



ISSN: 2526-3080

abbvie

ANO 1 • Nº 1 • 2017

foco em Gestão



Economia e ATS:

Medicina baseada em evidências

Dra. Mirhelen Mendes de Abreu

Entrevista:

O futuro da saúde complementar

Luiz Carneiro, PhD

Destaque:

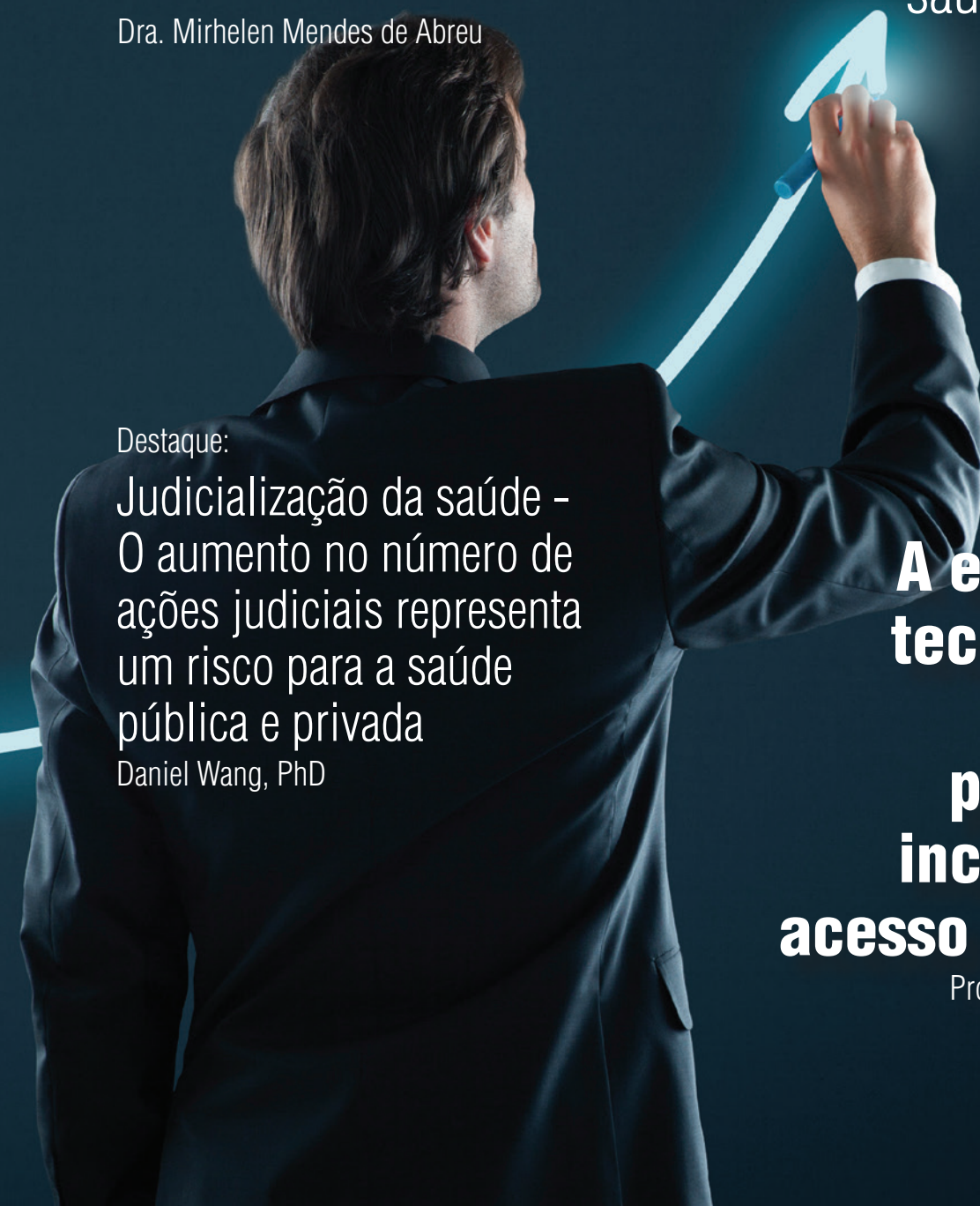
Judicialização da saúde - O aumento no número de ações judiciais representa um risco para a saúde pública e privada

Daniel Wang, PhD

Opinião:

A evolução das tecnologias em saúde, seus processos de incorporação e acesso ao paciente

Prof. Dr. Denizar Vianna Araujo

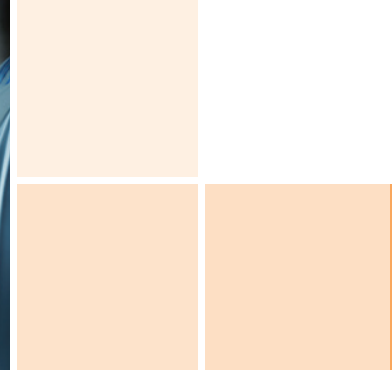




4



10



13



SUMÁRIO

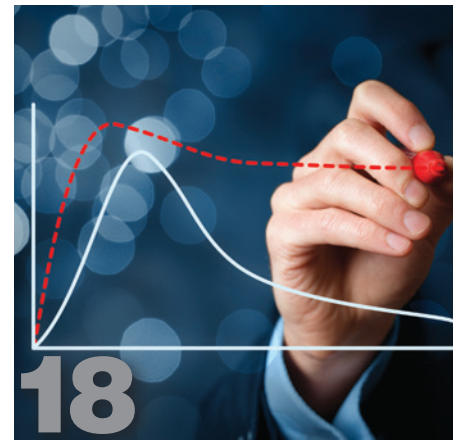
4 Entrevista:
O futuro da saúde suplementar
Luiz Augusto Carneiro

10 Opinião:
A evolução das tecnologias em saúde, seus processos de incorporação e acesso ao paciente
Prof. Dr. Denizar Vianna Araujo

13 Destaque:
Judicialização da saúde - O aumento no número de ações judiciais representa um risco para a saúde pública e privada
Daniel Wang

18 Economia e ATS:
Medicina baseada em evidências
Dra. Mirhelen Mendes de Abreu

22 Agenda:
Próximos eventos



18



O futuro da saúde no Brasil

Você está recebendo a primeira edição da Revista Gestão em Foco, publicação que conta com iniciativa da AbbVie e que tem por objetivo auxiliar os profissionais que atuam na área da saúde a entender melhor os temas que são amplamente discutidos pelo setor. A área de saúde, dadas as claras mudanças pelas quais tem passado, principalmente com a chegada de novas tecnologias, exige dos profissionais conhecimento aprofundado sobre diversos assuntos.

Com este projeto, a AbbVie, que tem em seu DNA a inovação, a pesquisa e o compromisso de desenvolver soluções para problemas de saúde ainda não atendidos, deseja abrir um espaço para discussão, reflexão e interação entre os profissionais da saúde, buscando contribuir para o desenvolvimento sustentável e a melhoria da saúde brasileira, tanto no âmbito público quanto no privado. Melhorar a qualidade da saúde da população só é possível com informação e conhecimento, além, é claro, do uso de tecnologias inovadoras e melhores práticas de gestão.

Inaugurando este projeto, entrevistamos o superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), Luiz Augusto Carneiro, sobre as perspectivas para o mercado de saúde suplementar. Com a nova realidade econômica e social do país, quais desafios o setor tem pela frente?

Outros dois assuntos de grande relevância também estão contemplados nesta edição: a judicialização da saúde, que ocupa nossa seção Destaque, e a prática da medicina baseada em evidências (MBE). A judicialização tem se mostrado uma ferramenta importante da sociedade na garantia de seus direitos e acesso a novas tecnologias em saúde. O problema, no entanto, é que o direito à saúde é dito de todos, e não apenas daqueles que conseguem pleiteá-lo por vias judiciais. Uma das saídas para tentar conter o número de ações pode estar na prática adequada da medicina baseada em evidências, onde quem julga precisa estar munido de evidências científicas sobre a real efetividade de um medicamento ou procedimento.

A MBE vem mostrando uma importância cada vez maior, principalmente diante da necessidade de se reduzir custos. Além de ajudar a combater a judicialização, a medicina baseada em evidências contribui para a tomada de decisão na incorporação de novas tecnologias no sistema de saúde. No artigo desta primeira edição, o Dr. Denizar Vianna, professor associado do departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, aborda essa questão e como o acesso aos novos medicamentos tem influenciado a qualidade de vida dos pacientes. ▲

Abraços e boa leitura!

O futuro da saúde suplementar

Sobrevivência do setor está na união entre operadoras, prestadores de serviço, beneficiários e governo

Luiz Augusto Carneiro



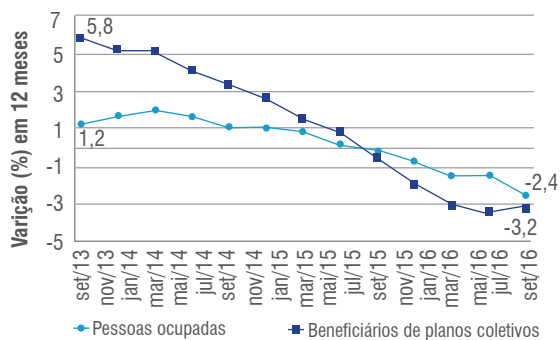
Superintendente Executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), Doutor em Filosofia (Ph.D.), Ciências Atuariais pela Universidade de *New South Wales*, Mestrado em Economia (MSc) pela Fundação Getúlio Vargas, Bacharelado em Economia pela Universidade de Brasília.

Gestão em Foco (GF): Como o senhor vê o atual cenário da saúde suplementar no Brasil?

Luiz Augusto Carneiro: Com a persistência da crise econômica no Brasil, o setor de saúde suplementar está sendo afetado principalmente por causa de sua ligação com o mercado de trabalho. Em novembro de 2016, o setor totalizou 48,1 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares, dos quais 66,5% são beneficiários de planos coletivos empresariais. Com a redução do emprego, muitas pessoas perderam seus planos de saúde. Como se observa no gráfico abaixo, o número de pessoas ocupadas tem decrescido continuamente, assim como o número de beneficiários de planos coletivos. Para que o número de beneficiários volte a crescer às taxas anteriores é preciso que haja uma retomada do crescimento econômico, para que as pessoas voltem a estar empregadas e sem redução do rendimento médio (Gráfico 1).

Em 2016, o setor de saúde suplementar perdeu cerca de 1,5 milhão de beneficiários. O aumento da taxa de desemprego nos diversos segmentos da economia e a queda no rendimento médio dos trabalhadores foram os principais fatores que contribuíram para esse cenário.

Segundo especialistas, 2017 ainda é um ano incerto, mas o setor projeta estabilidade no número de beneficiários. Para falar sobre os desafios e as perspectivas para o futuro, a Gestão em Foco conversou com Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral e ANS/Tabnet. Elaborado pelo IESS em 30/11/2016.

Gráfico 1. Variação em 12 meses do número de pessoas ocupadas e dos beneficiários de planos coletivos empresariais. Adaptado de IBGE, 2016.¹

GF: Quais os principais problemas encontrados no modelo atual de saúde complementar? Incorporação de procedimentos ao ROL, crise econômica, fraudes?

Carneiro: O envelhecimento da população, a falta de critérios claros de custo-efetividade para a incorporação de novas tecnologias, o atual modelo de pagamento, a falta de indicadores de qualidade, os eventos adversos que poderiam ser evitados. Em todo o mundo, os gastos com saúde crescem acima da inflação. Isso é explicado, em parte, pelo aumento da longevidade das pessoas. Outro fator é a introdução de novas tecnologias em saúde, mais caras do que as anteriores. A saúde suplementar brasileira vive o mesmo fenômeno, mas de uma forma muito mais preocupante. A escalada de custos por aqui se dá em proporção superior à média global, provavelmente devido às nossas características estruturais peculiares. O resultado perverso é conhecido de todos: aumento dos custos para a contratação de planos de saúde, apesar de a margem das operadoras ter se reduzido nos últimos anos.

O setor carece urgentemente de uma agenda que o reestruture e assegure sustentabilidade financeira e assistencial, ao mesmo tempo em que contenha o aumento nos gastos arcados por empresas e pessoas contratantes de planos de saúde. Crises econômicas, como a que o país passa, são oportunidades reais para promover transformações que a economia tanto carece.

Desde 2010, o índice VCMH (Variação dos Cus-

“Em todo o mundo, os gastos com saúde crescem acima da inflação. Isso é explicado, em parte, pelo aumento da longevidade das pessoas. Outro fator é a introdução de novas tecnologias em saúde, mais caras do que as anteriores. A saúde suplementar brasileira vive o mesmo fenômeno, mas de uma forma muito mais preocupante.”

tos Médico-Hospitalares), medido pelo IESS, tem estado acima de dois dígitos. Nos 12 meses encerrados em março de 2016, registrou alta de 19%. A título de comparação, a inflação geral do país, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), ficou em 9,4% no mesmo período.

A primeira causa estrutural desse aumento é o modelo de pagamento de operadoras aos hospitais. Hoje, vigora o regime de “conta aberta” (*fee-for-service*). O hospital é incentivado a consumir o máximo de insumos possíveis para fazer a conta crescer e, assim, aplicar suas taxas sobre todo o consumo. Há um estímulo ao uso dos insumos mais caros e a conta é paga pelo plano, incorporando os desperdícios. Boa parte das demais causas estruturais estão relacionadas a situações que combinam poder de mercado de integrantes da cadeia privada de saúde com a grande falta de transparência sobre preço e qualidade de bens e serviços. O resultado é uma condição de mercado com pouca concorrência, o que impede os agentes econômicos de terem informação para selecionar fornecedores e prestadores de maior qualidade e custo mais baixo. A solução para essas distorções requer reformas nas bases estruturais do sistema.

“Hoje, vigora o regime de “conta aberta” (*fee-for-service*). O hospital é incentivado a consumir o máximo de insumos possíveis para fazer a conta crescer e, assim, aplicar suas taxas sobre todo o consumo. Há um estímulo ao uso dos insumos mais caros e a conta é paga pelo plano, incorporando os desperdícios.”

GF: Custos crescentes e a limitada capacidade de pagamento das pessoas e empresas são uma realidade que já vem sendo vista há algum tempo. Quais estratégias podem contribuir para assegurar a sustentabilidade da saúde suplementar no país?

Carneiro: Operadoras, prestadores de serviços de saúde, governo e beneficiários precisam debater a modernização do sistema, sob o risco de não existir um futuro para esse setor se isso não for feito. As alternativas são debater a implementação de um novo modelo de pagamentos, inserir a avaliação de tecnologias na saúde suplementar e reestruturar o atendimento aos idosos, porque o problema não está em envelhecer, mas em não haver equilíbrio entre o valor cobrado e as despesas da área.

Vale destacar que as despesas assistenciais são compostas em 4,48% por despesas com internação, o que indica a importância do modelo de remuneração hospitalar, que é o *fee-for-service*, para modelos de pagamento prospectivos, como os que utilizam o DRG (*Diagnosis Related Group*). Pode-se afirmar que o modelo de pagamento *fee-for-service* não incentiva o uso eficiente dos recursos. Ainda, verifica-se que a inflação médica é maior nos países que usam o *fee-for-service* como

principal meio de pagamento (Tabela 1). Além disso, o *fee-for-service* não evita o desperdício e não incentiva a qualidade da assistência médica.

Tabela 1. Inflação médica em 2015 e tipo atual de modelo de pagamento hospitalar

País	Inflação médica 2015 - AON	Modelo de pagamento majoritariamente* prospectivo
Brasil	18,1	Não
Índia	13,0	Não
Uruguai	12,0	Não
México	9,3	Não
Austrália	7,5	Não
China	7,0	Não
Chile	6,0	Não
França	6,0	Sim
Alemanha	5,0	Sim
República Checa	5,0	Sim
Japão	4,7	Não
Espanha	4,5	Não
Portugal	4,0	Sim
Canadá	4,0	Sim
Hungria	4,0	Sim
Bélgica	3,0	Sim
Holanda	2,3	Sim
Dinamarca	1,5	Sim

*Mais de 75% dos pagamentos hospitalares realizados por meio de modelo de pagamento prospectivo. Adaptado de Cylus J et al., 2010² e Aon Hewitt, 2015, *Global Medical Trend Rate Survey Report*.³

GF: Como capacitar o consumidor de planos e seguros de saúde para o bom uso dos serviços assistenciais? Como envolver a sociedade nessa discussão?

Carneiro: Um bom primeiro passo é adotar indicadores de qualidade e torná-los transparentes. Outra mudança que faria toda a diferença é a adoção de planos de saúde com franquia anual e conta poupança, na qual os beneficiários são diretamente envolvidos na tomada de decisão. De acordo com o estudo “Erros acontecem: a força da transparência no enfrentamento dos eventos adversos assistenciais em pacientes hospitalizados”, produzido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o IESS, os eventos adversos assistenciais hospitalares consomem entre R\$ 5,2 bilhões e R\$ 15,6 bilhões da saúde privada no Brasil. Não há dados para estimar os valores desperdiçados no SUS (Sistema Único de Saúde). No Brasil, não há métricas adequadas para aferição da qualidade de prestadores de serviços de saúde que permitam a correta comparação entre os concorrentes. Especificamente no segmento de saúde suplementar, a comparação é possível porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) oferece uma série de indicadores de avaliação das operadoras. A agenda da transparência é crucial para o setor.

GF: Hoje se discute muito a questão da judicialização da saúde. Qual seu impacto na saúde suplementar?

Carneiro: A ampliação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NATs) tem sido fortemente criticada pelas organizações que alegam defender os direitos dos consumidores, o que, na nossa opinião, mostra-se um tremendo equívoco. Os núcleos cumprem a função de apoiar tecnicamente os magistrados e não de favorecer uma ou outra parte envolvida na disputa.

No mesmo sentido, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem buscado estabelecer uma política judiciária mais clara para a saúde. As estratégias do CNJ envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até a implantação de Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas.

Estas são iniciativas positivas, que podem ajudar a combater o processo de judicialização que temos acompanhado. A saúde suplementar vem sendo onerada com a judicialização em razão de sentenças muitas vezes com falhas técnicas, por desconhecimento dos juízes da regulação - de fato complexa - do sistema. Cabe à saúde suplementar municiar os magistrados com informações que permitam um correto embasamento técnico-científico para julgar esses casos.

GF: Nos últimos dez anos, o número de beneficiários com mais de 60 anos aumentou 55%. Segundo especialistas, é preciso também debater a questão da desospitalização para diminuir custos. Como o senhor avalia essa questão?

Carneiro: Uma realidade no Brasil e no mundo é a redução de leitos hospitalares. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), na rede pública houve queda de 7,5% no número de leitos hospitalares entre 2010 e 2015 (de 335.482 leitos para 311.917). A rede privada ainda não sofre com essa realidade, pois no mesmo período houve aumento de 2.210 leitos, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); no entanto, provavelmente seguirá essa mesma tendência. Sendo assim, há uma tendência mundial na adoção do sistema de *home care* como uma estratégia de desospitalização. Segundo um estudo⁴ feito na Grécia em junho de 2013, pacientes com neoplasias malignas tratados em ambiente hospitalar custavam em média € 6.665,40 durante três meses de internação para o governo grego. Já para aqueles que foram tratados em ambiente domiciliar e possuíam a mesma enfermidade, o custo estimado para o governo era de € 2.424,30 durante três meses. Portanto, o *home care* fornece serviços a um custo mais baixo em comparação ao cuidado hospitalar e contribui para a contenção dos custos das despesas na saúde em geral.

GF: O aumento da expectativa de vida é mais uma ameaça ao sistema privado de saúde?

Carneiro: O envelhecimento da população gera uma pressão sobre os gastos, pois ele em geral

é acompanhado por uma mudança epidemiológica, já que a prevalência de doenças crônicas aumenta com a idade. Doenças osteomusculares, circulatórias, respiratórias, assim como deficiências sensoriais, são responsáveis por grande parte das doenças e deficiências observadas na população idosa. Demência e acidente vascular cerebral (AVC) também são causas comuns de incapacidade, que geram a necessidade de cuidados de longo prazo. O IESS realizou um estudo de projeção para a saúde suplementar (TD nº 57) e os resultados de dois tipos de cenários são apresentados na tabela 2.

Tabela 2.			
	2014	Projeção I - 2030	Projeção II - 2030
Número de beneficiários (milhões)	50,5	59,4	59,4
Total (R\$ bilhões)	106,3	165,8	396,4
Consultas (R\$ bilhões)	11,5	15,0	19,3
Exames (R\$ bilhões)	20,6	29,8	33,8
Terapias (R\$ bilhões)	5,5	8,7	54,7
Internações (R\$ bilhões)	60,3	99,9	260,3
OSA (R\$ bilhões)	8,0	11,7	28,1

“A saúde suplementar vem sendo onerada com a judicialização em razão de sentenças muitas vezes com falhas técnicas, por desconhecimento dos juízes da regulação - de fato complexa - do sistema. Cabe à saúde suplementar municiar os magistrados com informações que permitam um correto embasamento técnico-científico para julgar esses casos.”

A Projeção I aponta que o crescimento do gasto assistencial ocorre concomitantemente com o crescimento da participação dos idosos na despesa no setor de saúde suplementar.

A Projeção II mostra que, além do efeito do envelhecimento observado na Projeção I, a continuidade da variação dos custos médico-hospitalares acima da inflação nos próximos anos terá grande impacto sobre os gastos da saúde suplementar. Dada a importância relativa das internações na composição dos gastos e da alta frequência de utilização pelas faixas etárias mais idosas, esse item de despesa assistencial é o que mais terá impacto sobre os gastos.

GF: As operadoras recebem muitas queixas dos usuários e punições da ANS. Qual a dificuldade do setor em melhorar a qualidade dos serviços?

Carneiro: Uma das formas que poderiam estimular o aumento da qualidade seria a inserção de indicadores de qualidade no hospital e a divulgação desses indicadores. É primordial que o beneficiário e o paciente do SUS, também, tenham conhecimento dos indicadores hospitalares, por exemplo em relação à morte por infecção hospitalar e erros mé-

dicos. Atualmente, quando alguém escolhe um determinado hospital para se internar, toma uma decisão que se baseia na sua percepção de qualidade. Mas ninguém tem condições de garantir que aquele prestador realmente é qualificado, simplesmente porque se desconhece seus indicadores de qualidade. Em 2015, considerando o sistema de saúde nacional, os óbitos provocados por essas falhas foram estimados em cerca de 434 mil. No Brasil, a estrutura física, os equipamentos disponíveis para a assistência, a qualidade e o controle de processos assistenciais, o correto dimensionamento do quadro assistencial, as características e a dimensão do hospital, e o atendimento à legislação sanitária brasileira de grande parte da rede hospitalar não atendem aos requisitos mínimos necessários para a segurança assistencial. O modelo de compra de serviços hospitalares pela saúde suplementar remunera o procedimento e os insumos e não o resultado assistencial, o que “dá margem” para que o sistema permaneça como está, recompensando a ineficiência e o desperdício.

GF: A adoção de um sistema de coparticipação seria uma solução?

Carneiro: Em alguns países já existe a comercialização de produtos com características diferenciadas que permitem ter um preço mais baixo e atingir uma maior parcela da população. Veja alguns exemplos:

Planos para certos segmentos populacionais

Alguns países têm seguros especializados, para os quais apenas certos indivíduos são elegíveis, como os idosos, as pessoas com deficiência grave, crianças, pessoas de baixa renda, indivíduos com altos custos médicos, os desempregados, os trabalhadores independentes e trabalhadores nas pequenas empresas.

Planos que têm cobertura para o que o sistema público não cobre

Além de seguro especializado, onde apenas certos indivíduos são elegíveis, muitos países têm programas de seguro secundários que têm o objetivo de cobrir, a um custo mais baixo (em relação ao *out-of-pocket*), gastos não cobertos pelo seguro primário oferecido pelo governo. Esses seguros podem ter quatro formas: seguro suplementar, que abrange os serviços não cobertos pelo seguro primário; seguro complementar, que oferece reembolso para coparticipações que o serviço público cobra; seguro duplicado, que oferece cobertura para alguns serviços que já estão incluídos no programa de seguro primário; e seguro de substituição, que serve como um substituto para o total da cobertura de seguro de saúde primário.

Conta poupança de saúde

Mais uma alternativa é o chamado autosseguro, em que os consumidores são obrigados ou incentivados a poupar para as suas próprias despesas médicas atuais e futuras. O autosseguro é normalmente encorajado através de uma conta de poupança de saúde isenta de impostos (HSA). Em Cingapura é uma forma de seguro obrigatória e nos Estados Unidos é uma forma opcional. ▲

Referências

1. BGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral e ANS/Tabnet. Elaborado pelo IESS em 30/11/2016.
2. Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer* 2010;12(3):1-3.
3. Aon Hewitt 2015 Global Medical Trend Rate Survey Report.
4. Kouli E, Patiraki E, Kalokerinou A, Liaropoulos L, Galanis P, Kaitelidou D. Economic evaluation of home care versus hospital care for patients with terminal-stage malignant neoplasms. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1084822313489831>. June 11, 2013.



A evolução das tecnologias em saúde, seus processos de incorporação e acesso ao paciente

O arsenal de intervenções na atenção à saúde é vasto, sendo continuamente ampliado com novos medicamentos, equipamentos, artigos e procedimentos médicos

Prof. Dr. Denizar Vianna Araujo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define tecnologia em saúde como a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”, com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas.¹

CRM-RJ 52-52286-6.

Professor Associado do Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Tecnologia em saúde é um conceito amplo que engloba medicamentos, materiais médicos, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, e programas e protocolos assistenciais.

Exemplo contemporâneo da evolução das tecnologias em saúde é a terapia do câncer. A

“A formulação de ATS no Brasil iniciou-se em 2003.⁶ Mudanças importantes foram introduzidas pela Lei 12.401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, destaca-se a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).”

chamada medicina de precisão, caracterizada pela terapia-alvo orientada por testes diagnósticos moleculares, representa significativo incremento na sobrevida e qualidade de vida de pacientes com câncer. Outra grande contribuição é a possibilidade de focar o tratamento para o subgrupo de pacientes que mais se beneficiam, minimizar eventos adversos e, possivelmente, reduzir custos de tratamentos desnecessários.

O debate sobre o impacto potencial no custo, com o uso criterioso dos testes diagnósticos moleculares e da respectiva terapia-alvo, é um dos pontos principais da medicina de precisão. O custo estimado do tratamento do câncer nos Estados Unidos foi de US\$ 125 bilhões em 2010 e deverá aumentar para US\$ 175 bilhões até 2020.² O custo de um novo medicamento, por ano de vida ganho, subiu de US\$ 139.100 em 2005 para US\$ 207.000 em 2013.³ A figura 1 ilustra o crescimento das terapias-alvo, que desde 2006 foram responsáveis por um custo de saúde agregado superior aos medicamentos quimioterápicos tradicionais.⁴

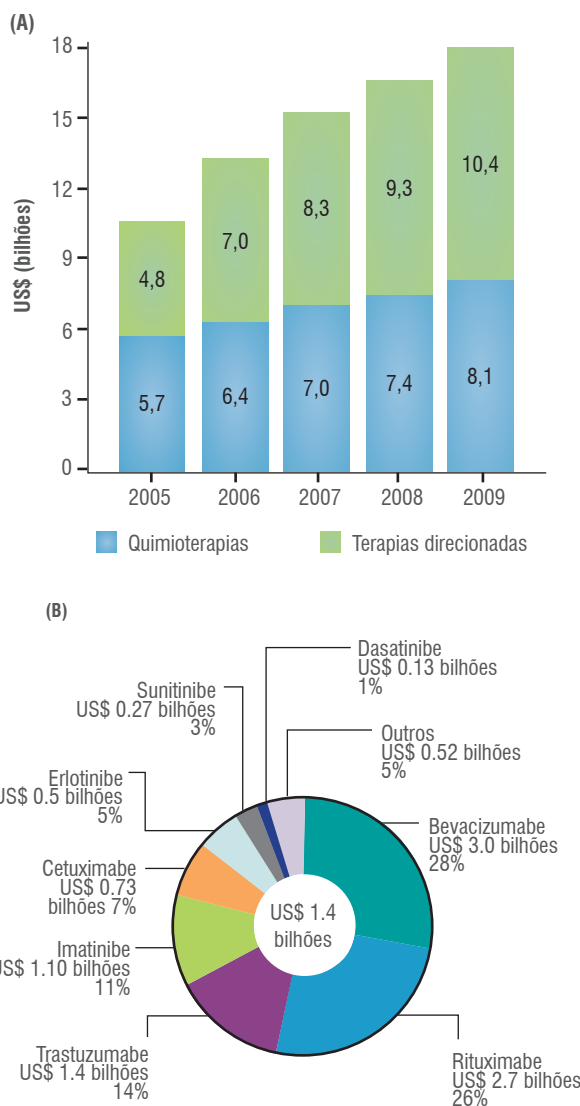


Figura 1. (A e B) Gastos com tratamento para o câncer: quimioterapia e terapia-alvo. Adaptado de Aggarwal S, 2010.⁴

Diante de um custo incremental importante para a incorporação das novas tecnologias em saúde é necessário um processo crítico de avaliação da evidência científica e dos benefícios destas novas tecnologias. Para auxiliar o processo decisório de formuladores de políticas de saúde surgiu uma nova área do conhecimento, chamada Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

Segundo o Ministério da Saúde no Brasil, ATS é um “processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias, considerando os seguintes aspectos: segurança,

acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na sua utilização”.⁵

A formulação de ATS no Brasil iniciou-se em 2003.⁶ Mudanças importantes foram introduzidas pela Lei 12.401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, destaca-se a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).⁷

A figura 2 sumariza o fluxo do processo e as instituições que participam do registro, autorização de comercialização, precificação, avaliação e incorporação de reembolso de medicamentos no Brasil.⁸

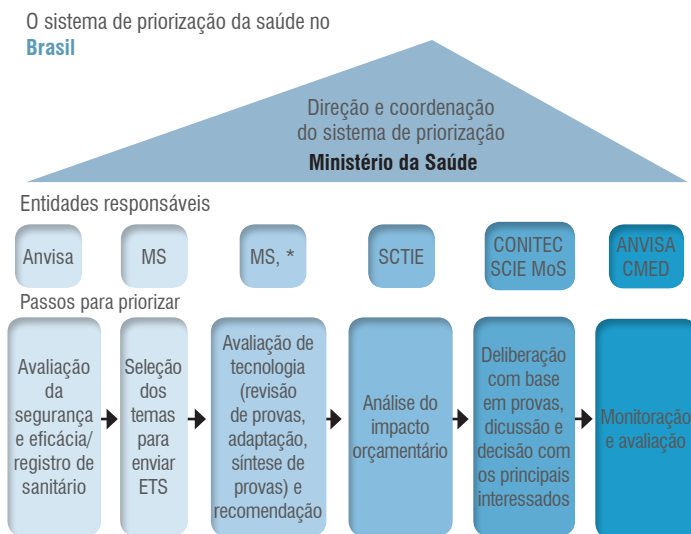


Figura 2. Instituições que participam dos processos de registro, autorização da comercialização, precificação, avaliação, incorporação e reembolso no Brasil. Adaptado de Banco Interamericano de Desarrollo, 2014.⁸

Em relação ao acesso dos pacientes às novas tecnologias, pesquisadores da consultoria Simon-Kucher & Partners⁹ verificaram que a Conitec considera prioritariamente os desfechos clínicos para decisões de cobertura positivas ao comparar o ganho terapêutico da nova tec-

nologia em relação às tecnologias de saúde publicamente disponíveis no SUS. A Conitec prioriza tecnologias que demonstram robustos ganhos de eficácia. Por exemplo, no caso de pacientes com hepatite viral pelo vírus C, os medicamentos sofosbuvir, simeprevir e daclatasvir foram rapidamente incorporados pelo SUS em 2015, após comprovação em ensaios clínicos controlados randomizados, de resposta virológica sustentada (RVS) vantajosa no contexto da alta prevalência para a população, mesmo com impacto orçamentário relevante para o SUS. ▲

Referências

1. World Health Organization. Health technology assessment. Disponível em: http://www.who.int/medical_devices/assessment/en/. Acesso em 7 de janeiro de 2017.
2. Yu PP. Challenges in measuring cost and value in oncology: making it personal. *Value in Health* 2016;19:520-4.
3. Howard DH, Bach PB, Berndt ER, Conti RM. Pricing in the market for anticancer drugs. *J Econ Perspect* 2015;29:139-62.
4. Aggarwal S. Targeted cancer therapies. *Nat Rev Drug Discov* 2010;9:427-8.
5. MS/SCTIE/DECIT. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde 2007; Brasília - DF.
6. Guimarães R, Santos LMP, Antonia AT, Serruya, SJ. Defining and implementing a National Policy for Science, Technology and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública* 2006;22:1775-1785.
7. Brasil. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 22 de dezembro de 2011.
8. Banco Interamericano de Desarrollo. Evaluación de tecnologías en salud. El caso de Brasil. Disponível em https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7064/Evaluacion_de_tecnologias_en_salud_El_caso_de_Brasil.pdf?sequence=1. Acesso em 07 de janeiro de 2017.
9. Alencar R, Domínguez A, Beatris Januário B, Genenz K. Simon-Kucher & Partners. Unlocking the key to public drug funding in Brazil. Research 2013. Disponível em <http://www.pharmexec.com/unlocking-key-public-funding-brazil>. Acesso em 7 de janeiro de 2017.

Judicialização da saúde

O aumento no número de ações judiciais representa um risco para a saúde pública e privada

Daniel Wang

Professor da *University of London*,
PhD em Direito pela *London School of Economics*;
Mestre em Filosofia pela *London School of Economics*;
Mestre em Direito pela Universidade de São Paulo;
Bacharel em Ciências Sociais e em Direito
pela Universidade de São Paulo.

A judicialização teve início no Brasil na década de 1990, por conta da reivindicação de fornecimento de medicamentos para combate ao HIV (vírus da imunodeficiência humana). O argumento utilizado na maioria das ações é a garantia constitucional de direito à saúde para todo e qualquer cidadão. Segundo dados do Ministério da Saúde, a judicialização gera um custo adicional de cerca de R\$ 7 bilhões ao sistema de saúde brasileiro. A soma inclui decisões judiciais que determinam compra de remédios, equipamentos e outros suprimentos não cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), causando, além do impacto financeiro, uma maior desigualdade no acesso à saúde.

Uma série de fatores tem contribuído para o aumento das ações judiciais, como o envelhecimento da população, a crise econômica e a falta de subsídio para a compra de medicamentos. Porém, ganham destaque a redução orçamentária



da área, que em 2016 ficou R\$ 24 bilhões menor em comparação com o orçamento original de 2015; a falta de incorporação de medicamentos mais modernos e os atrasos na distribuição dos medicamentos incorporados ao SUS aos postos de saúde e hospitais públicos.

Na opinião de Daniel Wang, professor da *University of London* e da *London School of Economics and Political Science*, a judicialização, da forma como ocorre no Brasil, torna o SUS menos justo e menos racional. “Menos justo porque são criados dois sistemas dentro do SUS, um para quem tem acesso à Justiça e recebe praticamente qualquer tratamento prescrito por um médico independentemente do custo; das prioridades em saúde da população; de outros pacientes na fila e de regras regulatórias; e outro, que conta com uma cesta de serviços e produtos muito mais restrita, para os demais.” A injustiça, diz ele, reside não apenas no tratamento diferenciado, mas no fato de que o segundo grupo é afetado pela judicialização, que direciona recursos para beneficiar aqueles que entram pela via judicial ou permite que alguns, com uma ordem judicial em mãos, pulem a fila para atendimentos ou procedimentos.

“E o sistema também se torna menos racional porque uma quantidade enorme de recursos é gasta com tratamentos que muitas vezes possuem alternativas dentro do SUS, com evidência de efetividade e segurança questionáveis. Dentro de um contexto de recursos escassos — que é o caso de todos os sistemas do mundo, mesmo em países com gasto público em saúde várias vezes maior que o Brasil —, e com tanto a ser feito, um sistema precisa focar em tratamentos com evidência científica robusta e que tenham boa relação de custo-efetividade, ou seja, que consigam produzir melhores resultados com uma dada quantidade de recursos. A judicialização torna muito difícil esta racionalização do gasto para tornar o sistema mais eficiente”, ressalta Wang.

Para os opositores da judicialização, o problema maior está no fato de que o Judiciário autoriza demandas sem considerar a globalidade das políticas públicas. Além disso, ao interferir nessas políticas, o Judiciário estaria



“Uma série de fatores tem contribuído para o aumento das ações judiciais, como o envelhecimento da população, a crise econômica e a falta de subsídio para a compra de medicamentos. Porém, ganham destaque a redução orçamentária da área, que em 2016 ficou R\$ 24 bilhões menor em comparação com o orçamento original de 2015; a falta de incorporação de medicamentos mais modernos e os atrasos na distribuição dos medicamentos incorporados ao SUS aos postos de saúde e hospitais públicos”

extrapolando suas funções e adentrando nas do Executivo. Outros defendem que a judicialização pode ter uma vertente positiva ao fazer com que novas tecnologias sejam incorporadas com mais rapidez.¹

Na avaliação de Wang, o fato de um tratamento ser incorporado não é necessariamente

te bom do ponto de vista do sistema. “Se o tratamento incorporado possui evidência questionável, tem um custo altíssimo para produzir melhoras muito pequenas e já conta com alternativas mais bem consolidadas dentro do SUS a um custo muito menor, então esta incorporação pode ser ruim. Cria-se um custo de oportunidade altíssimo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)², os sistemas de saúde precisam focar em tratamentos com evidência forte e boa relação de custo-efetividade, ainda que isso venha ao custo da não incorporação de tratamentos que trazem pequenas melhoras a um custo muito alto.”

Resumindo, um sistema de saúde precisa saber onde gastar, o que significa também saber onde não gastar. Esta é uma decisão que requer deliberação e conhecimento técnico. “Precisamos fortalecer o sistema de avaliação de tecnologias em saúde no SUS, e não driblá-lo por meio da judicialização. Existe uma interpretação de que o direito à saúde é o direito de receber tudo que um médico prescreveu. Esta é uma interpretação irreal e não conheço nenhum especialista em direito em saúde do mundo que defenda isso. Esta também não é a posição do Comitê das Nações Unidas para Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”, diz Wang.

Ele ressalta que o direito à saúde deveria ser pensado como o direito de acesso a um sistema de saúde em que as decisões são tomadas de forma justa e que promovam a eficiência no uso do recurso público, promovendo o máximo de benefício ao maior número possível de pessoas. Isto é o contrário do que a judicialização, da forma como ocorre hoje, promove.

“Ao interpretar o direito à saúde como um direito praticamente absoluto a qualquer tratamento disponível no mercado, independentemente de seu custo e de sua efetividade, e dar ganho de causa praticamente automático à minoria que consegue chegar à Justiça, o Judiciário brasileiro viola ao mesmo tempo ambos os requisitos fundamentais da racionalidade e da equidade que devem pautar o sistema público de saúde e a interpretação adequada do direito dos indivíduos.”

A contribuição da medicina baseada em evidências

Os recursos da saúde são limitados, em qualquer lugar do mundo. No Brasil, que gasta pouco em comparação com outros países, é sempre necessária a realização de escolhas sobre quais tratamentos financiar ou não dentro do sistema. Segundo dados indicadores do Banco Mundial (*World Development Indicators*), em 2014, o Brasil investiu o equivalente a 3,8% do PIB em saúde. Essa taxa de investimento posiciona o Brasil na rabeira de outros países da América Latina, como Colômbia e Equador – neles, o investimento público em saúde correspondeu, respectivamente, a 5,4% e 4,5% do PIB em 2014. Na opinião de Wang, é preciso buscar um diagnóstico correto da situação, baseado em evidências e não em impressões, e uma das principais maneiras de combater o excesso de ações que correm na Justiça é criar meios que garantam segurança técnica para a tomada de decisão. “Geralmente, quando um pedido é submetido à Justiça, o juiz toma uma decisão solitária, analisando os prós e contras com os seus próprios métodos, tendo contra si a urgência do tempo.”

Nesse contexto, o uso da medicina baseada em evidências ganha destaque. A MBE fornece subsídios para o melhor julgamento, lembrando que nem sempre um medicamento novo justifica que se pague muito por ele. A busca por dados e evidências é fundamental. “O Estado precisa de sistemas rigorosos de avaliação de tecnologias em saúde e que as decisões sobre a incorporação ou não de tratamentos sejam tomadas com base em evidências robustas, de forma consistente e por meio de um processo inclusivo e transparente. Um importante passo neste sentido foi a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), em 2011.” Desde sua criação, a comissão recebeu 516 demandas. Destas, 338 requeriam a incorporação de novos medicamentos, 107 de procedimentos e 71 de produtos para a saúde. A partir desses pedidos, foram incorporadas 178 tecnologias ao SUS, com impacto estimado de R\$ 2,5 bilhões.

Riscos da judicialização

A judicialização tem se mostrado um risco para a sociedade, pois o dinheiro destinado a cumprir uma decisão judicial sai da mesma verba destinada a atender a saúde de todos.¹ Muitas vezes, diz Wang, as pessoas se deparam com falhas do sistema, como leitos nos corredores dos hospitais, falta de medicamentos essenciais e filas para cirurgia, e pensam que o Judiciário é uma possível solução. “Talvez seja necessário nos perguntarmos se o Judiciário não é parte do problema. O orçamento para aumentar a oferta de leitos e comprar medicamentos sai do mesmo lugar de onde sai o dinheiro que vai cumprir uma decisão judicial. Quando pacientes conseguem ‘furar’ a fila para garantir um procedimento, quem está esperando vai ter que esperar mais para chegar a sua vez. Na Colômbia, um cenário parecido com o nosso, de crise econômica e judicialização por novas tecnologias de alto custo, levou à deterioração em indicadores de saúde preventiva. Um juiz, agindo com a melhor das intenções, não consegue enxergar este problema macro.”

Segundo o especialista, a judicialização traz ainda outro risco, dessa vez à própria saúde do indivíduo. Isso ocorre quando o Judiciário obriga a realização de procedimentos ou fornecimento de tratamentos experimentais. “É interessante comparar todo o cuidado que existe para a realização de ensaios clínicos porque se sabe dos riscos de tratamentos experimentais - pesquisas clínicas são altamente regulamentadas e com padrões de segurança e monitoramento altíssimos por parte da indústria - com a falta de cuidado com que o Judiciário manda fornecer este tipo de tratamento a pacientes com base muitas vezes em uma prescrição médica apenas, sem avaliação adequada do risco-benefício e sem qualquer tipo de monitoramento ou dever de notificar efeitos adversos. Isso torna o paciente vulnerável a esquemas fraudulentos ou profissionais que tomam decisões baseadas em evidências questionáveis.”

Porém, ele ressalta que a judicialização em si não é um problema; o problema é a judicialização que simplesmente ignora a política. Wang realizou uma pesquisa cujos dados apontaram que na imensa maioria das vezes o Judiciário ignora

“Estudo feito pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) aponta que os gastos com remédios oferecidos pelo SUS mediante ação judicial cresceram mais de 1.000% em sete anos, passando de R\$ 103 milhões em 2008 para R\$ 1,1 bilhão em 2015. O levantamento também aponta que, em 2008, os medicamentos entregues por via judicial representaram 1% do orçamento de medicamentos do Ministério da Saúde, enquanto em 2016 esse número saltou para quase 8%.”

a ausência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); as listas de medicamentos aprovados pelo SUS; os relatórios da Conitec e os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas. “Ou seja, o Judiciário desconstrói o sistema de vigilância sanitária e a política de saúde. Houve diversas tentativas de aproximação entre o Poder Judiciário e o sistema de saúde em suas diversas instâncias, mas isso não muda a judicialização porque qualquer aproximação requer que todos esses requisitos citados anteriormente tenham maior peso nas decisões, o que não acontece. Estes fatores são vistos como entraves burocráticos, e não como resultado de análises técnicas e de políticas públicas.”

Mas ele pondera. “Não que eles não possam ser questionados, mas o problema é passar por cima do sistema de vigilância sanitária e da avaliação técnica e científica do SUS com base em uma mera prescrição médica.” E justifica que dar peso

absoluto à prescrição é um erro, por duas razões. Primeiro, porque o médico olha apenas para o seu paciente, e não para o sistema. “Talvez para um indivíduo faça sentido determinado tratamento, mas para um sistema não, porque o sistema tem outras necessidades mais prementes. O caso das insulinas análogas é um bom exemplo.”

A Lei Federal 11.347/06, em seu artigo 1º, diz que todos os pacientes portadores de diabetes terão direito a receber gratuitamente do SUS todos os medicamentos e insumos necessários para tratamento. Porém, nas listas de medicamentos produzidos pelo Ministério da Saúde constam apenas as insulinas regulares e a NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*), de ação mais lenta, ficando excluídas da política as chamadas insulinas análogas, o que tem gerado um aumento expressivo de ações judiciais por parte de associações de pacientes ou ações individuais. Além das vitórias nos tribunais, alguns Estados já estão fornecendo as insulinas análogas em suas listas de medicamentos, apesar da recusa do Ministério da Saúde em incluí-las na política nacional de combate ao diabetes. A decisão do Ministério da Saúde e da maioria dos Estados de não fornecer as insulinas análogas fundamenta-se no argumento de que não há evidências científicas de que elas reduzem a mortalidade e a morbidade dos pacientes, sendo sua única vantagem o uso mais cômodo.

A segunda razão é que nem sempre a opinião médica está embasada na melhor evidência. “É preciso perguntar de onde o profissional tirou a conclusão de que o tratamento A é melhor do que o B. Do representante do fabricante? Da palestra patrocinada por este fabricante? Ou de revisões sistemáticas de pesquisas clínicas randomizadas? Um pedido de tratamento sem registro na Anvisa não pode ser tratado do mesmo jeito que

uma demanda por tratamento com registro, avaliado pela Conitec e incorporado por meio de um protocolo clínico”, finaliza.

Estudo feito pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) aponta que os gastos com remédios oferecidos pelo SUS mediante ação judicial cresceram mais de 1.000% em sete anos, passando de R\$ 103 milhões em 2008 para R\$ 1,1 bilhão em 2015. O levantamento também aponta que, em 2008, os medicamentos entregues por via judicial representaram 1% do orçamento de medicamentos do Ministério da Saúde, enquanto em 2016 esse número saltou para quase 8%.³

A Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) realizou um estudo onde foram avaliadas cerca de 15 mil ações impetradas pelo Ministério Público e pessoas físicas nos Tribunais de Justiça dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, em 2015, para obtenção de medicamentos. Em todas as localidades, a Justiça concedeu 6.445 liminares e negou apenas 485.⁴ ▲

Referências

1. Nunes LNBT, Marrara T. Reflexões sobre o controle das políticas de saúde e de medicamentos. *Revista de Direito Público da Economia*, Belo Horizonte 2010;8(30).
2. Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan DD. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning*;16(1):13-20.
3. Inesc. [internet] Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/textos/direito-a-medicamentos-avaliacao-das-despesas-com-medicamentos-no-ambito-federal-do-sistema-unico-de-saude-entre-2008-e-2015/view>. Acessado em 18 de janeiro de 2017.
4. Interfarma. [Internet] Disponível em: <http://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/102-caderno-judicializacao-jul2016-site.pdf>. Acessado em 18 de janeiro de 2017.

Medicina baseada em evidências

Prática começa a fazer parte da formação dos novos profissionais da saúde



Dra. Mirhelen Mendes de Abreu

CRM-RJ 52-63705-0.
Professora de Reumatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

É crescente o número de profissionais e instituições da área de saúde que fazem uso da medicina baseada em evidências (MBE) para garantir aos pacientes o acesso aos medicamentos e procedimentos mais eficientes e com melhor custo. Essa prática se baseia na integração da experiência individual às melhores evidências científicas, criando fontes confiáveis para serem consultadas por qualquer

profissional da área. A MBE tem como objetivo garantir que as incertezas quanto à eficácia, à efetividade, à eficiência e à segurança de um medicamento ou procedimento foram reduzidas ao mínimo. E para isso ela utiliza provas científicas para a aplicação de seus resultados na prática

clínica, sem negar o valor da experiência pessoal, mas propondo que esta seja alicerçada em uma amostra maior de resultados.^{1,2}

Conforme vão surgindo novas tecnologias no mercado, a prática vem ganhando força, principalmente em uma época em que cortar custos é fundamental para manter a sustentabilidade do sistema. É preciso saber diferenciar o que funciona e traz resultados efetivos daquilo que não funciona tão bem. Por isso, a MBE é um recurso que pode dar suporte não só a médicos, mas a enfermeiros, psicólogos e demais profissionais ligados à área da saúde.

Para o médico, a MBE é uma ferramenta que exige a comprovação rigorosa da eficácia de tratamentos, desde que não seja utilizada de forma equivocada. Decisões sem evidências são exceções; não podem ser regra. “Existem situações específicas, como no caso da febre chikungunya, por exemplo, onde não somente decisões individuais, mas também os consensos e diretrizes têm sido elaborados na ausência de evidências robustas, visto que há uma situação de grave repercussão para a saúde pública e não temos os melhores níveis de evidência disponíveis. Outra situação é o contexto das doenças raras, onde há escassez de estudos epidemiológicos, de geração de evidências robustas e, mesmo assim, tem-se que tomar uma decisão. Nesses casos, o uso de critérios, tal como o GRADE (*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)³, pode auxiliar na tomada de decisão acerca da incorporação de uma dada tecnologia com escassez de evidência. No entanto, deve-se enfatizar que estas situações são de exceção”, ressalta a Dra. Mirhelen Mendes de Abreu, Professora de Reumatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O GRADE (www.gradeworkinggroup.org) é um grupo de trabalho criado no ano 2000 como uma colaboração informal de pessoas interessadas em abordar as deficiências dos sistemas de classificação em cuidados com a saúde. O grupo desenvolveu uma abordagem para classificar o nível das evidências científicas e a força da recomendação para se adotar ou não determinada conduta.

“A MBE tem como objetivo garantir que as incertezas quanto à eficácia, à efetividade, à eficiência e à segurança de um medicamento ou procedimento foram reduzidas ao mínimo. E para isso ela utiliza provas científicas para a aplicação de seus resultados na prática clínica, sem negar o valor da experiência pessoal”

Confiança nas informações

A prática da MBE exige que o profissional saiba onde procurar as informações, e para isso é necessário ainda que ele saiba que precisa delas. Usuários de diretrizes de prática clínica e outras recomendações precisam saber o quão confiáveis são as informações. Segundo a Dra. Mirhelen, a classificação da qualidade de uma evidência e da força das recomendações pode ser aplicada em uma ampla gama de intervenções e contextos. “Os julgamentos sobre a força de uma recomendação requerem a consideração do equilíbrio entre benefícios e danos, a qualidade da evidência, a tradução da evidência em circunstâncias específicas e a certeza do risco de linha de base. Também é importante considerar os custos (utilização de recursos) antes de fazer uma recomendação. As inconsistências entre os sistemas de classificação da qualidade das evidências e a força das recomendações reduzem o seu potencial para facilitar a avaliação crítica e melhorar a comunicação destes julgamentos.”

Através da hierarquização das evidências é que as recomendações são geradas. Quatro fatores influenciam a força de uma recomendação: a qualidade da evidência que apoia a recomendação; o equilíbrio entre os efeitos desejáveis e

“Decisões sem evidências são exceções; não podem ser regra. “Existem situações específicas, como no caso da febre chikungunya, por exemplo, onde não somente decisões individuais, mas também os consensos e diretrizes têm sido elaborados na ausência de evidências robustas, visto que há uma situação de grave repercussão para a saúde pública ”

indesejáveis; a incerteza ou variabilidade dos valores e preferências dos pacientes; e os custos.⁴ “As recomendações fortes e fracas (também chamadas de condicionais) têm implicações distintas para os pacientes, os clínicos e os decisores políticos.”

Dra. Mirhelen salienta ainda que evidências de muito baixa qualidade devem idealmente resultar em recomendações adequadamente rotuladas, isto é, com base em evidência de muito baixa qualidade, ou em uma declaração de que o painel de diretrizes não chegou a um consenso sobre a recomendação devido à falta de confiança nas estimativas de efeito. “No entanto, os painéis de orientação geralmente têm mais recursos, tempo e informações do que os praticantes clínicos. Portanto, eles podem estar em posição de usar seus melhores julgamentos para fazer recomendações mesmo quando há evidência de muito baixa qualidade, embora alguns desenvolvedores de diretrizes discordem dessa abordagem e prefiram uma abordagem geral de não fazer recomendações quando somente se têm disponíveis evidências de baixa qualidade.”

A especialista explica que os painéis de diretrizes devem considerar fazer recomendações de

pesquisa quando há uma incerteza importante sobre os efeitos desejáveis e indesejáveis de uma intervenção. “Uma pesquisa adicional poderia reduzir essa incerteza e os benefícios e economias potenciais de reduzir a incerteza compensam os danos potenciais de não fazer a recomendação de pesquisa. As recomendações para pesquisas adicionais devem ser tão precisas e específicas quanto possível.”

Vantagens e desvantagens da MBE

Na opinião da Dra. Mirhelen, algumas deturpações conceituais e de paradigmas são as principais barreiras para a prática da MBE. “Em primeiro lugar, temos o preconceito e a visão errônea de que a MBE exclui a experiência clínica. Essa visão teve seu lugar outrora, quando a opinião do especialista era considerada o pior e o mais frágil nível de evidência disponível. Hoje, após mais de 20 anos de estrutura, a MBE evoluiu no sentido de excluir a opinião do especialista como parte da hierarquia da evidência. Seu papel é o de interpretar criticamente e julgar sua aplicação ao contexto clínico a que está exposto.”

Outra barreira está em considerar que apenas os níveis mais elevados de evidência é que podem ser aplicados na prática clínica. “Na verdade, este é o cenário ideal, mas sabemos que nem sempre elas estão disponíveis, sobretudo em situações de doenças raras. Nesses casos, a MBE contribui para tornar a decisão transparente, pois explicita a fragilidade que embasa a decisão que está tendo que ser feita, exigindo um maior grau de alerta na vigilância a posterior.”

Para o paciente, os benefícios da prática da medicina baseada em evidências podem ser muitos, pois ela está embasada na decisão compartilhada, na transparência da comunicação sobre a qualidade da evidência que respalda a decisão. “Essa comunicação permite que o paciente saiba o que se sabe e o que não se sabe sobre a efetividade dos medicamentos, da segurança, dos riscos e dos benefícios. Assim, ele pode fazer juízo de valor, de acordo com suas preferências e disponibilidade para o risco, e definir se deseja ou não seguir o caminho proposto.”

“Para que a medicina baseada em evidências seja uma prática robusta, ela deve seguir algumas etapas: definição do problema clínico; busca de fontes relevantes para se obter as informações desejadas; avaliação crítica da informação; aplicação da informação do doente; avaliação da eficácia desta aplicação em um doente.

Porém, até que ponto a prática da medicina baseada em evidências é possível no contexto atual de personalização da medicina? Dra. Mirhelen explica que, embora a MBE objetive integrar a evidência disponível com a experiência do médico e o contexto clínico, a via final da prática é a decisão compartilhada, levando em conta o desejado pelo paciente. “Para que os valores e preferências do paciente sejam incorporados ao processo decisório é necessário que haja transparência acerca dos riscos e benefícios conhecidos dentre as alternativas possíveis.”

A especialista ressalta o que considera uma das principais vantagens da ferramenta. “Do ponto de vista educacional, a capacitação das habilidades para a prática da MBE, seja a construção

lógica de uma pergunta, a busca adequada da evidência, a avaliação crítica da evidência e a avaliação de sua aplicabilidade no contexto real, é um exercício que permite a contínua atualização e uma prática clínica criteriosa, independente e disciplinada. Adicionalmente, a comunicação transparente com o paciente sobre a fragilidade das evidências que respaldam as decisões favorece o diálogo franco e uma relação de parceria.”

Porém, ela alerta que a sacralização da MBE, como uma norma de prática de fé e conduta, é um risco e, infelizmente, uma tendência. “Essa é a principal desvantagem da MBE.”⁵

Para que a medicina baseada em evidências seja uma prática robusta, ela deve seguir algumas etapas: definição do problema clínico; busca de fontes relevantes para se obter as informações desejadas; avaliação crítica da informação; aplicação da informação do doente; avaliação da eficácia desta aplicação em um doente.⁶ ▲

Referências

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
2. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: An approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995; 310:1122-1126.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
4. Medeiros LR, Stein A. Níveis de evidência e graus de recomendação da medicina baseada em evidências. *Revista AMRIGS, Porto Alegre* 46(1,2):43-46.
5. França GV. Os riscos da medicina baseada em evidências. *J Bras Med* 2002;82(4):50-54.
6. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997:250.

Próximos eventos

1º de março

***Future of Hospital
Technology***

Local: São Paulo
Informações: www.kbes.com.br/fht

13 a 16 de março

***Sahe South America
Health Exhibition***

Local: São Paulo
Informações: www.sahe.com.br

15 de março

**3º Fórum Planisa de
Gestão de Saúde**

Local: São Paulo
Informações: www.sahe.com.br/iii-forum-planisa-de-gestao-de-saude/

20 a 22 de março

Qualishop

Local: São Paulo
Informações: www.qualihosp.com.br

26 a 28 de abril

**2º Simpósio
Internacional de
Qualidade e Segurança
do Paciente**

Local: São Paulo
Informações: www.simpósio-ibsp.com.br/

1º a 4 de maio

**3º Congresso
Brasileiro de Política,
Planejamento e
Gestão em Saúde**

Local: Natal (RN)
Informações: www.abrasco.org.br

16 a 19 de maio

**4º Congresso
Internacional em
Saúde**

Local: Ijuí (RS)
Informações: www.unijui.edu.br

20 a 24 de maio

***ISPOR 22nd Annual
International Meeting***

Local: Boston (EUA)
Informações: www.ispor.org

25 a 27 de maio

**CoNMSaúde -
Congresso Nacional
Multidisciplinar da
Saúde**

Local: Goiânia
Informações: www.conmsaude.com.br



foco em
Gestão

Fóruns Workshops
Congressos Encontros

3 a 5 de maio

**2º Simpósio
Internacional de
Gestão de Projetos,
Processos e Inovação
na Área da Saúde**

Local: São Paulo
Informações: www.einstein.br

16 a 19 de maio

**40º Congresso
Brasileiro de
Administração
Hospitalar e Gestão
em Saúde**

Local: São Paulo
Informações: www.fbah.org.br

26 e 27 de maio

**4º Fórum de Líderes
do Setor da Saúde**

Local: São Paulo
Informações: www.einstein.br

27 de maio

ECM Meeting Saúde

Local: São Paulo
Informações: www.ecmmeeting.com.br/2017/saude/

abbvie

SOLUCIONAR OS DESAFIOS MAIS
SÉRIOS DE SAÚDE DO MUNDO.
UM COMPROMISSO DE TODOS NÓS.



PESSOAS. PAIXÃO. POSSIBILIDADES.



AbbVie Line
Central de Relacionamento
0800 022 2843
www.abbvie.com.br