurisprudência consolidada e diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), conclui-se que tais propostas representam um retrocesso em termos de segurança sanitária, política pública e proteção da saúde coletiva. Aponta-se a inconstitucionalidade material, o conflito com o ordenamento jurídico vigente e os riscos à saúde pública associados à ausência de assistência farmacêutica qualificada. Ao final, defende-se a rejeição integral das propostas, com base em argumentos técnicos, jurídicos e comparativos.

Introdução

O artigo introduz a temática da tentativa legislativa de liberar a venda de medicamentos isentos de prescrição em supermercados no Brasil, contextualizando historicamente as proposições legislativas e destacando os riscos potenciais à saúde pública e ao ordenamento jurídico-sanitário nacional.

O presente trabalho analisa criticamente as propostas legislativas em trâmite no Congresso Nacional que visam liberar a venda de medicamentos isentos de prescrição (MIPs) em supermercados e congêneres. O estudo apresenta uma abordagem jurídico-sanitária fundamentada em normas

constitucionais, infraconstitucionais e internacionais, além de jurisprudência consolidada. Destaca-se que tais propostas violam princípios fundamentais do direito à saúde, comprometem a segurança do paciente e desestruturam a assistência farmacêutica como política pública. A análise compara experiências internacionais, reafirmando que a dispensação deve ocorrer sob orientação de profissional habilitado. Ao final, propõe-se a rejeição integral das propostas, sustentada em critérios técnicos e jurídicos.

A presente proposta reveste-se de alta relevância para o Congresso Médico-Jurídico da Saúde por abordar uma questão de ampla repercussão na seara do direito sanitário, da política pública e da regulação em saúde. A tentativa de flexibilizar a venda de medicamentos em supermercados, ignorando as normas sanitárias e a necessidade de orientação farmacêutica, representa uma ameaça ao direito fundamental à saúde, à segurança sanitária e à racionalidade do uso de medicamentos. O trabalho contribui com argumentos técnicos e jurídicos robustos, capazes de fundamentar a atuação legislativa, judicial e acadêmica em defesa da integridade do Sistema Único de Saúde (SUS), da valorização do profissional farmacêutico e da preservação da farmácia como unidade de saúde. Além disso, alinha-se diretamente com as linhas temáticas do COMEDJUS, promovendo o debate qualificado entre o direito e a saúde pública.

Objetivo

O objetivo do trabalho é demonstrar, sob as perspectivas jurídica, técnica e sanitária, a inviabilidade da liberação da venda de medicamentos em supermercados, evidenciando os impactos para a segurança do paciente, o ordenamento jurídico, o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa jurídico-documental, com análise crítica de dispositivos constitucionais, legais e regulatórios, jurisprudência do STJ, pareceres técnicos e experiências internacionais comparadas em política farmacêutica e sanitária.

Resultados e discussão

Os resultados demonstram que as propostas legislativas em trâmite desconsideram a necessidade da presença de farmacêuticos na dispensação, afrontam normas constitucionais e legais, comprometem a segurança do paciente, aumentam o risco de automedicação e eventos adversos, e geram impacto econômico e logístico ao SUS. O artigo propõe a rejeição integral dos projetos de lei, reafirmando a importância da farmácia como unidade de saúde e do farmacêutico como agente essencial da política pública.

Conclusão

Conclui-se que a liberação da venda de medicamentos em supermercados é juridicamente inconstitucional, tecnicamente imprudente e sanitariamente perigosa. A proposta configura um retrocesso nos avanços da assistência farmacêutica no Brasil e fere princípios fundamentais do SUS, devendo ser rejeitada em sua integralidade.

Entre a defesa e o dever:

o dilema da medicina
defensiva

4ª

PESQUISA

Entre a defesa e o dever: o dilema da medicina defensiva

Ariele Gomes Mendonça

Resumo

O presente trabalho propõe uma análise crítica da medicina defensiva como prática crescente no contexto da saúde brasileira, em especial no exercício da medicina. Esta área, por sua vez, tem enfrentado transformações que afetam tanto a prática médica quanto a experiência dos pacientes, destacando-se especialmente a questão da judicialização por supostos erros médicos.

A base desse problema reside na prática da medicina defensiva, que emerge como uma resposta a um sistema cada vez mais burocrático. Observa-se que, diante da intensificação da judicialização da saúde e do medo constante de responsabilização civil, penal e administrativa, os profissionais médicos vêm adotando condutas orientadas não exclusivamente pelos melhores interesses clínicos do paciente, mas pela tentativa de se proteger juridicamente.

Esta postura é caracterizada, por exemplo, pela solicitação excessiva de exames ou encaminhamentos desnecessários, mesmo quando não há fundamento técnico que os justifique. Além disso, a formação médica deficiente não tem acompanhado as realidades do mercado de trabalho, gerando um descompasso significativo.

A medicina defensiva, embora aparentemente amparada pela prudência, revela-se como um fenômeno que gera efeitos colaterais importantes: onera o sistema de saúde pública, compromete a relação médico-paciente, fragiliza a autonomia do paciente e distancia a prática clínica da medicina baseada em evidências científicas.

A proposta desta pesquisa é examinar esse cenário à luz dos princípios da bioética, em especial da beneficência, não maleficência e autonomia,

para compreender em que medida tais práticas atendem ou violam os fundamentos éticos da medicina. Além disso, são discutidos os impactos da responsabilidade civil e administrativa na formação da cultura do medo entre os médicos, o que contribui para o fortalecimento da medicina defensiva como estratégia de autoproteção.

A análise também aborda os reflexos dessas práticas na qualidade do atendimento e nos direitos dos pacientes, questionando se a postura defensiva de fato protege o profissional ou, ao contrário, amplia sua exposição a riscos éticos e legais.

Partindo da hipótese de que a medicina defensiva representa um dilema entre a defesa e o dever, o trabalho propõe uma reflexão sobre a necessidade de construção de um ambiente que favoreça a prática médica ética, segura e dialogada.

A conclusão aponta que a alternativa está na valorização da escuta, do cuidado compartilhado e na efetiva incorporação da bioética e da medicina baseada em evidências como ferramentas de equilíbrio entre a segurança jurídica do profissional e a centralidade do paciente.

Para mitigar a medicina defensiva, é crucial reavaliar as diretrizes clínicas, fortalecer a formação contínua dos profissionais e revalorizar o vínculo médico-paciente. Dessa forma, será possível promover uma prática médica ética e eficaz, centrada no bem-estar da sociedade.

Palavras-chave: Direito médico. Medicina Defensiva. Bioética na medicina defensiva.

Introdução

O cenário da medicina no Brasil tem passado por transformações significativas, o que influencia tanto a prática médica, quanto a experiência dos pacientes. Embora a judicialização da saúde seja um tema amplamente discutido em âmbito nacional, manifestando-se como um problema visível,

esta é apenas a ponta do iceberg. Na base deste complexo panorama, encontra-se a prática da medicina defensiva, a qual emerge como uma resposta aos desafios impostos por um sistema cada vez mais burocrático e enfatizado na proteção legal.

A medicina defensiva, inconscientemente, para os médicos, parece ser uma solução pragmática para evitar complicações jurídicas. No entanto, ela enfraquece gradativamente a relação médico-paciente, que é fundamental para um cuidado eficaz e humanizado. A crescente necessidade de garantir segurança jurídica leva a uma prática médica excessiva de exames e procedimentos, muitos dos quais, podem ser desnecessários, impactando financeiramente o sistema de saúde e desviando o foco do cuidado centrado no paciente.

Além disso, este fenômeno reflete um descompasso entre a formação de profissionais de saúde e as condições reais de trabalho. O aumento no número de faculdades de medicina e médicos, não acompanhou a criação de vagas suficientes para a residência médica e plantões, o que gera sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, bem como exaustão e até mesmo desistências na carreira. Esse desajuste estrutural deixa os médicos ainda mais vulneráveis e reféns do mercado dos famosos “promissores” que não possuem validação científica.

Neste contexto, é essencial reavaliar as medidas que regem a prática clínica, reforçando o fortalecimento das diretrizes clínicas baseadas em evidências, a educação contínua dos profissionais e, sobretudo, a revalorização do vínculo médico-paciente. Somente assim, será possível reconciliar defesa e dever, garantindo a prática médica ética e equilibrada e que realmente favorece a saúde e o bem-estar da sociedade.

Objetivo

O presente artigo tem como objetivo analisar criticamente a prática da medicina defensiva no contexto brasileiro, investigando seus impactos na relação médico-paciente, na autonomia do paciente e, também, no sistema de saúde pública. A pesquisa busca compreender, à luz dos princípios da bioética

e da medicina baseada em evidências científicas, em que medida a adoção de condutas defensivas por parte dos profissionais médicos representa uma real estratégia de proteção frente à responsabilização civil e administrativa, ou se, ao contrário, reforça um ciclo de insegurança, onerosidade e afastamento do cuidado ético e centrado no paciente.

A presente proposta se alinha à temática central do Congresso Brasileiro Médico, Jurídico da Saúde ao abordar um dos dilemas mais sensíveis da atualidade na prática médica: a adoção da medicina defensiva como estratégia para afastar a responsabilização jurídica do profissional de saúde. A pertinência do estudo está na urgência de discutir os impactos da medicina defensiva em um contexto de sobrecarga do sistema único de saúde (SUS), da judicialização crescente e da cultura do medo na prática médica, o trabalho pretende refletir sobre os limites e riscos da medicina defensiva como estratégia de proteção profissional. A partir da hipótese central de que a medicina defensiva é um dilema, busca-se demonstrar que tal conduta, em vez de mitigar responsabilidades, pode agravar riscos éticos, legais e na saúde do paciente. O trabalho se propõe a contribuir para o debate interdisciplinar entre direito e medicina, com ênfase na construção de práticas clínicas mais seguras, éticas e baseadas na relação dialógica entre profissional e paciente.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho teórico e exploratório, com abordagem dedutiva. O estudo foi desenvolvido a partir de levantamento bibliográfico e análise crítica de obras doutrinárias, artigos científicos e documentos institucionais que tratam da medicina defensiva, da responsabilidade civil e administrativa do médico, da bioética e da judicialização da saúde. A seleção das fontes considerou a relevância teórica e a atualidade das discussões, com especial atenção às contribuições de autores que analisam a prática médica sob a ótica da ética, da autonomia do paciente e da medicina baseada em evidências. O trabalho não se propõe à investigação empírica, mas à reflexão crítica sobre os efeitos da medicina defensiva na relação clínica, com o intuito de propor alternativas éticas e eficazes no cuidado em saúde.

Resultados e discussão

A análise realizada evidenciou que a medicina defensiva, ao invés de representar uma solução de segurança jurídica para os profissionais, opera como um mecanismo de distanciamento entre médico e paciente, fragilizando a confiança, esvaziando o vínculo terapêutico e comprometendo a autonomia do indivíduo em seu próprio cuidado. Observou-se que práticas como o excesso de exames, prescrições desnecessárias e encaminhamentos precoces não apenas oneram o Sistema Único de Saúde (SUS), como também desviam o foco da conduta baseada em evidências e nas necessidades reais do paciente.

Verificou-se, ainda, que a cultura do medo, alimentada pelo receio constante de processos judiciais e sanções administrativas, contribui para a consolidação de um modelo de atuação centrado na autoproteção do profissional. Esse cenário revela um conflito ético substancial entre o dever de cuidado e a intenção de defesa, gerando consequências práticas e simbólicas para o exercício da medicina. Além disso, constatou-se que a formação médica ainda apresenta lacunas significativas na abordagem da ética, da bioética e da comunicação médico-paciente, aspectos centrais para o enfrentamento da medicina defensiva

A discussão aponta que, para superar esse quadro, é necessário fortalecer o ensino da bioética na formação médica, incentivar práticas clínicas dialogadas e resgatar a centralidade do paciente como sujeito ativo no processo terapêutico. A valorização da escuta qualificada, a transparência na comunicação e a adesão a protocolos baseados em evidências se apresentam como estratégias viáveis para mitigar os efeitos nocivos da prática defensiva.

Conclusão

É evidente que a prática da medicina defensiva tem um impacto significativo tanto na efetividade dos cuidados de saúde quanto na dinâmica da relação médico-paciente no Brasil. Este fenômeno não só acrescenta burocracia e custos desnecessários ao sistema de saúde, mas também

subverte os princípios éticos que deveriam guiar a prática médica.

Os profissionais não são preparados para a atuação de forma humana, não possuem preparo para lidar com complexidades legais de sua profissão, veem-se pressionados a priorizar procedimentos que protegem suas funções legais, no lugar de focar no bem-estar genuíno do paciente. Essa abordagem defensiva não apenas enfraquece a relação médico-paciente, mas também acentua desigualdades no acesso aos cuidados de saúde adequados, já que os recursos públicos são mal distribuídos e utilizados em tratamentos que não acrescentam real valor terapêutico.

Além disso, a formação médica atual precisa urgentemente de uma revisão para incluir elementos de educação jurídica, ética e de gestão, que prepare futuros profissionais para desempenhar suas funções de maneira eficaz, ética e com confiança. Ao garantir que os médicos possuam as ferramentas e o conhecimento necessário para trabalhar dentro das normas vigentes, promovendo saúde e respeitando os direitos dos pacientes, por meio de contratos transparentes e do correto uso do prontuário, pode-se mover na direção de uma prática médica que prioriza o cuidado humano e diminui o peso da judicialização na rotina clínica.

Em última análise, ao equilibrar defesa e dever, é possível implementar a prática médica que não é apenas legalmente segura, mas também efetivamente compassiva e humana. Reforçar esta atuação ético-profissional na formação dos médicos trará benefícios tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes, promovendo, assim, uma confiança mútua e eficiência organizacional. Por fim, a conciliação entre responsabilidade ética, base científica e vínculo humano é o que permitirá reconfigurar a prática médica como um verdadeiro espaço de cuidado, e não apenas de defesa.

O direito e a segurança do paciente:

governança clínica,
responsabilidade objetiva e
transparência como
fundamentos para a
qualidade assistencial no SUS

5ª

PESQUISA

O direito e a segurança do paciente: governança clínica, responsabilidade objetiva e transparência como fundamentos para a qualidade assistencial no SUS.

Patrícia de Souza Castro

Resumo

O presente artigo analisa criticamente os fundamentos jurídicos e institucionais relacionados à segurança do paciente no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de uma abordagem multidisciplinar, o estudo articula a governança clínica como estratégia de gestão e responsabilidade, examina a responsabilidade civil sob a ótica da responsabilidade objetiva (modelo no-fault) e propõe mecanismos de transparência ativa como instrumentos de controle e indução à qualidade assistencial. São exploradas experiências internacionais e nacionais, propondo-se a institucionalização de práticas que garantam a segurança do paciente como direito fundamental e dever do Estado. O artigo visa contribuir para a construção de um marco normativo mais efetivo e propositivo, alinhado aos princípios constitucionais da saúde.

Palavras-chaves: Segurança do paciente; Sistema Único de Saúde; Responsabilidade civil.

Introdução

A segurança do paciente tornou-se um pilar fundamental na discussão sobre qualidade em saúde. A Constituição Federal consagra o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, o que implica o dever de garantir não apenas o acesso, mas também a qualidade e a segurança na prestação dos serviços. Neste contexto, o presente trabalho propõe-se a examinar, sob uma perspectiva jurídico-sanitária, os principais instrumentos e estratégias normativas para a promoção da segurança do paciente no SUS.

O presente trabalho propõe uma análise jurídico-institucional da segurança do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de três pilares fundamentais: a governança clínica como modelo de gestão voltado à qualidade assistencial; a responsabilidade objetiva (no-fault) como alternativa à lógica punitiva tradicional e estímulo à notificação de eventos; e a transparência ativa como mecanismo de controle social e indução à melhoria contínua. O estudo examina fundamentos legais, documentos oficiais, experiências nacionais e internacionais, propondo soluções normativas e práticas para a consolidação da segurança do paciente como direito fundamental à saúde.

A proposta apresenta elevada pertinência temática ao Congresso Médico-Jurídico da Saúde – COMEDJUS, uma vez que aborda questões estruturantes para a qualidade da assistência prestada no SUS, sob a perspectiva do Direito Médico, Políticas Públicas de Saúde e Governança. Em face da alta judicialização da saúde e da complexidade das falhas assistenciais, o trabalho propõe a superação do modelo punitivo centrado na culpa individual, promovendo a responsabilidade institucional e a prevenção de danos. A análise crítica e propositiva contribui para o aprimoramento das normativas vigentes e incentiva a construção de políticas públicas efetivas, seguras e sustentáveis, centradas no paciente e na cultura da qualidade.

Objetivo

Analisar os fundamentos jurídicos da segurança do paciente no Brasil, com ênfase na governança clínica, na responsabilidade civil objetiva e nos mecanismos de transparência como instrumentos para a qualidade assistencial e o fortalecimento do SUS.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e propositiva, baseada em revisão bibliográfica, análise normativa da legislação constitucional

e infraconstitucional, documentos oficiais da política de segurança do paciente, além de modelos internacionais e pareceres técnicos relacionados à governança e responsabilidade institucional.

Resultados e discussão

O estudo identificou três pilares centrais para a institucionalização da segurança do paciente no Brasil: a) Governança clínica, como modelo de gestão que integra diretrizes clínicas, avaliação de processos e auditoria; b) Responsabilidade objetiva em eventos evitáveis, como modelo alternativo ao sistema baseado em culpa, favorecendo a compensação e a notificação de danos; e c) Transparência ativa, com a criação de indicadores institucionais obrigatórios, que fortaleçam o controle social e estimulem a melhoria contínua. A análise demonstrou a necessidade de normatização clara, investimentos em formação profissional e institucionalização da cultura de segurança.

Conclusão

A segurança do paciente deve ser reconhecida como direito fundamental e elemento estruturante da assistência em saúde. A adoção de um modelo de governança clínica, a implementação de mecanismos de responsabilização objetiva e a publicização de dados assistenciais constituem instrumentos indispensáveis para o avanço na qualidade do SUS. É urgente a consolidação de um marco regulatório eficaz que sustente essas estratégias como política pública.

JUSTIÇA

O serviço público de saúde e o setor privado:

suas relações e questões
sobre a complementariedade.

6ª PESQUISA

O serviço público de saúde e o setor privado: suas relações e questões sobre a complementariedade

Alyne Priscila de Souza da Costa Queiroz

Everton Lúcio

Francesca Sani Avanza Ramos

Patrícia de Souza Castro

Resumo

O artigo propõe uma análise crítica e propositiva sobre a relação entre o serviço público de saúde e o setor privado no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no tocante à atuação complementar das entidades privadas e às parcerias firmadas com a Administração Pública. Considerando a insuficiência histórica da infraestrutura pública, o estudo debate os instrumentos jurídicos utilizados — como contratos, convênios e contratos de gestão com Organizações Sociais (OSS), OSCIPs e Serviços Sociais Autônomos (SSA). Além disso, a proposta analisa os efeitos práticos da fragmentação normativa, a multiplicidade de instrumentos jurídicos e o risco de desconfiguração do modelo assistencial universal. Por fim, defende-se a criação de uma nova categoria jurídica — o serviço público de senhorio misto —, capaz de assegurar a natureza pública do atendimento, mesmo quando prestado por entes privados, desde que sob controle estatal eficaz. A proposta está alinhada com os objetivos do COMEDJUS ao articular direito, políticas públicas e saúde coletiva.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Organizações Sociais; Contratos de gestão.

Introdução

O trabalho analisa a evolução normativa e institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando os marcos legais que regulam sua estrutura

pública e a interface com o setor privado. São discutidos as insuficiências estruturais históricas e o papel da complementariedade e das parcerias como estratégias de enfrentamento desses desafios.

O presente trabalho analisa criticamente as relações entre o serviço público de saúde e o setor privado, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando as interfaces entre a complementariedade da iniciativa privada e as parcerias formalizadas com o Poder Público. Enfoca a ausência de normatização consolidada, os instrumentos jurídicos atualmente utilizados e os riscos à natureza pública do sistema. A proposta propõe um novo enquadramento teórico-jurídico da prestação de serviços de saúde, com a introdução de uma quinta categoria de serviço público, denominada de *senhorio misto*, que permita reconhecer como públicas as ações de saúde prestadas por entes privados sob regime de controle e regulação estatais.

A proposta tem relevância para o Congresso Brasileiro Médico-Jurídico da Saúde ao enfrentar um tema atual e estrategicamente vinculado às linhas de pesquisa do COMEDJUS, especialmente quanto ao Direito Médico, Políticas Públicas de Saúde e Financiamento do SUS. A falta de uniformidade normativa e a crescente atuação privada no modelo assistencial brasileiro impõem desafios à governança e à efetividade do sistema público de saúde. Propõe-se, com base em fundamentos jurídicos e administrativos, uma alternativa inovadora que visa fortalecer o SUS, equilibrando eficiência e preservação de seus princípios constitucionais. O estudo contribui, ainda, para o aperfeiçoamento do debate jurídico-sanitário e para a formulação de políticas públicas mais alinhadas ao interesse coletivo e à garantia do direito fundamental à saúde.

Objetivo

Investigar criticamente as formas de atuação do setor privado no SUS, com foco nas categorias jurídicas de complementariedade e parceria, propondo alternativas de aprimoramento normativo que garantam a relevância pública do serviço prestado.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em revisão documental, análise da legislação constitucional e infraconstitucional, além de estudos doutrinários sobre direito sanitário e políticas públicas de saúde.

Resultados e discussão

Constatou-se que a atuação privada no SUS, embora legitimada constitucionalmente, sofre com ausência de regulamentação clara e efetiva. A coexistência de diferentes regimes jurídicos e modelos de parceria, como OSS, OSCIP e SSA, revela a necessidade de um marco normativo único e coeso. Também se destaca a fragilidade dos mecanismos de controle e o risco de desvirtuamento da finalidade pública do SUS.

Conclusão

Recomenda-se a criação de uma quinta categoria de serviço público — o de senhorio misto — como forma de reconhecer a natureza pública da saúde mesmo quando prestada por entes privados. Essa proposta visa fortalecer o SUS, garantindo transparência, controle social e respeito aos princípios constitucionais da universalidade e integralidade.

SAÚDE

Paradigma da participação:

o voto do paciente na Conitec (Lei 15.120/2025) e a transformação do acesso à saúde no SUS, sob perspectiva jurídico-regulatória e comparada (FDA, EMA, NICE).

7a

PESQUISA

Paradigma da participação: o voto do paciente na Conitec (Lei 15.120/2025) e a transformação do acesso à saúde no SUS, sob perspectiva jurídico-regulatória e comparada (FDA, EMA, NICE).

Cintia Coutinho Cabral

Resumo

A proliferação de novas tecnologias na saúde, como terapias genéticas e medicamentos biológicos, desafia o acesso efetivo, especialmente para pacientes com doenças raras e oncológicas. O Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo universalista (Beveridge) no Brasil, enfrenta o desafio de integrar a experiência do paciente (EP) nas decisões de acesso a esses tratamentos. Este trabalho propõe uma reflexão sobre a transformação jurídico-regulatória gerada pela voz do paciente. Tradicionalmente, a CONITEC, agência brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), opera com avaliação técnico- econômica. Contudo, a EP, ao revelar o impacto real da doença e do tratamento, emerge como chave para decisões mais humanas e eficazes. Nossa investigação realiza um diálogo crítico entre o SUS e sistemas globais como FDA (EUA – mercado, independência científica), EMA (UE – misto, independência técnica e harmonização) e NICE (Reino Unido – Beveridge, independência em custo-efetividade), destacando a natureza e limites da independência de suas agências. O Brasil, com a Lei nº 15.120/2025, inova ao conceder voto decisório ao paciente na CONITEC, um avanço significativo para o acesso participativo. Analisamos como FDA, EMA e NICE integram a EP em seus processos, contrastando com a singularidade do voto decisório na CONITEC, que busca um equilíbrio inédito entre racionalidade técnica e sensibilidade humana no acesso a terapias avançadas para doenças ultrarraras e oncologia. A metodologia jurídico-comparativa, baseada em legislação e literatura, explora como a formalização da EP pode superar desafios, identificando melhores práticas para o SUS garantir acesso equitativo a terapias revolucionárias. Os resultados apontam para a urgência de uma

regulamentação da Lei nº 15.120/2025 que padronize a valoração da EP, posicionando a CONITEC estrategicamente no cenário internacional. A formalização da experiência do paciente é uma imperativa ético-jurídica, prometendo redefinir justiça, transparência e dignidade humana nas decisões de incorporação, pavimentando um acesso à saúde mais justo, humano e adaptado aos desafios do século XXI.

Palavras-chave: Experiência do Paciente; Doenças Raras; Oncologia

Introdução

O Dilema da Inovação na Saúde Universal: O avanço tecnológico na medicina, com terapias genéticas e biológicas, gera um paradoxo: como sistemas universais como o SUS (modelo Beveridge, financiado por impostos, acesso integral) podem garantir acesso equitativo a essas inovações? Este estudo posiciona o SUS no cenário global, analisando o papel da independência das agências reguladoras neste processo.

Doenças Raras e Oncologia: Desafios e Acesso Digno: Pacientes com doenças raras e oncológicas enfrentam diagnósticos tardios e tratamentos caros. Medicamentos órfãos e terapias de alta complexidade são cruciais, mas sua incorporação no SUS é desafiadora, diferindo de sistemas com maior flexibilidade de financiamento (ex: seguros privados). A independência das agências reguladoras é vital para decisões rápidas e justas.

A CONITEC e a Lei nº 15.120/2025: Revolução e Nova Independência: A CONITEC, responsável pela incorporação de tecnologias no SUS, ganha um novo papel com a Lei nº 15.120/2025. O voto decisivo do paciente redefine o acesso e o Direito à Saúde em um sistema público, conferindo à CONITEC uma nova dimensão de independência, equilibrando economicidade com a realidade da experiência do paciente, especialmente em doenças ultrarraras e tratamentos oncológicos avançados.

A Experiência do Paciente: O Coração da Decisão Justa: A experiência do paciente (EP) vai além de dados clínicos e análises de custo-efetividade, traduzindo o impacto real da doença. A EP é um pilar indispensável para

infundir humanidade e equidade na avaliação de terapias inovadoras, incluindo as oncológicas, garantindo que o acesso seja relevante e aderente às necessidades reais do paciente, fortalecendo a independência das decisões de incorporação.

Urgência e Contribuição para o COMEDJUS 2025: Esta pesquisa é fundamental para o debate médico-jurídico, comparando o SUS com modelos internacionais e evidenciando o papel da independência das agências. Oferecemos insights e propostas para aprimorar o arcabouço regulatório brasileiro, impactando “Direito Médico e Direito à Saúde”, “Judicialização das Políticas de Saúde” e “Economia da Saúde”. Buscamos como a Lei 15.120/2025 pode ser a ferramenta para um acesso mais rápido, justo e humano a inovações que salvam vidas, posicionando o SUS como líder em cuidado centrado no paciente.

Objetivo

Analisar criticamente o papel jurídico-regulatório da experiência do paciente na avaliação e incorporação de novas tecnologias e tratamentos para doenças raras e pacientes oncológicos no SUS. Estabelecer um diálogo comparativo robusto com agências internacionais (FDA, EMA, NICE), focando na ampliação do acesso e na consolidação do direito do paciente, considerando como a independência de cada agência molda suas decisões e o acesso.

Decifrar Estratégias Internacionais de Acesso e Empoderamento do Paciente: Descrever mecanismos e o peso da participação do paciente na ATS de FDA (sistema pluralista/seguros privados), EMA (sistemas mistos/custeio público ou social) e NICE (sistema Beveridge/impostos). Focar nas abordagens para doenças raras e oncologia, identificando benchmarks e inovações que fortalecem o direito do paciente, contrastando com o Brasil e a nova independência da CONITEC.

Mapear Desafios e Oportunidades Pós-Lei 15.120/2025 no Brasil: Analisar os pontos críticos e promissoras aberturas para a participação efetiva do paciente na CONITEC, à luz da nova legislação que confere poder

de voto único. Investigar as implicações para a “Judicialização das Políticas de Saúde” e para a qualificação do acesso a tratamentos inovadores, traçando paralelos e contrastes com a eficácia dos mecanismos internacionais.

Elaborar Roteiro Estratégico para Otimizar o Acesso e o Direito do Paciente no SUS: Propor diretrizes e mecanismos concretos para aprimorar a formalização, metodologia e efetividade da experiência do paciente no contexto regulatório brasileiro. Assegurar a sustentabilidade da “Economia da Saúde” e do “Financiamento e Orçamento do SUS” diante de tecnologias de alto custo, garantindo acesso equitativo e sustentável, com base nas melhores práticas internacionais adaptadas à singularidade do SUS.

Metodologia

Abordagem Multidisciplinar e Rigorosa: Pesquisa jurídico-comparativa, complementada por revisão documental e bibliográfica. Análise crítica das estratégias de diferentes sistemas de saúde para propor melhorias no Brasil, com foco na forma como a independência das agências interfere no acesso a terapias avançadas para doenças raras e câncer, considerando as arquiteturas de financiamento (Beveridge, Bismarck, mercado pluralista).

Imersão nas Fontes Primárias e Secundárias: Análise da legislação brasileira (incluindo Lei nº 15.120/2025) e internacional (regulamentos da FDA, EMA, NICE). Consulta a artigos científicos, relatórios técnicos de ATS, pareceres e estudos de caso relevantes, com foco nas garantias de direito e acesso, e nas nuances de como esses direitos são operacionalizados em cada sistema e como a independência e o modelo de custeio moldam essas operações.

Método Comparativo e Prospectivo: A abordagem comparativa identificará lacunas e ganhos entre os modelos na avaliação de terapias inovadoras e na promoção do acesso e direito do paciente, considerando financiamento e regulação de cada sistema e o grau de independência de suas agências. A perspectiva prospectiva buscará antecipar desafios e propor soluções inovadoras para o SUS, ampliando o acesso e reforçando o arcabouço do direito à saúde, fortalecendo a CONITEC.

Resultados e discussão

O Dilema das Doenças Raras e da Oncologia no SUS: Custo, Evidência e Acesso a Inovações: Aprofundaremos a análise das doenças raras e oncológicas no Brasil, destacando desafios como escassez de dados, complexidade tecnológica e alto custo de tratamentos, que criam barreiras no SUS (modelo Beveridge). Contrastaremos com a dinâmica de acesso nessas áreas em sistemas como o americano (FDA - mercado pluralista) e europeus (EMA, NICE), e como a independência específica de cada agência influencia a velocidade e o tipo de acesso.

Simplificando o Fluxo da CONITEC: A CONITEC, antes da Lei 15.120/2025, operava como uma balança entre custo, eficácia e impacto orçamentário. A “voz” da experiência individual do paciente, embora ouvida, não tinha o mesmo peso dos dados técnicos. Isso levava a um acesso diferenciado. Compararemos com outros países que integram a EP em diferentes etapas, e como a governança e independência das agências, dentro de seus modelos de saúde, moldam essa consideração.

A Busca por Acesso a Tratamentos no Brasil: EP, Via Administrativa e Direito à Saúde: A insuficiência histórica da consideração da EP contribuiu para a judicialização do acesso a novas terapias. Argumentaremos que uma EP mais formalizada, integrada precocemente ao processo como em modelos internacionais, pode qualificar a via administrativa, tornando-a mais eficaz e justa. A Lei 15.120/2025, ao dar voto ao paciente, paradoxalmente reforça a independência da CONITEC contra pressões puramente econômicas ou políticas, ancorando suas decisões em uma base mais ampla de legitimidade e necessidades reais dos pacientes, incluindo os oncológicos.

O Impacto Transformador da Lei nº 15.120/2025: Detalhando o Voto do Paciente na CONITEC: A Lei transforma a participação do paciente de consultiva para decisiva. A voz do paciente, antes opinião, agora se traduz em um voto formal com valor legal. Isso significa que, ao discutir um tratamento (por exemplo, para uma doença rara), o representante do

paciente pode argumentar sobre a importância de melhorias na qualidade de vida não evidentes em estudos estatísticos, votando por tratamentos que, mesmo caros, representem uma mudança profunda na vida dos pacientes. Isso fortalece o acesso efetivo e a via administrativa, buscando decisões mais legítimas e transparentes.

A Experiência do Paciente: Voz Essencial no Direito da Medicina da Inovação: Fundamentaremos o reconhecimento jurídico da participação do paciente em princípios constitucionais como Dignidade da Pessoa Humana e Direito à Saúde. Compararemos a base legal e filosófica do direito do paciente ao acesso nesses diferentes sistemas (Beveridge, Bismarck, mercado), destacando a unicidade do SUS e o potencial da Lei 15.120/2025 para influenciar a incorporação efetiva, com uma CONITEC que, ao integrar o paciente, ganha nova dimensão de independência e legitimidade.

EP como Informação Qualitativa: A EP é informação qualitativa vital. Não é apenas o que o médico vê, mas o que o paciente sente e relata: o “peso da doença” (impacto na vida diária), a relevância dos desfechos para o paciente (PROMs/PREMs – medidas de resultado e experiência reportadas pelo paciente) e a aceitabilidade e aderência aos tratamentos inovadores. Essas medidas são essenciais para um acesso que faça a diferença e esteja alinhado com o direito do paciente.

Faróis de Inovação: A Participação do Paciente nos Modelos Internacionais (FDA, EMA e NICE):

FDA (EUA): Agência regulatória focada na segurança e eficácia científica, sem preocupação com preço ou cobertura. O Patient-Focused Drug Development (PFDD) coleta a EP para entender o benefício-risco de medicamentos, mas não garante acesso ou reembolso.

EMA (União Europeia): Agência supranacional e científica que harmoniza aprovações de medicamentos. Sua independência é técnica. Possui política formal de engajamento de pacientes em comitês científicos, mas a decisão final sobre financiamento é de

cada país-membro.

NICE (Reino Unido): O Grande Paralelo com a CONITEC: Avaliador de custo-benefício do NHS (sistema público, Beveridge, financiado por impostos). A independência do NICE é crucial para decisões baseadas em custo-efetividade. Integra o Patient and Public Involvement (PPI) de forma robusta, com submissões escritas, testemunhos diretos de pacientes em reuniões e engajamento em grupos de trabalho. É flexível nos limites de custo-efetividade para tecnologias inovadoras de grande impacto, influenciando diretamente as decisões de cobertura.

Onde CONITEC e NICE se Encontram e se Distanciam: Ambos buscam incorporar inovações em sistemas públicos universais e valorizam a participação social. O NICE tem um modelo de EP maduro e estruturado, influenciando fortemente as decisões. No entanto, a CONITEC, com a Lei nº 15.120/2025, vai além: a voz do paciente não só é ouvida com grande peso, mas tem direito a VOTO na decisão. Isso posiciona o modelo brasileiro na vanguarda da humanização das decisões de saúde pública, com a voz do usuário se tornando um componente decisório formal, reforçando a independência da CONITEC.

Breve menção ao Regulamento da ATS da UE (EU HTA Regulation 2021/2282): Este regulamento, em vigor a partir de janeiro de 2025, padroniza e eleva a voz do paciente em nível europeu para harmonizar avaliações de ATS e facilitar o acesso transfronteiriço, uniformizando a coleta da EP.

O Brasil em um Momento de Inflexão: A Lei nº 15.120/2025 e Seus Desafios no Acesso do SUS:

Antes da Lei nº 15.120/2025: A participação do paciente na CONITEC era estritamente consultiva (consultas e audiências públicas). As contribuições informavam, mas não tinham poder de voto na decisão final de incorporação.

Impacto Transformador da Lei nº 15.120/2025 (Voto do Paciente na CONITEC): A Lei move a voz do paciente do espaço de “opinião” para o de “decisão” no plenário da CONITEC. O voto da perspectiva do paciente pode ser decisivo para aprovar a incorporação de uma tecnologia, baseando-se não apenas em dados econômicos, mas na vivência da doença e na urgência de acesso. Isso busca um acesso mais célere, equitativo e previsível, fortalecendo a via administrativa.

Como uma Associação de Pacientes Pode Participar? A Lei nº 15.120/2025 (sancionada em 7 de abril de 2025) exige que a CONITEC adeque seu regimento interno em até 180 dias (até 5 de outubro de 2025) para definir critérios de desempate e, crucialmente, requisitos e forma de indicação da representação da organização da sociedade civil. As prováveis formas de participação incluem:

Chamamento Público/Edital Específico: CONITEC ou Ministério da Saúde lançarão editais periódicos para habilitação de associações com mais de dois anos de existência e atuação diretamente ligada à patologia em análise. Os editais especificarão requisitos de representatividade e qualificação.

Seleção Baseada em Critérios: Análise documental, entrevistas e comprovação da capacidade de representar interesses coletivos, garantindo conhecimento aprofundado e defesa técnica da perspectiva do paciente, com previsão de mitigação de conflitos de interesse.

Treinamento e Capacitação: Prováveis treinamentos sobre o funcionamento da CONITEC, ATS, bioética e gestão de conflitos de interesse para capacitar os representantes a exercer seu voto de forma informada e estratégica.

Rotatividade e Representatividade: A Lei já prevê representação rotativa, ligada à patologia, garantindo participação de diferentes grupos e pertinência do conhecimento. A regulamentação pode detalhar a representação equitativa de doenças e regiões.

Caminhos Estratégicos para o Aprimoramento do Acesso e do Direito do Paciente no Brasil:

Adaptação de Boas Práticas Internacionais: Propor institucionalização de um centro de EP na CONITEC; desenvolvimento de guias metodológicos para avaliação de novas tecnologias com foco em acesso; fomento à pesquisa de resultados centrados no paciente (PROMs/PREMs) para subsidiar decisões de cobertura, espelhando FDA, EMA e NICE, mas adaptado ao SUS e fortalecendo a autonomia técnica da agência.

Fortalecimento da Colaboração Interinstitucional: Sugere-se a otimização da colaboração entre ANVISA e CONITEC para coletar e usar a EP em todas as fases do ciclo de vida das tecnologias em saúde, desde o registro até a incorporação. O objetivo é agilizar e qualificar o acesso e garantir o direito do paciente no SUS, aproximando a prática brasileira dos benchmarks globais e fortalecendo sua singularidade e independência como sistema público de saúde.

Aprimoramento do Acesso: Lições do NICE para a Regulamentação da Lei nº 15.120/2025: A regulamentação da Lei nº 15.120/2025 (até 5 de outubro de 2025) é uma oportunidade ímpar. O NICE, com sua experiência em participação do paciente, oferece um guia valioso. Enquanto o NICE incorpora a EP como evidência crucial e permite submissões/testemunhos que influenciam fortemente as decisões (especialmente para tecnologias altamente especializadas), a Lei brasileira avança ao conferir ao representante do paciente o direito a voto formal. Para eficácia, a regulamentação deve contemplar:

Diretrizes Claras para Habilitação e Seleção: Transparência nos critérios para associações de pacientes de caráter nacional, com mais de dois anos de existência e atuação ligada à patologia em questão, habilitarem representantes, incluindo processo seletivo e critérios de desempate.

Metodologias Padronizadas de Coleta da EP para o Voto: Guias claros para coleta, análise e apresentação da EP (inspirados em PROMs/PREMs) que subsidiem o voto, garantindo que a contribuição do representante seja sistematizada e representativa.

Programas de Capacitação Contínua: Treinamentos obrigatórios para representantes sobre ATS, legislação, bioética e gestão de conflitos de interesse, empoderando-os a exercer seu voto de forma informada e estratégica, consolidando a independência e o rigor das decisões da CONITEC.

Mecanismos de Monitoramento e Avaliação da Participação: Sistema para monitorar a efetividade da participação do paciente, coletando feedback e aprimorando continuamente o processo, garantindo que o direito ao voto se traduza em acesso equitativo e decisões que reflitam a realidade e as necessidades dos pacientes.

Conclusão

A Experiência do Paciente: Pilar da Justiça, Sustentabilidade e Acesso na Saúde Pública da Inovação: Reafirmamos que a inclusão formal e qualificada da EP é vital para decisões éticas e eficazes de incorporação de tecnologias no SUS. É a garantia da dignidade humana e do pleno Direito ao Acesso à Saúde, posicionando o SUS como um sistema que aprende e se aprimora proativamente com as melhores experiências globais, sem perder sua essência universalista (modelo Beveridge), e com uma CONITEC que exerce sua independência de forma mais plena e legítima.

O Paradigma da Participação: Nova Aurora para Acesso e Direitos no Brasil, Fortalecida pela Independência Inovadora da CONITEC: Sintetizamos o papel revolucionário da Lei nº 15.120/2025, impulsionando o Brasil para a vanguarda da governança em saúde centrada no paciente. Diante das complexidades das doenças raras e terapias avançadas, esta lei promete transformar o acesso e o exercício de direitos em nosso sistema

público, estabelecendo um diálogo construtivo e pioneiro com modelos internacionais. O SUS pode liderar ao inovar na composição de sua agência, conferindo-lhe uma independência de juízo mais abrangente, em um sistema que busca o acesso universal financiado por impostos.

Chamado Urgente à Inovação e Equidade no Acesso: Reiteramos as propostas de aprimoramento como um roteiro para que a CONITEC e o SUS construam um modelo de incorporação de tecnologias que seja referência global em centralidade do paciente, otimizando a “Economia da Saúde” e qualificando o acesso, que tantas vezes decorre da ausência de acesso a tratamentos inovadores e da negligência da voz decisória do paciente.

Visão de Futuro: Um SUS Mais Humano, Responsivo e com Acesso Pleno à Vanguarda da Medicina – Um Modelo Global de Direitos do Paciente e de Excelência na Saúde Pública, Consolidando o Legado do Sistema Universalista no Brasil. Concluímos com uma visão prospectiva de um sistema de saúde onde a voz do paciente não apenas ecoa, mas define o rumo das políticas públicas, assegurando o acesso efetivo a terapias transformadoras para aqueles que mais precisam e que, até então, encontravam poucas soluções para suas condições raras, garantindo assim a universalidade, a integralidade e, sobretudo, a humanidade do acesso à saúde. Este é o legado que almejamos para o SUS: ser um modelo de referência na garantia do direito à saúde e no acesso à inovação, com a voz do paciente no centro, e com agências cuja independência é sinônimo de decisões robustas e socialmente legitimadas, consolidando o legado do sistema universalista no Brasil.

Súmulas e resumos
das principais
exposições temáticas
do COMEDJUS

12º COMEDJUS



Súmulas e resumos das principais exposições temáticas do COMEDJUS

A 12ª edição do ComedJus, Congresso Brasileiro Médico, Jurídico e da Saúde, aconteceu em Vitória, Espírito Santo, nos dias 03, 04 e 05 de setembro de 2025 e reuniu profissionais do direito e da saúde. O evento procurou harmonizar justiça, legislação e bem-estar no Brasil.

Os expositores salientaram a posição essencial do direito à saúde na Constituição de 1988. As discussões visaram o equilíbrio entre a proteção legal e os obstáculos práticos. O congresso destacou a necessidade de instituições sólidas. Pontuou a integridade na gestão pública. Buscou o balanceamento entre normas e a realidade social.

O evento instigou participantes a aprimorar as condições de saúde. Pediu melhor governança e eficácia no SUS. Temas como investimento em saneamento básico foram citados. A necessidade de um exame de proficiência médica foi apresentada. A regulamentação de residências médicas foi pauta. Remuneração por performance foi uma sugestão. O congresso ainda tratou da litigância predatória na área da saúde.

O COMEDJUS foi um espaço para reflexão. Despertou soluções. Incentivou o compromisso com a dignidade humana e o serviço público. Afirmou a confiança entre cidadãos e agentes públicos.

Solenidade de Abertura

O prestigiaram o evento, autoridades de todos os poderes e membros de todas as cortes de justiça.

Os discursos de abertura ressaltaram a importância do COMEDJUS como um espaço de diálogo. Médicos e juristas compartilham conhecimentos e buscam soluções para temas como bioética, judicialização da saúde e acesso a tratamentos. Fabrício Gaburro destacou o congresso como uma ponte entre saúde e justiça. Luciana Andrade salientou que

ciência e direito não podem atuar isolados, necessitam de diálogo e respeito. Ela abordou a bioética e a cooperação para reduzir a judicialização, que gera distorções. Clenir Sani Avanza expressou gratidão aos parceiros e à equipe. César Eduardo Fernandes frisou a necessidade de entendimento entre os mundos médico e jurídico para o bem-estar do paciente. Fábio Hirota, da Athena Saúde, abordou o desafio de gerenciar recursos finitos na saúde. Ele exemplificou como decisões judiciais de alto custo afetam a alocação de recursos. Erika Neves, da OAB-ES, enfatizou a qualificação da advocacia para lidar com novos temas da medicina e garantir a cidadania. Tiago Hoffman, Secretário de Estado da Saúde, apresentou avanços no Espírito Santo, como o aumento de leitos de UTI e a melhor cobertura de atenção primária. Ele mencionou o desafio dos R\$120 milhões anuais com judicialização e a busca por diálogo entre as instituições. O prefeito de Vitória, Lorenzo Pasolini, destacou a união de esforços e a redução da judicialização por meio de ações eficientes, como a entrega de fraldas em domicílio e unidades de saúde abertas nos finais de semana. O Governador do Estado, Renato Casagrande, realçou a importância de instituições públicas e sociais fortes. Ele lembrou os desafios na saúde pública do estado e o progresso alcançado.

A conferência de abertura, conduzida pela Ministra do TSE, Vera Lúcia Santana Araújo, tratou do direito à saúde como direito humano. Ela compartilhou sua experiência como gestora na saúde e sublinhou a interdependência do SUS e da saúde suplementar. A ministra questionou a responsabilidade de todos os agentes do sistema de justiça na judicialização, pedindo reflexão sobre o impacto das ações individuais no sistema como um todo e mencionou a 8ª Conferência Nacional de Saúde como um balizador histórico.

O evento incluiu homenagens a:

Luiz Guilherme da Costa Wagner Júnior, desembargador do TJSP, por seu apoio ao ComedJus.

Hércules Silveira, médico e advogado, por seu envolvimento desde a primeira edição do congresso.

Rui Baromeu, diretor-presidente da Rede Sim de Comunicação, representado por Gisele Alves, pelo trabalho de comunicação.

Lúcia de Oliveira, presidente do CONSPAR, por sua liderança comunitária e atuação durante a pandemia.

1º PAINEL

ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS MÉDICAS

TEMA

A Política de Abertura de Novas Escolas Médicas e a Responsabilidade do Estado na Formação Médica no Brasil e as Políticas de Abertura das Escolas Médicas. Flexibilização de Critérios, Mortes Evitáveis e Judicialização.

Debateu questões críticas sobre o ensino, a especialização e a judicialização na área da saúde.

Entre os principais pontos discutidos, destacou-se a expansão do ensino médico no Brasil, apresentada pelo **Dr. José Eduardo Lutaife Dolce**. Ele mostrou que o número de cursos de medicina cresceu de forma acelerada, especialmente nas instituições privadas, o que projeta um excesso de médicos no país, superando as recomendações da OCDE até 2035. No entanto, essa expansão acontece às custas da qualidade da formação, que sofre devido à falta de hospitais para treinamento prático e a escassez de professores qualificados.

Na sequência, o **Dr. César Eduardo Fernandes** ressaltou a relação entre essa má formação e a ocorrência de milhões de eventos adversos, além de dezenas de milhares de mortes evitáveis a cada ano. Ele defendeu a criação de um Exame Nacional de Proficiência Médica, para garantir que os profissionais graduados tenham as competências essenciais antes de atuarem na prática.

O **Dr. Fernando Sábia** chamou atenção para os desafios na especialização médica, destacando a disparidade grave entre o número crescente de novos médicos e as vagas disponíveis para residência. Atualmente, cerca de 40% dos médicos brasileiros ainda não possuem especialização, e a

regulamentação das residências médicas é insuficiente, com falta de padrões claros de governança, financiamento adequado e um modelo independente de acreditação.

O mercado de trabalho e a autonomia dos médicos também foram assuntos centrais na discussão. O **Dr. Floresval Meinão** alertou para a crescente interferência de interesses econômicos na medicina, evidenciando que burocracias, protocolos rígidos e metas preestabelecidas prejudicam a autonomia do profissional, comprometendo a qualidade do atendimento, fragmentando a relação médico-paciente e gerando desconfiança, além de contribuir para o aumento de processos judiciais.

Sobre a judicialização na medicina, o **Dr. Renato Azevedo Júnior** explicou que o aumento das ações judiciais ocorre principalmente quando pacientes recorrem à justiça para garantir tratamentos negados. Ele destacou que a autonomia médica é limitada não só pela vontade do paciente, mas também pela ciência, legislação e responsabilidade social. Apresentou os órgãos reguladores envolvidos, como a CONITEC no âmbito do SUS e a ANS na saúde suplementar, e apontou a complexidade em definir o que constitui “evidência científica” nas decisões judiciais.

Por fim, o **Desembargador Alexandre Santiago** contribuiu com a perspectiva jurídica, reconhecendo as preocupações quanto à qualidade da formação médica. Ele sugeriu que o fortalecimento das residências médicas seria uma solução mais eficaz do que a adoção de um exame nacional de proficiência. Ressaltou que a justiça não discute as prescrições médicas, focando principalmente em quem e como custeará os tratamentos, considerando os limites de recursos do SUS e da saúde suplementar. Também abordou a judicialização por má prática, evidenciando os desafios que isso traz ao sistema de saúde.

O painel concluiu que a precariedade da formação médica é um problema sério. Requer o apoio do setor jurídico para promover mudanças. A luta pela qualificação médica é vista como uma luta de cidadania, visando um sistema de saúde mais justo e humano.

2º PAINEL

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

FONAJUS

TEMA

"A Judicialização Frente à Demora na Realização de Cirurgias e Tratamentos Essenciais". O Posicionamento do FONAJUS Frente às Demandas Judiciais, Coletivas e Individuais.

Entre os principais pontos abordados no painel, a **Dra. Daiane Nogueira de Lira**, conselheira do Conselho Nacional de Justiça e coordenadora do FONAJUS (Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde), explicou a criação do fórum em 2010, com o objetivo de promover o diálogo e a cooperação entre os sistemas de justiça e saúde para enfrentar a judicialização. O FONAJUS conta com comitês estaduais e um programa itinerante que visita os estados para compreender as realidades locais da judicialização na saúde. Exemplos citados incluem a falta de radioterapia em Roraima e a alta demanda por fraldas geriátricas no Mato Grosso do Sul, evidenciando as desigualdades no acesso à saúde.

A judicialização é reconhecida como um direito, mas o excesso de 861 mil ações relacionadas à saúde — o terceiro maior tema de judicialização no país — revela falhas nas políticas públicas e riscos ao sistema. A Dra. Daiane destacou uma tendência otimista recente, com redução de 2% no crescimento anual dessas ações, após anos de aumentos consecutivos.

Os temas mais judicializados incluem tratamentos médico-hospitalares, reajustes contratuais e fornecimento de medicamentos, sendo a judicialização de itens padronizados um claro indicativo de omissão do Estado. A área de saúde suplementar preocupa especialmente, com aumentos de 30% nas ações em 2023 e 2024, ameaçando a sustentabilidade dos planos e impactando diretamente o SUS.

As Súmulas 60 e 61 do Supremo Tribunal Federal vinculam todo o sistema à exigência de evidências científicas e à oitiva obrigatória dos NatJus para decisões sobre medicamentos não incorporados. Além disso, a decisão proíbe a venda de medicamentos para cumprimento judicial acima do teto do PMVG, o que tem repercussão na indústria farmacêutica.

Outro destaque do painel foi a baixa cultura de acordo nas ações judiciais da saúde pública — que não ultrapassa 2% — e a necessidade de mudança dessa mentalidade, incentivando a conciliação e a construção conjunta de soluções. Por fim, a Dra. Daiane alertou para as desigualdades geradas pela judicialização de medicamentos de alto custo, como o Elevidyz, que impacta bilhões no orçamento público e desvia recursos essenciais de outras prioridades do SUS.

Garantia de acesso a medicina nuclear no tratamento do câncer: avanços tecnológicos e a incorporação da tecnologia PET-CT no SUS: critérios de custo-efetividade e barreiras regionais

Entre os principais pontos apresentados pela **Dra. Amanda Flávio de Oliveira** no painel, destacam-se sua alegria e honra em participar do evento e seu apelo para a união de esforços diante dos desafios da medicina nuclear no Brasil. Ela iniciou explicando a evolução da regulação no país, desde o controle estatal até a criação das agências reguladoras, ressaltando que a medicina nuclear, antes monopólio do Estado na produção de radiofármacos pelo IPEN, passou por uma abertura com a ANVISA e a ANAC assumindo a regulação devido à necessidade do transporte aéreo dos insumos radioativos.

A Dra. Amanda abordou a complexidade dessa regulação, especialmente por conta da curta vida útil dos radiofármacos que exigem transporte aéreo. Embora a quebra do monopólio estatal visasse abrir o mercado, aumentar a oferta e reduzir preços, a realidade se mostrou diferente: a regulação atual vem fechando ilegalmente o mercado, elevando custos e causando desabastecimento, prejudicando pacientes com doenças graves.

Ela denunciou que a ANVISA tem criado resoluções paliativas e ineficazes, enquanto a CENEM tem reduzido repasses ao IPEN e realizado fiscalizações abusivas que chegam a fechar serviços de medicina nuclear, mesmo com possibilidades como a telemedicina. A palestrante alertou

também para a atuação da ANVISA na criação de um monopólio privado, que aumenta ainda mais os preços e reduz a oferta, especialmente para doenças raras que não despertam interesse comercial.

Outro ponto crítico foi a atuação da ANAC, cuja regulamentação baseada em padrões europeus inadequados para o contexto brasileiro tem provocado desabastecimento de radiofármacos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Por fim, a Dra. Amanda fez um apelo por apoio para enfrentar essas ilegalidades e abusos no poder regulatório, que estão levando ao colapso da medicina nuclear no país.

Solidariedade dos entes federativos no direito à saúde

Entre os destaques apresentados pela juíza estadual de Pernambuco e membro do Fonajus, **Ana Cláudia Brandão**, no painel, está a abordagem sobre a solidariedade dos entes federativos no direito à saúde, evidenciando as dificuldades práticas no cumprimento das decisões do Supremo Tribunal Federal. Ela exemplificou a complexidade dessa solidariedade ao citar o alto custo das terapias para o Tratamento do Espectro Autista (TEA), questionando como municípios de pequeno porte conseguem arcar com tais despesas.

A magistrada discutiu a evolução da responsabilidade solidária, que ultrapassa o direito civil e envolve a competência administrativa dos entes federativos. Destacou que a ausência de um direcionamento claro pelo Judiciário levou ao frequente acionamento dos municípios, gerando um desequilíbrio financeiro no sistema.

Outro ponto relevante foi o tema 1234 do STF, que buscou tornar os julgamentos mais eficientes, estabelecendo critérios claros sobre a competência e o custeio para medicamentos não incorporados pelo sistema público. Ela mencionou a inovação processual que incluiu estados e municípios nos processos, porém sem responsabilidade financeira direta, mas com desafios relativos ao bloqueio de verbas da União.

Ana Cláudia também apontou as novas atribuições dos magistrados na fiscalização e custeio dos tratamentos, com uma tabela definida para categorias

de medicamentos, além da obrigação da União em ressarcir 65% das despesas em certos casos, e a possibilidade do Estado ser chamado para ressarcir despesas.

A panelista trouxe ainda as mudanças no ônus da prova e requisitos processuais a partir do tema 1234, ressaltando que os laudos médicos deixaram de ser inquestionáveis e que a judicialização da saúde agora exige comprovação científica, priorizando a beneficência do paciente e evitando tratamentos sem eficácia comprovada.

Por fim, destacou o fortalecimento do papel dos órgãos técnicos, como a Conitec, na avaliação de medicamentos e tecnologias, e apontou que a plataforma nacional de acompanhamento de pacientes e gastos trará mais transparência, contribuindo para a sustentabilidade do SUS e garantindo que a solidariedade jurídica se transforme efetivamente em solidariedade orçamentária.

O direito à saúde e as decisões judiciais – impactos, desafios e tendências

Entre os destaques apresentados pelo médico e juiz **Dr. Eduardo Alvarez de Carvalho** no painel, está a retrospectiva da prestação de serviços de saúde no Brasil, desde o período imperial até a criação do SUS em 1988. Ele ressaltou a evolução do sistema de saúde, que passou das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para um sistema público universal. O palestrante enfatizou a importância de um sistema gerencial robusto para atender cerca de 150 milhões de brasileiros, alertando para os riscos que decisões judiciais precipitadas podem trazer, ameaçando a estrutura do complexo de saúde.

O Dr. Eduardo abordou o direito constitucional à saúde, destacando os artigos da Constituição Federal que o definem como um direito social e dever do Estado, com o SUS oferecendo acesso universal e equalitário para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ele explicou a organização do SUS em uma rede regionalizada e hierarquizada, articulando atenção primária, secundária e terciária para otimizar recursos e regular o acesso. Também enfatizou a importância da

descentralização para que gestores locais respondam às realidades regionais, além de ressaltar a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde.

Um ponto central do painel foram os impactos negativos das decisões judiciais na saúde pública, como a interferência no SUS diante dos recursos limitados e da demanda crescente. O palestrante criticou o ativismo judicial tecnocrático e o populismo sanitário, que desconsideram recomendações técnicas e prejudicam a saúde coletiva, ferindo os princípios de acesso universal e equidade.

Dr. Eduardo mencionou o caso emblemático do medicamento Elevidys, usado para distrofia muscular de Duchenne, destacando seu custo elevadíssimo, baixa evidência científica e os 55 processos judiciais relacionados, além dos riscos sérios, como lesão hepática. Ele ressaltou a importância do respeito à jurisprudência para evitar prejuízos ao sistema.

Apesar da redução no número de ações judiciais em saúde, o volume ainda é alto e gera congestionamento, especialmente nas demandas por medicamentos padronizados — reflexo de omissão estatal — e não padronizados, que podem fomentar a modernização do SUS. A saúde suplementar foi outro tema discutido, trazendo questionamentos acerca do acesso à justiça no SUS.

O palestrante também explicou a judicialização antes e depois dos temas 6 e 1234, abordando a obrigatoriedade de registro na Anvisa e o uso excepcional de medicamentos fora da lista do SUS. Ele detalhou a solidariedade entre os entes federativos, a análise do fundo de direito no tema 106 do STJ, e as regras para medicamentos incorporados e não incorporados, definindo competências judiciais e responsabilidades de custeio entre União, Estados e Municípios, bem como regras para ressarcimento.

Por fim, ressaltou a restrição da cognição judicial quanto à legalidade da incorporação de medicamentos, destacando a necessidade de alto nível de evidência científica para o SUS, em contraste com a saúde suplementar. Ainda mencionou a publicação de um livro coletivo sobre os enunciados da última jornada do Fonajus.

Atuação do MP na Saúde

Entre os destaques apresentados pelo **Dr. Thiago de Oliveira Costa Pires**, da 5ª Promotoria de Justiça Especializada em Saúde de Imperatriz, Maranhão, está sua abordagem inovadora de atuação, que prioriza sair do gabinete e ir às ruas para resolver os problemas dos pacientes, com o objetivo de reduzir a judicialização.

Foi apresentado um vídeo ilustrativo da atuação da Promotoria de Justiça de Imperatriz, mostrando a realidade caótica das unidades de saúde, a sobrecarga da macrorregião e as duas frentes de trabalho desenvolvidas: demandas individuais e defesa coletiva, com inspeções, diálogos e resoluções extrajudiciais. Destacaram-se três planos principais: ‘Useiro e Vezeiro’, ‘Saúde na Prateleira’ e ‘SAMU Sem Parada’.

O projeto USEIRO consiste em visitas regulares às unidades de saúde para verificar atendimento, estrutura e a atuação dos profissionais, visando o monitoramento constante de melhorias. Foi ressaltada a situação crítica da UTI infantil em Imperatriz, com poucos leitos para uma extensa região, além da falta de exames essenciais na rede.

Os planos ‘SAMU Sem Parada’ e ‘Saúde na Prateleira’ focam, respectivamente, na recuperação da frota de ambulâncias e na fiscalização da disponibilidade de medicamentos em toda a rede pública. O promotor também enfatizou a necessidade da instalação de pontos eletrônicos para médicos, a fim de coibir atrasos no atendimento.

Dr. Thiago detalhou ainda as fiscalizações realizadas em hospitais, acompanhadas por conselhos regionais de medicina, farmácia e enfermagem, para averiguar conformidades e promover melhorias na assistência. Ele destacou as parcerias interinstitucionais como pilares fundamentais para garantir o direito à saúde e otimizar os serviços prestados à população.

Por fim, o promotor reforçou que a atuação extrajudicial, com presença nas ruas, tem se mostrado eficaz para reduzir a judicialização e assegurar o atendimento adequado aos pacientes, a maioria dos quais têm direitos previstos no SUS. Essa estratégia tem alcançado resultados positivos e

contribuído para melhorias contínuas no sistema de saúde local.

Segurança Jurídica na Saúde

O **Dr. Bruno Benigno**, juiz de direito do TJCE e coordenador do Comitê de Saúde do Ceará, compartilha sua trajetória profissional, desde procurador do Estado até juiz de fazenda pública, lidando com demandas de saúde desde 2008.

Dr. Bruno Benigno buscou conciliar as falas dos colegas, destacando a necessidade de segurança jurídica em saúde para lidar com a limitação de recursos e a crescente demanda. Ele enfatiza que os Temas 6, 106, 1234 do STF têm sido cruciais para estabilizar a judicialização e garantir um tratamento adequado, evitando a não judicialização da saúde, mas sim uma judicialização bem orientada.

É ressaltada a importância de acordos e conciliações para resolver demandas de saúde, especialmente as que envolvem o essencial, como medicamentos na UPA, através do Sejusc. O NatiJus é apresentado como um meio para o juiz decidir, respeitando a autonomia médica e as evidências científicas, buscando critérios objetivos para diminuir a insegurança jurídica e qualificar a judicialização.

Livro do Fonajus

Foi ressaltada a importância da qualificação do processo e das decisões judiciais em saúde, visando assegurar a justiça e o acesso efetivo ao SUS, especialmente para a população que depende do sistema. Neste contexto, o lançamento do livro contendo os enunciados do Fonajus foi destacado como uma ferramenta fundamental para oferecer segurança jurídica aos magistrados, com comentários feitos pelos próprios autores dos enunciados.

Conferência especial: a importância dos comitês de saúde dos tribunais de justiça na resolução de conflitos

Entre os pontos importantes destacados pelo **Desembargador Jorge Henrique Valle dos Santos**, coordenador do Comitê Estadual do Espírito Santo do Fonajus desde 2022, está a centralidade da judicialização da saúde em sua atuação como magistrado. Ele enfatizou o caráter multidisciplinar e colegiado do comitê na operacionalização das matérias de competência do Fórum Nacional de Saúde, mencionando contribuições relevantes da conselheira **Daiane Nogueira de Lira** e do ex-conselheiro **Richard Pae Kim**.

O desembargador ressaltou que a estrutura dos comitês estaduais de saúde surgiu a partir da preocupação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) com o elevado volume de demandas judiciais em saúde e o consequente impacto nos recursos públicos. Desde 2010, portarias e resoluções vêm ampliando esse trabalho, e o Comitê do Espírito Santo cresceu de 6 para 37 membros, incorporando representantes da OAB, agências reguladoras e criando o Núcleo de Assessoramento Técnico aos Magistrados.

Foi abordada a crescente judicialização da saúde e a necessidade de considerar o aspecto econômico das prestações de saúde, destacando o papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec). O CNJ tem buscado aprimorar a resolução de conflitos e o acesso à saúde por meio de estratégias como a atuação dos comitês locais e a implementação de planos estaduais, entre eles o plano estadual de política judiciária do Espírito Santo, publicado em junho de 2024. Esse plano enfatiza a capacitação permanente, ampliação da mediação e conciliação, além de conter um manual com orientações para o cumprimento das decisões judiciais — ações, porém, ainda insuficientes diante da complexidade dos desafios enfrentados.

O NatJus do Espírito Santo apresentou dados que mostram a elevação constante das demandas, com 87,8% das ações relacionadas a procedimentos envolvendo itens padronizados e prévia solicitação administrativa. Isso indica que muitas demandas judiciais são evitáveis, sugerindo que a atuação do comitê pode gerar um impacto positivo na resolução consensual.

O painalista destacou que a análise sistemática desses dados possibilita traçar estratégias de gestão pública eficientes, identificando gargalos e otimizando recursos. O enfrentamento das demandas coletivas também ganhou importância, com o comitê acompanhando ações e emitindo recomendações para fomentar a articulação entre sociedade e poder público, conforme orienta a resolução 388 do CNJ de 2021.

Segundo o desembargador, os comitês estaduais fornecem balizas técnicas sólidas, promovem a interpretação normativa e contribuem para uma jurisprudência estável e coerente, funcionando como um espaço valioso para a troca de informações, orientação das decisões administrativas e influência na atuação judicial, diminuindo a assimetria informacional.

A qualificação técnica e o aprofundamento teórico são essenciais para o avanço crítico da judicialização, ressaltados pelo lançamento do livro do Fonajus, que analisa os enunciados da 7ª Jornada de Direitos da Saúde. O diálogo e o compartilhamento de conhecimento evidenciam o papel fundamental dos comitês estaduais na racionalização da judicialização e na otimização dos serviços de saúde.

JUSTIÇA

3º PAINEL

FEDERALISMO SANITÁRIO E AS DECISÕES DAS CORTES SUPERIORES. TEMAS 1234, TEMA 793 E TEMA 500 DO STF.

Fornecimento de medicamentos através de ordens judiciais, critérios e competência. Tema 1234 STF

Entre os principais pontos abordados pelo juiz do TJ/SP, **Dr. Richard Pae Kim**, no painel, destacam-se suas reflexões sobre a judicialização de medicamentos para doenças raras, com ênfase nos Temas 6, 1, 2, 3 e 4 do Supremo Tribunal Federal (STF). Ele ressaltou que as decisões do STF sobre saúde são direcionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e não se aplicam à saúde suplementar. O direito à saúde, segundo ele, ultrapassa os dispositivos constitucionais, abrangendo também normas, súmulas vinculantes e acordos homologados pelo Supremo.

O painelistista enfatizou que a judicialização da saúde permanece necessária devido ao descumprimento de leis e acordos pela administração pública. Estatísticas mostram que a maior parte das ações na área de saúde é julgada procedente ou parcialmente procedente. Por isso, destacou a importância de fortalecer o contencioso administrativo, para que a administração pública resolva internamente essas questões, citando a Lei do Usuário do Serviço Público como uma ferramenta ainda pouco utilizada.

Outro ponto relevante apresentado foi o desafio do diagnóstico de doenças raras desde o nascimento. A Lei 14.154/2021 ampliou o "teste do pezinho" para detectar mais doenças genéticas, mas sua implementação está atrasada desde 2022. Diferentemente do sistema público, o setor privado realiza testes para um número maior de condições.

O juiz detalhou as categorias para fornecimento de medicamentos: aqueles com registro na Anvisa e incorporados ao SUS, cujo fornecimento é obrigatório; medicamentos registrados na Anvisa mas não incorporados ao SUS, que exigem comprovação de diagnóstico, necessidade, negativa

administrativa, ilegalidade da não incorporação pela CONITEC e comprovação de incapacidade financeira, mesmo com o debate sobre a universalidade do SUS; e os medicamentos de uso off-label, que demandam ainda evidências científicas específicas de eficácia e segurança para o uso indicado.

Para medicamentos sem registro no Brasil, que precisam ser importados, o fornecimento depende de diagnósticos específicos, urgência, indisponibilidade local, aprovação internacional, autorização da Anvisa para importação e incapacidade financeira. Ele também falou sobre tratamentos experimentais, apontando que o Tema 1.162 do STF veda esses tratamentos, enquanto o Tema 1.161 permanece vigente.

Por fim, Dr. Richard afirmou que a construção do direito à saúde via sistema judiciário é um processo recente e contínuo. Os Temas do STF exemplificam o futuro dessa construção, ressaltando a necessidade de mais debates sociais e acadêmicos no âmbito dos processos estruturantes que tramitam na Suprema Corte.

Perda de uma Chance na saúde pública

O **Des. Renato Luiz Dresch**, discorreu sobre a “Perda de uma Chance” na saúde pública. Destacou a importância de respeitar os limites de atuação nas políticas de saúde. Criticou a interferência parlamentar e judicial que sobrepõe decisões emocionais às políticas públicas do SUS. A função da magistratura deve ser baseada na lei, não em compaixão. Explicou a “Perda de uma Chance” como uma probabilidade real de prejuízo, diferenciando-a de meras suposições. Este conceito atenua a regra do “tudo ou nada”, permitindo a análise de uma situação intermediária onde não há certeza do dano, mas uma probabilidade clara. Abordou a evolução da sociedade e a transição de direitos individuais para coletivos após 1988. Enfatizou a necessidade de compreender as políticas públicas de saúde, conforme o Artigo 196 da Constituição Federal, que define saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, segundo políticas sociais e econômicas. Argumentou que a responsabilidade do Estado deve seguir a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT),

conforme a Lei 8.080, alterada pela Lei 12.401, que criou a CONITEC para avaliar tecnologias. Defendeu que judicializações contra políticas públicas deveriam ser coletivas. Na aplicação da “Perda de uma Chance”, o Código Civil (Art. 927) exige indenização por dano. Em casos em que a prova é difícil para a parte lesada, pode-se inverter o ônus da prova, exigindo que o suposto causador do dano comprove sua conduta correta. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem reconhecido a “Perda de uma Chance” em diversas situações de falha ou atraso no atendimento médico, falha diagnóstica e erros em procedimentos, tanto na saúde pública quanto na suplementar. Tais decisões sublinham a necessidade de maior cuidado no diagnóstico e tratamento.

Emendas parlamentares e entidades filantrópicas

O **Dr. Fernando Borges Manica** abordou a crescente importância das emendas parlamentares e das entidades filantrópicas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, destacando um aumento superior a 370% nos últimos 10 anos. As emendas parlamentares representam hoje quase 50% das despesas discricionárias do Ministério da Saúde, resultado das emendas constitucionais que tornaram o orçamento impositivo. Contudo, esses recursos são contabilizados no cálculo da aplicação mínima em saúde, sem aportes financeiros adicionais.

Ele destacou a complexa relação entre os poderes Executivo e Legislativo no Brasil, observando que comportamentos políticos em busca de reeleição, juntamente com escândalos como o “mensalão” e a “Lava Jato”, evidenciam falhas no sistema. As emendas acabaram por institucionalizar a alocação de recursos, refletindo essa dinâmica.

Sobre as entidades filantrópicas, Dr. Fernando salientou seu papel crucial no SUS, especialmente no atendimento de média e alta complexidade, além dos transplantes. Essas entidades dependem fortemente das emendas parlamentares, mas enfrentam sérios problemas, como a utilização das emendas para campanhas eleitorais, a falta de controle que favorece o retorno de propinas de até 30 a 40%, e a compra de entidades para acessar fundos públicos. Além disso, criticou a inadequação da lógica da competitividade

no setor social, o desrespeito à regionalização e ao pacto federativo, e a ausência de planejamento, que gera clientelismo, sem processos públicos de chamamento, motivação na escolha ou comprovação de capacidade técnica, além da inexistência de planos de trabalho.

O palestrante apontou avanços recentes, como a intervenção do Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da ADPF 854, que se transformou em um processo estrutural para enfrentar essas questões, além de mudanças legais com o novo manual do Emiróski, a plataforma Transfere-Gov — agora funcional e obrigatória — e a exigência de conta bancária específica para recursos.

Destacou ainda a Portaria 2025, que regula as emendas individuais com regras claras, exigindo compatibilidade com a Lei Orçamentária, coerência com os planos de saúde e planos de trabalho detalhados, aprovação nas comissões bipartite (CIB) e tripartite (CIT), e exigência de prestação de contas públicas nos sites das entidades beneficiadas.

Por fim, Dr. Fernando reforçou que a saúde pública é um tema complexo e dispendioso, que requer uma visão integrada e sistêmica. As entidades filantrópicas devem ter condições adequadas para atuar, pois a saúde é um direito constitucional, não uma concessão. Corrigir essas distorções pontuais é fundamental para evitar impactos negativos e garantir a sustentabilidade do SUS.

Financiamento da Saúde

A **Doutora Héliida Graziani Pinto**, discutiu o financiamento da efetividade do direito fundamental à saúde. Destacou a necessidade de um planejamento robusto. A Dra. Héliida enfatizou a importância do Plano Plurianual (PPA) municipal. Ele serve como ponto de partida para a política de saúde. A judicialização da saúde foi apresentada como um diagnóstico. Ela revela lacunas assistenciais. O caso do coquetel antirretroviral para HIV/AIDS ilustra isso. A judicialização levou à universalização do tratamento. Isso reduziu custos e criou proteção coletiva. A fragilidade do planejamento é uma raiz da ineficiência. Não é apenas a corrupção. As

demandas judiciais precisam ser incorporadas ao planejamento. Os PPAs devem ser atualizados anualmente. As despesas obrigatórias na saúde devem ter prioridade. Despesas discricionárias não podem sobrepor-se. Os pactos federativos (CIB, CIT) precisam de financiamento adequado. Estes devem se tornar despesas obrigatórias.

A macro justiça significa mais que demandas individuais. Ela requer financiamento consistente dos pactos. Também exige a revisão das renúncias fiscais para a saúde privada. As emendas parlamentares causam desarranjo na alocação de recursos. Elas atrapalham a execução planejada da política. A palestrante citou Cazuzu: “Eu vejo o futuro repetir o passado”. A gestão se torna um “cofre das graças ou um poder da desgraça”. É preciso fortalecer a atenção primária à saúde. O alto turnover de secretários de saúde afeta a continuidade das políticas. Em seis meses, mil secretários municipais foram substituídos. Para não repetir erros, é crucial aprender com eles. O atual PPA municipal precisa de revisão. As falhas do passado devem ser analisadas. Isso evita a repetição de problemas de 30, 40 anos atrás. Abordou os desafios da saúde no Brasil, o impacto da judicialização e a necessidade de planejamento eficaz.

Transtorno do espectro autista (TEA): um olhar comparativo sobre políticas públicas

Paula Fernanda Almeida de Pazolini trouxe ao painel o tema do Transtorno do Espectro Autista (TEA), ressaltando o Artigo 5º da Constituição Federal, que garante a igualdade, e a necessidade de políticas públicas específicas para crianças e adolescentes. Detalhou a Lei Berenice Piana, que reconhece pessoas com TEA como deficientes, e destacou a importância do diagnóstico precoce, apontando falhas do IBGE na coleta de dados completos sobre autistas. Também mencionou a utilidade da carteira de identificação do TEA para garantir dignidade e reconhecimento.

Ao comparar as abordagens brasileiras com outros países, Paula enfatizou a relevância dos tratamentos multidisciplinares e a continuidade das terapias na vida adulta, criticando a interrupção da cobertura para adultos pela saúde suplementar. Iniciou o debate destacando como a falta

de implementação dos direitos fundamentais, especialmente ligados à saúde, impacta diretamente a vida das pessoas com TEA.

Ela chamou atenção para a deficiência no teste do pezinho realizado pela rede pública, que identifica apenas seis doenças, enquanto a rede privada cobre 53, mostrando uma lacuna importante. Paula explicou as diferentes categorias de medicamentos para acesso judicial: aqueles registrados e incorporados ao SUS, os registrados mas não incorporados, os de uso off-label que exigem comprovação científica, e os não registrados que precisam ser importados. Ressaltou a necessidade do cumprimento rigoroso das leis e a importância de ampliar o debate sobre processos estruturantes no Judiciário.

A palestrante reforçou o fundamento constitucional, lembrando que a Constituição assegura o direito à saúde e que é dever do Estado, da sociedade e da família garantir atendimento prioritário a crianças e adolescentes, com políticas públicas efetivas. Ela destacou os desafios enfrentados no Brasil, como a sobrecarga do terceiro setor, que muitas vezes assume funções do poder público, e a importância do tratamento multidisciplinar para garantir a dignidade das pessoas com TEA.

Paula citou a regulamentação da Lei Berenice Piana pelo Decreto 8.368/2014, que promove a acessibilidade e a criação de uma rede intersetorial de atenção, mas ressaltou as dificuldades das famílias vulneráveis, que enfrentam longas filas para diagnóstico e muitas vezes recorrem à judicialização por conta das falhas e falta de recursos nas políticas públicas.

Ela também expôs diferentes modelos internacionais, destacando o Reino Unido, que prioriza intervenções psicoeducativas e coordenação de cuidados, os Estados Unidos, que aplicam vigilância e triagem precoce, e outros países que investem em avaliações padronizadas, tratamentos individualizados e baseados em evidências, como Austrália, Canadá, França, Espanha, Portugal e Itália.

Por fim, Paula reforçou decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) favoráveis à manutenção de terapias para adultos com TEA na saúde

suplementar, ressaltando que o autismo é uma condição permanente e as terapias devem acompanhar a vida toda. Ela concluiu com um apelo por construção de pontes e soluções, solicitando que gestores públicos zerem as filas para diagnóstico e implementem políticas públicas eficazes, garantindo o direito universal à saúde.

Em resumo, o painel tratou a judicialização da saúde como um sintoma das falhas na gestão e no financiamento do sistema. Os expositores defenderam um planejamento orçamentário transparente, aderente às necessidades reais, a priorização da atenção primária e do diagnóstico precoce, e a reformulação de políticas para assegurar o acesso universal a tratamentos, especialmente para doenças raras e condições como o TEA.

4º PAINEL

O GESTOR DA SAÚDE ENTRE O

ORÇAMENTO E A JUDICIALIZAÇÃO.

MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS RAROS DE ALTO

CUSTO: DIREITO, ACESSO E SUSTENTABILIDADE.

A **Dra Luciana Andrade** fez a sua exposição concentrando -se nos desafios e avanços da saúde pública, especialmente sob a ótica do Ministério Público (MP). Destacou o papel do MP na defesa do direito fundamental à saúde. A instituição intervém em temas complexos, buscando equilibrar interesses e recursos. Há um desafio constante. É preciso conciliar orçamentos limitados com as necessidades individuais e coletivas de saúde. Enfatizou a importância da ação judicial em casos de urgência, baseada na boa-fé. Cortes Superiores buscam critérios para estabilizar as demandas. O objetivo é reduzir conflitos e beneficiar a maioria dos cidadãos. O MP atua na defesa dos direitos fundamentais. A atenção ao racismo obstétrico foi um ponto levantado. Mencionou a superação de um período de colapso no estado. A atual organização financeira permite políticas públicas mais eficientes. Antes, pacientes do Espírito Santo precisavam viajar para outros estados para tratamentos complexos. Hoje, muitos procedimentos são realizados localmente. O MP tem acesso direto à Secretaria de Saúde, o que evita litígios. A pandemia promoveu maior colaboração entre as instituições.

O uso da tecnologia aumentou a transparência em gastos e informações. O painel de leitos em tempo real foi um exemplo. Planejamento, orçamento e vontade política são componentes chave. O Supremo Tribunal Federal (STF) contribui com clareza para a atuação em saúde.

Perda de uma chance na saúde e as minorias excluídas

O **Dr. Georghio Tomelin** focou sua fala no tema “perda de uma chance” na saúde. Ele destacou como o mercado, por sua natureza, gera exclusão, tornando a saúde um problema coletivo. Argumentou que a economia individualiza a saúde, levando as pessoas a se excluírem, atuando como “empresários de si mesmos” na busca por tratamento. A apresentação abordou a “perda de uma chance” como um conceito jurídico ligado à dignidade da pessoa humana e a atos ilícitos. Questionou a dificuldade de estabelecer um nexo de causalidade claro quando uma omissão médica não causa danos direto, mas suprime uma possibilidade de diagnóstico ou tratamento. Outros pontos principais incluíram: A “vida digital” e o “sequestro digital” dos pacientes, onde os dados de saúde são monetizados e controlados. A velocidade com que procedimentos ambulatoriais se tornam cirurgias, levantando dúvidas sobre o local correto de tratamento. A discriminação na saúde, exacerbada pela inteligência artificial, que pode replicar racismo e machismo existentes. A questão da privacidade dos dados e a dificuldade da anonimização. Os desafios dos planos de saúde e sua lógica mercantilista, que não privilegia a neutralidade. A “futilidade terapêutica”, onde as pessoas buscam tratamentos perfeitos, muitas vezes influenciadas por cenários irreais da internet. Concluiu que o direito precisa ser um instrumento para enfrentar esses problemas, garantindo a não exclusão e a capacidade de auto inclusão dos indivíduos, por meio de consentimento efetivamente informado. Ele sublinhou que a compreensão da “perda de uma chance” passa pela clareza sobre se havia, de fato, uma solução ou um caminho adicional que foi omitido.

Gestor da Saúde e a Judicialização

Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo, **Thiago Hoffman** como expositor. A discussão central foi o dilema entre o direito constitucional à

saúde, o dever do Estado e o impacto das decisões judiciais no planejamento do SUS. Explicou que a judicialização da saúde no Espírito Santo apresenta um crescimento de demandas. Gastos judiciais atingiram R\$ 157 milhões em 2024. Destes, R\$ 102 milhões foram para medicamentos, com destaque para oncológicos e não padronizados. O estado lidera em gastos proporcionais com saúde no Brasil, dedicando R\$ 5,2 bilhões em 2024. No entanto, enfrenta subfinanciamento federal. Para gerir o tempo de espera, o Espírito Santo implementou teleconsultas em todos os municípios. Isso evitou mais de 40 mil viagens de pacientes e ampliou o acesso a especialidades raras. As cirurgias eletivas também cresceram, de 46 mil em 2019 para 153 mil em 2024. O tempo médio de espera caiu para 155 dias, abaixo dos 180 dias recomendados pelo CNJ. A rede de saúde mental inclui leitos em hospitais gerais e residências terapêuticas, buscando a desinstitucionalização responsável. O programa de atenção domiciliar também registra um aumento nos gastos judiciais. O Secretario estacou desafios. É preciso discutir de forma madura o paliativismo no SUS. A judicialização pode induzir mercados de medicamentos, com a indústria farmacêutica influenciando decisões. A formação médica precisa orientar melhor os encaminhamentos. Fortalecer os mecanismos de mediação é fundamental para resolver conflitos antes da judicialização.

Cannabis medicinal no TEA – transtorno do espectro autista

A **Dra. Vanessa Matalobos**, neuropediatra, abordou o uso da cannabis medicinal no tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), compartilhando sua experiência com mais de 3.000 pacientes atendidos com essa condição. Ela destacou diversos benefícios observados, como a redução de convulsões, melhora do sono, diminuição da agressividade e da ansiedade, avanço na comunicação social, além da melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias.

A pediatra apresentou um estudo próprio com 227 pacientes com TEA, no qual quase 50% deles conseguiram suspender o uso de medicamentos alopáticos em menos de um ano após iniciarem o tratamento com cannabis medicinal. Dra. Vanessa também ressaltou os altos custos e a eficácia

limitada dos tratamentos convencionais, defendendo a cannabis medicinal como uma alternativa mais acessível e eficaz para muitos casos.

Ela explicou o papel do sistema endocanabinoide, que frequentemente apresenta disfunções em pacientes com autismo, ressaltando que a cannabis atua na regulação desse sistema, promovendo os efeitos terapêuticos observados.

Finalizando, a médica compartilhou seu relato pessoal, revelando que a cannabis medicinal foi fundamental em seu próprio tratamento contra o câncer de mama.

Sobre o tema da cannabis medicinal, a Dra. Vanessa reconheceu que é controverso, mas lembrou que o interesse econômico pelo produto tem crescido. Ela mencionou experiências positivas relatadas por pacientes e profissionais e destacou decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que permitem tanto a importação de sementes quanto o cultivo próprio da cannabis para uso medicinal, ressaltando que isso não configura crime quando autorizado pela Anvisa.

SAÚDE

Erika Neves – presidente da Seccional da OAB/ES, refletiu sobre o tema e destacou a necessidade de debater temas delicados para o avanço social. Ela comparou com a evolução sobre uniões civis do mesmo sexo. A OAB de Espírito Santo se comprometeu a apoiar o debate. O objetivo é criar práticas para minimizar a violência obstétrica. A instituição oferece recursos humanos, técnicos e financeiros. Muitas mulheres não reconhecem ter sofrido violência obstétrica. Há uma demanda por conhecimento técnico e jurídico. Isso é vital para as cidadãs, sobretudo as mais vulneráveis. Realçou a responsabilidade de mulheres em posições de decisão. É preciso abordar questões de gênero de forma diferente e independente. A comunicação constante entre instituições no Espírito Santo é eficaz. Isso inclui OAB, Defensoria Pública e Ministério Público, com a participação de Doutora Luciana. A OAB se coloca à disposição para atuar no tema. Isso abrange a produção de cartilhas e a promoção de eventos. O foco é garantir os direitos das mulheres.

Violência obstétrica e a saúde materno-infantil no Brasil

A palestrante **Francesca Sani Avanza Ramos** apresentou um panorama da violência obstétrica no Brasil. Ela justificou o uso do termo “violência obstétrica”. Isso porque a obstetrícia é a ciência que estuda o ciclo gravídico-puerperal da mulher. A palestrante citou o caso de Aline Pimentel. Uma mulher negra que morreu buscando atendimento. O Estado brasileiro foi condenado por violência obstétrica neste caso. Esta condenação impulsionou a criação da Rede Aline. Além disso, gerou políticas públicas para evitar a mortalidade materna, neonatal e a violência obstétrica. A violência obstétrica se define como o atendimento à mulher sem evidência científica e sem respeito à sua autonomia. Procedimentos que não salvam vidas precisam de autorização da paciente. A autorização exige explicação

completa de riscos e benefícios. Práticas sem evidência científica são comuns. A manobra de Kristeller, por exemplo, é proscrita pela OMS desde 1995. Mas ainda é ensinada.

Um caso ilustrado foi o de uma episiotomia sem anestesia. Feita apenas para ensinar alunos. A palestrante questionou a formação de profissionais que desconsideram a dignidade humana. A violência neonatal também está ligada. Intervenções médicas desnecessárias são exemplos. A mortalidade materna no Brasil é alarmante. A OMS comprovou que 92% das mortes maternas são evitáveis. A má assistência à saúde é a causa principal. A não utilização da medicina baseada em evidências agrava o quadro. A Lei 15.139, de maio de 2025, traz avanços. Ela visa o respeito ao luto materno e neonatal. Estabelecimentos de saúde devem investigar perdas. Devem informar sobre o direito de registrar o bebê falecido. E garantir apoio psicológico. O não preenchimento do partograma, documento essencial, pode levar à responsabilização. A palestrante também abordou o racismo obstétrico. Mulheres negras enfrentam maior desrespeito. A recusa de analgesia é um exemplo. Outro caso é o pedido para raspar a cabeça de uma gestante negra por “risco de incêndio” na cesariana. Mulheres encarceradas sofrem ainda mais. Condições desumanas no parto são relatadas. Como o parto de uma mulher algemada em um camburão. O bebê morreu. Dados mostram o Brasil em segundo lugar no ranking de mortalidade materna. A taxa cresceu para 62 mortes por 100 mil. As cesarianas desnecessárias contribuem para isso. Para este cenário, é simples. É preciso praticar a medicina baseada em evidências. Cartilhas do Ministério da Saúde já contêm as diretrizes. Porém, falta obrigatoriedade de estudo e prática. O plano de parto é uma ferramenta fundamental. É uma diretiva antecipada de vontade. Não é “frescura”, é baseado em ciência. Ajuda a mulher a conhecer seu corpo e o processo do parto. Precisa ser individualizado e respeitado. Só em caso de risco de vida, a autonomia da mulher pode ser suplantada.

A palestrante finalizou com uma frase de Michel Audin: “Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.” A gestação, parto e nascimento demandam cuidado. As mulheres estão vulneráveis. Seus direitos e dignidade devem ser protegidos.

O programa inovador do MP do Amapá

A expositora, **Dra Fábia Nilci Santana de Souza** Promotora de Justiça do Ministério Público do Amapá destacou a atuação do MP na garantia de direitos materno-infantis. Explicou que o MP fiscaliza políticas públicas de saúde, assegurando pré-natal, parto humanizado e acompanhamento pós-parto. Um momento crucial foi em janeiro de 2023, com o aumento de relatos de violência obstétrica. A denúncia de Maria Fontes (Maria Fontes) ilustrou a urgência da situação, revelando a invisibilidade e naturalização dessas práticas. Em resposta, o Ministério Público lançou o programa “Nascer com Cidadania” e a ação “Zero Violência Obstétrica”. A iniciativa combate a violência e implementa protocolos de atendimento no SUS. Profissionais de saúde participaram da criação de uma cartilha educativa. O programa capacitou mais de 500 profissionais e acadêmicos. Distribuíram mais de 3 mil cartilhas informativas. Houve uma queda nas denúncias de violência obstétrica na promotoria. A iniciativa “Nascer com Cidadania” recebeu reconhecimento nacional. O Conselho Nacional de Justiça concedeu o primeiro lugar no Prêmio Justiça e Saúde em 2024. Planos futuros incluem estender o trabalho às penitenciárias femininas. A advogada Francesca Ramos, especialista em Direito Médico, Saúde e Terceiro Setor, contribuiu com o programa. Ela palestrou sobre os aspectos jurídicos da violência obstétrica.

As políticas materno-infantil e a defensoria pública

Dra Maria Gabriela Agapito - Defensora Pública detalhou o papel da Defensoria Pública. É uma instituição pública permanente. Garante o acesso à justiça. Promove direitos humanos para pessoas em vulnerabilidade. Sua atuação inclui demandas judiciais e trabalho extrajudicial. Um exemplo recente envolveu um convênio com a SESA para doação de órgãos. A Defensoria também oferece educação em direitos, como materiais informativos de Doutora Fábia. Atua na proteção coletiva de grupos vulneráveis. A discussão trouxe a dura realidade da saúde materna no Brasil. Há muitas mortes evitáveis de mulheres. A razão de morte materna é alta. O Brasil busca reduzir este número até 2027. As principais causas são hipertensão, hemorragia, infecções e complicações de

abortos. Mortes maternas indicam falhas no sistema de saúde. Cada caso deve ser investigado. Dados de pesquisa da Fiocruz revelam preocupações. Mulheres sem pré-natal têm risco maior de bebês com anomalias. Mulheres pretas têm mais chances de filhos com anomalias congênitas. Muitas mulheres não recebem informações importantes sobre o parto. O acesso ao parto hospitalar é desigual. Longas distâncias aumentam o risco de desfechos desfavoráveis. Mulheres indígenas e pretas morrem mais. A gravidez infantil é um problema grave, com milhares de nascimentos de meninas de até 14 anos. A violência sexual contra meninas é uma causa epidemiológica. A saúde mental das mulheres também preocupa, com alta taxa de tentativas de suicídio. A taxa de cesarianas é muito elevada. A violência obstétrica é comum, muitas vezes não reconhecida pelas próprias mulheres. Falta autonomia para as mulheres decidirem sobre a via de nascimento.

A Defensoria Pública atua neste cenário. Ajuíza ações individuais e coletivas. A Defensoria do Espírito Santo criou um guia rápido sobre violência obstétrica. Outras defensorias publicam materiais sobre enfrentamento à violência obstétrica, tratamento humanizado e direitos reprodutivos. Um diagnóstico da Defensoria mostrou: 34% dos municípios não têm grupos de gestantes. Apenas 7,5% dos municípios divulgam materiais educativos. Maternidades ficam a mais de 100 km em alguns municípios, piorando o risco de parto. Para mudar este cenário, Defensoria Pública propôs soluções. Uma visão integral da gestante. Colaboração intersetorial, incluindo conselhos tutelares e assistência social. Inserção de doulas, com política pública para mulheres de baixa renda. Metodologia inclusiva, considerando raça e gênero como protocolos. Ensino transversal em cursos como enfermagem e medicina. Implantação da Rede Aline, com recorte social e de gênero.

Parto humanizado e boas práticas obstétricas, a visão dos obstetras

Dr. Marcio Almeida, médico, professor e obstetra ,compartilhou sua motivação pessoal para a obstetrícia, buscando evitar a morte materna e fetal, inspirado por histórias familiares. Destacou a grande evolução da assistência

obstétrica: A consciência para humanizar o parto cresceu, impulsionada por mulheres e entidades. A inclusão de enfermeiras obstétricas e doulas mudou o atendimento. Políticas públicas e privadas, junto com a pressão do Ministério Público, trouxeram melhorias. Houve grande progresso na qualificação médica e na Neonatologia. Bebês de baixo peso agora têm mais chances de sobreviver. A oferta de leitos de UTI também melhorou, salvando vidas. Discutiu práticas modernas e desafios: Pessoas que quase morrem no parto (NIRMIS) necessitam de acompanhamento psicológico. Humanização significa atendimento respeitoso, não “animalização”. O direito de escolha da mulher é importante, mas a decisão médica prevalece em risco de vida. Episiotomia foi minimizada; cortes são feitos apenas se necessário para evitar lacerações graves. O uso de ocitocina deve ser por necessidade médica, não por conveniência. A presença de obstetras de plantão em maternidades privadas melhorou os partos normais. A presença do pai na sala de parto oferece conforto à gestante. Novas ferramentas, como o vácuo extrator (QI), tornam o parto menos agressivo. Defende a analgesia no parto como um direito da mulher, questionando a falta de cobertura pelo SUS. Exercícios e posições ativas, promovidos por doulas e enfermeiras obstétricas, ajudam no parto. Elogiou o trabalho de um colega que introduziu a dança no parto, quebrando o conceito de que o parto é uma tragédia. Alertou para a necessidade de analisar casos complexos tecnicamente, não apenas emocionalmente, para diferenciar um erro de uma intervenção hábil que salva vidas. Ele concluiu que, apesar dos avanços, a vida do obstetra não é fácil, e algumas ações, vistas como erros, são, na verdade, manobras para salvar a mãe e o bebê.

A mensagem final destaca a saúde materna infantil como um indicador populacional primordial. O Brasil ainda cuida mal de mães e crianças. É necessária uma mudança estrutural. Foco na redução das desigualdades sociais, raciais e de gênero. Este é o caminho para uma sociedade justa.

6º PAINEL

SAÚDE SUPLEMENTAR, MEDICINA DE GRUPO, PLANOS E OPERADORAS DE SAÚDE. FATORES ESTRUTURAIS, REGULATÓRIOS E DE IMPACTO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUSTENTABILIDADE DO SETOR.

A mesa foi presidida pela **Desembargadora Mônica Serrano**. Ela deu as boas-vindas aos presentes. Agradeceu o convite para presidir o próximo evento. Chamou a atenção para a importância da presença feminina em posições de poder. Ela introduziu a discussão sobre desafios na saúde suplementar. Mencionou o acesso à saúde sob o vetor da dignidade humana.

A Negativa dos Planos de saúde e os Limites Contratuais

O juiz de direito do TJ/SP, **Juan Paulo Haye Biazevic**, apresentou a discussão sobre a cobertura de tratamentos fora do rol da ANS, ressaltando a importância da exigência de evidência científica. Ele explicou a evolução do entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ): antes de 2020, o rol era considerado ilustrativo, e prescrições médicas fora dele eram cobertas. Em 2022, o STJ passou a entender que o rol deve ser, em princípio, taxativo.

Juan Paulo abordou a Lei 14.454, que impõe condições para o custeio de tratamentos fora do rol da ANS, exigindo comprovação da eficácia por meio de evidência científica ou recomendação de órgãos técnicos como a CONITEC. Sobre o papel do juiz, ele destacou que o STJ não define o que é “evidência científica” — essa análise cabe ao juiz de primeira instância, que deve investigar a qualidade das evidências apresentadas. O objetivo maior é garantir a proteção da saúde, mas sem aceitar a prescrição médica automaticamente, pois erros médicos podem ocorrer, como prescrições do medicamento Zolgensma fora da bula ou tratamentos excessivos para o TEA.

O juiz também explicou o conceito de Medicina Baseada em Evidências (MBE), que relaciona método e verdade científica. Ele lembrou que o

Supremo Tribunal Federal (STF) reconhece ensaios clínicos randomizados como evidência válida para a saúde pública, porém alertou que muitos desses ensaios têm baixa qualidade e o simples rótulo não garante validade científica.

Juan Paulo ressaltou a dificuldade técnica enfrentada por juízes, advogados e muitos médicos na análise crítica dessas evidências. Por isso, apontou o sistema NatJus como a ferramenta adequada para fornecer conhecimento metodológico e validar pesquisas científicas. Caso o NatJus indique ausência de evidência, uma perícia médica tradicional dificilmente resolverá a questão.

Por fim, o juiz propôs uma interpretação do rol pós-Lei 14.454 como “exemplificativo em sentido fraco”, ou seja, a cobertura de tratamentos fora do rol da ANS só deve ocorrer se não houver alternativa eficaz prevista para a patologia em questão.

Desequilíbrio econômico-atuarial e envelhecimento da carteira. Aumento da sinistralidade

O expositor **Dr. Paulo Jorge Rascao**, Diretor Executivo da Área Técnica Athena Saúde, apresentou e explicou o cálculo atuarial. É uma ferramenta essencial para o mercado de saúde suplementar. Garante o equilíbrio do modelo. O cálculo atuarial liga o que será coberto com a população a ser atendida. A incerteza nas coberturas impede o cálculo. Isso gera custos excessivos. A saúde pública tem uma visão populacional. É preciso entender a população. É necessário estimar custos. É preciso ter mensalidades compatíveis. O mutualismo é o conceito chave. Todos contribuem. Uma parte usa os recursos. Isso permite o financiamento da saúde. O cálculo atuarial protege a solvência das operadoras. Garante o atendimento dos contribuintes. As mensalidades devem ser coerentes. Devem evitar riscos desnecessários. Existe subsídio intergeracional. Jovens contribuem para idosos. Isso precisa de equilíbrio. Evita que os jovens paguem mais. A última faixa etária não é o maior desafio atual. As operadoras adaptaram-se. Encontraram soluções para tratamentos como oncologia. O problema são as novas regulamentações. Ou coberturas liberadas sem

previsão. Especialmente se aplicadas a todos os beneficiários. Não apenas aos novos. A regulamentação de 2022 é um exemplo. Liberou limites de terapias. Aumentou os custos da primeira faixa etária em 70%. Isso não estava previsto. Incluir itens não previstos eleva a demanda judicial. Gera custos adicionais. O equilíbrio econômico atuarial assegura o acesso e a sustentabilidade. A previsibilidade de custos atrai mais pessoas. Isso dilui os gastos para todos. Incluir o que não pode ser previsto atuarialmente prejudica o sistema. Prejudica os usuários. Aumenta os custos para quem paga.

A evidência científica e sua importância para a concessão ou não de procedimentos e tratamentos de alto custo

Denizar Viana, médico e doutor em saúde coletiva, definiu a medicina: ciência da incerteza, arte da probabilidade. A evidência, destacou, não é binária. Ela exige análise crítica. Abordou os desafios da decisão médica e judicial. Antes, a cardiologia gerava evidências com grandes populações. Hoje, doenças raras. Cânceres de nicho. Ensaios clínicos com poucos pacientes. A precisão, como no exemplo de jogar uma moeda mil vezes, depende do volume. Muitas terapias novas são registradas em fases iniciais. Os resultados são incipientes, citou o Elevidys. Um medicamento para distrofia muscular. Registrado sem significância estatística no ponto primário. Três óbitos foram ligados a ele nos EUA. O medicamento foi suspenso no Brasil. Médicos, na ponta, nem sempre têm competência para analisar essas evidências. Por vezes, agem por desconhecimento, ou influenciados pela mídia. A ferramenta para qualificar o processo: acordos de compartilhamento de riscos (ACR) ajudou a criar um piloto no Ministério da Saúde. O ministro Padilha usou um ACR para o Zolgensma. Nesses acordos, avalia-se a expectativa de resultado. Se a eficácia ou segurança não for alcançada, a indústria pode devolver recursos. A evidência é universal. Não há evidência diferente para SUS ou saúde suplementar. Eficácia, segurança e efetividade são iguais para todos. Ensaios clínicos ocorrem em ambiente controlado. Pacientes selecionados. Isso difere do dia a dia. Surge o desafio da validade externa: o resultado do estudo se aplica à população real? Revisões sistemáticas e meta-análises tentam aumentar a precisão.

Mas pedem um olhar criterioso. Juízes precisam de suporte. Se é difícil para o médico, é mais ainda para o magistrado. O processo decisório precisa de qualificação. A evidência precede a economia. A segurança é prioritária. Não se pode causar mal. Tecnologias não testadas expõem pacientes a riscos. O mundo da metodologia científica é complexo. As avaliações devem seguir a complexidade das tecnologias. Magistrados necessitam de suporte para decisões informadas. O horizonte tecnológico avança rápido. Novas terapias celulares e gênicas chegam. O sistema precisa de sustentação. Atualmente, a rigidez regulatória dificulta. A RN539 para autismo foi um exemplo. Liberou consultas. Não previu o impacto. Gera judicialização. A Lei 14.307 mudou a incorporação de tecnologias na ANS. São três formas. O preço é um ponto. O Preço Máximo de Venda ao Consumidor (PMVC) é usado. Distorce estudos econômicos. Ninguém paga o PMVC. Um exemplo recente. Um contraceptivo de longo prazo (LARC). Não aprovado duas vezes pela ANS. Incorporado via SUS com 86% de desconto. Mas na saúde suplementar, entra a preço cheio. Uma diferença de sete vezes. R\$ 136 no SUS. R\$ 981 na saúde suplementar. Isso gera iniquidade. Também seleção adversa. E um desperdício de recursos. Agências precisam harmonizar processos. A regulação deve ser dinâmica. A lei pode ser estática. Mas a regulação precisa acompanhar a realidade.

Regulação da ANS e os limites para reajustes e reservas técnicas

O **Dr. Renato Cassarotti**, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde, apresentou os desafios técnicos relacionados aos reajustes e provisões na saúde suplementar. Ele detalhou os três principais tipos de planos de saúde: individual/familiar, com 8,6 milhões de beneficiários; coletivo por adesão, com 5,8 milhões; e coletivo empresarial, que reúne mais de 44 milhões, sendo a maioria dos usuários.

Sobre os reajustes, explicou que o reajuste anual por variação de custos se aplica a todos os planos e considera fatores como preço, quantidade e tipos de procedimentos realizados. Diferente dos índices de inflação como o IPCA, esse reajuste reflete um “condomínio” de custos assistenciais. Para planos individuais, o reajuste é calculado a partir de um pool nacional, sendo

80% baseado na variação das despesas assistenciais e 20% no IPCA. Entre 2018 e 2025, as despesas subiram 90%, enquanto os reajustes chegaram a 153%, impactando diretamente a oferta dos planos tradicionais.

No caso dos planos coletivos empresariais com até 29 vidas, os reajustes são calculados em um pool da operadora, sem negociação individual, devido ao pequeno número de beneficiários. Para os coletivos com 30 ou mais vidas, o reajuste é negociado diretamente entre as partes, com monitoramento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O Dr. Renato destacou ainda o subsídio intergeracional, ressaltando a importância da participação dos jovens para custear as faixas etárias com maior uso dos serviços. Ele observou que a limitação dos reajustes para idosos após 60 anos, prevista no Estatuto do Idoso, resultou em aumentos muito elevados nas faixas anteriores, especialmente aos 59 anos.

Quanto à sinistralidade, que mede a proporção entre despesas assistenciais e receita de mensalidades, explicou que não é utilizada para planos individuais. Planos com sinistralidade acima de 90% enfrentam dificuldades para cobrir custos administrativos e operacionais.

O vice-presidente explicou também o conceito de solvência, que representa a capacidade da operadora de honrar seus compromissos, e detalhou as provisões técnicas, que somaram R\$ 73 bilhões no primeiro trimestre de 2025. Essas provisões incluem valores destinados a eventos sinistros já ocorridos mas ainda não liquidados, estimativas para eventos ainda não notificados (PEONA), provisões para insuficiência de receita (PIC) e provisões relacionadas ao fluxo de caixa mensal (PPC-NG). Ressaltou que há R\$ 81 bilhões em ativos garantidores reservados para cobrir essas provisões.

Por fim, Dr. Renato enfatizou a importância de analisar o resultado operacional das operadoras para avaliar sua saúde financeira real e concluiu que os reajustes e provisões são fundamentais para a estabilidade financeira do setor. Pequenas variações nesses parâmetros podem levar a situações dramáticas, afetando tanto as operadoras quanto a oferta de planos aos consumidores.

A Importância da Bioética na saúde

Dr. Josemário João da Silva, Professor de bioética dos programas de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Ele discutiu a importância da bioética. Um tema muitas vezes sutil, mas essencial. Usou uma parábola do barqueiro. Mostrou que nenhum conhecimento é maior ou menor. Apenas diferente. A bioética conecta esses saberes diversos. É um elo entre a medicina e o direito. Busca proteger a vida humana. Os objetivos centrais da bioética: proteger os vulneráveis. Deliberar sobre conflitos morais. Na prática, é a “ética à beira do leito”. Muitas decisões clínicas. Elas impactam no macro-universo. A ciência médica não é exata. É de probabilidades. Isso exige conhecimento. Boas decisões. A saúde é um bem público. Universal. Um valor máximo. O Estado deve garantir o mínimo existencial. O princípio do não retrocesso. Não se pode reduzir o que já foi conquistado. Apesar de 10 anos de discussões, pouca coisa mudou. Ainda faltam espaços de diálogo. A judicialização da saúde é um fenômeno social. Pessoas buscando seus direitos. Não é um problema. É uma transformação. Conflitos são comuns na saúde. Justiça social versus direitos individuais. Demandas crescentes versus recursos finitos. Não podemos dicotomizar. Precisamos do “justo meio”. Do diálogo. Cada um deve sair de sua especialidade. Gerenciar recursos é crucial. Saúde apenas agrega tecnologias. Nunca as substitui. Isso a torna cara. Atrasos no atendimento aumentam mortalidade. Superlotação mata. Mistanásia. Morte por abandono. Acontece em hospitais. Pela falta de leitos e de equipe a cada 10 pacientes sofre danos em hospitais. Mais arriscado que queda de avião. Erros de diagnóstico. Medicação. Procedimentos desnecessários. A metáfora da balança está errada. Direitos fundamentais não quebram o sistema. Gastos aumentam. Mas uma vida não tem preço. Tem dignidade. Como disse Kant. UTIs têm preço. Medicamentos têm preço. A vida humana não. A bioética orienta as decisões. Valores não são consensuais. Vivemos em uma sociedade plural. A bioética analisa e prescreve. É preciso ir além dos princípios. Trabalhar com valores. A grande revolução da medicina será a “medicina baseada em valores”. Balizadores éticos são essenciais. Diálogo. Controle social. Prevenção. Precaução. Prudência. Proteção dos mais vulneráveis. Comitês de bioética clínica. Fundamentais.

Podem diminuir demandas. Ajuda nas decisões clínicas no hospital. Bioética é um instrumento de reflexão. Essencial para decisões prudentes. Seus princípios se alinham com os do SUS. Universalidade. Integralidade. Agentes de transformação devem se unir. Dialogar. Construir uma sociedade harmonizada. O desafio final: equilibrar eficiência econômica e ética do cuidado.

JUSTIÇA

7º PAINEL

IMPACTOS ECONÔMICOS, ORÇAMENTO E JUDICIALIZAÇÃO DA COBERTURA E INCORPORAÇÃO DE ALTO CUSTO

O Juiz **Grécio Nogueira Grégio** abriu o painel. Ressaltou a tensão entre o alto custo da saúde, a finitude dos recursos e a busca pelo acesso universal. A sustentabilidade é importante, afirmou.

Incorporação de medicamentos de alto custo

Marcos Paulo Novaes – Diretor Executivo da ABRAMGE falou sobre a incorporação de medicamentos de alto custo. O sistema de saúde brasileiro é vasto. Contudo, o modelo da saúde suplementar carece de limites financeiros de cobertura. Adicionalmente, seu sistema de repartição simples não acumula recursos. Prejuízos anuais não são recuperados. Isso leva a ajustes de preço. A judicialização de reajustes e a inclusão de tecnologias não incorporadas geram pressão. Dados mostram que uma pequena parcela de beneficiários consome a maior parte dos recursos. A rápida evolução tecnológica, alertou, exige um processo robusto de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). O Conitec (SUS) negocia preços de medicamentos. A ANS (saúde suplementar) não o faz, usando a tabela C-Med. A Lei 14.307 agrava isso. Um medicamento incorporado no SUS com grande desconto pode entrar na saúde suplementar sem negociação. O Implanon exemplifica. Negado três vezes pela ANS, foi aceito no SUS com 84% de desconto. Agora, a saúde suplementar o cobre pelo preço cheio. A revista The Lancet, disse, indica que apenas um terço das novas tecnologias mostra eficácia. Marcos Paulo Novaes defendeu uma política clara de precificação de novas drogas. Também apontou a necessidade de uma política nacional de ATS e de compartilhamento de riscos.

Processo judicial eletrônico

Dr. Luiz Cláudio Alemand, conselheiro federal OAB, abordou o processo judicial eletrônico (PJE) e a inteligência artificial (IA) na saúde. O PJE, com 14 anos, mostra avanços. Sua preocupação concentra-se na

independência da magistratura. Precedentes vinculantes e a IA podem reduzir a autonomia dos juízes. Questionou se os magistrados enfrentarão a jurisprudência ou usarão minutas geradas por IA. A IA, que ele chama de “inteligência estendida”, evolui rapidamente. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) já identificou falhas na formação de precedentes vinculantes. Muitas súmulas, disse, não são bem debatidas. Fundamentos não são amplamente discutidos, limitando a análise em instâncias inferiores. Essa “legislação por decisão judicial” engessa o direito, que é dinâmico. Lembrou a frase de William Wacky: o judiciário toma decisões de natureza política para as quais não está preparado. É um cabo de guerra entre o custo do sistema e o direito à saúde. É preciso diálogo, não apenas regras.

Economia e financiamento

Bruno Sobral de Carvalho – Diretor Executivo da FENASAÚDE, trouxe a perspectiva econômica. Classificou a maioria dos serviços médicos como “bens de credibilidade”. Estes têm grande assimetria de informação. O médico atua como um “credenciador”. Contudo, médicos são também agentes econômicos, assim como a indústria farmacêutica e as operadoras. O seguro, por sua natureza, torna o custo marginal do beneficiário próximo de zero. A solução, disse, está na ciência. Um processo judicial que privilegia a ciência pode mitigar a assimetria. As súmulas vinculantes, mesmo com suas complicações, podem direcionar a busca por evidências científicas de qualidade.

No debate, questões foram levantadas sobre as diferenças de tratamento judicial entre demandas contra o Estado e contra planos de saúde. Marcos Paulo Novaes destacou o desvio de demandas para a saúde suplementar. Reforçou a necessidade de evidências científicas para todas as indicações. Bruno Sobral de Carvalho reiterou a importância da avaliação de tecnologias em saúde. O custo, para ele, é um fator determinante na aceitação coletiva de uma tecnologia. Um participante questionou o porquê de planos de saúde negarem tratamentos com evidência científica em primeira linha, optando por alternativas mais baratas, mas menos eficazes. Ambos os expositores concordaram na necessidade de políticas transparentes e claras para garantir o melhor tratamento ao paciente.

Conferencia magna de encerramento

O 12º COMEDJUS encerrou-se com uma Conferência Magna proferida pelo **Ministro André Mendonça**, do Supremo Tribunal Federal (STF), que destacou a importância do encontro ao unir as áreas da justiça e da saúde. Ele ressaltou o compromisso fundamental com a dignidade humana, afirmando que o acesso à saúde é um dos pilares da democracia.

O ministro agradeceu as homenagens recebidas e as orações, enfatizando a conexão entre a justiça e a saúde. Comparou os médicos a “sacerdotes na Terra”, que testemunham a fragilidade humana, enquanto os profissionais do direito buscam a justiça, sentindo a injustiça profundamente.

Compartilhando uma experiência pessoal, o Ministro relatou sua visita a Melgaço, onde percebeu as carências do atendimento público: locais sem saneamento básico e sem pediatra, o que evidencia as falhas no sistema de saúde.

Para melhorar essa realidade, ele sugeriu algumas ações prioritárias: investir em saneamento básico para evitar gastos maiores com saúde; aplicar a teoria do agente principal, na qual os cidadãos são os principais e os profissionais, os agentes que devem honrar essa confiança; garantir a qualificação dos novos médicos por meio do exame de proficiência; ampliar e regular melhor as vagas de residência médica, assegurando qualidade na formação; instituir remuneração por performance, valorizando os melhores serviços; e combater a litigância predatória, evitando ações abusivas contra o SUS e planos de saúde.

O ministro conclamou a todos à reflexão e à busca por soluções conjuntas, reforçando a necessidade de construir um país mais justo e íntegro. Destacou que o poder deve servir ao povo e que o caminho para avanços passa pela união, diálogo e compromisso, com cada pessoa fazendo sua parte.

Conclusão

JUSTIÇA

Conclusão

O 12º COMEDJUS Congresso Brasileiro Médico Jurídico da Saúde, revelou-se um encontro fundamental. Ele reuniu profissionais do direito e da saúde. O evento procurou harmonizar justiça, legislação e bem-estar no Brasil.

Discursos salientaram a posição essencial do direito à saúde na Constituição de 1988. As discussões miraram o equilíbrio entre a proteção legal e os obstáculos práticos. O congresso destacou a necessidade de instituições sólidas. Pontuou a integridade na gestão pública. Buscou o balanceamento entre normas e a realidade social.

O evento instigou participantes a aprimorar as condições de saúde. Pediu melhor governança e eficácia no SUS. Temas como investimento em saneamento básico foram citados. A necessidade de um exame de proficiência médica foi apresentada. A regulamentação de residências médicas foi pauta. Remuneração por performance foi uma sugestão. O congresso ainda tratou da litigância predatória na área da saúde.

Em última análise, o COMEDJUS ofereceu um espaço para reflexão. Visou despertar soluções. Incentivou o compromisso com a dignidade humana e o serviço público. Afirmou a confiança entre cidadãos e agentes públicos.

Esperamos todos com muita saúde em setembro de 2026!

Gratidão aos nossos apoiadores e investidores



12º COMEDJUS

Congresso Brasileiro Médico, Jurídico da Saúde

12º COMEDJUS

APOIADORES:



ABRAGES
Associação Brasileira de
Direito Social e Tecnologia



M&P AMPASA
Associação Médica e Paramédica do Espírito Santo



São Bernardo
sampa



HOSPITAL
Vitória Apart



UNISA
Universidade Estadual do Espírito Santo

55
ANOS



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do
Estado do Espírito Santo



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Saúde

