CÂMARA DOS DEPUTADOS

DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

2 ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 57 ª LEGISLATURA

Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência
(AUDIÊNCIA PÚBLICA EXTRAORDINÁRIA (SEMIPRESENCIAL))

Em 21 de maio de 2024
(terça-feira)

Às 16 horas

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Declaro aberta a presente audiência pública da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência, atendendo ao Requerimento nº 19, de 2024, de minha autoria, Deputada Erika Kokay, subscrito pelo Deputado Márcio Jerry, para debater os recentes cancelamentos de adesões corporativas pela Amil.

Eu vou fazer a minha breve audiodescrição, falando fora do microfone, para que as pessoas possam identificar onde eu estou. Eu estou sentada à mesa da sala da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Eu sou uma mulher branca, de cabelos curtos com mechas loiras. Estou com um vestido estampado e um xale azul. É com grande alegria que estou aqui fazendo esta discussão, que assegura muitos direitos.

Eu vou chamar as pessoas que irão compor a nossa Mesa. Não sei se todas estas pessoas já estão aqui, porque hoje é um dia com muito tumulto, mas as pessoas que não estão presentes e forem chamadas, assim que adentrarem este plenário, podem se sentir convidadas a compor a nossa Mesa.

Convido o Sr. Vitor Hugo do Amaral Ferreira, da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça e Segurança Pública; o Sr. Marcos Paulo Novais Silva, Diretor-Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde — ABRAMGE, aqui representando a Amil; o Sr. Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo, representante da Qualicorp; a Sra. Fabricia Goltara Vasconcellos Faedrich, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar; o Sr. Marcus Teixeira Braz, Diretor-Adjunto de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar; a Sra. Viviani Guimarães, Vice-Presidente do Movimento Orgulho Autista Brasil e CEO do Mais Inclusão no Mundo; a Sra. Kelen Cristina D'Alkmin, a Sra. Silvia Rodrigues e a Sra. Leticia Fantinatti, representantes da Associação Vítimas a Mil; a Sra. Ellen Siqueira, que foi convidada, mas infelizmente não poderá estar conosco; a Sra. Raquel Brodsky Rodrigues, Defensora Pública e Ponto Focal do Grupo de Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência do Centro-Oeste, que aqui representará a Defensoria Pública da União; e a Sra. Patricia Parreira, médica neuropediatra.

Parte dos nossos convidados participará de forma virtual.

Eu vou começar chamando a Kelen Cristina D'Alkmin, Presidente da Associação Vítimas a Mil, para que possa dar a sua contribuição a esta audiência pública, de forma virtual.

Nós combinamos que será concedido o prazo de 7 minutos para as apresentações.

Kelen D'Alkmin, você nos escuta? *(Pausa.)*

A Kelen, a Raquel, a Fabricia e várias outras pessoas participarão de forma remota.

Kelen, você pode ligar o seu áudio para que nós possamos escutá-la? *(Pausa.)*

Kelen, seu microfone está desligado.

Nós não estamos conseguindo o contato com a Kelen. *(Pausa.)*

Kelen, nós estamos lhe passando a palavra para que você faça sua colocação, pelo prazo de 7 minutos. *(Pausa.)*

Kelen, você nos escuta? *(Pausa.)*

Está havendo um problema de conexão. Não estamos conseguindo fazer com que ela nos escute.

Vamos, então, passar a palavra para a Viviani Guimarães, do Movimento Orgulho Autista Brasil — MOAB, por 7 minutos.

A SRA. VIVIANI GUIMARÃES - Meu nome é Viviani Guimarães. Eu estou como Vice-Presidente do Movimento Orgulho Autista Brasil e tenho uma empresa que se chama Mais Inclusão no Mundo.

(Segue-se exibição de imagens.)

Dentre as nossas mães e as famílias que fazem parte do MOAB, muitas pessoas tiveram o seu plano de saúde cancelado unilateralmente. Já existe nota da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, de acordo com decisão do STJ, informando que esse tipo de ação unilateral, tanto em planos coletivos como em planos individuais, não é permitido. De acordo com o STJ, não se pode admitir que a rescisão de contrato de saúde por vontade exclusiva da operadora interrompa tratamento de doenças e obste o pleno restabelecimento da saúde do beneficiário enfermo.

Nós sabemos que as pessoas com autismo têm necessidade de terapia constante. Elas precisam de psicólogo, de fonoaudiólogo, de terapeuta ocupacional. Muitas delas precisam também de fisioterapia. Essas crianças, esses adolescentes e esses adultos — sempre falamos da importância de lembrar que o autista cresce — precisam desse tratamento constante. Nem sempre precisam do mesmo tratamento, mas sempre precisam de algum tratamento, de alguma terapia.

O cancelamento do plano de saúde traz um grande problema, porque a pessoa com autismo tem o que chamamos de comportamento repetitivo, ou seja, ela precisa repetir sempre o que faz, precisa ter uma rotina no que faz. Quando o plano de saúde simplesmente faz esse cancelamento, além de a pessoa perder a oportunidade de fazer uma terapia importante para o seu desenvolvimento, para a aquisição da sua autonomia e da sua independência, também entra em outro sinal perigoso, quando passa a ter um desconforto, passa a ter certo distúrbio de comportamento por falta da terapia.

Quando falamos de tratamento garantidor de sobrevivência ou de incolumidade física, nós nos referimos a cuidados médicos cruciais, porque desempenham um papel fundamental na preservação da saúde e na prevenção de danos físicos significativos. Uma criança ou um jovem que tem certo distúrbio pode se machucar, pode começar a gritar, pode bater a cabeça. Tudo isso ocorre por quê? Porque estava acostumado a fazer terapia naquele determinado horário e ela foi suspensa.

A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo — isso é importante —, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuários. Vejam que importante: mesmo que tenha o direito de fazer isso, ela precisa garantir que essas pessoas com deficiência, essas pessoas com autismo continuem a fazer as suas terapias, que são muito importantes para que tenham a sua autonomia, tenham a sua independência.

Eu quero finalizar citando o que diz a Lei nº 9.656, de 1998. Não é o que está acontecendo na maioria dos casos. A maioria dos casos refere-se a planos coletivos. Mesmo que seja um plano individual ou familiar, há a proibição da rescisão unilateral, a não ser por fraude ou falta de pagamento.

Essas famílias estão desamparadas. As pessoas com autismo estão sendo privadas do seu direito a terapias, ao seu desenvolvimento e à sua possibilidade de conseguir independência e autonomia. Isso é muito triste. Nós vemos essas situações se repetindo. Nós já temos casos que são mais antigos, mas, infelizmente, como falou muito bem em seu vídeo a Andréa Werner, quando isso afeta uma ou dez famílias, nós não corremos atrás. Apenas quando isso acomete uma grande quantidade de pessoas é que, muitas vezes, chegam as notícias.

Nós temos o caso de uma colega nossa. Isso aconteceu há 1 ano com o filho dela. Infelizmente, ela perdeu na primeira instância. É importante nós recorrermos, corrermos atrás, para que esses direitos não sejam mais dilapidados e consigamos fazer com que essas pessoas tenham os seus direitos garantidos.

Deputada, obrigada por esta oportunidade de estar aqui. Nós sabemos o quanto a senhora é uma parceira nas nossas lutas e que nós podemos contar sempre com o seu apoio.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Eu lhe agradeço pela participação.

A Kelen, a Silvia Rodrigues e a Leticia Fantinatti estão participando de forma *on-line*. Elas são representantes da Associação Vítimas a Mil.

Concedo a palavra à Kelen Cristina D'Alkmin.

A SRA. KELEN CRISTINA D'ALKMIN - Boa tarde a todos.

Meu nome é Kelen. Eu sou Presidente da Associação Vítimas a Mil.

Primeiro, eu gostaria de agradecer ao Presidente desta Comissão, Deputado Weliton Prado, e à Deputada Erika Kokay pelo convite para participar desta audiência pública. Muito obrigada.

A Associação Vítimas a Mil foi criada diante do caos instaurado, em dezembro de 2021, com a primeira tentativa da Amil de descartar beneficiários dos planos individuais e familiares. São planos muito antigos. São pessoas muito idosas e doentes crônicos.

Nós tivemos que entrar com uma ação civil pública no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e conseguimos uma liminar. No entanto, a Amil não cumpre a liminar e diz que só os fundadores da associação têm direito a ela. Isso está em discussão, seguindo o trâmite normal do processo.

Eu quero deixar isto pontuado, de forma bem clara, nesta audiência: o que está acontecendo agora com os planos coletivos por adesão é a mesma coisa que aconteceu com os planos individuais e familiares. A única diferença é que os planos coletivos por adesão não possuem as mesmas garantias da lei dos planos de saúde. Por essa razão, eles foram muito vendidos pela Qualicorp, que foi criada pelo Seripieri, que é o atual comprador da Amil.

Eu quero deixar bem claro que está evidente a tática de guerra utilizada pela ABRAMGE. Mas o que é a ABRAMGE? É a Associação Brasileira de Planos de Saúde. Ela faz isso em silêncio, nos bastidores. Qual é o objetivo dela? É justamente impedir que as pessoas mantenham os planos de saúde e sejam forçadas a ir para o SUS. Consequentemente, a ABRAMGE força o Governo a flexibilizar as regras da saúde suplementar. Isso está claro.

Primeiro, houve os descredenciamentos preordenados na transferência da Amil para a APS e a Fiord, uma transferência muito duvidosa, que depois a ANS cancelou e impediu que fosse feita. Logo em seguida, a Sulamérica foi comprada pela Rede D'Or. Imediatamente, ocorreram os mesmos descredenciamentos em massa de prestadores de serviço. Agora a Amil começou a cancelar os planos coletivos por adesão, e a UNIMED já está fazendo o mesmo.

Todas essas empresas são associadas à ABRAMGE. Nada é por acaso. Até o mês passado, o Presidente da ABRAMGE, Renato Casarotti, era, ao mesmo tempo, Diretor da Amil.

A história dos planos individuais está sendo repetida nos planos coletivos por adesão. Se nenhuma providência for tomada, esses cancelamentos vão continuar e vão se estender para as outras operadoras de saúde. Isso é formação de cartel para conseguir ditar as regras do mercado.

Eu gostaria de lembrar que nós estamos lidando com um forte poder político e econômico. Basta vocês verem a foto que nós vamos passar depois no vídeo — eu me esqueci de avisar que nós vamos passar um vídeo. Basta vocês verem a foto da posse da nova Diretoria da ABRAMGE, que ocorreu no dia 10 de abril, no mês passado. Estavam presentes na cerimônia o Vice-Presidente da República, Geraldo Alckmin; o Presidente do Senado, Senador Rodrigo Pacheco; dois Ministros do Supremo Tribunal Federal, Dias Toffoli e Gilmar Mendes; o atual Ministro da Justiça, Ricardo Lewandowski; e o Presidente da ANS, Paulo Rebello. Dá para perceber que, com essa foto, querem intimidar os consumidores. É um aglomerado de autoridades dos três Poderes dizendo: *"Nós estamos aqui"*.

Eu quero dar um recado para a ABRAMGE: nós não vamos desistir do nosso direito à saúde. Nós somos incansáveis. Nós vamos continuar a nossa luta.

Agora eu gostaria de passar a palavra para a Leticia, por gentileza.

A SRA. LETICIA FANTINATTI - Boa tarde a todos.

Eu sou a Leticia. Eu sou associada e fundadora da Associação Vítimas a Mil.

O tempo que nós temos aqui é um pouco curto para um assunto de extrema gravidade. Então, eu vou tentar falar um pouco resumidamente.

Em dezembro de 2021, eu tive uma omissão de socorro sem direito a atendimento. Eu fui retirada da sala de triagem e, posteriormente, do hospital. Eu corri risco de morte por causa disso. Eu estava com o potássio em 2,8. Se chegasse a 2,5, eu viria a óbito.

Por falta de tratamento — naquela época, a Amil tinha descredenciado os hospitais em qualquer local em que eu pudesse ter acesso a atendimento —, eu desmaiei num carro a 120 quilômetros por hora, numa rodovia. O pior não aconteceu porque eu acho que percebi que estava passando mal, fiz uma ligação via *bluetooth* para a Amil e perguntei para onde eu poderia correr, pois não estava me sentindo muito bem. Apesar de não ter muita recordação, é meio óbvio que eu devo

ter dado seta e parado no acostamento. Quanto tempo eu fiquei lá, eu não sei. Quando eu retomei, quando eu acordei, eu continuava na mesma situação. Eu não tinha um hospital para ir. A Amil não conseguia me fornecer.

Nesse mesmo período, o Guilherme Barbosa Ribeiro, que é portador de paralisia cerebral, teve todo o seu tratamento interrompido na AACD, o que inclusive causou um pouco de regressão no seu tratamento. A Shirley Barboza, que é acometida de câncer de pulmão, também teve o seu tratamento suspenso e só conseguiu se tratar por causa de uma liminar. Essas pessoas que eu estou citando vão aparecer no vídeo depois.

Tudo isso aconteceu por quê? Porque naquela época, em 2021, a Amil resolveu descartar os clientes dos planos individuais quando realizou aquela venda duvidosa para a APS e para a Fiord.

Outra senhora, que se chamava Adeli Camargo — vai aparecer no vídeo —, não teve a mesma sorte que eu, a Shirley ou o Guilherme. Ela veio a óbito. Por quê? Porque ela tinha um *home care* de reabilitação pulmonar, e a Amil encerrou esse *home care* de repente. Essa senhora ficou doente, piorou, foi internada e, posteriormente, veio a óbito.

Todos os clientes individuais perderam os seus atendimentos sem aviso prévio naquela época. Ainda hoje, 2 anos depois, a operadora Amil vem realizando descredenciamentos de rede em massa. Ela dificulta a utilização do plano de saúde impondo um monte de empecilhos, como só poder fazer duas consultas por mês ou ter que aguardar 21 dias úteis para fazer um exame. Ela cancela planos, como se seus beneficiários não tivessem direito a nada e apenas fossem uma fonte de renda para a operadora. Em maio de 2024, eu estou vendo a mesma história se repetir com os planos de adesão.

Eu recebo no meu WhatsApp, talvez porque eu tenha ficado conhecida na época em que dei entrevistas em 2021, muitos pedidos de ajuda. Não são poucos! São muitos! Em alguns, vem escrito assim: *"Leticia, socorro! Ajude-me!"* Isso tudo é medo de perder o tratamento, medo de morrer, o mesmo medo que eu senti e que desejo que ninguém sinta.

Vou citar o caso da Rita Raymond, que é conhecida como Ritinha no Instagram. Ela é uma pessoa que está "bombando" muito no Instagram justamente porque grava vídeos pedindo para viver. Num dos vídeos, a Ritinha diz que um dos sonhos dela é ficar 15 dias fora do hospital com a família e o outro é dar estabilidade financeira para a mãe. Eu entendi, quando vi esses vídeos, que essa menina quer viver. Ela ainda acredita na cura e tem sonhos. Se cancelar o plano dela — ela recebeu uma carta informando que seria cancelado —, a Amil não estará tirando só o sonho, estará tirando o direito dela de viver.

Outros casos que eu também acompanho terão o tratamento interrompido, causando regressão, ou, então, terão o *home care* retirado. Pode acontecer com essas pessoas o mesmo que aconteceu com a Adeli: podem vir a óbito.

Então, não são poucas as denúncias que temos.

O *site* da ANS tem um grande problema com as Notificações de Intermediação Preliminar — NIPs. É muito difícil alguém conseguir fazer uma NIP, que seria um "Reclame Aqui" da ANS. Eu digo que a pessoa tem que ser PhD em TI para conseguir fazer uma NIP no *site*. Eu, que estou acostumada, sempre encontro dificuldades. Eu já tive que salvar um *link* para conseguir fazer a NIP. Caso contrário, eu não conseguiria.

A ANS mede se a operadora está apresentando problemas ou não por essas NIPs, mas ninguém faz NIP, porque é muito difícil. Então, eu sugiro até que a ANS passe a olhar pelo *site* do Reclame Aqui, porque lá, sim, está a realidade de tudo que as pessoas estão passando com os planos. E não é legal a realidade que está lá.

Para encerrar, eu vou questionar a propaganda da Amil, que diz que cuida de vidas. Se cuidasse de vidas mesmo, nós estaríamos aqui hoje reunidos tentando fazer com que se cumpra o *slogan: A Amil cuida de vidas*?

Eu agradeço o tempo que me dispensaram para poder colaborar. Eu teria muito mais coisas para falar, mas o tempo é curto.

Fico à disposição, caso alguém tenha interesse em aprofundar o assunto.

É só isso.

Muito obrigada.

Passo a palavra para a Silvia.

A SRA. SILVIA RODRIGUES - Boa tarde a todos.

Para complementar, eu queria mencionar que a Amil soltou uma nota, no fim da semana passada, se eu não estiver enganada, justificando o cancelamento dos planos coletivos por adesão, tratando o cancelamento como algo legal, dentro da lei, dentro do que é permitido.

A Amil sempre se vale de percentuais, embora esteja tratando de vidas. Eu sempre brinco que uma operadora de plano de saúde não é uma operadora de TV a cabo. Se você ficar sem TV a cabo, isso não afeta a sua vida. Porém, se você ficar sem plano de saúde em momentos delicados ou mesmo em momentos não delicados, afeta, sim.

Eu, por exemplo, tenho quase 40 anos de plano da Amil. Entrei lá com 15 anos. Nós pagamos o plano de saúde a vida inteira esperando poder usá-lo quando estivermos idosos — nem sempre — e começarmos a ter maiores problemas de saúde. Isso está sendo retirado dos beneficiários de planos de saúde, não só pela Amil, como pelas demais.

A Amil sempre gosta de usar o argumento: *"Mas só 1% dos planos da Amil correspondem aos coletivos por adesão cancelados na Qualicorp"*. Ora, se é 1% apenas que está dando prejuízo, por que excluir? Por que a empresa não pode atingir a sua função social e manter essas vidas? Já que é 1% só, isso não vai afetar os outros 99% de lucro que ela tem.

Quando foi a vez dos individuais e dos familiares, foi dado um pontapé porta afora, inicialmente, para a APS, já numa operação engendrada para isso ser passado para a Fiord — desculpem-me pelo termo, mas era um laranja profissional —, para assumir os planos e, depois, deixar que eles "falissem", entre aspas, porque isso não ocorre com plano de saúde. Como nossos planos são muito antigos, nós não temos no mercado um paradigma para fazer uma portabilidade. Não existe um produto igual ao nosso. Então, essa logística mal engendrada da Amil, à época, para nos colocar para fora, o que não deu certo, depois foi revertida pela ANS sob o argumento de que eles foram ludibriados também pela Amil. À época, nós éramos 340 mil vidas fora da Amil, o que representavam 6% do portfólio de clientes dela. Então, se eram só 6%, se era só 1%, eu não vejo por que incomoda tanto a ponto de ter que causar esse transtorno. Como eu disse, não são planos de TV a cabo, são planos de saúde.

Então, está havendo uma clara higienização, uma limpeza dos clientes pelas operadoras de planos de saúde. Elas estão, sim, escolhendo clientes. Elas estão apenas maquiando, para que isso não pareça uma violação à lei, mas, na verdade, estão, sim, fazendo uma higienização com os mais velhos, com os mais doentes, com os autistas, com as pessoas que têm múltiplas doenças raras, como a Ritinha, mencionada pela Leticia.

O Júnior disse, no vídeo de apresentação dele para a Amil, que estava à disposição de todos para conversar, manter um diálogo e prestar saúde, proporcionar saúde às pessoas. Eu não sei o que aconteceu de lá para cá. Não sei se é uma revanche contra a Qualicorp, da qual ele foi dono e depois saiu. Houve uma ação judicial em que ele fez um acordo recentemente. Isso foi noticiado na imprensa, mais especificamente no jornal *O Globo*. Assim que ele fez o acordo com a Qualicorp para quitar a dívida que ele tinha por conta da compra da QSaúde, ele cancelou os planos coletivos por adesão intermediados por essa empresa. Então, não sei se é revanchismo, não sei se ele tem algum tipo de acordo pela proximidade com a Qualicorp.

É preciso investigar tudo isso. Realmente, precisamos de uma CPI, de uma ação do Ministério Público e de uma ação dos Parlamentares. Nós precisamos de uma ação coletiva efetiva, porque as operadoras estão cansadas de saber que 1% dos seus clientes vai ao Judiciário para reparar as lesões de direito que têm. É mínimo o quantitativo que vai ao Judiciário. Então, isso está no orçamento deles. Eles já têm banca de advogados para cuidar disso. Isso nem risca o orçamento dessas empresas. Eles continuam fazendo. Se 1% vai reclamar e os outros 99% não reclamam, é muito vantajoso tomar essas atitudes tresloucadas, que, para nós, minam o psicológico, minam a segurança de uma assistência na fase pior da vida. Para eles, nós somos só um número, nós somos só 1%, nós somos só 6%.

A SRA. KELEN CRISTINA D'ALKMIN - Silvia, deixe-me interrompê-la. Eles estão destruindo uma coisa que, no direito civil, é elementar: a boa-fé nos contratos. Quando contratamos um plano de saúde, esperamos que ele nos dê assistência e não só receba o nosso dinheiro.

Eu queria pedir, por gentileza, para o pessoal da equipe da Comissão colocar o vídeo, porque não sei fazer isso aqui do meu computador.

(Exibição de vídeo.)

A SRA. SILVIA RODRIGUES - Eu já vou concluir.

Hoje mesmo, eu recebi um telefonema da Shirley, que aparece no vídeo. Ela tem uma liminar, em processo individual, que não está sendo cumprida pela nova gestão da Amil. Ela não consegue fazer os exames. Ela já está na segunda recidiva de câncer de pulmão e não consegue fazer os exames, nem mesmo tendo a liminar.

A SRA. LETICIA FANTINATTI - No caso dela, não é nem liminar, é sentença.

A SRA. SILVIA RODRIGUES - Exatamente. É sentença. Desculpem-me. O processo dela está em fase de apelação. Aliás, a sentença dela já foi confirmada por decisão do Tribunal de Justiça, mas eles não cumprem a sentença, ainda que provisória, e ela não consegue fazer os exames.

Então, eu acho que está na hora de a Amil botar a mão na consciência, em vez de ficar fazendo propaganda cinematográfica no horário nobre da maior emissora de televisão do País, numa campanha bilionária. Eu acho que esses bilhões fariam bem para os coletivos por adesão e para os individuais, que têm sido afrontados nos seus direitos, com uma precarização horrorosa do acesso à saúde.

Nós não estamos nos negando a conversar, adequar, ver onde tem que mexer. Sempre estivemos dispostos a conversar. Antes, até havia um Diretor na Amil que abria um canal direto de comunicação conosco, mas essa porta foi fechada. Foi dito no vídeo de apresentação do Júnior que ele estaria aberto para conversar, para dialogar, mas isso não é verdade, porque essa porta foi batida na nossa cara *(falha na transmissão)*.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Nós não estamos escutando a Silvia.

Kelen, Leticia, vocês querem acrescentar alguma coisa?

A SRA. KELEN CRISTINA D'ALKMIN - Eu agradeço, mais uma vez, a oportunidade de vir aqui falar nesta audiência pública.

Era realmente uma necessidade vir a público expressar isso, porque as pessoas não são vistas, mas podem ser ouvidas neste momento.

Muito obrigada pelo convite.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Eu agradeço.

Queremos anunciar a presença do nosso querido Deputado Marcelo Queiroz. A Deputada Flávia Morais também esteve aqui. É um prazer tê-los aqui. No momento em que quiserem fazer uso da palavra, estejam à vontade. É só sinalizar.

Eu vou passar a palavra agora para o Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo, que é representante da Qualicorp.

Em seguida, eu vou passar a palavra para a Raquel Brodsky, Defensora Pública, que está *on-line*.

O SR. ALESSANDRO PICCOLO ACAYABA DE TOLEDO - Boa tarde, Deputada Erika Kokay, demais Deputados, colegas de Mesa e todos que estão assistindo à audiência pública.

Quero fazer uma pequena correção: eu sou Presidente da Associação Nacional das Administradoras de Benefícios — ANAB. A Qualicorp e a Allcare são nossas associadas e foram convocadas. Portanto, eu as estou representando.

Aqui, na nossa frente, nós temos algumas crianças com TEA. De um tempo para cá, isso vem sendo diagnosticado com mais frequência e tem trazido a sensibilidade de todo o povo brasileiro, aliás, do mundo. Nos Estados Unidos e em outros lugares do mundo também, esse assunto vem trazendo, cada dia mais, novas informações, diagnósticos mais precisos, tratamentos, terapias, situações atreladas à fonoaudiologia, à fisioterapia e a tudo aquilo que sabemos que, de alguma forma, ajuda, obviamente, essas crianças a manterem uma condição funcional e social.

Eu estou aqui com outras autoridades do assunto e, por isso, peço que me corrijam se eu estiver falando alguma bobagem nesse sentido. Essas situações auxiliam demais essas crianças, em especial, a terem uma vida funcional e social muito mais ativa.

Nós tivemos, recentemente, no ano retrasado ou no ano passado, uma legislação que trata de terapias ilimitadas. Depois, a Agência Nacional de Saúde Suplementar condicionou essa regra como obrigatória às operadoras de saúde. Portanto, eu entendo ser superjusto o motivo que faz essas pessoas se mobilizarem para insistir em manter os seus tratamentos.

Eu acho importante também trazer aqui a visão de um lado que eu entendo que não é a regra geral. Eu acho que todos os brasileiros são dignos de confiança, são pessoas de boa-fé, mas, infelizmente, dentro deste novo cenário, com números maiores de diagnósticos e com a proliferação de clínicas que podem atender essas crianças, temos nos deparado com situações como a que foi, inclusive, na semana passada, deflagrada pelo Deputado Federal Celso Russomanno em outra Comissão que também trata de assunto semelhante a este. Naquela ocasião, foi identificada, por exemplo, uma clínica que patrocina o plano de saúde para as crianças, patrocina o seu advogado para entrar na Justiça e cobra honorários absurdos para que essas crianças possam ter acesso àqueles tratamentos.

Recentemente, eu tive a oportunidade de acompanhar uma palestra do Dr. Daniel, médico especialista nessa área. Eu acho interessante ouvir essas pessoas. Ele citou um exemplo: o tratamento que enfrenta sessões com mais de 20 horas semanais, 25 horas semanais não parece ser um tratamento adequado. Eu não sou especialista, mas peço licença para dizer que é muito importante que, nesses tratamentos, a criança também divida o seu tempo entre o sono, a alimentação, o descanso e o convívio familiar.

Quando eu olho para vocês aqui, que estão, legitimamente, defendendo essa situação, fico pensando que existem algumas circunstâncias que atrapalham essa legitimidade. Existem dezenas de outros casos, que eu poderia ficar aqui citando também, que envolvem fraudes que visam exclusivamente não aos cuidados com as crianças, mas ao benefício próprio de algumas clínicas. Isso precisa ser denunciado, porque isso acaba, inevitavelmente, fazendo com que o equilíbrio financeiro desses contratos fique prejudicado.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar está desenvolvendo um trabalho, através do Diretor da DIPRO, o Dr. Alexandre Fioranelli, muito rico e valioso, que compõe o período de 2019 a 2023, com a evolução de todas as despesas custeadas a tratamentos de autistas de 0 a 15 anos. Trata-se de um trabalho fantástico que a ANS fez e que, salvo engano, deve concluir agora, no mês de junho — inclusive, eu tive autorização do Dr. Alexandre para falar a respeito disso, antes de vir para cá —, que eu acho que valeria a pena ver e pensar.

Na qualidade de representante das administradoras, e aqui envolvidas a Qualicorp e a Allcare, que, para o bem ou para o mal, são as empresas que mantêm o contato e o relacionamento com os seus clientes... Nesses planos coletivos por adesão, você tem a figura da operadora, no caso aqui em discussão, a Amil, a Qualicorp ou a Allcare, como a estipulante do contrato, e, ao lado delas, não são uma nem são duas, são quase 150 entidades de classe profissionais, de estudantes, de crianças, todas aquelas autorizadas pela legislação da ANS para contratar plano coletivo por adesão.

No caso que se apresenta aqui sobre as rescisões unilaterais por parte da Amil, eu acho fundamental — eu sou advogado de formação, e todos nós aqui estamos buscando, de alguma forma, justiça — que consigamos enxergar e ter a lucidez de verificar qual é a condição legal de uma rescisão no nosso País hoje em dia, para que nós possamos ter condições de lutar por um direito. No caso específico de planos coletivos por adesão, coletivos empresariais, há a previsão legal, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é a agência reguladora das operadoras de saúde e também das administradoras de benefícios, da possibilidade de rescisão a qualquer tempo, respeitado o prazo de 60 dias e de 30 dias ao consumidor. Cumprida essa premissa, feitos os comunicados e tudo mais, aí está a segurança jurídica do negócio. Se vamos discutir se isso afetou mais A, B ou C, o que eu posso trazer para os senhores, como eu disse e repito, são as 150 entidades de classe profissionais que foram afetadas por esses contratos, e não foram simplesmente crianças.

Aqui eu devo fazer também um esclarecimento adicional para dizer que, embora as administradoras de benefícios estejam registradas perante a ANS, elas estão proibidas, por força de lei, de oferecer cobertura assistencial, de ser representantes de operadora, de atuar como mandatárias, de ter rede médica ou o que for.

Pois bem, o que faz então uma administradora? Ela justamente viabiliza, através da celebração de um contrato com a operadora, e oportuniza alternativa a uma série de pessoas neste País que não podem contratar ou não têm à sua disposição um plano individual, porque há uma escassez de planos individuais no mercado, que não são empresários individuais, que é uma modalidade de contratação, ou que não são, não têm uma empresa, não são funcionários de empresa. E aí por isso que estão as categorias profissionais e os estudantes. Então, ela oferece a possibilidade de alternativas para a contratação desses planos. Ela desenha esse plano, oferece, comercializa, depois faz a gestão administrativa, ou seja, a cobrança da mensalidade aos beneficiários com repasse às operadoras, uma discussão sobre os aspectos de reajuste — depois eu posso eventualmente trazer quais são as ações das administradoras que trazem, obviamente, um benefício para os beneficiários em relação à questão do reajuste, mas não é o foco isso aqui pelo que eu estou percebendo —, conferem as faturas, fazem os comunicados, fazem a movimentação cadastral. Em circunstâncias como esta que nós estamos vivendo, ao comunicar aos beneficiários, elas colocam à disposição deles por SMS, por *e-mail*, por WhatsApp e nos postos avançados das entidades, um atendimento pessoal, para poder socorrer essas pessoas, no sentido de oferecer a elas alternativas que estão dispostas dentro da sua respectiva entidade de classe. Quais são os outros produtos que eu posso substituir por esse que está sendo rescindido? E dão todo o apoio, vão atrás, inclusive, da carta da portabilidade de carências, que é o exercício da portabilidade, porque todos que têm o plano cancelado têm até 60 dias para buscar um novo plano, um novo produto, sem o cumprimento de novos prazos de carência, obviamente, obedecidas algumas regras internas editadas pela ANS.

Então, ficamos aqui à disposição, não apenas desta Comissão, como do MOAB, e com qualquer outra entidade que tenha o interesse, eventualmente, de nos procurar, para auxiliá-los justamente no endereçamento dessa causa, dessa situação, de novos produtos e tudo mais. Entendemos que estamos cumprindo o nosso dever legal e regulamentado pela ANS. Essa decisão de rescisão não foi provocada pela Qualicorp, nem pela Allcare, que aqui estou representando, mas as administradoras têm o dever de recebê-las e tratá-las da maneira como o regramento legal, a regulação do setor e as normas determinam. Caso contrário, as administradoras podem, inclusive, sofrer processos internos fiscalizatórios da ANS e, eventualmente, no limite, se descumprir essas regras, perder o seu registro.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Marcelo Queiroz. Bloco/PP - RJ) - Vou passar a palavra para a nossa Presidente da sessão.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Passo a palavra agora à Raquel Brodsky Rodrigues, Defensora Pública e ponto focal do Grupo de Trabalho Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência do Centro-Oeste.

A SRA. RAQUEL BRODSKY RODRIGUES - Boa tarde a todos. Estão me ouvindo?

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Escutamos.

A SRA. RAQUEL BRODSKY RODRIGUES - Primeiramente, vou fazer a minha audiodescrição. Eu sou uma mulher branca, de cabelos cacheados ruivo escuro, uso óculos, batom vermelho, camisa clara e tenho 40 anos de idade.

Em primeiro lugar, eu quero agradecer pelo espaço concedido. Cumprimento todos os presentes e cumprimento especialmente a Deputada Erika Kokay, grande parceira da Defensoria Pública da União, pois é ciente e sensível do papel que a instituição desempenha e do seu público-alvo.

Eu represento na audiência pública de hoje a Defensoria Pública da União, que, conforme previsto na Constituição, é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado e que a quem incumbe, como expressão e instrumento do regime democrático, a orientação jurídica, a promoção de direitos humanos, a defesa em todos os graus, judicial e extrajudicial, de direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita aos necessitados.

Por necessitado, além da população hipossuficiente ou vulnerável, em termos financeiros, temos também a população em circunstâncias como as que ora são apresentadas hoje: pessoas com deficiência, idosos, pessoas com doenças raras, pessoas em tratamento de doenças graves, todas com fundamental necessidade em relação à prestação de serviços de saúde.

Para trazer a perspectiva jurídica que o caso demanda — eu acredito que já foi inclusive abordado aqui, mas nós vamos expor a nossa visão a respeito —, é imprescindível abordar o Tema 1.082 do STJ, que diz que a operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos ao usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida.

A Defensoria Pública da União participou do julgamento do recurso que deu origem a esse precedente qualificado do Superior Tribunal de Justiça. Isto é uma tese que deve ser aplicada aos processos em que discutida idêntica questão de direito. A ANS, igualmente, foi parte com posicionamento protetivo ao cidadão contratante.

Estabeleceu-se nesse julgamento uma tese de ampla orientação jurisprudencial. A decisão não fala só em internação, ela é mais ampla, abrange tratamento já em curso para condições que garantam sobrevivência ou incolumidade física. Incolumidade é sair livre de perigo até a alta. Ou seja, se o tratamento está em curso, o paciente internado ou não, o plano continua responsável.

Nesse caso que nós estamos tratando aqui, das rescisões em bloco unilaterais dos contratos coletivos, é evidente que a interrupção do tratamento vai gerar abalo e incolumidade física. As crianças com TEA são crianças que, com muito custo, conquistaram autonomia para irem ao banheiro, para autorregulação sensorial, para conquistar um foco que lhes permite irem à escola, para não saírem correndo em direção a uma via quando saem à rua; o prejuízo é inerente à interrupção.

Eu vou destacar um trecho da decisão do Superior Tribunal de Justiça aqui que deixa muito clara a relação jurídica nesse tipo de situação: *"A aludida interpretação também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade"*, que é o que nós temos hoje em discussão.

Vou destacar alguns pontos da nota da ANS. Fico muito contente que ela esteja aqui com representantes para podermos dialogar a respeito. A nota diz que *"nos planos de contrato coletivo, após o prazo da vigência inicial, a rescisão pode ocorrer, devendo sempre ser precedida de notificação, observando-se as disposições contratuais sujeitas ao CDC. E o tempo de antecedência para a notificação fica definido em contrato"* — porque temos uma resolução da ANS que não tem mais vigência atualmente, que era a que estabelecia os 60 dias.

Só que o que tivemos na prática? Tivemos a comunicação, muitas vezes, unicamente da gestora — a Qualicorp ou a Allcare —, que foi ao menos com que lidamos na DPU; a antecedência em média era de 30 dias, e a impressão que os contratantes tiveram é que foi simplesmente para que o boleto fosse emitido com o valor correto. Não houve comunicação por parte do plano, em inúmeros casos. Tivemos relatos de pessoas que tiveram conhecimento da rescisão não com o comunicado de rescisão, mas com oferta de um novo plano: *"A Allcare oferece um novo plano"*. E este plano, há que se destacar, quando foi oferecido — porque em grande parte não houve oferta de um novo plano —, geralmente previa coparticipação, amplitude da cobertura reduzidíssima, e a informação da coparticipação não estava clara para o contratante. Com certeza, muitas pessoas aderiram a contratos sem saber da coparticipação, sem saber do nível de cobertura, e, muitas vezes, quando não se tinha oferta de outro plano, não havia, na verdade, orientação clara de procurar a ANS. Não havia essa orientação.

Então, temos alguns pontos aqui para destacar. Vou fazer um resumo rápido do descumprimento ao tema. O tema fala em rescisão regular. Nós temos uma rescisão permeada de irregularidades, como as que eu mencionei aqui, sem a devida informação ao consumidor, partindo do mais amplo ao mais violador da dignidade da pessoa humana. O contrato aqui é

um contrato de saúde. O que se espera de um contrato de saúde? Que a prestação não seja imediata ou de curta duração. Ela é uma prestação diferida no tempo.

Temos, ainda, um portador de moléstia grave, ou pessoa com deficiência, ou uma pessoa idosa que já está em um tratamento, que a cobertura está válida, e a prestação, como eu disse, é esperada para ser diferida no tempo, a negativa de continuidade é evidente que fere a boa-fé contratual. Ninguém aqui está dizendo que é impossível ter lucro. Sabemos que nós estamos em um sistema capitalista, em que o lucro faz parte, enfim, a busca de promoção das empresas, mas a natureza do contrato da qual estamos falando é a saúde, e os segurados estavam em conduta regular. Ninguém está falando aqui na prestação de um serviço gratuito. Não! As pessoas estavam pagando com muita dificuldade mês a mês e foram surpreendidas com essa decisão unilateral e com a ciência parcial, como eu disse, por parte da gestora, sem informação de qualidade, sem oferta de outro plano. Então, é inegável que tenhamos, nesse caso, além da relação contratual despida de boa-fé, a violação da dignidade da pessoa humana. O contrato de saúde não é um contrato livre, não é como um contrato de uma aquisição de uma roupa numa loja, é um contrato regulado pelo Estado. Nós temos a saúde suplementar prevista com parte do Estado de regulação pela ANS.

Dentre os pontos aqui que destacamos, pretendemos apenas que sejam mantidas as condições do contrato que permitiam que tratamentos viessem sendo prestados. Volto a ressaltar que a lógica de mercado é compreendida, mas quando as diretrizes empresariais colidem com outras de alto relevo social e preponderantes, não há, de maneira nenhuma, em qualquer visão, em qualquer olhar, meios de que essa situação fique como está.

Um dos pontos muito bem destacados na nota da ANS é a questão de que não se pode promover uma seleção de riscos de cobertura. Na prática, o que estamos vendo é uma seleção dos riscos. A rescisão unilateral dos contratos, sem antecedência legal, sem oferta de planos equivalentes, é nada mais do que uma — perdoem-me a conclusão — continuidade da estratégia do valor econômico em relações que são de interesse social. Nesse caso, está esvaziada a solidariedade social, que impulsiona as relações jurídicas.

Após uma primeira estratégia de forçar um rol taxativo, nós nos deparamos com uma nova estratégia, que é de uma rescisão unilateral forçada para que uma nova adesão seja extremamente prejudicial para o contratante, vindo a beneficiar apenas quem é o detentor do capital nesse caso. É evidente ainda que essa sobrecarga de tratamentos, que já ocorre no SUS, vai se tornar ainda pior.

Então, a Defensoria Pública está aqui não só para defender o direito dessas pessoas que foram vítimas de uma injusta rescisão unilateral. Nós estamos aqui também pensando em toda a população que se utiliza dos serviços de saúde, inclusive o do SUS.

Nós já sabemos que os tratamentos para autistas têm filas intermináveis, falta especialidade, falta, digamos, um mínimo que é estabelecido pelos profissionais de saúde do próprio Sistema Único de Saúde.

Como vai ficar essa situação de inúmeras pessoas que terão cobertura contratual insuficiente e que, ao se depararem com o valor da coparticipação, vão correr para o SUS? Ou, então, como vai ficar a situação de pessoas que vão tentar o reembolso e, não conseguindo, vão correr para o SUS, ou ainda de pessoas que sequer vão conseguir contratar um novo plano de saúde?

Temos aqui um quadro que merece muita atenção e que, a nosso ver, é insustentável. A Defensoria Pública da União, na função de atenção à população vulnerável e de promoção dos direitos humanos, está à disposição para o diálogo, sempre em defesa do cidadão.

Muito obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Agradeço à Dra. Raquel.

Vamos passar a palavra ao Sr. Marcos Paulo Novais Silva, Diretor-Executivo da Associação Brasileira de Plano de Saúde — ABRANGE, que aqui está representando a Amil.

O SR. MARCOS PAULO NOVAIS SILVA - Olá, muito boa tarde a todos, Deputada Erika, Deputado Marcelo e principalmente também as mães e as crianças que estão aqui conosco.

Até tenho uma apresentação, mas eu acho que quero aproveitar muito esses valiosos minutos que temos para, na verdade, conversar e apresentar um pouco para vocês os desafios e o que nós temos na verdade do ponto de vista de plano de saúde no Brasil e as opções também.

Acho que o primeiro ponto que eu gostaria de acrescentar é que 51 milhões de pessoas no Brasil têm plano de saúde. Neste exato momento, temos 125 mil pessoas internadas. Não estamos discutindo se essas pessoas vão descontinuar a

internação, porque todo esse sistema está girando, está funcionando sobre regras que foram montadas e construídas neste Parlamento em 1998.

Vou compartilhar um ponto importante com todos vocês.

Acho que aquela legislação — essa legislação feita em 1998 — não foi feita com base na empresa A ou na empresa B. Imagine se a empresa A não estiver mais aqui no País, como vai ficar? Será que todo mundo vai ficar desassistido? Eu acho que essa é uma preocupação nossa. A legislação foi feita de forma ampla, para legislar um mercado em que temos várias empresas. Nós não podemos depender de uma empresa A ou B. Nós não podemos depender de um plano de saúde A ou B. Acho que esse é um ponto importante que eu quero compartilhar, porque amanhã pode ser que algumas dessas empresas não estejam aqui.

Antes de tudo, também sou pai do Arthur. O Arthur tem 6 anos. Sabemos que colocamos os filhos antes de tudo, eles estão na nossa frente. Nós vamos trabalhar e vamos, na verdade, acordar todos os dias pensando em como dar a eles aquilo que nós nunca tivemos, inclusive. O Arthur nasceu também com cobertura de plano de saúde, ou seja, nasceu num hospital com todas as suas despesas custeadas pelo plano de saúde. É um filho desse setor.

Estou nesse setor há 15 anos. Sou Diretor-Executivo da ABRANGE. Vimos aqui tantas falas.

O que é a ABRANGE? A ABRANGE é uma associação como tantas outras, inclusive já nos disseram aqui que representam algo e que trazem um objetivo claro: associam pessoas, ou associam empresas.

Qual é o objetivo da ABRANGE? A ABRANGE nasceu há 56 anos. São operadores de plano de saúde. Naquela época, na verdade, eles eram donos de hospitais que montaram os primeiros planos de saúde no Brasil. O que eles queriam ou desejavam? Como nós fazemos para dar acesso à saúde? Acesso à saúde era tão caro, tão difícil para a nossa população. Naquela época, estávamos pensando em acesso ao hospital, a uma cirurgia de apendicite, que era talvez uma das coisas mais difíceis de ter acesso. Como fazemos para dar acesso a um serviço que é muito caro, ou que é custoso, para uma população carente, de baixa e média renda? Vamos organizar em plano de saúde.

O que é o plano de saúde? Plano de saúde é a reunião de pessoas. Aqui, poderíamos fazer uma espécie de plano coletivo por adesão de mil pessoas, profissionais da Casa, da Câmara dos Deputados, uma associação de profissionais. Essas pessoas vão passar a ter cobertura dentro de um contrato, um contrato com essas mil pessoas vinculadas. Qual é o pressuposto? Construímos esse plano de saúde ou o desenvolvemos no sentido de que seja sustentável.

Esse contrato tem que se sustentar ao longo do tempo. Ele foi construído com base na legislação da época. Esse é um ponto importante também que precisamos compartilhar com todos vocês. A legislação de plano de saúde da década passada, comparada com a de hoje, já mudou muito. Aqueles planos que foram construídos há 10 anos já estão se mostrando insustentáveis, porque, de lá para cá, mudou a legislação. Nós somos um dos países do mundo que incorpora tecnologia mais rapidamente. Estamos incorporando medicações que custam 10 milhões de reais uma única injeção. Isso está coberto por plano de saúde. Se o plano de saúde dos meus pais tiver uma cobertura desse medicamento, vai quebrar, pois ele não fatura isso em 1 mês. Ele vai precisar de 2 meses de faturamento para custear uma única injeção. E detalhe importante: se ele precisar custear essa única injeção, o que ele vai fazer com os demais beneficiários? Vai falar para eles esperarem 2 meses, porque a mensalidade de todo mundo, por 2 meses, vai ser utilizada para pagar um tratamento. Depois disso, volta a consumir recursos de saúde. Será que tem como fazer isso? É possível ou não?

No Brasil, estamos optando pela saída mais difícil. Vamos dizer para essa empresa que ela não vai conseguir seguir, o órgão regulador vai encerrar aquela operação. E, no meu caso pessoal, em específico, os meus pais vão ficar sem aquele plano de saúde, e, eventualmente, vou ter que buscar outro, usar a portabilidade de carências, etc.

Este é um ponto importante para nós compartilharmos também. A legislação de 2015, 2016, 2017 já é muito diferente da de hoje. Nós precisamos, na verdade, adaptar-nos, pois os planos de saúde, esses comercializados ou desenvolvidos lá atrás, estão se mostrando muito insustentáveis. Novos modelos estão surgindo.

Quando falamos das terapias, o que vemos na prática? Vemos quase um padrão: 40 horas semanais para todos os atendimentos. Tudo isso está tornando muito mais difícil a organização. Nós nos vimos num grande desafio nos últimos 3 anos. Nós não tínhamos clínicas suficientes no Brasil, talvez não tenhamos até hoje, com qualidade, para atender todas essas crianças. Nós não temos. Isso é fato. Estamos trabalhando para conquistar e tê-las.

Vou dar um outro exemplo para vocês que aconteceu nessa semana. O nosso diretor médico, em questão de 8 minutos, conseguiu um certificado de assistente terapêutico — em 8 minutos! Ele fez uma prova e está certificado agora como assistente terapêutico. É essa a qualidade do profissional que precisamos na ponta? Precisamos de muito mais do que isso. Vamos precisar trabalhar muito ainda.

No sistema público, quando olhamos para o lado das terapias para a condição do Transtorno do Espectro Autista — TEA, vemos, na verdade, a ausência completa do Estado. Salvo raras exceções, que estão difíceis de encontrar, eu ainda não

as conheço, vamos ter algum tipo de tratamento. Eu moro em São Paulo, sou mineiro e garanto a vocês que em ambos os locais não os temos ainda. Precisamos evoluir muito. Se, nos planos de saúde, ainda precisamos evoluir e aprimorar muito, no sistema público, precisamos começar a construir essas unidades que vão dar atendimentos, porque não as temos hoje. Nós não temos hoje nenhum nível de qualidade ou controle de qualidade.

Como associação e como representante de operadoras, nós estamos estimulando a construção de padrões de qualidade. Nós não sabemos, hoje, quais clínicas vão entregar o melhor resultado assistencial. E o nosso risco é, daqui a 5 anos, descobrirmos que aquela clínica que nossas crianças frequentaram por 5 anos não apresentava os melhores resultados.

Presenciamos, inclusive, relatos de mães de crianças que estavam em clínicas que davam um iPad na mão de cada criança. Elas estavam ali, por alguns anos, fazendo tratamento. Agora foram a um profissional especializado, e ele falou que elas regrediram, não avançaram. Quer dizer, será que é do iPad que precisamos? Será que, na verdade, não precisamos questionar o que esse assistente ou esse profissional precisa para oferecer um serviço de saúde de qualidade a todas elas? Temos muito que evoluir. No caso do nosso plano de saúde da Câmara, em que temos mil profissionais vinculados a ele, o que precisamos fazer? Ele precisa ser sustentável. E o que nós estamos vendo no decorrer dos últimos anos? Muitas vezes, quando se aplica o reajuste nesse contrato, muitas pessoas saem dele. Quer dizer, 100, 200, 300 pessoas saem do contrato, pessoas que estão com um nível de utilização muito baixo, e ficam no contrato pessoas que têm um nível de utilização mais elevado. Vemos esses contratos se tornarem insustentáveis, porque os reajustes necessários para eles se equilibrarem seriam tão elevados, que as próprias pessoas, na verdade, estão se autosselecionando. Ao saírem do plano de saúde, as pessoas tornam esse contrato insustentável ao longo do tempo. Um ponto importante: por outro lado, para torná-lo sustentável, precisamos de reajustes muito elevados, o que acaba expulsando pessoas que têm baixos níveis de utilização. E essas pessoas expulsas é que estavam ajudando aquele contrato a se sustentar ao longo do tempo.

Por isso, é importante — e caminhando para minhas considerações finais —, Deputada Erika, e é o maior ganho que tivemos, exercitarmos muito neste momento a portabilidade de carências. Lembro que a nossa legislação de 1998, a nossa legislação maior, instituiu que todos os planos de saúde são iguais, têm as mesmas coberturas. Eles podem ter poucas variações, podem ter uma variação de rede, podem ser com coparticipação ou sem coparticipação, podem ter uma variação de internação em enfermaria ou quarto. No restante, todas as coberturas são iguais. Os tratamentos devem ter continuidade sem nenhum tipo de carência.

Nós nos colocamos à disposição para, depois, deixar os contatos aqui, para fazê-los entender se essa portabilidade está com dificuldades, se não há ausência de produtos no mercado, ausência de planos. De novo, ela precisa funcionar, e precisamos conhecer todas essas dificuldades, porque não temos garantia de que a operadora que hoje dá assistência à saúde para mim ou para o Arthur vai continuar aqui conosco. E queremos continuar, sim, tendo acesso a serviço de saúde, e que seja de qualidade, medido por uma instituição independente que consiga nos mostrar quais são as melhores clínicas, quais são as melhores unidades, quais são os melhores hospitais do ponto de vista de indicadores de assistência, indicadores de resolutividade. Precisamos de um sistema cada vez melhor nesse sentido, independentemente da operadora, independentemente do plano de saúde em que estamos.

Então, é isso.

Eu me coloco à disposição de todos vocês e agradeço muito a oportunidade de estar aqui, Deputada Erika.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Eu queria anunciar a presença do Vereador de Catas Altas, Cassyo Vieira, do Podemos de Minas Gerais. É um prazer tê-lo aqui.

Eu vou passar agora a palavra, fazendo uma intercalação entre as pessoas que se inscreveram e as pessoas que estão à mesa, para a Marlla Mendes de Sousa, a primeira Presidenta da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Autista da OAB Nacional.

A SRA. MARLLA MENDES DE SOUSA - Olá! Boa tarde.

Eu queria agradecer a oportunidade dessa intercalação à Deputada Erika e agradecer a presença da Viviani Guimarães, com quem trabalho já há alguns anos na defesa dos direitos da pessoa com autismo — ela tem um filho adulto, e o meu só tem 10 anos. E agradeço às mães aqui presentes e a todos os Parlamentares.

Eu queria fazer algumas ponderações no seguinte contexto. Quando se fala de equilíbrio dos contratos e da saída desses contratantes — e, no caso, o senhor deu, inclusive, o exemplo aqui da Câmara —, vale dizer que todos pagam a coparticipação de acordo com o uso do plano. No caso dos planos de saúde da Câmara, as pessoas pagam coparticipação.

Esses contratantes não estão saindo porque há pessoas que estão utilizando mais ou menos os planos. Isso aí é uma decisão individual deles. Inclusive, por conhecer, de fato, pessoas da Câmara, sabemos, inclusive, que há muitos servidores que

têm planos de saúde, sim, e que estão no espectro também, e que existem muitos servidores idosos. Com relação aos idosos, sabemos que, na Câmara e no Congresso Nacional em si, há a questão histórica. Então, não tem nada a ver com o autismo.

Realmente existem clínicas que podem não atender tecnicamente todo o protocolo de tratamento do autismo. Invariavelmente vemos, infelizmente, matérias que tentam jogar os usuários de planos de saúde que têm doenças raras ou estão em tratamentos de câncer contra as pessoas com autismo. De fato, todos assinaram um contrato amplo que prevê os tratamentos. Se houve ou não a questão do rol taxativo ter sido conseguido por nós e por toda a sociedade que batalhou e esteve em frente ao STJ ou à Câmara Federal, esse é um direito que conseguimos também neste Parlamento.

E, por mais que exista a lei de 1998 que fala de plano de saúde e tudo isso, agora não podemos ter paz. Eu acabei de sair do Senado com duas mães não leigas, pessoas destruídas, que estavam tentando fazer a portabilidade. Fizeram todos os protocolos, fizeram todos os passos da portabilidade determinados pela ANS. As pessoas perdem o prazo porque não conseguem fazer a portabilidade. É uma "importabilidade". É impossível fazê-la!

Então, as pessoas seguem o comunicado, mas há uma desinformação tão grande... E são pessoas que moram em área nobre, no Setor Noroeste ou no Lago Norte aqui em Brasília — eu não estou falando de periferia, não! —, que não conseguem fazer a portabilidade e têm filhos com nível 3 de suporte, pessoas que se sentem acuadas porque não têm como sair com os filhos para rua.

Existem clínicas, sim, que dizem: *"Ah, 20 horas? Vinte horas é a Análise do Comportamento Aplicada — ABA. Você tem como fazer 20 horas, 5 vezes na semana, 4 horas por dia"*. Isso é o contraturno. E o tratamento não é só a ABA, mas também a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a psicomotricidade e a psicopedagogia. Tudo isso envolve a parte educacional, porque a psicopedagogia está sendo coberta pelos planos. Ela envolve o conhecimento, a parte cognitiva, neuronal, a poda neural, que não foi feita na idade certa, a multiplicação dos neurônios, que tem que ser trabalhada com a Análise do Comportamento Aplicada. O manejo do comportamento é levar a criança para o banheiro, é ensiná-la a vestir a roupa, é ensiná-la a limpar a boca, é ensiná-la a cortar uma comida para botar na boca, a usar um guardanapo, para ela estar em condições de conviver em sociedade e para os seus pares, que estão fora do espectro, entenderem a condição daquela pessoa. E aí vocês vêm me dizer que isso é porque outras pessoas estão saindo? Não! Quem recebeu o comunicado foram as pessoas que entraram no desespero e que pagam. Eu, no meu caso, deixei de trabalhar fora. Meu marido esteve aqui agora. Ele trabalha três turnos, faz bico, dá aula, e tudo isso para termos... Há muito tempo, há mais de 5 anos, temos um carro só. E aí, depois, o que acontece? *"Ah não! As pessoas mandam avisos."* Não foi o meu caso, o meu plano está em pleno funcionamento. Mas e aí?

Hoje, eu tenho um áudio aqui, se vocês quiserem ouvir, de uma mãe dizendo: *"Eu gostaria muito de ir, mas meu filho está trancado dentro de casa comigo. Ele não tem mais tratamento e é nível 3 de suporte"*.

Então, há essa desigualdade, há uma desinformação muito grande quando tal empresa seguradora de saúde pública algo e desinforma pessoas de boa-fé, como a defensora disse, que entendem que seus filhos não vão ter mais atendimento. E aquele pouco regrado que pagam, elas dizem que vão deixar de pagar e perdem o prazo da portabilidade por serem leigos e por não conseguirem transferir, nessa torre de Babel...

Eu queria saber onde estão os postos pessoais, porque é tudo via *call center*!

Gente, desculpe, é tudo via *call center*! Há postos pessoais onde? Eu gostaria de saber, porque não existem. A ANS não recebe ninguém presencialmente, nem uma empresa de plano de saúde.

Então, por favor, é muito bonito falar para as pessoas que não têm como rebater, mas nós temos.

Obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Marlla.

Eu vou passar a palavra para a Fabricia Goltara Vasconcellos Faedrich.

V.Exa. quer falar agora, Deputado? *(Pausa.)*

Vou passar a palavra, então, para o Deputado Marcelo Queiroz. Depois eu a passarei para a Fabricia e para o Marcus Teixeira Braz.

O SR. MARCELO QUEIROZ (Bloco/PP - RJ) - Inicialmente, quero elogiar a sua atitude, Deputada Erika Kokay, que está presidindo esta audiência pública de tanta valia.

Agradeço a todos os demais membros da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a todos os presentes na mesa pela atenção e carinho.

A minha única ponderação, contestando um pouquinho o que foi dito aqui em relação às empresas de plano de saúde, é com relação a algo que me preocupa bastante. Tudo bem que não é o tema central da audiência, mas tem a ver. Obviamente,

temos um corte de direitos, uma série de tratamentos está sendo discutida, mas há um assunto que eu geralmente abordo, que é a questão dos reajustes.

Parece que está havendo uma dificuldade, e os reajustes dos planos de adesão — principalmente os planos de profissionais — foram de 25% a 30% neste ano. Então, para mim, isso já é uma coisa que assusta também. Obviamente, isso assusta, mas já arcamos com esse custo, porque os direitos também estão sendo cortados. Esse é um primeiro ponto.

Um segundo ponto — e é fruto de um projeto de lei a que dei entrada nesta semana, e acho que, depois, podemos aperfeiçoar a discussão — é a questão da transparência das contas desses planos de adesão e planos coletivos.

A minha ideia é conseguirmos, talvez, criar um portal com todas as 153 entidades. O que não fica muito claro hoje é essa conta, à qual não temos acesso.

As pessoas perguntam aqui qual é a conta da Câmara. Eu sou Deputado, eu contribuo com o plano de saúde, mas eu não sei qual é a conta. Se eu que sou Deputado não sei qual é a conta, imagine o cara que está filiado à UNE, ao plano dos advogados, ao plano dos arquitetos! O cara paga boleto. Ele não faz essa conta.

Então, acho que depois poderíamos pensar em conjunto com as empresas de plano de saúde, com as prestadoras de serviços, para ver se conseguimos fazer um portal com essas 153 entidades para vermos essa conta. Hoje o desespero de todos nós é ver a ANS regulando o plano individual em 9%, 10%, ver que não existe mais plano individual. O que existe hoje é plano coletivo, e está todo mundo à deriva sem saber a regra. Enquanto o individual é regulado em 9% — mas não existe individual —, o coletivo o é 25%, 30%. Ao mesmo tempo, estão cortando direitos.

O mais preocupante, apesar do discurso de os planos estarem sendo cada vez mais sacrificados, é ver no mercado o inverso. Vê-se um grande grupo se consolidando. São planos comprando redes hospitalares. É isso que todo dia acontece. Se eu abrir aqui o jornal *Valor Econômico*, a *Gazeta Mercantil*, o *InfoMoney*, veremos que as redes hospitalares e os planos são basicamente os grandes grupos. Ao mesmo tempo em que o plano dá prejuízo, o hospital dá lucro; depois o hospital dá prejuízo, o plano dá lucro. Eu acho que isso está confundindo a cabeça das pessoas.

É óbvio, entendo, realmente um remédio pode... No entanto, essa conta não está clara. E o desespero das pessoas é que está aumentando o valor plano, os direitos estão sendo cerceados, e, ao mesmo tempo, na Internet, elas veem o grupo X comprando o grupo Y e não entendem essa operação. Isso tem acontecido no Rio de Janeiro, onde, por exemplo, existe um grande grupo de saúde que é a mesma coisa que a grande rede hospitalar. Todo mundo sabe disso. Há um hospital em cada bairro com o nome de cada bairro, e da mesma rede.

Quero agradecer essa participação. Acho que ninguém tem a solução do sucesso, mas talvez um primeiro passo — pode ser que essa não seja uma questão, porque aqui há outras discussões — seja um portal de transparência para a questão dos planos, de adesão aos planos profissionais como o início de um possível caminho.

Eu também não sou da solução de regulamentar tudo. O problema que está acontecendo é que, daqui a pouco, estará ruim para todo mundo. O médico reclama, as pessoas portadoras de deficiência reclamam, os planos reclamam, as operadoras reclamam, o Governo reclama. Então, está ruim para todo mundo. Ou nós vamos acertar isso, ou, daqui a pouco, veremos tudo acabar. O plano quebrará. O hospital quebrará. O Governo, insatisfeito. O SUS, sobrecarregado. As pessoas morrendo. Eu acho que é isso que nós precisamos resolver.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Deputado.

Eu falei da Fabricia e do Marcus, mas, na verdade, vou pedir para vocês esperarem só um pouquinho, porque nós vamos escutar agora a Patricia Parreira, médica neuropediatra.

A SRA. PATRICIA PARREIRA GENOVESE - Boa tarde a todos.

Queria agradecer à Deputada pela plenária, pela disposição em escutar todos nós aqui.

Eu venho falar como porta-voz das mães. *(Palmas.)*

Sou médica neuropediatra há 15 anos. Trabalho na rede pública aqui do DF e tenho meu consultório privado também. Trabalho numa unidade que é referência em tratamento de saúde mental infanto-juvenil chamada COMPP — não sei se essas pessoas aqui conhecem. Eu sou a única neuropediatra do serviço. A nossa fila de espera é de mais de 4 mil pessoas, especificamente da neuropediatria são mais de 10 mil pessoas. Há 10 mil crianças aguardando atendimento. Também atendo pacientes que têm acesso à saúde suplementar, que têm convênios, e sou usuária de convênios.

O impacto que o autismo traz para a vida dessas famílias é imenso. A pessoa ter um filho dentro do espectro tira dela a liberdade como mãe, como pai. Eu escuto isso todos os dias. Só no mês passado, cinco mães tentaram suicídio. E, se elas não tentaram, estiveram para praticar.

Isso me dói muito porque a pessoa deixa de ter vida para cuidar do seu filho. Geralmente, quem é o provedor financeiro tem que trabalhar muito mais para dar conta financeiramente dessa família. O gasto de saúde que essas famílias têm chega a ser 20%, 30% maior do que o das famílias típicas. E a vida dessas pessoas é correr de um lado para o outro. Isso quando os pais não abandonam o filho e as mães ficam sozinhas com essa criança. E é preciso ir para a fono, da fono vai para a psicóloga, da psicóloga vai para a TO, da TO tem que ir para a equoterapia, da equoterapia volta para a musicoterapia. A vida é correr de um lado para o outro tentando fazer com que seu filho não se desregule nesse trajeto, porque são 40 minutos para ir para um lugar, 40 minutos em sessão, 40 minutos para ir para outro. *(Pausa.)*

Eu acho muito cruel a corda arrebentar para o lado mais fraco.

Vou fazer um relato do que houve com um paciente meu na semana passada, que pagava convênio há muito tempo. Eu atendi o paciente, um menino autista que está perdendo as forças nos membros inferiores, pedi os exames, mas foi cancelado o plano. A mãe veio desesperada. O que ela vai fazer com o filho dela? Eu fiquei 1 hora e meia sentada inserindo a criança na fila do Sarah. Tive que fazer um relatório, fazer todo um cadastro para essa criança não ficar desassistida totalmente, porque ela iria ficar completamente desassistida. Ela iria entrar numa fila do SUS, demorar no mínimo 2 anos, 3 anos para ser acolhida e, quem dirá, depois assistida. E, se fosse assistida, provavelmente não iria conseguir os exames.

Então, as famílias lutam muito para manter um convênio, para conseguir sair da rede pública, da espera, do atendimento que não é ideal e de qualidade. E, quando elas conseguem pagar, conseguem um convênio, conseguem uma clínica que as atenda, ainda assim não é como deveria. É sofrido, é difícil. Elas passam a viver literalmente como dependentes da criança — de onde a criança vai, de qual é a terapia, do que a criança tem que fazer — e têm que sair com comida, têm que sair com brinquedo, têm que sair com um monte de coisa. São coisas pelas quais todas as famílias típicas com criança passam até essas crianças completarem 3 ou 4 anos. Mas as famílias com crianças atípicas passam, às vezes, por isto pelo resto da vida: não dormir à noite, não poder sair porque a criança não vai comer fora, não poder receber visitas em casa porque a criança vai se desregular, não conseguir ir a um parque no fim de semana porque a criança não vai dar conta de ficar lá.

Então, é muito cruel a família se sacrificar, fazer tudo para pagar esse convênio, e, na hora que mais precisa, esse convênio é desligado. Ela não tem esse suporte, que não está sendo implorado, foi pago por ele. E eu escuto isso praticamente todos os dias da minha vida.

Como médica, eu também vejo o quanto a terapia muda a vida da criança — literalmente muda a vida da criança —, da criança que às vezes não falava nada, não conseguia interagir de nenhuma forma, não conseguia ter uma vida independente e autônoma de maneira alguma. Após a terapia, ela passa a ser uma criança funcional.

Então, até do ponto de vista econômico, cuidar de crianças que são autistas, que estão dentro do transtorno do espectro do autismo, é algo que vai mudar a economia. Essas crianças podem passar de gastadoras de dinheiro público para produtoras de dinheiro público, ao trabalharem fora, ao poderem atuar no mercado de trabalho, ao terem uma vida funcional e autônoma como qualquer pessoa. E, para que consiga chegar lá, ela precisa de terapia. As terapias são essenciais. O quanto antes isso acontecer, melhor vai ser para a evolução dessa criança, melhor vai ser para o futuro dessa criança.

Precisamos, sim, aproveitar a neuroplasticidade. O que é neuroplasticidade, de forma bem resumida? É o nosso cérebro se remodelar frente a qualquer aprendizado que ele tem. Temos neuroplasticidade na nossa vida inteira; mas, na primeira infância, o nosso cérebro está ávido por isso. As conexões cerebrais são muito mais intensas, muito mais rápidas. Com isso, conseguimos fazer com que esse cérebro se remodele de uma forma muito melhor, e essa criança consiga desenvolver muito mais habilidades de comunicação, de interação, de autonomia na vida diária. No futuro, ela vai deixar de ser uma criança que dá trabalho para ser uma criança que auxilia, que ajuda, que produz.

A sociedade precisa entender isso, os convênios precisam entender isso, e o Governo precisa entender isso. Investir no autista é ganho financeiro, é ganho funcional, é ganho para toda a sociedade. Lá no futuro, isso vai fazer muita diferença.

Não quero me estender muito, mas as famílias precisam ser ouvidas. Não é justo que as famílias paguem o preço da saúde. A saúde é, sim, um comércio; mas a vida não pode ser. A vida das pessoas não tem preço. E temos que cuidar dessas crianças.

É isso. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Agradeço a Patricia Parreira pela contribuição.

Passo a palavra para Fabricia Goltara Vasconcellos Faedrich e, depois, para Marcus Teixeira Braz, que vão participar de forma virtual.

A SRA. FABRICIA GOLTARA VASCONCELLOS FAEDRICH - Boa tarde.

Eu queria cumprimentar todos que compõem este fórum, na pessoa da Deputada Erika Kokay, que tem o objetivo de discutir um assunto que é tão caro a todos nós.

Quero começar dizendo que a agência está sempre à disposição no que for necessário para participar de qualquer fórum. E, Deputada Erika, eu, Kelen, Leticia, Raquel, Silvia e Marcus ficamos fora da audiência por alguns minutos por uma questão de conexão. Então, não sei se há algum prejuízo, mas queria deixar avisado.

Eu vou fazer uma pequena apresentação, e serei breve, para poder dar algumas respostas que foram colocadas aqui pela Dra. Patricia, pela Marlla, pela própria Kelen — que também as colocou —, pela Silvia e pelo Dr. Marcelo.

Vou fazer uma rápida apresentação, porque o nosso tempo é curto.

(Segue-se exibição de imagens.)

Este primeiro eslaide mostra uma breve contextualização. Já foi falado por outros integrantes que a saúde é um direito previsto constitucionalmente e é um dever do Estado, podendo a iniciativa privada atuar no setor de saúde, mas esse é um dever efetivamente do Estado, e a cobertura tem que ser universal para todo cidadão. E o cidadão, podendo, pode contratar uma assistência à saúde de forma suplementar, que é o caso que estamos debatendo aqui.

O marco regulatório acontece em 1998, com a Lei dos Planos de Saúde, que traz uma igualdade de tratamento nas coberturas — acho que o Marcos Novais trouxe esse resgate — e diz que, a partir de 1998, todo plano que tem o mesmo tipo de cobertura assistencial cobre as mesmas despesas assistenciais, os mesmos procedimentos, e também passa a ser obrigatória a cobertura de toda doença listada na Classificação Estatística Internacional de Doenças, trazendo uma igualdade de tratamento a todos aqueles que têm contratos de plano de saúde, acabando com as iniquidades que existiam a depender do contrato.

A própria lei, ainda em 1998, já trata da seleção de risco. O legislador, quando fez a Lei dos Planos de Saúde, já impediu, de cara, a seleção de risco no ingresso ao plano. Então, ele diz lá no art. 14 que, em razão da idade do consumidor ou pelo fato de ele ser portador de deficiência, ninguém pode ser impedido de contratar plano de saúde.

O que acontece? A agência entende, após regulamentar esse artigo, como veremos mais à frente, que, na verdade, a idade e ser portador de deficiência são róis exemplificativos. A agência, quando regulamenta esse art. 14, entende que não pode haver qualquer tipo de diferenciação entre beneficiários, não só no ingresso como também na rescisão. E nada pode ser cobrado do beneficiário; no caso de um plano individual, em que seja apenas uma pessoa — pessoa natural de livre adesão. Nos planos coletivos, a única coisa que pode ser cobrada para que ele ingresse é que haja um vínculo com a pessoa jurídica contratante, seja uma associação, seja uma empresa empregadora.

A agência, além da Resolução Normativa nº 557, de 2022, que na verdade é a antiga Resolução Normativa nº 195, de 2009, traz uma súmula que é específica para seleção de risco. Ela veda a prática da seleção de risco das operadoras, seja na contratação de plano individual, seja na de plano coletivo, seja por adesão, seja coletivo empresarial. Não há qualquer permissão de seleção de risco em qualquer tipo de contratação.

Nos casos dos planos coletivos, isso se aplica tanto à totalidade do grupo, ou seja, aquele grupo inteiro que compõe aquele contrato, quanto à inclusão ou à exclusão de um dos seus membros, que seria apenas um beneficiário específico.

A própria lei, para mitigar alguns riscos e proteger a sustentabilidade da operadora, já fez uma previsão de obrigatoriedade do cumprimento de carência, para que tivéssemos um mútuo ali, aquele fundo sustentável, e também de cobertura parcial temporária para doença e lesão preexistente.

O legislador também trouxe, ainda lá em 1998, uma expressa vedação de rescisão nos contratos individuais, por que há a hipossuficiência do consumidor individual em relação a qualquer tipo de contrato de adesão. Aqui estamos falando do plano de saúde, em que ela é clara.

Então, o próprio legislador não deixou nem a cargo da regulamentação do órgão regulador; já trouxe essa vedação e só permite a rescisão de um contrato individual se for por casos de fraude ou inadimplência superior a 60 dias. Além disso, ainda a Lei nº 9.656, de 1998, a Lei dos Planos, impede a rescisão do contrato individual nos casos em que o beneficiário titular está internado. Ela traz essa vedação, porque a lógica do legislador foi: o titular em geral é o provedor da família, se ele está internado, pode ser que não esteja trabalhando. Então, mesmo inadimplente, quando internado o beneficiário, por conta da lei, é vedada a rescisão desse contrato. Quanto a essa previsão, a agência acaba fazendo uma extensão em 2015 e também impede a rescisão do contrato individual nos casos de dependentes internados. Aqui estamos falando de efetivo impedimento de rescisão, não é nem de cobertura assistencial pós-rescisão, caso que eu vou tratar agora no contrato coletivo.

Já em relação ao contrato coletivo, o que vigora na ANS hoje é: as condições de rescisão de contrato coletivo devem estar previstas em contrato.

Eu não sei se a Leticia ou se a Silvia trouxe a informação de que, hoje, estão utilizando o prazo de 30 dias para fazer a rescisão contratual. A grande verdade é que a agência tinha outro parágrafo que regulamentava esse artigo. O artigo dizia que as condições para a rescisão de contratos coletivos devem estar previstas no contrato. O parágrafo único dizia que a rescisão imotivada, ocorrendo em menos de 12 meses, é passível de multa rescisória e também precisava de prévia notificação de 60 dias.

Por conta de uma ação do PROCON-RJ em relação a isso, em 2020, a ANS foi obrigada a revogar esse parágrafo único. Houve uma decisão judicial que transitou em julgado da qual a ANS foi parte. E foi retirado esse parágrafo único, em que havia a previsão dessa notificação de 60 dias e de que a rescisão imotivada só poderia ocorrer por período inferior a 12 meses. Então, ficou somente o artigo que fala sobre a necessidade de previsão contratual. Essa informação está aqui: o prazo para notificação era de 60 dias, mas foi anulado por meio de uma ação civil pública em 2020. E a RN que acabou retirando esse artigo — se vocês quiserem ver o histórico — é a 455.

Os contratos coletivos podem ter uma previsão de multa rescisória. Essa multa nunca vai poder ser aplicada ao beneficiário. Ela é sempre aplicada à pessoa jurídica contratante ou à própria operadora, se assim estiver previsto em contrato, mas nunca poderá ser cobrada num contrato coletivo qualquer rescisão, qualquer multa rescisória, até porque é exclusão de beneficiário, e não há que se falar em rescisão de contrato. Exclusão de beneficiário de contrato coletivo é uma coisa, e rescisão é rescisão mesmo com a pessoa jurídica contratante, que é o que estamos relatando aqui no caso da Amil.

A Defensora Raquel trouxe para a discussão o Tema 1.082 do STJ, da qual a ANS participa. A agência já tinha entendimento, antes mesmo do Tema 1.082, sobre beneficiário internado. Eu já tratei aqui com vocês sobre rescisão, que está prevista em lei, e não há nem o que o órgão regulamentar... porque ela estava clara, mas a agência estende essa previsão no contrato individual também para o beneficiário dependente.

Em se tratando de plano coletivo, o que a agência sempre entendeu foi que, havendo rescisão de plano coletivo, por qualquer motivo que seja, tirando o fato de o beneficiário requerer a própria saída — e eu estou falando de rescisão do contrato —, todo evento que ocorreu antes, ou seja, o sinistro, no caso de uma internação, até a alta hospitalar, é obrigatória a cobertura pela operadora. A rescisão pode ocorrer, mas a cobertura do evento internação que ocorreu antes dessa rescisão tem que ser coberta pelo plano de saúde anterior, pela operadora, quando ocorreu o sinistro. Fora isso, todos os procedimentos que foram solicitados na vigência do contrato coletivo, ainda que a operadora tenha marcado, por conta de cumprimento do prazo de atendimento, um tempo posterior à vigência desse contrato, também terão que ser autorizados. A norma de prazo de atendimento fala: esse prazo é para cumprimento, não é para autorização. Então, se eu autorizei durante a vigência, mas marquei, dentro do prazo regulamentar, para uma data posterior à rescisão, esse procedimento tem que ser coberto, sob pena de multa ou negativa de cobertura. Esse já era o entendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar antes mesmo do Tema 1.082 do STJ.

Em relação à exclusão de um beneficiário específico do plano coletivo, não cabe, não está na ingerência da operadora, a retirada de qualquer beneficiário de plano coletivo. Só pode fazer solicitação de retirada do beneficiário à operadora a pessoa jurídica contratante a quem ele estiver vinculado. Então, só a associação pode pedir, só o sindicato pode pedir, só a empresa empregadora pode pedir. A operadora não pode ir lá e tirar determinado beneficiário, dizendo: *"Ah, esse aqui está custando muito a esse mútuo, eu vou tirá-lo"*. Não existe a menor possibilidade. A norma só traz duas exceções: se ele fraudar, ou se estiver previsto em contrato — tem que estar expressamente previsto — a perda do vínculo como dependente, por exemplo. Eu era casada e me divorciei, perdi o vínculo. Se no contrato estiver escrito: *"A perda de vínculo faz com que você saia do plano"*. Caso contrário, mesmo que você perca esse vínculo previsto em contrato, se não estiver expressamente previsto que você perde o direito de permanecer no plano, a sua permanência no plano é obrigatória como dependente ou como titular.

Não devemos confundir — isto aqui é só para trazer uma clareza — exclusão de beneficiário e rescisão de contrato. O caso da Amil, por exemplo, sobre o qual estamos tratando aqui, é uma rescisão contratual geral. Ela rescindiu com a pessoa jurídica contratante e, junto com a Qualicorp, o contrato inteiro. Então, todas as pessoas vão sair desse contrato. E a exclusão do beneficiário é o caso que eu acabei de tratar, que é a retirada de um único beneficiário, normalmente por conta de perda de vínculo. Não há liberalidade relacionada a esse tipo de exclusão.

A agência, desde 2009, prevê o instituto da portabilidade de carência, que tomou um tamanho muito grande em 2019, quando fizemos o aprimoramento dessa regra da portabilidade para todos os beneficiários de planos de saúde, porque, antigamente, até 2019, não se incluíam os empresariais, que correspondem a 67% do mercado. Tiramos a janela. Permitimos que, uma vez cumpridos determinados requisitos, você pode fazer a portabilidade. Na verdade, acatamos uma contribuição da Defensoria Pública do Rio de Janeiro sobre a possibilidade de portabilidade sem o cumprimento dos

requisitos de preço, prazo de permanência, tempo, toda vez que houver rescisão do contrato coletivo, seja por vontade da pessoa jurídica contratante a qual ele estiver vinculado, seja por conta da operadora.

Então, no caso da Amil, todos têm direito de fazer a portabilidade sem cumprir o prazo de permanência, sem cumprir a compatibilidade de preço. E mais: eu acho que foi a Marlla quem me disse que soube do caso de duas pessoas que tinham direito à portabilidade, mas perderam o prazo. O prazo para a portabilidade, no caso de rescisão de contrato, é de 60 dias a partir da ciência formal do beneficiário. Então, a operadora é obrigada — e a administradora de benefícios, se houver — a informar que esse beneficiário, por conta da rescisão, tem 60 dias para fazer a portabilidade.

A ANS disponibiliza uma cartilha com essas informações, disponibiliza um guia de planos para que as pessoas possam consultar outro plano para migrar, e as operadoras não podem se furtar de prestar as devidas informações relacionadas à portabilidade de carência, principalmente nesse tipo de rescisão em massa.

A agência está à disposição. Esse instituto é tão caro para o sistema que já há uma previsão na nossa agenda regulatória. Ela foi alterada em 2019, e já há nova previsão na nossa agenda regulatória. É nosso compromisso social aprimorar mais ainda a portabilidade de carência. A ideia que está prevista lá para nós estudarmos é de que essa portabilidade seja, inclusive, eletrônica, por dentro de *site*, mas isso demanda todo o trâmite de um processo regulatório. No entanto, está no radar da ANS a importância da portabilidade de carência, para que as pessoas permaneçam na saúde suplementar, nos casos principalmente de rescisão.

Queria trazer outra informação. Muito embora tenham sido noticiados os cancelamentos — principalmente quando ocorre um cancelamento muito grande, do tipo da Amil, dentre outros —, os dados da agência mostram que o número de adesão tem sido maior do que o de cancelamento. E, na série histórica de 1 ano, se observarmos março de 2023, tivemos 1,195 milhão de cancelamentos de vínculos e 1,357 milhão de adesões. Em março deste ano, foram 130 mil a menos vínculos cancelados. Então, pela série histórica, o número está acompanhando... É como se fosse a praxe do mercado, tanto na quantidade de cancelamento quanto na quantidade de adesão. Vemos que, só em janeiro de 2004, a quantidade de adesão foi um pouco menor que a quantidade de cancelamento. Lembro, pessoal, que essa quantidade de adesão pode ser, inclusive, dessas pessoas que tiveram o contrato cancelado e entraram por portabilidade de carência.

Aqui fazemos uma proporção: por que há um pouco mais de cancelamento relacionado a contrato coletivo? É porque, na verdade, o maior número de beneficiários está em contrato coletivo, se somarmos a adesão com o coletivo empresarial, pois o número de beneficiários em contratos individuais é em torno de 20%.

Em relação à rescisão, era isso que eu queria tratar.

Mas eu queria aproveitar a oportunidade, Deputada Erika Kokay, se a senhora me permitir, ou a senhora pode me colocar para falar nas considerações finais. É que o Deputado Marcelo Queiroz falou sobre o reajuste, de como saber o cálculo de reajuste. Essa informação já é obrigatória, ela está prevista na Resolução Normativa nº 509 da ANS. A operadora é obrigada a entregar à pessoa jurídica contratante o extrato pormenorizado de como chegou àquele cálculo de reajuste, com 30 dias de antecedência; depois que isso acontece, depois que o reajuste é aplicado, é obrigada a informar ao beneficiário em até 10 dias. Se isso não está ocorrendo, a agência deve ser informada, para tomar as devidas providências.

Era isso.

Eu me coloco à disposição para tirar quaisquer outras dúvidas.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Dra. Fabricia.

Eu quero saber se o Marcus Teixeira Braz, que é Diretor-Adjunto da Diretoria de Fiscalização e aqui representa também a Agência Nacional de Saúde, quer fazer uso da palavra.

O SR. MARCUS TEIXEIRA BRAZ - Eu gostaria, sim, Deputada, rapidamente.

Em primeiro lugar, boa noite a todos. Agradeço a todos pelo espaço.

Eu queria fazer algumas considerações sobre a NIP. Houve uma reclamação em relação à dificuldade de acessar a agência. Acho que é importante salientar o seguinte. A ANS, ano após ano, tem recebido um número crescente de reclamações. No ano passado, nós recebemos 354 mil reclamações. A maior parte delas chega por meio do nosso Disque ANS, cujo número é 0800-7019656. É um telefone gratuito, que funciona de segunda a sexta-feira, de 8 horas até as 20 horas, exceto feriados.

Em relação ao formulário, que é a reclamação mediante a Internet, pedimos que as reclamações sejam encaminhadas à Ouvidoria da Agência, para que possamos aprimorar isso. Lembro que, para fazer reclamação pelo *site* da ANS, é preciso ter o padrão prata ou ouro no *Gov.br*. Talvez isso tenha gerado certa dificuldade. Além disso, também temos atendimento presencial nos nossos doze núcleos nas cinco Regiões do Brasil.

Eram essas as considerações. Eu queria salientar outra coisa: o C*onsumidor.gov* tem menos informações desnecessárias para a ANS. Ao contrário do C*onsumidor.gov*, quando a reclamação não é resolvida no âmbito de mediação da NIP, essa situação é encaminhada para análise dos nossos fiscais e pode gerar um processo sancionador, com uma série de sanções. Dentre elas, multa, advertência, suspensão.

Era isso o que tinha a dizer.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Nós que agradecemos.

Eu vou passar a palavra agora para a Renata Veronica de Oliveira Gomes, mãe do Davi, que é autista nível 3 de suporte e foi vítima do cancelamento do plano da Amil.

A SRA. RENATA VERONICA DE OLIVEIRA GOMES - Boa tarde a todos.

Agradeço pela oportunidade de falar, representando algumas mães, a maioria delas da mesma clínica onde temos feito as terapias há mais ou menos 2 anos e meio. É uma clínica que tem nos ajudado bastante.

No dia 30 de abril recebemos a carta de cancelamento. Estávamos todos no mesmo grupo, porque somos da mesma clínica. Então, uma por uma foi recebendo a carta. Foi um choque muito grande. Inclusive, eu me emocionei com a palavra da Dra. Patricia, porque, para nós, é um desgaste, tanto físico quanto psicológico. Pagamos o plano durante este tempo todo, por 5 anos. Não é fácil pagarmos esse tratamento particular, porque é muito caro. É uma coisa inviável se não tivermos um plano de saúde, por meio do qual consigamos fazer as terapias. O meu filho é nível 3 de suporte, o que nos deixa numa situação muito pior. Houve momentos em que ele não dormia; houve momentos em que ele não comia. Houve momentos muito desgastantes, física e psicologicamente. Convivemos com esse desgaste muito grande. Não é fácil para nenhuma mãe estar aqui hoje, praticamente implorando por alguma coisa.

A partir do dia 31 de maio, não saberemos qual será nosso destino. Muitos estão com a liminar. Não sabemos também se vai ser possível eles executarem isso. Eu não entrei com a liminar, porque não tenho condições financeiras. É muito difícil falar isso, mas é a realidade. Neste momento pedimos o quê? O SUS não tem capacidade realmente. Antes de procurar um convênio, procuramos assistência no SUS, que não existe. O meio que achamos foi por intermédio do plano de saúde. E isso é realmente muito desgastante para todos nós. É difícil, porque vemos que muitas coisas ainda podem piorar. Então, o que vamos fazer numa situação dessas? Simplesmente aguardar o quê? Não temos o que fazer.

Então, é cansativo. Quando vemos casos de mães se suicidando, falamos assim: *"Meu Deus, ela não aguentou, porque é uma coisa que fica aquém das nossas custas"*. Eu digo que não foi totalmente ilegal o cancelamento, mas, para mim, foi imoral, injusto. O que eu tinha que fazer naquele momento? Acatar. Eles cancelaram, porque era um direito deles cancelar. E estamos aqui esperando uma posição de alguém, para poder fazer algo por nós.

Portanto, eu peço, não só em nome do meu filho, como em nome de muitas mães aqui presentes, que pensem e repensem nessa situação. Eu não sei o que pode ser feito até o dia 31, mas é isso... Desculpem-me a fala, mas é o que eu penso de coração.

Desculpem-me.

Obrigada. *(Palmas.)*

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada pelo depoimento, Renata.

Eu vou ler algumas mensagens que chegaram.

O Gabriel Silva diz:

> *É absolutamente necessário que a ANS regule de forma mais incisiva os contratos dos planos por adesão! Não há limite para reajuste ao mesmo tempo em que não há transparência, por parte dos planos, sobre os custos de operação/arrecadação. Como saberemos se os reajustes de 20, 30% são compatíveis com a realidade se os planos de saúde não disponibilizam seus balancetes de forma transparente? Tudo piora consideravelmente quando a ANS permite operações comerciais que geram monopólio nesse mercado.*

Ele pergunta:

> *A Unimed Norte de Minas e a Unimed Central Nacional são grupos econômicos independentes? A Câmara dos Deputados oferecia um plano empresarial pela Unimed Norte de Minas, que foi rescindido unilateralmente. "Magicamente", a operadora de benefícios Allcare "conseguiu" negociar com a Unimed Central Nacional a oferta de um plano com rede credenciada inferior, por valores aproximadamente 25% mais caros. Isso não caracteriza fraude? Me parece que houve um reajuste abusivo somado à piora do serviço.*

A Shirley Barboza diz:

> *Em novembro/2021 o Hosp.Paulistano foi descredenciado em pleno processo de investigação do nódulo do pulmão. Precisei pagar a biópsia para não perder tempo. Foi horrível! Hoje, por exemplo, estou tentando desde 03/05/24 marcar exames pulmonares para avaliação do radiologista sem sucesso. Mesmo eles estando na rede credenciada, os prestadores dizem o contrário: plano de saúde descredenciado. O câncer progrediu e a AMIL colaborando com a piora. Nem a decisão judicial quer acatar".*

O Luiz diz: *"Se as operadoras não têm voz o suficiente para adquirir procedimentos num valor que atenda as necessidades, como os autistas expulsos do seu plano terão voz?"*

O José Wellington diz: *"Não tem o que fazer. Vocês não estão vendo que o responsável por tudo isso é amigo do pai dos pobres?"*

O Pedro Ivo Medeiros de Azevedo diz: *"Prezados, minha mãe possui 65 anos, tem Alzheimer, faz hemodiálise quatro vezes por semana e teve o aviso que o plano de saúde seria cancelado dia 01/06/2024. Ela precisa fazer hemodiálise para sobreviver. Entramos na Justiça dia 15/05/2024 e conseguimos a liminar com tutela mantendo o plano. Ocorre que, mesmo com a decisão judicial, a AMIL avisou à clínica de hemodiálise que não deve atendê-la a partir do dia 01/06/2024. Como faz nesse caso? A pessoa morre? Ela não pode ficar um dia em hemodiálise".*

O Pedro Ivo Medeiros de Azevedo ainda diz: *"A Qualicorp está usando a estratégia de não disponibilizar os boletos para quem tem decisão judicial. Temos decisão judicial e não conseguimos contato com a Qualicorp no atendimento nem no aplicativo deles (eles pedem um código que nunca chega). Com isso, dificultam o acesso aos boletos de quem teve o plano cancelado e tem decisão judicial, provavelmente para depois dizer que ficaram inadimplentes".*

A Shirley Barboza diz: *"Eu tenho mais ou menos oito NIPS na ANS. Realmente é muito difícil acessar o* site. *Tenho câncer de pulmão e confesso estar bem cansada de todos esses caminhos cansativos. Só os faço pois quero viver, mesmo a AMIL tentando impedir!"*

E o Luiz diz: *"Não é pessoa com autismo, é pessoa autista... Não temos algo que podemos simplesmente tirar e por, nós vivemos isso todos os dias, faz parte de nós... Agora pergunto: como viver isso todos os dias sem o amparo de um plano de saúde que estamos pagando? Já não basta aqueles que não podem pagar?"*

Essas são algumas das inúmeras mensagens que chegaram. As que li foram selecionadas pela Secretaria da Comissão.

Eu passo a palavra ao Sr. Vitor Hugo do Amaral Ferreira, que é Secretário Nacional do Consumidor do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Em seguida, passarei a palavra para a Samara.

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA - Boa tarde a todos e a todas. Quero cumprimentar a Deputada Erika Kokay, as mães presentes e as crianças.

O tema é bastante caro para a defesa do consumidor, porque o Código de Defesa do Consumidor se estrutura em uma palavra, que é "vulnerabilidade".

A ideia de construção do Código de Defesa do Consumidor reconhece uma relação desigual entre aqueles que contratam um serviço ou adquirem um produto. Nós não podemos falar de relação de igualdade em uma relação contratual entre consumidores e fornecedores. É a partir dessa premissa — quero fazer só uma introdução em relação à ideia de igualdade, porque o direito vai dizer que somos todos iguais perante a lei — e do reconhecimento de que nós não somos iguais em contexto que não seja jurídico, que nós criamos uma lei que traz proteção àquele que é mais frágil, àquele que é mais fraco, àquele que é mais vulnerável na relação. É a mesma situação que se estende ao direito dos consumidores, ao direito das crianças e dos adolescentes, ao direito dos idosos, ao direito dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, nós acabamos em algumas situações violando duplamente a norma, porque nós falamos de crianças consumidoras, nós falamos de idosos consumidores, e nós entendemos, de todas as audiências públicas de que participei, em especial nesta Casa, que foi nesta que conseguimos identificar nitidamente o que é vulnerabilidade.

Minha fala inicial parecia tratar de um tema teórico, distante da prática, mas, ao falar de vulnerabilidade, o Código de Defesa do Consumidor traz em sua raiz o reconhecimento da vulnerabilidade como princípio da Política Nacional das Relações de Consumo. E parece que a legislação acaba se materializando, porque aqui nós estamos diante de uma situação que não é só de vulnerabilidade, mas é uma situação de vulnerabilidade agravada, é uma situação de vulnerabilidade potencializada ou, como o STJ já se pronunciou em relação também a questões de saúde, é uma situação de hipervulnerabilidade.

Diante disso, nós temos nos deparado com uma série de discursos de que não temos uma regulamentação específica, e a própria Agência Nacional de Saúde já se manifestou por meio de suas resoluções. Agora, nós não podemos nos esquecer do que, seja plano individual, seja plano coletivo, eles estão sujeitos ao Código de Defesa do Consumidor, com o qual dialogam. No Código de Defesa do Consumidor, nós falamos do reconhecimento da vulnerabilidade. E, mais do que isso, o art. 51 do Código coloca, entre as cláusulas que são consideradas abusivas e consequentemente nulas, que um contrato não pode ser alterado de forma unilateral, sem igual direito a outra parte.

Então, nós precisamos reconhecer aqui, se não falamos de direito do consumidor, que nós falamos também de um direito constitucional, porque quis dizer o art. 5º, inciso XXXII, da Constituição Federal, que é dever do Estado promover, na forma da lei, a defesa do consumidor.

Quando nos deparamos, Deputada, com a alegação do excesso de judicialização, o excesso de judicialização em relação à saúde não é e não pode ser atrelado ao consumidor. O consumidor precisa judicializar, porque ele não consegue um retorno no espaço administrativo, não consegue atendimento sequer pelo SAC, que é outra questão sobre a qual precisamos nos debruçar. Como funciona o atendimento aos consumidores? Como funciona o atendimento aos clientes desses planos de saúde? Por meio de atendimento humano ou de inteligência artificial? Nós precisamos humanizar a saúde para que tenhamos atendimento efetivo.

Quando se fala da questão da informação, que é outro direito básico do consumidor, não podemos partir do princípio de que essas pessoas foram comunicadas, e que a simples comunicação por meio de WhatsApp ou por *e-mail* é suficiente. Muitas pessoas, e esses são os relatos que estão chegando à SENACON, descobrem que seu plano foi cancelado quando elas vão buscar o atendimento, quando a carteira do plano não está mais vigente. Esse é um episódio que envolve essa questão. Há uma diversidade de situações e temas que são urgentes quando falamos de saúde e quando tratamos da defesa dos consumidores.

Entre os direitos básicos dos consumidores — e talvez não seja à toa que isso esteja lá dessa forma —, o primeiro deles é a proteção à vida, à saúde e à segurança do consumidor. Quando nós falamos de serviços de prestação de saúde, de planos de saúde, nós estamos falando necessariamente do cumprimento de dever daquele que oferta proteção à vida, proteção à saúde. E nós temos que associar tudo isso à questão de segurança. Eu não posso ter um plano que seja cancelado de forma unilateral. Se isso é regulamentado, nós precisamos rever a regulamentação que assim dispõe.

Outra questão que envolve o Código de Defesa do Consumidor, Deputada, e sobre a qual nós precisamos pensar, é a oferta. O código é muito claro quando diz que o fornecedor se vincula à oferta à proporção que ele a patrocina. Eu não posso achar justo, eu não posso achar legalmente possível ofertar-se um plano, ofertar-se um serviço, e não se cumprir aquilo que é ofertado. Nós precisamos dizer para as operadoras de planos de saúde que, se elas não conseguem cumprir com aquilo que ofertam, então, que não façam a oferta, que não gerem a expectativa, porque, dessa forma, em vez de atendermos à saúde, estaremos fazendo exatamente o contrário. Nós não podemos — reitero aqui — entender que um serviço, um produto, o mercado de consumo possa vulnerabilizar os consumidores, além da situação de vulnerabilidade que já lhe é presente. Nós temos que entender que falar de proteção aos consumidores ligada à saúde é falar de dignidade da pessoa humana. Nós estamos falando aqui de direitos humanos, nós estamos falando aqui de um direito do consumidor vinculado àquele que é o seu bem mais precioso: a saúde, a vida, a própria segurança.

Nós poderíamos discorrer sobre vários outros aspectos que envolvem o Código de Defesa do Consumidor. Quando se fala de uma legislação específica para os planos de saúde, quando trabalhamos a questão dos planos individuais e da ausência de uma norma regulamentadora, uma norma que traga questões pontuais aos planos coletivos, tanto na ausência quanto na presença de norma, nós não podemos deixar de reconhecer a Constituição Federal, nós não podemos deixar de reconhecer aquilo que está no Código de Defesa do Consumidor.

Por essas razões e pela surpresa dada a todos os consumidores, desde ontem, a Secretaria Nacional do Consumidor está elaborando um estudo profundo sobre o tema. Em breve, nós vamos notificar todos os planos de saúde do País para que se manifestem sobre essas questões.

Gostaria de pedir aqui, Deputada, que todos os relatos e mensagens que chegaram nesta audiência sejam reportados para a Secretaria Nacional do Consumidor.

O tema é complexo. Eu não estou dizendo que ele é de fácil solução. Mas, se nós não dialogarmos e simplesmente ficarmos submetidos à revogação de planos de forma unilateral, sem ampliar o debate para aquele que mais precisa, que é o consumidor, eu não chego a outra conclusão senão a de que nós estaremos, sim, fadados ao fracasso e não atendendo ao que é essencial para nós: o reconhecimento da vulnerabilidade desses consumidores e a proteção à vida, à saúde e à segurança deles, porque o contexto atual é de plena insegurança.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Muito obrigada.

Nós temos inscritos a Sra. Samara Rocha, o Sr. Oswaldo Freire e a Sra. Dieimes Miguéis.

Alguém mais quer falar? *(Pausa.)*

Então, nós estamos encerrando as inscrições.

Os expositores podem usar a palavra por 3 minutos. Em seguida, nós vamos passar a palavra, por 2 minutos apenas, para quem desejar fazer considerações finais.

Então, a Sra. Samara está com a palavra.

A SRA. SAMARA ROCHA DE OLIVEIRA - Boa noite.

Eu sou a Samara, mãe de um rapazinho, este que está dando um *show* desde o início da audiência. Essa é a realidade de um autista em nível 3 de suporte. Hoje, ele não foi para a terapia, e isso desorganizou aqui muita gente. Mas é só um adendo à fala do Secretário do Consumidor e até um apelo à Deputada.

Eu acredito que, se nós tivéssemos leis mais duras com as administradoras, com os planos de saúde em relação a essas violações de direito, isso não aconteceria, Deputada. Eles têm que responder, eles têm que ser penalizados. Isso é um crime. Na minha visão, é criminosa a decisão que eles tomaram, a AMIL, a Qualicorp. Eu estive na ANS, anos atrás, na briga entre o rol taxativo e o rol exemplificativo, e vi que aquilo ali era uma máfia mesmo, uma quadrilha. Eles não estão nem aí para a vida dos outros, para a vida das pessoas, porque, se eles olhassem pela vida das pessoas, como nós, não fariam isso.

Os meus filhos serão atendidos pela AMIL até o dia 31 de maio. No dia 1º de junho, eles não terão mais plano de saúde. Aí eu vou ter que custear a terapia, porque o SUS não me dá, a fila ali está sobrecarregada. Então, nós ficamos sem plano de saúde.

Algumas amigas me aconselharam a entrar com uma liminar. Eu disse: *"Não, não vou entrar com uma liminar. Não vou entrar com tutela. Eu vou esperar até o último minuto do segundo tempo"*. Mas, pelo que eu ouvi do representante da Qualicorp e das outras partes, não tem como esperar o último minuto do segundo tempo.

Amanhã, eu vou judicializar uma ação contra a AMIL, e aconselho todas as mães que estão me ouvindo a judicializar o assunto. Vamos entrar com ações no Judiciário, porque assim vai ser melhor. Eles não estão obedecendo as leis nem o direito do consumidor, não estão obedecendo a Constituição, não estão obedecendo a ANS. De acordo com a norma, eles têm até 60 dias para comunicar o desligamento do plano. Mas o plano dos meninos já estava inativo no aplicativo em 15 de maio. Se eu levar meu filho à emergência hoje, ele não vai ser atendido, porque o plano já está inativo. Então, eles não cumpriram nem o prazo de 30 dias. Os planos de ambos os meus filhos estão inativos, mas não por falta de pagamento. O que falta mesmo é o compromisso deles.

Como foi dito, eles mexeram com pessoas vulneráveis. Somos pessoas com deficiência e dependemos do plano de saúde. Meu filho depende das terapias e dos médicos. Os médicos que nos atendiam há muito tempo foram descredenciados. Agora, meu filho simplesmente não vai receber mais atendimento na clínica em que era atendido há 8 anos. Se eu quiser levá-lo lá, vou ter que pagar, vou me sacrificar para não deixar o Isaac sem terapia. O Isaac está aqui, já deu *show*, já gritou. Essa é a realidade de todas as mães de crianças atípicas.

Eu espero, Deputada, que a senhora nos ajude com leis mais duras em relação às operadoras. Também dirijo apelo ao Secretário do Consumidor para que sejam aplicadas mais penalidades contra essas operadoras. É o apelo que nós fazemos como mães.

Eles têm que obedecer as leis, eles têm que cumprir os nossos direitos. Quando há violação de direitos, eles colocam nossa vida numa gangorra. A qualquer momento podemos cair, como caímos agora.

Era só isso.

Muito obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Concedo a palavra o Sr. Oswaldo Freire, que é pesquisador internacional.

O SR. OSWALDO FREIRE - Exma. Sra. Deputada Erika Kokay, grande amiga dos autistas brasileiros, nós devemos muito a V.Exa.

Cumprimento todos os palestrantes que aqui estiveram, nesta longa tarde, conversando conosco.

Meu nome é Oswaldo Freire, sou pesquisador de autismo. Durante 10 anos, eu pesquisei autismo no Brasil e fui estudar autismo na Austrália, nos Emirados Árabes, nos Estados Unidos, na Argentina, no México, no Canadá e na França. Escrevi este livro, que está disponível para julgamento da sociedade brasileira: *O Desafiante Mundo do Autista — Obstáculos e Possibilidades no Labirinto do Amor*. Ele tem 1.068 páginas. O Ministro da Saúde do Brasil fez o prefácio do livro. Ano passado, fiz 55 palestras no País, todas gratuitas. Este ano, já fiz sete palestras, e pretendo fazer mais umas 70, se Deus quiser.

Vou falar muito rápido sobre alguns assuntos interessantes.

Primeiro, a Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas divulgou um relatório, em março de 2024, revelando que 67% dos brasileiros estão inadimplentes — repito, 67%. Ontem, a *fintech* Onze, em parceria com a seguradora Icatu, revelou que, de cada dez brasileiros, sete estão com a saúde emocional abalada por ansiedade, depressão e estresse por causa de dívidas. Com certeza, a maioria dos pais e das mães de autistas está dentro desses 67% de inadimplentes. Vale fazer uma ressalva: trata-se principalmente das mães. Digo isso porque, em 78% dos casais que recebem diagnóstico de autismo do filho, os pais "vazam" e deixam a mãe sozinha para o resto da vida. Sabemos que o autista é tratável e não curável. Essa mãezinha vai ficar com o filho pelo resto da vida.

Acredito que a maioria das mães, dos pais, dos avós e dos familiares esteja nesse quadro de inadimplência. Eles podem ficar inadimplentes com relação a financeiras, a bancos, a cooperativas de crédito, mas não ficam inadimplentes com os planos de saúde. Eles fazem de tudo para que não sejam cancelados os planos de saúde, para que os autistas continuem sendo atendidos.

É muito importante revelar a boa fé dos pais ao optarem pelo plano de saúde, porque não tiveram o devido apoio no SUS. O SUS está sobrecarregado, o SUS é moroso, o SUS não tem a qualificação de todas as competências profissionais, de diferentes saberes científicos. Então, os pais buscam o plano de saúde e não ficam inadimplentes, para não serem cancelados. Mesmo assim, estão sendo cancelados, sim. Nós vimos aqui vários depoimentos que corroboram essa afirmação. Nos últimos dias, essa situação está se agravando.

Temos a oportunidade de contar com o apoio da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, das Assembleias Legislativas — no caso de Brasília, da Câmara Legislativa do Distrito Federal. As Câmaras Municipais estão ávidas por uma solução.

Costumo dizer que o ecossistema das pessoas com TEA não cria problemas. Nós apenas queremos soluções. Não estamos aqui para criar problemas nem para jogar pedra em nenhum dirigente de planos e de seguros de saúde. A única coisa que nós fazemos é apelar para que tenham sensibilidade, senso de justiça e senso de humanismo. Charles Chaplin uma vez disse que o mundo, mais do que máquinas, precisa de humanidade. Nós pedimos, imploramos, apelamos para a consciência dos dirigentes de planos de saúde, de seguros de saúde, de cooperativas de saúde: tenham consciência, compaixão, resiliência com a situação dos nossos filhos autistas.

O meu trabalho é voluntário. Não tenho nenhum parente autista, não sou representante de nenhuma instituição, sou simplesmente um voluntário que ama os autistas brasileiros. E brigo e xingo, se for preciso, porque sou um ativista.

Está aqui a nossa querida Viviani Guimarães, com quem já participei, há 8 anos, 9 anos, de caminhadas, de carreatas, aqui em Brasília. Onde for preciso, estou lá na frente, porque acredito na recuperação, acredito nas habilidades socioemocionais dos nossos autistas, acredito na competência deles para trabalhar — sim, trabalhar —, namorar, casar, transar, ter filhos. Sim, por que não? Quais são os sonhos das famílias de nossos autistas? Primeiro, o de que tenham autonomia; segundo, o de que tenham bem-estar; e, terceiro, o de que sejam felizes. Por que não?

Para concluir, eu gostaria, mais uma vez, se a Deputada Erika Kokay me permitir, de dar uma sugestão.

Deputada, nós estamos vendo que, a partir do 1º de junho, isso vai acabar, e não sei em que condição. Com urgência, na medida do possível, faríamos um grupo de trabalho, comandado por V.Exa., nesta Casa, ou em outro local, com sensibilidade.

Gostei muito da colocação do Dr. Paulo, da ABRAMGE. Ele abriu o coração dele aqui para nós.

Eu gostaria que o senhor abrisse o coração junto das nossas mãezinhas, dos nossos pais, dos profissionais também, do jeito como o senhor abriu aqui. Abra o coração para essas mães numa reunião lá comandada pela Deputada Erika Kokay.

Acredito no diálogo, acredito no entendimento. Não estamos aqui para bagunçar o País coisa nenhuma, nós estamos aqui para salvar o nosso País, salvar a saúde do povo e contribuir para o bem-estar, para a convivência pacífica e harmoniosa. Por que não? Por que não? Num momento de crise, vêm as soluções.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Oswaldo.

O SR. OSWALDO FREIRE - Espero que possamos seguir o nosso caminho, a nossa trajetória, com os nossos filhos sendo atendidos, com terapia. Se são 40 horas, como disse o médico, que sejam 40 horas; se são 20, que sejam 20. Se o plano não está podendo pagar 40 horas, quem sabe é possível conversar sobre 20 horas? É diálogo, é entendimento! Por que não?

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada.

O SR. OSWALDO FREIRE - Basta que tenhamos razão ao dialogar, honestidade na conversa e, sobretudo, muita amorosidade nas nossas decisões.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Oswaldo, pela excelente contribuição.

Passo a palavra a Diemes Miguéis, Coordenadora do MOAB do Gama, que dispõe de 3 minutos.

A SRA. DIEMES MIGUÉIS - Meu nome é Diemes Miguéis. Sou autista. Eu sou uma pessoa que produz, como foi dito. Os autistas, se tiverem tratamento, não vão ficar apenas à mercê do Governo, eles vão produzir e vão oferecer também o que têm de melhor.

Eu sou mãe do Marcos Vinícius, que é autista de nível 1 de suporte. Já foi nível 3 de suporte, passou a nível 2 de suporte, e hoje é nível 1 de suporte. Ele faz faculdade de Terapia Ocupacional, porque pretende ajudar outras crianças que tiveram dificuldade, assim como ele.

Eu sou mãe da Yasmin Grazielli. Ela era nível 1 de suporte, e migrou para nível 2 de suporte, infelizmente. A Yasmin Grazielli se lesiona quando entra em crise. Ela já se lesionou com faca, precisou levar pontos. Ela já se lesionou com as unhas. Eu tenho, o tempo todo, que estar atenta ao que ela faz. Hoje, a minha renda me permite, graças a Deus, oferecer a ela um tratamento com a ajuda do plano de saúde. Quer dizer, eu podia fazer isso, porque também recebi a carta do plano de saúde da Allcare, que me informou que cancelaria o plano dos meninos. Vai estar ativo só até o dia 31 de maio. Liguei para a Allcare, e fui informada de que a Allcare não tem um plano de saúde igual para me oferecer.

O senhor deu essa alternativa, mas eu já lhe digo de antemão que a Allcare não pode me ajudar no momento. Disse que eu procurasse um corretor e que eu migrasse para outro plano que pudesse me ajudar, porque eles não teriam como fazer a portabilidade. Então, desculpe-me, mas a sua fala não representa totalmente a realidade daquilo que nós pais estamos vivendo.

Em relação à quantidade de horas que oferecemos, que damos aos nossos filhos, vocês viram aqui o Isaac, que é nível 3 de suporte. Quando eu conheci o Isaac, ele não falava. Já faz um tempo que eu caminho ao lado da Samara nessa nossa luta diária.

Sr. Alessandro Piccolo, é o nosso contraturno, é a nossa renúncia de participar muitas vezes da nossa família, dos horários de lazer, dos horários de descanso que fazem com que os nossos filhos tenham algum tipo de progressão no nível de autismo deles. Então, quero lhe dizer que, quando saímos de casa, no contraturno, todos os dias da nossa vida, não fazemos isso para encher com terapias os planos de saúde, para gastar e fazer com que tudo isso aconteça. Faço isso com esta esperança e esta expectativa: meu filho, que um dia foi nível 3 de suporte e não falava, hoje está na faculdade e tem a intenção de ajudar outras crianças que passaram pelo que ele passou. Antes, ele não conseguia explicar o que sentia ao sofrer *bullying* na escola, ao passar por dificuldades, ao sofrer com dores. Um dia, vi o Isaac, que não falava, sentir dor no estômago. A Samara me ligou à noite e disse que ele estava com prisão de ventre, porque não conseguia dizer o que sentia. Então, tudo isso é o que conseguimos ofertar e o que nos esforçamos para fazer. Hoje, ele consegue ser verbal, não totalmente, mas consegue expressar um pouco do que sente. Hoje, o meu filho está na faculdade, o meu filho foi lá no Exército se alistar. Tive orgulho de vê-lo fazer aquilo.

Quero lhe dizer que, mesmo depois de tudo isso que aconteceu, também não entrei com ação para pedir uma liminar contra a Amil. Não entrei porque isso já me aconteceu anteriormente com a UNIMED, e não consegui ter uma vitória, ter êxito nisso. Hoje, eu gasto em média 800 reais com remédio, porque, mesmo sendo o meu filho nível 1 de suporte, ele ainda precisa tomar remédio. Eu importo canabidiol dos Estados Unidos. Preciso pagar o plano de saúde da Amil, que hoje me custa 1.686 reais. Mesmo assim, existem clínicas que não o aceitam.

Foi dito aqui que existe um cartel. E existe, infelizmente. O Gama Saúde, que também é da Qualicorp, descredenciou a AMHP, que é a Associação dos Médicos de Hospitais Privados, aqui no DF. Então, isso deixou muitas mães e pais desatendidos. Não cancelou o plano de saúde do filho, mas agiu de outra forma, cancelou quem faz o atendimento. Então nos deixou na mão do mesmo jeito.

Marcos Paulo, você falou do seu filho, de como ele foi usuário do plano e de como o plano o ajudou. É tudo o que estamos pedindo, que continuemos tendo atenção e tendo a ajuda do plano.

Quero dizer ao senhor da Secretaria do Consumidor que trabalho e estou hoje à disposição do Ministério da Justiça e Segurança Pública, na Secretaria Nacional de Segurança Pública. Na hora do almoço, perguntei a alguns colegas se havia outras denúncias. Eles me responderam que muitas estavam chegando.

Quanto à ANS, eu também fiz a tentativa, e não consegui. Acho que foi a Viviani, ou a Marlla, não me lembro, que disse que a ANS não permite. Nós tentamos, mas, ainda que fôssemos PHD em acesso à ANS, é quase impossível fazer uma reclamação.

Na Secretaria do Consumidor, muitas vezes, conseguimos mais coisas pelo Reclame Aqui, no Consumidor.gov. Infelizmente, pelo que vi e pelo que fiz — eu também fiz lá a minha reclamação —, não há tantas. Conversando com os colegas, foi isso que eles me disseram.

Então, louvo a fala do Sr. Vitor Hugo, por tudo o que ele disse. Mas, infelizmente, essa é a realidade em que vivemos. Eu saí do Acre quando meu filho tinha 12 anos. Ele teve que sair do atendimento do SUS porque o programa só atendia crianças de até 12 anos. Minha filha nem tinha entrado ainda no programa, de tão grande que era fila. Saí de lá e vim para cá, em busca de tratamento para meus filhos. Hoje, trabalho no Ministério da Justiça e Segurança Pública, onde consigo dar aos meus filhos acesso à saúde de um modo mais correto.

Sr. Alessandro, conheci, na clínica a que eu levava meus filhos para atendimento, uma mãe que recebe BPC. Aquela mãe passa fome, passa necessidade. Muitas vezes doamos cesta básica para ajudar aquela senhora. Mas o dinheiro que ela recebe do BPC vai para pagar o plano de saúde do filho dela, plano que é da Amil, para que ele tenha tratamento. Ela sai de Luziânia num transporte coletivo da Prefeitura que recolhe as crianças e as leva para o tratamento. Ela faz isso todas as vezes em que precisa. O senhor não acha que sacrificamos o nosso tempo? O senhor acha que isso é demais para os planos de saúde? Eu digo que fazemos isso com um propósito: o de que nossos filhos, quando chegarem à fase adulta, tenham autonomia. Não digo que eles devem chegar aonde eu cheguei, não digo que todos devem chegar onde meu filho está hoje, fazendo terapia ocupacional. Eu falo em sabermos que poderemos morrer em paz, porque isso é tudo que queremos. Queremos saber que poderemos morrer em paz, para que não aconteçam crimes, como o de mães que matam os filhos e se matam em seguida porque sabem que não existe um futuro para eles.

Tudo o que queremos é tratamento para os nossos filhos.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Diemes.

Vou ler rapidamente trechos de uma carta de Marcíria Castellani Rocha.

"Pedro é uma criança de 10 anos com TEA, nível 3 de suporte, não verbal, que faz uso de medicamentos controlados de uso contínuo." Ela aponta um relatório que descreve todas as dificuldades de execução de atividades diárias da vida: de atenção, comunicação, comportamento e sociabilidade.

O relatório da neuropediatra evidencia características de Pedro que se enquadram no transtorno:

> *Pedro não é verbal. Apresenta inabilidade em entender regras para a interação social, dificuldade no relacionamento com seus pares e no estabelecimento de vínculo com as pessoas, estereotipias motoras e sonoras, comportamentos repetitivos, compulsão alimentar, transtorno do processo sensorial, com comprometimento nos sentidos auditivo, tátil e proprioceptivo.*
>
> *Demonstra baixa autonomia e necessita de constante vigilância, por desconhecer situações de perigo.*

Aqui ela diz que o contrato foi cancelado unilateralmente pelo Bradesco, mesmo com sentença obrigando o atendimento. Pede imediata revisão do reajuste determinado pelas requeridas de forma a preservar a equidade contratual.

> *O relatório médico colacionado atesta que o autor, sendo portador de transtorno do espectro autista — TEA, necessita de tratamentos de psicologia, terapia ocupacional com integração sensorial, fonoaudiologia, musicalização e psicopedagogia, não se enquadrando o caso do autor nos requisitos excepcionais fixados no aludido julgado repetitivo para a manutenção do plano de saúde coletivo, rescindido unilateralmente.*

Ela fala do laudo da Justiça que negou o direito à continuidade do tratamento. E faz suas reflexões.

> *O que significa incolumidade física? É a condição de estar livre de perigo ou dano, ileso, incólume, íntegro, protegido e conservado.*
>
> *Se o médico solicita intervenções específicas para o tratamento de saúde, como a criança está livre de danos na ausência das intervenções indicadas?*

> *Quais os danos ao não se realizar o tratamento solicitado? Regressão em aspectos de comportamento e comunicação, mesmo que não verbal.*
>
> *Na ausência de tratamentos terapêuticos, a criança poderá ser submetida a danos irreversíveis em seu processo de desenvolvimento humano, em todos os aspectos físicos, psicológicos e sociais: comportamentos inadequados, como agressão a si mesmo e aos outros; hiperatividade; comprometer a aquisição da fala pela ausência de estímulos adequados; submeter a criança a sofrimentos e dores causadas pelo transtorno do processamento sensorial.*

Ela lista uma série de problemas decorrentes dos processos ausentes: *"Risco de desenvolver outros transtornos mentais e emocionais; ausência de acompanhamento do medicamento anticonvulsivo; submeter a criança a deficiência intelectual pelos déficits em áreas neurológicas que necessitam de estímulos na infância. Há o risco de vida pela ausência de manejo comportamental para a redução de ansiedade e controle do próprio corpo".*

Ela pergunta: *"Quais tratamentos e intervenções uma criança nível 3 de suporte deverá ter? Ela tem que ser individualizada. A pessoa vai precisar do acompanhamento de fonoaudiólogo, psicólogo, TO (terapia ocupacional), integração sensorial, psicomotricidade, psicopedagogia, musicoterapia".*

Aqui ela diz o seguinte:

> *Negar a permanência da criança no plano de saúde é negar seu direito ao pleno desenvolvimento com absoluta prioridade, conforme está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, a única prioridade absoluta na nossa Constituição.*
>
> *Considero que há violação dos direitos humanos, na medida em que limita o seu direito à vida em seu pleno desenvolvimento e sua dignidade, frente às suas necessidades de saúde, conforme citadas acima, e de segurança, visto que a criança não tem noção de perigo e necessita de intervenções comportamentais adequadas para o desenvolvimento de tal capacidade. Descumpre também o direito da pessoa com deficiência, já que meu filho apresenta limitações significativas, como ausência de fala e transtornos sensoriais.*

Ela diz ainda:

> *Ao longo de aproximadamente 8 anos ininterruptos, minha família vem abrindo mão de muitas coisas, submetendo-se a pagar um plano de saúde para os atendimentos solicitados por médicos. Atualmente, mesmo diante das leis e das lutas constantes de autistas, de suas famílias e de entidades afins, o sistema público de saúde não oferece tratamento multidisciplinar adequado às pessoas autistas, garantindo, entre aspas, "pleno tratamento médico", garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, conforme o juiz relata na sentença proferida no processo.*
>
> *É o que esperamos que seja restabelecido com a revisão da sentença e do retorno ao plano de saúde.*

É o que diz a Marcíria, aqui de Taguatinga, Distrito Federal, que apresenta o abaixo-assinado *Justiça por Pedro: pela revisão da decisão judicial que nega a permanência de criança autista em plano de saúde*. É um abaixo-assinado que conta com aproximadamente 800 assinaturas, o que mostra que essa é uma luta não apenas das mães de neurodivergentes, é uma luta também de todas as outras pessoas.

Nesse sentido, nós queremos buscar uma resolução. Não consegui entender direito a justificativa de que, às vezes, existem convênios ruins e que, em função disso, são cancelados todos os convênios. Se há convênios ou instituições que não atendem adequadamente, cabe rescindir o contrato com aquelas instituições e não restringir ou extinguir toda a possibilidade de tratamento. Acho que isso é um abuso contra a vida, um abuso contra a vida.

Por isso, estão sendo colhidas assinaturas aqui na Câmara para a abertura de uma CPI sobre os planos de saúde, para que possamos discutir os reajustes, a ausência de transparência acerca dos reajustes, e discutir também essa rescisão. Tem-se aproximadamente 1 mês antes que seu filho ou sua filha não mais sejam mais atendidos pelo convênio. As pessoas ficam absolutamente sem ter a quem recorrer.

Também não é justificativa o fato de que o SUS não atende adequadamente. O SUS não atende adequadamente, e nós estamos lutando para que venha atender, para que tenhamos os ambulatórios, para que tenhamos o atendimento multissetorial ou multidisciplinar. Por tudo isso estamos lutando. Os planos de saúde existem exatamente porque há déficit de atendimento no SUS. São da área de saúde complementar. Existe isso. Não se pode utilizar a ineficiência do atendimento do SUS como justificativa para que restringir ou rescindir o contrato. É a ineficiência do SUS que alimenta o lucro, inclusive, de planos de saúde, que não podem encarar a saúde como mercadoria. Não podem! Nós estamos lidando com pessoas. Pessoas! Ouvimos aqui vários relatos, até de pessoas que não puderam estar presencialmente nesta audiência

porque estão em casa trancadas com os filhos, ou com o filho, para cuidar deles, e o plano de saúde simplesmente renega o direito de manter o convênio.

Eu queria muito a sensibilidade de vocês para que pudéssemos suspender a suspensão, a fim de que seja possível buscar uma solução.

Aqui falei com o representante do Ministério da Justiça, da Secretaria do Consumidor, para que chame os representantes dos planos e as pessoas atendidas que estão sendo abruptamente prejudicadas, ou até a ANS pode chamá-los, a fim de que se busque uma mediação, como foi dito pelo Oswaldo, para que não haja a suspensão.

Nós estamos falando da suspensão de convênios daqui a 10 dias. Fala-se de uma portabilidade — estou apenas enfatizando o que já foi dito — que não existe de fato, porque não há tempo hábil para que se possa assegurar essa portabilidade. Estamos nesta audiência, portanto, para buscar alguma solução para aplacar essa angústia.

É possível fazer uma audiência com todas as partes envolvidas, com os representantes dos planos de saúde, para que se possa assegurar o tratamento, eliminar ou suspender a suspensão, para que acabe essa angústia e se busque, a partir daí, uma solução?

O GT da Secretaria do Consumidor é muito importante, mas existe uma urgência, porque faltam 10 dias. É possível suspender a suspensão para se buscar uma solução que seja inclusive mais estruturante. Há uma urgência, não dá para esperar uma resolução de um grupo de trabalho que vai ter que analisar vários olhares, várias falas de vários lugares diferentes.

Então, vamos provocar a Secretaria Nacional do Consumidor, encaminhar as notas taquigráficas desta audiência, ou o registro desta audiência, e solicitar que seja feita mediação, com a perspectiva de suspensão da suspensão para que se construa uma solução através de um grupo de trabalho.

Esses eram os encaminhamentos que gostaríamos de efetivar.

Anuncio a presença da Cléo, que é da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, a quem vou passar a palavra, para, em seguida, encerrarmos a nossa audiência.

Tem a palavra Cleonice Bohn de Lima.

A SRA. CLEONICE BOHN DE LIMA - Boa noite a todos.

Quero parabenizar a Mesa na pessoa da Deputada Erika Kokay. É muito importante a Comissão faça este debate e se volte para esse tema.

Sou Presidente da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. Reunimos 60 afiliadas no País, nas cinco regiões.

Eu só queria lembrar que, em relação à síndrome de Down, hoje, o diagnóstico de autismo está associado a 30% a 40% dos casos. Então, também somos uma parcela que vai precisar das terapias referentes ao autismo. Eu não sei se a minha filha, por exemplo, que tem 15 anos, pode apresentar alguma característica. Tenho que fazer revisões periódicas, inclusive, buscando saber, no caso desse diagnóstico, o que pode aparecer ou não ao longo da vida.

As mães citaram aqui a dificuldade que enfrentam. O Dr. Oswaldo mencionou também a situação de abandono dos lares por parte dos pais quando nasce uma pessoa com deficiência. Os homens, na cultura brasileira, pensam que sempre têm que ter um ser produtivo, que se desenvolva, que se destaque.

Quando nasce uma pessoa com deficiência, eles ficam com medo, ficam de luto e vão embora.

As mães, em um momento desse, em que já passam toda essa dificuldade, ainda têm de pensar no cancelamento do plano de saúde. Imaginem como está a saúde mental dessas mães.

Eu queria lembrar isso e, também, a catástrofe no Rio Grande do Sul. Todos nós temos alguém lá. Eu sou gaúcha, meus familiares foram atingidos e afetados; eu conheço muitas pessoas com deficiência, filiadas ou não, que vêm da minha região também, que não estão na nossa região, mas que eu conheço, e que precisam de terapias. Imaginem, em um momento como este, em que o Brasil atravessa uma dificuldade dessa, que nós usamos a expressão *"nessa hora, somos todos gaúchos"*. Então, precisamos pensar sobre isso. A nossa legislação fala de a inclusão ser responsabilidade de três entes: das famílias, dos gestores públicos e da sociedade.

A sociedade tem uma parcela, sim. Então, vamos pensar, debater e discutir. Cadê essa parcela de responsabilidade da sociedade? Hoje, caiu no meu colo uma pessoa com deficiência, amanhã será no seu. Você pode não ter um filho autista, mas amanhã vai nascer um filho, um neto, um sobrinho; vai ter um familiar ou alguém na sua rua com quem você vai precisar conviver.

Então, incluir e dar oportunidades são o melhor caminho. A nossa luta é por oportunidade para todos e é contra o capacitismo, para que todos possam se desenvolver Por isso vamos precisar das terapias.

Eu pedi o espaço para dizer que amanhã vai ser lançada, no MEC, uma rede nacional de autodefensores; nós estamos trazendo 25 pessoas com síndrome de Down e 10 acompanhantes. São 35 pessoas da nossa delegação que vão fazer parte dessa rede; todos, com certeza, passaram por muitas terapias para estarem nas escolas e para hoje falarem por si.

Falo isso porque as pessoas com deficiência intelectual, até pouco tempo, não saíam de casa, as que tinham outras deficiências também não, mas as com deficiência intelectual estão em desvantagem em relação às outras. Então, lançar essa rede para nós também é um passo muito importante; todos eles, com certeza, nos relatos vão dizer que passaram pela escola com o apoio da terapia ocupacional, da psicologia; cada um precisou de um aporte.

Então, queria pedir que pudéssemos pensar sobre isso e tentar buscar uma alternativa.

Agradeço a Casa por fazer esse debate. Muito obrigada. Desculpe pelo tempo.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Obrigada, Cléo.

Quero anunciar que o Alessandro Acayaba de Toledo teve de se retirar, porque tem um voo marcado, e a Patricia Parreira, que contribuiu com a nossa discussão, também, porque teve de pegar o filho na escola.

Vou perguntar se as pessoas convidadas querem fazer uso da palavra por 1 minuto apenas para as considerações finais. Já são quase 19 horas, e estamos com o tempo bastante estendido.

Farei a mesma pergunta à Viviani, se quer fazer uso da palavra, e é apenas por 1 minuto. Depois farei a mesma pergunta à Kelen Cristina, à Silvia Rodrigues e à Leticia, nessa ordem.

A SRA. VIVIANI GUIMARÃES - Só quero agradecer esta oportunidade que nós tivemos aqui com a senhora e lembrar a importância de rever essas nossas decisões, em relação ao plano de saúde, e lembrar que nós temos na ponta, como o Vitor Hugo falou muito bem, pessoas extremamente vulneráveis e que vão se prejudicar muito se não conseguirem continuar com seus tratamentos.

Obrigada.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Kelen, Silvia e Leticia?

A SRA. KELEN CRISTINA D'ALKMIN - Eu só quero agradecer a oportunidade deste convite.

Muito obrigada a todos.

A SRA. SILVIA RODRIGUES - Deputada Erika, muito, muito obrigada por abrir esta oportunidade valiosíssima, pela sua iniciativa.

Eu queria deixar assinalado que o Deputado Ivan Valente deu uma declaração de que está aparelhando uma ação coletiva, para justamente suspender a suspensão dos planos coletivos por adesão. Então, talvez, dê para unir forças aí nessa iniciativa.

Eu queria só contrapor a fala do Sr. Marcus Braz, da ANS. O grande problema das NIPs, que é o canal de entrada de reclamações na ANS, é que a defesa da operadora na NIP é feita por advogado. Então, não há uma paridade de armas, porque o consumidor é leigo e não sabe, às vezes, se contrapor a essa defesa, nem consegue fazer prova. Isso leva ao arquivamento da NIP e tira da estatística essa NIP como reclamação contra a operadora. Então, era só esse contraponto que eu gostaria de fazer.

E, mais uma vez, gostaria de agradecer a todos pela oportunidade.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Tem a palavra a Leticia.

A SRA. LETICIA FANTINATTI - Boa noite.

Eu queria agradecer também e parabenizar o Vitor Hugo pelas palavras tão esclarecedoras.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Tem a palavra a Dra. Raquel.

A SRA. RAQUEL BRODSKY RODRIGUES - Boa noite.

Eu também gostaria de agradecer muito pelo espaço, pela oportunidade que a Deputada Erika nos deu, pela participação de todos aqui.

Eu acho que foi muitíssimo enriquecedor ver a perspectiva de todos.

Eu também gostaria de colocar a Defensoria Pública da União à disposição. Parece-me muitíssimo razoável a ideia da Deputada Erika de que os atores envolvidos sejam reunidos, para que essa urgência que temos hoje não exista e nós tenhamos tempo para conversar sem que os tratamentos sejam interrompidos.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Tem a palavra o Marcos Paulo.

O SR. MARCOS PAULO NOVAIS SILVA - Eu quero, primeiro, agradecer a oportunidade de estar aqui e ouvir todos vocês.

Eu acho que já levo comigo as várias sugestões que foram dadas aqui.

O Deputado Marcelo colocou a importância de darmos mais transparência a desses contratos, para sabermos como está a dinâmica ali, como está o equilíbrio financeiro, para que as famílias inclusive possam acompanhar. Eu acho que esse é um ponto importantíssimo.

Eu acho que nós podemos, inclusive devemos, avaliar pelo órgão regulador, pela ANS em específico, a ampliação desses prazos de portabilidade. Eu acho que é medida fundamental neste momento, dado que esse prazo pode ser muito curto.

Nós vamos recomendar às operadoras também, é claro, essa dilação, para que entendam este momento e concluam, principalmente a operadora que está recebendo esse beneficiário agora, o processo, ainda que com um prazo tardio.

Além disso que levo internamente para conversar com todas as nossas operadoras de planos de saúde, eu rogo por algo aqui. Estou participando dessa segunda audiência, mas noto a falta que faz um dos principais agentes neste nosso País, a falta do setor público, a falta do Ministério da Saúde. Eu vivencio todas as discussões sobre política nacional do paciente oncológico, a política nacional da doença rara, qual é a política, qual é a diretriz. Precisamos trazer o Ministério da Saúde. É claro que não estou eximindo aqui em nenhum momento a discussão sobre as nossas responsabilidades enquanto representante de operadoras, em nenhum momento.

Agora, a preocupação fica ainda maior, dado que aqui estamos discutindo a rescisão unilateral de um contrato corporativo, e, por outro lado, estamos falando que no sistema público eventualmente não temos nenhum tipo de assistência no Brasil, este País continental, e precisamos trazê-lo para discutir. A diferença é que não podemos ter dois Brasis. Precisamos aprimorar muito os planos de saúde e a saúde suplementar, não há dúvida, mas precisamos trazer o sistema público também para debater isso. Isso é importantíssimo. Então, levo isso aqui comigo.

Peço para que compartilhem os nossos contatos, do meu pessoal, inclusive, para receber dúvidas, reclamações e também atuar aqui como agente em promoção de saúde e mais acesso para todos.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Vou passar a palavra para a Fabricia e para o Marcus.

A SRA. FABRICIA GOLTARA VASCONCELLOS FAEDRICH - Boa noite.

Eu também queria agradecer a participação e dizer que a agência está à disposição.

Quero responder à Leticia, à Marlla e a tantos outros que colocaram a dificuldade sobre os canais da agência. Já estou reportando aqui, enquanto converso com vocês, a dificuldade. O pleito de vocês não foi só formalmente ouvido aqui, está sendo colocada essa dificuldade de vocês, de que as pessoas não têm, às vezes, como chegar ou o *site* está muito difícil de acesso. Então, eu já me reportei aqui e vou levar isso formalmente depois, quandmar.

Obrigada, Deputada, pela oportunidade de participar.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - O Marcus Teixeira está na sala ainda? *(Pausa.)*

Acho que saiu.

Então, passo a palavra para o Vitor Hugo do Amaral Ferreira.

O SR. VITOR HUGO DO AMARAL FERREIRA - Quero cumprimentar a Deputada pelo requerimento, agradecer a oportunidade de a SENACON estar aqui e dizer que estamos à disposição não só para ouvir as reclamações, mas para agir também enquanto Estado na defesa dos consumidores.

Saio daqui com várias anotações e dou a minha palavra: vocês podem nos acompanhar, porque nos próximos dias nós vamos ter um movimento efetivo da Secretaria Nacional do Consumidor em relação ao tema.

Nessas últimas 2 semanas, nós tivemos uma tarefa árdua de atender todas as questões de cancelamento que envolvem o Rio Grande do Sul nas relações de consumo. Então, tínhamos uma tarefa em relação a isso, mas eu assumo aqui o compromisso, e amanhã mesmo... Eu já estava mandando mensagem para organizar algo em relação ao tema, além daquilo que nós já tínhamos pensado.

Muito obrigado mais uma vez, Deputada.

A SRA. PRESIDENTE (Erika Kokay. Bloco/PT - DF) - Eu queria agradecer muito ao Vitor Hugo do Amaral Ferreira, da Secretaria Nacional do Consumidor, do Ministério da Justiça e Segurança Pública; ao Marcos Paulo Novais Silva, Diretor-Executivo da Associação Brasileira de Planos de Saúde — ABRANGE, representando a Amil; ao Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo, que representa a Qualicorp, mas me parece que tem uma abrangência maior, como ele mesmo disse; à Fabricia Goltara Vasconcellos, que é Gerente-Geral de Regulatória da Estrutura dos Produtos; ao Marcus Teixeira Braz, Diretor-Adjunto da Diretoria de Fiscalização, representando a Agência Nacional de Saúde; à Viviani Guimarães, Vice-Presidenta do Movimento Orgulho Autista Brasil e CEO do Mais Inclusão no Mundo; à Kelen Cristina D'Alkmin, à Silvia Rodrigues e à Leticia Fantinatti, que são representantes da Associação Vítimas a Mil; à Raquel Brodsky Rodrigues, Defensora Pública do ponto focal do Grupo de Trabalho de Atendimento à Pessoa Idosa e à Pessoa com Deficiência do Centro-Oeste, que aqui representa a Defensoria Pública da União; à Patricia Parreira, que é médica neuropediatra e também mãe neurodivergente.

Quero agradecer muito a participação da Renata Veronica de Oliveira, da Samara Rocha, também do Oswaldo Freire, da Dieimes Miguéis, que contribuíram muito com esta discussão, bem como da Marcília Castellani, que aqui apresentou toda essa documentação, e da Cléo, que é uma grande defensora dos direitos das pessoas com deficiência e que, dentre tantas coisas que ela é, é fundamentalmente a mãe da Gigi.

É uma alegria ter a Gigi aqui também conosco. Recentemente, ela fez uma belíssima festa de 15 anos.

Aqui quero agradecer também à Marlla Mendes de Sousa, que é a primeira Presidenta da Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Autismo da OAB Nacional.

Agradeço a todas as pessoas que participaram dessa discussão, com os encaminhamentos que aqui foram postos, a fim de, em nome da Comissão, fazemos a provocação, Michael, para a Secretaria do Consumidor, para que possa fazer esta reunião, esta audiência pública, chamando todos os segmentos, junto com a ANS, para que nós possamos trabalhar na perspectiva da suspensão da suspensão, porque o prazo é absolutamente exíguo. Não dá para construir nenhuma solução estruturante, porque nós só temos 10 dias. O que foi posto é que, no dia 1º de junho — nós estamos no dia 21 de maio —, os convênios serão rompidos. Então, que nós possamos suspender essa ruptura, suspender esse cancelamento e, a partir daí, construirmos uma solução mais estruturante.

É óbvio que nós trabalhamos para que o SUS possa cumprir a função de atendimento na lógica multidisciplinar, porque vimos aqui a importância do fonoaudiólogo, do terapeuta ocupacional, do psicólogo, do neuropediatra, do educador físico, enfim, de tantos profissionais que são fundamentais para que se possa fazer um atendimento na perspectiva de que as pessoas possam ser felizes. Nós estamos aqui lutando pela felicidade.

A Dieimes falava sobre medo do futuro, que é uma realidade com que nos deparamos todos os dias. Não podemos ter medo do futuro, e temos medo do futuro, porque nós sabemos que também há uma escassez de atendimento para as pessoas com transtorno de espectro autista adultas, há uma dificuldade de atendimento agravada, e, ao mesmo tempo, o que queremos é que todas as pessoas possam vivenciar a felicidade. Essa é a luta. Hoje, nós estávamos em outra atividade. Havia uma participante da atividade, do seminário, que vestia uma camiseta que dizia: *"Lute como lutam as mães"*.

Então, eu penso que quando as mães se organizam e se mobilizam conseguimos realmente as soluções necessárias. Muitas vezes os homens se sentem no direito de serem pais de fato ou pais de direito, muitas vezes, dos seus próprios filhos. E são as mães que estão todos os dias lutando de forma incansável, com muita determinação e com muita coragem, para que não tenhamos medo do futuro.

Então, com essas considerações e com esses encaminhamentos, queria parabenizar todas as mães, todos os pais, em particular todas as mães que não desistem, que não podem desistir dos seus meninos e meninas, porque querem que os seus filhos e filhas vivam melhor do que nós vivemos, obviamente, e têm esse exercício de empatia, de solidariedade, de sentir a dor do filho, de sentir a alegria do filho e da filha, às vezes, muito mais do que eles. E cada progresso, como o de sair do suporte 3 para o suporte 2 e para o suporte 1, é comemorado com muita, muita intensidade e com muita alegria.

Por isso, em homenagem a todas as pessoas que lutam e que têm a convicção de que a saúde não é mercadoria, a saúde e a deficiência do atendimento à saúde não podem ser encaradas como uma forma de dar lucro para quem quer que seja, numa lógica de mercadorização do que não pode ser mercadorizado, porque nós estamos falando de vida, nós estamos falando de pessoas, declaro encerrada a presente audiência pública.