



Brasília, 18 de novembro de 2021.

Assunto: Consulta de sócio sobre números de espirometrias que os pneumologistas podem realizar em seus consultórios

O consulente faz os seguintes questionamentos, justificando a necessidade de respostas frente a glosas de planos de saúde e limitadores quantitativos:

1- Planos de saúde podem estabelecer restrições aos Pneumologistas, como número máximo de exames que pode ser realizado nos seus pacientes, usando como referencial parâmetros estatísticos ou de meta gerencial? Para exemplificar: podem estabelecer norma restritiva para que os pacientes só possam realizar um número fixo de exames por semestre, independente da sua condição clínica? Exemplo: um exame por semestre.

2- Existe alguma Diretriz/Consenso que regule ou limite quantitativamente o número de espirometrias que os Pneumologistas podem realizar no consultório para seus pacientes usuários de planos de saúde?

3- No nosso entendimento, a espirometria sempre poderá ser realizada em situações como as citadas na Diretriz da SBPT (2008), enfatizando-se as seguintes:

-Primeira consulta, como parte da avaliação diagnóstica inicial -Para controle, nos pacientes portadores de doenças que alteram a função pulmonar (por exemplo, asma e DPOC) – neste caso, o médico é quem deve decidir quando fazer o exame -Sempre que houver queixas desproporcionais ao observado na avaliação clínica -Quando o médico julgar que é necessária para avaliação imediata do paciente, seja para avaliar gravidade ou possível mudança funcional pulmonar Esta de acordo?

Resposta:

A indicação de um exame subsidiário, seja para auxílio no diagnóstico inicial, ou para o seguimento de doenças, constitui ato inerente à atividade médica. O processo de tomada de decisão depende de conhecimento científico, além de criteriosa avaliação clínica individual. A experiência e julgamento clínico são fundamentais para contextualizar o caso clínico diante das diretrizes existentes. Este processo de adequação resultará na melhor prática aplicada a cada paciente. Portanto, a indicação de exames de apoio diagnóstico cabe, em última instância, ao médico assistente.

Em recente posicionamento, datado de 08 de novembro de 2021, a Associação Médica Brasileira (AMB), salientou os efeitos danosos da interferência de planos ou seguros de saúde na autonomia médica. Salientou a necessidade de alterações na Lei nº 9.656/98, agora em nova discussão no Congresso Nacional, para maiores garantias quanto a autonomia do médico na sua atividade profissional.

A referida entidade exemplificou, usando caso de grande repercussão geral, como a presença de um intermediário na relação médico-paciente, no caso de uma empresa operadora de plano ou seguro saúde, pode representar um risco de restrições ao trabalho do médico, tendo como consequência um



sério prejuízo ao atendimento resolutivo e de qualidade. Neste documento foi citado o caso de Prevent Sênior como transcrito abaixo:

“No dia 28/09/2021, a advogada Bruna Mendes Morato, que representa 12 médicos da operadora Prevent Senior, denunciou na CPI da Pandemia que os médicos do plano de saúde não tinham autonomia, recebiam ameaças, eram obrigados a prescrever com “receita pronta” aos pacientes com COVID-19 um “kit-covid” para “tratamento precoce”, que continham medicamentos comprovadamente sem eficácia contra a doença como hidroxicloroquina. E os médicos que eram contrários a essa determinação sofriam retaliações como redução no número de plantões ou demissões.”

“Não resta dúvida de que, na legislação de rege os planos de saúde, é preciso que seja explicitada a autonomia do médico na **indicação de exames e procedimentos necessários** para o melhor esclarecimento diagnóstico e para a adequada orientação terapêutica, assim como vedar qualquer imposição ou prática da operadora que impeçam o médico de definir o melhor tratamento para o seu paciente, respeitadas as melhores práticas e evidências científicas.” **(Grifo nosso)**

Respondendo diretamente as questões formuladas, temos pouco a acrescentar ao que já foi antedito pela SBPT em documento similar de autoria do Dr. João Marcos Salge.

1- Planos de saúde podem estabelecer restrições aos Pneumologistas, como número máximo de exames que pode ser realizado nos seus pacientes, usando como referencial parâmetros estatísticos ou de meta gerencial? Para exemplificar: podem estabelecer norma restritiva para que os pacientes só possam realizar um número fixo de exames por semestre, independente da sua condição clínica? Exemplo: um exame por semestre.

R- Entendemos que não cabe tal restrição. Metas genéricas **não** podem ser aplicadas diretamente a análises clínicas individuais. Há necessidade de contextualizar as necessidades individuais do paciente e as particularidades do seu caso clínico, condição fundamental para o correto acompanhamento e manejo terapêutico. Podem estas metas, talvez, dentro de certos limites, servirem para balizar pontos de corte de auditorias, porém nunca para interferir na conduta médica frente ao seu paciente. Não faz sentido estabelecer um número máximo ou periodicidade pré-estabelecida para realização de exames, entre eles espirometria, em um determinado paciente. Naturalmente a solicitação deve estar bem fundamentada e com objetivo definido para ser justificada. A transparência do processo, deixando claro a todas as partes o propósito do exame, certamente contribuirá para a credibilidade deste frente ao paciente e fonte pagadora.

2- Existe alguma Diretriz/Consenso que regule ou limite quantitativamente o número de espirometrias que os Pneumologistas podem realizar no consultório para seus pacientes usuários de planos de saúde?

R- Desconhecemos documento desta natureza.

3- No nosso entendimento, a espirometria sempre poderá ser realizada em situações como as citadas na Diretriz da SBPT (2008), enfatizando-se as seguintes:

-Primeira consulta, como parte da avaliação diagnóstica inicial

-Para controle, nos pacientes portadores de doenças que alteram a função pulmonar (por exemplo, asma e DPOC) – neste caso, o médico é quem deve decidir quando fazer o exame

-Sempre que houver queixas desproporcionais ao observado na avaliação clínica



-Quando o médico julgar que é necessária para avaliação imediata do paciente, seja para avaliar gravidade ou possível mudança funcional pulmonar Está de acordo?

R- Sim. A autonomia do médico deve prevalecer quanto as condutas, devidamente fundamentadas, relativas aos cuidados dos seus pacientes

Dr. Augusto Manoel de Carvalho Farias

Diretor de defesa profissional da SBPT