

SAIU NO JORNAL



SAÚDE SUPLEMENTAR: 07, 08 e 09 de dezembro



Planos de saúde: como ficam os direitos dos dependentes após a morte do titular

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Vinícius G. F. Jallageas de Lima

Data: 05/12/2020

A saúde sempre foi e sempre será um tema contemporâneo, pois implica nas maiores e principais preocupações da população em geral, por estar intrinsecamente atrelada à vida e ser considerada um direito e uma garantia constitucional, assegurada para todo e qualquer cidadão, corolário do princípio da dignidade da pessoa humana. Apesar do hercúleo esforço do Sistema Único de Saúde (SUS) em tentar atender aos anseios da sociedade da melhor maneira possível, essa



atribuição acaba sendo obstaculizada em decorrência da falta de amparo material, quer seja pela falta de recursos públicos e hospitais disponíveis para satisfazer toda a demanda existente e desencadeada pela população brasileira, quer seja em razão da falta de profissionais para o exercício da função.

E justamente em razão da escassez de recursos na área do sistema público foi desencadeado o "efeito ricochete", resvalando no aumento da contratação e manutenção do sistema privado e, com isso, sobrecarregando também a saúde suplementar. Tratando-se de saúde suplementar, de maneira proposital ou não, envolvendo questões comerciais ou não, interesses escusos ou não, fato é que infelizmente, não obstante inclusive o devoto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, em tentar difundir informações relevantes para a população, face a dificuldade de difusão, referidas informações acabam sendo relegadas, fazendo com que os consumidores continuem sendo lesados.

É justamente em razão dessa ausência de informação que o presente artigo objetiva contribuir, para que os consumidores possam minimamente usufruir de seus direitos, espancando, por qualquer prisma que se analise, eventuais práticas abusivas perpetradas pelas operadoras e, com isso, minimizando a margem de incidência de injustiças. Entre as situações mais corriqueiras, pode-se questionar como ficariam os direitos dos dependentes após a morte do titular do plano de saúde coletivo, leia-se empresarial ou por adesão? Após o falecimento do titular, podem as operadoras realizar modificações contratuais, como por exemplo, alterar as condições de preço e também estipular carência?

Partindo para as respostas a essas perguntas, me parece abusiva e ilegal a postura de operadoras que pretendam excluir os dependentes do plano de saúde, após o falecimento do titular, pois essa conduta infringe: 1) o artigo 30, caput, seu §3º e também o artigo 31, todos da Lei nº 9.656/98; 2) a súmula normativa 13 da ANS; 3) o artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor; e, por fim, 4) o entendimento já esposado pelo Superior Tribunal de Justiça e pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Importante esclarecer desde já que não há no ordenamento jurídico vigente qualquer norma que resolva de maneira pragmática referido questionamento, sobretudo tratando-se de contrato coletivo. De acordo com Renata Maria Gil da Silva Lopes Esmeraldi e José Fernando da Silva, acerca da omissão legislativa nos contratos dessa natureza, "diante do cunho protetivo de todo o sistema legal contido na Lei n. 9.656/98, supera-se com a extensão de iguais direitos nos casos de desfazimento do vínculo associativo e para garantir ao associado a mesma situação em face dos mesmos pressupostos das duas outras situações (tempo de contribuição e pagamento integral das



contraprestações)" (Planos de saúde no Brasil: doutrina e jurisprudência. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015 — grifo do autor).

Dessa forma, aplicam-se, por analogia, os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98:

"Artigo 30 — Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...)

§ 3o. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

Artigo 31 — Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral" (grifos do autor)

Outrossim, de maneira análoga é cabível a aplicação da Súmula 13 de 2010 da ANS, inclusive para os planos coletivos:

"O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo".

Nessa linha intelectual de raciocínio, segundo uma interpretação extensiva dos referidos dispositivos legais, já decidiu a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, ao negar provimento ao Recurso Especial nº. 1.871.326, de relatoria da ministra Nancy Andrighi:

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO. FALECIMENTO DO TITULAR. DEPENDENTE IDOSA. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. SÚMULA NORMATIVA 13/ANS. NÃO INCIDÊNCIA. ARTS. 30 E 31 DA LEI 9.656/1998. INTERPRETAÇÃO EXTENSIVA DOS PRECEITOS LEGAIS. CONDIÇÃO DE CONSUMIDOR HIPERVULNERÁVEL. JULGAMENTO: CPC/15.



1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 27/11/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 24/09/2019 e atribuído ao gabinete em 17/04/2020.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre a manutenção de dependente em plano de saúde coletivo por adesão, após o falecimento do titular.

3. Há de ser considerado, à luz do disposto na Resolução ANS 195/2009, que, diferentemente dos planos privados de assistência à saúde individual ou familiar, que são de “livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar” (art. 3º), os planos de saúde coletivos são prestados à população delimitada, vinculada à pessoa jurídica, seja esse vínculo “por relação empregatícia ou estatutária” (art. 5º), como nos contratos empresariais, seja por relação “de caráter profissional, classista ou setorial” (art. 9º), como nos contratos por adesão.

4. É certo e relevante o fato de que a morte do titular do plano de saúde coletivo implica o rompimento do vínculo havido com a pessoa jurídica, vínculo esse cuja existência o ordenamento impõe como condição para a sua contratação, e essa circunstância, que não se verifica nos contratos familiares, impede a interpretação extensiva da súmula normativa 13/ANS para aplicá-la aos contratos coletivos.

5. Em se tratando de contratos coletivos por adesão, não há qualquer norma – legal ou administrativa – que regulamente a situação dos dependentes na hipótese de falecimento do titular; no entanto, seguindo as regras de hermenêutica jurídica, aplicam-se-lhes as regras dos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/1998, relativos aos contratos coletivos empresariais.

6. Na trilha dessa interpretação extensiva dos preceitos legais, conclui-se que, falecendo o titular do plano de saúde coletivo, seja este empresarial ou por adesão, nasce para os dependentes já inscritos o direito de pleitear a sucessão da titularidade, nos termos dos arts. 30 ou 31 da Lei 9.656/1998, a depender da hipótese, desde que assumam o seu pagamento integral.

7. E, em se tratando de dependente idoso, a interpretação das referidas normas há de ser feita sob as luzes do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e sempre considerando a sua peculiar situação de consumidor hipervulnerável. 8. Recurso especial conhecido e desprovido, com majoração de honorários"

(STJ, REsp nº. 1.871.326 – RS, Min. Rel. NANCY ANDRIGHI, 3ª Turma, j. em 1º/9/2020).

Nessa auspiciosa direção caminhou o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

"PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ÓBITO DO TITULAR. EXTINÇÃO AFASTADA. TRANSFERÊNCIA PARA VIÚVA. Sentença de procedência. Insurgência de ambas as rés. Não acolhimento. Transferência de titularidade após morte do titular que é decorrência legal (art. 30, §3º



Lei no 9.656/1998), sendo abusiva cláusula em sentido contrário (art. 51, IV, CDC). Manutenção do plano de saúde para a viúva, como se titular fosse. Recursos não providos"

(TJ/SP, Apel. nº. 1013573-94.2019.8.26.0011, Des. Rel. CARLOS ALBERTO SALLES, 3ª Câmara de Direito Privado, j. em 9/8/2020).

Frise-se, ainda, que eventual negativa contratual infringe o artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor, pois reputa como nula de pleno direito cláusulas contratuais que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. Portanto, por meio dos aludidos dispositivos legais, aliado ao entendimento do Superior Tribunal de Justiça e do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, denota-se pela possibilidade de os dependentes titulares permanecerem no plano de saúde, nas mesmas condições, desde que assumam o pagamento integral das parcelas.

Mesmo assim, caso referidas ilegalidades sejam perpetradas pelas operadoras de planos de saúde, de rigor o recrudescimento da rede de proteção consumerista, fazendo com que o lesado busque seus direitos por meio de um advogado especialista na área, evitando, assim, a prática de qualquer abuso de direito por parte das operadoras.

Vinícius G. F. Jallageas de Lima é advogado, mestrando em Direito Processual Civil pela USP, especialista Direito Processual Civil pela PUC-SP, em Direito Imobiliário pela FGV-SP, em Direito Médico e Hospitalar pela EPD, sócio e fundador de Vinícius Jallageas Advocacia.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-05/lima-planos-saude-direitos-dependentes>

Ano foi marcado por reflexos da LGPD nas relações de consumo

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Fabíola Meira de Almeida Breseghello

Data: 05/12/2020

Nesta retrospectiva de 2020, é fundamental abordar o impacto da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nas relações de consumo. Desde o início, o ano foi tomado por incertezas sobre a



entrada em vigor da Lei nº 13.709/2018. Atualmente, a lei está em vigor. Porém, as sanções administrativas previstas na LGPD começarão a valer apenas em agosto de 2021. Após alguns desacreditarem na entrada em vigor e na necessidade de implantação e adaptação à lei, o fato é que muitas empresas entenderam a urgente necessidade de adoção de medidas.

Além de as sanções previstas na LGPD no artigo 52 só entrarem em vigor em 2021, há que se dizer que o §2º do mesmo artigo assevera que tal previsão "não substitui a aplicação de sanções administrativas, civis ou penais definidas na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e em legislação específica". Com isso, questões atinentes à disciplina da proteção de dados pessoais fundamentadas na defesa do consumidor, assim como o fato de o titular dos dados pessoais poder exercer os seus direitos perante os organismos de defesa do consumidor, levaram órgãos de proteção e defesa do consumidor a iniciarem várias investigações, com possibilidade de sanção com base no artigo 56, CDC.

A título exemplificativo, a Fundação Procon São Paulo já noticiou as seguintes notificações: 1) Tik Tok envolvendo regras de privacidade para crianças (14/5) [1]; 2) Facebook em relação aos dados de usuários (20/10) [2]; 3) Enel sobre vazamento de dados (11/11) [3]; e 4) Hospital Albert Einstein sobre vazamento de lista de pacientes testados, diagnosticados e internados por Covid-19 (30/11) [4], entre outros.

Na mesma linha, a Secretaria Nacional do Consumidor, com base nas disposições do Código Civil referentes aos direitos da personalidade, aplicou multa no valor de R\$ 58.767, à Cia. Hering por entender violado o dever de informação, bem como por considerar prática abusiva as medidas envolvendo reconhecimento facial em razão de coleta de dados de consumidores sem conhecimento prévio (14/8) [5].

Em 29 de setembro, a juíza Tonia Yuka Koroku condenou [6] a Cyrella a se abster de repassar ou conceder a terceiros, a título gratuito ou oneroso, dados pessoais, financeiros ou sensíveis, sob pena de multa de R\$ 300 por contato indevido, bem como indenização a título de dano moral no importe de R\$ 10 mil. Entre os argumentos, a magistrada destacou que "os dados independentemente de sensíveis ou pessoais (artigo 5º, I e II, LGPD) foram tratados em violação aos fundamentos de sua proteção (artigo 2º, LGPD) e à finalidade específica, explícita e informada ao seu titular (artigo 6º, I, LGPD)". Ainda enfatizou que "informação adequada e clara dos conteúdos do serviço e a proteção à saúde e segurança (inclusive a integridade psicológica) do consumidor são objeto de prescrição normativa antes mesmos da LGPD, seja pelo regime de direitos fundamentais decorrentes da CF/88, como também pelas normas do Código Civil e CDC".

Em 26 de novembro, também foi noticiada a propositura de ação civil pública pelo Ministério Público de Goiás (MP-GO) contra a Serasa S.A., sob o argumento de "captação irregular de dados



de executados, em desacordo com o Código de Defesa do Consumidor e com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)" [7]. Sem prejuízo da atuação dos órgãos de proteção e defesa do consumidor no que se refere à fiscalização em relação à proteção de dados, com a entrada em vigor da lei, alguns consumidores, durante o decorrer do ano, solicitaram às empresas diretamente ou por meio dos órgãos de proteção e defesa do consumidor ou plataformas de reclamações a exclusão de dados, por exemplo. Em uma rápida pesquisa na plataforma consumidor.gov.br com o termo "LGPD", foi possível encontrar 160 resultados em reclamações envolvendo o tema desde 18 de agosto [8].

Para quem questionava se a lei "pegaria" ou não, fácil identificar que, independentemente de as sanções da LGPD ainda não estarem em vigor, o ano foi marcado por atuações dos órgãos de proteção e defesa do consumidor, por demandas judiciais e por exigência de direitos por parte dos consumidores com base tanto na LGPD, CDC e até fundamentos do CC. Nesses termos, em meio às incertezas, encerra-se o ano com a certeza de que a conformidade do mercado à lei. Portanto, a garantia dos direitos dos titulares de dados é medida imediata e não depende das sanções do artigo 52 ainda não estarem em vigor.

Fabíola Meira de Almeida Breseghello é sócia da área de relações de consumo do escritório BNZ Advogados, professora assistente da especialização em Direito das Relações de Consumo da PUC-SP (Cogeae), árbitra na Câmara de Mediação e Arbitragem (Cames), presidente da Abrarec, conselheira do Ibrac, doutora e mestre em Direitos Difusos e Coletivos pela PUC-SP e especialista em Direito das Relações de Consumo pela PUC-SP.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-05/direito-consumidor-ano-teve-reflexos-lgpd-consumo>

STF dá aval para lei que criou Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 05/12/2020

O serviço prestado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é público, mas a natureza da pessoa jurídica é de direito privado. Por conseguinte, de direito privado também é a



relação entre a empresa e seus empregados, que são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com base nesse entendimento, o colegiado do Supremo Tribunal Federal decidiu ser constitucional a lei que autorizou a criação da Ebserh, uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado que presta serviço público hospitalar.

A decisão foi provocada por ação movida em 2013 pelo, na época, procurador-geral da República, Roberto Gurgel, que questionava dispositivos da Lei 12.550/11. O autor afirmou que a lei violou a Constituição Federal ao atribuir à Ebserh a prestação de um serviço público e que apenas por meio de lei específica seria possível autorizar a instituição de empresa pública. Gurgel também questionou a contratação de servidores com base na CLT e por meio de contratos temporários.

Ao analisar a matéria, a relatora, ministra Cármen Lúcia, apontou que a ação da PGR não merecia provimento, já que a Constituição não obriga a edição de lei complementar para definir a atuação de empresas públicas ou sociedades de economia mista.

A ministra apontou que Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares integra a Administração Pública indireta, ou seja, presta serviço público, mas tem natureza jurídica de Direito privado. Ela explicou que isso permite ao Estado "o exercício de atividades econômicas com maior versatilidade e celeridade, não se sujeitando às inúmeras injunções administrativas constitucionais e legais impostas aos órgãos e entidades públicas".

"Não se demonstra, assim, pela autorização da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares desobediência a princípio ou norma constitucional", pontuou Cármen Lúcia. A decisão, unânime, também reconheceu a legalidade da adoção do regime celetista para os funcionários da empresa.

ADIn 4.895

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-05/lei-criou-empresa-brasileira-servicos-hospitalares-valida>

Alterações legais na cobrança e destinação do ISS e suas vantagens para as empresas

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Urick Soares



A Lei Complementar (LC) nº 175/2020, publicada em setembro, que prevê regra de transição para a partilha do valor de arrecadação do imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS) entre o município do local do estabelecimento prestador do serviço e o município do domicílio do tomador, traz significativas mudanças na cobrança do imposto. A partir de 2023, 100% da arrecadação do ISS relativo aos serviços descritos na lista anexa à LC 116/2003 passará a ser do município de destino, isto é, na localidade em que estiver situado o tomador do serviço.

Entre os impactos com as mudanças estão: planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres; outros planos de saúde que se cumpram por serviços de terceiros contratados, credenciados, cooperados ou apenas pagos pelo operador do plano mediante indicação do beneficiário; e planos de atendimento e assistência médico-veterinária. Além deles, integram a lista administração de fundos, de consórcio, de cartão de crédito ou débito e congêneres; de carteira de clientes; de cheques pré-datados e congêneres; e arrendamento mercantil (leasing) de quaisquer bens, inclusive cessão de direitos e obrigações, substituição de garantia, alteração, cancelamento e registro de contrato; e demais serviços relacionados ao leasing.

Até a data citada na LC, a divisão da arrecadação se dará, em 2021, na proporção de 33,5% para o município do estabelecimento prestador e 66,5% para o do tomador. Em 2022, a proporção será de 15% e 85%, respectivamente. Em complemento, a LC nº 175/2020 não cometeu o mesmo erro da LC 157/2016, que estabeleceu uma exceção à regra do local de incidência do imposto, de modo a estabelecer que o ISS sobre serviços de operadoras de planos de saúde deveria ser recolhido para o município do tomador do serviço, mas sem definir quem seria considerado o tomador.

O §6º do artigo 14 da lei prevê expressamente que, nesses casos, "o tomador do serviço é a pessoa física beneficiária vinculada à operadora", seja por convênio ou contrato de plano de saúde familiar, individual, coletivo por adesão ou empresarial. No caso de serviços de administração, tratando-se de cartões de crédito ou débito, o tomador é o primeiro titular do cartão. Se o serviço se referir à administração de carteira de valores mobiliários e dos serviços de administração e gestão de fundos, o tomador do serviço será o cotista. No caso dos serviços de administração de consórcios, o tomador é o consorciado.

A outra grande inovação trazida pela nova legislação é o fato de que os serviços citados deverão ser apurados e declarados pelo contribuinte exclusivamente por meio de sistema eletrônico



unificado em todo o território nacional, até o 25º dia do mês seguinte ao da ocorrência do fato gerador do imposto, isto é, da data em que prestado o serviço pelo contribuinte. Esse sistema deverá seguir os padrões estabelecidos pelo Comitê Gestor de Obrigações Acessórias do ISS (CGOA), órgão que será composto por dez membros, sendo um representante de município capital ou do Distrito Federal e um representante de município não capital por região.

Não há dúvidas de que, em relação aos serviços especificados, a nova regra se adequa aos melhores padrões de tributação, substituindo o local de origem pelo local de destino. Tal sistema facilita tanto a arrecadação, por parte do Fisco, quanto à descentralização dos recursos para municípios de menor porte, recursos esses que, via de regra, estão concentrados nas capitais.

Além disso, com a implementação de um sistema unificado de declaração, promove-se mais segurança jurídica ao contribuinte, uma vez que a maioria dos municípios possui regras variáveis sobre o cumprimento das formas pelas quais se deve recolher o tributo, sobre quem pode figurar como responsável pela obrigação e sobre a necessidade de cadastros municipais para a prestação do serviço. A LC 175/2020 elimina esses problemas e, conseqüentemente, diminui sobremaneira os custos de conformação das empresas.

Urlick Soares é advogado da consultoria tributária do escritório Andrade Silva Advogados.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-05/soares-alteracoes-legais-cobranca-destinacao-iss>

TJ-MG permite cultivo de maconha para tratamento de criança com epilepsia

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 05/12/2020

Por considerar que é necessário compatibilizar a proibição a situações excepcionais que buscam resguardar direitos fundamentais, a 8ª Câmara Criminal do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJ-MG) ratificou uma liminar que autorizou um homem a cultivar maconha. O plantio tem o intuito de extrair o óleo da planta para o tratamento de seu filho, que sofre de epilepsia e autismo.

O garoto de 12 anos já precisou ser internado 48 vezes, sendo 12 em unidades de tratamento intensivo (UTIs). O tratamento com cannabis, iniciado aos sete anos de idade, diminuiu



drasticamente suas crises e melhorou significativamente sua qualidade de vida. O pai já havia conseguido autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para importar a maconha medicinal. Mas teve dificuldades de adquirir o produto devido à crise ocasionada pela Covid-19.

No colegiado, o desembargador-relator Henrique Abi-Ackel Torres ponderou o interesse jurídico e o direito à saúde: "Havendo comprovação de que o tratamento médico, por meio da ingestão do óleo proveniente da planta *Cannabis sativa* L., é o único a possibilitar um 'controle sustentável do quadro epilético' da criança, de modo a aliviar o seu sofrimento, a pretensão de autorização para que o representante legal faça o plantio, cultivo e tenha posse das plantas ora em comento, em quantidade necessária para a produção do óleo usado no tratamento da criança, não pode implicar em sua imputação ao tipo penal de perigo abstrato ora em discussão", pontuou.

O magistrado também concedeu a expedição de salvo-conduto para evitar eventual apreensão das plantas ou qualquer outra forma de interrupção do tratamento. O processo tramita em segredo de Justiça.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-05/tj-mg-permite-cultivo-maconha-tratamento-epilepsia>

Lei paulista que proíbe farmácias de exigir CPF do consumidor é elogiável

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Felipe Leoni Carteiro Leite Moreira

Data: 06/12/2020

"Poderia nos fornecer o seu CPF, por gentileza?".

Quem nunca se dirigiu a uma farmácia ou drogaria e teve os seus dados pessoais solicitados como condição para o início do atendimento dos funcionários do balcão?

A prática, amplamente utilizada pelo setor de drogarias, e conhecida por toda a gama de consumidores Brasil a fora, tende a mudar, ao menos no Estado de São Paulo. Isso porque, no dia 2 de dezembro deste mês, passou a vigorar a Lei estadual nº 17.301/2020, que proíbe farmácias e



drogarias de exigir o CPF do consumidor, no ato da compra, sem informar de forma adequada e clara sobre a concessão de descontos e finalidade de obtenção desses dados.

A lei paulista, de autoria do deputado estadual Alex de Madureira (PSD), vai além e determina que esses estabelecimentos fixem avisos de fácil compreensão e leitura com os seguintes dizeres "PROIBIDA A EXIGÊNCIA DO CPF NO ATO DA COMPRA QUE CONDICIONA A CONCESSÃO DE DETERMINADAS PROMOÇÕES". A não observância será penalizada com multa pecuniária, a ser imposta após fiscalização do poder público, dobrada em caso de reincidência.

É bem verdade que, desde o início da vigência do Lei Geral de Proteção de Dados, em 18 de setembro, esses estabelecimentos já tinham a obrigação de tratar os dados pessoais de seus clientes de forma lícita, respeitando os critérios estabelecidos na legislação. Aliás, o próprio Código de Defesa do Consumidor, vigente há mais de 30 anos, já previa a abusividade de tal conduta, sendo claro no sentido de que abertura de cadastro, ficha, registro, dados pessoais e de consumo deverá ser comunicada por escrito ao consumidor quando não solicitada por ele.

Ocorre que as previsões legais existentes não se mostraram suficientes até o momento para a efetiva proteção de consumidores, tendo em vista que farmácias e drogarias pouco alteraram a sua forma de atuação no mercado e continuam, salvo poucas exceções, requisitando a concessão do CPF ou de eventuais outros dados pessoais como medida primária para início do atendimento. A justificativa é, sempre, de que os dados são necessários para o oferecimento de descontos e demais vantagens, beneficiando o consumidor.

Evidentemente que, a despeito disso, a obtenção de dados pessoais confere às drogarias ampla vantagem comercial, mostrando a prática que os dados pessoais de consumidores são substância para o direcionamento de marketing e venda personalizada de produtos e serviços de maneira mais efetiva. Ou seja, o que se vê é que, atualmente, em troca de modestos descontos, consumidores acabam por abrir mão de informações relevantes sobre as suas preferências e características, passando, pouco a pouco, a se distanciar da chamada autodeterminação informativa. Quer dizer, o consumidor fica gradativamente afastado do controle de seus dados pessoais.

Diante de todos esses pontos, e dada a necessidade de conscientização dos brasileiros acerca da proteção de dados pessoais, matéria sobretudo nova no dia a dia do país, verifica-se que a Lei estadual nº 17.301/2020 é elogiável, pois visa a equilibrar, justamente, a lacuna informacional existente entre as farmácias e drogarias e os seus consumidores quanto à utilização das informações obtidas no ato da compra e que, posteriormente, são transferidas ou utilizadas de forma diversa e não conhecida pelo consumidor por seus detentores.



Felipe Leoni Carteiro Leite Moreira é advogado coordenador da área Cível do escritório Rayes & Fagundes Advogados Associados.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-06/moreira-lei-paulista-proibe-farmacias-exigir-cpf>

Lei Geral de Proteção de Dados: externalidades negativas não projetadas

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Marcus Vinicius Vita Ferreira e Leonardo P. Santos Costa

Data: 06/12/2020

Vivemos no mundo dos dados. O que fazemos, pensamos, gostamos ou desgostamos foi transformado em ativo financeiro, em forma objetiva de interpretar a vontade do usuário antes mesmo que ela seja manifestada. Não por exagero, o historiador israelense Yuval Noah Harari definiu que *"no século XXI, os dados vão suplantar tanto a terra quanto a maquinaria como o ativo mais importante, e a política será o esforço por controlar o fluxo de dados. Se os dados se concentrarem em muito poucas mãos — o gênero humano se dividirá em espécies diferentes"* [1].

E é nessa quadra histórica, de absoluta disruptura econômica e alteração de paradigmas de fluxo de informações e riquezas, que surge a Lei Geral de Proteção de Dados (13.709), de 14 de agosto de 2018, e que pode mesmo ser apontada, sem exageros, como um dos marcos regulatórios mais importantes e quiçá mais impactantes em termos de garantia de direitos fundamentais de índole individual da última década.

Conforme se nota logo no artigo 1º da LGPD, *"esta Lei dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural"*. Trata-se de verdadeira concretização, no plano infraconstitucional, da tutela da inviolável intimidade, vida privada, honra e imagem dos cidadãos, cujo assento primeiro deriva da Constituição Federal (CF, artigo 5º, X).



Intimidade e vida privada essa que se desdobra contemporaneamente no princípio da autodeterminação informativa, positivado no inciso II do artigo 2º da LGPD, mas cujas origens históricas remontam ao clássico julgamento levado a efeito pelo Tribunal Constitucional Federal Alemão acerca da constitucionalidade da Lei de 25 de março de 1982, aprovada pelo Parlamento alemão (*Bundestag*), a respeito do recenseamento geral da população que fora projetado para ocorrer no ano seguinte, em 1983. Segundo anotam Gerrit Hornung e Christoph Schnabel, "*nesta decisão, o Bundesverfassungsgericht 'inventou' o novo direito básico de autodeterminação, que é a âncora legal para a proteção de dados na Constituição alemã. A decisão é, até hoje, a mais importante da história dos dados alemães e o Bundesverfassungsgericht ainda se refere frequentemente a ela em novas decisões*".

No caso, a lei alemã exigia que os dados pessoais dos cidadãos sobre profissão, moradia e local de trabalho fossem disponibilizados ao Estado para apurar o estágio de crescimento populacional, a distribuição espacial da população e as características demográficas e sociais com o escopo de colmatar lacunas existentes nos cadastros públicos. Assim, a partir do direito geral da personalidade previsto na Constituição Alemã, o TCFA reconheceu que "*o livre desenvolvimento da personalidade pressupõe, sob as modernas condições do processamento de dados, a proteção do indivíduo contra levantamento, armazenagem, uso e transmissão irrestritos de seus dados pessoais, assegurando, assim, a proteção à autodeterminação informativa*" [2].

Todavia, foi na *General Data Protection Regulation* (ou *GDPR*) europeia que a LGPD retirou sua fonte de inspiração mais direta. O marco legal europeu da proteção de dados pessoais, que "*constitui uma evolução da Diretiva Europeia 1995 (Diretiva 95/46/CE)*" [3], é o elemento normativo de base à LGPD brasileira. Todavia, apesar da ampla rede protetiva de direitos fundamentais criada pela LGPD, o marco normativo, como toda e qualquer legislação que nasce datada num tempo histórico sob a marca de determinadas impressões valorativas, apresenta alguns problemas e falhas que podem ter o condão de desnaturar os nobres objetivos que o legislador pretendeu implementar.

Adiante, algumas prognoses ou potenciais externalidades negativas que, da análise da lei, nos parece possível verificar. Pois bem. O artigo 2º da LGPD elenca textualmente os sete fundamentos da proteção de dados pessoais. Embora os incisos do artigo 2º utilize expressões como "*desenvolvimento econômico e tecnológico e a inovação*" e "*livre iniciativa e livre concorrência*", a leitura sistemática da lei demonstra que esses objetivos correm um sério risco de não serem efetivamente cumpridos.



Basta ver que o artigo 52, II, da LGPD, dispositivo que trata das sanções administrativas aplicadas em razão das infrações à proteção de dados pessoais, se aplicado literalmente pode causar um forte desestímulo à "inovação" e à "livre iniciativa", fundamentos esses que norteiam a própria Lei Geral de Proteção de Dados. Diz o artigo 52, II, da LGPD, já que prevê multa de até 2% sobre o faturamento.

O exemplo citado por Leonardo Corrêa em artigo específico [4] a esse respeito é didático: *"Digamos que uma empresa de informática, com faturamento anual de R\$ 5 milhões (e patrimônio de uns R\$ 2 milhões, repleto de bens intangíveis, fundados em direito autoral), preste serviços de tratamento de dados para uma parceira comercial, em um contrato de R\$ 200 mil por ano. Importante: não estou falando de lucro, mas, sim, de faturamento (ou seja, receita bruta)"*.

Veja-se, portanto, que o artigo 52, II, da LGPD, se aplicado sem razoabilidade, pode colocar um entrave ao desenvolvimento econômico do país e, sobretudo, aos pequenos e médio empresários, que gozam de proteção constitucional diferenciada (CF, artigo 170, IX). Uma pequena e média empresa, além de não conseguir suportar os elevados custos financeiros que a regulação da proteção de dados causará sobre ela, ainda perderá a competitividade no nicho de mercado em que atua. Afinal, para o consumidor final não haverá um atrativo ou estímulo comercial para que ele deixe de comprar de um agente de grande porte para comprar com o de menor. Não se trata de um simples incremento burocrático, mas de uma vasta teia de controles e protocolos a serem seguidos que encarecerá largamente os custos de operação, os quais, inevitavelmente, importarão em elevação dos preços dos produtos e serviços prestados por essas empresas.

Ao fim e ao cabo, é o próprio consumidor, objeto de maior tutela da LGPD, quem acabará suportando o preço mais elevado dos serviços a serem prestados pelos agentes econômicos privados que devem se submeter ao escrutínio da lei. Esses perigos que a própria lei cria ao estímulo à "inovação" podem ser maiores se vistos sobre o ponto de vista da técnica de redação e o modo como a própria lei é construída. Isso porque a LGPD é, em grande medida, principiológica, de "textura aberta". Utiliza diversos conceitos jurídicos indeterminados e abstratos que, na prática, abrem ampla margem de discricionariedade para quem interpreta a lei.

Veja-se, neste particular, que o §1º do artigo 52 da LGPD, apesar de estabelecer algumas balizas para que os agentes de tratamento de dados realizem a dosimetria das penas cominadas nos nove incisos do *caput* (do artigo 52), traz alguns conceitos jurídicos indeterminados para aplicação das reprimendas aos infratores da lei. São exemplos: *"a boa-fé do infrator"* (inciso II), *"a vantagem auferida ou pretendida pelo infrator"* (inciso III) e *"a adoção de política de boas práticas e governança"* (inciso IX).



Aplicar sanção, ainda que administrativa, sem procedimentos integralmente seguros, com base conceito jurídicos abstratos, como por exemplo *"a boa-fé do infrator"* (inciso II), pode abrir margem para injustiças, arbitrariedades e ilegalidades. De um lado, os agentes que devem tratar adequadamente os dados pessoais de terceiros (empresas e poder público) podem fazer múltiplas interpretações de um mesmo princípio ou comando normativo abstrato em razão da vagueza semântica a ele emprestado. De outro, o próprio cidadão titular do direito fundamental à autodeterminação informativa pode, ante o amplo espectro de interpretações que a ele se abrem acerca de um mesmo princípio, sentirem-se carentes de orientação de sentido.

Embora a "abstrativização" dos conceitos jurídicos seja uma realidade do mundo jurídico pós-positivista, não se pode perder de vista que as regras, aplicadas com base no tudo ou nada (*all or nothing*), são fundamentais para a segurança jurídica e estabilização das relações sociais, notadamente em matéria de procedimentos de fixação de sanção por descumprimento de normas cujo rigor técnico de ciência de dados é mais elevado do que questões propriamente jurídicas.

Por outro lado, entre os múltiplos problemas normativos de alcance prático que a LGPD parece esbarrar, o trato de dados automatizados, ou melhor, das discriminações algorítmicas, parece ser o mais grave e que mais decisivamente pode colocar em xeque os objetivos do marco normativo protetivo do direito à autodeterminação informativa. Isso porque, nas sociedades digitais contemporâneas, em que as pluralidades e diversidades religiosas, étnicas, sociais, sexuais e ontológicas são cada vez mais amplas e complexas, o estabelecimento de compromissos regulatórios rigorosos e a criação de programas de governança algorítmica parece não ter sido objeto de maiores preocupações do legislador.

No mundo digital em que vivemos, em que nossas informações mais íntimas não raro se encontram disponíveis e acessíveis nas redes, constroem-se, por meio de padrões estatísticos de economia algorítmica e de análises de *big data*, inferências de ordem discriminatória que podem comprometer gravemente os múltiplos aspectos da construção da livre e autoinformada personalidade do indivíduo.

Informações estatísticas mal coletadas ou coletadas sob um determinado viés atuarial podem, com certa facilidade, não refletir exatamente a personalidade e todas as peculiaridades subjetivas de uma pessoa, de modo que podem reforçar ainda mais paradigmas sociais discriminatórios e contrários à inviolável garantia constitucional da honra e da personalidade de uma pessoa. Como alertam Laura Schertel Mendes e Marcela Mattiuzzo, *"na medida em que os algoritmos se baseiam, em grande parte, em discriminação estatística, isto é, na diferenciação de indivíduos baseada nas características de um grupo e na probabilidade de tal grupo agir de*



determinada maneira, torna-se indispensável compreender se os processos e critérios utilizados para classificar indivíduos são corretos, transparentes e, em última instância, justos" [5].

Todavia, apesar da centralidade e urgência de políticas públicas estatais sérias a respeito da regulação algorítmica, a LGPD, mais avançado diploma normativo a respeito da proteção de dados pessoais brasileiro, não traz de forma concreta e procedimental métodos adequados para se buscar possíveis soluções contra o potencial discriminatório de práticas baseadas em *profiling* e em decisões automatizadas. Não há uma política pública, não há um compromisso regulatório e não há um programa de governança específico sobre decisões automatizadas e colhidas a partir de inferências sobre informações pessoais para a construção de padrões sociais e econômicos de comportamento.

Vale lembrar que *"embora os algoritmos forneçam novos caminhos para que as pessoas incorporem a discriminação passada ou expressem seus preconceitos, a implantação de um sistema regulatório adequado não limita simplesmente a possibilidade de discriminação de algoritmos, mas tem também o potencial de transformar algoritmos em um poderoso contrapeso à discriminação humana e uma força positiva para o bem social" [6].*

Ao invés de caminharmos em direção à utilização eficiente dos algoritmos para a superação de preconceitos e violações a direitos fundamentais, parece que ao se omitir sobre um dos aspectos mais relevantes da nossa modernidade líquida digital, a LGPD cria um antídoto contra a sua própria eficiência protetiva da autodeterminação informativa.

Marcus Vinicius Vita Ferreira é sócio de Wald, Antunes, Vita, Longo e Blattner Advogados e membro da Comissão de Estudos Constitucionais da OAB.

Leonardo P. Santos Costa é advogado na Wald, Antunes, Vita, Longo e Blattner Advogados e membro da Comissão de Assuntos Regulatória da OAB/DF.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-06/direito-consumidor-lgpd-externalidades-negativas>

Operador que deu versões diferentes para cirurgia consegue reduzir multa por má-fé

Fonte: Consultor Jurídico



Se há inconsistência no relato do empregado sobre acidente de trabalho, mas ela não se revela temerária ou capaz de causar dano processual à empresa, a multa por litigância de má-fé deve ser suprimida, ou, pelo menos, reduzida. Foi com esse entendimento que a 3ª Turma do Tribunal Superior do Trabalho reduziu a multa por litigância de má-fé aplicada a um operador de máquina da Tecsis Tecnologia e Sistemas Avançados S.A. de Sorocaba (SP), que apresentou versões diferentes para uma cirurgia decorrente de acidente de trabalho. Mesmo com a inconsistência das versões, a turma levou em consideração de que a conduta não causou dano processual à empresa.

Na reclamação trabalhista o operador de movimentação relatou que, ao operar uma máquina com defeito, teve a sua mão presa e dois dedos foram atingidos, com amputação da ponta de um deles. O INSS o afastou de junho de 2013 a março de 2014. Em abril de 2014, ele obteve novo afastamento até outubro daquele ano. A narrativa sobre esse segundo afastamento foi a que originou a multa por litigância de má-fé. Na petição inicial, em sua primeira versão, ele havia contado que a cirurgia tinha sido no punho, por conta do acidente. E durante a perícia da segunda ele disse que seria no joelho esquerdo, sem nenhuma relação com o trabalho ou com o acidente. Na ação, ele pedia nulidade da dispensa, em virtude da estabilidade provisória, a reintegração no emprego e o pagamento de indenização por danos morais e materiais.

O juízo de primeiro grau condenou a empresa a pagar indenização de R\$ 20 mil pelo acidente de trabalho, porém indeferiu os pedidos de reintegração ou pagamento de indenização substitutiva do período de estabilidade. De acordo com a sentença, a dispensa era válida por ter ocorrido depois do período de estabilidade acidentária. A decisão ainda considerou que, segundo o laudo pericial, o acidente não irá deixar sequelas nem reduzirá a capacidade de trabalho do empregado.

Como consequência da tentativa do empregado de alterar a verdade dos fatos para que conseguisse vantagem econômica, o juízo o condenou ao pagamento de indenização à empresa de 10% sobre o valor da causa, revertida em favor da empresa, levando em consideração o artigo 81 do Código de Processo Civil. Ao manter a multa, o Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região (Campinas/SP) ressaltou o uso indevido do processo, com prática de ato simulado. No recurso de revista, o empregado sustentou que não teve a intenção de alterar a verdade dos fatos e que o pedido foi julgado improcedente, não causando prejuízos à empresa.

O relator, ministro Mauricio Godinho Delgado, explicou que a multa por litigância de má-fé, prevista no artigo 81 do CPC, tem caráter sancionador, não necessariamente vinculado à existência



de prejuízo sofrido pela parte contrária. Enquanto a indenização da parte contrária, prevista no parágrafo 3º do mesmo dispositivo, estaria intimamente ligada aos prejuízos sofridos consequentes da conduta abusiva e meramente protelatória do litigante de má-fé.

No entendimento do relator, a inconsistência entre as versões sobre o segundo afastamento do trabalhador, em detrimento da verdade, não se revela temerária ou capaz de causar dano processual à empresa, que chegou a impugnar, na contestação, a causa do segundo afastamento. Porém, em atenção aos limites do recurso de revista, chegou a conclusão de que a condenação deve ser mantida, reduzindo-se apenas, o percentual da multa aplicada para 1,5% do valor atribuído à causa. Com informações da assessoria de imprensa do TST.

11528-19.2015.5.15.0016

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-06/operador-deu-versoes-diferentes-cirurgia-reduzir-multa-ma-fe>

Juiz manda plano de saúde bancar medicamento para cliente idoso

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 06/12/2020

O juiz Rodrigo Leal Manhaes de Sá, da 2ª Vara Cível da Comarca de Araruama (RJ), concedeu liminar favorável a um idoso que cobra da operadora de plano de saúde Amil o fornecimento do medicamento Bendamustina. O magistrado apontou que já é pacificado na jurisprudência dos tribunais superiores o entendimento de que é considerada abusiva a conduta do plano de saúde que limita a cobertura securitária a determinados procedimentos. "Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada, a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor", diz trecho da decisão.

Ao analisar o pedido de justiça gratuita apresentado pelo idoso, no entanto, o magistrado apontou que o autor tem proventos de aposentadoria de mais de 13 salários mínimos. "Sendo que,



ainda que descontados os cerca de dez salários mínimos de despesas diversas, conforme alegado, ainda há capacidade suficiente para arcar com as despesas processuais, mesmo de forma parcelada, ou até mesmo recolhidas ao final do processo", pontuou.

O juiz também lembrou que o "instituto da gratuidade de justiça se destina à parcela da população realmente hipossuficiente, sem o qual o acesso à Justiça não seria possível". Diante disso, ele indeferiu o pedido de justiça gratuita e determinou que o idoso pague as custas iniciais no prazo de 15 dias, sob pena de extinção do processo por ausência de pressupostos processuais. A defesa foi patrocinada por Camila Vieira de Lima, do escritório Fonseca de Melo e Britto Advogados.

0008095-57.2020.8.19.0052

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-06/juiz-manda-plano-saude-bancar-medicamento-cliente-idoso>

Enfermeira não pode morar com o filho durante epidemia de Covid-19, diz juíza

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 07/12/2020

A Justiça do Paraná determinou que uma criança de sete anos more com o pai enquanto durar a epidemia de Covid-19. A decisão leva em conta o fato de a mãe do menino ser enfermeira, estando mais suscetível a contrair o novo coronavírus. A informação é do G1. Com o crescimento dos casos de Covid-19, a mulher, que vive em Mato Grosso, combinou com o ex-marido que a criança deveria ficar com ele no Paraná. Depois do combinado, o homem foi à Justiça para solicitar um pedido de modificação de guarda.

Em decisão liminar, uma juíza paranaense deferiu o pedido sob o argumento de que a enfermeira exerce profissão de risco e que, por isso, o menino estaria mais seguro com o pai. "Eu não posso ser mãe e ser enfermeira? Eu vou ter que deixar minha profissão para poder cuidar do meu filho? Me pegou de surpresa, me deixou indignada, não só como mãe, porque eu estou sendo impedida de chegar perto do meu filho, mas por conta de ser uma profissão que foi primordial nesse período de pandemia", disse a mulher ao G1.



Ela também afirmou que de setembro para cá não atua na linha de frente e que nos últimos três meses faz apenas trabalhos administrativos e homecare. O ex-marido é DJ e técnico de enfermagem.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-07/enfermeira-nao-morar-filho-durante-epidemia-covid-19>

A relação entre a LGPD e a apuração da boa-fé contratual

Fonte: Consultor Jurídico

Por: Kristian Rodrigo Pscheidt

Data: 07/12/2020

A Lei 13.709/2018 estipulou um marco regulatório na proteção de dados pessoais, colocando em destaque a questão da saúde. Indicou-se de maneira expressa que os dados relativos à saúde são informações sensíveis, de modo que as hipóteses de tratamento destes estão taxativamente limitadas pelo artigo 11. Nesse mesmo dispositivo legal, surge a dicção do §5º, que indica que é vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários.

De forma expressa na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), está proibido que as operadoras de saúde se utilizem de uma investigação do histórico do paciente para limitar acesso, contratação, bem como a exclusão de eventuais benefícios em razões da vida pregressa do beneficiário. Pois bem, ocorre que no âmbito da Lei 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde no Brasil, há a autorização legal para que as operadoras fixem um período de exclusão de cobertura em razão de doenças preexistentes.

Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde. E na redação do artigo 11 dessa lei, a cobertura às doenças e lesões preexistentes terá início somente após 24 meses da contratação, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário dessa doença.



De certo, a indicação de uma DLP no momento da contratação está inserida no dever de transparência e boa-fé contratual, pois a omissão de dados essenciais na prestação do serviço poderá desequilibrar a expectativa econômica das partes. O Código Civil traz expressamente no artigo 422 que os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

Portanto, é dever legal do beneficiário trazer essa informação no momento da contratação; mas acaso este se omita, pode a operadora de saúde atuar para comprovar a prática ilícita do consumidor. Surge então um grande embaraço trazido pela LGPD, pois proíbe as operadoras de saúde de utilizar o histórico do paciente; porém, esse ônus lhe é imposto por outra norma, qual seja, pelo artigo 11 da Lei nº 9.656/1998.

Como então compatibilizar a LGPD (que proíbe a utilização de dados relativos à saúde) com a Lei dos Planos de Saúde (que exige que o plano de saúde comprove a doença preexistente)?

A resolução do conflito de normas

Na literatura jurídica, na análise das antinomias, três critérios devem ser levados em conta para a solução dos conflitos: a) critério cronológico: norma posterior prevalece sobre norma anterior; b) critério da especialidade: norma especial prevalece sobre norma geral; c) critério hierárquico: norma superior prevalece sobre norma inferior.

Se obtemperadas as duas regras, a única diferença entre as normas está no seu aspecto cronológico, clamando-se pela leitura do artigo 1º, §2º, da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB). Lá está consignado que a lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior.

Não houve revogação expressa; mas também não é possível cogitar que uma lei seja incompatível com a outra. Não houve derrogação da norma, e ambas continuam vigentes. A solução então exige outra análise, que é um esforço interpretativo sistêmico de ambas as regras. Primeiro, é certo que o Direito não pode ser utilizado com subterfúgio para obter vantagem indevida ou enriquecimento sem causa. A norma jurídica deve ser aplicada somente para tutelar interesses legítimos, ou seja, lícitos e protegidos pelo Direito.

A limitação de acesso aos dados pessoais, portanto, não pode ser absoluta. Tanto o é que a própria LGPD expressa a possibilidade de utilização de dados sensíveis garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos.



E ainda é preciso percorrer o caminho da adoção do princípio máximo de justiça, em que a norma deve ser apurada de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de Direito, atendendo-se aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum. É a própria redação dos artigos 4º e 5º da LINDB. Portanto, não se pode cogitar que a LGPD não trouxe nenhuma barreira intransponível para a operadora de saúde apurar o histórico do beneficiário; e tampouco é uma ferramenta que inviabiliza o acesso a qualquer documento ou histórico do paciente.

A nova lei coloca, nesse sentir, uma vedação clara, direta e objetiva nos objetivos dessa investigação. A pretensão da operadora de saúde somente será legítima se os dados colhidos para a verificação do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário dessa doença preexistente foi realizada unicamente para fins de satisfazer o artigo 11 da Lei 9.656/1998.

Kristian Rodrigo Pscheidt é advogado do escritório Costa Marfori Advogados, professor de cursos de graduação e pós-graduação em Direito, pós-doutorando em Direito do Estado pela UFPR, doutor em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, LLM em Direito de Negócios pela FMU e especialista em Direito Tributário pelo Centro Universitário Curitiba e em Gestão e Legislação Tributária pela Uninter.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-07/pscheidt-relacao-entre-lgpd-boa-fe-contratual>

Reembolso por recusa indevida não se limita ao teto do plano de saúde, diz STJ

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 07/12/2020

Se a operadora de plano de saúde recusa indevidamente um procedimento de urgência expressamente pactuado no contrato e a beneficiária, sem escolha, recorre à rede particular, a empresa não pode limitar o reembolso aos limites estabelecidos contratualmente. Com esse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça negou provimento ao recurso especial de uma operadora de plano de saúde que contestou a condenação ao reembolso, mas, se confirmada, esperava que ele fosse delimitado ao preço praticado por ela definido em contrato.



No caso, a beneficiária precisou de cirurgia buco-maxilo-facial de urgência. Segundo o Tribunal de Justiça do Ceará, o procedimento é previsto expressamente no contrato, mas foi negado pela operadora sob a justificativa de que trata-se de tratamento odontológico não albergado pelas própria Lei Federal 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde). A beneficiária pagou a cirurgia e pediu reembolso. Para a operadora, ela recorreu à rede particular por sua conta e risco e eventual reembolso, se satisfeitos os requisitos legais, devem se restringir “à tabela praticada pelo plano e nunca nos valores particulares intentados”.

Relatora, a ministra Nancy Andrighi afirmou que não se pode admitir que o beneficiário suporte, nem mesmo em parte, o prejuízo gerado pela operadora de plano de saúde que, em flagrante desrespeito ao contrato, se nega a cumprir obrigação expressamente assumida. Isso porque, conforme o artigo 389 do Código Civil, quando não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

“As perdas e danos, no particular, correspondem aos prejuízos causados pelo inadimplemento e, por isso, não podem se restringir ao reembolso nos limites estabelecidos contratualmente, como determina o artigo 12, VI, da Lei 9.656/1998, uma vez que com este não se confundem”, concluiu a relatora.

Tese criticada

A ministra Nancy Andrighi ainda teceu críticas à tese proposta pela empresa. Limitar o reembolso aos valores praticados pela própria operadora seria fomentar a conduta de descumprir o contrato pois, quando muito, precisaria pagar o mesmo valor desembolsaria acaso tivesse autorizado desde logo o procedimento. “Ao contrário do beneficiário, que se sujeita à situação muitas vezes angustiante — emocional e financeiramente — para conseguir realizar o tratamento, a operadora nada perde — quando muito, é coagida a pagar quantia a que já estava obrigada — e, algumas vezes, até ganha, se exonerando do pagamento quando não demandada em juízo”, acrescentou.

REsp 1.840.515

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-07/reembolso-recusa-indevida-nao-limita-teto-plano>

Senador pede que MPF apure suspensão de exames no SUS após contrato vencer



Fonte: Consultor Jurídico

Data: 07/12/2020

O senador Fabiano Contarato (Rede-ES) pediu que o Ministério Público Federal apure a conduta do Ministério da Saúde por suspender os exames de genotipagem no Sistema Único de Saúde para pessoas com HIV, Aids e hepatites virais. A representação, desta terça-feira (8/12), acontece depois de o Ministério deixar vencer o contrato da empresa que fazia esses exames. Para o senador, o Poder Público foi omissivo no dever de garantia do direito à saúde, motivo pelo qual o MPF deve apurar, inclusive, eventual improbidade administrativa.

Um órgão do Ministério da Saúde que cuida do tema informou que o contrato vigente venceria em novembro deste ano. O processo de compras começou em outubro de 2019 e o pregão eletrônico aconteceu no último 7 de outubro. De acordo com a nota, a empresa que venceu a licitação não anexou todos os documentos pedidos no edital, de modo que o procedimento fracassou. O novo pregão foi aberto hoje. "A demora do Ministério da Saúde em lançar o edital de compras não pode representar ônus ao administrado, especialmente considerando que os cidadãos correrão risco de saúde em função da desídia da Administração Pública", afirma Contarato.

Antes, o senador também pediu que Tribunal de Contas da União investigue os testes para diagnóstico do coronavírus que estão armazenados e perderão a validade entre dezembro deste ano e janeiro de 2021. Reportagem do jornal O Estado de S. Paulo mostrou que o Ministério da Saúde comprou 6,8 milhões exames, que estão estocados em um armazém do Governo Federal em Guarulhos e não foram distribuídos para a rede pública.

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-08/senador-mpf-apure-suspensao-exames-sus>

Ex-mulher de militar não tem direito à assistência médica do Exército, diz TJ-RS

Fonte: Consultor Jurídico

Data: 07/12/2020



São considerados dependentes do militar, desde que devidamente declarados, o cônjuge ou o companheiro com quem viva em união estável, na constância do vínculo. É o que prevê, expressamente, o inciso I, parágrafo 2º, do artigo 50 do Estatuto dos Militares (Lei 6.880/80, com a redação dada pela Lei 13.954/19). Assim, a 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul manteve despacho, nos autos de uma ação de divórcio, que negou a inclusão da ex-mulher de um militar, que vive na cidade de Santa Maria (RS), no Fundo de Saúde do Exército (FuSEx). O homem é militar reformado, trabalha como dentista num município do Pará e entrega à ex, por decisão judicial, 20% dos seus ganhos líquidos, a título de alimentos.

Desempregada e doente

Ao repisar o pedido de inclusão no FuSEx, negado no juízo de origem, autora afirmou que, aos 58 anos, não tem emprego e ainda padece de doenças crônicas — hipertensão, hipotireoidismo, bronquite asmática (com utilização de bombinha), colesterol alto, insônia, síndrome do olho seco, dificuldades para dormir e perda auditiva de 30% devido à gripe H1N1. O casal não teve filhos.

O relator do agravo de instrumento na Corte, desembargador Luiz Felipe Brasil Santos, disse que o direito da ex-dependente de seu cônjuge submete-se à regulamentação própria do plano de saúde. Assim, não é possível incumbir ao ente público à inclusão e/ou manutenção forçada no plano de saúde dos militares. "Acolher a postulação da agravante [ex-mulher] significa impor obrigação autônoma para quem não é parte no processo (FuSEX), obrigação esta que seria existente apenas entre a autora e seu ex-esposo", complementou.

Portaria disciplinadora

Santos destacou que, em 2019, a consultoria jurídica junto ao Ministério da Defesa (Conjur-MD) enviou parecer às Forças Armadas, disciplinando esta questão. O texto, que tem como pressuposto o artigo 50 do Estatuto dos Militares, é taxativo: apenas o militar e seus dependentes podem usufruir do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar dos Militares do Exército, Pensionistas Militares e seus Dependentes (SAMMED) e do FuSEx.

O parecer, posteriormente, embasou a edição da Portaria 244-DGP, publicada em 7 de outubro de 2019. Esta, no seu artigo 2º, diz: "Fica estabelecido que a pensionista militar que não possui o vínculo de dependência com o instituidor da pensão militar, nos termos dos §§ 2º e 3º do art. 50, da Lei nº 6.880, de 1980 (Estatuto dos Militares), não tem direito à AMH [assistência médico-hospitalar]".

Por fim, o desembargador-relator ponderou que os autos não trazem elementos que possam relativizar a aplicação das regras que regem a matéria, uma vez que há normas específicas acerca



do status de dependente de militar. O acórdão, com decisão unânime, foi lavrado na sessão telepresencial do dia 26 de novembro.

Portaria 244-DGP

70084402221

<https://www.conjur.com.br/2020-dez-08/ex-militar-nao-direito-plano-saude-exercito>

FOLHA DE S.PAULO

DESDE 1921 ★★ UM JORNAL A SERVIÇO DA DEMOCRACIA

Brasil falha no diagnóstico precoce de quase metade dos casos de melanoma

Descoberta tardia piora o prognóstico da doença, encarece o tratamento e diminui a sobrevida

Fonte: Folha de São Paulo

Data: 04/12/2020

O Brasil falha em diagnosticar 46% dos casos de melanoma precocemente, em um estágio em que a doença é curável através de uma cirurgia simples. Nos EUA, que têm o maior número absoluto de casos no mundo, o índice que escapa do diagnóstico rápido oscila em torno de 10%. O alto percentual se deve ao desconhecimento da população sobre a doença, à evolução geralmente indolor das lesões —não raro localizadas em lugares do corpo inacessíveis à autoinspeção— e ao tempo que costuma decorrer entre a suspeita inicial e o acesso do paciente ao tratamento.

Esse quadro desanimador e os desafios para universalizar diagnóstico e tratamento da doença foram debatidos no Seminário sobre o Melanoma, realizado no final de novembro pela Folha, com patrocínio da farmacêutica Novartis. Os participantes foram unânimes ao defender que a melhora na estatística depende de campanhas informativas massivas dirigidas à população e do treinamento de profissionais que estejam em posição de detectar precocemente lesões de pele suspeitas, no sistema de saúde ou fora dele. A tecnologia sinaliza novos caminhos, como o incremento do acesso ao atendimento através da teledermatologia e o desenvolvimento de



algoritmos de inteligência artificial que podem vir a dar suporte diagnóstico ao clínico da Unidade Básica de Saúde, geralmente o primeiro a atender o paciente da rede pública.

O melanoma está em curva ascendente no mundo, tem crescido aproximadamente 5% ao ano. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) projeta para 2020 cerca de 8.500 novos casos, com prováveis 2.000 mortes. Médicos desconfiam, porém, que haja subnotificação e que o número real beire os 15 mil casos. Segundo Andréia Melo, chefe da divisão de pesquisa clínica e desenvolvimento tecnológico do Inca, as regiões Sul e Sudeste concentram o maior número de diagnósticos, em decorrência de fatores étnicos e raciais na composição de suas populações.

Elimar Gomes, dermatologista da Beneficência Portuguesa de São Paulo e membro do Grupo Brasileiro de Melanoma, adverte que a doença não é exclusiva de brancos. “Em peles negras, ela acontece preferencialmente nas palmas das mãos, plantas dos pés e unhas e costuma ser diagnosticada tardiamente.”

Em casos mais raros, independentemente da cor da pele, pode acometer ainda as mucosas de olho, boca, trato gastrointestinal e genitais. Quase metade dos casos que escapam do diagnóstico precoce, com o tumor ainda localizado —o que possibilitaria uma cirurgia resolutiva— têm a chance de evoluir para formas mais graves da doença, os estágios 3 e 4. “Nossa experiência até agora era o tratamento com a dacarbazina, em que menos de 5% estavam vivos cinco anos após o diagnóstico”, afirma Andréia Melo. “Hoje, com as terapias-alvo, a imunoterapia e suas combinações, a taxa chega a 40-50%.”

Em parte dos pacientes tratados com os novos medicamentos as metástases desaparecem e assim ficam por anos, o que autoriza vislumbrar a possibilidade de cura. Aprovados pela Anvisa desde o início dos anos 2010, os imunoterápicos foram formalmente incorporados pelo SUS só em agosto deste ano, mas só devem estar disponíveis na rede pública em 2021. As terapias-alvo, nem isso. Todo o arsenal terapêutico, porém, será inútil se a população não procurar um médico à primeira suspeita, ressalta Elimar Gomes. E para que isso ocorra é preciso que a doença seja conhecida, o que ainda não é caso do melanoma.

O médico ressalta a relevância das campanhas de conscientização, como o Dezembro Laranja, promovido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia. Ou o projeto “Juntos contra o melanoma”, do Grupo Brasileiro de Melanomas, que estimula o treinamento de profissionais que lidam com a pele (cabeleireiros, podólogos, massagistas, tatuadores etc.) a aprender a identificar lesões suspeitas. “Em 2018, o Datafolha mostrou que 78% da população não sabia o que era melanoma. É preciso ensinar ferramentas simples para o autodiagnóstico, como a regra ABCDE”, diz.



Uma vez levantada a hipótese diagnóstica, o paciente da rede pública enfrentará outra etapa de obstáculos em sua jornada: o tempo de espera. “Quero destacar a dificuldade do paciente entre o diagnóstico de uma lesão suspeita até o período em que ele realmente vai fazer o diagnóstico e o tratamento. Precisamos de aceleradores para o diagnóstico”, afirma Alexei Peter, oncologista de Porto Alegre (RS) e mestrando em tecnologia da educação pela University of British Columbia.

Mara Giavina-Bianchi, pesquisadora do Hospital Albert Einstein com doutorado e pós-doutorado em melanoma pela USP e a Harvard Medical School, apresentou um experimento com teledermatologia desenvolvido em parceria entre o Einstein e a prefeitura de São Paulo, entre julho de 2017 e julho de 2018. “Na cidade de São Paulo, antes do projeto, a espera entre o clínico geral e o dermatologista era de cerca de sete meses”. No interior do estado, diz ela, foi registrada demora de até três anos entre o clínico geral, que suspeitou da lesão e encaminhou o paciente, e a consulta com o dermatologista, que pode pedir a biópsia.

O estudo incluiu 30.976 pacientes e todas as doenças de pele. A partir da avaliação à distância, os casos suspeitos de malignidade eram enviados diretamente para biópsia e consulta presencial especializada já com o resultado do exame. “Ao final do projeto, esse intervalo tinha caído para um mês e meio.”

A pesquisadora relata outro projeto em que o uso da tecnologia pode vir a fazer a diferença para os pacientes do SUS. O Einstein tem trabalhado em parceria com o Ministério da Saúde no desenvolvimento de um algoritmo de inteligência artificial para auxiliar o médico generalista a triar lesões suspeitas, agilizando diagnóstico e tratamento. A partir de fotos clínicas, o algoritmo aponta se a lesão é ou não suspeita. As que fogem da normalidade são submetidas à dermatoscopia (que provê imagens com grande acurácia) e passadas por novo algoritmo, com três saídas: alta, moderada e baixa probabilidade de malignidade. O algoritmo precisa agora ser validado em estudo controlado, que compare seu diagnóstico com o do médico, e isso depende da manutenção do financiamento pelo Ministério da Saúde. “Imagino que em três anos ele possa estar disponível”, diz a pesquisadora.

https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2020/12/brasil-falha-no-diagnostico-precoce-de-quase-metade-dos-casos-de-melanoma.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newseditor

Plano de saúde sobe quatro vezes mais que a inflação em 2020

Convênios que têm reajuste controlado pela ANS subiram 8,14%; inflação até outubro ficou em 2,2%



Fonte: Folha de São Paulo

Data: 05/12/2020

Os custos dos planos de saúde têm pressionado o orçamento dos brasileiros, especialmente na pandemia. Os números mostram que o reajuste dos convênios em 2020 superou em quatro vezes a inflação. De janeiro a outubro, o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) subiu 2,2%. Já o aumento autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para os planos cujos reajustes são controlados foi de 8,14%.

O percentual foi aplicado aos planos individuais e familiares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei nº 9.656/98. Os demais convênios não têm a alta acompanhada pela agência, o que faz com que seus preços subam conforme negociação entre a operadora e seus clientes. Para o advogado Rafael Robba, especializado em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, falta transparência sobre os reajustes. “Onde estão os critérios que levam a agência a chegar a 8% e os planos coletivos a terem índices que chegam a ser o dobro?”, questiona ele.

Neste ano, a agência chegou a suspender o reajuste de parte dos convênios, como medida para amparar os clientes de planos na pandemia. A ação surtiu efeito no IPCA, mas não deve aliviar o bolso dos cidadãos. “Essa determinação não resolveu o problema, só adiou. Em janeiro, o consumidor vai ter que pagar a dívida”, diz ele. Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (federação do setor) afirma que “é um erro comparar a variação dos custos da saúde aos índices gerais de preços, ou seja, à inflação ao consumidor”, porque a inflação médica é composta de outros itens, que sobem mais e pressionam os custos da área de saúde. O mesmo posicionamento tem a ANS sobre a questão. “Conforme ocorre em outros países, os preços dos serviços de saúde tendem a crescer acima da média dos demais preços da economia”, diz a agência, em nota.

Pressão no bolso | Gastos pesam no orçamento

- O reajuste dos planos de saúde neste ano superou em quatro vezes a inflação oficial do país
- Enquanto os convênios com preços controlados pela ANS (agência reguladora do setor) subiram 8,14%, o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ficou em 2,2% em 12 meses até outubro

Planos individuais e familiares



- Parte dos planos de saúde do país tem o aumento de preços regulado pela ANS
- É a agência quem define o índice a ser aplicado nos planos individuais e familiares
- Para os convênios individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei nº 9.656/98, o percentual de reajuste ficou em 8,14%
- No caso dos demais planos individuais ou familiares, o reajuste chega a 9,26%, dependendo da operadora

Estes planos representam 20% do mercado

Planos coletivos

- O reajuste não é definido pela ANS nem há qualquer tipo de controle por parte da agência
- O aumento anual é decidido por negociação entre os clientes e as empresas de planos
- Essa regra vale para os convênios empresariais e para os coletivos por adesão, que são planos de sindicatos, por exemplo
- Para o reajuste dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, a ANS estabelece o agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação do reajuste, conforme a resolução normativa nº 309/2012)
- Dessa forma, diz a agências, todos os contratos coletivos com menos de 30 vidas de uma mesma operadora devem receber o mesmo percentual de reajuste anual
- A medida tem o objetivo de diluir o risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do aumento

Esses planos representam 80% do mercado

Neste caso, cada empresa vai ter o seu percentual de reajuste

Suspensão do aumento

- Em setembro, a ANS suspendeu o reajuste dos planos de saúde em 2020
- Não pode haver aumento nem por recomposição de preços nem por faixa etária
- Quem já tinha aplicado reajuste antes deve voltar a cobrar a mensalidade anterior entre setembro e dezembro
- A regra não vale para os planos coletivos com mais de 30 vidas; neste caso, se o aumento já havia sido definido, segue valendo

Como ficará em 2021?



- Em novembro, a agência definiu novos critérios para o aumento dos planos referente ao ano de 2020, que deverá ser cobrado a partir de janeiro de 2021
- A operadora deverá diluir em 12 vezes esse reajuste, nos casos em que houve congelamento das parcelas e de não haver aumento
- Com isso, o consumidor terá um valor muito maior a ser pago, já que terá de arcar com a dívida de 2020 mais o novo reajuste, que deverá ser aplicado em 2021

Inflação dos planos de saúde, segundo o IPCA

- Dados da inflação oficial do país medida pelo IBGE mostram pressão nos custos dos planos de saúde em 2020
- Mês a mês, havia uma alta crescente a inflação dos planos de saúde na comparação com o índice oficial de preços do país, que foi amenizada em setembro, quando a ANS suspendeu os reajustes
- No ano, a inflação geral teve alta de 2,2% e a inflação dos planos de saúde subiu 2,44%

Veja o comportamento dos índices, mês a mês

Mês	Índice geral (em %)	Inflação dos planos (em %)
Janeiro	0,21	0,60
Fevereiro	0,25	0,59
Março	0,07	0,60
Abril	-0,31	0,60
Maio	-0,38	0,60
Junho	0,26	0,60
Julho	0,36	0,60
Agosto	0,24	0,60
Setembro	0,64	-2,31
Outubro	0,86	0

O que diz a ANS



- A agência afirma que tecnicamente não é correto comparar reajuste de plano de saúde com a inflação
- O motivo, segundo o órgão, é que o aumento dos planos considera índices de valor do próprio setor
- O órgão diz ainda que como ocorre em outros países, os preços dos serviços de saúde tendem a crescer acima da média dos demais preços da economia

Dentre os itens levados em conta para elevar o valor dos planos estão:

1. Aumento da frequência de uso
2. Elevação de preços dos procedimentos como consultas, exames e internações
3. Inclusão de novas tecnologias

Fontes: ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), Rafael Robba, advogado especializado em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e reportagem

https://agora.folha.uol.com.br/grana/2020/12/plano-de-saude-sobe-quatro-vezes-mais-que-a-inflacao-em-2020.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsmercado

Brasil aposta em poucas vacinas contra a Covid-19 e fica para trás em corrida

Países ricos têm acordos para mais imunizantes e mais eficazes; só nos EUA são seis tipos

Fonte: Folha de São Paulo

Data: 05/12/2020

Ao apostar as fichas em poucas candidatas, o Brasil está ficando para trás na corrida das vacinas contra a Covid-19, e a população corre o risco de ficar sem os imunizantes por mais tempo ou ter acesso apenas àqueles não tão bons. A grande favorita do governo federal é a produzida pela Universidade de Oxford (Reino Unido) em parceria com a AstraZeneca. Embora o imunizante tenha saído na frente na corrida, uma vez que já vinha sendo testado para outros coronavírus, sua média



de eficácia foi de 70%, tirada a partir de dois valores —62%, que seria o oficial, e 90%, relativo ao grupo que recebeu apenas metade da dose planejada na primeira das duas injeções.

Ao analisar e divulgar esses dados, a AstraZeneca não soube explicar por que uma dose menor da vacina se traduziu em mais eficácia e, depois de receber questionamentos de todos os lados, admitiu erro e deve conduzir novos estudos. No Brasil, a vacina deverá ser produzida pela Fiocruz, que firmou com os produtores um acordo para transferência de tecnologia. O país é também signatário do consórcio da OMS, o Covax Facility, que oferece vacinas para até 10% da população de países em desenvolvimento, com 42 milhões de doses garantidas.

No caso da vacina de Oxford, o mais seguro é apostar que tenha eficácia de 62%. E é isso que o Brasil até agora pode almejar, já que não fechou acordos com as candidatas de maior eficácia apresentada até então, como as das farmacêuticas americanas Pfizer e Moderna (95% e 94,1%, respectivamente), formuladas a partir de RNA do vírus, tecnologia até então inédita em imunizantes aprovados para uso médico. A Pfizer, que já concluiu seus estudos e recebeu sinal verde do Reino Unido, tem acordos para fornecimento de até 600 milhões de doses para os EUA, 120 milhões de doses para o Japão, 200 milhões para a União Europeia e 60 milhões para a América Latina (excluindo o Brasil).

Outra aposta do governo americano, a Moderna tem acordo para o fornecimento de 100 milhões de doses para o país. Para a União Europeia, foram contratados 160 milhões de doses, e há acordos similares com Canadá, Japão e Qatar. Os países mais ricos, que já fizeram acordos para compra de doses dessas duas fabricantes, garantiram também vacinas de pelo menos outras quatro fabricantes.

Enquanto os EUA firmaram acordo com a Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen, Novavax e Sanofi, o Canadá lidera em doses per capita, com a compra de pelo menos nove doses por habitante. A Europa encomendou cerca de metade das vacinas prometidas por três farmacêuticas (Pfizer, Moderna e AstraZeneca) e possui ainda diversas produções locais, como das farmacêuticas Janssen, na Bélgica, da Sanofi/Pasteur, na França e Curevac, na Alemanha. Uma das barreiras para a distribuição das vacinas da Pfizer e da Moderna em países tropicais e com menos recursos seria a necessidade de armazenamento e transporte a baixas temperaturas, de até -70°C, e o preço, que pode chegar a R\$ 190 por dose. Uma dose do imunizante da AstraZeneca deve custar até R\$ 22, com a vantagem de poder ser armazenada em geladeira (entre 2°C e 8°C).

A chinesa Coronavac, da empresa Sinovac, por sua vez, é a aposta do governo paulista de João Doria (PSDB) e motivo de embate entre ele e o presidente Jair Bolsonaro (sem partido). Ainda não foram divulgados dados que atestem a eficácia da vacina, mas já há promessa do governador de oferecer a imunização a partir de janeiro. Os testes da Coronavac são feitos em parceria com o



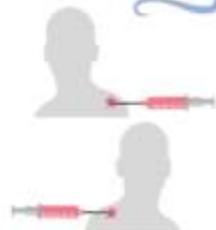
Instituto Butantan, que, assim como a Fiocruz, também tem acordo para produção do imunizante no país. A expectativa da instituição, com tradição na área de vacinas, é de divulgar os dados de eficácia nas próximas semanas, até o dia 15 de dezembro.

Entenda o caminho até o lançamento de uma vacina e como sua eficácia é calculada



Pesquisa pré-clínica

É toda aquela que acontece antes dos testes em humanos. Ela envolve a pesquisa, por exemplo, de como os patógenos agredem o organismo do hospedeiro e a busca por possíveis antígenos (alvos do sistema imunológico). Pode demorar vários anos até esse corpo de conhecimento ser sólido o suficiente.



Pesquisa clínica - Fase 1

O teste é feito com dezenas de seres humanos saudáveis. A ideia é ver se o fármaco é seguro e não causa efeitos colaterais. Essa fase de pesquisa pode demorar alguns meses. Muitas candidatas falham nesta etapa e também na etapa seguinte.



Pesquisa clínica - Fase 2

Com algumas centenas de voluntários deseja-se saber se o fármaco, além de seguro, tem chances de funcionar. No caso de uma vacina, a ideia é que sejam gerados anticorpos contra o patógeno (ainda resta saber se eles de fato imunizam).



Pesquisa clínica - Fase 3

Com base nos resultados de segurança e possível imunogenicidade, milhares de pessoas são vacinadas e outras milhares recebem placebo (uma injeção que não contém o imunizante propriamente dito) para quantificar o potencial de imunização do candidato a vacina.



Eficácia

A eficácia é a capacidade de a vacina de fato reduzir a chance de uma pessoa se infectar. Entenda como esses cálculos são feitos no exemplo abaixo.

Temos de início 2.000 voluntários, e eles são divididos em dois grupos

1.000 no grupo placebo, ou seja, que vai receber injeções inócuas (podem ser, por exemplo, uma solução de água com açúcar ou uma vacina contra outro vírus não relacionado, como da meningite)



doentes

1.000 no grupo de teste, ou seja, que vai receber as injeções com a candidata a vacina



doente



Depois de um determinado tempo de observação, digamos, três meses, os grupos são reavaliados

Vamos supor que, no grupo placebo, 75 pessoas ficaram doentes

$75/1.000 = 7,5\%$ Podemos dizer que $I_{\text{placebo}} = 7,5\%$

* I_{placebo} indica taxa de infecção no grupo placebo

E vamos supor que, no grupo de teste, apenas 5 pessoas ficaram doentes

$5/1.000 = 0,5\%$ Podemos dizer que $I_{\text{teste}} = 0,5\%$

* I_{teste} indica taxa de infecção no grupo de teste

E preciso comparar os 7,5% de infecção do grupo placebo com os 0,5% do grupo de teste. EV é a eficácia da vacina

$$EV = \frac{I_{\text{placebo}} - I_{\text{teste}}}{I_{\text{placebo}}} = \frac{7,5\% - 0,5\%}{7,5\%} = \frac{7\%}{7,5\%} = 93,3\%$$

Com esse cálculo, sabemos que a vacina em teste no nosso exemplo tem eficácia de 93,3%, ou seja, ela protegeu 93,3% daqueles que poderiam se infectar

O que significa ser 93,3% eficaz?

Proteção aqui se refere a prevenir infecção; diferentes vacinas podem garantir diferentes proteções, como prevenir infecção, impedir a manifestação dos sintomas ou ainda prevenir contra quadro grave. Na vida real, a eficácia de uma vacina tende a ser menor do que a encontrada no ensaio clínico de fase 3 e é chamada de efetividade, pois as pessoas possuem condições de saúde, idades e perfis distintos

Amostra

Além da diferença entre as taxas de infecção, é importante que haja um número grande de voluntários no estudo para ter certeza sobre quão precisa é a eficácia calculada. Com uma amostra muito pequena, ou num cenário com pouquíssimas infecções, esse número pode não refletir a realidade

Segurança

Para ser aprovada pelas entidades regulatórias, como a Anvisa, no Brasil, ou a FDA, nos EUA, as candidatas a vacina têm de apresentar bons resultados de segurança e eficácia. A segurança se calcula a partir da observação de eventos adversos, como dores locais, contração de outras doenças, reações à injeção e mortes — sempre em comparação com o grupo que recebeu o placebo

Demora

As vezes demora para uma candidata a vacina demonstrar capacidade de prevenir a infecção. Essa etapa pode ser especialmente veloz num cenário no qual uma população é muito suscetível e há uma pandemia em curso. Todos os voluntários levam vida bastante próxima ao normal: são acompanhados pelos pesquisadores para saber se ficaram doentes ou se apresentaram algum efeito adverso. Caso ocorra infecção, recebem orientação e assistência médicas

Tipos de proteção

Algumas vacinas podem até não ter uma altíssima eficácia, mas serem capazes de evitar casos mais graves e internações. Esses fatores também são considerados pelas agências regulatórias

Variação

Outras análises podem mostrar se diferentes etnias ou perfis (pessoas com doenças crônicas, idosos, crianças, indígenas etc) são mais ou menos protegidas pela vacina

Fontes: NIH, Universidade Harvard, Universidade de Oxford

Eficácia em última análise é a medida de quão boa é uma vacina, do seu potencial de proteger contra a infecção. Em um ensaio clínico, ela é medida pela proporção da redução de casos da doença entre o grupo que recebeu o imunizante e o que recebeu o placebo. Não existe um valor mínimo universal de eficácia a ser alcançado, mas, sim, uma ponderação em relação a cada doença e circunstância. A proteção pode ser de 40% a 60%, no caso da gripe, ou superior a 97%, contra o sarampo.

A primeira obrigação de uma candidata a vacina é conseguir resolver um problema de saúde pública melhor do que as alternativas disponíveis até então (no caso da Covid-19, não há nada que freie a pandemia) sem causar um volume de efeitos colaterais que anule o lado positivo. Antes da



avaliação das vacinas em estudo para comprovação de eficácia e aprovação, as agências de saúde, como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o CDC (Centro de Controle de Doenças) dos EUA estabeleceram o limite mínimo de 50% de eficácia.

A eficácia das vacinas também pode variar de acordo com a proteção que elas fornecem: prevenir a infecção (o vírus não entra no organismo), proteger contra a manifestação dos sintomas (o vírus até consegue entrar no organismo, mas não causa sintomas) ou proteger contra o quadro grave da doença, evitando, assim, hospitalizações e mortes. No caso da vacina da Pfizer, já aprovada pelo Reino Unido, a eficácia foi bem maior, de 95%. Para chegar a esse número, é necessário comparar o número de infectados no grupo que recebeu a vacina com o número de infectados no grupo que recebeu placebo.

Com base em informações fornecidas pela farmacêutica e algumas estimativas relacionadas ao número total de 8.000 voluntários, havia 162 infecções num grupo de 4.025 pessoas que recebeu o placebo (4,02%) e oito infecções num grupo de 3.975 que recebeu a vacina (0,20%). Ao comparar esses dois números e juntá-los numa conta (veja cálculo no infográfico), chega-se a 95%. Isso quer dizer que 95% das infecções no grupo vacinado foram evitadas —152 no nosso exemplo.

A vacina da Pfizer consiste de duas doses espaçadas em 28 dias e utiliza RNA, um trecho do material genético do vírus, notadamente aquele responsável por codificar a proteína S (das espículas que formam a “coroa” do patógeno). A ideia é estimular a defesa por meio do sistema imune para quando, em contato com o vírus verdadeiro, garantir proteção. Na comunicação de seus resultados, a farmacêutica afirmou que sua vacina teve bons resultados em proteger contra a doença. Ao todo, mais de 41 mil pessoas já receberam as duas doses da Pfizer, no contexto de ensaios clínicos.

Após o período de estudos clínicos, avalia-se a efetividade da droga, quando a vacina passa a ser utilizada na população. Em um ensaio, sob condições de experimentação, com grupo controle e acompanhamento médico, a eficácia encontrada pode ser diferente dos resultados reais. É por isso que a fase 3 é tão decisiva para uma vacina. Quando passa a ser usada em larga escala, a eficácia de uma vacina tende a diminuir. "Sempre temos perda de efetividade, porque o esquema de vacinação é em duas [ou mais] doses, a pessoa não retorna para tomar a segunda, ou porque não há homogeneidade na cobertura vacinal", afirma Denise Garrett, epidemiologista e vice-presidente do grupo Sabin.

Voltando ao exemplo da vacina da gripe, a eficácia do imunizante é na faixa de 40% a 60% e, por esse motivo, o governo federal passou a ampliar o público-alvo das campanhas para tentar aumentar a proteção da população e diminuir a incidência. "Esse é outro cálculo que deve ser levado em consideração. Uma vacina com eficácia de 50% deve ser aplicada em 100% da população para



atingir uma proteção de 75%. Se uma vacina possui eficácia acima de 90% [como é o caso do imunizante da Pfizer], a quantidade de pessoas vacinadas para garantir proteção é menor", explica Garrett.

A expectativa é que em breve estudos sejam publicados em revistas científicas, após o escrutínio de pesquisadores. Só aí, provavelmente, toda essa informação poderá ser analisada dentro de um contexto adequado, com menos dúvidas e mais respostas. No Brasil, o ministro da saúde, Eduardo Pazuello, já sinalizou que são "uma, duas ou três" as opções de vacinas que devem ser incorporadas ao plano nacional de imunização contra a Covid.

O governo federal, sem citar os laboratórios, indicou que a vacina da Pfizer está fora do perfil desejado para o país, por não ser termoestável (necessita das baixas temperaturas para acondicionamento). Em comunicado publicado nesta sexta-feira (4), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) chamou de "anêmico" o plano para uma campanha nacional de imunização apresentado nesta semana pelo Ministério da Saúde. Resta saber se o país terá uma ou duas opções de vacina com eficácia aquém do esperado, ou se vai propor acordos para a compra de vacinas de alta eficácia e de última geração.

https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/brasil-aposta-em-poucas-vacinas-contra-a-covid-19-e-fica-para-tras-em-corrída.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha

O que a ciência diz sobre os afortunados que não têm sintomas de Covid-19

Risco de pessoa assintomática transmitir o vírus para quem vive na mesma casa é quatro vezes menor do que o doente

Fonte: Folha de São Paulo

Por: Drauzio Varella

Data: 05/12/2020

Este coronavírus é muito esquisito. Tem gente que pega e não sente nada, outros desenvolvem quadros gripais com poucos ou muitos sintomas, outros ainda precisam ser internados nas UTIs com risco de perder a vida. Na coluna de hoje, prezado leitor, vamos rever o que a literatura



médica diz a respeito dos afortunados que não desenvolvem sintomatologia, tema de um artigo que acaba de ser publicado por Bianca Nogrady, na revista Nature.

Nas primeiras semanas da epidemia as estimativas eram de que até 80% das pessoas infectadas permaneceriam assintomáticas. Com o aumento do número de casos, a observação clínica reduziu essa porcentagem para cerca de 40%. Avaliações atuais, entretanto, chegaram a números bem mais modestos. Publicada em outubro, uma análise conjunta de 13 estudos (metanálise) que envolveram 21.708 participantes, revelou que os realmente assintomáticos representam apenas 17% do total. Os demais desenvolvem sintomas no período máximo de sete a 13 dias contados a partir do dia da transmissão do vírus.

Na metanálise, foram classificados como assintomáticos só os que nunca desenvolveram sintomas, no curso da Covid-19. A contradição entre os 17% de assintomáticos nessa publicação e os números bem mais altos do passado é explicada pela inclusão indevida, no grupo das assintomáticas, de pessoas na verdade pré-sintomáticas, isto é, ainda sem as queixas que surgirão dias mais tarde.

Há interesse especial em conhecer a frequência segundo a qual os assintomáticos transmitem o vírus, uma vez que eles passam despercebidos na contagem geral dos casos. A maioria dos que fazem o teste RT-PCR são justamente os que apresentam sintomas. Estimar quantos permanecem assintomáticos tem importância epidemiológica porque, sem perceber que estão infectados, eles exercem o papel de transmissores anônimos.

Na casuística estudada surgiu outro dado importante: o risco de indivíduos sem sintomas transmitirem o vírus é 42% mais baixo do que aquele representado pelos sintomáticos. Como parte de um inquérito recente conduzido na cidade de Genebra, os pesquisadores desenvolveram um modelo para avaliar a disseminação do vírus entre pessoas que moram juntas. A análise dos dados os levou à conclusão de que o risco de uma pessoa assintomática transmitir o vírus para quem vive na mesma casa é quatro vezes menor do que o de alguém com sintomas.

Os epidemiologistas defendem que o grupo assintomático tem importância na disseminação da epidemia, uma vez que atuaria como transmissor anônimo do vírus. Apesar do risco mais baixo de disseminar a infecção, quem não está doente tem maior probabilidade de sair para as ruas sem máscara e de formar aglomerações do que de permanecer isolado em casa. Outros, embora concordem que essas pessoas transmitem o vírus, discordam da conclusão de que tenham papel preponderante na disseminação comunitária, baseados no argumento de que aqueles sem sintomas não andam por aí tossindo, espirrando e infectando superfícies.



Como a maioria dos infectados são sintomáticos, o esforço deveria ser concentrado em identificá-los precocemente e isolá-los, medidas que eliminariam a maior parte das novas infecções. Para verificar se a quantidade de vírus adquirida no momento da transmissão explicaria a presença ou não de sintomatologia, Muge Cevic e colaboradores britânicos conduziram uma metanálise de 79 estudos que compararam o número de partículas virais presentes na orofaringe de pacientes com ou sem sintomas.

A carga viral nos dois grupos foi semelhante, mas os assintomáticos eliminaram o coronavírus mais depressa e deixaram de ser transmissores num período mais curto. A eficiência em eliminar o vírus mais cedo, entretanto, não significa que tenham respostas imunológicas mais potentes e duradouras. Pelo contrário, as evidências mostram que os anticorpos neutralizantes persistem por mais tempo na circulação daqueles que desenvolveram as formas mais graves da doença.

Tudo indica que não ficaremos livres desse coronavírus antes de vacinar a maior parte da população. Aqueles que pretendem escapar ilesos e proteger os seus da epidemia vão passar 2021 de máscara, lavando as mãos com frequência e evitando aglomerações, o oposto do que os ignorantes e os irresponsáveis fazem hoje.

Drauzio Varella é Médico cancerologista, autor de “Estação Carandiru”.

https://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/2020/12/o-que-a-ciencia-diz-sobre-os-afortunados-que-nao-tem-sintomas-de-covid-19.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha

Vacinação começa em janeiro em SP, a menos que Pazuello e Bolsonaro queiram atrapalhar

Ministro acha razoável que metade da população só consiga ser imunizada no segundo semestre do ano que vem

Fonte: Folha de São Paulo

Por: Elio Gaspari

Data: 05/12/2020



Madame Natasha não perde entrevistas do general Eduardo Pazuello e admira os momentos em que ele fica calado. Outro dia, falando a parlamentares, o ministro da Saúde incomodou a senhora quando disse coisas assim:

“Se o processo eleitoral nas cidades, com todas as aglomerações e eventos, não causa nenhum tipo de aumento da contaminação, então não falem mais em afastamento social.” “Precisamos compreender de uma vez por todas que nós só aplicaremos vacinas no Brasil registradas na Anvisa.”

Com décadas de serviço nos quartéis, o general Pazuello aprendeu a falar como comandante. Como ministro da Saúde deveria aprender que não manda nas suas audiências. Dizer a quem quer que seja que não deve mais falar em afastamento social é uma indelicadeza, se não for uma bobagem. Quando ele diz que “precisamos compreender de uma vez por todas” que o governo só patrocinará vacinas aprovadas pela Anvisa, diz uma platitude. O problema é outro: Cadê a vacina federal?

Natasha recomenda gentilmente ao general entender que seu desempenho terá uma avaliação cronológica. A vacina chegará a diversos países em janeiro, inclusive à Inglaterra e ao México, cujos governos foram negacionistas. Pazuello não sabe precisar o mês do início da vacinação no Brasil e acha razoável que metade da população de Pindorama só consiga ser imunizada no segundo semestre do ano que vem. Em São Paulo a vacinação vai começar em janeiro, a menos que Pazuello e Bolsonaro queiram atrapalhar, metendo-se numa ridícula Revolta da Vacina 2.0. Quando Natasha era uma mocinha e os generais se metiam onde não deviam, ela teve que ir a Montevideo para ver o filme “Último Tango em Paris”. (Achou-o muito chato.) Natasha morre de medo de ter que viajar ao exterior para ser vacinada.

Kerry e os Agrotrogloditas

A nomeação do ex-senador John Kerry para a posição de czar da política de meio ambiente do governo de Joe Biden deve acender um sinal de alerta no Planalto. Ex-secretário de Estado, Kerry não conhece agrotrogloditas, mas tem boas relações com alguns ambientalistas brasileiros.

Seria útil que os çábios do bolsonarismo parassem de pressionar empresas multinacionais que pararam de comprar soja plantada em áreas de conflito ambiental. As filiais comunicam essas pressões às suas matrizes.

Elio Gaspari é Jornalista, autor de cinco volumes sobre a história do regime militar, entre eles "A Ditadura Encurralada".



'Vacina chinesa' está para sair, dizem países que compraram e fazem a Coronavac

China e Turquia esperam vacinar em dezembro; Indonésia, em janeiro, dizem governos

Fonte: Folha de São Paulo

Por: Vinicius Torres Freire

Data: 05/12/2020

O governo chinês diz que “em breve” haverá um “grande anúncio” a respeito de vacinas com “vírus inativados”. Trata-se das vacinas da Sinovac e da Sinopharm. Meios de comunicação chineses dizem que o anúncio dessas vacinas é “imminente” e que uma aprovação oficial deve ocorrer até o fim do ano —tratam do Brasil, sem o dizer. São Paulo comprou a Sinovac.

Essa vacina chega no próximo dia 11 à Turquia, que comprou uma partida inicial de 50 milhões de doses. O governo turco pretende testá-la por duas semanas e começar a vacinação no dia 25, se o teste der certo. O prazo mais realista é a terceira semana de janeiro, conta um ex-colega de faculdade deste jornalista. Ele trabalha na alta administração de seu país. Diz que espera “aprovação em breve da vigilância sanitária brasileira”, que já estaria examinando a vacina, ele acha.

Por que Brasil, Turquia e Indonésia? Porque são os países onde a Sinovac testou sua vacina na fase 3. Como se vê, há um burburinho grande sobre a “vacina chinesa”. Não é apenas João Doria que faz promessas.

Mas não é possível acreditar sem mais em palavra de político, aqui ou na China, claro. Nada se sabe sobre a eficácia da Sinovac. Além do mais, ainda não há informação sobre o que significa “eficácia” nem mesmo no caso das vacinas da Pfizer/BioNTech, da Moderna ou da AstraZeneca/Oxford, que começa a ser aplicada no Reino Unido nesta segunda-feira (7). Os resultados dos testes desses três produtos já foram anunciados, mas de modo vago. Os estudos não foram publicados em revistas científicas, com revisão técnica. Não contaram se “eficácia” significa



imunidade, se quer dizer proteção contra os efeitos piores da Covid-19 ou se a pessoa “imunizada” ainda pode transmitir a doença.

Ainda assim, algo se move. Na sexta-feira (4), o vice-diretor do programa de vacinas chinês, Wang Junzhi, anunciou que 600 milhões de doses dos produtos da Sinovac e da Sinopharm estarão “no mercado” até o fim deste ano; um “grande anúncio” deve ocorrer entre uma e duas semanas. Na quarta-feira (2), a vice-primeira-ministra da China responsável pela área da saúde, Sun Chunlan, dissera que todas as pessoas de grupos de alto risco estarão vacinadas até o fim do ano em seu país. As vacinas da Sinopharm e da Sinovac foram liberadas para uso emergencial na China desde julho. Profissionais da saúde, que trabalham em portos e aeroportos, empregados da indústria de alimentação, em transportes, militares, diplomatas, funcionários da Huawei que trabalham no exterior e das empresas que produzem os imunizantes já se vacinaram, mais de 1 milhão de pessoas.

Recep Erdogan, presidente da Turquia, disse na sexta-feira que vai tomar a vacina para “dar o exemplo aos cidadãos”. Joko Widodo, presidente da Indonésia, visita postos de saúde que se preparam para vacinar. O autocrata turco e o populista moderado da Indonésia fazem propaganda da vacinação e de medidas de contenção da epidemia.

Aqui, na semana que passou, Jair Bolsonaro disse a seguinte irresponsabilidade, uma covardia mesquinha: “Se tiver um efeito colateral ou um problema qualquer, já sabem que não vão cobrar de mim. Porque eu vou ser bem claro, ‘a vacina é essa’”, mais uma de suas campanhas para desmoralizar a vacinação e o trabalho de quem se dedicou a combater a calamidade.

Vinicius Torres Freire é Jornalista, foi secretário de Redação da Folha. É mestre em administração pública pela Universidade Harvard (EUA).

https://www1.folha.uol.com.br/colunas/viniciustorres/2020/12/vacina-chinesa-esta-para-sair-dizem-paises-que-compraram-e-fazem-a-coronovac.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newscolumnista

Prefeituras temem gargalo na vacinação e pedem ajuda financeira

Presidente do Conselho de Secretários Municipais também teme tumulto na imunização

Fonte: Folha de São Paulo



Data: 05/12/2020

O desafio de fazer a vacinação contra a Covid-19 em São Paulo está deixando as prefeituras assustadas. “O estado cuida do fornecimento, da distribuição, mas quem vacina é o município”, diz Geraldo Sobrinho, presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de SP. Ele prevê o uso de escolas e teme longas filas, com possibilidade de tumulto. Há outro complicador: quem paga a conta. “As prefeituras estão esgotadas financeiramente. Seria bom o governo do estado ajudar”, diz.

Cada servidor da área de saúde recebe uma diária para vacinar além do horário de expediente, o que Sobrinho, que é secretário de Saúde em São Bernardo do Campo, prevê que será inevitável. Elas em geral variam entre R\$ 100 e R\$ 150. “Vai ser uma vacinação duas vezes maior que a da influenza, e com a necessidade de duas doses”, diz ele. A boa notícia, afirma, é que o SUS tem ampla experiência em campanhas de imunização.

Painel – Editado por Fábio Zanini (interino), espaço traz notícias e bastidores da política. Com Mariana Carneiro e Carlos Petrocilo.

https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/12/prefeituras-temem-gargalo-na-vacinacao-e-pedem-ajuda-financeira.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newscolumnista

Os médicos sobre Bolsonaro

Ninguém mais autorizado a julgar o papel dele na pandemia

Fonte: Folha de São Paulo

Por: Ruy Castro

Data: 05/12/2020

Dos 57,8 milhões de votos despejados em Jair Bolsonaro em 2018 pelos brasileiros que queriam se livrar do PT, milhares terão sido de médicos, dos estudantes de medicina e de toda espécie de profissionais da saúde, de cientistas recordistas em Ph.D ao mais humilde servente de



um hospital. Ninguém, claro, poderia adivinhar que, em um ano e meio, o mundo seria varrido por uma pandemia. Mas, sendo médicos, nenhum terá suspeitado de que estavam elegendo um demente?

Eu me pergunto se, hoje, heróis da linha de frente contra a Covid-19, algum deles tem dúvida. Mais do que todos, eles sabem que, no governo, está alguém que, entre o vírus e o povo, escolheu ficar a favor da morte.

Bolsonaro negou a gravidade do problema, insultou os coveiros, promoveu aglomerações e espalhou desinformação sobre o distanciamento, a higienização e o uso da máscara. Jogou com a vida dos que acreditaram num remédio inócuo, a cloroquina, e nisso comprometeu o Exército e o SUS. Desmoralizou os médicos ministros da Saúde e trocou-os por um general da ativa incapaz de distinguir entre um vírus e um piolho, mas disposto a cuspir na própria farda para servi-lo.

O dito general da passiva mentiu sobre o número de casos, ignorou medidas que permitiriam seguir a evolução da doença e deixou mofar milhões de testes que ajudariam a salvar vidas. Quanto a Bolsonaro, depois de chamar nossos mortos de maricas e atribuir poderes políticos às vacinas, dedica-se agora, negando uma cultura de 100 anos, a minar a confiança nelas. Por ele, a pandemia nunca será superada.

Seria urgente saber o que a comunidade médica, por seus conselhos, institutos e organizações, tem a dizer sobre Bolsonaro nessa tragédia. Ninguém mais autorizado do que ela a calcular quantos, entre os até agora mais de 175 mil brasileiros mortos pela Covid, caíram pela ação ou inação do homem que vários de seus membros ajudaram a eleger.

Ruy Castro é Jornalista e escritor, autor das biografias de Carmen Miranda, Garrincha e Nelson Rodrigues.

https://www1.folha.uol.com.br/colunas/ruycastro/2020/12/os-medicos-sobre-bolsonaro.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newscolumnista

Plano de Doria contra Covid-19 prevê vacinar primeiro profissional de saúde e maior de 60 anos

Sem ainda saber se Coronavac é eficaz e será aprovada, estado se prepara para começar campanha em 25 de janeiro

Fonte: Folha de São Paulo



O plano de vacinação contra a Covid-19 de São Paulo, anunciado nesta segunda (7) pelo governador João Doria (PSDB), prevê o início da imunização no dia 25 de janeiro. Deverão ser vacinados primeiro profissionais de saúde, pessoas com mais de 60 anos e grupos vulneráveis como indígenas e quilombolas, totalizando 9 milhões de pessoas. O custo só com a logística será de R\$ 100 milhões aos cofres paulistas. Há vários focos no plano, que tem como base a óbvia expectativa de que a Coronavac, a vacina chinesa que será feita localmente no Instituto Butantan, funcione e esteja aprovada pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

O estudo acerca da eficácia da Coronavac será divulgado até semana que vem e, se tudo correr como espera o governo, seu registro será pedido imediatamente na Anvisa. Segundo Doria, será feito em regime de aplicação emergencial e também em definitivo. A questão que fica é: se a vacina tiver uma cobertura menor do que a esperada a partir de dados preliminares promissores, acima de 90% na expectativa do governo, talvez o escalonamento apresentado de vacinação tenha de sofrer alterações. O mesmo vale para o caso de ela ser menos efetiva em idosos, por exemplo. A vacinação será escalonada para as duas aplicações necessárias da Coronavac, ambas gratuitas. O grupo profissionais de saúde/indígenas/quilombolas receberá sua primeira dose em 25 de janeiro e a segunda, em 15 de fevereiro.

Quem tem 75 anos ou mais, 8 de fevereiro e 1º de março. De 70 a 74 anos, 15 de fevereiro e 8 de março. De 65 a 69 anos, 22 de fevereiro e 15 de março. Por fim, de 60 a 64 anos, 1º de março e 22 de março. Outras fases da vacinação ainda serão anunciadas. A linha de corte para a primeira leva de vacinação, 60 anos ou mais, decorre do fato de que 77% das 42,5 mil mortes por Covid-19 no estado foram nessa faixa etária. São 7,5 milhões dos 46 milhões de paulistas. Já profissionais de saúde e vulneráveis são 1,5 milhão de pessoas.

O governador afirma que a urgência justifica a vacinação o mais rapidamente possível, além da necessidade de evitar a coincidência com imunização contra gripe, no inverno. Num movimento politicamente relevante, serão oferecidas 4 milhões para imunização de profissionais de saúde de outros estados, das 46 milhões de doses que o estado planeja ter à disposição em janeiro.

Adversário do presidente Jair Bolsonaro (sem partido), o governador criticou o fato de que o governo federal até aqui só trabalhar com a vacina da AstraZeneca/Universidade de Oxford e prever seu uso em março. "Triste o Brasil, que tem um presidente que não tem compaixão pelo brasileiros. Que abandonou o Brasil e os brasileiros", afirmou.



O plano de imunização do governo ainda prevê checar cada uma das 4.700 Unidades Básicas de Saúde do estado, que são administradas pelos municípios. A situação de geladeiras para vacinas e a taxa de ocupação delas são a prioridade —a Coronavac precisa ser armazenada em temperaturas de 2 a 8 graus Celsius. Haverá a ampliação do total de 5.200 locais de vacinação no estado para 10 mil, segundo Doria, com a utilização de farmácias credenciais, quartéis da Polícia Militar, escolas (aos fins de semana), terminais de ônibus e a adoção de sistema drive thru (de acordo com a disponibilidade de cada município).

Os horários de vacinação serão das 7h às 22h de segunda a sexta e das 7h às 17h nos fins de semana e feriado, também a cargo dos municípios. O plano prevê 18 milhões de doses de vacinas e o uso de 54 mil profissionais de saúde. Haverá 25 postos de distribuição e 5.200 câmaras de refrigeração, além de 30 caminhões climatizados, ao custo de R\$ 100 milhões.

Questionado a respeito de uma possível corrida de pessoas de outros estados em busca da vacina, Doria disse que todos os que estiverem em São Paulo serão vacinados, sem exigência de comprovação de residência. "Não vamos segregar as pessoas. Vamos vaciná-las", disse o governador, que ainda afirmou ser possível comprar mais doses, se necessário.

Segundo Doria, São Paulo já tem em estoque todos os insumos —agulhas, seringas e EPIs (Equipamentos de Proteção Individual)— necessários para a aplicação das doses. Caso o governo federal ofereça os insumos, o governador afirmou que o estado vai aceitar e utilizar esse material. A capital, por exemplo, afirma ter comprado 10 milhões de seringas para usar em suas 468 UBSs e outros 150 postos-satélites, que serão montados para evitar aglomerações, além de ter contratado o serviço de veículos refrigerados para transporte das doses.

O plano estadual prevê o uso de 27 milhões de seringas e agulhas. Há uma significativa inflação neste mercado, cortesia da demanda criada pelo novo coronavírus. Para ficar num exemplo mezinheiro, a caixa com cem luvas cirúrgicas era encontrada no mercado paulista por R\$ 20 no começo do ano. Hoje custa quase quatro vezes mais.

O temor central do Palácio dos Bandeirantes é repetir o pesadelo logístico que foi a compra emergencial de respiradores chineses no começo da pandemia, com carregamentos parados em aeroportos de outros países, levando ao cancelamento de entregas. O alto custo fez com que os estados do Consud, consórcio que reúne os estados do Sudeste e do Sul, conversassem sobre a eventualidade de fazer compras conjuntas e pedissem auxílio ao Ministério da Saúde.

A pasta comandada pelo general Eduardo Pazuello não demonstrou interesse nas tratativas, segundo pessoas com acesso às conversas. São Paulo, que tem um orçamento de R\$ 23,7 bilhões para o ano que vem na saúde, decidiu bancar sua parte, mas ainda há a possibilidade de cooperação.



O plano, finalizado durante as últimas três semanas, pretende deixar o estado pronto para distribuir duas doses da Coronavac, vacina desenvolvida pelo laboratório chinês Sinovac.

Das 46 milhões de doses na mão do governo em janeiro, 6 milhões estão chegando prontas da China e as restantes serão formuladas a partir de insumos chineses no Butantan —algo que começa nesta segunda. Depois devem chegar mais 15 milhões de doses até março. O imunizante já teve sua segurança e capacidade de produzir resposta imune atestadas nas fases 1 e 2 do seu ensaio clínico, ocorridas com 50 mil voluntários na China. A fase 3 está sendo finalizada no país asiático, no Brasil e em locais como Indonésia, Turquia e Bangladesh.

No caso brasileiro, o estudo com 13.500 voluntários coordenado pelo Butantan já atingiu o número mínimo de infectados para estipular sua eficácia: são separados entre os doentes os que receberam o imunizante e os que tiveram placebo aplicado. Doria estima que o resultado do estudo brasileiro e o envio à Anvisa do pedido de registro ocorram até o dia 15. Como disse em entrevista à Folha na semana passada, o temor é de que o órgão aja politicamente. O tucano é o principal governador de oposição a Bolsonaro, e é virtual candidato ao Planalto em 2022. Ambos os líderes divergem no trato da pandemia, com Doria associando sua imagem à responsabilidade sanitária e o presidente buscando minimizar a doença.

A nova frente de embate é a vacina. Bolsonaro chegou a comemorar quando um suicídio de voluntário levou a Anvisa a paralisar os testes da Coronavac sem aviso prévio, o que foi visto no governo paulista como um ato político. Antes, fizera críticas à "vacina chinesa" e sua rede de apoiadores na internet insiste na tese de que "paulistas serão cobaias", o que não faz sentido se os testes forem positivos e houver aprovação do imunizante.

Como deverá requisitar também o registro definitivo da Coronavac, para a qual está sendo montada uma fábrica nova no Butantan, o governo paulista teme que a Anvisa, com direção bolsonarista, procure "pelo em ovo" para atrasar o cronograma de Doria. A nota do órgão elencando as etapas que faltam para a aprovação da Coronavac já nesta segunda foi lida no governo como um sinal de alerta do que está por vir.

A letargia do Ministério da Saúde, que prevê só começar a vacinar em março e não especificou com qual fármaco, preocupa estados —pelo menos oito já procuraram Doria para eventual compra da Coronavac, mas o conselho dos secretários da área se diz preocupado com a descentralização. A oferta que Doria fará de vacinas a outros estados reforça a nacionalização da questão. O próprio governador afirmou, na entrevista da semana passada, que seu nome pode ser favorecido se a Coronavac for um sucesso— ressaltando que a busca pelo imunizante era uma questão de prioridade de saúde pública, não política.



O governo federal, apesar da atitude de Bolsonaro, investiu R\$ 2 bilhões numa parceira para trazer a vacina da AstraZeneca/Universidade de Oxford, que está atrasada devido a problemas em sua fase de testes. Pazuella admite comprar qualquer imunizante, mas favorece o britânico porque já tem um acordo assinado no qual ele é vendido a preço de custo (US\$ 3,75 a dose, antes US\$ 10,4 da Coronavac e até US\$ 25 de outras).

https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/plano-de-doria-preve-vacinar-primeiro-profissional-de-saude-e-maior-de-60-anos.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha

Vacina reforça xenofobia, e imigrantes pesam medo de Covid-19 e deportação

Em carta, governador de NY alerta para risco de divulgação de documentos de pessoas em situação irregular

Fonte: Folha de São Paulo

Data: 07/12/2020

Entre passar fome e passar raiva, a auxiliar de limpeza Amanda, 32, prefere a segunda opção. Quando morava no sertão baiano, todo fim de mês, com a conta bancária esvaziada, chegava a ficar dois, três dias à base de "salgadinhos tipo Fandangos, mas um genérico baratinho, que é o que dava para pagar". Em 2019, ela e o marido conseguiram entrar ilegalmente nos EUA. Hoje vivem de bicos informais que rendem o suficiente para "comerem até demais", ela diz, reclamando da silhueta rechonchuda.

Tudo ia bem até o país ocupar a dianteira do recorde de mortos da Covid-19 —mais de 280 mil até aqui. Amanda conta que ficou furiosa quando ouviu um homem defender no mercado que o governo assegure que imigrantes ilegais sejam os últimos na fila assim que a vacinação contra o coronavírus começar. A baiana respirou fundo e deixou para lá, pois nem sabe se irá atrás do imunizante. Como tantos em sua situação, ela tem mais medo de ser deportada do que de contrair e espalhar a doença. Longe de ser descabida, sua oscilação permeou uma carta que o governador de Nova York, Andrew Cuomo, enviou no começo do mês para o Departamento de Saúde americano. Cuomo, um democrata, dizia-se preocupado que a administração republicana de Donald Trump repasse a órgãos de segurança informações pessoais de imigrantes irregulares.



O governo federal sugere que os estados usem os dados de carteira de motorista, seguridade social (que funciona como um RG) ou passaporte para identificar cada pessoa que for vacinada. Uma política-espantalho para quem teme ser rastreado e mandado embora do país. Se pessoas sem documento forem dissuadidas de aderir à imunização, argumenta o governador, isso não coloca em risco apenas a saúde delas, mas "a eficácia de todo o programa de vacinação".

Imigrantes, assim como a população afro-americana, tendem a ser mais expostos ao vírus. Muitos não podem se dar ao luxo de ficar em casa e não trabalhar ou exercer atividades em home office. Também estão em funções que exigem contato constante com o público. O espanhol é recorrente entre faxineiros de clínicas e hospitais e entregadores de delivery, por exemplo. É um grupo escaldado com políticas públicas que seguem o ditado da mão que afaga ser a que apedreja.

Em novembro, um juiz federal ordenou que Trump cancelasse medida anunciada em 2018 para permitir que imigrantes dependentes de ajuda governamental, como vale-refeição, tivessem o green card negado. Era, na prática, um teste de riqueza: candidatos a residência permanente nos EUA não deveriam precisar de programas assistencialistas. Para estrangeiros pobres que sonham em ficar para sempre no país, aceitar suporte financeiro para sobreviver poderia enterrar a chance de viver e trabalhar legalmente ali. A Covid-19 acrescentou outra camada de drama para essas pessoas, que agora têm o receio de se vacinar contra um vírus que afeta sobretudo as comunidades mais vulneráveis. "O atual programa federal não financia esforços estaduais para imunizar comunidades negras, pardas, asiáticas e de baixa renda que não são atendidas por instalações de saúde privadas", afirma o governador Cuomo.

O presidente eleito Joe Biden escolheu Xavier Becerra, um ex-deputado democrata e atual procurador-geral da Califórnia, para ser o secretário de Saúde e Serviços Humanos de seu governo. O anúncio foi feito neste domingo (6), após reclamações sobre a falta de latinos no novo gabinete do democrata. Se confirmado no cargo, Becerra terá como principal missão lidar com a crise sanitária no país. Outras partes do planeta reprisam o mesmo temor. O Brasil inclusive. "Acende bastante o alerta vemos imigrantes indocumentados no Brasil serem deportados depois de buscar tratamento de saúde em hospitais públicos", diz o antropólogo Alexandre Branco Pereira, coordenador na Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados.

Há registros de bolivianos deportados do Centro-Oeste e relatos que estão sendo investigados em São Paulo, afirma. "Teoricamente não existe ligação entre aparelhos de saúde e forças de segurança pública. É aliás uma questão ética não acionar a polícia se encontram alguém que está com o documento vencido ou sem documento, até porque o SUS não exige isso, é universal."



A rede pediu ao governo de São Paulo, ainda sem resposta, para integrar a comissão da futura campanha de vacinação. Só em São Paulo são 300 mil imigrantes, o equivalente a uma cidade de médio porte. Segundo Pereira, as políticas pensadas para o grupo são pares com as voltadas para moradores de rua, o que não funciona. É preciso levar em conta as particularidades linguísticas e culturais, diz.

Cita como exemplo os abrigos paulistanos que acolheram venezuelanos fugidos da crise humanitária em sua terra. "As famílias relatavam ameaças e que havia muitos moradores de rua em situação de drogadição. Quando iam reclamar, sofriam ameaças, e um deles foi desligado por isso." Em nota, a Secretaria de Saúde paulista diz que, "tão logo haja imunizante disponível", definirá "população-alvo com base em protocolos técnicos e normas estabelecidas pelas autoridades sanitárias".

A expectativa para uma campanha de vacinação global traz em sua sombra essa outra modalidade de xenofobia, termo que acompanhou a pandemia desde o dia 1. Mesmo na Nova Zelândia, vista como padrão-ouro no combate à Covid-19. Por lá o governo lançou em julho a campanha Racismo Não É Piada, após uma pesquisa indicar que um em cada quatro neozelandeses se recusariam a comer em restaurante chinês ou andar num Uber com motorista de nome do país asiático que foi o berço da pandemia.

Líderes como Donald Trump e Jair Bolsonaro adotaram a narrativa xenófoba do "vírus chinês". A própria China, ao ver que tinha a doença sob controle enquanto o resto do mundo ainda penava com ela, também hospedou episódios de discriminação, como a recusa de estabelecimentos locais em servir estrangeiros. Paul Mozur, repórter do New York Times baseado em Xangai, publicou em abril no Twitter: foi chamado de "lixo gringo" num restaurante. Os ânimos se inflamaram após viralizar, numa rede social chinesa, a história em quadrinhos "Guia Ilustrado de Como Resolver o Lixo Gringo", na qual visitantes de outros países eram depositados em lixeiras.

https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/12/vacina-reforca-xenofobia-e-imigrantes-pesam-medo-de-covid-19-e-deportacao.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha

Anvisa reage ao anúncio de Doria e diz que ainda faltam passos para aprovar Coronavac

Agência afirma que dados da fase 3 ainda não foram encaminhados e relatório de inspeção pode ficar pronto só depois de 11 de janeiro



Fonte: Folha de São Paulo

Data: 07/12/2020

Horas após o governo de São Paulo ter anunciado o início da vacinação contra a Covid-19 para janeiro, a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) divulgou uma nota na qual indica que ainda faltam vários passos para que a obtenção do registro para o imunizante Coronavac, desenvolvido pela chinesa Sinovac em parceria com o Instituto Butantan. A Anvisa afirma que a entidade paulista ainda não encaminhou os dados da fase 3 de testes clínicos da vacina, a etapa final antes do registro. Além disso, diz que o relatório da inspeção na fábrica da chinesa Sinovac — também importante etapa do registro— pode ficar pronto apenas no dia 11 de janeiro.

Com um tom ainda mais forte do que a nota publicada pela agência, o diretor-presidente da Anvisa, almirante Antônio Barra Torres, afirmou em entrevista à rádio Jovem Pan que não é possível determinar um dia e mês para a liberação de uma vacina contra o novo coronavírus. "Os que se interessarem podem solicitar o uso emergencial [da vacina] a qualquer momento. A partir de então, buscaremos fazer uma análise bem feita e no menor tempo possível. No entanto, não fixamos um mês ou dia de aprovação. Para as autoridades que assim fazem, desejo boa sorte", disse. "Enquanto isso, continuaremos trabalhando com o mundo real, o mundo científico", completou. Nesta segunda-feira (7), Doria anunciou o início da vacinação no estado de São Paulo para o dia 25 de janeiro, aniversário da capital paulista, apesar da falta de registro e da divulgação de dados de eficácia. Segundo ele, todo brasileiro poderá receber as doses. No fim da tarde do mesmo dia, a agência publicou uma nota com o estado atual do processo de registro da imunização. O título do posicionamento oficial foi "Esclarecimentos sobre análise dos estudos da vacina Sinovac" —o nome correto da vacina é Coronavac. "Não foram encaminhados dados relativos à fase 3, que é a fase que confirma a segurança e eficácia da vacina. Esse dado é essencial para a avaliação tanto de pedidos de autorização de uso emergencial quanto de pedidos de registro", afirma a Anvisa na nota.

A agência também afirma que apenas um dos dois conjuntos de documentos apresentados pelo Instituto Butantan, com dados de estudos de segurança e eficácia, teve sua análise concluída. O segundo foi encaminhado apenas no dia 30 de novembro e ainda está em análise. Segundo a Anvisa, a inspeção na fábrica da Sinovac na China, cujo relatório é também considerado fundamental para o registro, terminou apenas na sexta-feira (4). O Relatório de Inspeção, afirma a agência, é um documento conclusivo quanto à certificação e suas conclusões podem levar ao deferimento ou ao indeferimento do processo. "Somando-se os dias apresentados, conclui-se que o relatório de



inspeção deverá ser finalizado entre 30 de dezembro a 11 de janeiro de 2021." A Anvisa também afirmou que há requisitos mínimos, previstos em guia criado pela agência, para a solicitação de autorização de uso emergencial.

Na semana passada, a agência brasileira informou que passaria a analisar pedidos para autorização de uso emergencial para vacinas contra a Covid-19. Ao contrário dos registros, que exigem documentos finais sobre os estudos clínicos, a autorização de uso emergencial é um caso excepcional, concedida para medicamentos e imunizações ainda em fase de testes. No entanto, as vacinas com essa autorização só podem ser aplicadas em grupos específicos da população, e não de maneira massiva. Além disso, essas imunizações não podem ser comercializadas e devem obrigatoriamente integrar um programa público de vacinação.

Nesta segunda (7), o presidente da Câmara, Rodrigo Maia, cobrou transparência da Anvisa nas decisões sobre vacinas contra a Covid-19. "A Anvisa precisa garantir uma maior transparência e seu papel de agência de estado. Não criamos essa agência ao longo dos últimos anos para que sirva a uma disputa política ou que ela tenda para um lado do jogo político", disse Maia.

Bolsonaro trava uma batalha política com o governador de São Paulo sobre a escolha da vacina contra a Covid-19. Também nesta segunda-feira, o Ministério da Saúde anunciou a liberação de R\$ 59,4 milhões para PNI (Programa Nacional de Imunização) para enfrentar a Covid-19 com a compra de equipamentos de refrigeração para armazenar vacinas.

Segundo a pasta, os recursos foram instituídos em caráter excepcional e temporário, por meio de portaria publicada nesta segunda, no DOU (Diário Oficial da União). O dinheiro será repassado a todos os estados em parcela única para a aquisição dos equipamentos. De acordo com a pasta, as CIBs (Comissões Intergestores Bipartite) –entre estado e município– e o colegiado de gestão de saúde do Distrito Federal definirão as unidades a serem beneficiadas, como entre salas de vacinas dos municípios com mais de 100 mil habitantes, centrais de rede de frio de instâncias municipais, regionais e estaduais. A entrega dos equipamentos será feita diretamente pelos estados a municípios.

https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/12/anvisa-reage-ao-anuncio-do-governo-de-sp-e-diz-que-faltam-muitos-passos-para-aprovar-coronavac.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha

Governadores esperam que Pazuello anuncie múltiplas vacinas em reunião nesta terça (8)



Fonte: Folha de São Paulo

Data: 07/12/2020

Governadores têm encontro marcado nesta terça (8) com o ministro Eduardo Pazuello (Saúde). A expectativa deles é que o governo federal anuncie o compromisso de adotar múltiplas vacinas na imunização da população contra a Covid-19. Até o momento, o Ministério da Saúde tem apostado na vacina produzida pelo laboratório AstraZeneca, a ser fabricada na Fiocruz. Mas a perspectiva é a de que o imunizante só fique pronto em março.

João Doria (PSDB-SP) anunciou que deve começar em janeiro a vacinação da coronavac, produzida pela chinesa Sinopec no Instituto Butantan. Nesta semana, o Reino Unido inicia a imunização em massa com a americana Pfizer. Diante do avanço em outras frentes, os governadores pressionam Pazuello a comprar vacinas de outros laboratórios, o que é alvo de resistência de Jair Bolsonaro, que já declarou que o Brasil não compraria a vacina chinesa. A reunião com Pazuello será na Casa Civil e terá a presença do ministro Braga Neto e está prevista para 11h, segundo os governadores. Até a noite desta segunda (7), no entanto, o Ministério da Saúde informava desconhecer o encontro.

Líder informal dos governadores no tema, Wellington Dias (PT-PI) defendeu que o governo federal compre diferentes vacinas para imunizar as pessoas. "Quanto mais laboratórios atuando na produção de vacinas, mais cedo nós saímos da pandemia e da crise econômica, dessa situação indefinida", disse. "O que queremos dessa reunião com o ministro Pazuello é uma proposta concreta, múltiplas vacinas no Plano Nacional de Imunização e um plano estratégico para que a gente possa até abril, junho sair da crise".

No fim de semana, os conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde divulgaram uma carta aberta, em que defendem que todas vacinas que tenham segurança e eficácia devem ser empregadas e que o governo deve comandar a organização para a compra de materiais e a estratégia de vacinação. "A falta de coordenação nacional, a eventual adoção de diferentes cronogramas e grupos prioritários para a vacinação nos diversos estados são preocupantes, pois gerariam iniquidade entre os cidadãos das unidades da federação, além de dificultar ações nacionais de comunicação e organização da farmacovigilância", diz a carta.



Painel – Editado por Fábio Zanini (interino), espaço traz notícias e bastidores da política. Com Mariana Carneiro e Carlos Petrocilo.

https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/12/governadores-esperam-que-pazuello-anuncie-multiplas-vacinas-em-reuniao-nesta-terca-8.shtml?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=newsfolha

Governo avança na negociação para a compra de 70 mi de doses da vacina da Pfizer

Na semana passada, ministério dera indicações de que imunizante estava descartado

Fonte: Folha de São Paulo

Data: 07/12/2020

O Ministério da Saúde informou na noite desta segunda-feira (7) que está negociando a compra de 70 milhões de doses da vacina contra a Covid-19 da empresa americana Pfizer com a alemã BioNTech. A pasta afirma que os termos “já estão bem adiantados” e que um acordo deve ser anunciado no início desta semana. “O governo brasileiro e a Pfizer avançam nas tratativas na intenção de compra de 70 milhões de doses da vacina da Pfizer e Biontech contra a Covid-19, a ser fornecido em 2021. Os termos já estão bem avançados e devem ser finalizados ainda no início desta semana com a assinatura do memorando de intenção”, afirma o texto.

O Ministério da Saúde realiza nesta terça-feira (8) reunião com governadores, que esperam um anúncio referente à aquisição de vacinas. Em suas redes sociais, o presidente Jair Bolsonaro (sem partido) também informou que o Brasil vai ofertar imunizantes para toda a população, de maneira gratuita e não obrigatória. O anúncio acontece em meio à pressão do governo brasileiro, que até então apostava apenas na vacina da AstraZeneca em parceria com a Universidade de Oxford, além da compra de 40 milhões de doses da vacina através do consórcio Covax Facility.

A vacina da AstraZeneca, no entanto, apresentou problemas nos testes clínicos, o que pode atrasar a concessão do registro para a aplicação na população brasileira. Por outro lado, a Pfizer se tornou a primeira vacina reconhecida no mundo ocidental na semana passada, com o registro



concedido pelas autoridades do Reino Unido. O país europeu promete iniciar nesta semana a vacinação de sua população, disponibilizando 800 mil doses.

Além disso, a própria Pfizer informou que já havia vendido cerca de 60 milhões de doses para outros países da América Latina e que o prazo do Brasil estava se esgotando. Do lado político, o governador João Doria (PSDB), um dos principais adversários do presidente Jair Bolsonaro (sem partido), anunciou também nesta segunda-feira que pretende começar a vacinação em São Paulo no dia 25 de janeiro.

O estado de São Paulo adquiriu a vacina Coronovac, parceria da chinesa Sinovac com o Instituto Butantan. Por outro lado, o plano do governo federal, que foi anunciado na semana passada, prevê inicialmente apenas a vacinação de cerca de 15 milhões de pessoas, em um primeiro momento. A previsão era que a vacinação começasse apenas em março, com idosos, indígenas e profissionais da saúde.

A escolha da Pfizer, de certo modo, surpreende, porque os próprios técnicos do Ministério da Saúde ressaltavam a dificuldade de incorporação do imunizante ao plano de vacinação nacional, devido às dificuldades de armazenagem, requerindo temperaturas de -70°C . No dia 1º de dezembro, o Ministério da Saúde havia informado que as vacinas contra a Covid-19 que serão incluídas no Plano Nacional de Imunização deveriam "fundamentalmente" ser termoestáveis e poder ser armazenadas em temperaturas de 2°C a 8°C .

Na prática, o anúncio significava que a vacina da Pfizer não deveria ser aplicada no Brasil. A empresa, no entanto, vem afirmando que pode contribuir disponibilizando mecanismos para facilitar seu transporte e armazenamento. A empresa já pediu às autoridades de regulação de medicamentos da Europa a autorização para uso emergencial de sua vacina. O mesmo processo já havia sido iniciado nos Estados Unidos.

A Pfizer divulgou estudos que mostram que sua vacina é 95% eficaz contra o novo coronavírus. Também nesta segunda-feira, o Ministério da Saúde anunciou a liberação de R\$ 59,4 milhões para o PNI (Programa Nacional de Imunização) a fim de enfrentar a Covid-19 com a compra de equipamentos de refrigeração para armazenar vacinas.

Segundo a pasta, os recursos foram instituídos em caráter excepcional e temporário, por meio de portaria publicada nesta segunda, no DOU (Diário Oficial da União). O dinheiro será repassado a todos os estados em parcela única para a aquisição dos equipamentos. De acordo com a pasta, as CIBs (Comissões Intergestores Bipartite) —entre estado e município— e o colegiado de gestão de saúde do Distrito Federal definirão as unidades a serem beneficiadas. A entrega dos equipamentos será feita diretamente pelos estados a municípios.





ANS suspende a comercialização de 12 planos de saúde

Fonte: ANS

Data: 08/12/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta terça-feira (08/12) a lista de planos de saúde que terão a venda temporariamente suspensa devido a reclamações relacionadas a cobertura assistencial. A medida faz parte do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha regularmente o desempenho do setor e atua na proteção dos consumidores. Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de 12 planos de 03 operadoras devido a reclamações efetuadas no 3º trimestre.

A proibição da venda começa a valer no dia 11/12. Ao todo, 12.290 beneficiários ficam protegidos com a medida, já que esses planos só poderão voltar a ser comercializados para novos clientes se as operadoras apresentarem melhora no resultado no monitoramento.

Além das suspensões, a ANS também divulga a lista de planos que poderão voltar a ser comercializados. Nesse ciclo, 3 planos de 2 operadoras tiveram a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (3º trimestre)

- 12 planos com comercialização suspensa
- 3 planos com a comercialização liberada
- 12.290 beneficiários protegidos
- 25.405 Reclamações analisadas no período de 01/07/2020 a 30/09/2020



Sobre o Monitoramento

O Monitoramento da Garantia de Atendimento é o acompanhamento periódico do acesso dos beneficiários de planos de saúde às coberturas contratadas. Os resultados são divulgados trimestralmente. As reclamações recebidas pela ANS consideradas no Monitoramento se referem ao descumprimento dos prazos máximos para realização de consultas, exames e cirurgias ou negativa de cobertura assistencial. A partir dessas informações, as operadoras são classificadas em faixas, possibilitando uma análise comparativa entre elas e acarretando a suspensão da comercialização dos planos mais reclamados.

Quando uma operadora possui produto com comercialização suspensa em decorrência do Monitoramento da Garantia de Atendimento, ela não pode registrar nenhum novo plano que seja análogo aos que estiverem na lista de suspensão e nem receber novos beneficiários nos planos de saúde com comercialização suspensa por esse motivo (com exceção de novo cônjuge ou filho e de ex-empregados demitidos ou aposentados).

A cada trimestre, as operadoras são reavaliadas e, aquelas que deixarem de apresentar risco à assistência à saúde, nos moldes do referido monitoramento, são liberadas para oferecer os planos para novas comercializações, desde que os planos não estejam com a comercialização interrompida por outros motivos.

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/6110-ans-suspende-a-comercializacao-de-12-planos-de-saude>

#ANSComVocê é o slogan da nova campanha publicitária da Agência

Fonte: ANS

Data: 08/12/2020

Com o objetivo de orientar e informar beneficiários de planos de saúde, consumidores em potencial e gestores responsáveis pela contratação de planos de saúde coletivos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realiza, neste mês de dezembro, nas redes sociais, a sua segunda campanha publicitária de 2020. O slogan - #ANSComVocê - visa reforçar o papel da ANS como referência para a sociedade quando o assunto é plano de saúde. Por meio da regulação do setor, a



ANS está com o consumidor (e potencial consumidor) durante toda a sua jornada: desde o momento em que toma a decisão de contratar um plano de saúde, passando pela utilização do serviço com segurança e direitos garantidos, até o momento em que resolve deixar ou trocar de plano.

Para ilustrar essa ideia, os vídeos da campanha trazem uma mão desenhando todo o percurso do consumidor por um caminho cheio de orientações que deixará sua trajetória na saúde suplementar mais fácil e consciente. Com isso, a ANS reforça a sua missão, enquanto órgão regulador do setor, de esclarecer dúvidas, prestar informações e mediar conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde. As peças da campanha, vídeos e posts, abordam a escolha do plano, comparação entre planos, qualidade do atendimento das operadoras, portabilidade de carências, regras para aposentados e demitidos e cancelamento de plano, entre outros temas de interesse. Com linguagem clara e objetiva e, ao mesmo tempo, lúdica, a campanha tem a preocupação de tornar o conteúdo muitas vezes técnico (regras e normas) mais palatável e de fácil compreensão.

Seguindo a recomendação da Secretaria Especial de Comunicação Social da Presidência da República (Secom), a campanha será veiculada com posts patrocinados nas plataformas Twitter e LinkedIn. A divulgação também ocorre de maneira orgânica nos perfis oficiais da reguladora no Facebook, no Instagram e no YouTube. Confira aqui a área fixa da campanha no portal da ANS, siga as redes sociais da Agência, curta e compartilhe os posts! Contribua para a propagação do conhecimento dos direitos dos consumidores de planos de saúde.

- Facebook: @ans.reguladora
- Instagram: ans.reguladora
- Twitter: @ANS_reguladora
- LinkedIn: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/6111-anscomvoce-e-o-slogan-da-nova-campanha-publicitaria-da-agencia>



Pazuello diz que vacina pode chegar este mês, mas cita contexto improvável



O ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, disse hoje que a vacinação emergencial contra a covid-19 pode começar ainda em dezembro no país, com doses da vacina da Pfizer/Biontech. No entanto, o general elencou uma série de condições para que isso aconteça —todas elas, neste momento, bastante improváveis, o que torna remota a possibilidade de imunização ainda em 2020.

Em entrevista à CNN Brasil, Pazuello também afirmou que o plano nacional de imunização pode começar entre o fim de janeiro e o início de fevereiro, o que seria uma terceira data diferente sugerida em duas semanas. Ontem, o ministro falou que o início de uma campanha nacional de vacinação estava previsto para o final de fevereiro, com doses do imunizante desenvolvido pela Universidade de Oxford e pelo laboratório AstraZeneca. Na semana passada, a expectativa era que o plano começasse em março, embora o governo não tivesse oficializado uma data.

Uso emergencial Para dar a previsão de vacinação emergencial ainda em dezembro, Pazuello considerou a possibilidade de a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) conceder uma autorização de urgência para o uso do imunizante. Ele falou especificamente sobre a vacina desenvolvida pela Pfizer, a mesma que começou a ser aplicada ontem no Reino Unido. "O uso emergencial pode acontecer agora em dezembro, por exemplo, em hipótese, se nós tivermos as doses recebidas, se nós fecharmos o contrato com a Pfizer", disse Pazuello, em entrevista à CNN Brasil.

"Se a Pfizer conseguir autorização emergencial, e se a Pfizer nos adiantar alguma entrega, isso pode acontecer em janeiro, final de dezembro. Isso em quantidades pequenas, que são de uso emergencial." ministro Eduardo Pazuello.

As condições citadas por Pazuello, porém, são improváveis neste momento. Isso porque: até agora, nenhuma vacina fez pedido de uso emergencial para a Anvisa; o Brasil está em tratativas, mas ainda não concluiu as negociações com a Pfizer (leia mais abaixo); apesar da negociação, a Pfizer vê como improvável a chance de disponibilizar doses ao Brasil antes de janeiro (leia mais abaixo). O ministro lembrou a intenção do governo brasileiro de fechar um contrato com o laboratório Pfizer para receber inicialmente 500 mil doses da vacina. O imunizante recebeu uma autorização emergencial no Reino Unido no início de dezembro e a vacinação no país foi iniciada ontem para grupos prioritários A vacina também fez pedidos de uso emergencial nos Estados Unidos e na Argentina. O UOL questionou a Anvisa, por email, se seria viável, ainda neste ano, a aprovação



emergencial em dezembro de uma vacina cuja autorização não foi pedida. A reportagem ainda não obteve retorno.

Vacinas de Oxford e Sinovac

Apesar de Pazuello falar sobre a vacina da Pfizer, até agora, a grande aposta do governo brasileiro é a vacina de Oxford, com a qual o país já fechou um acordo de quase R\$ 2 bilhões, que prevê a disponibilização de mais de 100 milhões de doses do imunizante desenvolvido pelo laboratório AstraZeneca. No país, a produção da vacina ficará a cargo da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), uma instituição federal.

Pazuello ainda considerou a possibilidade de contar para o PNI (Programa Nacional de Imunização) com a CoronaVac, vacina desenvolvida pelo laboratório chinês Sinovac, em parceria com o Instituto Butantan, que é ligado ao governo paulista. O imunizante tem sido motivo de discussões entre o governador de São Paulo, João Doria (PSDB), que anunciou um plano estadual de vacinação para janeiro, e o presidente Jair Bolsonaro (sem partido).

Vacinação geral entre janeiro e fevereiro Sobre o plano efetivo de imunização, esse feito a partir de um registro definitivo de vacinas na Anvisa, Pazuello disse que a expectativa agora é iniciar a vacinação entre o final de janeiro e o início de fevereiro. "Os quantitativos dependem da entrega. O que tem de previsão? 15 milhões da AstraZeneca e 500 mil doses de previsão inicial da Pfizer em janeiro. Em relação ao Butantan, ainda não tenho o número de disponibilidade em janeiro", disse o ministro.

É bem provável que entre janeiro e fevereiro nós estejamos vacinando a população brasileira.

Pazuello assumiu a Saúde de forma interina ainda em maio, após as saídas de Luiz Henrique Mandetta e depois Nelson Teich. O general não tem formação médica e é considerado um especialista em logística. Em setembro, ele assumiu de forma definitiva o ministério. O ministro chegou a ficar internado com covid-19, mas se recuperou. Vacina da Pfizer só em janeiro Apesar da previsão mais otimista de Pazuello, ontem o presidente da Pfizer Brasil, Carlos Murillo, afirmou não enxergar mais a possibilidade de o laboratório fornecer vacinas contra a covid-19 ao Brasil antes de janeiro. Ele falou em vacinar 2 milhões de brasileiros com o imunizante até março de 2021. Segundo Murillo, a Pfizer e o governo brasileiro negociam um acordo para a disponibilização de 70 milhões de doses.

<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/12/09/pazuello-diz-que-vacinacao-pode-comecar-este-mes-mas-cita-varias-condicoes.htm?cmpid=copiaecola>



Saúde no STF: a tese do tema 6 da repercussão geral

O direito e a atividade decisória não podem se distanciar da realidade do país

Fonte: JOTA

Por: Murilo Meneghetti Nassif

Data: 04/12/2020

O Supremo Tribunal Federal (STF) deu um grande passo na tentativa de reduzir litígios que pleiteiam o acesso a medicamentos experimentais ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com o julgamento do tema 500 da repercussão geral. No julgamento realizado em 2019, prevaleceu o acertado entendimento de que o acesso à medicamentos sem registro na Anvisa deve ser concedido em caráter de exceção e, desde que, (1) já haja pedido de registro do medicamento no Brasil (exceção para medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (2) inexista substituto terapêutico com registro no Brasil; e, (3) haja registro do produto em renomadas agências de regulação no exterior.

Dez meses se passaram e o tema voltou à pauta do Supremo. Ao julgar o tema 6 da repercussão geral, que trata do dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo, por maioria de votos, os ministros do STF mantiveram o entendimento de que a obrigação estatal em fornecer medicamentos não registrados na Anvisa deverá ser exceção. Contudo, a decisão sobre os critérios de excepcionalidade (tese da repercussão geral), foi adiada para outra oportunidade.

Dando sequência ao julgamento para a fixação da tese da repercussão geral, o ministro-relator, Marco Aurélio, apresentou parâmetro decisório semelhante ao julgamento do tema 500. O ministro Alexandre de Moraes propôs excepcionalidades mais restritivas. E o ministro Roberto Barroso trouxe a proposta de fixação de uma terceira tese, em que a excepcionalidade ao fornecimento do medicamento, independentemente de custo, preencha 5 requisitos. Ainda, em seu voto, assentou o dever de se observar um parâmetro procedimental para:



“a realização de diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde tanto para aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, quanto, no caso de deferimento judicial do fármaco, para determinar que os órgãos competentes avaliem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS”.

O desfecho do caso – que afetará os processos semelhantes no país – ainda depende dos votos dos demais ministros, mas, até o momento, traz as seguintes propostas como parâmetros de excepcionalidade de fornecimento do medicamento de alto custo a portador de doença grave:

Min. Marco Aurélio	<ul style="list-style-type: none">(1) Imprescindibilidade do fornecimento (adequação e necessidade);(2) Impossibilidade de substituição do medicamento;(3) Incapacidade financeira do enfermo e familiares solidários.
Min. Alexandre de Moraes	<ul style="list-style-type: none">(1) Comprovação de hipossuficiência financeira do requerente para o custeio;(2) Existência de laudo médico comprovando a necessidade do medicamento, elaborado pelo perito de confiança do magistrado e fundamentado na medicina baseada em evidências;(3) Certificação, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, tanto da inexistência de indeferimento da incorporação do medicamento pleiteado, quanto da inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS;(4) Atestado emitido pelo CONITEC, que afirma a eficácia, segurança e efetividade do medicamento para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde do requerente, no prazo máximo de 180 dias.
Min. Roberto Barroso	<ul style="list-style-type: none">(1) Incapacidade financeira de arcar com o custo correspondente;(2) Demonstração de que a não incorporação do medicamento não resultou de decisão expressa dos órgãos competentes;(3) Inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS;(4) Comprovação de eficácia do medicamento pleiteado à luz da medicina baseada em evidências;(5) Propositura da demanda necessariamente em face da União (entidade estatal competente para a incorporação de novos medicamentos ao sistema).

Da leitura das propostas de teses já apresentadas, é possível extrair que as interpretações que dão contorno ao tema são altamente complexas e repletas de detalhes. Complexidade que já foi objeto de alerta quando da fixação da tese envolvendo o tema 500, em 2016, quando em artigo intitulado Menos é mais: o Supremo, o Judiciário e os medicamentos, o professor Eduardo Jordão bem lembrou o risco do ótimo ser inimigo do bom. Assim, o que se objetiva com o presente artigo é alertar a sociedade e o STF que, por mais bem intencionadas que sejam as teses propostas, estamos



novamente diante de um debate em que ótimo poderá ser inimigo do bom e que a simplicidade deveria prevalecer.

Vale lembrar que o debate travado no julgamento do leading case, em março de 2020, foi no sentido de que se reconhecia que, apesar dos recursos serem escassos e finitos, não se negava um direito fundamental à saúde. Ocorre que a complexidade de operacionalização das teses propostas – talvez até inviabilidade de execução trazida em algumas –, tende a subverter a ratio decidendi do julgamento e, de forma indireta, negar o direito fundamental à saúde: no campo prático os pacientes não terão como dar executoriedade às eventuais restrições impostas na fixação da tese da repercussão geral.

Isso significa que, se prevalecer complexas teses propostas; de duas, uma: não se reconhecerá o direito individual e o direito fundamental à saúde ao fornecimento de medicamento de alto custo, pelo Estado, em razão da impossibilidade prática de execução ou pela criação de obstáculos que levarão ao mesmo resultado; ou, o efeito prático almejado com a decisão de repercussão geral (que é o de orientação efetiva para as instâncias inferiores), não será alcançado, já que muitos julgadores, ao se depararem com o indivíduo pedindo socorro pela vida, na porta do Judiciário, tenderão a adotar um distinguishing de modo a preservar direitos fundamentais.

Não se nega, aqui, que a intensa judicialização, seja a da saúde ou de outros temas, é prejudicial ao país e gera impactos orçamentários e desorganização de políticas públicas. Isso é fato!

Mas, a judicialização – que é fruto da ausência de diálogo entre os Poderes da República e da incapacidade de debate social e plural no país – não pode ser coibida com uma complexidade que levará o direito e a atividade decisória do Supremo a se desconectarem da realidade social do país. Um país em desenvolvimento, com altos índices de desigualdade social, que ainda está amadurecendo sua democracia e, cujos impactos orçamentários e desorganização de políticas públicas seria muito menor, não fosse algumas ações de má gestão, corrupção e desvios de recursos públicos amplamente noticiados de modo quase que diário no país, inclusive no âmbito da saúde pública.

Em se tratando de tema tão caro e delicado, que é o direito fundamental à vida e a saúde, um tema que envolve deliberações e definições sobre políticas públicas, que ultrapassa o campo do direito adentrando no debate moral e de justiça, volta para a concretude de recursos escassos, aprimoramento da gestão pública e de combate à corrupção, é imperioso fomentarmos o debate na sociedade para que os Poderes Legislativo e Executivo atuem de forma eficaz, efetiva e célere nas políticas de assistência farmacêutica[1] e, também, para que o STF traga uma proposta simples e passível de execução concreta, de acordo com a realidade do país, na fixação da tese de repercussão geral do tema 6.



Murilo Meneghetti Nassif – Advogado. Mestre em Direito Público pela FGV/Escola de Direito de São Paulo. Conselheiro do CONAR – Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária.

https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/saude-no-stf-a-tese-do-tema-6-da-repercussao-geral-04122020?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_destaque_04122020&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

Parlamentares, governo e sociedade civil discutem situação dos doentes raros

Coordenador da Frente de Doenças Raras, deputado Diego Garcia (Podemos-PR) conversou com o JOTA sobre o tema

Fonte: JOTA

Por: Valentina Trevor

Data: 04/12/2020

Começaram a tramitar no Congresso, só no mês de novembro, oito projetos de lei que tratam da ampliação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Destes, seis foram apresentados por deputados e dois por senadores. O tema tem sido amplamente discutido na Frente Parlamentar das Doenças Raras, coordenada pelo deputado Diego Garcia (Podemos-PR), que também é relator do PL 4237/2015, que trata da ampliação do teste de triagem neonatal.

Na última semana, o Grupo de Trabalho Interdisciplinar de Doenças Raras, criado pela Frente, realizou uma reunião com representantes de associações de doenças raras e, este e outros assuntos que envolvem o tema, como a questão da incorporação do Spinraza para os tipos II e III da Atrofia Muscular Espinhal (AME) pelo SUS foram discutidos.

O JOTA conversou com Garcia sobre o trabalho do GT e a articulação sobre o tema no Congresso.

O senhor é relator do PL 4237/2015. Chegou a apresentar um parecer anteriormente favorável à ampliação do teste de triagem neonatal, mas o projeto foi retirado de pauta. Como está a questão na Câmara?



Ontem [25 de novembro] eu fiquei muito feliz ao final do dia porque a ampla maioria estava em sintonia com o parecer que eu havia apresentado em 2019 sobre esse projetos, de que haja a ampliação do teste de triagem neonatal e que isso aconteça de forma periódica. Ouvindo a fala de todos, a gente vê que há esse entendimento de que esse deve ser o caminho, mas ainda precisamos avançar.

O parecer foi construído à época com a Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal, mas a gente não tinha as informações que foram dadas posteriormente, graças ao nosso trabalho na subcomissão de doenças raras. Após a apresentação do parecer, recebi uma resposta de um requerimento que havia enviado ao Ministério da Saúde que me assustou. Ela mostra que muitos estados não estão testando nem as seis doenças que estão previstas no programa de triagem neonatal. E aí temos um problema. Ao mesmo tempo em que estamos pensando em ampliar o teste, agora temos que discutir porque esses estados não estão testando as crianças.

Quando a gente fala da ampliação do teste de triagem neonatal, estamos falando de novas tecnologias. São equipamentos diferentes dos utilizados hoje para as seis doenças e nós sabemos que muitos estados não têm condição de manter esse sistema em funcionamento. Então tem que ser discutido também uma forma e a gente fala em criar uma possibilidade de que fosse estabelecido parcerias pelos estados para ter mais êxito na realização dos testes.

Tem um outro problema que precisa ser discutido que são os profissionais que não são treinados adequadamente para a realização dos testes, que muitas vezes são feitos de forma errada e com resultados que não correspondem à realidade. Falta treinamento dos profissionais de saúde que estão lá na ponta fazendo a coleta. Apresentamos o parecer em 2019 e desde então estamos discutindo nas reuniões técnicas com o Ministério da Saúde. Há a vontade do ministério de avançar, mas ao mesmo tempo temos que pensar nesses outros temas paralelos que apareceram durante a discussão. Não adianta a gente discutir a ampliação do teste se os estados não têm a responsabilidade e a condição de realizar esses testes.

Quais outros temas?

Temos que discutir também a questão regional e esse é um ponto que está na pauta de discussão nossa. Existem doenças em que há prevalência em um ou outro estado e até em municípios, então às vezes o mesmo teste que vai ser realizado num estado não tem a necessidade que outro estado tem. Tem que ser feita essa discussão também das esferas e especificidades estaduais, regionais e municipais para que a aplicação do teste atenda às necessidades.

E há previsão para levar o tema a discussão?



A gente está avançando, estou aguardando uma resposta do Ministério e a partir dela vamos avançar na ampliação do teste de triagem neonatal. Nós avançamos muito por causa da subcomissão de doenças raras. Conseguimos reunir a Câmara e o Senado de forma suprapartidária, então na hora que a gente entrar numa discussão que dependa do parlamento, a chance de termos sucesso e aprovar essas pautas de forma célere é muito grande.

Temos deputados e senadores em todos os partidos criando essa ponte de interlocução com os líderes, defendendo a pauta. Conseguimos unir o Poder Executivo também, estamos ouvindo a sociedade. Recentemente a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec apresentou parecer preliminar desfavorável à incorporação do medicamento Spinraza para os tipos II e III da Atrofia Muscular Espinhal (AME). Ainda há expectativa de um resultado final positivo?

Ainda não teve o parecer final, só um parecer preliminar da Conitec. Agora tem a fase de consulta pública e depois nós já fizemos, pelo meu gabinete, um pedido ao secretário Hélio Angotti para que ele autorize a realização de uma audiência pública. Ele pode fazer isso, segundo o regimento da Conitec, há essa possibilidade de fazer uma audiência após a consulta, o que seria mais uma oportunidade de ouvir especialistas e ter uma opinião que possa respaldar a decisão, seja ela favorável ou contrária à incorporação pelo MS desse medicamento para o tipo 2 e tipo 3.

E o senhor já obteve resposta sobre a audiência?

Ainda não tivemos resposta, mas espero que seja positiva. O próprio secretário ouviu bastante isso na reunião do GT com a sociedade civil. A reunião foi uma oportunidade de dar voz à sociedade e ao mesmo tempo de o Ministério ouvir e conhecer as mais diversas doenças raras e o drama que vivem essas famílias. A reunião não teve foco em uma doença específica, mas, sim, dar espaço para associações das mais diversas doenças raras falarem.

Eu espero que o secretário acolha o pedido da realização de uma audiência porque assim, mesmo que o parecer final seja um parecer contrário, a gente vai ter esgotado todas as possibilidades que de fato a sociedade teve a possibilidade de participar com um amplo debate junto à Conitec e especialistas e dar suas contribuições também. E, se o parecer for contrário, vamos fazer igual eu fiz com a Doença de Fabry que teve um parecer contrário pela Conitec para a incorporação do medicamento. Se no final de tudo, esgotadas as possibilidades o parecer vier contrário, vamos fazer um requerimento de informação para entender e dar transparência à sociedade de quais os motivos levaram ao entendimento dos membros da Conitec.

Quais outros temas o GT tem discutido?

Paralelo a isso a gente está discutindo a rescisão da Portaria 199 e estamos ouvindo o Poder Judiciário. Graças a uma articulação da deputada Carmen Zanotto (Cidadania-SC) criamos essa



ponte com o Judiciário. Tem juízes federais que estão enviando contribuições para o Parlamento. Um dos nossos objetivos é que a gente tenha tanto êxito nas ações que consiga diminuir o número de judicialização.

Quando será a próxima reunião?

No início de dezembro nos reuniremos novamente com o Ministério da Saúde e eu espero que antes do Natal a gente chame uma nova reunião com a sociedade para entregar respostas às indagações feitas pelas associações. A próxima reunião com a sociedade civil vai ser a devolutiva desta reunião porque não dá pra gente fazer reunião em cima de reunião e não dar respostas à sociedade. São muitos pacientes com doenças raras, mas como são muitas doenças, são poucos. Estamos tentando dar voz para essas pessoas. a gente espera que agora a gente consiga avançar.

Valentina Trevor é Editora do JOTA PRO, em Brasília, com foco no Legislativo e na coordenação do tracking. Antes de trabalhar no JOTA foi, por oito anos, assessora de comunicação do Instituto Brasileiro de Museus. Email: valentina.trevor@jota.info

[https://www.jota.info/legislativo/doencas-raras-04122020?utm_campaign=jota info ultimas noticias destaques 04122020&utm_medium=email&utm_source=RD+Station](https://www.jota.info/legislativo/doencas-raras-04122020?utm_campaign=jota%20info%20ultimas%20noticias%20destaques%2004122020&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

Fux tira do plenário virtual ações que discutem a compra de vacinas para Covid-19

Relator, Lewandowski havia votado para que governo apresentasse plano de compra de vacinas em 30 dias

Fonte: JOTA

Data: 04/12/2020

O ministro Luiz Fux, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), pediu destaque e retirou do plenário virtual as duas ações que pedem que o governo federal apresente plano de compra de vacinas contra a Covid-19. O julgamento havia começado nesta sexta-feira (4/12) e o relator, Ricardo Lewandowski, votou para que o governo federal apresente, em 30 dias, um plano de vacinação contra a Covid-19. Pelo voto do relator, o plano terá de ser atualizados todos os meses até o fim de 2021 e ser enviado, também, ao Congresso Nacional. Agora, com o pedido de destaque, cabe ao



próprio Fux marcar uma data para julgamento das ações. O STF entra em recesso em 20 de dezembro. Leia a íntegra do voto de Lewandowski.

Em seu voto, Lewandowski entendeu que o Executivo deve apresentar à Corte um planejamento detalhado das estratégias para o enfrentamento à pandemia, com a identificação de datas e recursos para assegurar a “oferta e distribuição tempestiva, universal e gratuita de vacinas, em qualidade e quantidade suficiente para a imunização de toda a população brasileira, segundo critérios técnicos e científicos pertinentes, assegurada a maior cobertura vacinal possível”.

“Sobretudo neste momento de arrebatador sofrimento coletivo, em meio a uma pandemia que vitimou centenas de milhões de pessoas ao redor do mundo, que não é dado aos agentes públicos tergiversar sobre as medidas cabíveis para debelá-la, as quais devem guiar-se pelos parâmetros expressos na legislação em vigor, pautando-se, tão somente, em evidências científicas e análises sobre as informações estratégicas em saúde”, escreve o ministro no voto.

O relator cita autores que tratam do direito à saúde e que ponderam que ele não se resume à medicina curativa, mas também inclui a preventiva, a qual exige a execução de uma política social e econômica adequada. De acordo com ele, “inexiste qualquer dúvida de que o direito social à saúde coloca-se acima da autoridade de governantes episódicos”.

O tema é julgado nas arguições de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) 754 e 756, ajuizadas, respectivamente, pela Rede Sustentabilidade e por partidos da oposição (PCdoB, PT, PSOL, PSB e Cidadania). As ações pedem que o governo federal adquira doses das vacinas Coronavac, contra a Covid-19. A vacina foi desenvolvida pela farmacêutica chinesa Sinovac Biotech em parceria com o Instituto Butantan de São Paulo. A ação da Rede Sustentabilidade questiona a desautorização do presidente Jair Bolsonaro (sem partido) quanto ao anúncio da intenção do Ministério da Saúde de adquirir vacinas contra a Covid-19, a CoronaVac.

O partido pede concessão de liminar para determinar que o governo federal assine protocolo de intenções de adquirir as 46 milhões de doses inicialmente previstas da vacina CoronaVac, e que apresente, em até 48 horas, planos de aquisição de vacinas “que contemplem todas as alternativas viáveis com base em critérios científicos de segurança, de perspectiva de disponibilidade e eficácia das vacinas”. Leia a petição inicial da arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) 754.

Já os partidos da oposição pedem, na ADPF 756, que o presidente da República e o ministro da Saúde sejam “obrigados a se abster” de qualquer ato que possa “dificultar ou impedir os atos administrativos indispensáveis para que as colaborações destinadas à realização de pesquisas continuem sendo implementadas, expressos ou não em protocolos de intenções”. Os partidos



também querem reverter a decisão do governo de desistir de adquirir as 46 milhões de doses de vacinas.

No dia 4 de novembro, o procurador-geral da República (PGR), Augusto Aras, defendeu que não sejam conhecidas as duas ações. Para o PGR, os partidos políticos autores das ações buscam interferir indevidamente no processo de compra de vacinas, que ainda estão em fase de desenvolvimento incerta.

Para Aras, os pedidos envolvem a imposição de obrigações ao governo Federal e à Anvisa, o que, em sua visão, “poderiam ser eficazmente obtidos em via distinta, por intermédio do microsistema de direitos coletivos”, como “a ação civil pública, o mandado de segurança ou a ação popular, instrumentos também contemplados no modelo judiciário definido pela Constituição Federal, com aptidão para questionar a legitimidade de ações ou omissões praticadas pela Administração Pública, inclusive com maior amplitude do que aquela possível em ADPF”.

Um dia antes, a Advocacia-Geral da União (AGU) havia defendido que a compra de vacinas contra a Covid-19 depende de comprovações técnicas de segurança e eficácia, e que não há nenhuma vacina em desenvolvimento que já preencha esses requisitos. A AGU afirmou também que é uma atribuição exclusiva do Executivo, não podendo haver interferência do Judiciário.

A AGU, em sua manifestação, argumentou que a discussão sobre adquirir uma vacina depende da existência da própria vacina – que ainda não existe. “É necessário ter em mente que a discussão sobre compra, distribuição e aplicação de uma vacina – inclusive no que se refere à eventual obrigatoriedade – pressupõe um elemento essencial, qual seja, a prévia existência da própria vacina, obviamente testada, comprovada e registrada na origem e na Anvisa”, diz o advogado-geral da União, José Levi.

[https://www.jota.info/stf/do-supremo/fux-tira-do-plenario-virtual-acoes-que-discutem-a-compra-de-vacinas-para-covid-19-04122020?utm_campaign=jota info ultimas noticias destaques 04122020&utm_medium=email&utm_source=RD+Station](https://www.jota.info/stf/do-supremo/fux-tira-do-plenario-virtual-acoes-que-discutem-a-compra-de-vacinas-para-covid-19-04122020?utm_campaign=jota%20info%20ultimas%20noticias%20destaques%2004122020&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)

Atenção à saúde dos povos indígenas em contextos urbanos

Falta de atendimento à saúde de indígenas em contextos urbanos gera impacto desproporcional em grupos vulneráveis

Fonte: JOTA



Quando pensamos nos povos indígenas, é comum que o imaginário coletivo associe a imagem de indígenas vivendo em aldeias isoladas em meio às florestas da Amazônia. Isso é um fato, sem dúvida. No entanto, não é a única realidade existente no Brasil, principalmente no estado do Mato Grosso do Sul, onde milhares de indígenas vivem nos centros urbanos. Segundo dados do IBGE (2010), a população indígena brasileira corresponde a cerca de 817.963 indígenas, dos quais 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras.

Conforme dados extraído do sítio do Ministério da Saúde, a população indígena no estado do Mato Grosso do Sul corresponde a uma população de 80.841 indígenas, divididas em 8 etnias, 78 aldeias. Há aproximadamente 14.457 indígenas vivendo em áreas urbanas no Estado do Mato Grosso do Sul (IBGE, 2010). Em que pese o número expressivo de indígenas que vivem em centros urbanos, observa-se que os órgãos competentes de atenção à saúde indígena da União oferecem tratamento desigual aos indígenas residentes em locais não-aldeados ou localizados em núcleos urbanos, deixando de prestar assistência à saúde dos índios desaldeados, sob a alegação de que, residindo em área urbana, as famílias indígenas receberiam todos os atendimentos de saúde e de assistência social, não sendo necessário atendimento em duplicidade.

Nesse prisma, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) informou que, nos casos em que os indígenas se encontram em “contextos urbanos”, eles são absorvidos pelo atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse entendimento é expresso na NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-SESAI/GAB/SESAI/MS. Ocorre que, não obstante a informação de que os indígenas têm acesso ao sistema de atenção à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), representantes de comunidade indígena de Campo Grande no estado do Mato Grosso do Sul, como é o caso da Comunidade Indígena Marçal de Souza de Campo Grande, informam que não gozam do direito de serem atendidos pela SESAÍ, sob o pretexto de que os não-aldeados não são contemplados pela Política Nacional de Saúde Indígena. Como consequência, são privados de um atendimento diferenciado inerente ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Os órgão de atenção à saúde indígena argumentam que a atenção à Saúde Básica aos povos indígenas não inclui as Aldeias Urbanas, que não são terras indígenas, pois estão localizadas no perímetro urbano, como no caso de Campo Grande. Assim, os povos originários residentes no contexto urbano deveriam ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como gênero, de forma a utilizarem os serviços fornecidos pelo Município ou Estado.



Desse modo, infere-se que os indígenas residentes no contexto urbano, especialmente no estado de Mato Grosso do Sul, não recebem assistência adequada e diferenciada à saúde, pelos órgãos competentes, conforme preceitua a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº 254/2002, do Ministério da Saúde). Não foi por outra razão que o Ministério Público Federal promoveu ação civil pública contra a União com o fim de que seja garantido o adequado atendimento em saúde às comunidades indígenas residentes em locais não aldeados ou em núcleos urbanos em pelo menos 19 Municípios do Estado[1].

A prestação de serviços de assistência à saúde indígena é realizada por meio do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) um órgão do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão desse subsistema em todo o território nacional. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas representam a concretização de um direito fundamental social e o reconhecimento de que os índios merecem tratamento que atente para suas especificidades socioculturais, às doenças que os afetam, à logística de transporte de pacientes e de insumos e aos anseios da comunidade afetada.

O referido subsistema, que tem como objetivo favorecer a superação dos fatores que geram a vulnerabilidade aos agravos à saúde dos índios. O próprio Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas da SESAI, reconhece a vulnerabilidade epidemiológica dos povos indígenas. É fato público e notório que a Covid-19 avança sobre a população indígena no estado do Mato Grosso do Sul. O número de casos confirmados no estado do Mato Grosso do Sul aumenta a cada dia, conforme boletins epidemiológicos da Secretaria do Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul.

Mostra-se imprescindível o aparato para assegurar a vida e a saúde dos indígenas no estado do Mato Grosso do Sul, que necessitam da prestação de serviços de atenção à saúde em um cenário de epidemia causada pelo novo Covid-19, estejam eles localizados em aldeias ou não. Sem qualquer margem a questionamentos, dentre os direitos fundamentais dos povos indígenas está o acesso à saúde, que reclama um modelo adequado à diversidade de seus valores culturais e que atenda aos princípios do controle social, da integralidade e da universalidade próprios do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, também, de diferenciação, especificidade e tradição cultural que lhe são peculiares.

Estabelecidos no art. 231 da Constituição Federal de 1988, o multiculturalismo e o interculturalismo acarretam para o Estado brasileiro (lato sensu, isto é, compreendido em todas suas esferas) o dever inarredável de prestar políticas públicas adequadas à diversidade cultural. Direito também previsto na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho, promulgada pelo



Decreto nº 5.051/2004 e reconhecimento pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no “Caso Yakye Axa x Paraguai”.

****Este texto faz parte da série Histórias e direitos humanos – Vivências no MPF, composta por artigos de procuradores da República sobre suas vivências no órgão.*

Luiz Eduardo Camargo Outeiro Hernandes – Procurador da República, mestre em Direito.

https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/atencao-a-saude-dos-povos-indigenas-em-contextos-urbanos-07122020?utm_campaign=jota_info_ultimas_noticias_-_destaques_-_07122020&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

