

1º Simpósio Técnico do Conesul sobre o Autismo.

“Debater para Compreender”

24.11.2023 - Dourados/MS

Cerimonialista: Boa tarde a todos. Sejam bem-vindos em nome do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul e do Fórum Nacional da Saúde e do Conselho Nacional de Justiça, por meio do Comitê Estadual de Mato Grosso do Sul e do Comitê Regional de Dourados, realizadores de 1º Simpósio Técnico do Conesul sobre o Autismo. Agradecemos a presença de todos. Este evento tem como objetivo debater para conhecer as perspectivas que envolvem as pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, por meio de renomados palestrantes com experiência na área jurídica e na área médica. Este evento conta com apoio da Unimed Dourados e da Universidade Federal da Grande Dourados-UFGD. Para iniciarmos o simpósio, convidamos para vir à frente o Excelentíssimo Senhor Luiz Tadeu Barbosa Silva, Desembargador do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, representando o Dr. Sérgio Fernandes Martins, Presidente do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, anfitrião deste evento. Excelentíssimo Senhor Dr. Nélio Stábile, Desembargador e Coordenador do Comitê Estadual da Saúde do TJMS e do NATjus, Núcleo de Apoio Técnico e mediador das palestras deste evento. Excelentíssimo Senhor Dr. Clenio Jair Schulze, Juiz Federal de Santa Catarina, palestrante deste evento. E também o Senhor Dr. Renato Santos Coelho, médico pediatra do Rio Grande do Sul, também palestrante deste evento. Antes de iniciarmos, gostávamos de destacar aqui a presença de algumas autoridades presentes. Excelentíssimo Senhor José Carlos Barbosa, Vice-Governador do Estado de Mato Grosso do Sul. Excelentíssimo Senhor Alan Guedes, Prefeito de Dourados. Excelentíssimo Senhor Laudir Munaretto, Presidente da Câmara Municipal de Dourados. Excelentíssimo Senhor Geraldo Rezende, Deputado Federal. Para abertura deste evento convidamos o Excelentíssimo Senhor Luiz Tadeu Barbosa Silva, Desembargador do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Ele é Bacharel em Direito Faculdade de Direito da Unigran, onde atuou como professor por 17 anos, Mestre em Direito pela Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, área de concentração Direito, Econômico Constitucional. Ingressou na magistratura como Desembargador em 28/07/2008 e exerceu o cargo de Corregedor-Geral de Justiça no Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul no biênio 2021-2022. Com a palavra.

Desembargador Luiz Tadeu Barbosa Silva: Excelentíssimo Senhor Desembargador Nélio Stábile, nosso querido colega lá do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Uma saudação especial aos juízes e às juízas aqui do nosso Estado que comparecem nesse evento também. Também uma saudação toda especial ao Vice-Governador, Dr. José Carlos Barbosa, que representa o Governador do Estado, ao prefeito Alan Guedes, ao Presidente da Câmara, Laudir Munaretto, ao Deputado Federal Geraldo Resende. Aos médicos, aos advogados aqui presentes. Trago aqui uma mensagem do Desembargador Sérgio Fernandes Martins, que não pôde estar presente neste evento. Trata-se um evento inédito em Dourados que retrata justamente a grande preocupação do Judiciário, quer o aspecto econômico-financeiro das demandas. Há demandas capazes de provocar verdadeiros dilemas nas instituições e o Tribunal de Justiça tem esse cuidado de examinar com muita atenção essas demandas, principalmente com a criação de núcleos e com a criação de gestores capazes de incentivar políticas para uma boa administração,



tanto a administração pública quanto a administração do Tribunal enquanto Poder Judiciário no aspecto de proferir decisões. E, de fato, há decisões que podem, às vezes, dificultar sobremaneira a vida do gestor público. Cito um exemplo que ocorreu no passado, nós exercemos a Corregedoria-Geral de Justiça e, um sábado, eu recebo um telefonema do diretor da Energisa dizendo o seguinte, “olha, precisamos falar com o senhor com urgência.” Aí marquei, me desloquei ao Tribunal e ele disse, “olha, estou aqui com uma intimação de um juiz para que nós possamos cumprir uma decisão”, claro, uma decisão judicial e essa decisão consiste no seguinte, Campo Grande tinha passado por aquilo que se chamou o vendaval de poeira, um verdadeiro vendaval de poeira. Aquilo acabou com a cidade em termos de, principalmente, de iluminação pública e faltou energia em muitas casas, talvez ali 5, 10.000 residências. Bom, e essa intimação era para que fosse restabelecida a energia elétrica numa residência em 24 horas, e ele disse para mim, “olha, nós estamos com uma dificuldade tremenda, se a gente for restabelecer a energia para esta pessoa, nós vamos paralisar o restabelecimento que neste exato momento estamos fazendo na Santa Casa”. Então vejam, às vezes, como uma decisão pode provocar uma situação inusitada. Eu sempre falo, “olha, quando o julgador vai proferir uma decisão, é importante que ele pense nos efeitos que essa decisão poderá trazer para a sociedade”. Eu acho que isso é uma das condições para que o Judiciário possa atender esses pleitos, é este exame, não é? Então, trata-se de um evento inédito, capaz de trazer grande contribuição para o nosso sistema. E, pra encerrar, quero fazer aqui uma homenagem toda especial a este meu colega Desembargador Nélio Stábile. Passou aqui, foi juiz em Itaporã, passou aqui por Dourados, deixou aqui uma marca, não é? E esta marca de pessoa sensata, de julgador probo ele está deixando também, aliás, marcando lá no nosso Tribunal. É uma pessoa extremamente preocupada com essa questão relacionada à economia, quando das decisões que possam repercutir, principalmente nos planos de saúde ou no SUS como queiram. Então uma homenagem toda especial a este grande colega, este grande julgador que começou a sua carreira aqui em Dourados. Um abraço a todos e devolvo para o cerimonial.

Cerimonialista: Para darmos início à programação técnica do simpósio convidamos para que assuma a palavra o mediador, Excelentíssimo Dr. Nélio Stábile. Ingressou na magistratura como juiz de direito, em junho de 1988, em Itaporã. Em dezembro de 1990, foi promovido para Três Lagoas e julgou até abril de 1999, quando foi promovido para a Entrância Especial e assumiu a 1ª Vara de Fazenda Pública e Registros Públicos da Capital. Em março de 2015, foi promovido ao cargo de Desembargador do Egrégio Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, passando a atuar na atual 2ª Câmara Cível, 2ª Seção Cível e Seção Especial Cível e, atualmente, compõe o Órgão Especial bem como o Egrégio Tribunal Pleno. É integrante do Comitê Nacional de Juízos de Cooperação do Conselho Nacional de Justiça pelo Poder Judiciário de Mato Grosso do Sul e, a partir de maio de 2022, passou a coordenar o Comitê Gestor Regional de Priorização do 1º Grau de Justiça de Mato Grosso do Sul. É coordenador do Comitê Estadual de Saúde do Judiciário. Com a palavra.

Desembargador Nélio Stábile: Boa tarde a todas as senhoras e a todos os senhores aqui presentes. É uma honra estar aqui em Dourados, nossa capital do Conesul do Estado, cidade importantíssima, calorosa e onde a gente se sente verdadeiramente um cidadão sul-mato-grossense, por termos a preocupação do Poder Público nas suas várias esferas, preocupados em fornecer o que há de melhor para a sua população. Então é um prazer voltar a Dourados, terra que tenho guardado bem dentro comigo. Muito importante essa vinda aqui. Gostaria de saudar e agradecer as palavras do Desembargador Luiz Tadeu Barbosa Silva e creditá-las a mais

amizade com essa pessoa fantástica que é o Desembargador Luiz Tadeu do que a mérito meu. Gostaria de saudar, com ênfase, Dr. Clenio Jair Schulze, juiz federal de Santa Catarina, um dos palestrantes, e que é profundo conhecedor da questão da judicialização da saúde, que nos traz inúmeras preocupações, inclusive aqui no Mato Grosso do Sul. Cumprimentar também com igual ênfase o Dr. Renato Santos Coelho, médico pediatra do Rio Grande do Sul e o palestrante também desta tarde, que vem aqui, deixando seus afazeres, nos trazer ensinamentos e compreensão da questão do autismo. Gostaria de saudar o nosso Vice-Governador, Barbozinha, o Prefeito de Dourados, Alan Guedes, o Presidente da Câmara, Laudir Munaretto, e o Deputado Federal Geraldo Resende, nosso colega e companheiro no Comitê Estadual de Saúde. Anoto que este evento tem como objetivo debater para conhecer as perspectivas que envolvem as pessoas com Transtorno do Espectro Autista, o TEA, por meio de renomados palestrantes com experiência na área jurídica e na área médica. Esse evento, que está sendo coordenado pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, teve o apoio insubstituível, mais do que necessário, e realmente decisivo para essa realização, da Unimed Dourados e da Universidade Federal da Grande Dourados. Gostaria aqui de fazer um agradecimento especial ao Dr. Jocely Matheus de Moraes Junior, da Unimed Dourados, Dr. Roaldo Espíndola e o Dr. Patrick Espíndola, que tornaram possível a realização deste evento. Cumprimento também os nossos colegas magistrados que estão aqui presentes, Desembargador Lúcio Raimundo da Silveira, nossos juízes de Dourados e da região. Cumprimento os profissionais do Direito, temos aqui o Presidente da Comissão de Saúde da OAB-MS e cumprimentar todos os advogados, os que atuam na área da saúde, sejam médicos, terapeutas, psicólogos, são todos mais do que bem-vindos, e tenho certeza de que nesta tarde teremos adquirido conhecimento que é insubstituível, que é necessário para que possamos evoluir nessa questão da judicialização da saúde, em específico o tratamento do autismo ou das pessoas que têm autismo. Nós, do Poder Judiciário, não devemos, não podemos e não queremos evitar que ações judiciais venham até nós, ao contrário, essa é a nossa função, mas nós pretendemos firmemente deixar de conhecer tanto daquelas ações que são desnecessárias como aquelas que poderiam ser evitadas pela simples conversa pela conciliação entre as pessoas, seja as operadoras de planos de saúde, o seguro-saúde, cooperativa de saúde, enfim, seja da Saúde Pública através do gestor municipal ou estadual. E essas ações, muitas delas podem realmente ser evitadas através dessa conciliação. O Conselho Nacional de Justiça propôs a criação dos chamados CEJUSCs, que são centros de conciliação, em questões de saúde. No nosso Estado nós criamos e instalamos, no dia 10 de novembro, tardiamente, mas ainda é tempo, o CEJUSC Saúde para fazer a conciliação e a conciliação prévia ou pré-judicial dessas questões de saúde. Nós temos no site do Tribunal, na aba de serviços, temos lá o Comitê de Saúde, Núcleo de Apoio Técnico, NATjus. Nesse site, que tem a sua identificação visual e todas as informações colocadas nele é possível é verificar todas as atas de reuniões, todas as deliberações, todos os ofícios, todas as medidas que foram tomadas pelo Comitê. Esse Comitê de Mato Grosso do Sul é bastante singular, é bastante diferente de alguns outros, porque ele engloba toda e qualquer organização, instituição ou agrupamento que possa colaborar na questão da judicialização da saúde. É por isso que temos não só Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Farmácia, de Terapia Ocupacional, de Odontologia, todos esses conselhos da área de saúde. Temos também advogados, Defensores Públicos, membros do Ministério Público Estadual e Federal, membros do Judiciário Estadual e Federal que irmanados tentam resolver alguma coisa nessa questão. Mas temos também Assembleia Legislativa de Mato Grosso do sul, as Câmaras Municipais, temos o Tribunal de Contas, Assembleia Legislativa, como já disse, temos a Polícia Militar, Agência de Trânsito, todos esses podem colaborar e efetivamente colaboraram conosco na tentativa de solução. Apenas um exemplo, nós tivemos uma série de faltas e falhas nas cirurgias



ortopédicas eletivas aqui no Mato Grosso do Sul e precisávamos identificar quais seriam as soluções mas também quais as causas e apuramos que, além daquelas cirurgias que eram eletivas, havia muitas cirurgias em caráter de urgência ou emergência decorrentes especialmente de acidentes de trânsito e, dentre esses, especialmente de motociclistas. Então a Polícia Militar e a Agência de Trânsito foram chamadas ao Comitê para colaborar, o que é que poderia ser feito. Antes e a partir daí fizeram uma verdadeira campanha para bem dirigir, bem pilotar, não dirigir embriagado, não dirigir em alta velocidade e fizeram blitz na cidade de Campo Grande, em alguns lugares no interior exatamente para evitar essas ocorrências. Então, veja, de onde porventura menos se espera, vem o auxílio que nós precisamos tanto para a saúde quanto para o Judiciário. Mas eu dizia na página do Comitê Estadual de Saúde, temos lá os Comitês Estadual e Regionais. Nós temos um Comitê Regional aqui em Dourados, que é presidido pela Dra. Daniela Vieira Tardin, aqui presente, temos um Comitê Regional em Três Lagoas, comandado pela Dra. Janine Trindade, e um Comitê Regional em Corumbá, comandado pelo Juiz Maurício Miglioranzi. Nessa página também nós temos a folha do NATjus e lá constam todos os pareceres já emitidos pelo nosso Núcleo de Apoio Técnico. O Núcleo de Apoio Técnico é muitíssimo importante porque o magistrado, assim como um membro do Ministério Público e da Defensoria Pública, os advogados não têm, evidentemente, conhecimento na área médica, farmacêutica ou terapêutica de qualquer modo. Então, para bem decidir uma ação, nós precisamos dar informação técnico-científica, correta, adequada. É bem verdade que, no início, porque os membros do NATjus são servidores públicos estaduais e do município de Campo Grande, havia e houve uma certa desconfiança com relação à acuidade desses pareceres. Nada como o tempo para demonstrar a absoluta confiança que eles granjearam, então, com o passar dos anos, os magistrados passaram a receber essa nota técnica, esse parecer técnico contendo todas as informações essenciais para que pudessem bem decidir. Evidentemente que o parecer não vincula o magistrado que deve e pode decidir fundamentadamente da maneira como entender correto e é por isso que nós temos as mais variadas decisões dentro do Estado e dentro do País. Mas uma coisa é você decidir de acordo com o que você pensa, porque você acha isso, outra coisa é decidir como você pensa, porque está bem e completamente informado sobre aquela questão. Então, no caso da Saúde Pública, nós temos esse NATjus, que é esse Núcleo de Apoio Técnico, que produz essas notas técnicas. No Mato Grosso do Sul, ainda tem um possa me tornar repetitivo, mas nós temos uma situação bastante peculiar e pioneira no Brasil, que é 100% das ações judiciais de Saúde Pública que ingressam no nosso Poder Judiciário vão para esse NATjus para a elaboração do parecer, independentemente de qualquer pedido, determinação ou requisição. Esse parecer, esse processo, cópia desse processo vai para o NATjus ele elabora o parecer e devolve ao juízo de origem. Então, muitas das vezes, antes mesmo do magistrado receber o processo, decidir alguma coisa, ele já conta com parecer técnico dentro do processo. E aqui até caberia uma proposição, uma promessa, um desafio bastante relevante e talvez inusitado para o nosso Estado. Mas eu estava dizendo sobre a conciliação da saúde, nós temos aqui um Business Intelligence, nós temos uma estatística, no momento em que for necessário, de todas as ações judiciais que correm em nosso Estado. Então nós temos na pizza ali ao lado o Juizado Especial da Fazenda Pública de Campo Grande, que são 2 Varas, é a maior parte dos processos. Até se justifica porque no Juizado o processo corre mais célere. Campo Grande é a cidade mais populosa do Estado, mas a gente vê, por exemplo, a cidade de Paranaíba e o Juizado Especial de Dourados são equivalentes, nada obstante Dourados seja muito mais populoso do que lá. Nós temos a cidade de Naviraí também um grande acúmulo de processos, a faixa vermelha, e temos as outras comarcas com seus respectivos processos. Isso nos leva a pensar, o que é que existe de diferente em Campo

Grande, Dourados, Paranaíba ou na Naviraí? Por que há tanta judicialização da saúde? Será que o Poder Público não atende corretamente os seus cidadãos ou será que há pessoas demandando quando não precisariam ou não deveriam, às vezes, judicializar uma questão? Esse é um retrato frio da questão, são números, são estatísticas. Mas, certamente, aí cabe a conciliação, a conversa entre os interessados e quem precisa do serviço público de saúde e aquele que está para lhe fornecer. Para tentar solucionar essa questão, porque nós temos aqui embaixo, no canto direito, até o presente momento, 6.352 pareceres técnicos da Saúde Pública. Isso significa 6.352 ações novas de Saúde Pública do dia 9 de janeiro, que iniciou o expediente forense, até hoje, essa é a maior taxa do Brasil, proporcionalmente à sua população, é a maior taxa do país. Então por que aqui se judicializa tanto? Bom, nós temos advogados experientes, temos médicos, farmacêuticos e terapeutas também muito competentes. Será que o Poder Judiciário não funciona ou o Ministério Público ou as Secretarias de Saúde? Eu vejo por uma outra forma, ninguém vai judicializar em um lugar onde processo não ande, ninguém vai judicializar se aquele Município ou Estado não atenda a requisição judicial ou não atenda a sua população. Então, eu vejo da seguinte forma, nada obstante seja um número muitíssimo elevado, precisamos diminuir, mas eu vejo que as instituições estão funcionando, inclusive na questão da saúde. Para tentar resolver em parte esse problema, nós instalamos, então, o Comitê de Conciliação, o CEJUSC, o Centro de Conciliação, CEJUSC, que é essa parte verde aqui no topo do lado direito. O CEJUSC Saúde se destina receber aquelas ações em que, possivelmente, haja uma possibilidade de solucionar sem uma decisão judicial, que o processo termine sendo oferecido ou não sendo oferecido, porque assim é que deve ser, não sendo oferecida ou sendo oferecida a prestação de saúde, medicamento, o que for. Mas nós instalamos, acompanhando o estado de São Paulo e o Tribunal de Justiça de São Paulo e o Tribunal Regional Federal da 3ª Região que engloba Mato Grosso do Sul também, nós criamos um sistema dentro do CEJUSC para fazer uma conciliação prévia antes do ingresso da ação judicial, a exemplo do que a Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul, em várias comarcas, faz através da CASC, com o estado de Mato Grosso do Sul e com vários municípios, a tentativa de conciliar antes de ingressar com uma ação judicial. Nesse sistema que foi lançado agora dia 10 de novembro e deve estar efetivamente funcionando ainda em dezembro, a própria pessoa pode ingressar no site, é bastante intuitivo o cumprimento de todas as etapas. Então, lá, peça o seu medicamento do lado direito da tela, ela coloca os seus dados pessoais, coloca qual é o pedido de medicamento, enfim, junta uma receita médica, prescrição médica ou um laudo médico, é melhor que seja um laudo médico. Esse pedido depois é confirmado pela pessoa, na página seguinte é uma confirmação, se está tudo ok ela encaminha. Esse pedido vai automaticamente para o ente público responsável pela dispensação do medicamento, tratamento, que seja estado de Mato Grosso do Sul ou qualquer dos municípios, qualquer um dos 79 municípios de Mato Grosso do Sul, todos eles foram contactados e encarecidamente, pedido que aderissem a esse sistema. Logicamente que tem que ser usado com inteligência. Aquele que pedir medicamento de milhões de reais, é bem provável que não vá ter uma solução aqui nessa plataforma, assim como se o ente público, Estado ou Município, pretender dispensar apenas aspirina, realmente não vai funcionar, mas é um avanço para nós evitarmos esse número enorme de demandas e que acabam tirando do Poder Público a possibilidade de atendimento melhor à população. Todas essas questões afetam também a Saúde Suplementar, as operadoras de plano de saúde, por muitas vezes, são demandadas indevidamente. Muitas vezes não fornecem o produto de saúde que podem necessitar, que o paciente possa necessitar. Também na questão da Saúde Suplementar devemos ter um olhar de conciliação, de tentativa de resolver, sem necessidade da ação judicial. Por isso que eu disse que havia uma proposta, uma promessa ou um desafio que é esse mesmo sistema que nós temos para a Saúde Pública trazer para a Saúde Suplementar. Para



isso nós teremos que ter o apoio do Poder Judiciário, dos entes públicos do Poder Executivo, devemos ter o apoio dos servidores da saúde, dos profissionais de saúde e, principalmente, das empresas de assistência suplementar, das cooperativas de saúde, planos de saúde em geral. No caso, como nós vamos ver nas palestras que seguirão, no caso do autismo, a grande maioria dos casos corre pela Saúde Suplementar em razão até de termos, como é o caso da Unimed Dourados, centros de atendimento ao autista já instalados e em pleno funcionamento. Então fica aqui para todos os presentes e uma lembrança para mim de que as mesmas soluções para a Saúde Pública nós temos que buscar para a Saúde Suplementar. Somente dessa forma conseguiremos uma diminuição da judicialização que sangra os cofres, certamente, os cofres públicos e os da Saúde Suplementar e assim poder atender melhor a população, seja usuário de plano de saúde, seja o cidadão que não tenha qualquer plano de saúde. Então fica aqui a proposta, o desafio para que nós consigamos fazer isso. Meu muito obrigado. Bom, nós vamos dar início às palestras que temos para esta tarde. Eu gostaria de convidar primeiramente o palestrante Dr. Renato Santos Coelho. Dr. Renato é médico pediatra no Rio Grande do Sul. Cuida da Pediatria do Desenvolvimento. É Professor Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UFCSPA. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Doutor em Pediatria pela mesma universidade. É Scholars Fellowship no Child Study Center di University USA na área de Pediatria do Desenvolvimento e Psiquiatria Infantil. É também preceptor do Ambulatório de Desenvolvimento Infantil do Hospital da Criança Santo Antônio, Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre e especialista na Técnica e Teoria de Intervenção Precoce na Relação Pais Bebês pela ITIPOA - Porto Alegre. Certificação de Aplicação do Cars 2 Childhood Autism Rating Scale 2019. Com a palavra, Dr. Renato. Muito obrigado.

Com a palavra, o doutor Renato, muito obrigado.

Dr. Renato Santos Coelho: Bom, primeiramente, é um prazer poder estar aqui em Dourados e agradecer o convite do Tribunal de Justiça, da Unimed Dourados, da Universidade Federal, para que eu pudesse vir aqui compartilhar com vocês um pouco dessa minha trajetória que começou lá no Sul. A única pessoa que me conhece aqui é um ex-aluno meu que está aqui da faculdade, que veio fazer pediatria aqui em Dourados, então é prazer poder te ver aqui e também poder compartilhar novamente com o Clenio, que é um juiz federal lá de Santa Catarina, que a gente tem participado de eventos semelhantes a este. Uma vez que eu vou discorrer um pouco sobre esse tema, claro que o público aqui tem da área do Direito e da área da Medicina, então eu vou tentar transformar essa conversa de uma forma palatável, porque de alguma forma eu vou trazer alguns tópicos ligado à área técnica de neurociência, mas que eu acho que é importante a gente ter esse início dessa conversa para que a gente possa depois pensar nas soluções ou pensar por que eu estou aqui, para trazer exatamente uma visão técnica dessa parte das terapias, que é o que importa para a gente entender. Mas para chegar lá nas terapias, eu preciso ter um conhecimento um pouquinho anterior. Vamos recorrer um pouquinho da parte que é do autismo até hoje o que se chama de Transtorno do Espectro Autista. Então, as primeiras publicações científicas dataram do ano de 1943, da primeira publicação científica que um psiquiatra austríaco, morando nos Estados Unidos, na época, publicou numa revista científica da época uma descrição de uma série de casos. Foram 11 casos de crianças que ele, ao estudar e acompanhar e tentar tratar essas crianças, ele viu que elas tinham em comum questões e ele chamou de uma síndrome, Síndrome do Transtorno Afetivo Autista. Essa palavra autista ele trouxe prestada a Psiquiatria que já se usava na virada do século 18 para 19, 19 para 20, já se usava essa expressão que vem na sua origem etimológica quer dizer, “se voltar para dentro”.

Autismo, “se volta para dentro”. Alguns transtornos psiquiátricos, a pessoa tem essa tendência de fazer esse movimento e no espectro autista também. Então, por isso que tem essa palavra vindo dessa forma. No decorrer das décadas após Kanner trazer o assunto, veio logo depois, Asperger, que também descreveu uma série de casos que ficou até bem pouco tempo atrás, como se fosse um grupo separado e hoje a gente junta tudo isso dentro do espectro. Então essa história do autismo é importante a gente entender e se perguntar, o que é o tal do TEA? Então, é um transtorno do neurodesenvolvimento infantil. Por que transtorno e não doença? Exatamente porque a neurociência conseguiu mostrar nos seus estudos, nas últimas décadas, que esse problema não é uma doença que afeta o cérebro subitamente, é um jeito de funcionar a mente, que já vem muito precocemente. Esse muito precocemente no período que eu fiz o meu Follow, nos Estados Unidos, foi em 1995, eu fiquei lá num Centro de Estudos de Autismo, onde o autismo da época era o autismo, não era o espectro autista, então eu sou uma testemunha exatamente dessa mudança que houve de autismo para espectro. E se entendeu, ao longo desses últimos 30 anos, que exatamente não é uma doença, é um jeito de funcionar a mente e que traz muitos prejuízos, por isso que o termo é transtorno e não doença. A ciência começou a ver que mais precocemente se detectava que essas crianças já estavam demonstrando que iam por esse caminho. Há 30 anos atrás, geralmente se percebia essas crianças entre 2 e 3 anos e se levava até os 4, 5 anos para firmar o diagnóstico. Hoje, a gente já percebe sinais muito precoce e, principalmente, um estudo de bebês e o estudo da neurociência fetal está trazendo dados que a gente pode já detectar de movimentos gerais do feto que está alterado. A gente pode notar num bebezinho, nos primeiros 2, 4 meses de idade, que ele já tem os movimentos gerais dele alterado. Então a gente está tentando buscar sinais cada vez mais precoce para quê? Para poder fazer uma intervenção mais precoce. Com que intenção? Curar? Não. A ideia, por enquanto, a ciência não tem essa prevenção, até porque se sabe que isso aqui não é um processo tão simples assim, diferente se fosse uma doença, a gente poderia pensar em curar. E se chama de espectro exatamente porque a apresentação clínica ela é muito ampla. Aí muitos me perguntam, ok, essa apresentação clínica ela é ampla. Como é que a gente poderia olhar? Vamos olhar pra esse relógio, do ponto de vista didático, a gente pensar assim, o que é esse tal do espectro? Se nós olharmos aquela faixa lá laranja, aonde a gente chama que seria o conceito antigo de autismo de 30 anos atrás, sim, esse grupo perfaz hoje no grupo do espectro em torno de 30%, aproximadamente. Então vocês estão vendo já que 70% das pessoas que entram no critério diagnóstico do espectro autista, que há 30 anos atrás não entrava, passar a compor hoje esse universo de pessoas. E por que a gente ampliou isso? Eu digo a gente, nós, clínicos que observamos as pessoas com as dificuldades, a gente começou a ver que a dificuldade que essa pessoa que está mais para cá, para a linha verde, não é muito diferente daquela que está mais pro lilás e pro laranja, o que varia, muitas vezes, é a intensidade dos sintomas, a intensidade dos prejuízos, mas o jeito de funcionar a mente é a mesma. Então por isso que a neurociência começou a entender que estas dificuldades trazem prejuízos para a vida da pessoa e que a característica de todos eles que estão dentro do espectro é basicamente um déficit social, uma dificuldade de fazer uma leitura do ambiente social, uma dificuldade de inferir o que o outro pode estar pensando, empatia fica muito difícil, então essa dificuldade de interação social e de se relacionar com uma outra pessoa e no ambiente coletivo é a grande dificuldade dessas pessoas e junto com isso vem um déficit na área de comunicação social. Então, a parte de comunicação ela fica bem prejudicada nas pessoas que estão dentro do espectro e isso varia de intensidade, fazer o diagnóstico na turma lilás e laranja é mais fácil. A questão começa a complicar quando vem para área verde, porque na área verde nós vamos ter cada vez um número de pessoas maior e com uma condição clínica aonde nós temos que avaliar muito mais a qualidade dos sintomas do que quantidade de sintoma e a grande dificuldade é essa fronteira



aqui, porque essa fronteira só está bonitinha no desenho, porque na prática, na vida clínica, essa fronteira entre o típico e o atípico, ela não é muito clara e não muito definida, porque o termo diz, tem que trazer prejuízo, tem que trazer transtorno para pessoa. Então isso de certa forma explica alguns dados epidemiológicos eu vou mostrar mais adiante. Então o transtorno do neurodesenvolvimento infantil, ele é um distúrbio neurobiológico na sua essência, tanto tem um distúrbio de conexões cerebrais. Se vocês pensarem que o cérebro está guardado dentro da caixa craniana e a única forma que ele tem de ter informações do meio ambiente só através dos órgãos sensoriais, a visão, audição, tato, olfato, e essas informações alimentam o cérebro, que seria um grande computador que vai fazer a interação nossa com o meio ambiente. Se está frio, eu me aqueço, se está calor, eu tiro a roupa, enfim, se eu estou com fome, vou comer, quer dizer, as percepções vem dos órgãos sensoriais, e essa área está com um distúrbio, tem um distúrbio sensorial e de conexão lá dentro. Então realmente o indivíduo se fecha para dentro dele, porque ele não consegue ter essas informações necessárias para a sua vida. A natureza do espectro autista é de base genética, isso já a ciência, está bem claro, está bem fundamentado pelos estudos da genética e pelos estudos de epidemiologia que mostram que realmente a base genética desse transtorno é muito grande. Quando eu digo base genética, não estou falando da cor dos olhos, se um dos pais tem olho azul, outro não tem, qual é a chance de nossos filhos terem olho azul? 25%. Essa é a clássica, a genética de Mendel, que nós estudamos na época do colégio. Essa genética aqui ela é muito mais complexa, nós estamos falando da genética do comportamento e a genética do comportamento ela é poligênica, são muitos genes que atuam simultaneamente para que a expressão do comportamento apareça, então não tem um gene envolvido no espectro autista, tem pelo menos cem catalogados e tem uns 400 a serem estudados que estão envolvidos e no momento a gente não tem marcador biológico. O que eu quer dizer com isso? Não tem exame, não tem um raio X um eletro, uma ressonância, um exame de sangue ou mesmo a genética. Eu posso ter o meu irmão com autismo, ele faz uma análise genética, eu também faço e eu tenho a minha característica genética muito parecida com a dele ou quase igual e eu não tenho problema e ele tem. Os estudos com gêmeos idênticos também facilita muito a gente entender isso, porque quando é gêmeo idêntico eles têm o mesmo DNA. Se eles têm o mesmo DNA quando um tem autismo o outro também tem? Não. 80% deles sim, vão ter, 20% não. Por que 20% não tem? Aí que complica mais. Aí nós entramos numa outra área de neurociência, que é epigenética, para explicar esse fenômeno, mas isso é pra um outro momento. Então ele se expressa, o espectro autismo, através de uma anomalia do comportamento social e o diagnóstico se baseia exatamente na observação do comportamento. Então, pra eu avaliar uma criança que tem um atraso no desenvolvimento e que, provavelmente, ela vai entrar nos critérios do espectro autista tem que observá-la, não tem como eu fazer isso em 5 minutos, 10 minutos, eu preciso que 50 minutos, 60 minutos, eu preciso mais de um atendimento 2,3 até fechar o diagnóstico. Porque a criança é um ser em desenvolvimento, se eu avaliar ela com 2 aninhos, ela é um bebê, com 2 anos e meio é outra criança, com 3 anos é outra. Então eu estou trocando o pneu com o carro andando. Eu tenho que ter o cuidado de avaliar e entender aquela criança dentro do seu processo de desenvolvimento. A epidemiologia, como eu falei, é uma área da ciência que nos ajuda a entender um determinado fenômeno da área da saúde para ver como é que ele se comporta, se ele é mais comum no Sul, no Norte, seria mais comum em diferentes vias, seria mais comum em homens e mulheres, enfim, esse fenômeno a epidemiologia nos ajuda a entender, inclusive a epidemiologia nos ajuda até nas questões de causa. Então, esse slide está na internet, só vocês procurarem CDC de Atlanta, que é uma base de estudos estatísticos norte-americana muito confiável e que recentemente publicou, em 2023, para crianças de até 8 anos de idade nos Estados Unidos, então a população aqui é crianças de até 8 anos, eles chegaram agora em 2023 com um caso para cada 36. Então,

se nós olharmos aqui em 2004, nós tínhamos um para 150 e já era o conceito de espectro. Na época em que eu estava nos Estados Unidos, em 95, era um caso a cada 2000, mas é porque nós tínhamos o conceito de autismo, não de espectro. Então essa estatística a gente também tem que saber usar ela para entender esse fenômeno. Aqui ter um caso para 1 em 36 e veio numa crescente, se explica, 80% disso explica porque mudou o critério de diagnóstico. Nós fomos botando, a ciência, a medicina começou a botar para dentro desse guarda-chuva chamado espectro um número de pessoas que antes estavam fora desse diagnóstico. E aí vocês vão se perguntar, “mas onde é que estavam essas pessoas no passado? Se esse conceito do espectro é dos anos 2000 para cá, onde é que elas estavam antes?” A turma mais velha aqui, onde eu me incluo, na época de colégio, quando vocês estava, no colégio, na época dos 8 anos, 9 anos, onde é que estavam essas crianças todas que a gente não via elas? O que mudou? O que mudou é o nosso olhar. Nós começamos a ver que essas pessoas tinham sofrimento, tinham problemas, tinham prejuízos na vida, só nós não olhávamos para eles. Quem é que não se lembra de um colega de sala de aula que era o meio bicho do mato? Estranhão, nerd, ficava no recreio sozinho, brincando com as pedrinhas e folhas no meio das árvores, não brincava com os outros, era a criança vítima de bullying que a gente chamava “o doidinho” Esta criança exatamente era a criança que tinha muita dificuldade de relacionamento social, só que se achava que “ela é chata”, “ela é estranha”, “depois passa, com o tempo desaparece”. E essas pessoas chegaram a vida adulta. E o ser humano vai se adaptando e ele vai fazendo o quê? Se escondendo, autismo, ele vai se voltando para dentro dele e se isola. Onde é que eles estão na força de trabalho hoje? Um autista que conseguiria estar aqui que nem eu estou com vocês, com microfone, falando? Onde é que eles estão trabalhando? A sociedade não enxerga isso. Certamente ele está em muito trabalho noturno. Eles trabalho sozinho, uma área da fábrica lá do setor da segurança, que eles não precisam conversar com ninguém. Eu estou escondido nos bancos, estão escondidas área de TI, estão escondidos na área de contabilidade, onde eles trabalham com papéis e máquinas e não precisam se relacionar com as pessoas. O adulto vai se achando, vai se adaptando. Mas se for ver na vida pessoal dessa pessoa, ele era sempre visto pela família como meio maluquinho. Então, essas pessoas estavam de fora da nossa sociedade, nosso olhar, então isso mudou também essa explicação aqui e essa é uma mudança que a sociedade vem fazendo em 2023. Se eu perguntar para vocês hoje, 50 anos atrás, se entendia e se aceitava tão fácil as questões de gênero como se entende hoje? Então a sociedade está mudando o jeito de enxergar e entender a neurodiversidade. Nós estamos falando de neurodiversidade, então entra aqui as crianças do espectro autista também porque as suas chamadas de neuroatípicas, por isso que todo mundo chama de doença, é um jeito de funcionar a mente. Então, as causas, como eu falei pra vocês, o autismo não é um transtorno com uma causa, mas ele é um transtorno que está relacionado a causas diferentes, onde nós temos então as questões genéticas, como eu falei antes, e os fatores ambientais, Então, quando eu disse para vocês lá naquele gráfico da epidemiologia, que 80% se explicava pelo conceito de espectro autista ter mudado 20% se explica por que? Por esses fatores ambientais. Que fatores ambientais são esses? Então a neurociência se debruça em termos de pesquisa em alimentação. Se nós olharmos a humanidade, como é que se alimentava 100 anos atrás, não é a mesma coisa de hoje. Nós estamos com uma quantidade de alimentos processados pela indústria alimentícia, com muitos conservantes, muitas substâncias que nós não conhecemos. Na vinda para cá, nós viemos conversando com os colegas que estavam no transporte, a questão de agrotóxicos, aqui uma zona de grande produção agrícola, principalmente soja, se produz, se aplica muito defensivo agrícola, o 24d, que é o mais aplicado, o efeito disso na nossa alimentação, na sociedade, a gente não sabe. Tem estudos? Tem. Conclusivo? Nenhum. Mas tem. Tem gente se debruçando, na China tem bastantes pessoas estudando sobre poluição ambiental, metais pesados no ar. E



tem os fatores ambientais que são chamados, mais fácil de a medicina entender, que são os fatores ligados à idade que o pai, a mãe estão se tornando pais pela primeira vez. A nossa geração de nossos pais tinham filhos com 20 anos. A geração jovem hoje está tendo filho com 35, 36, 38, 39, 40, estão tendo seus primeiros filhos. Tem pais homens, que estão tendo novas famílias, uma companheira mais jovem, ela quer um filho, ele está com 50 anos, a companheira com 35 e ele é um pai velho, 50 anos para ser pai é velho. Então, hoje, a ciência sabe que o envelhecimento não é só dos óvulos da mulher, do espermatozoide também, porque sempre nós homens nos defendemos com aquela história de que o espermatozoide sempre produz por dia, não é que nem as mulheres já nascem com todos os óvulos da vida, mas só que o testículo é velho, a fábrica está velha e a fábrica está sobre efeito de fatores epigenéticos que podem estar mudando o gene e fazendo com que o transtorno apareça. Enfim, são vários fatores, a prematuridade, nós estamos no mês da Campanha de Cuidado do Prematuro. A prematuridade é a principal fonte de fator de risco para problemas do desenvolvimento, entre eles o autismo. Em termos de diagnóstico, então, o diagnóstico eu falei se baseia na análise do comportamento. Temos que ter a presença precoce e persistente de déficit de interação social e nas habilidades de comunicação, presença de comportamentos repetitivos e restritos. Que que são isso? A criança tem comportamentos bizarros, estranhos, que ela fica caminhando de um lado pro outro, que ela fica mexendo os dedos, ela tem um brinquedo que ela só faz aquilo durante o dia inteiro. Ela segura esse objeto na mão o tempo todo e não larga, então ela tem um comportamento bizarro, estranho. E o mais robusto marcador diagnóstico é a reduzida interação social com o outro. O diagnóstico então é baseado nos sintomas, e aí os manuais o DSM, o CID, nos ajudam a classificar. O DSM não é para diagnóstico, ele é um manual que nos orienta. Ele não é um instrumento para diagnóstico. Existe instrumento de triagem que hoje é de uso público é o M-CHAT, usado na nas Unidades Básicas de Saúde. É um instrumento que tem direitos autorais, mas os autores liberaram para uso público, desde que se use para fins de atendimento e não comerciais. E o ADOS, que é um teste de avaliação padrão ouro para ajudar nos casos difíceis do diagnóstico do espectro autista. Esse slide eu acho legal mostrar, porque quando a gente está montando o diagnóstico, a gente tem que olhar para essa forma dos conjuntos, como se usava na época da escola, onde o TEA, que é o Transtorno Espectro Autista, e o Transtorno do Desenvolvimento de Linguagem, que é o TDL, têm sinais e sintomas comuns, e quanto menor a criança, mais difícil é eu separar. Eu sempre uso a comparação que se eu tiver com espirro, tosse e coriza e perguntar para vocês, o que eu tenho? Muitos responderão “ah, está resfriado, está gripado”. Você, “não, é uma rinite alérgica”. Porque são sinais e sintomas comuns e assim a gente tem no espectro autista com outros transtornos do neurodesenvolvimento. Um deles é o Transtorno de Linguagem. Mas aqui eu botei outros que são todos os transtornos globais do desenvolvimento, onde causam um atraso global no desenvolvimento de origem genética, neurológica, com alguns transtornos específicos dessa área que trazem como característica sintomas autistas nas crianças. Então, o Transtorno do Espectro Autista e o TDL, por exemplo, é exatamente esse é o cuidado que a gente tem que ter quando avalia a criança cada vez mais precoce, porque quando eu tenho essa hipótese, eu tenho que me perguntar como clínico esses sinais que eu estou vendo são suficientes para sustentar meu diagnóstico? Ou ainda pode ser um outro diagnóstico que não está claro para mim? Então, isso me leva a essas questões, com que idade eu posso afirmar então o diagnóstico? Não existe uma idade, existe um quadro clínico. Eu já tive crianças com 2 aninhos que eu disse é espectro autista e ponto. Agora eu tenho um grande grupo de crianças que com 2 anos eu digo não, isso aqui é um atraso global, vamos intervir, vamos tratar, mas ainda o diagnóstico não dá para se firmar. Por quê? Porque pode ser um Transtorno de Linguagem, pode ser um outro transtorno que eu ainda não consegui clarear na minha cabeça. Então, o diagnóstico precoce é muito

importante porque faz a intervenção precoce. Agora tu fazer diagnóstico precipitado não é o que a gente quer, porque se eu digo para uma família com 2 anos de idade “teu filho é autista”, eu começo o tratamento, uma intervenção, um ano depois, 2 anos depois aquilo tudo desapareceu ou quase tudo, aí eu vou dizer assim “, não, teu filho não é mais autista, é um transtorno de linguagem”. “Tá, Doutor, mas eu fiquei 2 anos vivendo com esse pesadelo”. Então, isso é que nós temos que ter cuidado como clínico. Como não tem um exame que diga é ou não é, na observação clínica eu tenho que ter esse cuidado para não causar exatamente um efeito iatrogênico de eu ter dito que era e depois eu ter que me desdizer. Então, as estratégias de intervenção vem a partir daí. Bom, nós temos um quadro com uma criança do espectro autista e eu preciso começar a fazer uma intervenção. Eu trouxe aqui uma foto de um estudo que foi feito na Austrália que mostra dentre outros tantos estudos que já tem por aí, mas eu trouxe como exemplo, que eles fizeram um estudo fazendo a intervenção precoce, esse termo lá *premature*, quer dizer precoce, de intervenção precoce em crianças com espectro autista. Pegaram crianças, em 2 grupos e compararam a evolução, crianças de 9 meses em diante. O que chamou a atenção deles é que eles conseguiram reduzir importantemente os sinais precoces de autismo e levaram uma redução da severidade dos sintomas e reduziram a chance de diagnóstico de autismo aos 3 anos. Quando eles dizem a chance quer dizer assim, o sinal que estava tão leve que ficou difícil para as pessoas dizer que era. Então, o que o estudo mostra? Que o diagnóstico precoce, a intervenção precoce é o que a gente quer. E aqui entra a questão de gestão, a questão de nós entendermos por que se faz a intervenção precoce. A estratégia de intervenção nós temos que primeiro pensar num plano individual de tratamento. Não tem como pegar uma criança, fiz o diagnóstico espectro autista e vou fazer uma receita que é igual para todos. Não. Porque dependendo da idade que a criança está, a estratégia é uma. Se ela tem 1 ano e meio, se ela tem 2 anos, não é a mesma estratégia se ela tiver 4, 5 anos. Se ela tem grande dificuldade na área da linguagem, comunicação e da fala, eu vou precisar de uma abordagem. Se ela não tem, talvez eu tenha que precisar de outra abordagem. Então o plano de tratamento eu tenho que individualizar. Eu preciso ter a participação da família. Não tem como uma família ter uma criança com espectro autista e passar por uma equipe e os pais simplesmente ficarem esperando agora a criança voltar a ter menos problemas. Não. Eu preciso que a família participe. Eu preciso que a família entre nesse tratamento. Senão nós estamos puxando o barco só com algumas pessoas e as outras não. Entender que tem um impacto na família, nenhuma família quer escutar do seu médico que o seu filho tem um diagnóstico espectro autista, uma vez que é um transtorno que vai correr a vida toda, ele vai ter 30, 40 anos de idade, ele não vai deixar de ser autista. Ele vai passar exatamente 30, 40 anos da sua vida precisando de apoio, de ajuda terapêutica, Época sim, épocas não, mas ele vai precisar. E junto com o Transtorno de Espectro Autista vem o que a gente chama de comorbidade. Dentro dos transtornos de neurodesenvolvimento na área psiquiátrica, é comum ter mais de um problema associado, que é o que a gente chama de comorbidade. Então, se tu pegar todo universo de crianças com espectro autista, 75%, aproximadamente, têm comorbidade, apenas 25, 30% não têm. Que comorbidades são essas? Epilepsia é muito mais comum, deficiência intelectual, ansiedade, depressão, TOC. Então, esses problemas se associam. O mais prevalente deles é o Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, se chega a 50, 55% das crianças com espectro autista elas têm junto um outro problema, que é um deficit de atenção ou muito hiperativas e impulsivas. Então, não basta ter um problema, veio dois. Então essas comorbidades complicam mais ainda o tratamento. O plano individualizado eu tenho que levar em consideração então a idade da criança e onde a família mora. Uma coisa é estar morando aqui em Dourados, que tem uma clínica, que tem uma equipe multidisciplinar que vai ajudar. Agora, se ela morar a 200 km daqui, numa zona rural, é uma outra estratégia que eu tenho que pensar. Como é que ela



vem de lá para cá? Tem como ela vir todos os dias? Não. A família vende tudo lá e vem morar aqui? Também não. Então é um plano que tem que ser elaborado pela equipe multidisciplinar e saber trabalhar em equipe multidisciplinar parece simples, mas não é. A gente tem que entender que nessa área que eu atuo, há mais de 30 anos, eu não trabalho sozinho, eu preciso trabalhar em parceria com fisioterapeuta, eu preciso trabalhar em parceria com fonoaudióloga, com a terapia ocupacional, com a psicopedagoga, com a psicóloga, eu preciso dessa equipe. Por quê? Porque a criança está em desenvolvimento e não tem como uma pessoa dar conta de tantas áreas tão especializadas. Então, essas áreas de maior deficiência, eu tenho que adaptar a terapia para isso, um nível de suporte. Que quer dizer isso? O quanto a criança tem pouca autonomia e ela precisa do adulto para fazer as coisas. Então ela pode ter um nível de suporte 1, 2 ou 3, e para isso eu preciso ter uma estratégia. As abordagens, então passam por uma interação dinâmica familiar. Eu preciso da fonoaudióloga, eu preciso da terapia ocupacional, da psicologia. Muitos precisam de remédio. Existe um remédio para autismo? Não. Autismo é sinônimo de alguma medicação? Não. Mas muitas vezes eles precisam usar sim. Por causa autismo? Não. Por causa dos sintomas que eles têm. E o principal sintoma qual é? Agitação, agressividade, auto e heteroagressão e muita dessa agitação e agressão que eles têm é porque eles não conseguem se comunicar. Eu não consigo entender o que os adultos querem comigo e eu não consigo fazer me entender. Eu sempre faço aquela brincadeira assim, se num passe de mágica eu estalar os dedos e vocês todos caírem lá no interior da China, no meio de uma vila. E aí tu tem que dizer pro chinês que tu quer voltar para casa. Você tem que dizer para o chinês que está com medo, está angustiado. Como é que tu diz? Dizer que está com fome é fácil, bate na barriga, faz assim, é uma linguagem mundial. Mas tu falar de sentimentos, que é o que eles não conseguem, então, isso causa muita desorganização para a criança. As intervenções comportamentais, então nós podemos falar sobre a frequência e intensidade. A gente, por definição, chama que o tratamento convencional, é aquele número de terapias que gira de 4, 5 horas por semana até 10 horas. Então se chama de 10 horas por semana para cima as chamadas terapias de alta intensidade. E nós precisamos adequar as terapias, as individualizações e a pequena idade da criança, porque quanto menor a criança, mais bebê ela é, mais difícil estabelecer uma estratégia de tratamento muito intensa e com muitos profissionais. Uma criancinha pequena, de 1 ano e meio, 2 aninhos, ela tem muita dificuldade de aceitar muitos terapeutas. Então, às vezes, eu preciso iniciar com um terapeuta, várias vezes por semana, e depois eu vou aumentando, devagarinho o número de terapeutas. Esse aqui é um outro estudo que eu trouxe para a gente mostrar que para a gente decidir qual terapia que a gente vai abordar para a criança, eu preciso, como clínico, eu não sou um pesquisador, eu preciso que alguém pesquise para mim e me diga “olha, tem evidência científica, pode usar esse instrumento”. Se nós olharmos as técnicas comportamentais existem 50, 60 técnicas comportamentais por aí afora, mas quais delas realmente têm comprovação científica de que efetuar aquela estratégia ela é melhor do que eu não fazer nada, é o famoso efeito placebo. Se eu fizer uma estratégia simples e fizer aquela estratégia qual a diferença que dá? Então, esse é um estudo que já está na sua terceira geração, que é um estudo de revisão sistemática e metanálise, foi publicado a primeira vez na década de 90 e ele já está na terceira geração dele, onde ele estuda, faz uma compilação, por isso que o estudo é revisão sistemática e metanálise, que ele vai mostrar para nós quais os estudos foram feitos com aquela técnica e qual o resultado que deu. Então isso nos auxilia a pensar se a técnica proposta por alguém, por algum médico, ela tem evidência científica ou não ou se tem um interesse comercial só por trás. As intervenções terapêuticas, então, cada paciente tem os seus pontos fortes e seus desafios que eu preciso trabalhar. Eu preciso então ter um plano individualizado e nós temos que ter claro isso aqui não existe um tratamento que seria melhor que o outro. Não existe a técnica x e ela é melhor que a técnica y

porque não tem nenhum estudo mostrando isso, até porque é muito difícil de fazer esse estudo. Eu pegar um grupo de crianças e botar um plano terapêutico e o outro e comparar os 2. Então, cada um puxa a brasa para o seu assado, tudo bem, a gente entende isso, mas não tem comprovação científica de que um seja melhor que o outro. E essa frase dessa ONG norte-americana Autismo Spix, eu acho que define bem, não existe um sapato de tamanho único que sirva para todo mundo. Nós precisamos individualizar o tratamento para aquela criança e, como eu falei, pela idade dela, pelas condições da família, onde a família mora. Então o que é o ABA que tanto se fala hoje? O ABA é uma ciência da análise aplicada do comportamento que é a terapia baseada nessa ciência que tem aí sua aplicação já nos seus últimos 60 anos. Por quê? Porque ela foi desenvolvida na década de 60 pelo Loovas, um norte-americano muito inteligente, muito hábil. Então, imagine, na década de 60, ele teria que tratar essas crianças, todas de autistas graves, e não tinha uma técnica, e ele trouxe essa técnica baseada na ciência do comportamento. E de onde vem essa ciência do comportamento? Vem das teorias do Skinner que são as teorias que a gente lida com animais para adestrar animais, mas que ele adaptou para o humano. Então, são técnicas comportamentais que eu vou estabelecer na criança para tentar mudar o comportamento dela. Só que o Loovas, na época, desenvolveu essa técnica, só que aquela técnica do Loovas lá de 60 pra agora ela já sofreu mudanças. Hoje, o pessoal que aplica a ciência traz muito mais um ABA chamado naturalista, porque aquele ABA que o Loovas desenvolveu, ele era muito *roots*, muito cheio de críticas ainda hoje. Então, o outro método é o método Denver. O método Denver ele é baseado no ABA, então a base do Denver é o ABA, só que o Denver é um método de aplicação. ABA não é método, ABA é uma ciência. Eu tenho cursos na área do ABA. Hoje, o marketing está sim, Dr. Renato, pediatra ABA, fonoaudiólogo, não sei o que, ABA, todo mundo põe ABA atrás porque virou um pouco de marketing para facilitar e dizer “olha, eu estou estudando, eu estou entendendo o assunto”. Entender da ciência ABA é um direito para qualquer profissional, agora ser um aplicador dessa ciência, com uma supervisão, com um auxiliar terapêutico sí tem que ter uma formação bem específica para essa finalidade. E o Denver, ele é baseado exatamente porque ele veio para tentar suprir algumas falhas, alguns buracos que a ciência ABA tinha, então ele começou a conseguir atender crianças menores., crianças de 1 aninho já consegue atender e a técnica é que só se inicia o Denver até 4 anos de idade e, no máximo, a criança pode ficar até os 5. Então, na terapia baseada no método Denver os pais entram muito no jogo. É uma terapia naturalista, é uma terapia que se aplica com auxiliar terapêutico no ambiente de casa, no ambiente da escola, no ambiente da praça, do parque do shopping, o auxiliar terapêutico está junto ali, exatamente para mudar o comportamento da criança naquele período. O TEACCH é um outro método baseado em coisas mais pedagógicas e um método norte-americano também e que é muito conhecido no nosso meio para crianças, geralmente, de mais idade. Aqui, eu trouxe um outro estudo para a gente também fazer uma reflexão e uma questão de debate. É uma revisão sistemática publicada numa revista Cochrane, que é muito famosa, onde eles fizeram um estudo para analisar essas terapias de alta intensidade para poder ver o que tem de estudos hoje nessa área. E essa revisão sistemática, ela é uma intervenção comportamental precoce de alta intensidade, baseada na ciência ABA, prescrita há décadas, e o objetivo do estudo é evidenciar a efetividade na melhora dos sintomas usando essa ciência. Qual foi a conclusão? Fracas evidências para ser um efetivo tratamento do espectro autista, os estudos têm um número de pessoas que é chamado N muito baixo e o desenho dos estudos não eram adequados, assim como alguns estudos tinham muitos vies e não eram randomizados. Isso aqui são explicações científicas de análises dos estudos científicos, porque muitas pessoas dizem assim, “olha, eu tenho um estudo científico mostrando que isso funciona.” “Tá, deixa eu ver o estudo”? Aí você vai ver o estudo ele fez com 10 pessoas, ele selecionou os pacientes que vinham ao consultório dele. E aí, é uma estratégia



científica séria? Não. Então, eu sempre digo para meus alunos, tem um estudo em inglês na década de 80 muito bom na área de epidemiologia e estatística, que é fantástico, porque o estudo mostrou um estudo muito bem feito, bem robusto, de que carregar isqueiro no bolso aumentava a chance de ter câncer de pulmão em 40 vezes. Está provado estatisticamente. Ninguém mais andou com isqueiro do bolso porque levar isqueiro no bolso aumenta a minha chance de câncer de pulmão e tá lá comprovado. Mas tem uma relação de causa? Não. Um fator confundidora que está ali, é um fator que está associado no teu estudo. Eles fizeram esse estudo exatamente para mostrar uma coisa bem ridícula, que carregar isqueiro do bolso aumenta a minha chance de câncer de pulmão. Eles não falaram que quem fuma usa o isqueiro e quem causa o câncer é o fumo não é o isqueiro. Mas você vê que em quantos outros trabalhos científicos a coisa parecida, quantos têm um isqueiro escondido no meio e você tira conclusões precipitadas? Então, a gente tem que ter um cuidado de esses estudos de revisão sistemática e metanálise exatamente para isso, para mostrar “olha, cara, teu estudo não é bom, vai fazer de novo. Então se nós olharmos aqui o estudo clássico do Lovaas, que ele publicou em 87, olha N dele, 19, era um número pequeno e ele mesmo chamava que era um tratamento experimental na época, mas ele conseguiu mostrar 47% de melhora. Se fizer um placebo, normalmente o efeito é quanto? É 30%? Então a gente tem que pensar bem de não ficar propagandeando a técnica como se ela fosse a melhor e a única para o Transtorno do Espectro Autista. Então, aqui também vem o estudo da revista Lancet, que é uma revista muito conceituada, tentando ver qual é as perspectivas futuras de pesquisa nessa área? Então eles fizeram uma comissão e viram que falta uma base de evidência do formato antigo do ABA. Esse formato antigo até pessoas já não estão mais usando porque exatamente o Lovaas, na época, tinha aplicações até hoje em dia não éticas. Só pra se ter uma ideia, o Lovaas usava choque para poder mudar o comportamento de uma criança. Do ponto de vista ético, hoje não se aceita mais isso, mas será a técnica do ABA antigo. Hoje, os Estados Unidos têm processos acontecendo, os adultos autistas fazendo processo contra os aplicadores do ABA por ser acharem vítimas de abuso, por terem tido que mudar o comportamento deles na força. Então a gente tem que fazer uma reflexão de como que as coisas estão andando e como ela é complexa. Quando a gente vai acompanhar o desfecho clínico, fiz um plano terapêutico, a criança começou na intervenção tá, tchau, volta daqui a 2 anos. Não. Eu preciso ter isso aqui no meu pensamento, quando eu faço um plano terapêutico, a criança começa 3, 4 meses depois, no máximo 6 meses, eu tenho que estar avaliando. Teve uma questão judicial lá no Sul, que me chamaram para ser um perito, onde é a clínica propôs 3 anos de tratamento e fez um somatório do valor todo, que estava mais de R\$400.000,00, para operadora de saúde ter que pagar. Em nenhum momento alguém pediu ali “volta só daqui a 3 anos, vamos pagar esse valor e deu.” Eu disse, na minha opinião, como perito, “não, tudo bem, pode custar isso aqui tudo, mas eu quero ver o resultado”. Então, esse desfecho eu tenho que ter. Eu tenho que ter como visão, eu tenho resultado. Se eu comecei uma estratégia, 3 meses depois, 4 meses depois, não deu resultado, para, senta, conversa, analisa, muda o plano. Então isso aqui nós temos que estar com essa cabeça assim, eu tenho que monitorar a evolução terapêutica, eu tenho que usar instrumentos para acompanhar isso aí. Eu preciso ter indicadores de resultado e a quantidade de horas. Eu tenho dito nas conversas que eu tenho falado sobre o tema, a gente fica muito sobre a hegemonia das horas. Nós ficamos preso às horas. Parecem assim que “o meu filho faz tratamento com 10 horas, o teu faz com 20. Ah, não! Eu também quero 20, 20 é melhor. Não! Nós não podemos ficar reféns do número de horas, como se o número de horas fosse resultado de melhor terapia. Eu tenho crianças que respondem muito bem com a estratégia de terapia convencional. Eu dou consultoria para Unimed Federação do Rio Grande do sul, estamos com mais de 300 crianças sendo atendidas. Sabe quantas delas têm terapia de alta intensidade? 25%. As outras todas fazem terapias convencionais e funciona, está

dando certo. Senão a gente fica muito refém de toda essa visão que aparece na mídia, no Instagram, de que a única forma de tratar a criança é botando ela 20, 30, 40 horas por semana em tratamento e nós estamos causando muitos problemas e muito gasto desnecessário. Eu vou parar por aqui porque eu já esgotei o meu tempo o pessoal está me cobrando, mas eu fico à disposição depois para a gente poder voltar a conversar algum tópico que vocês gostariam. Obrigado.

Desembargador Nélio Stábile: Parabéns pela palestra, Dr. Renato, muito instrutiva, traz-nos informações valiosíssimas, especialmente para área da saúde e também para a área do direito, porque nós ficamos reféns, muitas vezes, de informações que não são científicas, informações que são pela metade. Então, a sua palestra é muito enriquecedora. Nós vamos passar já à segunda palestra, com o Dr. Clenio Jair Schulze. Ele é Doutor e Mestre em Ciências Jurídicas pela Univale, pós-graduado em Justiça Constitucional pela Universidade de Pisa, na Itália. Autor do livro Judicialização da Saúde no Século 21 e coautor do livro Direito e Saúde. É juiz federal em Santa Catarina, integrante do Comitê Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Justiça. É através de suas palavras, palestras e aulas, um formador de inúmeros magistrados Brasil afora, mercê do seu vasto conhecimento na matéria. Doutor Clenio, a palavra é sua. Muito obrigado

Dr. Clenio Jair Schulze: Obrigado. Boa tarde. Quero dizer que para mim também é maior uma alegria participar desse evento e saúdo todas as autoridades, as pessoas presentes aqui nas pessoas dos Desembargadores Luiz Tadeu, Desembargador Nélio. Desembargador Nélio, querido amigo de longa data e fiquei muito feliz na sua apresentação, ver o desempenho do Comitê de Saúde do NATjus aqui do estado do Mato Grosso do Sul, que realmente se torna uma referência no Brasil em relação ao serviço que é prestado à população desse Estado. Tratar desse tema da judicialização da saúde e conectar com o Transtorno do Espectro Autista é muito difícil, porque são questões muito delicadas, especialmente porque a gente trata aí de crianças, então, envolve aspectos emocionais, de esperança, de expectativa, de sofrimento e tudo isso causa muita angústia na sociedade, em todos nós. Mas nós não podemos esquecer que esse tema também precisa ser tratado com racionalidade. Então, é dentro dessa perspectiva que eu pretendo abordar, nesses 30 minutos que me restam, esse tema da judicialização no atendimento do autista. Mas é importante que nós pensemos de uma forma diferente em tudo que tem acontecido e como projetar um futuro nessa perspectiva da relação entre SUS e operadora, o Judiciário, a sociedade, a ANS, o Ministério, regulação. Como que nós podemos abordar isso tudo? Essa invasão de novas terapias, de novas tecnologias, de pílulas milagrosas que possam melhorar e dar mais qualidade de vida? Ontem mesmo desembargador Nélio e eu estávamos em um congresso, Congresso Brasileiro do Conselho Nacional de Justiça, e foi apresentado lá, o Conselheiro Richard Pae Kim apresentou o número de notas técnicas produzidos nesse ano de 2023 e a maior terapia ou maior produto que teve emissão de notas técnicas são os produtos à base de canabidiol e derivados de canabidiol. E eu fiquei pensando, isso é um absurdo, é uma loucura. Mas as razões são óbvias, existe um investimento bilionário no mundo nessa área de canabidiol e os estudos científicos indicam que apenas uma ou 2 patologias existe evidência do uso dessas drogas à base de canabidiol para 1 ou 2 terapias. Os estudos atuais, até então sérios, publicados, há uma revisão sistemática pelo grupo de pesquisadores do Hospital Sírio-libanês, liderado pela Professora Raquel Vieira, que indicam isso “olha, tem 2 ou 3 terapias só cujo tratamento existe evidência para é aplicação de terapias a base de canabidiol”. Então, isso é indicação de que existe uma indústria poderosa, que quer nos



oferecer, que quer nos vender. E para nós do Direito é muito difícil ter essa percepção, essa compreensão de que o mercado, muitas vezes, acaba regulando a saúde. Eu, quando comecei a estudar isso, para mim foi muito, muito difícil entender porque eu achava, “bom, veio um novo medicamento, esse novo medicamento vai ser melhor e nós precisamos usar esse novo medicamento. E, na verdade, muitas vezes esse medicamento ele até é bom, mas o custo-benefício dele é um custo-efetividade não compensa. Alguém já foi em alguma concessionária de veículo comprar um veículo ou olhar um veículo e o vendedor disse, “olha, esse veículo aqui é muito bom, mas o da concorrência é muito melhor, então compra da concorrência, não compre o meu. Não. Na indústria farmacêutica é a mesma coisa, é a mesma dinâmica que existe. Ou seja, quem produziu algo quer vender, então ele vai dizer que é bom. Então, isso nós precisamos ter como pré-compreensão, inclusive no âmbito do Judiciário nas suas decisões judiciais. E isso não sou eu quem diz, é a literatura mundial, “Ciência e pseudociência. Por que acreditamos apenas naquilo em que queremos acreditar?”, “Ciência Picareta” é um livro interessante do Ben Goldeacre, “Medicamentos Mortais e Crime Organizado”, que é um livro escrito pelo ex-diretor da Cochrane, da Dinamarca, e a Cochrane é uma das grandes referências no mundo na área da saúde, na elaboração de revisões sistemáticas, que são estudos é avançados, qualitativos, informando sobre evidência ou não de terapias, de produtos na área de tecnologia em saúde. “A medicina que não protege. Como defender-se de terapias inúteis ou nocivas?”, “Saúde e mentira. Como defender-se de fármacos inúteis, curas falsas e charlatanismo?”, e, enfim, uma série de literatura, um grande número de literatura mundial informando isso, “olha, nós precisamos ter um cuidado.” Os Estados Unidos investem quase 4 trilhões de dólares por ano em saúde. E todos nós sabemos que os indicadores lá nos Estados Unidos são tendencialmente os piores possíveis, se nós analisarmos na perspectiva qualitativa. Então, o que eles investem em saúde é o equivalente ao PIB do Brasil. Tudo o que nós produzimos aqui se aplica em saúde lá. E eles entregam algo melhor do que nós entregamos, do que o SUS entrega aqui no Brasil? Que eu saiba, não. Spinraza é o nome de uma droga que já foi a droga mais cara do mundo alguns anos atrás. Spinraza, esperança. Então, quando se tem uma nova droga, um novo medicamento se vende uma esperança para um pai, para uma mãe, para uma família, para uma pessoa, para uma pessoa em estado terminal. É óbvio que se nós tivermos um ente querido, nós vamos fazer o máximo possível. O diferente é saber, o Estado pode fazer o máximo possível para tutelar uma pessoa? Ou uma operadora deve fazer o máximo possível para tutelar uma pessoa? Ou nós devemos analisar de uma forma coletiva? Desembargador Luiz Tadeu, no seu discurso, falou da importância das consequências das decisões e na perspectiva judicial. esse tipo de abordagem também precisa ser feito. Tem um autor italiano que eu gosto muito e que ele coloca um freio em tudo isso e eu recomendo muito a leitura, inclusive aos colegas da magistratura. É filho do Norberto Bobbio, Norberto Bobbio, que é o nosso patrono da Teoria dos Direitos Fundamentais. O filho dele é médico cardiologista em Turim, no norte da Itália, e tem 2 obras fantásticas. Para quem gosta de estudar o direito à saúde, a judicialização da saúde são obras que nos trazem informações extremamente relevantes, “Medicina Demais! O uso excessivo pode ser nocivo à saúde. Isso que o Dr. Renato mencionou, que muitas vezes o placebo pode ser melhor do que uma terapia mais invasiva, isso é algo que é real, e nós podemos, portanto, utilizar isso. Ontem, neste mesmo Congresso em que nós estávamos, Desembargador Nélio e eu, foi apresentado lá um case em que foi pedido judicialmente 77 horas semanais para uma criança com TEA. 77 horas semanais. Alguém consegue trabalhar por semana, nós, adultos, saúde de ferro, por hipótese, 77 horas semanais? Conseguimos, podemos até conseguir, mas no final de semana, no término dessas 77 horas nós estaremos muito esgotados. Agora, imagine uma criança de 2, 3, 4, 5 anos. Então, isso é algo que é a realidade, nós precisamos ter essa percepção. E na perspectiva jurídica, na perspectiva

judicial, os princípios da precaução e da prevenção que nós, historicamente, aplicávamos lá no Direito Ambiental, eles se aplicam aqui, o próprio Supremo já aplicou em decisão na área da saúde os princípios da prevenção e da precaução. Então, muitas vezes eles também precisam ser princípios utilizados como uma forma de nós observarmos de uma forma mais adequada, de uma maneira mais adequada, inclusive proteger muitas vezes uma criança. Precaução e prevenção traduzem aquilo que o Dr. Renato falou diagnóstico precoce, é importante, mas não precipitado. Se nós temos um diagnóstico precipitado e uma judicialização para 40 horas de uma criança ou 60 horas para uma criança, nós vamos agravar o estado clínico daquela criança e não melhorar. Então, vejam como é importante essa percepção de cautela no tratamento de uma criança ou no tratamento de qualquer terapia, enfim medicamentosa, de alto custo, na perspectiva do cuidado com o doente, com a pessoa. Na área da saúde, existe aquele princípio do *primum non nocere*, em primeiro lugar eu não posso fazer o mal, e muitas vezes eu pego os processos judiciais, eu percebo, “não, essa dose aqui notoriamente é excessiva”. Então, nós precisamos ter esse cuidado de pensar que tudo que é diagnosticado ou tudo o que é prescrito, nós devemos observar de olhos fechados. Existe uma frase do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, do Superior Tribunal de Justiça, que é muito interessante que eu sempre gosto de repetir, que é “prescrição médica não é título executivo extrajudicial”. Porque antigamente nós tínhamos essa ideia “olha o médico prescreveu, eu que sou juiz, eu não posso negar, afinal de contas, eu não fiz Medicina, então, se o médico prescrever, eu preciso entregar aquilo que ele prescreveu”. Se ele prescreveu 77 horas para uma criança ou se ele prescreveu uma terapia de 2.000.000 de dólares para uma pessoa em estado terminal que tem 2 ou 3 dias de vida, de expectativa de sobrevida. É razoável será essa intervenção sanitária e mais a minha decisão judicial? Então tudo isso está relatado de uma forma um pouco diferente, mas por um médico que tem uma história do Direito, que é filho do Norberto Bobbio, e um grande cardiologista. O primeiro livro é esse e o segundo é “O doente imaginado”. Então, são obras cuja leitura recomendo, porque elas materializam um pouco aquilo que nós vivemos no dia a dia, nas operadoras, no SUS e, nós, nos nossos gabinetes, no foro, enfim, na justiça por meio desses processos judiciais em que se tutela, em que se pede terapias muitas vezes adequadas, outras vezes não adequadas. Bom, nós não temos uma pílula mágica para resolver isso porque senão seria fácil. Exatamente por isso que nós estamos aqui, Desembargador Nélio, para tentar encontrar um ponto de equilíbrio nessas discussões. De um lado, nós temos omissões e muitas pessoas morrem na porta de um hospital, e de outro lado nós temos excessos. Então, como encontrar esse ponto de equilíbrio? Esse é um desafio mundial da população mundial, não é apenas do Brasil mas é um desafio mundial. E aí, exatamente, portanto, isso, eu estudo há muito tempo por uma questão é de necessidade jurisdicional, mas porque eu gosto efetivamente, o desafio de proferir a melhor decisão de não errar, porque se o médico errou na prescrição, eu preciso fundamentar de uma forma muito clara que eu não vou conceder aquela decisão a despeito daquela prescrição médica. Então eu preciso fundamentar de uma forma séria e honesta e transparente, não só para mim, mas para a sociedade. Então, nós precisamos de uma nova gestão jurídica e eu acho que isso que Desembargador Nélio mostrou aqui essa aproximação da sociedade com o Tribunal, com NATjus, com o CEJUSC, com o Centro de Conciliação, isso é extremamente importante. Na parte final, eu vou trazer algumas experiências, algumas boas práticas que foram premiadas pelo Conselho Nacional de Justiça ontem, em um evento que se realizou, com essa discussão. No âmbito da Saúde Suplementar, 2 leis, no ano passado, alteraram, de uma forma muito contundente, a Lei 9.656, que é a lei que regula a relação entre os usuários de plano de saúde e as operadoras. E muito se fala na Lei 14.454, que é uma lei liderada pelo Senador Romário, enfim, que alterou a Lei 9.656, mas eu queria só destacar a importância dessa lei, a 14.307. O porquê a importância dessa lei? Porque a



Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, ela nunca teve um parâmetro de critérios para a incorporação e atualização do rol da ANS. O rol da ANS é o que diz que as operadoras devem entregar para o seu usuário, consumidor. E essa lei estabeleceu os parâmetros dizendo o seguinte, “olha, a ANS, Agência Nacional de Saúde, ela deve atualizar o rol quando estiverem preenchidos os seguintes requisitos: evidência científica, avaliação econômica e impacto atuarial”. A evidência científica, ele tem que ser bom aquela terapia, precisa ser boa. Segundo: avaliação econômica. Já existe uma terapia que custa R\$50.000,00. Essa nova terapia, que é boa, custa R\$ 500.000,00. Nós temos um *gap*, uma diferença de R\$ 450.000,00. A avaliação econômica é que vai nos dizer “olha, compensa pra operadora e para o SUS custear essa nova droga, porque esses R\$ 450.000,00 vão salvar a vida da pessoa ou vão dar uma qualidade de vida, uma expectativa de sobrevivência de 10, 15, 20 anos que compensa. Por quê? Porque a pessoa não vai mais procurar a operadora, não vai mais procurar o SUS e, portanto, a médio e longo prazo, o investimento que o SUS e a operadora fariam com tratamento, não compensaria, então, se dá a nova droga, isso é avaliação econômica. E, por fim, a análise de impacto financeiro é saber se a Unimed de Dourados tem condição de custear aquilo lá, é saber se a Unimed de Campo Grande, tem condição, se a operadora tem caixa suficiente, quem faz isso é ANS. E esse é um critério importante, porque nós, na perspectiva judicial, em última análise, é isso que nós precisamos saber. A evidência científica como regra, o NATjus nos apresenta. Alguns NATjus também fazem avaliação econômica, que é custo-efetividade, eu não sei se o NATjus aqui que faz, alguns fazem. O Telessaúde no Rio Grande do Sul também faz avaliação econômica, o que é muito bom. E o impacto atuarial, o impacto financeiro, o ideal é que a operadora, na contestação presente, “olha, nós temos 30.000 usuários aqui na Unimed de Dourados por hipótese. Essa droga que custa 10.000.000, 00 de reais vai impactar da seguinte forma”, e aí apresenta qual vai ser o resultado. E aí o juiz avalia se aquilo vai impactar no tratamento de todos os outros usuários beneficiários daquela operadora. É isso que se deve analisar dentro de um processo judicial. Mais uma vez reiterando a importância daquilo que o Desembargador Luiz Tadeu trouxe, que é o que diz a LINDB, as consequências jurídicas administrativas, e, inclusive, a observância das decisões não apenas na perspectiva individual mas também na perspectiva coletiva. Tudo o que nós fazemos, seja uma operadora, toda organização, planejamento de uma operadora precisa mirar todos os usuários. O SUS precisa olhar todos os seus usuários e nós não podemos fechar os olhos para isso na nossa decisão judicial, porque senão a escolha trágica da minha decisão pode, muitas vezes há quem diga que com uma decisão em que se entrega uma terapia de R\$10.000.000,00, nós estamos salvando uma pessoa, e matando 2 ou 3. É uma escolha trágica, é uma discussão ética muito difícil de se estabelecer, mas há quem diga isso. Então, essa lei, a que ela trouxe parâmetros objetivos para a ANS e para nós da magistratura, quando da judicialização da Saúde Suplementar, ou seja, um processo judicial de um usuário contra uma operadora de plano de saúde. No âmbito do SUS, isso já existia na Lei 8.080, que é a Lei Orgânica do SUS, mas já existia lá um artigo, o 19, dizendo “olha a CONITEC, que é o órgão que faz a análise de incorporação no âmbito do SUS de novas terapias, novas tecnologias, analisa 2 requisitos: evidência científicas e avaliação econômica. Não tem aquele requisito do impacto financeiro, porque é diferente de uma empresa privada, que é o caso das operadoras. No SUS não existe isso. Em última análise, o governo pode fazer uma suplementação orçamentária ou manejar recursos de uma pasta para outra. Então, a lei não exige esse tipo de providência no que toca à Saúde Pública é esse o fundamento. Bom, sobre o custo econômico, muitas vezes, inclusive, ministros do Supremo Tribunal Federal já declararam que “olha, o custo não é problema meu.” Em uma discussão, a Ministra Cármen Lúcia, por exemplo, Desembargador Nélcio e eu, eu me recordo muito bem, com o então Ministro da saúde, Ricardo Barros, alguns anos atrás, os 2 em um painel, a Ministra disse o seguinte gente “olha,

isso não é um problema meu do custo da saúde, isso é um problema do Ministro da Fazenda, de quem vai pagar. Não é um problema meu.” Só que isso é coisa do passado, porque hoje é impossível eu proferir uma decisão desconsiderando toda a realidade. Aliás, se fosse possível desconsiderar tudo, eu, todos os dias, daria uma liminar: “Ressuscite-se o morto em 24 horas”. Por quê? Porque eu transformaria, a minha decisão em algo milagroso. O problema é que aquela decisão jamais será cumprida. Então nós precisamos ter essa compreensão de que o Judiciário, como disse o Desembargador Nélio, ele é sim, indispensável, mas muitas vezes se pode resolver na espera extrajudicial por intermédio da aproximação, por intermédio do diálogo entre todos os atores que enfrentam essas discussões. Então a resposta é sim a essa pergunta. O Judiciário também deve fazer análise do custo do tratamento, seja porque a lei diz, seja na Saúde Pública ou na Saúde Suplementar, ou porque a realidade nos exige isso, sob pena de nós, cada um, usarmos da nossa própria, do nosso próprio benefício, enfim, da nossa própria torpeza para uma finalidade exclusivamente. E aí nós não viveríamos em sociedade, aí teríamos que viver junto com o Sexta-Feira lá na obra do Robson Crusóé. E uma observação importante em relação a esse tema é que essa lei do ano passado teve a sua constitucionalidade reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal. No ano passado, o Supremo Tribunal Federal julgou uma ação direta de inconstitucionalidade, e ela tem efeito vinculante, quem é da área do Direito sabe disso, quando o Supremo julga uma ação no controle concentrado, ela vale para todo o Poder Judiciário e para todo o Poder Executivo e o Supremo deu essa decisão aqui em novembro do ano passado, diz o seguinte, “olha, a avaliação econômica contida no processo de atualização do rol pela ANS e análise do impacto financeiro advindo da incorporação de novos tratamentos demandados são necessárias para garantir a manutenção da sustentabilidade econômico-financeira do setor de planos de saúde. E aí até continua justificando, não se trata de negar direitos, é a realidade, é a realidade. Afinal, dizem os americanos, mas não existe almoço grátis, alguém vai pagar a conta. No âmbito do SUS, existe, inclusive, a possibilidade de se aplicar de uma forma mais facilitada aqueles princípios gerais, abstratos, enfim, da dignidade da pessoa humana Por quê? Porque no âmbito do SUS, nós não temos uma taxa atividade, uma perspectiva aqui securitária, porque num plano de saúde a relação entre usuário e operadora de plano de saúde é uma relação de seguro, tanto é que antigamente as operadoras de plano de saúde estavam submetidas à Susep, que é a Superintendência de Seguros do Brasil, antigamente funcionava assim. No âmbito do SUS, é diferente. Então os princípios lá e a própria Constituição consagra o princípio da universalidade da atenção integral, enfim, então aqueles princípios mais amplos podem ser utilizados inclusive para incorporação de novas terapias. Agora, no âmbito da saúde privada, da Saúde Suplementar, isso não tem previsão na legislação e que agora foi confirmado pelo Supremo com essa necessidade de observância da sustentabilidade econômico-financeira. Então, o que eu tenho mencionado é exatamente isso, nós temos uma nova geração de uma legislação e de uma jurisprudência no âmbito da Saúde Suplementar determinando que a sociedade brasileira preserve a sustentabilidade, porque senão nós, a longo prazo, nós teremos aí meia dúzia de operadora, ou seja, uma concentração e um cartel, e, automaticamente, haverá a migração de milhares de pessoas para o SUS, e aí muitas operadoras vão fazer o que quiserem, dificultando a própria regulação por parte da Agência Nacional de Saúde. E é essa decisão, então, portanto, fica aí como observação, especialmente aos colegas da magistratura, enfim, como é decisão em efeito vinculante, nós precisamos então, cumprir no 1º e no 2º grau. A ANS criou um sistema de Business Intelligence. Da forma como o Desembargador Nélio apresentou aqui, que o Tribunal de Justiça possui uma possibilidade de fazer consulta em tempo real do diagnóstico da judicialização da saúde aqui no estado do Mato Grosso do Sul, também é possível fazer um diagnóstico a cada trimestre, no site da ANS, de que qual é o cenário atuarial de cada operadora de plano de saúde do Brasil. Então, os juízes do



estado do Mato Grosso do Sul, quando estive em cada uma das comarcas, em cada processo judicial, ele pode consultar lá os dados econômicos e vai aparecer no site da ANS você pode identificar qual é a saúde financeira da operadora de plano de saúde. O ponto é muitas operadoras estão no vermelho, estão negativas. E aí nós não temos preenchidos aqueles requisitos que a Lei 14.317 menciona, que é o impacto atuarial. Então, olha como é interessante a aplicação dessa nova legislação. Então, em relação a esses usuários dessas operadoras que estão negativas no bancário, a decisão judicial deve ser negativa, ou seja, você vai agravar, se for positiva, vai agravar ainda mais o cenário econômico daquela operadora. Então, é uma dinâmica muito mais nova, mais recente, e que acaba de uma vez por todas com aquele discurso de que o juiz não pode analisar o custo das terapias judicializadas. É o que diz a legislação, e é o que diz o Supremo Tribunal Federal. Inclusive agora, no mês de agosto, o Supremo reiterou esse entendimento dizendo o seguinte “olha, é preciso evitar o desequilíbrio atuarial às operadoras. Nesse caso aqui discutia se uma operadora tem obrigação de custear uma terapia indicada por um nutricionista, um profissional de nutrição. O Supremo disse o seguinte: não, porque isso pode violar o equilíbrio atuarial das operadoras. E mais na Lei 9.656 ela só diz que a operadora tem obrigação de cumprir determinações ou prescrições de médicos e de profissionais odontólogos, de cirurgiões dentistas, é isso que diz a legislação que é reiterado pelo Supremo Tribunal Federal nessa decisão do mês de agosto agora de alguns meses atrás. Bom, sobre o TEA, sobre o autismo. Qual é o cenário jurídico que se tem? O Dr. Renato trouxe o cenário da realidade. A realidade é um indicador de que há uma criança para cada 33, 36 no mundo. É um estudo americano, ele mencionou, mas nós aplicamos essa média e há uma tendência de aumento e essa explosão existe por conta da realidade das causas que ele já apresentou, mas por conta do próprio mercado. Na semana passada, eu recebi num grupo de juízes de saúde do Brasil um vídeo de uma advogada que realiza cursos no Instagram, enfim, nas redes sociais, ensinando como obter lucro com o uso da judicialização do TEA. Então ela menciona, “olha na petição inicial, você já cobra x reais, em cada peça que você cobra x reais e não tem nenhum problema”, dizia a advogada, e você fazia um convênio com uma clínica e vincular aquela clínica no pedido para que o juiz fixe, indique aquela clínica para prestar o serviço. Afora a discussão ética, não vou entrar nisso aqui porque não sei se isso é ético ou não, isso só a OAB que vai avaliar, mas o ponto é que a realidade que se tem é que existe um nicho de mercado na área de TEA, na área de canabidiol, em tudo na saúde, todos nós sabemos disso. Não podemos ser inocentes e imaginar que “olha, esse processo judicial é apenas e exclusivamente para salvar a vida e dar qualidade de vida para as pessoas.” Não. É também para isso, mas existem outros ingredientes. Alguns anos atrás, um médico oncologista Luiz Fernando Moreira, não sei se o Dr. Renato conhece, que é lá de Porto Alegre, nos deu um curso lá no TRF4, está gravado, inclusive está no site do TRF, ele diz o seguinte “olha, é comum, na área da oncologia, o médico oncologista receber 5% das terapias que ele prescreve como comissão”. Não é palavra minha, é palavra desse médico. É óbvio que há conflito de interesses, esse profissional ele tem conflito de interesse, isso é uma realidade. Nós precisamos ter noção, essa percepção envolve em tudo e isso é uma realidade não apenas brasileira, é uma realidade mundial. Então, o desafio meu, do Desembargador Nélio, do Desembargador Luiz Tadeu, dos colegas da magistratura, da advocacia e da sociedade em geral é: nós precisamos cuidar dessas crianças. Não é uma opinião, é uma obrigação legal. A legislação exige, a ANS publicou essa resolução normativa no ano passado, a 539, e disse: “olha, as operadoras precisam cuidar das crianças” e diz aqui. Então, utiliza, inclusive, transtorno global de desenvolvimento recentemente, eu vi um estudo dizendo “olha, não se usa mais transtorno global do desenvolvimento, é TEA, que é o guarda-chuva, mas indicado pelo médico assistente, aí eu faço uma observação. Essa resolução normativa não pode ser interpretada literalmente. Por

quê? Porque esse médico assistente pode ter um vínculo com a clínica, então ele vai dizer “olha, o serviço que a Unimed de Dourados presta não é bom. A criança deve ser atendida nessa clínica aqui que fica a 50 km daqui ou nessa clínica que o juiz sequer sabe qual é a realidade daqueles profissionais. Então o que eu tenho mencionado é nesses processos judiciais a operadoras de saúde precisam fazer, informar ao magistrado do processos, à magistrada do processo qual é o serviço que está à disposição daquelas crianças, porque aí pode fazer vídeo, pode chamar o juiz do processo, o Conselho Nacional de Justiça fomenta, recomenda isso, tem a Recomendação 31 do Fórum da Saúde que diz o seguinte “olha, o juiz e o gestor em Saúde Pública e Suplementar eles podem fazer contato, inclusive recomendar que previamente as decisões judiciais se faça esse contato.” Inclusive depois eu vou mencionar projetos que ganharam premiação no Conselho Nacional de Justiça ontem. Então essa realidade precisa estar presente. Prevenção e precaução, portanto, são princípios jurídicos, mas princípios da área médica. *Primum non nocere*. Eu não posso fazer o mal. Em primeiro lugar que se mantenha o *status quo* que se mantenha o estado clínico, se eu tiver uma intervenção que seja para melhorar o quadro daquela pessoa, o estado clínico daquela pessoa. Então, ou seja, não é mais possível negar, não vamos atender essas crianças, as crianças estão sendo atendidas dentro dos moldes já estabelecidos pelo Dr. Renato, com todas as cautelas que ele apresentou aqui, sem açodamentos e com as cautelas necessárias, sob pena de nós prejudicarmos ainda mais e causarmos um transtorno futuro para aquela criança, que pode prejudicar durante toda a sua vida. Eu tenho mais alguns minutos, eu vou concluir trazendo aqui algumas práticas de sucesso. Isso aqui é uma reportagem lá no site do Tribunal de Justiça de Santa Catarina que, resumidamente, enfim, aqui tem o texto, vai ficar à disposição, mas eu vou resumir aqui. O que aconteceu lá, Desembargador Nélcio, enfim? A Unimed Grande Florianópolis disponibilizou todos os profissionais que prestam serviço para as crianças com TEA lá na região, disponibilizou ao Tribunal de Justiça para fazer o treinamento de dos mediadores do CEJUSC Saúde. Então ficaram lá alguns dias, mostrando como é feito o atendimento, como é feito o serviço, fonoaudiólogo, neuropediatra, fisioterapeuta, todos esses profissionais, essa equipe multidisciplinar ficaram à disposição dos mediadores do Tribunal de Justiça, E aí, o que aconteceu? Marcou-se uma pauta, uma série de processos judiciais que estavam pendentes de análise do juiz, esses processos não foram para o juiz analisar a liminar e foram encaminhados para esses mediadores, e o resultado foi que 53% dos processos judiciais se conseguiu fazer acordo porque os mediadores chamaram já com know how, com sabedoria, sabendo do que se tratava, de qual pode ser a melhor terapia, o melhor tratamento para aquelas crianças, porque foram treinados, os mediadores fazendo a mediação conseguiram encontrar, trazer um ponto comum de acordo com os pais das crianças e as operadoras de plano de saúde. Mas não é só isso, ou seja, são processos que não foram para o juiz para ele decidir, se resolveram ali, mas o mais importante, Desembargador Luiz Tadeu, é que esses outros processos, cujo acordo não foi realizado na audiência, eles vão para o juiz, mas eles vão de uma forma muito mais qualificada, porque o juiz já vai saber “olha, tentou-se um acordo, aa operadora ofertou um serviço, ele foi negado pela família, o juiz vai analisar. E por que aquela família negou? Qual é a razão disso? A operadora não ofertou um serviço razoável? É isso que o juiz vai avaliar. Então a análise da liminar fica muito mais facilitada e tendencialmente o índice de indeferimento da liminar vai ser mais alto ou de parcial procedência. Por quê? Porque um serviço já foi ofertado. E um aspecto importante que Dr. Renato mencionou aqui é a adaptação. Quem tem filho aqui, minha filha quando começou a ir à escola eu estava desesperado, eu e minha esposa. E teve um dia muito engraçado porque a minha filha não tem TEA, mas ela simplesmente não queria entrar. Fui levar na escolinha, com 3 anos e meio, “não, papai, não quero entrar”. Naquele dia, simplesmente fiquei sentado no banco 30 minutos com ela. “Mas as suas amiguinhas estão



chamando você pra brincar.” “Não, papai, não quero hoje.” Tudo bem. Fiquei uma hora, falei “vou ficar mais 30, vou ficar olhando, não vou insistir” e aí fomos para casa. Levei ela pra casa, fui pro trabalho, pronto. A adaptação foi paulatina, ela não queria ir naquele momento e eu não forcei. E essa é a preocupação que todo pai tem quando vai levar a criança, toda mãe, quando vai levar a criança pra fazer a adaptação. Pois bem, aí surgiu o processo para mim e eu não sei se a criança já foi, já passou por um processo de adaptação naquela clínica que foi indicada. Então, isso é uma preocupação que eu passei a ter pelo fato de ser pai, de ter passado por esse processo pedagógico em casa, e eu também comecei a me colocar na pessoa daquela criança que muitas vezes nem sequer sabe que está acontecendo. Aliás, muitas vezes os pais, foi relatado lá no Conselho Nacional de Justiça um caso em que houve um processo judicial e se chamou a mãe da criança. “Olha, tem esse processo aqui”. “Que processo? De onde veio isso?” A mãe ficou desesperada, porque passou um dia alguém na casa dela, “ah, a senhora assina aqui aqui, não sei o que e tal” e de repente ela era autora de um processo judicial para tutelar a filha dela. Então, isso é a realidade que a gente precisa ter em mente. Então, essa aqui é uma boa prática que foi premiada lá, ontem, no Conselho Nacional de Justiça nesse evento. Portanto, nós precisamos aproximar o SUS. Aqui não tem uma parceria da faculdade com a operadora, enfim, o município? Vamos aproximar isso. Convidar os juízes para conhecer as habilidades essa realidade, se não o fizeram, para saber como nós podemos tutelar da forma mais adequada as pessoas, no caso aqui as crianças. Esse é o papel da sociedade e é o papel nosso também do Poder Judiciário. Isso aqui eu vou pular, é uma questão que depois a gente pode entrar, na discussão do reembolso, ressarcimento, mas eu queria trazer aqui para interpretação jurídica e para o processo judicial alfo que o Dr. Renato trouxe e que é comum na área da saúde, mas nós, na área do Direito, temos uma dificuldade muito grande, que é exatamente discutir os resultados e eu comecei a estudar mais isso e transformei muito as minhas decisões e muito do que eu faço na minha vida, quando eu li esse livro. Isso aqui é uma bíblia na área da saúde privada no mundo que foi escrita por 2 americanos. O Porter é de Harvard, enfim, a Teisberg, 2 autores que fizeram o sabático e ficaram um ano estudando o sistema de saúde e escreveram esse livro aqui para tentar encontrar as melhores estratégias de resolver os problemas de saúde. Qual é a principal palavra utilizada nesse livro? Resultado. Quando eu li esse livro que eu comecei a pensar “bom, os meus processos judiciais em que eu concedi a liminar, em que eu julguei procedente um pedido e que ele foi arquivado, a pessoa usou o medicamento, a pessoa fez tratamento, eu nunca fiquei sabendo qual foi o mesmo alcançado com aquela terapia que foi judicializada, que eu determinei que o SUS ou outra operadora entregasse.” E eu comecei a pensar “bom, na verdade..” aí eu lembrei de alguns casos em que eu descobri o resultado, quando a parte peticionava no meio do processo requerendo a extinção em razão do óbito, porque a pessoa faleceu, aí eu descobria o resultado, a pessoa faleceu, com ou sem a intervenção médica, sanitária, clínica ou da tecnologia em saúde, ela poderia ou não falecer, não vem ao caso. E aí eu comecei a alterar as minhas decisões. Quando eu concedo a liminar eu já fixo uma contracautela e coloco lá umas perguntas, condicionando, deixa eu ver se eu coloquei aqui, eu excluí, não está aqui, mas coloco umas perguntas. A cada 3 meses, primeiro, uma exigência, a cada 3 meses, a parte autora precisa renovar o laudo médico, trazer um relatório circunstanciado. É o que o Tema 106 já diz lá na saúde, do STJ já diz na saúde pública e o mesmo pode ser feito na Saúde Suplementar. Então, a cada 3 meses, atualizar esse relatório e eu quero que o médico prescritor, médico assistente ou a equipe me atualize sobre o quadro clínico, se houve melhora, se teve algum efeito colateral em uma droga que foi utilizada ou algum evento adverso, se é uma droga para câncer, por exemplo, se aumentou a expectativa de sobrevivência, eu preciso saber dessas informações, porque se aquela droga não deu certo, eu vou revogar a liminar e vou julgar improcedente e você vai tentar outra terapia. É isso

que o Dr. Renato trouxe fazendo permanece clínica, mas nós nos processos judiciais, historicamente, não fazíamos isso. Então passei a fazer isso e aí você vai doutrinando os próprios advogados, enfim, já vão atualizando os dados médicos, estatísticos, muitas vezes você tem que renovar a avaliação. Então isso é qualificar o processo judicial. Por quê? Porque se dá certo, você continua. Se não deu certo, nós estamos perdendo tempo e gastando dinheiro, e é isso portanto que precisa fazer. E olha que interessante, esse tipo de percepção, fugindo um pouco do TEA para essas terapias avançadas, as chamadas terapias gênicas, essas decorrentes de metodologia de técnica CRISPR, que é o caso da Jennifer Doudna, ganhou o prêmio Nobel. São terapias que você faz uma aplicação única, você faz uma modulação de genética e você faz uma aplicação única e você pode monitorar. O caso do Zolgensma que é a primeira terapia gênica utilizada aqui no Brasil, até o SUS incorporou, mas que eu saiba não entregou para ninguém. Todas as crianças que utilizaram, as pessoas que utilizaram, as crianças que utilizaram o Zolgensma para atrofia muscular espinhal, que eu saiba elas continuaram a utilizar a outras drogas de 2ª e de 3ª, que é o Ridisplan e o Nusinersena, o Spinraza, a esperança, que eu trouxe antes. Então, ou seja, eu posso avaliar o desempenho, eu vou olhar lá na bula, qual foi a entrega que foi prometida pelo laboratório dessa terapia gênica? Essa criança vai andar, vai ter uma vida normal? Isso eu posso fazer uma cláusula de desempenho é o que SUS deve fazer, é o que a ANS deve fazer ou a operador deve fazer, é o que o juiz pode fazer. Se eu tenho uma terapia de 2 milhões de dólares, 2 milhões de reais ou cinco milhões que é o preço dessas novas drogas, eu posso proferir uma decisão deferindo em parte a tutela de urgência determinando a aplicação daquela terapia, mas dizendo o seguinte “olha, condenando a operadora a custear”, mas colocando uma ressalva, em caso de não cumprimento daquele resultado prometido pelo laboratório, o laboratório deve devolver o valor investido pela sociedade. Isso é cláusula de desempenho, isso é compartilhamento de risco, nós precisamos avançar em fazer esse tipo de debate. Por quê? Porque muitas vezes nós pagamos sem ter o resultado que foi prometido, ou seja, a sociedade pagou, a operadora pagou, nós pagamos, então precisamos pensar nisso. Isso é debater qualificadamente o resultado. Qualificar a saúde, ser eficiente, significa ser isso, chamados todos os atores, indústria farmacêutica, hospitais, laboratórios, médicos para fazer esse tipo de debate, vamos compartilhar o risco. Porque você está me vendendo o produto aqui, se realmente você conseguir demonstrar que esse resultado que você prometeu será entregue eu vou te pagar, agora, senão, você vai me devolver 50%, 30% ou tudo, de acordo com o resultado entregue. É pra refletir esse tipo de questão. Bom, portanto, evidência científica é sim indispensável, mas não só a evidência. Eu preciso pensar também nos resultados. Aqui eu trago alguns exemplos, enfim, eu vou pular essa parte. Aproximação do Judiciário o Desembargador Nélio já comentou muito e existe isso, o que eu tenho mencionado é que não há limites para isso, o limite dessa aproximação da sociedade com o Judiciário é a nossa criatividade, é isso, é a nossa criatividade. Se a operadora tem uma prática de sucesso, chama o Judiciário para resolver. Se um SUS tem uma prática de sucesso, chama Judiciário para ajudar a contribuir para aquilo, sem haja uma decisão judicial para atrapalhar aquilo lá. Aqui o Desembargador já trouxe aqui no Estado o NATjus, aqui alguns exemplos de nota técnica e aqui a Recomendação, 31 de 2010, dizendo que os Tribunais, quando possível, podem ouvir os gestores em Saúde Pública onde Saúde Suplementar antes de proferir as suas decisões judiciais. Então, de repente, antes de dar uma liminar para incluir a criança naquela clínica, que é uma clínica nova que surgiu, você pode, de repente, ouvir a operadora e dizer “qual é o serviço que vocês prestam?” E aí você avalia. Aquele serviço é razoável e a criança está satisfatoriamente respondendo àquilo que é entregue? De repente você pode manter aquele serviço que já é disponibilizado àquela pessoa, àquela criança. E, por fim, uma outra prática de sucesso que eu gostaria de compartilhar, porque a mudança da gestão da saúde e do olhar do Judiciário, do sistema de



justiça para as operadoras e para o SUS passa por isso, por essa revolução, uma nova interpretação. Isso aqui é um convênio, Desembargador Luiz, é um convênio que foi feito entre a Unimed de Palmas e o Tribunal de Justiça do Tocantins e que diz o seguinte: “olha, cada vez que é julgada uma ação contra a Unimed de Palmas, o processo não vai para o juiz. O processo vai para quem? Para a Unimed de Palmas, e aí a advogada, lá, a pessoa responsável em 48 horas tem obrigação de tentar resolver aquele caso, ou seja, evitando que haja uma decisão judicial, muitas vezes a decisão judicial pode ser pior do que a resolução oferecida pela operadora. Isso aqui também foi premiado. Por quê? Porque a operadora demonstrou boa-fé, ela está à disposição, “senhor Juiz, não precisa analisar o caso, eu vou tentar, em 48 horas, resolver esse caso que foi colocado na sua mão e vou tentar resolver”. E, claro, se ela não resolveu, ela vai justificar, mais uma vez, se ela não resolveu, ela justificou e o juiz quando vai analisar a tutela de urgência, a liminar, ele vai ver, mas por que ela não atendeu? E ela vai ver os fundamentos. Esses fundamentos foram razoáveis ou não? Pronto. Nós temos aqui uma qualificação da discussão do direito à saúde, ou seja, precisamos acabar com aquela ideia de que os juízes estão aí pra dar a liminar, para resolver, achar que vai resolver tudo. Não! Nós podemos ter esses outros mecanismos, esses outros instrumentos mais uma vez de aproximar o Judiciário da sociedade. E eu termino com essa frase aqui do Victor Hugo, o escritor de Os Miseráveis, que me parece que é uma frase muito interessante quando se debate a perspectiva geral da judicialização da saúde no Brasil. Diz o Victor Hugo: “Ser bom é fácil. O difícil é ser justo.” Obrigado.

Desembargador Nélio Stábile: Parabéns, Dr. Clenio! É sempre uma honra ouvi-lo e beber os ensinamentos. Nós estávamos conversando há pouco que a informação fundamentada e que é compartilhada esse sim é o conhecimento, senão é uma informação inútil, porque não vai adiante, não segue adiante. O Dr Clenio faz exatamente isso. Tem os seus ensinamentos fundamentados e compartilha com todos nós as suas conclusões, a sua sabedoria. MUITÍSSIMO obrigado, Dr. Clenio. Nós vamos passar para o cerimonial, então passo a palavra para a condução dos trabalhos.

Cerimonial: Obrigada. Bom, agora a gente vai abrir espaço para perguntas e respostas, enviadas através do QR Code que se encontra em cada uma das mesas. Caso vocês não tenham feito a sua pergunta, informamos que em cada mesa tem um QR Code para fazer a pergunta. Essas perguntas serão selecionadas para a resposta do palestrante. Primeiramente, vamos abrir espaço para as autoridades da mesa. Vamos à primeira pergunta, aqui é o Dr. Renato. “Doutor, em nossa região há um método chamado MIG, o senhor conhece esse método? Há comprovação científica?”

Dr. Renato Santos Coelho: Sim. O MIG é um método como você falou, e é um método que alguém criou e tem um registro, ele é um produto comercial e como muitos métodos é esse aí. Agora, ele não é uma estratégia terapêutica como é, por exemplo, um Denver, como a ciência ABA, o TEACCH, é um método que alguém criou e patenteou e quem quiser usa, mas dizer que esse é um método, não. Não tem nem como fazer a avaliação científica dele, porque ele simplesmente estabeleceu um método, mas não tem respaldo científico nenhum, de estudo científico com o MIG.

Cerimonial: Alguém que gostaria de fazer algum questionamento aos palestrantes, através do microfone mesmo?

Espectador: Boa tarde a todos. Estou muito impressionado com a qualidade das palestras e muito feliz por ter estado aqui. Parabenizar essa palestra do Doutor sobre direito nos dá a impressão de que a justiça vai se ajustando cada vez mais para que as decisões sejam justas. E isso é muito importante. Ao Dr. Renato eu quero fazer uma pergunta que é o seguinte, é sobre a fenotipia. Eu fiquei bastante assustado com uma criança a cada 36, será que a maneira como nós estamos vivendo hoje, independente de idade e etc, não está causando um ambiente que está levando as crianças a se retraírem e mais e isso está criando, ou seja, aumentando essa possibilidade desse autismo?

Dr. Renato Santos Coelho: Existe assim diversos estudos se fazendo nessa área e, principalmente agora, nós tivemos, em 2020, o isolamento social que nos obrigou a ir pra dentro de casa, nos obrigou a ficarmos isolados, os pais fizeram uma parada no seu trabalho, quem era autônomo, quem podia fazer home office fazia e as crianças não foram para a aula durante o período de um ano e meio. De alguma forma isso, a nível mundial, foi um laboratório de a gente poder analisar o quanto isso impactou, essa mudança, no desenvolvimento das crianças, porque a sociedade vem se transformando muito ao longo das décadas e as gerações passadas as crianças iam pra escola só lá com 6, 7 anos, antes ficava em casa, e as famílias eram numerosas e eram vários irmãos e as crianças ficaram na rua brincando, então era uma outra realidade. As crianças hoje vão para escolinha, para criar a creche já quando termina o período de licença-maternidade. Então isso já vem acontecendo há 30, 40 anos dessa forma, e as famílias, principalmente, a família onde ambos trabalham, as crianças têm que ficar no seu ambiente de escola, e a escola passa a ser um fator importante no processo educativo das crianças, e os pais foram se acostumando a essa demanda e de repente, subitamente, em 2020, nós vamos para dentro de casa e os pais têm que brincar com as crianças, têm que educar e aí apareceu um grande problema que os pais parece que não sabem como fazer isso. Não sabe como fazer esse processo de educação. Eles não sabem brincar com as crianças. Então, o que aconteceu? Ficou dentro de casa, os primeiros 30 dias, todo mundo assistindo televisão, séries e tal, 60 dias continuava assistindo série, televisão, vídeo, joguinho, videogame, e aquilo ali começou a trazer uma série de estresse dentro do ambiente familiar. E as crianças, cada vez mais cedo, em contato com as telas. E aí, se nós pegarmos o desenvolvimento do cérebro de um bebê, onde ele está num processo de grande transformação, e a gente entende que o processo de amadurecimento do cérebro acontece por volta dos 5, 6 anos de idade. Então, tem áreas do cérebro que só amadurece entre o quarto e quinto ano. Então, se nós colocarmos a criança várias horas por dia, num ambiente de tela, claro que isso vai impactar no desenvolvimento. Tem estudos canadenses, antes da pandemia, já trazendo a temática do excesso de tela em crianças abaixo de 2 anos. E a gente vê bebês de 4, 5, 6 meses assistindo televisão, porque botou sentado no carrinho, na frente da televisão, 2 metros de distância, a mãe liga o desenho da Galinha Pintadinha e vai cuidar da casa, lavar a louça, vai fazer a comida, e a criança fica ali, e ela não incomoda. Isso é nocivo para o cérebro da criança, porque a criança precisa, no desenvolvimento humano, de uma ligação tridimensional e a tela é bidimensional. Então isso atrapalha o desenvolvimento do cérebro. Então tem vários estudos mostrando pré-pandemia e pós-pandemia, mais ainda, que a tela precoce, realmente, atrasa o desenvolvimento infantil. Muitas crianças pós-pandemia estavam com atraso no desenvolvimento em mais de uma área, na área da linguagem, comunicação, adaptação social, na área motora e, por definição,



elas entram no conceito de espectro autista. E aí, você vai dar o diagnóstico de espectro autista? A gente começa uma intervenção e a criança melhora rapidamente. Então, o que a gente vê hoje é um número muito grande de pessoas com atraso do desenvolvimento de crianças com atraso, e que recebem um diagnóstico de espectro autista. Nós temos um ambulatório da faculdade, em Porto Alegre, que atende o Sistema Único de Saúde e 40% das consultas que nós temos durante o mês a gente tem que desfazer o diagnóstico porque a criança não tem autismo, ela tem um atraso no desenvolvimento por outras razões. O próprio Clenio trouxe agora, de 2022 pra cá, houve na Organização Mundial de Saúde uma orientação de que toda criança que tem atraso global, a gente passa a chamar de espectro autista. Então claro que tem uma tendência de juntar esse guarda-chuva grande de espectro autista e botar ali debaixo um monte de gente. A minha opinião pessoal é de essa classificação que nós temos hoje do DSN, a classificação que nós temos do CID, a Classificação Internacional de Doenças, vai sofrer mudanças nos próximos 5 anos, porque o fenótipo dessa criança do espectro autista é um guarda-chuva muito grande. Nós temos seguramente situações clínicas diferentes ali dentro e nesse momento é difícil de separar o que é uma coisa o que é outra. Mas os fatores ambientais que tu trouxeste da nossa sociedade contemporânea, sim, está trazendo alterações no comportamento do indivíduo sim. Só que nós estamos no meio do furacão, nós estamos no meio dessa condição. Fica difícil a gente sair nela, e poder analisar e ver assim pra que lado a humanidade está caminhando. Então a gente está realmente ofertando para essas crianças um instrumento tecnológico que essa informática, que é o desenho, que é a tela do celular, muito precocemente para as crianças. Existe uma orientação norte-americana e brasileira da Sociedade Brasileira de Pediatria que, até os 2 anos de idade, o número de horas de tela, seja televisão, computador, tablet, celular, seja zero, porque essa tela é nociva para o bebê, ela atrapalha o desenvolvimento humano. Se eu tivesse aqui os slides eu iria mostrar pra vocês, da Universidade de Harvard, mostrando o cérebro de um bebê de um mês de idade, numa análise de laboratório de histopatologia, mostrando o número de neurônios naquela imagem do microscópio, e depois com 2 meses e depois com 6 meses. Vocês iriam ver a mudança que dá do número de neurônios, do número de conexões que esses neurônios fazem quando o bebê começa, aos dois meses, interação social. O adulto está brincando com o bebê, um adulto está conversando com o bebê e o bebê que fica na frente da tela. Então, assim, o desenvolvimento cerebral fica alterado, nós estamos falando disso de um cérebro em desenvolvimento. É diferente nós, adultos, nosso filho que já está adolescente de que nunca teve a tela começar a usar e de um bebê começar a usar, ele está com o cérebro em evolução. Então, respondendo a pergunta, do ponto de vista da apresentação clínica de fenótipo, que ele falou, realmente a gente tem, debaixo desse guarda-chuva, chamado de espectro autista, crianças que não vão se desenvolver dentro do espectro, elas vão sair, mas elas estão dentro daquilo que eu falei, o diagnóstico precipitado. Então a gente acaba tendo que desfazer esse diagnóstico e tirar de cima daquela família, daquela criança, uma imperação de terapias de alta intensidade com uma criança que tem um atraso. Não quer dizer que ela não tenha que fazer tratamento, não é isso. Da mesma forma eu falei de várias estratégias terapêuticas como ABA, Denver, e tal. Tem crianças que precisa? Têm. A ciência ABA é muito boa? Sim. O que a gente debate, a gente traz nos nossos debates científicos é de que fica essa ideia muito mercadológica de que parece que a única forma de tratar as crianças é assim 30 horas, 20 horas por semana, e não é. Mas voltando à sua questão, tem outros fatores que nós temos que olhar para a sociedade que está realmente mudando o nosso comportamento e fica aquela tendência saudosista nossa de que na minha época era melhor. A gente não sabe o que vai ser daqui pra frente, mas são múltiplos fatores ali.

Cerimonial: Doutor, mais uma pergunta aqui direcionada a sua pessoa. É da Rosane Rodrigues, que é pediatra. Devido ao conhecimento do espectro autista pelas famílias, como acalmar as mães quanto à dificuldade de fechar o diagnóstico? Como seria sua experiência com essa temática?

Dr. Renato Santos Coelho: Em primeiro lugar, que bom que tem um pediatra aqui. Para nós pediatras que trabalhamos na linha de frente com as famílias, a maneira mais adequada é estabelecer uma relação de confiança, relação médico-paciente com essa família, para eles entenderem que você realmente entende daquilo ali, estuda aquilo ali e você vai dar um substrato científico robusto. Como pediatra eu te aconselho conhece bastante o desenvolvimento infantil típico. O chamado desenvolvimento de uma criança normal. A gente esta evitando usar a palavra normal porque essa palavra normal fica muito cheia de conotações, mas, assim, o desenvolvimento típico de uma criança, porque se você tiver uma boa base de e de conhecimento desse desenvolvimento infantil, você vai saber mostrar para a família que aquilo que a criança está apresentando, falta critérios suficientes para dizer que ela tenha o espectro autista. Então, hoje, o Dr. Google ele traz assim caminhou nas pontas dos pés e atrasou a fala ele já dá o diagnóstico de autismo. E a gente tem que ter o cuidado, eu falei, é uma criança que está em desenvolvimento, é um cérebro que está amadurecendo, eu não preciso ter pressa no diagnóstico, eu tenho que ter pressa para o tratamento. Se a criança estava com atraso, não importa diagnóstico que ela via ter, ela precisa fazer uma intervenção, e essa intervenção precoce ela traz melhores resultados. E nós temos que pensar que ela traz melhores resultados do ponto de vista econômico. Existem vários estudos na área de economia e saúde, e tem um grande estudioso norte-americano, que é o James Heckman, que foi o prêmio Nobel de Economia de 2007, e tem um dos estudos dele que é fantástico, que ele mostra matematicamente e economicamente que investir ou gastar 1 dólar na intervenção precoce eu vou poupar 100 dólares no futuro. Então, nós como sociedade temos que pensar será que nós estamos investindo, dispendendo 1 dólar e já não estamos gastando os 100 para muitas crianças? Então, o impacto econômico que traz uma criança com atraso global dentro do espectro autista, pro futuro, que adulto vai ser esse? Quanto a sociedade vai ter que pagar para esse adulto? Porque ele não vai ter autonomia, não vai conseguir trabalhar. Então, a gente tem que fazer essa reflexão aqui toda. Mas voltando à pergunta da pediatra, eu acho que a melhor maneira é ela ter uma boa base de conhecimento do desenvolvimento típico para que ela possa mostrar isso para a família e mostrar cientificamente “olha, é assim e nós vamos fazer o acompanhamento do teu filho pra chegarmos lá na frente à conclusão”. E a outra dica que eu dou para a pediatra é que ela possa fazer uma consultoria com um colega que trabalha na área, seja um pediatra do desenvolvimento, seja um psiquiatra infantil ou um neuropediatra, são essas 3 áreas de atuação dentro da pediatria que trabalham com as crianças com transtorno do desenvolvimento.

Cerimonial: Vamos à última pergunta.

Espectador: Boa tarde a todos. Parabéns para os palestrantes, foram fantásticos. Eu queria, aproveitando o gancho que foi citado o método MIG, a gente observa que é uma preocupação muito grande, porque eles, só pra citar esse exemplo, uma franquias, como foi citado, eles têm a questão de territorialidade, então, assim, cada cidade tem a sua clínica e a gente observa, quando chega os pedidos para essa clínica ou para outros métodos, não só esse, mas outros métodos, eles vêm já direcionado, com algum papel bem prontinho, sempre tem um relatório feito pela própria clínica que talvez em alguns casos, o médico querendo, vamos dizer, resolver



o problema daquela família ele acaba assinando aquele laudo. Aí a gente chega com 10 horas de sessões, crianças com 2 meses de idade, 3 meses. Muitas vezes, os profissionais das outras áreas observam o seguinte “mas essa criança com 2 meses não pode fazer esse tipo de terapia.” E a gente fica naquela dúvida assim, isso aqui será que mercadológico ou realmente, de fato, essa criança precisa? E minha pergunta vem: a equipe multiprofissional, será que a gente não consegue avaliar essa questão de horas de terapia? Como que seria melhor avaliar essa questão de tempo, porque a gente fica na dúvida, a clínica indicou 10 horas porque ela quer ganhar 10 horas de sessão ou de fato é porque criança precisa? E muitas vezes a gente conversa com o profissional e o profissional fala: “não tem indicação nenhuma de estar com isso aqui 10 horas de sessão.” E o médico estava querendo se livrar indicando. Como que entraria essa equipe multiprofissional para mudar essa prescrição médica nesse momento?

Dr. Renato Santos Coelho: Eu acho que nessa questão do método que você citou, é uma franquias, é uma marca comercial e caindo naquilo que eu trouxe e que o Clenio trouxe, não tem evidência científica. Ponto. A lei, tu citaste, tem que ter evidência científica, como primeiro ponto, depois as questões econômicas, mas ele já cai ali na primeira. Não existe evidência científica pro método. É um método, é que nem eu criar o meu método. Baseado em quê? Não sei, porque eu acho legal, quero ter uma marca minha e tal e vou estabelecer franquias. Agora, não é uma estratégia de tratamento que é original dele. Esse é um ponto. Com relação a sua pergunta de como estabelecer a quantidade de horas, sim. Eu tenho trabalhado já há muito tempo nessa linha de que tem que ser feito com uma equipe multidisciplinar. Eu acho que uma das saídas para as operadoras de saúde é elas terem uma equipe multidisciplinar onde a criança vem para ser avaliada pela equipe e a equipe determina a quantidade de horas baseada nas necessidades dessa criança. Não adianta eu ficar refém das horas. E a gente tem que mostrar isso para a família de que a quantidade de horas que a criança precisa é aquilo que ela precisa. Se for 7, se for 8, se for 15, não importa. Ela tem que fazer aquilo que ela precisa, e não ficarmos reféns da quantidade e número de horas como se o número de horas fosse sinônimo de melhor resultado. Como eu falei antes, crianças em excesso de horas de terapia tem um efeito colateral muito comum, principalmente se forem crianças pequenas, que é o estresse. E aí em vez de resolver, está criando um outro problema que é o sintoma de estresse de insônia e distúrbios comportamentais por excesso de terapias. Então, esse jogo, como eu falei, não existe uma regra que é pra todos. Quanto menor a criança sim, temos que ter cuidado nesse excesso de horas. Tem algumas crianças que se beneficiam de uma terapia de alta intensidade, sim, são as crianças pequenas de 2, 3 aninhos, onde você diz “não, se eu fizer uma terapia de intensidade mais elevada ela vai responder melhor. Então eu posso fazer, mas essa quantidade de horas eu sugiro que seja feita com a equipe, não com uma pessoa só.

Cerimonial: Vamos dar sequência. Antes de encerrarmos e seguirmos para o nosso happy hour, faremos uma homenagem em agradecimento à participação e brilhantismo no 1º Simpósio Técnico sobre Autismo do Conesul do Mato Grosso do Sul aos realizadores e palestrantes do evento. Convidamos o Excelentíssimo Desembargador Luiz Tadeu Barbosa Silva para entregar o Certificado de Participação ao Excelentíssimo Senhor Desembargador Nélio Stábile. Convidamos agora o Dr. Nélio Stábile para entregar aos palestrantes o Certificado de Participação, Dr. Renato Santos Coelho e Dr. Clenio Jair Schulze. Convidamos agora o Dr. Jocely Matheus de Moraes Júnior, Presidente da Unimed de Dourados, para entregar o Certificado para a Realização do Evento ao Excelentíssimo Senhor Desembargador Luiz Tadeu

Barbosa Silva, em nome do Dr. Sérgio Fernandes Martins, Presidente do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. E neste momento como apoiador e incentivador deste evento convidamos para fazer o uso da palavra o Dr. Jocely Matheus de Moraes Júnior, que é médico formado pela Faculdade de Medicina Itajubá, Minas Gerais, em 1982. Especialista em Endoscopia e Cirurgia Geral, MBA em Gestão de Negócios em Saúde pela Faculdade Unimed, Membro da Diretoria da Unimed Dourados há mais de 13 anos e, atualmente, preside a Unimed de Dourados e é Diretor Vogal do Conselho de Administração da Federação das Unimed de Mato Grosso do Sul. Com a palavra.

Dr. Jocely Matheus de Moraes Júnior: Boa tarde a todos, eu já sei pelo adiantar da hora, está todo mundo já cansado, as palestras foram brilhantes, e vou procurar ser bem sucinto. Eu gostaria de fazer alguns agradecimentos e também nominar as pessoas que nos prestigiaram para que acontecesse esse evento. Então, em nome do Presidente do Tribunal de Justiça, Dr. Sérgio Martins hoje representado pelo Dr. Luiz Tadeu e pelo Desembargador também Doutor, Nélio Stábile, saudar todos os Desembargadores aqui presentes, Juizes, Promotores, Defensores, a OAB, os advogados presentes aqui hoje. Em nome Dr. Damacir Iácono gostaria de cumprimentar a todos os médicos e profissionais da saúde aqui presentes e a população em geral que está representada aqui hoje. Gostaria de também fazer referência ao Dr. Renato e ao Dr. Clenio pela excelente palestra. Eu acho que hoje aqui nós sairemos engrandecidos com conhecimento tanto da parte técnica como jurídica. Eu acho que isso vai dar um embasamento muito bom para todos nós. Quem trata, quem julga e quem acompanha. Gostaria de dizer também que vou fazer um breve relato sobre nosso serviço. O serviço do SEAMA foi fundado e início da ideia em 2015. Na época, o então presidente da Unimed Dourados, Dr. Jamal Nasser Hadad, teve a brilhante ideia de a gente percebia que chegava todo dia criança com distúrbio autista e não tinha ninguém que tratava desse transtorno. Então nós passamos juntamente ele, a diretoria, nosso departamento jurídico, procuramos achar soluções para que a gente criasse um serviço para prestar esse tipo de atendimento. E foi através de algumas reuniões, buscamos parcerias, inclusive com a Universidade Federal de Dourados, na pessoa do Dr. Émerson Ferruzi e da Dra. Profa. Morgana Augustinho. Apoiou-nos muito também no início da formação desse serviço o então Juiz da Vara de infância e Juventude, Dr. Zaloar, que hoje é Desembargador do Tribunal de Justiça do MS. Então iniciou-se a ideia, foi criado um serviço pensando não só no apoio às crianças com Transtorno do Espectro Autista, como também no vínculo com a Universidade, criarmos profissionais capacitados para que nós conversa um atendimento de excelência. Isso foi feito no desenvolver do nosso serviço. Foi um serviço pioneiro na cidade de Dourados, no Estado e, quem sabe, no Brasil eu acho que não tinha nenhum serviço ainda vinculado 2015. Principalmente com essa parceria com a Universidade. Esse serviço, ele busca excelência no atendimento, pesquisa, publicação de trabalhos. Recentemente, dois colaboradores nossos foram em São Carlos, estado de São Paulo, apresentar um trabalho feito por nós, que é o acompanhamento dessas crianças na escola, uma orientação foi o que o tribunal de Santa Catarina fez ensinar como é que se conduz essas crianças dentro da sala de aula, é um trabalho excelente. Então é um serviço que a gente tem o maior carinho, a Unimed de Dourados é baseado no 7º Princípio do Cooperativismo que é o interesse pelo social. A gente tem se dedicado, investido e procurado a cada ano que passa melhorar o atendimento e poder prestar um serviço de excelência, não só para as crianças, como apoio à família também, que a gente acha muito importante, que foi citado tanto pelo Dr. Renato como pelo Dr. Clenio, que não basta só o tratamento se não houver um acompanhamento familiar e a gente sabe que com esse acompanhamento familiar as crianças



têm melhora em relação às crianças que não têm o apoio de familiares. Basicamente era isso queria dizer, pedir para o Dr. Luiz Tadeu levava um grande abraço para o Dr. Sérgio, agradecer para que a Unimed pudesse participar junto com vocês desse evento magnífico. Agradecer o Dr. Nélio, que ele é o coordenador do NATjus que eu acho que é uma ideia fantástica do setor do Tribunal de montar um aparato em que possa dar toda sustentação técnica para que os juízes possam julgar com a maior tranquilidade possível. Agradecer imensamente de nós podermos ter participado junto com vocês. Agradecer a todos vocês presentes e deixar para finalização do Dr. Luiz Tadeu. Um grande abraço a todos, muito obrigado.

Desembargador Luiz Tadeu Barbosa Silva: Bem, queria antes do encerramento aqui só fazer uma observação, senão vão me chamar de tirano. Eu citei aqui um caso que, numa manhã de sábado, eu recebi um telefonema e resolvi ir ao Tribunal e à Corregedoria para atender, como eu faço sempre, as pessoas que me procuram. E era justamente o Diretor da Energisa. E eu disse para ele, “olha, eu não posso fazer absolutamente nada, porque Corregedor atividades administrativas. Você está diante de uma decisão jurisdicional. Então, você tem seu quadro de advogados, procure-os e ingresse aí com um agravo de instrumento, porque o Tribunal também tem o plantão”. Então só para fazer esse esclarecimento. Mas, meus amigos, o Tribunal luta arduamente para o combate das demandas predatórias. Vocês não sabem, mas um grupo de 4 advogados, quando muito, creio 4, acabou ingressando, nesses últimos 4, 5 anos, com mais de 137.000 demandas, quase todas iguais. Vejam. 4 advogados. E não satisfeitos com essas mais de 137.000 demandas em favor desses consignados, empréstimos consignados, os advogados também começaram a ingressar com demandas no Paraná, Goiás, Mato Grosso, enfim, um verdadeiro caos. 90% das demandas todas com indícios muito fortes de litigância de má-fé. Então, isso é um verdadeiro caos. Você vai exigir como de um juiz que está ali numa comarca com 500, 600 processos, dali a pouco 8 mil demandas distribuídas. Então nós temos agido muita energia nisso aí. Tanto é, embora não tenha ainda uma decisão formada, mas há notícias de que um advogado estaria até preso por atos que atentam contra a dignidade da justiça, inclusive advogando pra pessoas pessoas já falecidas e não prestando contas dos altíssimos valores recebidos. Este é o caos que nós vivemos hoje em dia. Dr. Clenio e Dr. Renato, permitam aqui um desabafo positivo. Foi uma das, essas 2 palestras, foi talvez as melhores que eu tenha assistido em todo esse tempo de exercício da magistratura. Pela clareza, pela absoluta clareza, pela maneira professoral, creio que os senhores são professores de longo tempo. Então, para encerrar, aqui um abraço afetuoso num amigo aqui que eu gostaria de falar sobre ele. Eu disse há pouco que Dourados mandou para o Tribunal de Justiça grandes juristas, grandes pessoas no sentido humano da palavra e um deles está aqui, é o Desembargador Lúcio Silveira, Desembargador Lúcio Silveira que está aqui no nosso ambiente. Nós gostaríamos que todos os Desembargadores estivessem aqui para que recebesse esse material, mas nós vamos fazer o possível e o impossível para que tenha na mesa de cada um todo esse material da palestra. Um abraço a todos. Muito obrigado. E está encerrado este Simpósio.

Cerimonial: Informamos que, no dia 5 de dezembro, o material e as palestras debatidas hoje estarão disponíveis no canal YouTube no TJMS. E em nome do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, da DZM Eventos e da Unimed de Dourados, agradecemos a participação de todos e convidamos para desfrutar do delicioso happy hour.