

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA BEATRIZ PEREZ AFONSO

**Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma
operadora de plano de saúde**

Ribeirão Preto

2016

ANA BEATRIZ PEREZ AFONSO

**Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma
operadora de plano de saúde**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Laus

Ribeirão Preto

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

AFONSO, Ana Beatriz Perez

Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma operadora de plano de saúde. Ribeirão Preto, 2016.

109 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientador: Ana Maria Laus

1. Direito à saúde. 2. Sistema de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Assistência integral à saúde. 5. Advocacia em saúde

AFONSO, Ana Beatriz Perez

Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma operadora de planos de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ___/___/___

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Agradecimentos especiais

A minha família, minha mãe, meu pai, meu irmão Lucas e minha segunda mãe Luciana por me incentivarem e me apoiarem na realização deste sonho e serem meu exemplo e minha fortaleza para passar por tudo nesta vida. Vocês são minha vida e meu orgulho.

À professora Ana Laus, por ter me acolhido como orientanda, pela dedicação e empenho que teve por mim nesta trajetória e por ser além de mestra, amiga e ouvinte durante meu caminho na Pós- Graduação. Você é um exemplo de profissional e pessoa para mim.

Agradecimentos

Á Deus, que está presente em todos os momentos da minha vida e me ajuda a seguir sempre em frente. Sem minha fé não seria ninguém.

À Diretoria Executiva da Operadora estudada por me dar oportunidade de trabalho e de estudo para a melhoria contínua, visando o crescimento da empresa e meu aprendizado.

Aos amigos Julio e Sidinei que me apoiaram desde o primeiro momento e me ensinam e estimulam meu crescimento profissional e pessoal.

A minha especial amiga Lilian, advogada, que pode me ensinar um pouco da profissão que tanto ama e foi parte importante deste trabalho me socorrendo nas dúvidas.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho que abrilhantam minha profissão e me ajudam a amar mais a cada dia ser Enfermeira e Auditora.

E a tantos outros, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho e para o meu crescimento pessoal e profissional.

Concentre-se no pontos FORTES, reconheça as FRAQUEZAS, agarre as OPORTUNIDADES e proteja-se contra as AMEAÇAS.

Sun Tzu

RESUMO

AFONSO, A.B.P. **Ações judiciais demandadas por beneficiários de uma operadora de plano de saúde.** 2016. 109f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A judicialização da saúde tem sido fenômeno em crescimento na área da saúde e assunto relevante da pauta de gestores. Muitos estudos produzidos nos últimos anos, tanto no campo do Direito como no da Saúde, indicam um predomínio no sistema público. Essa pesquisa teve por objetivo analisar as ações judiciais relacionadas as coberturas assistenciais na saúde suplementar. Estudo descritivo e de corte transversal realizado em uma operadora de plano privado de saúde em um município de grande porte do interior do estado de São Paulo, que presta assistência a mais de cem mil beneficiários. Foram analisadas 158 demandas judiciais ajuizadas e recebidas pela operadora e registradas em banco de dados da empresa do período de 2012 a 2015, movidas por 152 beneficiários. As ações foram classificadas em dois grandes grupos, com subgrupos constituídos, a saber: ações relacionadas a coberturas assistenciais, que envolveram procedimentos médicos, tratamentos, exames, medicamentos, home care/internação domiciliar, outros tipos de internações; e ações de outra natureza, referentes a liminares de outras operadoras para cumprimento da operadora estudada, manutenção do plano de saúde, reajustes, perícia médica, retirada do nome do Serasa, isenção de carências e outros motivos. As ações pleiteadas para realização de procedimentos médicos responderam por 57% das demandas, com destaque para rizotomia percutânea (27%). Tratamento de quimioterapia em serviços não credenciados pela operadora, exames de PET SCAN em não conformidade com rol de procedimentos autorizados pela ANS, além de medicamentos antineoplásicos e para tratamento de Hepatite C, que não integravam a relação de medicamentos registrados pela ANVISA foram destaque nas análises realizadas. A Lei 9.656/1998 foi determinante para os beneficiários recorrerem ao Judiciário por coberturas assistenciais, impactando de maneira significativa na gestão das operadoras de planos privado. Deve-se considerar legítima a discussão sobre o tema e a realização desse estudo possibilitou aprofundar a análise dos efeitos da judicialização na realidade da operadora pesquisada, abarcando seus limites e responsabilidades.

Descritores: decisões judiciais, regulamentação, plano de saúde, saúde suplementar

ABSTRACT

AFONSO, A.B.P. **Legal actions demanded by beneficiaries of a health plan operator**. 2016. 109f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The judicialization of health has been a growing phenomenon in the area of health and a relevant subject of the managers' agenda. Many studies that have been produced in recent years, both in the field of Law and Health, indicate predominance in the public system. The objective of this research was to analyze the legal actions that are related to health care coverage in supplementary health care. A descriptive and cross-sectional study was conducted in a private health care operator in a large municipality / in a big city in the interior of the state of São Paulo, which provides assistance to more than 100,000 beneficiaries. We have analyzed 158 lawsuits that were filed and received by the operator and registered in the company's database for the period from 2012 to 2015, filed by 152 beneficiaries. The actions were classified into two large groups, with constituted subgroups, namely: actions that were related to care coverage, involving medical procedures, treatments, examinations, medications, home care / other hospitalizations; and actions of other nature, relating to injunctions of other operators to comply with the operator that was studied, maintenance of the health plan, readjustments, medical expertise, removal of the name of Serasa (Brazilian credit protection organization), exemption from deficiencies and other reasons. The actions that were requested to perform medical procedures were accounted for 57% of the demands, with emphasis on percutaneous rhizotomy (27%). The treatment of chemotherapy in services that were not accredited by the operator, SCAN PET examinations in non-compliance with ANS-authorized procedures, in addition to antineoplastic drugs and for treatment of Hepatitis C, which were not part of the list of medicines that were registered by ANVISA were highlighted in the analyzes which were carried out. The Law 9,656 / 1998 was decisive for beneficiaries to appeal to the Judiciary for assistance coverage, having a significant impact on the management of the private plan operators. The discussion on the topic should be considered legitimate and the realization / execution of this study made it possible to deepen the analysis of the effects of the judicialization on the reality of the surveyed operator, encompassing its limits and responsibilities.

Descriptors: judicial decisions, regulation, health plan, supplementary health

RESUMEN

AFONSO, A.B.P. **Acciones judiciales demandadas por beneficiarios de una operadora de planes de salud.** 2016. 109f. Disertación (Master) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La judicialización de la salud ha sido un fenómeno en crecimiento en el área de la salud, y un asunto relevante en la agenda de los directivos. Los muchos estudios realizados durante los últimos años -sea en el campo del Derecho, sea en el área de la Salud- muestran un predominio en el sistema público. Esta investigación tuvo como objetivo hacer un análisis de las acciones judiciales relacionadas a las coberturas asistenciales en la salud suplementar. Se trata de un estudio descriptivo y de corte transversal hecho en una operadora de plan de salud privado, en un gran municipio del interior del estado de São Paulo, que proporciona asistencia médica a más de cien mil beneficiarios. Se analizaron 158 demandas judiciales presentadas por 152 beneficiarios, y recibidas por la operadora -y registradas en un banco de datos de la empresa- desde 2012 hasta 2015. Dichas acciones han sido clasificadas en dos grandes grupos, con subgrupos constituidos así: *acciones relacionadas a coberturas asistenciales*, que envolvían procedimientos médicos, tratamientos, análisis, remedios, 'home care'/ internación a domicilio, y otros tipos de internaciones; y *acciones de otra naturaleza*, referentes a liminares de otras operadoras para el cumplimiento de la operadora estudiada, mantenimiento del plan de salud, reajustes, pericia médica, retiro del nombre del *Serasa*, exención de carencias, y otros motivos. Las acciones llevadas a cabo para la realización de los procedimientos médicos respondieron al 57% de las demandas, destacándose la rizotomía percutánea con un 27%. El tratamiento de quimioterapia en servicios no autorizados por la operadora, exámenes de PET SCAN sin estar de acuerdo con el rol de procedimientos autorizados por la ANS, además de fármacos antineoplásicos y para el tratamiento de Hepatitis "C" que no hacían parte de la relación de remedios registrados por ANVISA, fueron los destaques del análisis realizado. La Ley 9.656/1998 fue determinante para que los beneficiarios recurran al Judicial por coberturas asistenciales, impactando significativamente en la gestión de las operadoras de planes privados. La discusión sobre el tema debe considerarse legítima, por lo que la realización de ese estudio se centró en un examen detallado de los efectos de la judicialización de la operadora analizada, cubriendo sus límites y responsabilidades.

Descriptor: decisiones judiciales, reglamentos, plan de salud, salud suplementar.

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1 -	Tabela dos Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano.....	28
Figura 2 -	Gráfico da Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras.....	29
Figura 3 -	Gráfico dos Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade de operadora.....	30
Figura 4 -	Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica.....	31
Figura 5 -	Gráfico das Operadoras de planos privados de saúde em atividade.....	32
Figura 6 -	Tabela de receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora.....	33
Figura 7 -	Gráfico da Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora.....	34
Figura 8 -	Gráfico do Total de Reclamações.....	47
Figura 9 -	Gráfico do Perfil de Reclamações por tema.....	48
Figura 10 -	Gráfico dos campos que se concentram os maiores percentuais de reclamações.....	49
Figura 11 -	Fluxo das ações judiciais na operadora.....	57
Quadro 1 -	Aumento de preço de acordo com a faixa etária do beneficiário.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Modalidade do plano contratado dos beneficiários que ajuizaram ações contra a operadora.....	66
Gráfico 2 -	Distribuição numérica das ações ajuizadas segundo o tipo.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição do número de ações judiciais no período segundo a população de beneficiários da operadora. Ribeirão Preto - SP, 2015.....	61
Tabela 2 -	Distribuição dos usuários que ajuizaram a ação segundo à faixa etária. Ribeirão Preto - SP, 2015.....	63
Tabela 3 -	Distribuição da quantidade de beneficiários segundo o município de residência. Ribeirão Preto - SP, 2015.....	64
Tabela 4 -	Procedimentos médicos requisitados judicialmente x quantidade de ações. Ribeirão Preto - SP, 2015.....	74
Tabela 5 -	Distribuições do número de solicitações de ações segundo tratamento solicitado. Ribeirão Preto - SP, 2015.....	78
Tabela 6 -	Distribuição das ações de outras Operadoras de planos de saúde em que a operadora do estudo foi citada segundo as solicitações. Ribeirão Preto - SP, 2015.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AVDs	Atividades de vida diárias
BAHA	Bone-anchored hearing AID
CEA	Antígeno carcinoembrionário
CF	Constituição Federal
CID	10- Classificação Internacional de Doenças
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FDA	Food and Drug Administration
IMRT	Intensity- modulated Radiation Therapy
INAMPS	Instituto nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produtos
NURAF	Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização
OCT	Tomografia de Coerência Óptica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPME	Órtese, prótese e materiais especiais
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

RENAME	Relação nacional de medicamentos Essenciais
RN	Resolução Normativa
SAS	Secretaria da Assistência à Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema único de Saúde
TAVI	Transcatheter Aortic Heart Valve
TC	Tomografia Computadorizada
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1 Introdução.....	20
1.1 Contextualizando o tema.....	21
1.2 Assistência à Saúde no Brasil.....	22
1.3 Assistência à Saúde Suplementar.....	24
1.3.1 Perfil do Setor da Saúde Suplementar.....	27
1.4 Auditoria no contexto gerencial da Saúde.....	35
1.5 Judicialização na Saúde.....	38
1.5.1 Judicialização da saúde no cenário Internacional.....	39
1.5.2 Judicialização da Saúde no Brasil.....	41
1.5.3 Judicialização da Saúde Suplementar.....	43
2 OBJETIVOS.....	53
2.1 Objetivo Geral.....	54
2.2 Objetivos Específicos.....	54
3 MÉTODO.....	55
3.1 Tipo de Estudo.....	56
3.2 Instituição pesquisada.....	56
3.3 Análise dos dados.....	59
3.4 Aspectos Éticos.....	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXO.....	108

Apresentação

Minha experiência na área de avaliação e controle na saúde tem sido construída ao longo dos anos, decorrente da dedicação e vivência em diferentes instituições com atuação na assistência. Iniciei minhas atividades profissionais como enfermeira em um hospital privado de médio porte do interior do Estado de São Paulo, no qual, dentre várias funções, realizava análise de prontuários dos pacientes, prévia ao envio ao setor de faturamento.

Uma nova oportunidade de trabalho em uma operadora de saúde me fez mudar para Ribeirão Preto, assumindo o setor de Gestão de custos assistenciais. À época, era responsável pela atualização da empresa quanto às resoluções e normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS) para acompanhamento das mudanças no setor. Além disso, coube-me o desafio de realizar a capacitação dos prestadores de serviços da referida empresa para o envio das informações no formato exigido pela legislação vigente.

Posteriormente, assumi a convite, a Coordenação do Setor de Contas Médicas dessa Operadora de Saúde, uma experiência muito enriquecedora no que se refere ao aprendizado sobre a estrutura do setor de cobranças das contas médicas, faturamento de honorários, dentre outras atividades. Nessa área é que tomei contato e passei a vivenciar a situação enfrentada pela empresa quanto à judicialização, composta pelo recebimento de pedidos de liminares impetradas pelos usuários contra a Operadora, bem como a operacionalização de lançamento de contas, que compunham um arquivo documental que permitia o acompanhamento sistemático desses recursos junto ao Poder Judiciário.

Decorrente da abrangência das minhas atividades passei a responder também pela área de Auditoria de Enfermagem, vivenciando o papel relevante desse serviço enquanto respaldo à área Jurídica interna da empresa, no que se refere ao cumprimento das obrigações da empresa mas também dos direitos dos usuários. As funções do enfermeiro auditor tem se ampliado no mercado de trabalho, não só pelas mudanças nos sistemas de controle adotados na área da saúde, mas também em decorrência da sua capacitação técnico-científica, que o tem inserido no processo gerencial das instituições, em diferentes níveis administrativos.

Num contexto de mudanças econômico-financeiras acirradas, passamos a enfrentar a questão da judicialização da saúde, que tem afetado diretamente a empresa a alguns anos, demandando um trabalho adicional para lidar com tal

realidade. Novas atividades administrativas e de controles vem sendo divididas com a Enfermagem, na busca por uma melhor assistência e mais eficácia e controle do que diz respeito aos custos elevados e às novidades que a indústria farmacêutica e o mercado na área da saúde trazem todos os dias.

O interesse pelo tema deste trabalho é decorrente do aprendizado nessa trajetória, dentro da perspectiva de produzir uma investigação que procure apresentar os desafios atuais da minha realidade de trabalho e que possa trazer elementos de relevância para outros profissionais na área. Espera-se que o estudo possa contribuir para uma questão atual que envolve a disponibilidade de recursos financeiros suficientes para uma assistência qualificada que atenda às expectativas dos usuários.

1 Introdução

1.1 Contextualizando o tema

A economia da saúde assume, cada vez mais, papel relevante em todo mundo. A limitação dos recursos utilizados na prestação da atenção médica e a demanda crescente das necessidades de saúde justificam estudos e práticas nesta área.

A elevação dos gastos e custos com assistência médica é uma tendência explicada por fatores como aumento e envelhecimento populacional, complexidade tecnológica, modificação do perfil epidemiológico com o surgimento de novas doenças e aumento da incidência de moléstias crônico-degenerativas e do trauma, extensão de cobertura, papel reduzido do mercado e aumento do grau de consciência de cidadania com a população cada vez mais exigente em relação aos seus direitos (DALLORA, 2007).

Além disso, devem ser consideradas as questões pertinentes ao gerenciamento das organizações, do ponto de vista econômico-financeiro, que devem produzir serviços de qualidade com custos baixos, necessitando de instrumentos de gestão econômica que possibilitem a manutenção e sobrevivência das instituições (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

A avaliação econômica da saúde assume um papel de destaque, exigindo dos gestores o enfrentamento de novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades, compatibilizando qualidade à utilização racional dos recursos.

Tradicionalmente, as profissões de saúde concentram-se na ética individualista, segundo a qual a saúde não tem preço e uma vida salva justifica qualquer esforço. Por outro lado, a economia fixa-se na ética do bem comum ou ética do social. Basicamente essas diferenças dizem respeito à utilização de recursos. Com isso, muito se debate acerca do conflito entre a ética da saúde e a ética econômica (DEL NERO, 2005).

Considerando a desproporção entre recursos disponíveis e as necessidades da sociedade, em especial as necessidades de saúde, verifica-se que as decisões em saúde podem e devem ser orientadas por princípios econômicos que constituem o fundamento da economia em saúde. Nesse aspecto, ao se avaliar as intervenções realizadas, quais sejam, a segurança do procedimento, a eficácia e a efetividade,

outro aspecto deve ser também considerado que se refere à eficiência. Ao se acrescentar este critério não significa contrapor-se a outros objetivos sanitários e de solidariedade. Melhorar a eficiência permite alcançar maiores níveis de saúde a partir de recursos determinados (DALLORA, 2007).

Sob a ótica da economia da saúde, o conflito existente entre a ética da saúde e a ética da economia não existe, muito pelo contrário, ao perseguir a eficiência das ações, é possível fazer mais com os mesmos recursos, o que significa corroborar com os princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), maximizando os benefícios para a sociedade.

Esta realidade tem impulsionado as instituições de saúde a adotar mecanismos de avaliação sistemáticos em seu processo de trabalho decorrente do aumento, em espiral, dos seus gastos, da insuficiência de recursos e das dificuldades de controles efetivos.

1.2 Assistência à Saúde no Brasil

A compreensão do termo saúde é fundamental para se entender o porquê desta busca constante pela saúde do cidadão. O conceito mais difundido é o da Organização Mundial da Saúde (OMS) no qual “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”.

Os principais documentos nacionais e internacionais acerca do termo consagram a caracterização de saúde incorporando também a concepção de que a situação de saúde é determinada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos; pela conjuntura social, econômica, política e cultural de determinado país; por aspectos legais e institucionais relativos à organização dos sistemas de saúde; e por valores individuais e coletivos sobre como viver bem (VENTURA ET AL, 2010).

O direito à saúde foi anunciado principalmente a partir da década de 1940, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que estabeleceu o respeito nacional e internacional aos direitos humanos. Tal assertiva exige a intervenção do Estado e nesse sentido a saúde é um dos direitos fundamentais que deve ser assegurado por meio de políticas públicas sociais (RODRIGUEZ, 2014).

Em âmbito mundial, a saúde é reconhecida como um direito fundamental a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948. Em seu artigo 25 estabelece que: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice” (FILHO, 2005).

No Brasil, o sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas, o público – Sistema Único de Saúde- e o privado, comumente denominado de Setor de Saúde Suplementar.

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito par toda a população do país. Surge na Reforma Constitucional de 1988 que reconhece o direito à saúde no artigo 6º, que diz que são “direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Tal Reforma preceitua em seu artigo 196º que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” definindo de maneira clara a universalidade da cobertura, constituindo-se numa importante mudança da situação vigente (OLIVEIRA, 2010).

Entretanto, conforme aponta Oliveira (2010) essa mesma Constituição admite a possibilidade de a assistência ser oferecida diretamente pelo Estado ou pela iniciativa privada, desde que sob fiscalização e controle do Ente Público. O artigo 199 apresenta textualmente que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” embora observe que se deve estar sob regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público.

O sistema de saúde brasileiro, portanto constitui-se por prestadores e entidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos. O setor público proporciona acesso universal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e cobre 75% da população brasileira. Dados oficiais revelam que apenas 28,6% dos

brasileiros são usuários exclusivos do SUS; 61,5% são usuários não exclusivos e 8,7% não são usuários (RODRIGUEZ, 2014).

A saúde privada, foco desse estudo, também é regida por uma legislação que garante o direito à saúde a uma população crescente de beneficiários que opta por adquirir um plano de saúde privado por meio de operadoras de planos de saúde, seguradoras, entre outros.

1.3 Assistência à Saúde Suplementar

Alguns conceitos e definições no segmento dos planos de saúde não possuem uma nomenclatura única. Esse fenômeno pode ser explicado, em parte, pela inexistência de uma regulamentação do setor até a entrada da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Desta forma, não havia regulamentação deste mercado em relação às empresas que ofereciam serviços de assistência médica ou custeio de despesas médicas e os produtos ofertados por elas, desde a questão contábil-financeira até a questão da cobertura contratual (GUAZZELLI, 2013).

Não há consenso na nomenclatura da designação do setor privado de saúde, mas será utilizado o termo saúde suplementar, terminologia que empresta o nome aos órgãos reguladores do setor (Conselho Nacional de Saúde Suplementar-CONSU e Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS) e também utilizada por outros autores (ALMEIDA, 1998; GUAZZELLI, 2013).

No âmbito do setor privado a Lei 9.656 de 1998 regulamentou os planos de saúde no Brasil dispendo sobre as normativas e conceitos da saúde suplementar, mais conhecida como *planos privados de saúde* (BRASIL, 1998).

Esta lei define planos privados de saúde como:

[...] prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (BRASIL, 1998).

Scheffer (2006) comenta que a referida lei trouxe, entre as inovações consideradas ao mesmo tempo positivas e insuficientes, a definição de padrões mínimos de cobertura e o estabelecimento de critérios para a entrada, funcionamento e saída de empresas do setor. Também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e fiscalização destas operadoras, privadas, tanto os aspectos assistenciais como aqueles ligados à atividade econômica.

Anteriormente, o setor de saúde suplementar não tinha regras e balizadores o que gerava conflitos entre operadoras e beneficiários, pois existiam contratos que beneficiavam apenas uma das partes ou não havia clareza nas informações, o que gerava dúvida.

A ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, foi criada por meio da Medida Provisória 1928, de 25 de novembro de 1999, convertida na Lei 9961/00. Trata-se de uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, com independência nas decisões técnicas e mandatos fixos de seus diretores. Além de promover a defesa do interesse público, esta lei regula, normatiza, controla e fiscaliza as atividades que garantem a assistência supletiva à saúde.

Com o novo marco legal, os contratos passaram a ser padronizados e orientados pelas diretrizes da Lei 9656/98, bem como por diversas resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) e, a partir de 2000, pelo órgão regulador ANS. Assim, a assistência e a amplitude da cobertura oferecida pelos planos de saúde estão condicionadas a vários fatores; época da contratação (há contratos novos, antigos e adaptados); cobertura definida pela lei para cada tipo de plano contratado após janeiro de 1999 (há segmentação de cobertura); forma de contratação (plano individual/familiar ou plano coletivo) e normatizações específicas do CONSU e da ANS (SCHEFFER, 2006).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) traz o conceito de Operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo o Glossário da ANS (2012), dando como sinônimo operadora; operadora de plano de saúde; e a definição de “pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde.”

A ANS, como parte das ações de organização do setor, buscou classificar as operadoras de planos de saúde médico-hospitalares, mediante a Resolução da Diretoria Colegiada n. 39, de 30 de outubro de 2000, conforme seus estatutos jurídicos:

- **Autogestão:** entidade que opera serviços de assistência em saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. As autogestões podem ser classificadas em autogestão de RH, autogestão com mantenedor e autogestão sem mantenedor.
- **Cooperativa Médica:** na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, constituídas nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.
- **Filantropia:** entidade sem fins lucrativos que opera planos de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou por órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
- **Seguradora Especializada em saúde:** empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.
- **Medicina de grupo:** constitui em sociedade que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades acima citadas.

Através da ferramenta da Agência Nacional da Saúde Suplementar denominada “ANS Tabnet” pode-se verificar que em setembro de 2015 há um total de 999 operadoras na área médico hospitalar com registro ativo. Deste total, 189 são operadoras de autogestão; 311, cooperativas médicas; 62, filantrópicas; 301 medicinas de grupo; 10 seguradoras especializadas em saúde; e 126 administradoras de benefícios (ANS, 2013).

A ANS define beneficiário de plano privado de assistência à saúde como “pessoa física, titular ou dependente, que possuem direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica” (Brasil, 2012).

A expressão beneficiário tem origem, provavelmente, nos convênios firmados antigamente, entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social- INAMPS e empresas, em razão de, na época, o plano ser considerado um benefício fornecido pelo empregador ao empregado (SCHEFFER, 2006; GUAZZELLI, 2013).

Porém, há críticas de alguns autores e das entidades de defesa ao consumidor preferindo utilizar o termo consumidor, devido à relação de consumo e não benefício. No setor público o termo utilizado é usuário.

Devido à diferença de nomenclatura encontrada nos textos estudados e da ANS utilizaremos os termos beneficiários e usuários.

Segundo dados da ANS de setembro de 2015, 50.261.602 são usuários de planos de saúde privados.

1.3.1 Perfil do Setor da Saúde Suplementar

Segundo informações constantes no Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS, o Cadastro de Beneficiários contava com 48,8 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica. Houve uma redução que ultrapassa 600 mil vínculos, devido à queda nas contratações de planos médico-hospitalares (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

**Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano
(Brasil - dezembro/2000- março/2016)**

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30.966.522	2.603.001
dez/01	31.420.006	3.062.681
dez/02	31.513.309	3.677.782
dez/03	32.074.667	4.325.568
dez/04	33.840.716	5.312.915
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.937.350	14.514.074
dez/11	46.027.108	16.915.874
dez/12	47.722.948	18.966.815
dez/13	49.346.927	20.183.280
dez/14	50.394.741	21.113.841
dez/15	49.441.541	21.960.128
mar/16	48.824.150	21.685.783

Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2016

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2016

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

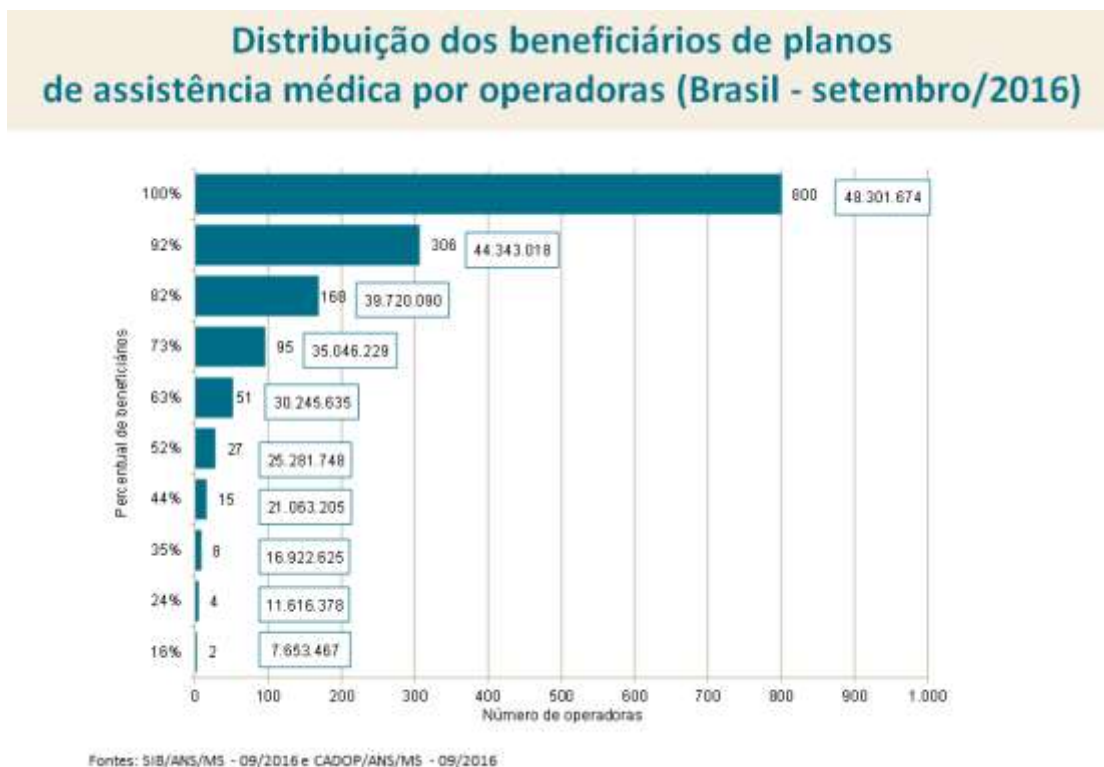
2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 1 – Tabela dos Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano

O número de beneficiários com planos de assistência médica com ou sem odontologia teve um aumento de aproximadamente 63% de dezembro 2000 a março de 2015, dados verificáveis na Figura 1.

A distribuição atual dos beneficiários segundo as operadoras em atividade encontra-se apresentada na Figura 2 abaixo.

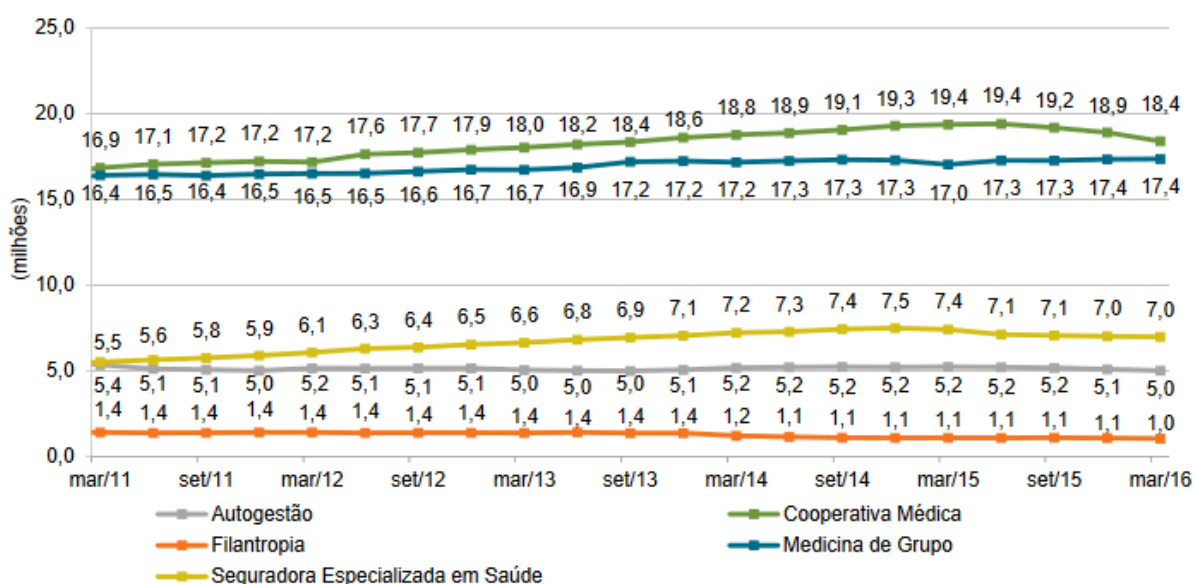


Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 2 – Gráfico da Distribuição dos beneficiários de planos de assistência médica por operadoras

Outra informação relevante é que pela análise histórica da evolução do número de beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora apenas as Autogestões e as Cooperativas Médicas apresentaram tendência de crescimento, conforme apresentado na Figura 3.

**Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade da operadora
(Brasil - março/2011- março/2016)**



Fonte: SIB/ANS/MS - 03/2016

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2016

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

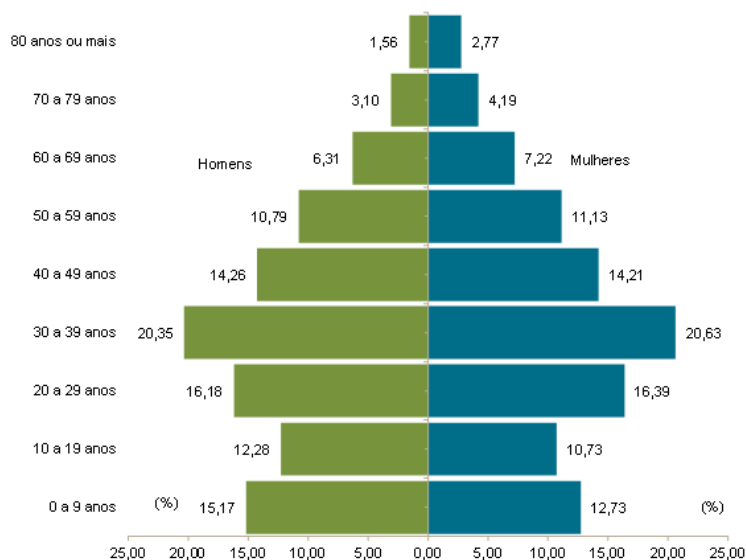
Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 3 – Gráfico dos Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade de operadora

À medida que se observa uma retração na atividade econômica no país, a taxa de variação do número de novos beneficiários cresceu com menos intensidade.

Um aspecto que chama a atenção refere-se ao perfil identificado em relação à distribuição segundo sexo e faixa etária dos beneficiários dos planos de saúde privados atualmente vigentes, apresentados na Figura 4.

Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica (Brasil – setembro/2016)



Fonte: SIB/ANS/MS - 09/2016

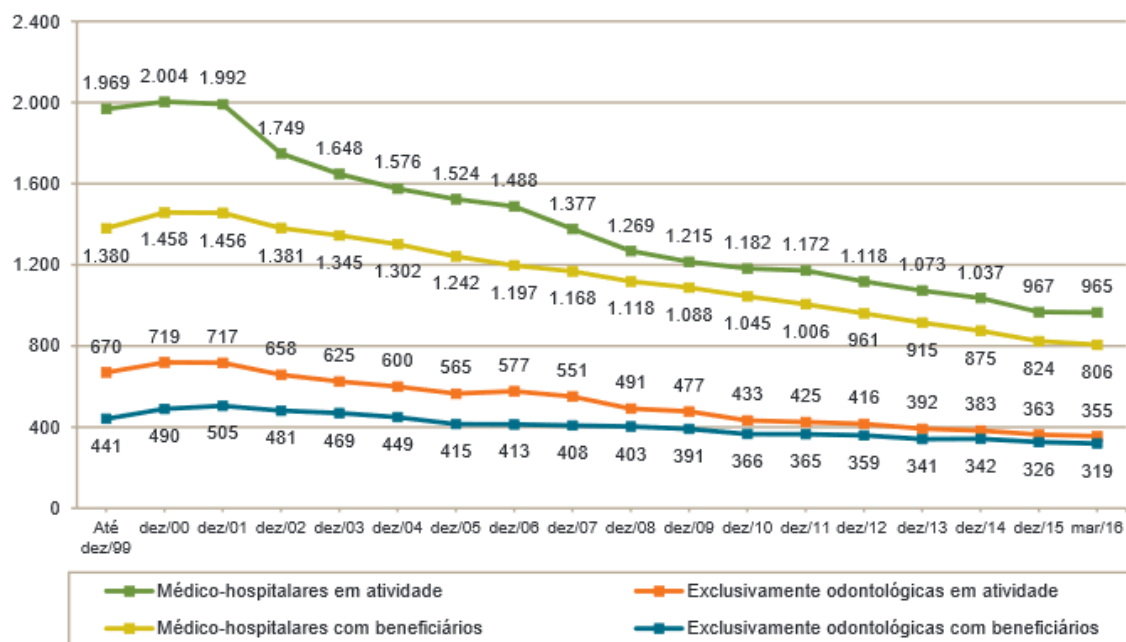
Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 4 – Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica

Segundo a ANS, as maiores taxas de cobertura dos planos privados de assistência médica por regiões e unidades da federação encontram-se na Região Sudeste, seguidas pela Região Sul. As unidades da federação com os maiores percentuais de cobertura são: São Paulo (45,3%), Rio de Janeiro (38,4%) e Distrito Federal (35,4%). Já as unidades da federação com menores taxas de cobertura estão distribuídas nas regiões Norte e Nordeste, Acre (6,2%), Tocantins (7,5%), Maranhão (7,4%) e Roraima (8,6%).

A figura 5 demonstra a situação atual em relação ao número de operadoras de planos de saúde privados e a queda apresentada desde a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no ano 2000.

Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-março/2016)



Fontes: SIB/ANS/MS - 03/2016 e CADOP/ANS/MS - 03/2016
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2016

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 5 – Gráfico das Operadoras de planos privados de saúde em atividade

A figura abaixo apresenta as receitas e despesas por tipo de acordo com a modalidade da operadora e sua segmentação para o ano de 2015.

Receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora (Brasil - 2015)

Modalidade da operadora	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais	Despesa assistencial	Despesa administrativa	Despesa de comercialização	Outras despesas operacionais
Total	143.290.551.239	15.472.819.073	120.104.666.698	17.180.873.871	4.775.641.352	15.752.765.071
Operadoras médico-hospitalares	140.279.758.881	15.336.478.912	118.696.330.032	16.358.329.850	4.509.880.780	15.524.446.771
Autogestão	17.013.942.750	1.488.684.953	16.297.967.572	2.244.428.219	1.927.371	956.975.126
Cooperativa médica	47.813.236.129	8.939.680.621	39.913.956.204	5.708.597.840	903.269.632	9.144.914.124
Filantropia	2.097.605.765	3.925.960.266	1.610.353.994	1.547.196.152	29.477.945	2.796.584.284
Medicina de grupo	40.596.329.264	954.057.898	32.616.698.172	5.044.292.420	1.612.202.494	1.654.146.420
Seguradora especializada em saúde	32.758.644.972	28.095.174	28.257.354.090	1.813.815.218	1.963.003.340	971.826.818
Operadoras exclusivamente odontológicas	3.010.792.358	136.340.161	1.408.336.666	822.544.021	265.760.572	228.318.300
Cooperativa odontológica	662.749.451	100.988.297	413.969.771	224.405.338	23.947.356	95.435.512
Odontologia de grupo	2.348.042.907	35.351.864	994.366.894	598.138.683	241.813.215	132.882.788

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 05/09/2016 e FIP - 12/2006

Notas: 1. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

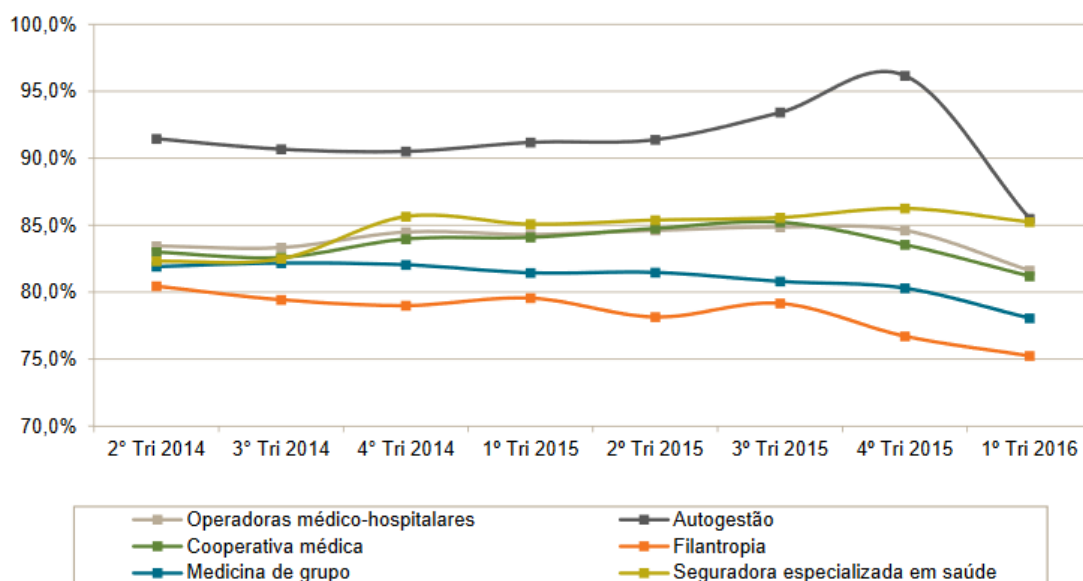
Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 6 – Tabela de receitas e despesas, por tipo, segundo a modalidade da operadora

No referido ano, o total das despesas das operadoras médico-hospitalares contabilizou aproximadamente R\$ 140 bilhões, sendo as despesas realizadas especificamente para fins assistenciais chegando ao montante de quase R\$ 120 bilhões, ou seja, do que é arrecadado quase 85% é gasto com despesas assistenciais.

A relação entre as receitas e as despesas assistenciais é denominada de taxa de sinistralidade das operadoras, segundo sua modalidade e segmentação. As receitas e despesas assistenciais têm crescido nos últimos anos, de tal forma que a sinistralidade alcançou 85,4% em 2015 para o segmento médico – assistencial. Entre as operadoras médico-hospitalares, são as autogestões que apresentam a maior taxa de sinistralidade, o que deve em grande parte às características de sua população, pois são populações fechadas, com maiores entraves à renovação da carteira de beneficiários (Figura 7) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2013-2015)



Fonte: DIOPS/ANS/MS - 13/06/2015
 Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2016
 Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 7 – Gráfico da Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora

Os dados extraídos do Caderno de Informações da ANS mostram um conjunto de informações bastante relevante quanto ao comportamento das operadoras de saúde ao longo dos anos bem como do perfil dos beneficiários, reflexo certamente das condições socioeconômicas da população brasileira.

Conforme aponta Oliveira (2010) desde que a ANS foi instituída, a entidade vem tratando de regulamentar o setor nas várias dimensões de sua atuação tais como definição de regras de cobertura de um plano de saúde de referência, o estabelecimento de um rol mínimo de procedimentos cobertos, a definição de parâmetros de funcionamento das operadoras, a habilitação dos planos, as normas de contratação individual e coletiva dos planos e seguros, e de operação da rede credenciada.

O Relatório de Gestão do Exercício de 2015 da ANS destaca dentre as principais competências legais da Agência, fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras. Incluem ainda a regulação assistencial, econômica, monitoramento, fiscalização, organização da informação e empoderamento do cidadão.

Ressalta ainda que a Agência aprimorou o acompanhamento e avaliação da assistência prestada pelas operadoras aos seus consumidores promovendo ajustes na metodologia do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia o cumprimento dos prazos de consultas, exames e cirurgias e as negativas de cobertura.

Depreende-se que os processos avaliativos se mantem de grande valia no funcionamento dos sistemas, o que tem demandado investimentos nesse setor por parte dos prestadores de serviço na totalidade, razão pela qual se verifica uma expansão significativa do setor de auditoria nas instituições.

1.4 Auditoria no contexto gerencial da Saúde

A auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito de acordo com seus objetivos (PREGER et al, 2005).

A expansão da auditoria médica ocorreu basicamente com o crescimento dos seguros médicos e da seguridade social, o que levava a uma necessidade de avaliar os serviços prestados e também racionalizar os custos. Alia-se a este fato o objetivo subjacente de corporações que procuravam obter resguardo profissional (REIS et al, 1990; SCARPARO, 2005).

Auditoria é definida como uma atividade específica do Sistema de Controle e Avaliação que requer observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimentos quer individuais, quer coletivos, concomitante ou posterior às ações que possam determinar alterações na eficácia dos serviços. Na auditoria hospitalar são verificados os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros, sempre com o cerne na qualidade da assistência prestada ao paciente (SILVA; CASA, 2006).

O princípio da auditoria na área da saúde focalizou-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, visto que esta é o cerne para a prática dos profissionais desta área. No entanto, atualmente, com o aumento da competitividade entre serviços hospitalares, ocorreu a oferta de tratamentos mais dispendiosos financeiramente, ressaltando a preocupação em otimizar seus custos. Isso passou a requerer a atuação de profissionais capacitados nesta área, o que exigiu também uma visão econômico/contábil de forma a operacionalizar o processo de auditoria. Desta forma, ela incorporou-se à rotina das instituições de saúde com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência requerida pelo paciente, os processos internos e as contas hospitalares (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Atualmente há um grande número de hospitais, predominantemente privados, que possuem serviços de auditoria que contam com a atuação de profissionais da área da saúde. Alguns, segundo a literatura, criaram comissões de auditoria para avaliar a organização em áreas internas de controle, contas e finanças, fortalecendo a estrutura em épocas de dificuldades financeiras para os hospitais. No entanto, no Brasil, criou-se a idéia equivocada de que a auditoria em saúde é aquela relacionada a atividades estritamente burocráticas, de cunho contábil e financeiro (SCARPARO; FERRAZ, 2008).

Os serviços públicos também se adequaram a esta realidade, segundo legislação que normatiza o acompanhamento fiscal, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde. Em 1999, o Ministério da Saúde reestruturou a nova organização de atividades do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), sendo que aquelas pertinentes ao controle e avaliação passaram à responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde e, as referentes à auditoria, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (BRASIL, 1998).

Na esfera da auditoria em saúde, deve-se ressaltar o crescimento substancial da auditoria de enfermagem, que possibilita a análise das questões específicas e relativas à enfermagem, objetivando avaliar, verificar e melhorar a assistência, podendo concentrar-se nos registros e anotações de enfermagem. Auditoria de enfermagem incorporou-se à rotina das instituições de saúde com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência ao paciente, os processos internos e as contas hospitalares. É um sistema de revisão e controle, para informar

a administração da operadora dos planos de saúde sobre a eficiência e eficácia dos programas de desenvolvimento (SCARPARO, 2005).

A participação crescente do enfermeiro enquanto profissional integrante da equipe de auditoria em saúde tem sido uma tendência observada nos últimos anos. Este incremento é claramente observado em operadoras de planos de saúde, tais como as do segmento de seguro-saúde e os planos de assistência médico-hospitalares (MORENO JUNIOR; SOUSA, 2003).

Para os autores acima, é preciso compreender da dimensão das ações do *enfermeiro auditor* por meio de três visões: ética-legal, técnica-científica e econômico-financeira que contribuem para o exercício de suas atividades em auditoria na área da saúde.

Na visão ética-legal, o enfermeiro tem responsabilidades e deveres estabelecidos pelos Conselhos Regional (COREN) e Federal (COFEN) de Enfermagem no exercício de sua função enquanto *enfermeiro auditor*.

O Conselho Regional de Enfermagem, através da Lei 7.498, no seu artigo 11º da Lei do Exercício profissional diz que “o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe: I-Privativamente consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe na Resolução 266/2001 sobre as atividades do enfermeiro auditor e refere que este profissional “deve ter visão holística, com qualidade na assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Na visão técnico-científica, deve-se compreender o desenvolvimento tecnológico e as pesquisas na área de saúde para oferecer tratamentos eficazes, pautados em protocolos e julgamentos clínicos, fundamentados em princípios científicos, que propiciem ações que irão contribuir no processo de cuidar.

A visão econômico-financeira deve acompanhar e controlar os custos e investimentos, revendo processos com imparcialidade, otimização de bens e incorporação tecnológica para um serviço qualificado.

Identifica-se, portanto que o processo de auditoria tem sido valorizado como uma ferramenta gerencial para controle, avaliação e delineamento de ações corretivas dentro das instituições de saúde e verifica-se o crescimento da atuação dos enfermeiros neste segmento.

A ênfase dada à auditoria de contas hospitalares, realizado pelo enfermeiro auditor, deve-se ao fato das ações de enfermagem interferir diretamente nos resultados da auditoria de contas hospitalares, pois os processos assistenciais geram receita por meio dos registros das ações realizadas. Mesmo quando da realização restrita da auditoria de contas, o enfermeiro tem a oportunidade de aferir inadequações no processo do trabalho assistencial, os quais podem expressar queda de sua qualidade, gerando gastos e retrabalhos desnecessários, pois se pode identificar utilização indevida de equipamentos, fluxo inadequado de informações, desperdício de materiais e de medicamentos, excessos de estoques, dentre outros (SCARPARO et al, 2009).

E nesse cenário é que recentemente, a área de auditoria das instituições de saúde, tanto públicas como privadas, têm enfrentado a “judicialização na saúde” de forma cotidiana, devido à intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde, para atender as reivindicações individuais dos pacientes.

Esta situação tem impactado de maneira significativa a estrutura dos serviços, pois via de regra, tem provocado uma desorganização na gestão administrativa e uma discussão a respeito da alocação racional dos recursos financeiros das instituições de saúde.

A auditoria, a gestão de processos, a legislação vigente, as normativas da ANS e o conhecimento sobre cobranças de contas hospitalares acabam sendo fatores que permeiam o embasamento das ações judiciais nas operadoras de planos de saúde, pois estão envolvidos no processo do começo ao fim.

1.5 Judicialização na Saúde

No contexto democrático contemporâneo, o fenômeno da judicialização da saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA et al, 2010)

O termo judicialização ganhou corpo a partir da publicação do trabalho dos norte-americanos Tate e Vallinder, em 1995, intitulado *The Global Expansion of Judicial Power* defendendo a tese de que judicialização envolve essencialmente

tomar algo sob a forma do processo jurídico, tanto em termos de transferência das decisões sobre direitos da legislatura, do gabinete, do serviço civil para as cortes, como em termos da disseminação dos métodos e decisões judiciais para além da esfera judicial propriamente dita (MACHADO, 2008).

Oliveira (2010) descreve que numa análise sobre esse texto é possível reconhecer que os autores identificaram a interferência de mandatos dos tribunais nas políticas públicas em quase todos os países americanos e atestam que, mesmo os países membros da União Europeia, já tiveram suas políticas alteradas devido à ingerência da Corte Europeia, concluindo que essa interferência do Poder Judiciário não se configura como uma ocorrência particular do Brasil.

Lima e Bezerra Junior (2013) comentam que a história denuncia a saúde como um valor manobrado pelos detentores do poder de acordo com seus interesses sociais e econômicos. E concluem que as críticas e questionamentos que vêm se levantando quanto ao ativismo judicial na saúde, é positivo, demonstra a evolução de uma sociedade compatível com sua carta política, que busca o respeito de sua vontade e a garantia de seu direito entendendo que o Estado é uno, seja na lei, na política e na fiscalização do cumprimento destas.

1.5.1 Judicialização da saúde no cenário Internacional

Rodriguez (2014) numa vasta revisão por evidências científicas internacionais sobre esse tema no período de 1990 a 2013, concluiu que a literatura internacional trata da Judicialização da saúde para as questões de aborto, inseminação e fertilização artificial, doação de gametas, restauração da virgindade, tratamento da dor sexual, direito dos adolescentes portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em decidir sobre o seguimento do tratamento sem o consentimento dos pais.

Apresenta ainda aspectos relativos ao direito à saúde na perspectiva de formulação de políticas públicas especiais para determinadas populações. Obteve também publicações relativas ao direito de uso de terapias alternativas como plantas medicinais e medicina oriental, submissão a tratamentos médicos não reconhecidos ou aprovados, retirada de suporte de vida pela equipe de saúde em casos específicos. E ainda direito à informação sobre medicamentos, saneamento básico e

saúde ambiental, impacto da política de austeridade e necessidade de reformas em alguns sistemas de saúde, entre outros.

Identificou temas que dizem respeito a necessidades coletivas voltadas para tecnologias disponíveis, questões relativas à atuação dos conselhos de saúde e serviços de ouvidoria, características do arcabouço jurídico de alguns países e relativas a direitos humanos.

A análise de diferentes realidades entre os países, quer no campo do direito, quer especificamente no campo da estrutura dos sistemas de saúde vigentes, poderia esclarecer a emergência do fenômeno da judicialização.

Tomando por exemplo os Estados Unidos, país com o maior mercado de planos de saúde privados do mundo, identifica-se que atualmente predomina o modelo de atenção gerenciada (*managed care*). As principais características do modelo americano são: contratação seletiva de prestadores para a constituição de uma rede credenciada; gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, incluindo a adoção de protocolos clínicos; introdução do médico generalista de “porta de entrada”, requisição de autorizações prévias, revisão e supervisão das práticas médicas; adoção de incentivos aos prestadores para conter custos; e remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador (UGÁ et al, 2003). Entretanto, recentemente algumas iniciativas políticas ocorreram em razão de preocupações sociais mais profundas, nomeadamente ao nível de universalidade, acessibilidade e regulação do sistema, porém em tal arcabouço ainda permanece a liberdade de escolha do cidadão, a natureza privada da prestação de cuidados e financiamento, numa aposta pela melhoria da qualidade e da eficiência, além da redução dos custos (COSTA, 2013).

Diante de um conjunto de informações produzidas, é possível inferir que o fenômeno da Judicialização da saúde em outros países revela uma abordagem diferente do que ocorre no Brasil. Segundo Rodriguez (2014), a via judicial aqui é o caminho para a efetivação do direito à saúde no que tange à solicitação de demandas individuais caracterizadas por medicamentos, aparelhos e insumos hospitalares. Presume-se que nos países desenvolvidos, os recursos terapêuticos são fornecidos respeitando a organização dos sistemas de saúde e a via judicial é acionada para resolução de problemas referentes ao acesso aos serviços e cuidados de saúde de uma minoria excluída e para a deliberação de conflitos éticos.

1.5.2 Judicialização da Saúde no Brasil

A relação entre direito e saúde apresenta grandes desafios para o futuro do sistema de saúde brasileiro. Dado que o setor saúde necessita de permanente regulação para resolver imperfeições de mercado, o poder judiciário passa a ser o campo de aplicação para a solução de conflitos entre as necessidades e direitos individuais e as instituições públicas e privadas de saúde (SANTOS, 2010).

O debate em torno do uso de ações judiciais referentes ao direito à saúde vem se expandindo concomitante ao uso desta via para fornecimento de bens e serviços de saúde (BRITTO, 2011).

O termo judicialização da saúde tem sido utilizado, cada vez mais, em trabalhos acadêmicos da área jurídica e em outras áreas como a das ciências sociais. A expressão, que não possui ainda definição nos dicionários designa, de um modo geral, o fenômeno de deslocamento de decisões políticas e sociais dos Poderes Legislativo e Executivo para o Poder Judiciário (GUAZZELLI, 2013).

As instituições de saúde devem estar preparadas para possíveis demandas, que mesmo quando legítimas, necessitam de análise técnica e administrativa para viabilização do processo (BITTAR, 2014).

No âmbito do sistema público de saúde, o estudo sobre a intensificação das ações judiciais é indicativo de que o acesso à saúde garantia constitucional expressa no art. 196, que se refere à saúde como um direito a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, está sendo violado (SULPINO, 2008).

Sendo assim, a interferência do Poder Judiciário na garantia do acesso, por parte dos usuários, às tecnologias, diagnósticos e tratamentos, nada mais é, que o cumprimento de direitos essenciais à saúde considerados indispensáveis à manutenção da vida, demonstrado ao longo dos anos as falhas das Políticas Públicas de Saúde e a efetividade violada dos princípios doutrinários do SUS (ARAUJO et al, 2013).

As primeiras demandas solicitadas ao Poder Judiciário, na década de 90, eram de medicamentos para HIV/AIDS (BRASIL, 2005b; SANT'ANA et al. 2011) e se transformou em assunto polêmico. Gouvêa (2003) mostrou em seu estudo, sobre ações requerendo medicamentos para combate a AIDS, que em 1996 houve o marco da mudança do poder Judiciário em relação ao fornecimento via judicial dos medicamentos anti-retrovirais. Antes de 1996, todas as ações (individuais ou

coletivas) eram negadas e depois dessa data quase todos os pedidos passaram a ser aceitos pelo poder Judiciário. Isso se deu devido à criação da Lei 9313/96 que garantiu a incorporação e distribuição de novos medicamentos anti-retrovirais com acesso gratuito e universal.

Rodriguez (2014) afirma que estudos apontam ter ocorrido uma diminuição das solicitações pontuais nos anos 90, mas que a incorporação tecnológica cada vez mais intensa na saúde, maior disponibilidade de informações sobre medicamentos, exames e procedimentos, aliadas à falsa sensação de segurança que esses avanços conferem aos profissionais de saúde e o interesse dos usuários, contribuem para a judicialização. Alia-se o fato da garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, além da autonomia e autocuidado nas escolhas dos usuários.

Ventura et al (2010) comentam que os estudos sobre a judicialização da saúde enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde, sob a justificativa de que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação. Apontam ainda que o marketing comercial exercido pela indústria e comércio farmacêutico, junto a segmentos como pesquisadores, médicos, pacientes, bem como instituições governamentais, poderiam estar exercendo papel importante de estimular a demanda judicial.

Investigação conduzida por Rodríguez (2014) que analisou o processo de judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral nos serviços públicos concluiu que a Judicialização da saúde é uma via que pode retratar necessidades em saúde não acolhidas pelo setor e garantir acesso a tecnologias e materiais ainda não incorporados, com necessidade de ajustes frente às solicitações judicializadas.

Pepe et al (2010) ao analisarem os efeitos negativos da judicialização da saúde apontam questões relativas ao risco de se aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, uma vez que favorece aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente e ao possível comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. Outro aspecto comentado refere-se à segurança do paciente em razão de possíveis inadequações de determinados

materiais, para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas. Tais fatos podem favorecer a introdução e utilização de novas tecnologias de forma acrítica, e, por vezes, sob forte influência do setor industrial.

A alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete esse desejo de obter o acesso aos meios materiais para alcance do direito à saúde. Pode-se dizer, portanto, que a ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, podendo servir como indutor de reorganização do sistema, pois, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública, reveladas por deficiências e insuficiências do sistema em responder suas responsabilidades (VENTURA ET AL, 2010; RODRIGUEZ, 2014).

Esse processo trouxe reflexos também para o campo da saúde suplementar, provocando mudanças no mercado e na forma de atuação das operadoras, além de impactar financeiramente e alterar substancialmente o dia a dia da prestação da assistência à saúde.

1.5.3 Judicialização da Saúde Suplementar

No campo da saúde privada, foco do presente estudo, torna-se importante definir operadora de plano de saúde que é a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato baseado nas regulações e exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 1998).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) só foi criada em 2000 com a Lei 9.961 e teve a finalidade de:

[...] promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (BRASIL, 2000).

Após a sua criação o setor passou a ser regulado e acompanhado com normas, controles e fiscalizações para garantir o interesse do beneficiário e da operadora de saúde.

Quando o beneficiário busca pela saúde suplementar, tem direito de saber o que seu plano pode oferecer assim como a operadora ter o contrato de prestação de serviço daquilo que o beneficiário buscou no início da contratação.

Cabe aqui esclarecer alguns aspectos da contratualização no que se refere ao rol de cobertura dos beneficiários, e que a partir desse conjunto de elementos se entende a motivação e dinâmica das ações judiciais relacionadas com a prestadora de serviços.

As operadoras de saúde tem a regulamentação da ANS através da Resolução Normativa (RN) nº 139, de 05 de março de 2013, quanto às negativas de coberturas contratuais a serem dadas ao beneficiário. Em seu artigo 2º consta que: “Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique”.

A ANS também disponibiliza o Rol de procedimentos mínimo que a operadora deve contratualizar com o beneficiário, regulando os procedimentos e os estudos de incorporação de novas tecnologias e novos medicamentos, o que respalda a operadora de plano de saúde por meio da lista de procedimentos médicos cobertos e das Diretrizes de utilização que a mesma informa a cada atualização do Rol.

O Rol de procedimentos tem recebido atualizações de inclusões e exclusões de procedimentos da saúde a cada dois anos, o que garante a incorporação de novas tecnologias; porém, nem sempre vem acompanhado de um estudo de viabilidade em razão do aumento dos gastos que esta incorporação causará à saúde privada.

Diferente do sistema público, no sistema privado as garantias de atendimento são formalizadas contratualmente e os custos gerados devem ser calculados nas receitas e despesas e em alguns tipos de contratação de planos há os reajustes anuais permitindo cálculo destas implantações.

Tem-se como orientação para formulação dos contratos, o Rol de procedimentos que a ANS estipula como cobertura mínima para a saúde suplementar e o artigo 10 da Lei nº 9.656 que regulamenta que todas as doenças

listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), e devem ser cobertos, somente sendo permitidas as seguintes exclusões:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
 - II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
 - III - inseminação artificial;
 - IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
 - V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
 - VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;
 - VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
 - IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- § 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

Para formulação do preço das mensalidades firmadas em contrato deve-se seguir à orientação da ANS, através da RDC nº 28 de 26 de junho de 2000 que trata da validação do valor a ser cobrado dos beneficiários através da Nota Técnica de Registro de Produtos.

A Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP é o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde por meio de cálculos atuariais. A NTRP deve acompanhar a solicitação de registro do produto, ficando vigente até que seja efetuada sua atualização. A atualização representa a reavaliação dos preços estabelecidos anteriormente, e será válida apenas para as vendas efetuadas a partir da data do seu recebimento na ANS.

De acordo com o Art. 3º da RDC a operadora deve declarar que “os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos e produtos são suficientes, na respectiva data de registro, para cobrir os custos oferecidos de assistência à saúde e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano ou produto”.

A RDC nº 28 ainda cita no artigo 6º que “As operadoras devem manter um monitoramento periódico dos custos de operação dos seus planos, podendo atualizar a Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP, sempre que ocorrerem

alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, bem como quaisquer outras que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade”.

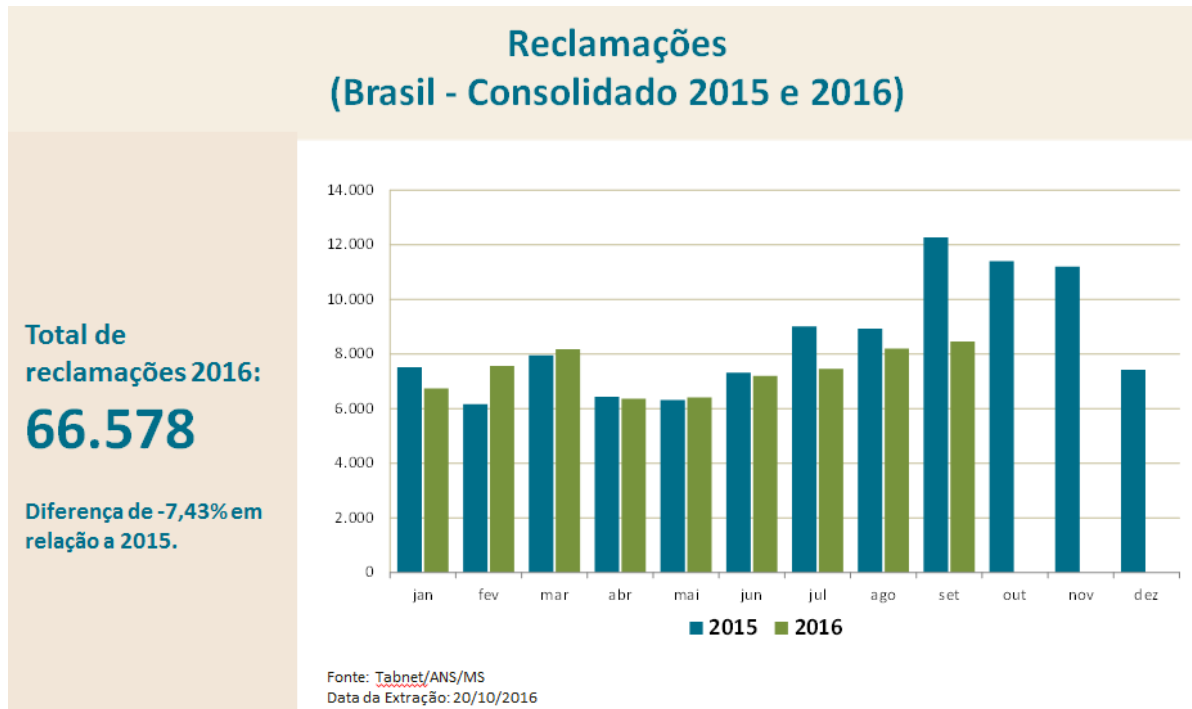
Portanto, um contrato firmado entre o beneficiário e a operadora de plano de saúde, que esteja de acordo com a ANS deve ser respeitado, não podendo o Poder Judiciário descartá-lo e substituí-lo pelos preceitos da Constituição Federal (CF) dirigido ao poder público (GONÇALVES, 2004; MACHADO, 2011).

A prestação de serviços de saúde, pelas operadoras, implica então em relações contratuais bem explícitas, direitos e deveres de ambas as partes. Quando os direitos ou expectativas do beneficiário relacionadas às operadoras não são atendidos, estes podem contratar um advogado para solicitar judicialmente a sua efetivação, processo denominado de “judicialização da saúde”.

Para Alves et al (2009) o setor privado de saúde representa no imaginário social uma referência assistencial de melhor qualidade frente aos riscos e imprevistos dos agravos à saúde. Estratégias de *marketing* veiculadas pela mídia enfatizam a rapidez e a resolutividade desse mercado, demonstrando facilidade e comodidade no acesso aos serviços e aos mais modernos equipamentos diagnósticos e terapêuticos. Em contrapartida, grande quantidade de ações tramita na Justiça pleiteando reparação de danos causados pela má qualidade ou pela ausência de atendimento aos usuários da assistência privada à saúde. As reclamações frequentes dos consumidores refletiram no Poder Judiciário.

O mercado de operadora de planos de saúde vem recebendo, crescentemente, a atenção do Poder Judiciário em diversas situações, ora a favor das operadoras que prestam tais serviços, ora a favor de seus usuários. São milhares de ações judiciais ajuizadas em face do Poder Judiciário, com o fim de ver condenada a operadora de saúde seja a prestar um determinado serviço e/ou a custear um dado tratamento, medicamento, exame ou insumo terapêutico (GANDINI, BARIONE, SOUZA, 2010; MARQUES, 2008).

Num cenário apresentado pela ANS em seu Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras e planos, de junho de 2016, aponta as demandas dos consumidores por classificação do atendimento e demonstra um crescimento de 4% no ano de 2016 em relação ao mesmo período do ano anterior. O número de reclamações por 100.000 beneficiários é de 31,8 no Brasil e dentre as unidades federativas que apresentaram maiores taxas destacam-se Distrito Federal com 80; São Paulo figura com 33,3. (Figura 8)

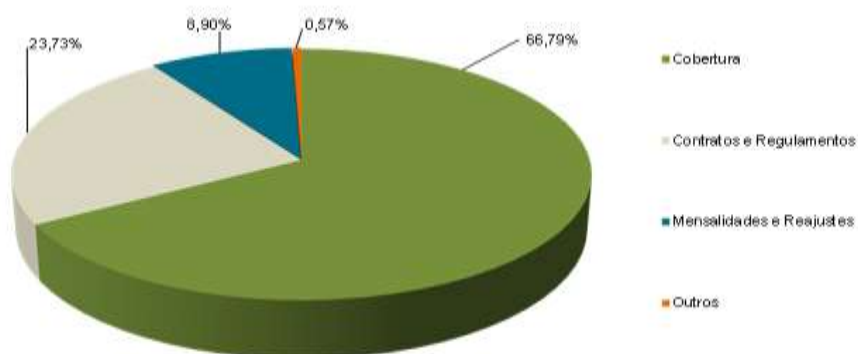


Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 8 – Gráfico do Total de Reclamações

Em relação à distribuição das reclamações a Figura 9 apresenta a discriminação das mesmas, apresentado abaixo.

Perfil de reclamações por tema (Brasil – setembro/2016)

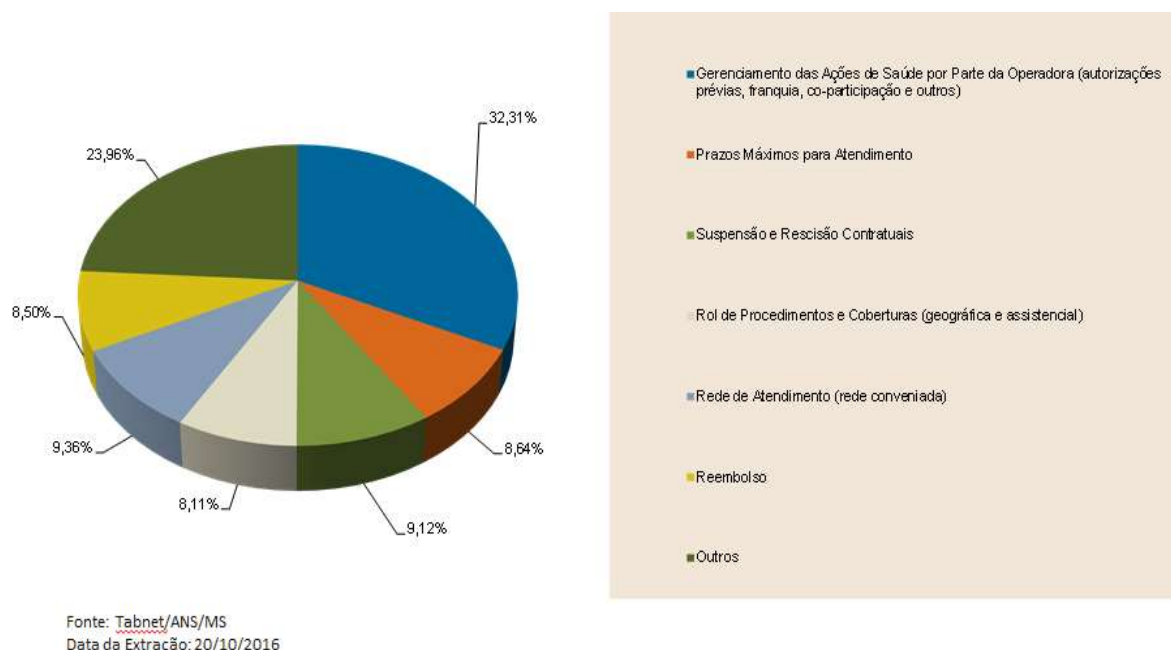


Fonte: Tabnet/ANS/MS
Data da Extração: 22/10/2016

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 9 – Gráfico do Perfil de Reclamações por tema

Ao se estratificar o perfil das reclamações, pode-se observar na Figura 10 quais os campos que se concentram os maiores percentuais. É importante analisar nesse contexto, as demandas de reclamação classificadas como de natureza assistencial ou não.



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS

Figura 10 – Gráfico dos campos que se concentram os maiores percentuais de reclamações

Diante desse cenário, os setores de Auditoria das operadoras de planos de saúde têm sido acionados para analisar as demandas judiciais que chegam às operadoras, tais como os contratos firmados com seus beneficiários, aplicação da Medicina baseada em evidências para as prescrições médicas referentes aos medicamentos experimentais e procedimentos não cobertos pelo rol da ANS, entre outros.

A discussão sobre as coberturas assistenciais no sistema privado de saúde ganha importância crescente a cada dia e ocupa não apenas a agenda das entidades que representam o direito dos consumidores, como as operadoras e suas instâncias de representação.

Os custos crescentes, a regulação do setor de saúde suplementar, as novas tecnologias e as exigências crescentes dos beneficiários mudaram as necessidades de controle e conhecimento do setor frente às mudanças constantes e a busca ao setor judiciário para se conseguir o que se acha ser de direito.

Assim, o estudo das ações judiciais relacionadas às restrições de coberturas busca trazer elementos para o aprimoramento da regulação e das práticas de um

setor que tem grande impacto na conformação do financiamento e do funcionamento do sistema de saúde brasileiro (SCHEFFER, 2013).

No Brasil, a liminar tem sido o instrumento principal utilizado pelo Poder Judiciário para garantir o acesso imediato de um cidadão a um determinado bem ou serviço de saúde (MACHADO, 2008).

A consequência imediata para o setor privado de saúde é a utilização de recursos econômicos que não estavam previstos e que tem que ser rapidamente alocados em razão da necessidade do cumprimento de ordem judicial obtida especificamente para este fim (CARLINI, 2010).

Atualmente alguns trabalhos retratam a importância de análise das demandas judiciais tanto para planos privados como para o setor público de saúde, uma vez que estas decisões retratam a falta de conhecimentos de contratos, ou de medicamentos sem registro ANVISA ou procedimentos sem cobertura contratual que oneram os sistemas de saúde através do Judiciário (MARQUES, 2008; NUNES, 2009; OLIVEIRA, FORTES, 2013).

Oliveira e Fortes (2013) identificaram e analisaram as demandas recebidas por uma autogestão, motivo das ações judiciais relacionadas às coberturas e constataram um crescimento no número dessas. E ainda que estas ações não observavam critérios técnicos relacionados à homologação de tecnologias, bem como protocolos médicos.

Scheffer (2013) avaliou as negativas de planos e seguros de saúde e concluiu que a solução do problema requer aprimoramento da regulamentação específica com a atuação da agência reguladora, análise da expansão dos planos de saúde em relação a capacidade da rede credenciada de atendimento e revisão das ações do setor público e privado.

Silva (2005) também comenta que o problema da individualização da concessão de um direito nas operadoras de saúde consiste em uma disputa entre interesse coletivo e o individual, pois concebida da forma como se encontra são raras as pessoas que prefeririam “abdicar de direito seu” em prol de beneficiar um maior número de indivíduos.

Médici (2010) afirma que não se pode negar nem evitar que existem interesses econômicos daqueles que produzem inovações na produção de diagnósticos, equipamentos, medicamentos e terapia em saúde, que tem levado o setor saúde a um incomparável progresso na melhoria das condições de vida da

população. Porém, tal inovação envolve grande volume de recursos financeiros, exigindo avaliações sistemáticas para sua incorporação, em razão do comprometimento de um orçamento já existente nas instituições de saúde.

No que se refere às operadoras de planos de saúde, o mercado as tem forçado a gerir a incorporação de novas tecnologias com análises críticas e eficácia, mas de maneira mais rápida evitando que para adquirir tal produto o beneficiário pense em entrar na justiça. Há a necessidade constante de acompanhar os avanços tecnológicos analisando o custo-benefício-efetividade para garantir atendimentos de qualidade, incorporação de produtos eficazes e controles de gastos provisionados, sem perdas para nenhuma das partes (GUAZZELLI, 2013).

A judicialização da saúde, que engloba a judicialização de acesso a medicamentos, exames complementares, procedimentos, etc. não envolve apenas profissionais de direito e do poder judiciário, mas, igualmente os gestores da saúde pública e suplementar, os profissionais da saúde e a sociedade civil (SANTOS, 2010).

E nesta direção, a função exercida pelo enfermeiro na área da auditoria da empresa tem sido fundamental frente ao seu preparo e domínio do processo assistencial, o que possibilita fornecer subsídios para uma tomada de decisão mais contextualizada.

Porém, além disto, tem sido um grande desafio neste processo, a adoção e utilização das melhores evidências para subsidiar a análise das demandas judiciais que tem chegado às empresas para atendimento de reivindicações dos usuários, de diferentes natureza como, por exemplo, para fornecimento de medicamentos, implantes e próteses, materiais médico-hospitalares, procedimentos cirúrgicos etc. Isto tem se tornado um ponto fundamental para a operadora, de modo a assegurar maior controle e menor número de falhas nos seus processos de assistência, para garantir a sobrevivência num mercado com custos elevados e gastos crescentes e frente ao surgimento de novas demandas.

Entretanto é escassa a produção de conhecimentos que versam sobre as ações judiciais e os planos de saúde, tornando relevante investigar tal problemática (ALVES et al, 2009; OLIVEIRA; FORTES, 2013).

Há de se destacar, entretanto, a investigação conduzida por Rodriguez (2014) que buscou analisar os elementos do processo de decisão e os procedimentos administrativos para apuração de lesão a direitos individuais dos

cidadãos residentes em Ribeirão Preto (SP) solicitados à Gestão Pública de Saúde, na Promotoria de Justiça Civil do Ministério Público do município. Os dados coletados no período de novembro de 2012 a abril de 2013 evidenciaram que dentre 674 itens, os mais solicitados foram fraldas e medicamentos com 33,4% e 29,6%, sendo mais da metade das solicitações realizadas por idosos. Verificou que menos de 1% do número total de habitantes do município demandou judicialmente contra a Gestão Pública de Saúde. Quanto à origem da solicitação das demandas, 45,6% dos usuários receberam atenção no setor público e os demais, 54,4% em outros serviços. A autora conclui apontando a Judicialização como uma via que pode retratar necessidades em saúde não acolhidas pelo setor e garantir acesso a tecnologias materiais de saúde ainda não incorporadas pela área.

Face às considerações apresentadas e ao interesse pelo tema, pela sua relevância no cenário da gestão econômica em saúde e considerando que tem sido vital o conhecimento do panorama deste processo, possibilitando um entendimento do mesmo e a oportunidade de subsidiar o processo de trabalho da operadora de saúde onde atuo profissionalmente há muitos anos é que propusemos o desenvolvimento deste estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações judiciais relacionadas a coberturas assistenciais em uma operadora de plano de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sócio-demográfico do beneficiário que ajuízam ações contra a operadora de saúde.

Identificar a quantidade e os tipos de solicitações requeridas pelos beneficiários.

Identificar as razões de negativas de cobertura assistenciais, geradoras das ações judiciais.

3 Método

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de corte transversal e descritivo. O método quantitativo visa uma coleta sistemática de informações numéricas, resultante de mensuração formal que utiliza procedimentos estatísticos para a análise. É utilizado para descrever, testar relações e determinar causas. O caráter descritivo busca analisar um fenômeno de interesse, procurando descrevê-lo, classificá-lo e interpretá-lo, sem a interferência do pesquisador (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

3.2 Instituição pesquisada

Este estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto/SP, em uma operadora de plano de saúde que presta assistência a mais de cem mil beneficiários.

A operadora estudada faz parte de um sistema de cooperativas de trabalho médico que é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 84% do território nacional. O Sistema hoje é composto por 349 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 19 milhões de beneficiários em todo País. Além de deter 31% do mercado nacional de planos de saúde.

A operadora estudada tem uma fatia deste mercado contando com 120 mil beneficiários, rede credenciada com 14 hospitais e clínicas especializadas, um Hospital próprio e 926 médicos.

Tem como característica ser Operadora de Plano de saúde de grande porte do interior do estado de São Paulo, como já mencionado e possui como área de abrangência: Cajuru, Cravinhos, Jardinópolis, Luiz Antonio, Serrana e Ribeirão Preto.

Fluxo das ações judiciais na operadora

A operadora estudada sempre teve problemas de judicializações de ações devido às coberturas de planos de saúde no início principalmente em relação à planos não regulamentados devido à estes planos terem coberturas restritas e havia questionamentos e ações judiciais desta natureza, segundo documentação do jurídico interno da empresa.

Devido ao crescente aumento das ações judiciais contra a operadora em 2010 foi criado o setor Jurídico interno para tratar e acompanhar estes casos.

Atualmente, o setor jurídico interno é composto por 2 advogados e um assistente que recebe as ações judiciais e inicia o andamento na demanda, conforme descrito abaixo:

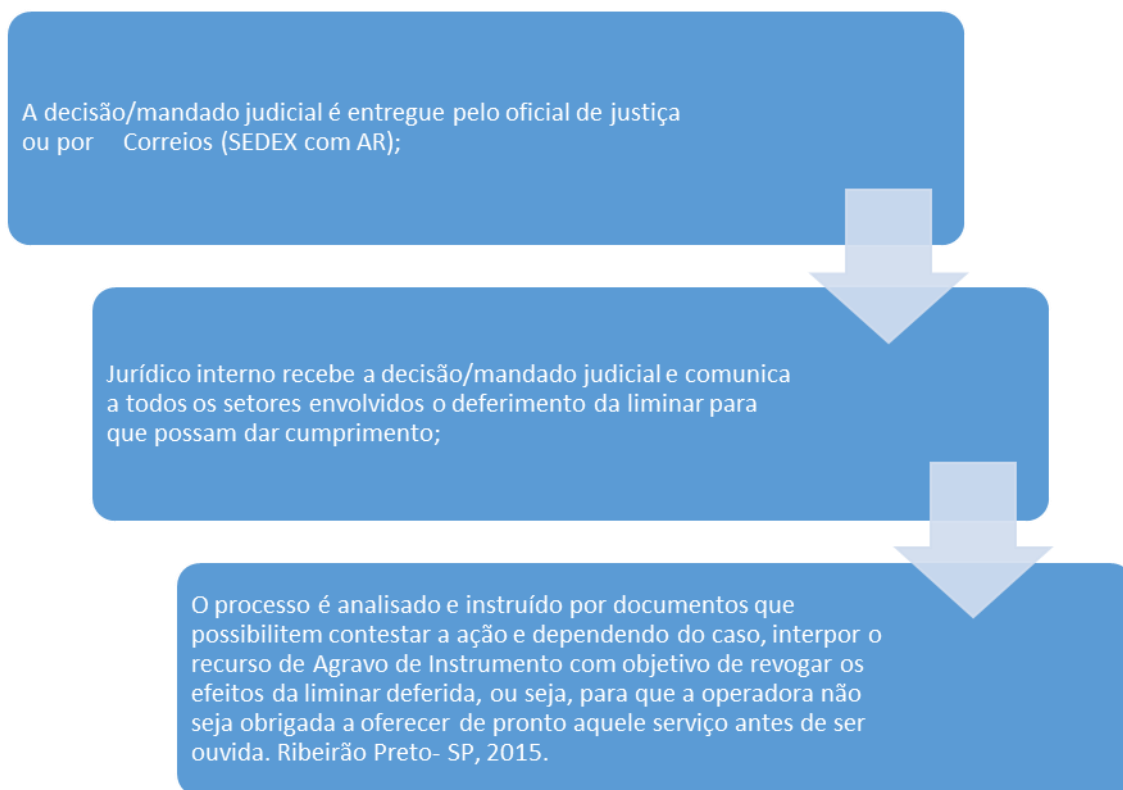


Figura 11 - Fluxo das ações judiciais na operadora

Em algumas situações, entretanto, é possível que anteriormente a decisão de contestar ou agravar, o advogado da operadora designado para trabalhar no processo, despache com juiz com objetivo de este reconsiderar sua decisão. Como por exemplo, em situações em que o autor da ação é beneficiário de outra operadora, há determinação para a manutenção de um ex-funcionário no plano da empresa e a empresa já não tem mais o plano com a operadora; ou ainda, quando existe a determinação para que o autor vá pra casa com serviços de Home Care, porém este ainda está internado sem condições de alta, etc.

No caso da negativa, os beneficiários são informados pelas atendentes da operadora de plano de saúde da mesma bem como do motivo respectivo, baseada na resolução ANS. Devidamente esclarecidas às dúvidas pelo atendimento da operadora,

em alguns casos os beneficiários também procuram o Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização (NURAF) da ANS que tem sede em Ribeirão Preto.

Há um Jurídico externos ainda, contrato com uma Empresa que dá respaldos em outras áreas mas também auxilia o Jurídico interno da operadora.

A pesquisa envolveu a análise das demandas judiciais ajuizadas e recebidas pela operadora de plano de saúde no período de 1º de junho de 2012 a 31 de junho de 2015, selecionado por conveniência, uma vez que a partir dessa data a empresa iniciou o processo de armazenamento e controle destes dados.

Procedimentos de Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada a partir das informações armazenadas pela Assessoria Jurídica da empresa, que dispõe de um sistema de arquivo digitalizado e documental. Foi construído um instrumento contendo as informações de interesse da investigação, a saber: dados de caracterização do paciente, composto de idade e sexo; dados de identificação do tipo de solicitação requerida (internações, medicamentos, procedimentos médicos específicos, materiais médico hospitalares, órteses e próteses, tratamentos sem cobertura pelo rol mínimo de procedimentos estipulado pela ANS, entre outros) e desfecho das liminares, cumprimento das ações e levantamento dos documentos para recurso junto ao judiciário.

A planilha fornecida pela operadora continha colunas identificando a data do recebimento da liminar, número do processo, nome do autor, nome do(s) réu (s), pedido, valor da causa. A essas informações foram acrescentadas outras extraídas do sistema interno da empresa contendo data de nascimento, sexo, município de residência, estado civil, tipo de plano, beneficiário ativo ou não.

Os dados socioeconômicos de beneficiários de outras operadoras que entraram com ações contra a Operadora estudada não puderam ser obtidos, pois a base de dados da natureza estudada fica a cargo da Operadora que tem a carteira do cliente e não constava na base de dados coletada.

3.3 Análise dos dados

A análise quantitativa dos dados obtidos foi realizada a partir da digitalização e armazenamento dos mesmos em banco de dados elaborados para a pesquisa. Utilizou-se para análise o programa EpiInfo, versão 6 , sendo os resultados apresentados em tabelas e gráficos.

3.4 Aspectos Éticos

Inicialmente realizou-se um contato formal da pesquisadora com a Diretoria Executiva e Assessoria Jurídica da empresa, para apresentação do estudo e solicitação de autorização para seu desenvolvimento. Após obtenção da aquiescência destas instâncias, que possibilitaram a viabilidade da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para apreciação e análise. Este estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e aprovado (CAAE 46577015.6.0000.5393).

As informações coletadas foram armazenadas e mantidas sob sigilo, resguardando o anonimato e o compromisso dos pesquisadores quanto a sua confidencialidade.

4 Resultados e Discussão

Os resultados obtidos referentes ao período de junho de 2012 a junho de 2015 foram de 158 ações judiciais recebidas pela operadora.

A distribuição destas liminares por ano em relação ao número de beneficiários contratados está apresentada na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição do número de ações judiciais no período segundo a população de beneficiários da operadora. Ribeirão Preto - SP, 2015.

Ano	Número de ações judiciais	População	%
2012 (período de junho a dezembro)	24	139.509	1,72%
2013	47	137.288	3,42%
2014	54	139.017	3,88%
2015 (período de janeiro a junho)	33	133.335	2,47%

Considerando a população de beneficiários da operadora em estudo, calculou-se o percentual representativo das ações judiciais catalogadas, segundo o ano. Há nos dados encontrados pequena variabilidade, considerando-se que o ano de 2012 refere-se a sete meses de análise. Destaque ao ano de 2015 que em seis meses já apresenta discreto aumento em relação aos períodos anteriores.

O aumento do número de liminares na saúde suplementar acompanha o comportamento identificado também em relação ao sistema público (OLIVEIRA, 2010; RODRIGUEZ, 2014).

Alves et al (2009) apontam que embora a regulação dos planos privados de saúde no Brasil deva ser visto como um grande avanço, resultado da mobilização da sociedade civil, do governo e do Poder Legislativo, a atuação do Estado no setor ainda é restrita, pois a complexidade do sistema de saúde brasileiro exige a formulação de diretrizes condizentes com a concepção de que a saúde é um bem de relevância pública.

A análise desses autores considera que um dos desafios que a ANS enfrenta é a resistência das operadoras de planos de saúde perante a legislação, ocasionando várias divergências e gerando, conseqüentemente, os conflitos judiciais.

Perfil do beneficiário solicitante

A caracterização do beneficiário que acessou o meio jurídico para obter liminares contra a operadora de saúde permitiu verificar que 88 usuários eram do sexo feminino e 60 do masculino.

Verificou-se uma diferença entre o número de ações judiciais (158) e o de beneficiários, resultante de oito beneficiários que demandaram mais de uma ação judicial contra a operadora (contabilizados apenas uma vez) e duas liminares se referiam a dois beneficiários juntos. Além disso, quatro casos se tratavam de ações judiciais de empresas ou associações e que, portanto se constituem numa ação conjunta com mais de um beneficiário.

Os dados relativos ao sexo apontam que 56,45% das ações judiciais foram movidas por beneficiários do sexo feminino, semelhantes aos de outras pesquisas que trouxeram tais informações e cujas ações referiam-se a fornecimento de medicamentos (MACHADO et al., 2011; CAMPOS NETO et al., 2012; SANTOS, 2014).

Rodriguez (2014) também obteve um predomínio do sexo feminino com relação a variável sexo entre os demandantes, com 59,3%, atribuindo às mulheres uma maior consciência em relação à saúde e uma maior disposição em procurar caminhos para sua efetivação.

Gomes e colaboradores (2014) analisaram os processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, no período de 1999 a 2009, e identificaram como perfil dos beneficiários, um predomínio de homens (54,1%), idade acima de 50 anos, aposentados e donas de casa.

Em relação à idade, esse dado foi possível de ser identificado em 124 liminares. Considerando que 28 ações referiam-se a outras Operadoras, a informação cadastral dos beneficiários está sob guarda da mesma, não estando disponível na base de dados da operadora estudada.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários que ajuizaram a ação segundo à faixa etária. Ribeirão Preto - SP, 2015.

Faixa etária (anos)	TOTAL DE USUÁRIOS	%
0-10	11	8,87
11-20	3	2,42
21-30	11	8,87
31-40	15	12,10
41-50	12	9,68
51-60	22	17,74
61-70	20	16,13
71-80	14	11,29
81-90	8	6,45
91-100	1	0,81
não mencionado	3	2,42
Não se aplica	4	3,23
TOTAL	124	100,00

À análise observou-se que a idade predominante dos beneficiários que entraram com as ações judiciais contra a operadora estava na faixa etária entre 51 e 60 anos. Cabe apontar que se considerada uma faixa etária mais larga (dos 31 aos 60 anos) tem-se 39,5% dos demandantes ali alocados, indicando um grupo etário ainda em atividade laboral para o qual se pode inferir que esteja buscando atendimento de suas demandas para recuperação da saúde.

Em relação ao estado civil dos usuários demandantes, identificou-se que 76 (61,3%) eram solteiros.

Quanto ao município de residência dos beneficiários requerentes, foi possível identificar 19 municípios que constavam nos dados cadastrais da operadora e se apresentam distribuídos abaixo:

Tabela 3 - Distribuição da quantidade de beneficiários segundo o município de residência. Ribeirão Preto - SP, 2015.

Município de Residência	Número de ações judiciais
Ribeirão Preto	79
Cravinhos	8
Serrana	5
Cajuru	3
Brodowski	3
Altinópolis	3
Jardinópolis	2
Guarujá	2
Araraquara	2
Serra Azul	1
São João da Boa Vista	1
Nuporanga	1
Tambaú	1
São Paulo	1
Duartina	1
Igarapava	1
Camaçari	1
São Joaquim da Barra	1
São José do Rio Preto	1
Não se aplica	4
Não informado	3
TOTAL	124

Um predomínio de moradores da cidade de Ribeirão Preto pode ser explicado pelo fato da operadora estar instalada nessa cidade e aqui ter a maioria da sua rede credenciada. Soma-se a isso o fato da cidade ser referência para realização de procedimentos complexos na região.

Bahia (2001) relata que mais de 60% dos planos registrados pela ANS restringem as coberturas para um único município (11%) ou a um grupo de cidades vizinhas (51%).

Gomes et al (2014) apontam que vários estudos realizados no país constataram um predomínio de pedidos de liminar nas capitais e grandes municípios. Em sua pesquisa concluíram que as demandas judiciais apresentadas

representaram 14% do Estado de Minas Gerais e 81% dos beneficiários demandantes eram residentes no mesmo município da comarca ajuizadas com a maior parte dos processos. E apontam para a importância de se analisar a demanda frente ao desempenho do serviço oferecido, dentro de um tempo considerado oportuno frente a uma emergente necessidade de saúde do usuário.

Ao se buscar a identificação das doenças que cometem os usuários demandantes, verificou-se uma lacuna importante nos arquivos da operadora, indicando ausência da informação relativa ao Código Internacional de Doenças (CID-10) na maior parte dos casos. Dessa forma, um dado relevante para esse estudo que poderia indicar as patologias que acometeram os usuários e demandaram as liminares não pode ser analisado.

Das 124 ações estudadas, em apenas 22 constou a informação explícita do CID da patologia do solicitante. E dessas, o CID 10C das neoplasias foi o que mais apareceu, em 9 casos.

Investigação realizada por Rodriguez (2014) que classificou os agravos mais comuns apresentados pelos demandantes contra a Gestão Pública de Saúde no município de Ribeirão Preto (SP) identificou como maior percentual os transtornos episódicos e paroxísticos, relacionados como epilepsia, distúrbios do sono, apneia do sono, doenças degenerativas do sistema nervoso (23,5%); as neoplasias corresponderam a 3,8 % dessa distribuição.

Com relação aos agravos que acometem os usuários pleiteantes das ações judiciais, Vieira e Zucchi (2007) indicaram maior frequência de diabetes mellitus em 37% dos casos no município de São Paulo. Pepe et al (2010) mostraram a predominância de doença hipertensiva com 11,3% dos casos no estado do Rio de Janeiro. Campos Neto et al (2012) e Machado et al (2011) obtiveram 23% e 38,4% respectivamente com casos de artrite reumatoide no estado de Minas Gerais.

Alves et al (2009) no estudo que analisou os recursos de decisões judiciais relacionados aos planos e seguros privados identificou que os temas avaliados nas decisões versando cobertura assistencial envolveram obesidade mórbida (11%) e tratamento para câncer (10,9%), dentre outros.

Gomes e colaboradores (2014) observaram que as doenças mais frequentes dos beneficiários reclamantes eram do aparelho circulatório (26,5%); sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15%); endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,9%); olhos e anexos (7,4%) e neoplasias (7,2%).

Rodriguez (2014) apresentou como hipótese em seu estudo que o conjunto distinto de demandas poderia ser atribuído às configurações diversas dos grupos de usuários dos serviços de saúde no que tange às suas características sociais, demográficas, econômicas e epidemiológicas.

Nessa direção, Gomes e colaboradores (2014) chamam a atenção para a transição epidemiológica, a carga de doenças e perfil da população que têm alterado a demanda pelos serviços de saúde, tornando-se imprescindível fortalecer as estratégias de utilização dos recursos.

SITUAÇÃO CONTRATUAL DOS DEMANDANTES COM A OPERADORA

Considerou-se pertinente verificar a relação existente entre os usuários e a operadora de plano de saúde investigada, uma vez que a análise sobre a pertinência das demandas judiciais deve incorporar uma avaliação da relação contratual existente entre as partes. Assim, inicialmente buscou-se informações relativas à modalidade do plano contratado, apresentado no Gráfico 1.

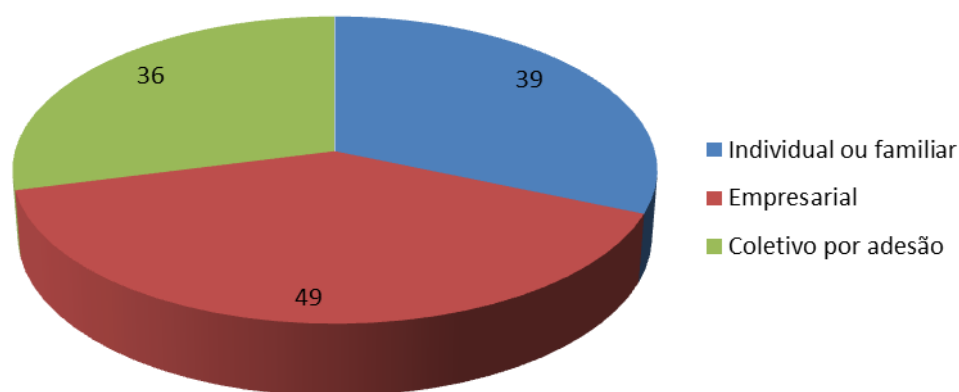


Gráfico 1 – Modalidade do plano contratado dos beneficiários que ajuizaram ações contra a operadora. Ribeirão Preto - SP, 2015.

Constatou-se a predominância de liminares pertencentes a modalidade de planos Empresariais (39,52%), seguida dos planos Individuais ou familiares (31,45%) e por último Plano Coletivo por adesão (29,03%).

Segundo Glossário da ANS (2016) o contrato de plano privado de assistência à saúde é um instrumento jurídico que registra o acordo firmado entre uma pessoa física ou jurídica com uma operadora de plano privado, para garantir a assistência à saúde. Os tipos de contrato disponíveis são o coletivo e o individual, definidos abaixo:

- **Contrato de plano de saúde coletivo:** instrumento jurídico firmado legalmente por pessoa jurídica para a assistência à saúde de contratação coletiva oferecida por operadora de plano privado de assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, ou vinculada a uma pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.

Este tipo de plano pode ser ainda subdividido em **empresarial** ou **por adesão**.

O contrato de plano de saúde coletivo **empresarial** oferece cobertura à população delimitada e a ela vinculada por relação empregatícia ou estatutária. O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente, os sócios da pessoa jurídica contratante, os administradores da pessoa jurídica contratante; os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante (ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998); os agentes políticos, os trabalhadores temporários; os estagiários e os menores aprendizes; e o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos anteriores.

Já o contrato coletivo **por adesão** é firmado também por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, que oferece cobertura da atenção à população que mantenha vínculo. Essa pessoa jurídica deve se enquadrar nas seguintes categorias: conselho profissional e entidade de classe (necessário o registro para exercício da profissão); sindicato, central sindical e respectivas federações e confederações; associação profissional legalmente constituída; cooperativa que congregue membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; caixa de assistência e fundação de direito privado que se

enquadrem nas disposições da Resolução Normativa ANS nº 195, de 14 de julho de 2009; entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

- **Contrato de plano de saúde individual e familiar:** instrumento jurídico firmado legalmente entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa física para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar.

Dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS de 2016 apontam atualmente uma distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde, por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial médica do plano, na qual 66,4% são planos coletivos empresariais, 19,6% são do plano individual ou familiar e 13,4% coletivo por adesão.

O Relatório de Gestão da ANS de 2015 descreve como uma das principais mudanças ocorridas recentemente nesse cenário, a alta sinistralidade das operadoras do segmento médico-hospitalar e a restrição ao acesso em decorrência de redução da oferta de planos individuais, por parte das grandes operadoras, afetando principalmente os idosos.

É interessante verificar que embora deva ser considerada a relevância fundamentada da demanda judicial, sua análise não prescinde do conhecimento a respeito da legislação vigente em relação ao rol de cobertura previsto pelo tipo de contrato vigente.

As publicações sobre o assunto apontam que as ações individuais têm prevalecido uma vez que o requerente busca a Justiça no limite da sua necessidade. Alves e colaboradores (2009) ao analisarem recursos de decisões judiciais relacionados aos planos e seguros privados de saúde nos Tribunais de Justiça dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro identificaram apenas 2 ações coletivas em 611 recursos. Consideraram que a propositura de ações por associações é pouco conhecida pela população brasileira, há um número reduzido de organizações que atuam judicialmente no país, além do fato de que uma ação individual pode ser mais rápida para ser julgada.

Outro aspecto analisado nesse tópico refere-se à relação das ações judiciais dos beneficiários aos planos de saúde, regulamentados ou não pela Lei 9656/98, dispositivo legal nas decisões da Justiça que regulamenta a oferta de serviços na relação de mercado entre operadora e consumidores.

Os planos regulamentados são aqueles contratualizados e apresentam uma lista de procedimentos (Rol de procedimentos) que deve ter cobertura garantida pelos planos, segundo orientação da ANS. Já os planos não regulamentados, anteriores a esse processo legal, seguem o que está descrito e especificado em contrato.

Em relação a este quesito, os dados evidenciaram que as demandas judiciais, em sua maioria (114) referiram-se a planos regulamentados, que possuem regras bem estabelecidas com objetivo exatamente de minimizar ocorrências dessa natureza.

Um dos maiores desafios que vem sendo enfrentados pelo segmento de saúde suplementar refere-se à manutenção do estado de atividade dos beneficiários que garante também a saúde financeira das empresas, conforme discutido anteriormente. Nesse estudo verificamos que dos 124 demandantes das ações judiciais, 89 encontravam-se ativos junto à operadora e 37 estavam excluídos, dos quais 6 beneficiários ocorreram por motivo de óbito. Não foi possível obter informações nos documentos disponibilizados pela Operadora e analisados nessa pesquisa, que permitissem identificar as razões da exclusão nos demais usuários.

Nesta direção cabe ressaltar que o Relatório de Gestão da ANS de 2015 aponta como uma das ameaças no ambiente da saúde suplementar a necessidade de mediação entre a oferta e a demanda dos serviços de modo a garantir os contratos para gestão do sistema. As condições socioeconômicas atuais dos usuários tem sido um dos motivos identificados para a manutenção da atividade de vigência dos contratos, que sem possibilidade de assegurar o pagamento, acabam migrando para o sistema público de saúde, que acolhe as mais diferentes demandas.

Análise do Impacto Financeiro das demandas para a Operadora

Embora estivesse no escopo da presente investigação, não foi disponibilizado pela entidade em estudo os valores financeiros relativos às ações para se pudesse realizar uma análise desse balanço nas receitas operacionais. Informações não documentais fornecidas apontam que se verificou um crescente aumento dos gastos com a judicialização da saúde, que chegou a um valor superior a cinco milhões de reais no ano de 2015. Somente a partir de 2012, quando então

se tomou conhecimento da grandeza do impacto econômico gerado nos balanços finais da empresa é que a mesma decidiu pela inserção em seu orçamento anual.

A literatura sobre o tema já apresenta a preocupação dos gestores que tem buscado formas de minimizar o impacto econômico da judicialização e uma saída tem sido inseri-la já na programação de gastos da empresa.

Oliveira (2010) analisou uma entidade de autogestão quanto à evolução no tempo da quantidade de ações que motivaram reclamações judiciais relacionadas a coberturas assistenciais de 1998 a 2009. Os resultados em relação ao impacto econômico-financeiro provocado pelas ações, que a princípio era 1% e denotava pequena grandeza, foi constatado que, comparados os valores provisionados em 2009 com o resultado operacional da Autogestão no mesmo ano, os valores que a empresa previu gastar com as ações significaram importantes 32% do resultado operacional do exercício. Frente a isso, foi possível concluir que foi significativa para essa empresa do ponto de vista do custo da estrutura administrativa (por conta do volume de ações) e em relação ao resultado econômico (praticamente 1/3 do resultado do exercício).

Tal cenário tem motivado muitas iniciativas com objetivo de equacionar esse movimento, de modo sustentável. Nessa direção, notícia veiculada no site da Agência Nacional de Saúde em junho de 2016 informa a respeito de uma reunião realizada entre Ministério da Saúde e ANS com objetivo de discutir a ampliação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATs), com expansão em todo o território nacional. Esses núcleos, formados por especialistas, devem subsidiar os magistrados nas decisões relacionadas ao direito à saúde. O objetivo é oferecer apoio técnico especializado nas demandas judiciais que envolvam a assistência à saúde, agir na prevenção ao ingresso de processos judiciais pela solução administrativa dos conflitos, e mapear os pleitos mais comuns para um andamento mais ágil de todos os processos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

A notícia ainda esclarece que a proposta envolve a estruturação dos NATs a partir da academia, utilizando-se da medicina baseada em evidências. Instituições de relevância fariam a uniformização do acervo, como o Instituto Cochrane, e a ideia seria disponibilizar o material em plataforma online para as instâncias do judiciário. Atualmente, existem 78 NATs distribuídos em 19 dos 27 tribunais.

Dados do Ministério da Saúde informam que desde 2010 houve um aumento de 727% nos gastos da União com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. De 2010 até maio de 2016, os custos totalizaram R\$ 3,9 bilhões com o cumprimento das sentenças. Só neste ano já foram desembolsados R\$ 686,4 milhões (AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Assim como na esfera do sistema público de saúde, as operadoras de planos de saúde também são obrigadas a cumprir sentenças judiciais, mesmo em casos não previstos no Rol de Procedimentos da ANS. Há um entendimento de que tanto na defesa do interesse público, no caso do SUS, quanto no amparo do interesse de uma coletividade, como é o caso dos planos de saúde, utilizar o orçamento de forma equivocada pode prejudicar todo o sistema e, por consequência, trazer danos aos próprios beneficiários (AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

Cabe ressaltar uma questão de premência imposta pela Justiça no que tange as liminares impetradas contra a Operadora de Plano de Saúde, na qual uma vez notificada, a empresa tem um prazo máximo de 24 horas para efetivar seu cumprimento, com o risco de pagamento de multas diárias pelo não atendimento.

Este pagamento é um dispêndio não previsto nos gastos da Operadora estudada e impacta no orçamento no final de cada mês.

Ações judiciais demandadas pelos beneficiários

Os objetos das ações judiciais, ou seja, os motivos pelas quais as pessoas buscaram a justiça a fim de obter a cobertura negada pela operadora foram identificados e agrupados por similaridade, sendo as 158 ações classificadas em dois grandes grupos: **ações relacionadas a coberturas assistenciais**, que envolveram procedimentos médicos, tratamentos, exames, medicamentos, home care/internação domiciliar, outros tipos de internações; e **ações de outra natureza**, referentes a liminares de outras operadoras para cumprimento da operadora estudada, manutenção do plano de saúde, reajustes, perícia médica, retirada do nome do Serasa, isenção de carências e outros motivos.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição numérica das ações segundo o tipo, identificada na base de dados do estudo e em seguida serão discutidas separadamente de acordo com os grupos estabelecidos.

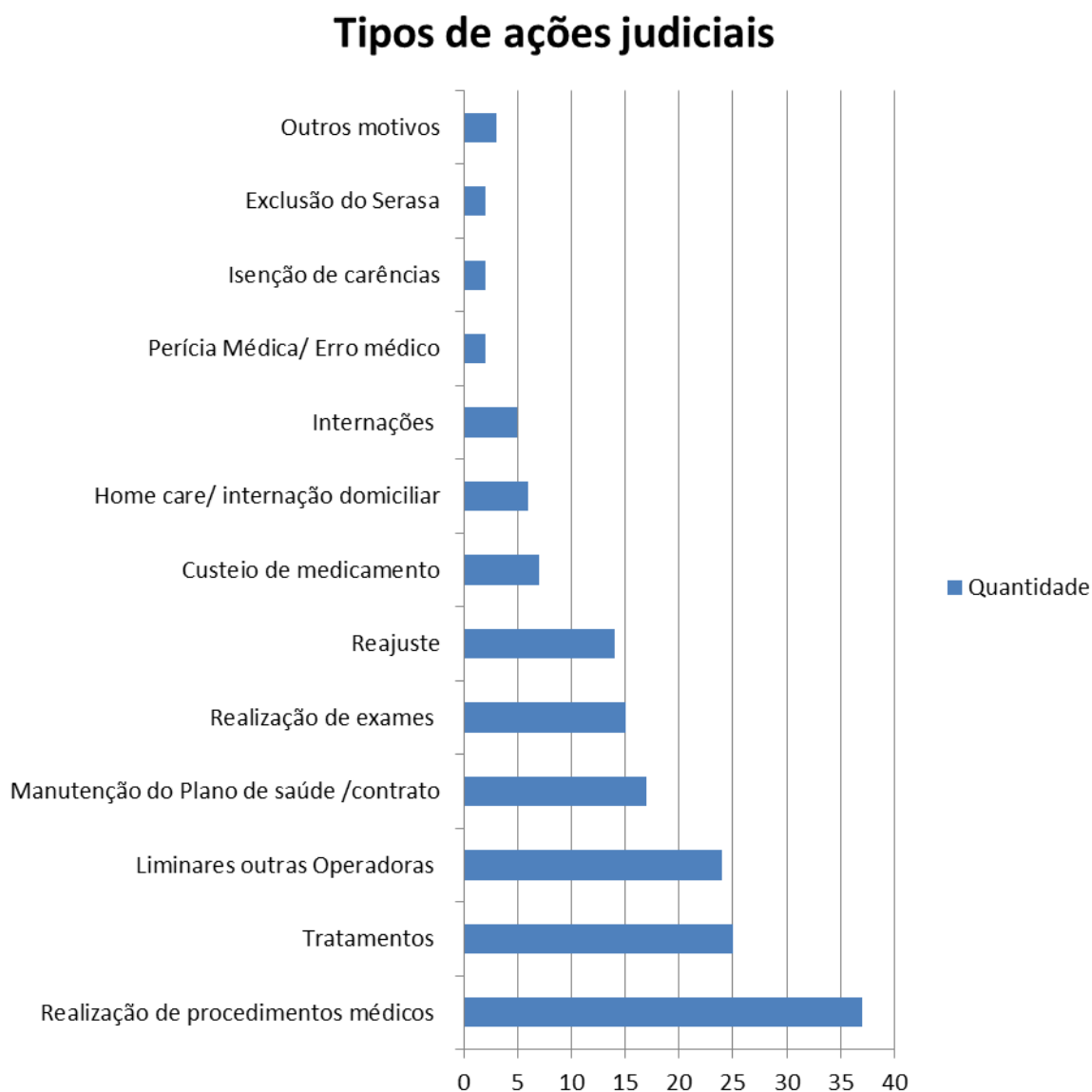


Gráfico 2 – Distribuição numérica das ações ajuizadas segundo o tipo. Ribeirão Preto - SP, 2015.

GRUPO 1 - Ações judiciais relacionadas a coberturas assistenciais

As ações que merecem uma análise detalhada totalizaram 90, sendo o agrupamento com maior demanda judicial, respondendo por 57% dessas.

Oliveira (2010) comenta que embora trabalhos relacionados à judicialização no setor público, particularmente no Sistema Único de Saúde (SUS), têm identificado que a demanda mais importante tem sido por medicamentos, porém em seu estudo numa entidade de autogestão, verificou que o maior percentual se situou na cobertura por procedimentos médicos, respondendo por 31,4% das demandas.

Gomes et al (2014) classificaram os procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados e num total de 633 ações, e os mais solicitados referiram-se aos procedimentos cirúrgicos (37,2%) e procedimentos com finalidade diagnóstica, envolvendo tecnologia avançada (26,6%).

Na presente investigação serão abordados para fins de discussão, aqueles que encabeçaram a lista em cada tópico agrupado.

SUB-GRUPO - Ações para realização de Procedimentos Médicos

O maior percentual levantado foi em relação à realização de procedimentos médicos (23,42% das ações judiciais).

Segue abaixo tabela com os motivos de procedimentos médicos encontrados nas ações judiciais.

Tabela 4 - Procedimentos médicos requisitados judicialmente x quantidade de ações. Ribeirão Preto - SP, 2015.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	QUANTIDADE	%
Rizotomia Percutânea	10	27,03
Procedimentos não identificados*	5	13,5
Crioablação	2	5,41
Cirurgia Bariátrica	2	5,41
Cirurgia para colocação de prótese auditiva tipo BAHA	2	5,41
Correção endovascular + colocação de Stent	2	5,41
Cirurgia de retirada de tumor	2	5,41
Radiofrequência de rim transplantado	1	2,70
Artrodese	1	2,70
Descompressão e artrodese com técnica minimamente invasiva	1	2,70
Laserterapia	1	2,70
Cirurgia e curativo com pressão negativa	1	2,70
Cirurgia com neuronavegador	1	2,70
Revascularização	1	2,70
Sequenciamento de exoma	1	2,70
Cirurgia + colocação de OPME	1	2,70
Cross link de colágeno de córnea	1	2,70
Implante de cateter valvar	1	2,70
Implante Valvar Aórtico Transcatéter (TAVI)	1	2,70
TOTAL	37	100

A solicitação para realização de **Rizotomia percutânea** respondeu por 27% das ações judiciais. Trata-se de uma técnica minimamente invasiva em que se empregam ondas de radiofrequência para o tratamento da articulação dolorosa da coluna.

Estatisticamente as dores lombares são as principais causas de incapacidade, acometendo igualmente homens e mulheres, o pico de incidência apresenta-se entre 30 a 55 anos sendo a principal causa de afastamento do trabalho. Estudos indicam que 100% da população adulta terá um episódio de dor lombar aguda; que 70% dos casos evoluirá para a cura com retorno às atividades normais após 4 semanas do primeiro episódio, independentemente do tratamento a que foi submetido; 30% podem evoluir com quadro de reagudização e 5 a 8% poderão evoluir para a síndrome incapacitante de dor lombar. Outros autores constataam situações semelhantes, estimando que 70 a 80% dos adultos apresentará

episódios de lombalgia no decorrer da vida, afetando sua participação social, produção laboral e satisfação pessoal (TSUKIMOTO,2006).

Particularmente a dor lombar constitui uma causa frequente de morbidade e incapacidade, sendo sobrepujada apenas pela cefaleia na escala dos distúrbios dolorosos que afetam o indivíduo. No entanto, quando do atendimento primário por médicos não especialistas, para apenas 15% das lombalgias e lombocitalgias, se encontra uma causa específica. Inúmeras circunstâncias contribuem para o desencadeamento e cronificação das síndromes dolorosas lombares (algumas sem nítida comprovação de relação causal): tais como psicossociais, insatisfação laboral, obesidade, hábito de fumar, grau de escolaridade, tipo de atividades, sedentarismo, síndromes depressivas, fatores genéticos e antropológicos, hábitos posturais, alterações climáticas. Condições emocionais podem levar à dor lombar ou agravar queixas resultantes de outras causas orgânicas preexistentes (BRAZIL et al, 2009).

A dor crônica da coluna vertebral incapacita enormemente a qualidade de vida de seus portadores. Quando há refratariedade aos tratamentos clínicos e de reabilitação, métodos cirúrgicos se fazem necessário. A rizotomia facetaria por radiofrequência percutânea, proposta por Shealy em 1975, tem sido um método largamente empregado, com sucesso na literatura mundial. A técnica consiste na introdução de uma agulha na região dorsal do paciente sob controle radiográfico, posicionando a ponta da agulha nas articulações facetárias da coluna lombar. As estruturas sensitivas facetárias da coluna são lesadas por radiofrequência e assim, é obtido um efetivo controle da dor de forma minimamente invasiva. Existe evidência sobre a efetividade desta técnica no alívio da dor mecânica crônica, especialmente no alívio a curto prazo. Entretanto, a eficácia depende de um diagnóstico correto e posicionamento adequado do eletrodo. Trata-se de um método com alta efetividade, baixíssimo índice de complicações e com a necessidade de apenas poucas horas de permanência hospitalar. (TOLEDO et al, 2011).

A incorporação dessa técnica ao Rol de Procedimentos da ANS ocorreu a partir de janeiro de 2014 e tem sua diretriz regulamentada quanto à situação de cobertura aos beneficiários conforme descrito a seguir:

- Rizotomia Percutânea com ou sem radiofrequência tem cobertura obrigatória para pacientes com dor facetaria (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia), quando forem preenchidos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II

Grupo I: limitação das atividades da vida diária (AVDs) por pelo menos seis semanas; redução de >50% da dor referida medida após infiltração facetária utilizando anestésico local; falha no tratamento conservador adequado.

Grupo II: cirurgia espinhal prévia no segmento analisado; hérnia discal; sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicos; pacientes com espasticidade focal, intensa e com sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico; pacientes portadores de nevralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico por no mínimo 3 meses.

É possível se afirmar que as consequências da dor na coluna, com maior prevalência da dor lombar, são extensas, envolvendo o indivíduo e a família em razão do sofrimento, incapacidade e custo social.

Nas últimas décadas, fatores estressantes relacionados a estilo de vida, atividade laboral, violência urbana, acúmulo de atividades, resultaram num aumento da procura de tratamento para dores lombares crônicas. Certamente há necessidade de se considerar que a utilização indiscriminada de procedimentos e condutas terapêuticas muitas vezes, sem orientação médica e acompanhamento de profissionais adequados, aumentam os gastos que envolvem essa doença.

Dada a relevância da questão, seja pelo número de pessoas atingidas, seja pelas consequências sociais, econômicas e familiares por ela causadas, estratégias de tratamento devem ser desenvolvidas com intuito de minimizar seus efeitos.

No rol dos procedimentos médicos, constam em segundo lugar os **procedimentos não identificados**. Embora não haja descrição no texto da ação foi possível relacionar como causa dessas ações a realização de procedimentos em hospitais não credenciados, com corpo médico não credenciado e em outras cidades, fora da área de abrangência.

Embora os beneficiários tenham conhecimento a respeito da rede credenciada pela Operadora do Plano de Saúde, opta por buscar atendimento médico fora dessa rede ou em instituições hospitalares de grandes centros urbanos. Posteriormente acionam a Justiça reivindicando o ressarcimento financeiro. Ocorre que uma vez pactuado, os procedimentos tem um valor estabelecido, de modo a garantir o controle de custos e gastos. Situações dessa ordem acabam gerando uma

conta hospitalar com valores específicos, muitas vezes acima do previsto, que a Operadora precisa arcar com seu pagamento, enquanto aguarda a decisão final do Poder Judiciário.

Outra situação vigente refere-se ao fato do beneficiário ter conhecimento da rede credenciada, mas faz uso de uma rede particular e quando da solicitação do reembolso das despesas pela Operadora verifica que o valor a ser devolvido é bem inferior ao valor pago. Nessas circunstâncias ele pleiteia na justiça o reembolso total das despesas.

Cabe ressaltar ainda que tais situações, não previstas no planejamento de gastos da operadora, acabam por impactar na saúde financeira da empresa, pois não está autorizado o repasse para as mensalidades, uma vez que as regras de reajustes seguem as orientações da ANS, baseadas na análise dos gastos anuais da Operadora.

Destaque deve se dar a solicitação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), inclusos neste agrupamento. A discussão gira em torno das tecnologias prescritas e a comprovação de custo-efetividade, entre outros aspectos. A variedade e as possibilidades de emprego de órteses e próteses na medicina vêm experimentando grande e contínuo crescimento, sendo numerosas as especialidades que hoje fazem uso das mesmas.

Alves et al (2009) verificaram que dentre as principais negações dos planos e seguros privados de saúde dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, as próteses e outros materiais representaram 20,1%.

Marques Filho (2010) num artigo de revisão sobre a dimensão bioética dos conflitos de interesses na relação entre médico e indústria, aponta que, na assistência à saúde, tem sido imperativo o controle de custos. Porém há a necessidade de fornecer cuidados adequados, não permitindo que o nível de tratamento diminua, a fim de se obter lucros econômicos. É alerta para uma prática existente nos meios de comunicação, financiada por agentes econômicos interessados na produção e comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos e material médico-hospitalar, na qual se criam expectativas exageradas, gerando um consumismo indiscriminado na área da saúde.

Há de se preservar o compromisso e o processo de tomada de decisões dos profissionais baseado em previsões legais, mas também norteados pelos princípios éticos e de consciência, promovendo o melhor interesse do paciente,

SUB-GRUPO - Ações para realização de tratamentos

Foi estudado nos objetos das ações judiciais um grupo denominado Tratamentos. Neste grupo foram colocadas as terapias solicitadas que geraram ações judiciais.

Este grupo foi estudado a parte pois muitas destas terapias tem custo elevado e características específicas para realização, como são os casos das quimioterapias e radioterapias.

Abaixo segue tabela com os objetos das ações para realização de tratamentos por quantidade:

Tabela 5 - Distribuições do número de solicitações de ações segundo tratamento solicitado. Ribeirão Preto - SP, 2015.

TRATAMENTOS SOLICITADOS	QUANTIDADE
Quimioterapia	11
Radioterapia de intensidade modulada (IMRT)	7
Injeção intra vítrea de córnea	3
Método de Fisioterapia Therasuit	1
Quimioterapia e radioterapia	1
Tratamento psicológico	1
Radioterapia conformacional	1
TOTAL	25

Os tratamentos quimioterápicos foram os mais requisitados judicialmente neste grupo (44%). Optou-se por agrupar nesse tópico aquelas liminares cujas razões apresentadas pelos beneficiários, em sua maior parte, referiram-se a opção por realizar o tratamento em um serviço não credenciado, na cidade de São Paulo. Além dessas, verificou-se a ocorrência de beneficiários com planos não regulamentados para esse tipo de tratamento, mas que necessitaram do mesmo e pleitearam pelo atendimento.

Uma reflexão a respeito desse item deve ser feita quanto ao desejo do beneficiário para realização do atendimento num serviço especializado reconhecido como um centro de excelência para tratamento da doença que o acomete. O fato a se destacar, nesse caso, a exemplo do que discute Gomes e colaboradores (2014), é

que a judicialização passa a “funcionar” como via de acesso, evidenciando necessidades individuais bastante recortadas.

Outro aspecto, relativo ao “não direito” do benefício, limitado pelas cláusulas contratuais, acende a discussão em torno dos consumidores que não puderam ou não estavam dispostos a pagar os preços estabelecidos pelas empresas de planos de saúde para obtenção das coberturas devidas e que na situação do adoecimento, recorrem ao Poder Judiciário para reivindicar acesso à assistência à saúde.

A radioterapia de intensidade modulada (IMRT) foi o segundo objeto mais requisitado nas ações judiciais (28%) nesse subgrupo e pode-se identificar que 100% das solicitações concedidas por meio das liminares referiam-se a utilização desse tipo de tratamento a outras regiões do corpo, fora da indicação de uso estabelecida nas diretrizes da ANS.

Tal entidade, em seu Informe Avaliação de Tecnologia em Saúde, publicado em setembro de 2009, descreve:

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias, considerando os seguintes aspectos: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e equidade, além de impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na sua utilização..... A ATS tem por objetivo prover informação para a tomada de decisão nas políticas e práticas em saúde.

Tal definição norteia a incorporação das tecnologias em saúde pelo Ministério da Saúde, com intuito de identificar quais produzem melhores resultados clínicos.

A Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT) é uma forma de radioterapia externa desenvolvida no final dos anos 90 que permite a conformação da radiação para o contorno da área alvo e utiliza múltiplos feixes de radiação angulares e de intensidades não-uniformes, o que a diferencia da Radioterapia Conformacional Tridimensional. Busca-se, com a IMRT, utilizar alta dose de radiação no tumor alvo, enquanto se espera diminuir a exposição à radiação dos tecidos normais circundantes com a redução da toxicidade ao tratamento (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Tal procedimento foi incorporado pela ANS no Rol de Procedimentos autorizados pela RN nº 338/2013. Posteriormente foi referendada e consta listado no Anexo I da RN nº 387 de 2015, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como

procedimento radioterápico somente no tratamento de tumores da região da cabeça e pescoço.

Oliveira e colaboradores (2010) que analisaram as principais características clínicas de pacientes que realizaram IMRT de um hospital público e de ensino, destacam que apesar do SUS não contemplar o repasse orçamentário pelo procedimento, tal técnica destaca-se como um dos mais importantes avanços da radioterapia de alta tecnologia desde o advento do acelerador linear clínico, por aperfeiçoar a administração da dose de radiação em volumes alvos (região do tratamento) e reduzir a toxicidade nos tecidos normais adjacentes. Destacam ainda que esta técnica pode ser utilizada para tratamento de diferentes tipos de neoplasias, como em cabeça e pescoço, próstata, mama, cerebral e estômago, tanto de forma curativa como paliativa, em que se demonstrou reduzir as toxicidades agudas e crônicas e melhorou o controle local dos tumores. Concluem que em razão das restrições de acesso, as indicações de IMRT devem ser apoiadas em protocolos clínicos, com especial atenção à redução da toxicidade.

Nessa direção, em 2009 o informe ANS teve por objetivo os benefícios clínicos da IMRT no tratamento do Câncer de Próstata comparados aos da Radioterapia Conformacional Tridimensional (3D-RCT), tanto em relação ao aumento de sobrevida como em relação à redução dos efeitos adversos, a partir da síntese das informações disponíveis nas revisões sistemáticas (RS) e relatórios de agências de avaliação de tecnologias. Embora tenha sido possível identificar nos estudos primários analisados, com desenho adequado e boa qualidade metodológica, uma redução dos efeitos tóxicos gastrointestinais, não há evidência disponível sobre diferenças na efetividade clínica, mudança na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Há, portanto que se considerar que para a incorporação de outras tecnologias no tratamento do câncer, ainda são necessários estudos que possibilitem resultados mais consistentes e que apresentem uma melhor evidência, identificando e avaliando criticamente o impacto clínico (eficácia/efetividade e segurança).

Nos casos analisados na presente investigação identificou-se que o Poder Judiciário concedeu às liminares para tratamentos, fora das diretrizes da ANS, apesar dos estudos realizados a respeito da utilização da IMRT como uma técnica empregada na atenção oncológica.

SUB-GRUPO - Ações judiciais para realização de exames

Os pedidos de cobertura de exames corresponderam a 8,9% das ações judiciais. As principais solicitações deste sub-grupo foram: PET Scan (7 casos), Tomografia de Coerência Óptica (OCT) (2), radiofrequência plexocelíaco (1), Fator V de Leiden e mutação da Protrombina (1), Dosagem hormonal de ultrassonografia de fígado (1), ressonância magnética neuroeixo (1) e sem especificação do exame (1).

A PET (*Positron Emission Tomography*) é uma modalidade diagnóstica funcional não invasiva, que utiliza radiofármacos para medir os processos bioquímicos tissulares (dos tecidos orgânicos). Como outras técnicas de medicina nuclear, a PET é uma técnica de emissão, sendo necessária a administração de moléculas radioativas e o posterior mapeamento de sua posição. O exame demarca a doença em termos de uma química regional quantitativamente anormal; é capaz de medir a atividade metabólica das células corporais, permite a investigação da perfusão, dos caminhos metabólicos e dos processos biomoleculares em estados normais e patológicos. A PET SCAN une os recursos da Medicina Nuclear e da Radiologia, uma vez que sobrepõe imagens metabólicas às imagens anatômicas, produzindo assim um terceiro tipo de imagem. As denominações PET-SCAN e PET-CT possuem o mesmo significado (OLIVEIRA, 2010).

Sistemas de imagem PET são equipamentos complexos e de custo muito elevado. Para realização do exame, é necessário um aparelho de imagem (cíclotron), usado para aceleração de partículas eletrizadas, e uma unidade de radioquímica (química dos elementos radioativos), para produzir os isótopos utilizados no procedimento (OLIVEIRA; FORTES, 2013).

Oliveira (2010) afirma que as aplicações clínicas concentram-se em três áreas: oncologia, cardiologia e distúrbios neuropsiquiátricos. E descreve a indicação dessa tecnologia em relação ao auxílio no tratamento clínico:

Os benefícios das imagens de PET em oncologia referem-se a: provisão da mesma informação diagnóstica para estadiamento e avaliação de recidivas a um custo menor; provisão de informações mais acuradas, de forma a melhorar o processo de estadiamento, em particular pela redução no número e extensão de procedimentos cirúrgicos, quando se demonstra que a doença está mais disseminada que o esperado; possibilidade de predição precoce da resposta da doença à quimioterapia, com melhores resultados e redução do custo com tratamentos desnecessários.

Em cardiologia a aplicação inclui: avaliação da viabilidade miocárdica, em doentes com doença coronariana com disfunção cardíaca, permitindo melhor seleção dos pacientes para processos de revascularização e evita angiografias, angioplastias e by-pass em pacientes que não se beneficiariam com esses procedimentos; diagnóstico de doença coronariana nos casos com outras investigações inconclusivas.

Nas desordens neuropsiquiátricas seria: avaliação pré-cirúrgica de epilepsia, com localização não invasiva de focos em pacientes com epilepsia parcial; biópsia guiada em tumores cerebrais; avaliação de tumores cerebrais primários; diagnóstico de demência; seleção de pacientes com Acidente Vascular Cerebral para tratamento cirúrgico. É considerado ainda investigacional para Doença de Alzheimer, demência, Doença de Parkinson e Doença de Huntington.

Para o Rol de procedimentos da ANS vigente em 2012, de acordo com a Resolução Normativa 262/11, o procedimento Pet SCAN tinha indicações específicas que foram atualizadas em 2014 na RN 338/2013 e atualmente apresenta a seguinte conformidade:

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: caracterização das lesões; estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância; detecção de recorrências.
2. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: estadiamento primário; avaliação da resposta terapêutica; monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.
3. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: câncer recidivado potencialmente ressecável; CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional; recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.
4. Cobertura obrigatória para avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios: ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas; nódulo maior que um centímetro; não espiculados; sem calcificações.

5. Cobertura obrigatória para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.
6. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido: presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão; quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.
7. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido: no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores; para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).
8. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).

Na presente investigação constatou-se que 100% das negativas da Operadora em relação à realização do exame de PET SCAN se deram em razão da não conformidade com o Rol de procedimentos da ANS à época das solicitações. A solicitação médica para o mesmo foi considerada pelo Judiciário como decisiva, o que justificaria sua realização e custeio pela Operadora. Isso implica num ônus para a empresa, o que indicaria a necessidade de revisão da cobertura de exames nos contratos.

Embora o PET SCAN já não seja uma tecnologia tão nova e vários estudos estejam sendo realizados para justificar ou ampliar sua utilização em áreas e patologias diversas há de se considerar as indicações restritas estabelecidas pela

ANS. Certamente pesam nessa decisão questões relativas à incorporação das tecnologias em saúde, onde os estudos de referência que demandam tempo e metodologia consistente são produzidos em uma velocidade mais lenta do que a utilização efetiva pela comunidade médica, gerando conflitos (OLIVEIRA, 2010).

SUB-GRUPO - Ações para custeio de medicamentos

Na presente pesquisa identificou-se que as demandas judiciais para fornecimento de medicamentos referiam-se a nove itens, dos quais sete não compunham a relação de medicamentos registrados pela ANVISA, na data da liminar. Dada a existência da mesma para atendimento, a Operadora necessitou realizar a importação das medicações e ainda se responsabilizar pela sua administração aos solicitantes.

Dos medicamentos requisitados, cinco se tratavam de anti-neoplásicos, a saber:

- ENZALUTAMINA – indicação para tratamento de câncer de próstata;
- REVLIMID – indicação para tratamento de mieloma múltiplo;
- BRENTUXIMAB VEDOTIN – indicado para o tratamento de linfoma Hodgkin;
- EVEROLIMUS – indicado para o tratamento de câncer de mama, pâncreas, pulmão e intestino;
- SPRYCELLI – indicado para o tratamento de leucemia mielóide crônica.

E ainda quatro novos medicamentos para o tratamento de Hepatite C: SOLVADI (SOFOSBURIR), DACLASTAVIR, SIMEPREVIR, RIBAVIRINA.

A judicialização da assistência farmacêutica vem crescendo no país e obrigando os gestores a buscar o difícil equilíbrio entre demandas individuais e coletivas. Além do aspecto da legitimidade do atendimento dessas demandas, que podem impactar financeiramente na assistência à população usuária, aspectos relativos à segurança do uso do medicamento devem ser observados com cautela.

Rodriguez (2014) também identificou em seu estudo que os medicamentos figuraram entre os itens mais pleiteados nas demandas, com 29,6% das solicitações. A autora destaca que em vários estudos esse item tem sido apontado como os principais bens requeridos individualmente (BELLATO et al, 2012; MACHADO et

al,2011; PEPE et al, 2010). E que em outras investigações é um tipo de demanda atual e frequente (CAMPOS NETO et al,2012; PEREIRA et al,2010).

Campos Neto et al (2012) apontam para a questão dos altos custos dos novos medicamentos e o impacto financeiro gerado pela assistência farmacêutica. Comenta que segundo Vidotti et al (2008) dos 109 medicamentos registrados na ANVISA entre 2000 e 2004, aproximadamente 40% não apresentavam inovação em relação aos medicamentos disponíveis, segundo classificação do Food and Drug Administration (FDA). E nenhum deles estava incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), portanto não satisfazendo as necessidades prioritárias de saúde da população, segundo definição da OMS.

Esses autores realizaram uma investigação com foco nas relações entre médico prescritor, advogado e indústria farmacêutica em ações judiciais contra o Estado de Minas Gerais, no período 1999 a 2009. Foram analisadas 2412 ações referentes a 2880 medicamentos com 18 fármacos diferentes, sendo que dentre esses, 12 eram fornecidos pelas políticas de assistência farmacêutica do SUS. As principais doenças dos beneficiários eram artrite reumatoide, espondilite anquilosante, diabetes mellitus e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Houve predomínio de representação por advogados particulares e atendimento por médicos do setor privado.

Oliveira (2010) encontrou uma lista com 27 diferentes medicamentos cuja cobertura foi reclamada pelos beneficiários de uma entidade de autogestão, com destaque para BEVACIZUMABE (quimioterápico para tratamento de carcinoma metastático de cólon e reto), RIBAVIRINA, THYROGEN (tratamento coadjuvante de câncer de tireoide) e CAPECITABINA (tratamento de câncer metastático de mama). Argumenta que no Brasil, os medicamentos só são cobertos pelos planos de saúde nas internações ou nos tratamentos ambulatoriais em que haja necessidade de supervisão médica. As negativas de cobertura são atribuídas nas situações em que o medicamento é importado, sem registro na ANVISA ou sem indicação para o uso prescrito, quando é considerado experimental (uso denominado *off label*).

Pepe et al (2010) ao analisarem as ações individuais de fornecimento de medicamentos considerados essenciais no ano de 2006 no Estado do Rio de Janeiro identificaram 321 solicitações que totalizaram 149 fármacos diferentes, sendo que 31,6% pertenciam ao grupo destinado ao sistema cardiovascular, 23% ao sistema nervoso central e 13,7% ao aparelho digestivo e metabolismo.

Macedo et al (2011) analisaram as solicitações judiciais de medicamentos no SUS do Estado de São Paulo entre 2005 e 2009 e identificaram 77 fármacos diferentes dos quais 14,3% deveriam estar disponíveis na atenção básica do Sistema Único de Saúde, 19,5% no componente de medicamentos de dispensação excepcional e 66,2% não pertenciam a nenhuma lista oficial.

Tal panorama provocou um depoimento do ex- secretário da saúde do Estado de São Paulo, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, publicado pela mídia impressa em na qual revela a preocupação com este desvirtuamento:

Nos últimos anos, o avanço da indústria farmacêutica tem sido notório. Entretanto, muitos produtos recém-lançados possuem, em maior ou menor grau, eficácia similar à de remédios já conhecidos, disponíveis no mercado e inclusos na lista de distribuição da rede pública de saúde. No entanto, os novos remédios custam muito mais que os atualmente padronizados pelo SUS. Outros produtos, comercializados fora do Brasil ou ainda em fase de testes, não possuem registro no país e não devem ser distribuídos pelo SUS, pois podem pôr em risco à saúde de quem os consumir. São justamente estes medicamentos que o Estado mais vem sendo obrigado a fornecer por pedidos na Justiça (...). Em São Paulo, a Secretaria da Saúde gasta cerca de R\$ 300 milhões por ano para cumprir ações judiciais para distribuição de remédios não padronizados de eficácia e necessidade duvidosas. Com esse valor é possível construir seis hospitais de médio porte por ano, com 200 leitos cada.

Gandini, Barione e Souza (2010) relatam que tanto os profissionais vinculados à rede pública quanto os que atuam exclusivamente no setor privado devem observar a legislação brasileira pertinente aos produtos farmacêuticos. A comercialização de um composto medicamentoso no território brasileiro pressupõe sua aprovação e registro no Ministério da Saúde, pois a natureza e a finalidade dessa espécie de substância exigem o monitoramento de sua segurança, eficácia e qualidade terapêutica.

A ANVISA reiteradamente aponta para a importância do risco que produtos sem registro representam à saúde, uma vez que não tendo sido avaliados, se desconhece sua composição, condições de fabricação e armazenamento, entre outras informações que qualificam o produto. Dentre outros, alerta para a exposição do organismo a compostos desconhecidos, que podem conter substâncias tóxicas, não apresentar a atividade esperada e que não oferecem qualquer garantia de

segurança para os efeitos que possam causar. Outra premissa fundamental relaciona-se a segurança e cumprimento de boas práticas de fabricação pela empresa.

Ramos e Ferreira (2013) ressaltam a expressiva quantidade de solicitações por via judicial, mencionada em estudos, de medicamentos para uso em indicações não previstas na bula de produtos registrada junto ao órgão sanitário, caracterizando uso na forma *off label*. O uso *off label* de medicamentos, embora possa ser apropriado em muitos casos, como em pacientes com doença grave para a qual não existem alternativas terapêuticas, pode representar sérios riscos à saúde do indivíduo porque, muitas vezes, quando não existe aprovação de uso de um medicamento para determinadas indicações é porque faltam informações sobre sua segurança e eficácia.

Em estudo conduzido por esses autores acima, com objetivo de investigar a ocorrência de uso de medicamento para indicações não aprovadas pela ANVISA no Estado de Minas Gerais, no ano de 2010, identificaram 212 solicitações para uso em patologia não recomendada pela bula do fabricante, realizadas por 196 pacientes. Não havia indicação formal, aprovada e regulamentada pela ANVISA para uso nas doenças informadas na ação judicial.

Ainda sobre essa questão, Ventura e colaboradores (2010) discorrem que um tema persistente que perpassa as discussões refere-se ao marketing comercial e/ou lobby exercido pela indústria e comércio farmacêutico, junto a segmentos sociais (pesquisadores, pacientes, médicos) e governamentais, para incorporação de seus produtos, o que poderia estar exercendo papel importante no sentido de estimular a demanda judicial para incorporação de novos medicamentos.

Marques Filho (2010) comenta que a ligação entre indústria farmacêutica e a classe médica é cada vez mais frequente, estimando-se que 75% dos estudos clínicos americanos foram financiados pela indústria. Discorre que a necessidade de pesquisar novos fármacos e sua consequente divulgação tem levado a grandes investimentos por parte da indústria, com a utilização de técnicas de marketing cada vez mais sofisticadas e agressivas, que influenciam a decisão da prescrição de medicamentos. Trata-se, portanto de uma questão que perpassa não somente aspectos técnicos, mas envolvem a ética na relação médico-paciente.

A operadora do presente estudo segue as orientações vigentes no país para aquisição e contratualização com os prestadores dos medicamentos e materiais,

embasados em registro ANVISA com vistas a um controle mais eficiente a respeito do que o beneficiário está recebendo por parte dos prestadores, uma vez que, conforme padronização da ANS, as informações de codificação e nomenclatura devem seguir à codificação Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS).

A ANS implantou a TUSS para procedimentos médicos, exames, diárias, taxas, materiais e medicamentos como forma de unificar as informações em todo o país em relação aos itens acima e como forma de monitorar o setor de saúde suplementar com a padronização desses itens. Sendo assim, todos os medicamentos que são lançados em conta, ou seja, são cobrados da Operadora, devem vir do prestador com a codificação TUSS da ANS, seguindo legislação vigente em relação ao registro na ANVISA do produto, marca, fabricante, especificação, entre outros.

Estudos recentes ressaltam que uma política mais ativa do órgão regulador para analisar rapidamente as indicações e inovação nos medicamentos ajudaria as operadoras e o Poder Judiciário a analisar com embasamento as solicitações e as inclusões de indicação mais brevemente, evitando liminares e gastos com importação de medicamentos que também não estão orçados na saúde suplementar.

SUB-GRUPO - Ações para *Home care* (internação domiciliar)

No caso da operadora estudada o serviço de *Home Care* não é oferecido nos contratos do plano de saúde e, portanto, não entram nos cálculos dos reajustes, nem na nota técnica. Sendo assim, os gastos com as liminares quando relacionadas a atendimento domiciliar não foram computadas nas receitas e são apenas despesas não provisionadas que a operadora deve arcar.

Identificou-se nesse estudo que ocorreram 6 liminares solicitando *Home Care*/ internação domiciliar no período investigado. As solicitações encontradas pleiteavam assistência de Enfermagem por 12 horas ou 24 horas para atendimento de cuidados básicos, como troca de fraldas, mudanças de decúbito; a ainda atendimento por profissional para realização de fisioterapias; fonoaudiologia; equipamentos e suprimentos, entre outros.

Silva et al (2013) analisam que como a atenção domiciliar na saúde suplementar não é parte do rol de procedimentos obrigatórios nem é regulada pela ANS, as operadoras optam por utilizar esse “guarda chuva”, reservando para si mesmas os critérios de inclusão ou não dos usuários em programas de atenção que são oferecidos como “benefícios”. As operadoras que optam por ofertar essa modalidade de assistência estão sujeitas apenas às regulamentações da ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) que explicita aspectos organizacionais da atenção domiciliar, porém, não estabelece critérios de contratualização nem mecanismos de regulação. 11/2006

Oliveira e Fortes (2013) também apontam ser comum a recusa de tratamento pelos planos de saúde apoiada no argumento de não integrarem o Rol de procedimentos mínimos exigidos pela ANS, como é o caso do *Home Care*, sendo então custeado pela Operadora.

Frente a esse panorama, não há contratualmente cláusula de inclusão de *Home Care* nessa operadora em questão, mas optou-se pela liberalidade em atender alguns casos em que a desospitalização é possível, considerando a contenção de gastos e o bem estar do beneficiário.

Silva et al (2013) comentam que de modo geral, os programas de atenção domiciliar são desenhados para atender pacientes com agravos e doenças crônicas, em sua maioria idosos e que do ponto de vista dos usuários e de seus familiares representa uma garantia de uma atenção mais humanizada e de segurança na situação.

Franco e Merhy (2008) relatam que um dos problemas da assistência domiciliar diz respeito à alta da paciente, pois os familiares tem resistência em assumir os cuidados rotineiros havendo casos de ações judiciais para manutenção do programa de atenção domiciliar, mesmo que nos critérios da equipe (multiprofissional) e prestadora não haja indicação técnica para isso.

Há de se considerar que a ausência ou incipiência de normatização no campo da atenção domiciliar na saúde suplementar também influencia a existência de diferentes formas de organização dos programas, que são estruturados conforme as diretrizes específicas de cada operadora.

SUB-GRUPO - Ações judiciais para outros tipos de internações

Alves et al 2009 relata que na saúde suplementar, bem como no âmbito do sistema público, também são frequentes as ações judiciais promovidas pelos usuários de planos de saúde, pleiteando cobertura, diminuição no tempo de carência, rescisões unilaterais e a não limitação de internações. Esse é um indicativo de direito de acesso em disputa, das limitações da regulação no campo da saúde e da ausência de critérios claros para a incorporação tecnológica.

Dentre as ações pleiteadas junto ao Poder Judiciário para a operadora investigada encontram-se 5 pedidos que se referiram a outros tipos de internações. Desses, 2 casos eram de internação em rede não credenciada na cidade de São Paulo, 1 foi de permanência de internação em UTI com beneficiário em carência e as outras 2 foram de internações psiquiátricas para tratamento e desintoxicação.

Há solicitações de internações em rede não credenciada da Operadora que geram gastos não monitoráveis com as tabelas contratualizadas, pois na maioria das vezes a conta é tratada como atendimento particular, sem possibilidade de auditoria ou negociação. A operadora faz a contratualização de uma rede credenciada regulada pela ANS para verificar cobertura de área, mas o beneficiário pleiteia na Justiça uma internação em grandes cidades, com equipe especializada, mesmo sabendo da existência da rede credenciada e dos locais onde poderia ser atendido. Entretanto, a escolha por atendimento por um prestador não credenciado pela Operadora em outra cidade, fora da área de abrangência irá gerar uma liminar para tal atendimento.

Desta forma, os gastos antes calculados na rede definida pela Operadora são ultrapassados, pois se encontravam fora de previsão, gerando valores de contas particulares que oneram a Operadora.

Outro tipo de internação solicitada se referia às internações psiquiátricas, que demandam o credenciamento de instituições especializadas para tal atendimento. As liminares ocorreram em razão da falta de vagas para internação ou por haver, contratualmente, a possibilidade de cobrança de coparticipação nas internações psiquiátricas, o beneficiário solicita que a Operadora arque com todos os custos.

No que tange às internações psiquiátricas a ANS prevê na RN 349/2014 que nas internações psiquiátricas, quando houver previsão de mecanismos financeiros

de regulação (...), a coparticipação na hipótese de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, previstos em contrato:

- Somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
- A coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado.

A esse respeito, Salvatori (2014) argumenta que as internações por via judicial promovem o velho modelo de isolamento do doente e afastamento do meio social e apresenta diferenças entre o setor público e o setor privado. Enquanto no público foi uma ação compulsória que deveria ter sido avaliada, no sistema privado, consistiu em um direito, pois o beneficiário pagou pelo serviço.

Entretanto, tal tema necessita ser melhor estudado na saúde suplementar uma vez que este tratamento não tem cobertura pelo Rol de procedimentos da ANS, e tem se verificado um crescimento importante no número de solicitações, sendo que ainda não se tem legislação que garanta que o judiciário entenda quando a mesma é necessária.

GRUPO 2 – AÇÕES DE OUTRA NATUREZA

Ações judiciais de outras Operadoras de Planos de Saúde para cumprimento pela Operadora do estudo

Um grupo de liminares foi constituído por ações que envolveram outras operadoras de planos de saúde, porém como o beneficiário se encontrava na área de abrangência da operadora do estudo o Poder Judiciário a envia para seu cumprimento. Tal fato se deve, pois esta operadora de saúde se encontra presente em todo o território nacional, apesar de dispor de diretorias separadas, estatutos de funcionamento próprios e carteira de beneficiários separada por operadora. Porém o entendimento judiciário é de que todas se constituem numa única empresa.

Neste levantamento houve 28 casos com esta particularidade e as solicitações das ações judiciais estão descritas na tabela abaixo:

Tabela 6 – Distribuição das ações de outras Operadoras de planos de saúde em que a operadora do estudo foi citada segundo as solicitações. Ribeirão Preto - SP, 2015.

Solicitações	Quantidade
Cirurgias	10
Manutenção do plano	4
Sessão de Fisioterapia	3
Tratamento quimioterápico	2
Internação domiciliar	2
Radiofrequência para dor	1
Video- EGG	1
Pet- Scan	1
Sessão de fonoaudiologia	1
Radioterapia (IMRT)	1
Exames	1
Migração de plano	1

Embora os objetos das ações sejam cumpridos pela Operadora acionada judicialmente, posteriormente os custos dessas ações são encaminhados às Operadoras de planos de saúde do beneficiário e não havendo ônus para a operadora em estudo.

Ações judiciais referentes a reajustes de mensalidades

Segundo Scheffer (2006) um dos temas mais polêmicos e de maior visibilidade em relação aos planos de saúde é o reajuste das mensalidades dos planos individuais e familiares, o que depende de autorização prévia da ANS.

Nessa pesquisa foram identificadas 14 ações (8,86%) em decorrência desse motivo.

Cabe lembrar que a Lei nº 9.961/2000 atribuiu à ANS a responsabilidade de controlar os aumentos de mensalidade dos planos de saúde e este controle varia de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (pessoa física ou jurídica) e com o motivo do aumento. Os planos não regulamentados pela Lei 9.656/98, chamados de planos antigos, não seguem às regras previstas em lei, seguem as alterações que constam no contrato.

Se o plano for do tipo "coletivo", ou seja, se ele tiver sido contratado por intermédio de uma pessoa jurídica (ex: a empresa que pessoa trabalha), os reajustes não são definidos pela ANS. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais devem ser acordados mediante negociação entre as partes e devidamente comunicados a esta Agência em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

Se o contrato coletivo possuir menos de 30 beneficiários o reajuste que o mesmo receberá deve ser igual ao reajuste dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora, dentro do chamado Agrupamento de Contratos (ou Pool de Risco). O índice de reajuste aplicado a todos estes contratos deverá ser divulgado pela própria operadora em seu site na internet no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversário.

Mas há exceções em que o contrato coletivo que possui menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são: contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998; contratos de planos exclusivamente odontológicos; contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados; contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido; e contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não aditados para contemplar a RN nº 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante.

Dos 14 casos encontrados neste grupo, 6 acionaram a via judicial para reclamar abuso nos reajustes por faixa etária, mesmo previstos pela ANS pois quanto mais idoso o indivíduo, mais cuidados com a saúde ele necessitará. Os problemas que podem ser detectados nesse tópico necessitam de um maior aprofundamento, pois não há clareza para afirmar se a questão se refere a um erro nos reajustes, ou falta de clareza quanto às cláusulas contratuais, ou ainda discordância do beneficiário sobre os valores reajustados,

Entretanto faz se necessário esclarecer que a legislação estabeleceu critérios de faixas etárias para que as operadoras possam diferenciar o valor das mensalidades de acordo com a idade dos usuários. A lógica do mercado dita que a frequência e os custos de utilização crescem de acordo com a progressão das faixas de idade. O aumento por faixa etária varia de acordo com a data da contratação, sendo parte integrante do contrato entre a Operadora de Saúde e o beneficiário.

Segue abaixo planilha tirada do site na ANS para orientação dos beneficiários:

Contratação	Faixa etária	Observações
Até 2 de Janeiro de 1999	Não se aplica	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de Janeiro de 1999 e 1 de Janeiro de 2004	0 a 17 anos 18 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 a 69 anos 70 anos ou mais	A Consu 06/98 determina, também, que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos) Consumidores com mais de 60 (sessenta) anos e que participem do contrato há mais de 10 (dez) anos, não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.
Após 1 de Janeiro de 2004 (Estatuto do Idoso)	0 a 18 anos 19 a 23 anos 24 a 28 anos 29 a 33 anos 34 a 38 anos 39 a 43 anos 44 a 48 anos 49 a 53 anos 54 a 58 anos 59 anos ou mais	A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Fonte: Site ANS Espaço do consumidor/ Reajuste de preços

Quadro 1 – Aumento de preço de acordo com a faixa etária do beneficiário

Ações judiciais para manutenção dos planos de saúde/contratos

Estas constituíram 17 casos no período avaliado. A manutenção dos planos de saúde requisitados pelos beneficiários são para manutenção de planos nos casos de demitidos e aposentados, reinclusão do plano mesmo estando o beneficiário em inadimplência, manutenção de plano de saúde de beneficiários de titulares falecidos e migração de planos com as mesmas cláusulas do anterior. Apesar de existirem cláusulas contratuais sobre o assunto, muitos beneficiários buscam na justiça tal reivindicação, sendo atendidos.

Ações judiciais para isenção de carências

Foram recebidas duas liminares a esse respeito sendo que um caso se tratava de migração de plano de outra operadora, mas que o judiciário entendeu ser do mesmo grupo e, portanto sem necessidade de aplicar carências; e o outro caso se tratava de inclusão de recém-nascido sem cobranças, caso necessitasse de internação.

Dentro das regras previstas na contratualização dos planos de saúde está bem estabelecida a existência do período de carência, tempo que se deve ser respeitado após a efetivação de um negócio, um prazo pré-estabelecido para usufruir dos seus benefícios.

Ações judiciais para Perícia Médica

Houve duas concessões de liminares para realização de perícia médica sob alegação de erro médico. As perícias foram realizadas, mas o processo ainda corre em juízo sem definições se os pedidos procedem.

Ações judiciais para exclusão do Serasa

Duas liminares foram identificadas com por esse motivo. Essa concessão por parte do Poder Judiciário coloca em dúvida o mérito da contratualização efetuada por um beneficiário com a operadora de plano de saúde, mediante pagamento, uma vez que o entendimento foi favorável aos beneficiários.

Cabe uma reavaliação destes casos pela saúde suplementar e auxílio do órgão regulador para analisar os efeitos destas liminares, uma vez que existem fluxos bem estabelecidos e que devem ser respeitados quanto ao seu cumprimento.

Ações judiciais por outros motivos

Neste grupo foram identificados 3 casos que não se enquadravam em outros grupos que se tratavam de cancelamento de rescisão de contrato, solicitação de ambulância para realização de procedimentos e pagamento de mensalidade e não coparticipação.

5 Considerações Finais

A judicialização da saúde suplementar foi o tema dessa investigação, uma realidade onde se deve buscar não acrescentar esse ou aquele direito, mas efetivar e garantir o que se tem constituído. Verifica-se que tal fenômeno tem trazido alterações significativas nas relações sociais e institucionais, com desafios para a gestão tanto das instituições como do Poder Jurídico, face às novas e crescentes exigências sociais.

As análises das ações judiciais da operadora estudada atendeu o objetivo do trabalho, tendo sido identificadas diferenças entre aquelas movidas pelos beneficiários da Saúde Suplementar em relação aos do SUS. Enquanto estudos apontam uma prevalência de solicitações de medicamentos na área da saúde pública, na operadora estudada as liminares judiciais relacionaram-se a realização de procedimentos médicos, em sua maioria sem cobertura no ROL de procedimentos da própria ANS.

O perfil sócio demográfico dos beneficiários demandantes trouxe alguns indicadores compatíveis com outros estudos, porém para a área da Saúde Suplementar se faz necessário identificar outros componentes das liminares a serem observados, seja pela característica do setor, seja por ainda não serem foco de acompanhamento sistematizado pelas operadoras. Algumas variáveis como acompanhamento dos beneficiários que buscam a justiça para suas reivindicações, as recorrências, análise dos motivos para verificação de mudanças em contratos ou na própria Auditoria das autorizações merecem atenção.

Na saúde suplementar, pela própria orientação da ANS, a cobertura assistencial encontra-se prevista em contrato, porém verifica-se um embate com o Poder Judiciário que tem apresentado um entendimento diferente, determinando que a operadora atenda o que o beneficiário e o judiciário entendem como direito, buscando a reversão da liminar somente após a liberação dos procedimentos, de modo a evitar o pagamento das multas. Dessa forma, cabe a Operadora apenas dar cumprimento à liminar e posteriormente buscar pelo recurso junto ao Poder Judiciário, embora saiba da demora de tal processo, por vezes com duração de anos para uma solução, sendo que em muitos casos não consegue reaver os gastos gerados pelas liminares.

Tal fenômeno chamado de “tutela antecipada” tem na literatura evidências de que em muitas situações, o único critério judicial para a concessão das liminares é a constatação da necessidade da urgência do acesso ao beneficiário. Pode-se ter noção do grau de responsabilidade do Poder Judiciário quando se trata da

problemática envolvendo planos e seguros privados de saúde, em razão de haver se tornado um espaço de reivindicação dos consumidores.

Pode-se perceber que em muitas situações, o Poder Judiciário foi criticado por intervir na área da saúde, desconsiderando as normas e políticas de gestão estabelecidas e fazendo cumprir a lei, baseando-se no direito à vida. Há de se entender que saúde não tem preço, mas tem custo!

O impacto financeiro da judicialização na operadora estudada faz um alerta para os gestores manterem áreas específicas para análise e acompanhamento destes processos, uma vez que no estudo foram identificados mais de um beneficiário acionando o poder judiciário. O gasto financeiro com as liminares não é algo fixo que as operadoras consigam mensurar e administrar e prever reservas para estas finalidades se torna um indicador primordial frente ao atual momento.

Outro aspecto relevante identificado refere-se a questão dos beneficiários que não tendo direito a coberturas por contrato, buscam o SUS para realização dos procedimentos, sendo que posteriormente será acionada a Operadora para Ressarcimento pelo sistema público de saúde com as cobranças relativas. Mas a este tópico cabe uma análise também de outras áreas envolvidas em outro estudo. Cabe destacar aqui o papel da ANS no sentido de aumentar e aprimorar as relações com operadoras de planos de saúde, frente às lacunas ainda não solucionadas pela regulação, por meio da formulação de diretrizes norteadoras.

O problema parece estar longe de uma resolução em curto prazo e deve-se considerar legítima a discussão em torno do impacto financeiro que esse processo determina. Muitos estudos sobre judicialização têm sido produzidos nos últimos anos, tanto no campo do Direito como no da Saúde. Evidencia-se nesse último, um predomínio de investigações envolvendo o sistema público de saúde, o que demonstra a relevância da presente pesquisa que trouxe um diferencial ao abordar o sistema privado, permitindo uma discussão ampla, aprofundada sobre os efeitos da judicialização na realidade da operadora pesquisada, abarcando seus limites e responsabilidades.

Com esse trabalho, atual e presente na pauta das discussões do Sistema de Saúde Brasileiro, espera-se oferecer subsídios ao desenvolvimento de novas investigações que possibilitem ampliar o corpo de conhecimentos sobre o assunto.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, junho 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2013_mes06_caderno_informacao.pdf> Acesso em: 08 set. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, junho 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2016_mes06_caderno_informacao.pdf> Acesso em: 08 nov. 2016.

_____. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3354-ans-participa-de-reuniao-para-reduzir-judicializacao-da-saude#sthash.peS2rjef.dpuf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/InformeATS_n7_Radioterapia_de_Intensidade_Modulada_cancer_pros_tata.pdf>. Acesso em: mai. 2015.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar. Brasília: Ipea, 1998.

ALVES, D. C.; BAHIA, L.; BARROSO, A. F. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 279-290, fev, 2009.

ARAÚJO, L. M. et al. Judicialização da saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2, n. 2, p. 49-54, jun. 2013.

BARATA, L.R.B. É positivo que o Estado seja obrigado por decisão judicial a fornecer certos medicamentos? Disponível em: <<http://www.tj.es.gov.br/Novo/conteudo.cfm?conteudo=4079>> Acesso em: 10 abr. 2016

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós regulamentação. In: NEGRI B. G. G. (organizador). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp; IE. 2001.

BELLATO, R. et al. Mediação do direito à saúde pelo tribunal de justiça: análise da demanda. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012, abr-jun; 21(2): 356-62.

BITTAR, O. Saúde e Autonomia. **Valor Econômico**. 2014. Disponível em: <http://www.valor.com.br/imprimir/noticia_impreso/3629794>. Acesso em: 07 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 9.656/98, de 13 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 12 ago. 2012.

_____. Lei nº 9.961/00, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 12 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Glossário temático: saúde suplementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. p. 26. (Série Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. **DENASUS**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV /AIDS no Brasil por meio das ações judiciais**. Brasília, DF, 2005b.

BRAZIL, A. V. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 419-425, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042004000600005>.

BRITO, R. J. S. **A judicialização do direito à saúde**: uma revisão bibliográfica da produção científica nacional. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/2861/1/2011_RenataJanainadeSousaBrito.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

CAMPOS NETO, O. H. C. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-9, 2012.

CARLINI, A. L. A judicialização da saúde no Brasil e a participação política na construção de orçamentos. In: ENCONTRO NACIONAL DO COPENDI, 19., 2010, Fortaleza. **Anais...** Ceará: Copendi, 2010. p. 7052-7069.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 266, de 05 de outubro de 2001. **Aprova atividades de Enfermeiro Auditor**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4303>>. Acesso em: 01 set. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo: Coren, 2007.

COSTA, J. P. A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. **Arq Med**, Porto, v. 27, n. 4, p. 158-167, ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2016.

DALLORA, M. E. L. V. **Gerenciamento de custos de materiais de consumo em um hospital de ensino**. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-03032008-133139/pt-br.php>>. Acesso em: 01 set. 2012.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU, 1948.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3 ed. Brasília: IPEA, 2005, cap.1, p.5-21.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo de reestruturação produtiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga, 2005, p.125-37.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. Judicialização do direito à saúde: prós e contras. In: BLIACHERINE, A. C.; SANTOS, J. S. (Orgs.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010, cap. 19, p. 255-276.

GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.31-43, jan, 2014.

GONÇALVES, C. R. **Direito civil brasileiro, volume III: contratos e atos unilaterais**. São Paulo: Saraiva, 2004.

GOUVÊA, M. M. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. **Rev. Forense**, Rio de Janeiro, v. 370, p. 103-134, 2003.

GUAZZELLI, A. S. **A busca da justiça distributiva no Judiciário por meio das relações contratuais: uma análise a partir dos planos de saúde**. 2013.143f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

LIMA, C. R. S. A.; BEZERRA JÚNIOR, J. A. Judicialização das políticas de saúde: uma abordagem histórica, sócio-cultural e jurisprudencial. **Juris Rationis**. Ano 6, n. 1, out. 2012/mar. 2013.

MACEDO, E.I., LOPES, L.C., BARBERATO- FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.4, p.706-13, 2011.

MACHADO, F. R. S. Contribuições do debate da judicialização da saúde no Brasil. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9 n. 2. p. 73-91. jul-out, 2008.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 590-598, 2011.

- MARQUES, S. B. Judicialização do direito à saúde. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72. jul-out, 2008.
- MARQUES FILHO, J. A dimensão bioética dos conflitos de interesses na relação entre médico e indústria farmacêutica. **Rev. Bras. Clin. Med.** v. 8, n. 2, p. 148-53, 2010.
- MEDICI, A. C. Judicialização, integridade e financiamento da saúde. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.81-87, 2010.
- MORENO JUNIOR, J. M. P.; SOUSA, M. P. As atividades do enfermeiro auditor na auditoria dos serviços de saúde. **Rev. Academia Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2003.
- NUNES, L. G. A judicialização da saúde no Brasil: tentativas para reduzir (conter) o fenômeno. **Rev. do CAAP**. Belo Horizonte, jul.-dez.,2009.
- OLIVEIRA, J. A. D. **Demandas jurídicas por coberturas assistenciais- estudo de caso: CASSI**. 2010. 72f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- OLIVEIRA, J. A. D.; FORTES, P. A. C. De que reclamam, afinal? Estudo das ações judiciais contra uma operadora de plano de saúde. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 33-58, nov./2012/fev. 2013.
- PEPE, V. L. E. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar.2010.
- PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.
- PEREIRA, JR et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5 p. 3551-3560, 2010. Suplemento 3

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 8, p. 163-198.

PREGER, C. M. et al. Perfil dos médicos auditores no estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 87-92, mar./abr., 2005.

RAMOS, K.A.; FERREIRA, A.S.D. Análise da demanda de medicamentos para uso off label por meio de ações judiciais na Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 98-121, mar./jun. 2013.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

RODRÍGUEZ, A. M. M. M. **O processo da judicialização da saúde como via de acesso à atenção integral**: o retratoissertação de um município de grande porte do estado de São Paulo. 2014.152f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SALVATORI, R.T. **O direito à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Saúde Suplementar**: as representações sociais do Tribunal de justiça de São Paulo. 2013.217f. Dissertação (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 138-144, fev. 2011.

SANTOS, L. **O direito a saúde no Brasil**. Campinas: Saberes. 2010. 342 p.

SCARPARO, A. F. Auditoria em Enfermagem: revisão de literatura. **Rev. Nursing**, São Paulo. v. 80, n. 8, p. 46-50. jan, 2005.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e método. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 302-5. 2008.

SCARPARO, A. F. et al. Abordagem conceitual de métodos e finalidades da Auditoria de Enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.10, n.1, p.1-165, jan./mar. 2009.

SCHEFFER, M. **Os planos de saúde nos Tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas a negativas de coberturas assistenciais no estado de São Paulo**. 2006.212f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SCHEFFER, M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo tribunal de justiça do Estado de São Paulo. **Rev. Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n.1, p. 122-32, mar./jun. 2013.

SILVA, F. V. N. **Considerações sobre a judicialização do acesso à saúde**. Pelotas, 2005. Disponível em:
<<http://www.ajuris.org.br/dhumanos/mhonrosa5.doc>> Acesso em: 18 set. 2012.

SILVA, K.L., et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, 2013.

SILVA, P. C.; CASA, E. C. G. S. Auditoria interna em enfermagem e educação continuada: um feedback positivo. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 7, p. 48-51, 2006.

SILVA, S. H. et al. Auditoria em Enfermagem: implantação e desenvolvimento no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Enferm. USP**, v. 24, n. 2, p.199-209, ago.1990.

SULPINO, V. F. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr.2008.

TOLEDO, L. O.; MACEDO, S. M.; FAVARO, T. Efetividade da rizotomia facetária por radiofrequência na lombalgia mecânica crônica. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 273-274, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512011000400003&lng=en&nrm=iso>. Access on: 17 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000400003>.

TSUKIMOTO, G, R. **Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica**: através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2006.

UGÁ, M.A.D. et al. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, 2003, p.245-262.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.77-100, 2010.

VIDOTTI, C.C.F., CASTRO, L.L.C., CALIL, S.S. New drugs in Brazil: do they meet Brazilian public health needs? Rev. **Panam. Salud Publica**. 2008; 24(1): 36-45.

VIEIRA F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Publica**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.214-222, 2007.

Anexo

ANEXO A



Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3362 - 55 16 3315.3361 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 130/2015

Ribeirão Preto, 3 de setembro de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 24 de agosto de 2015.

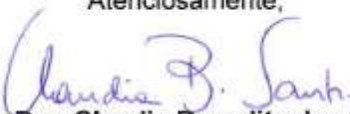
Protocolo CAAE: 46577015.6.0000.5393

Projeto: Auditoria em Enfermagem: novos desafios frente à judicialização da saúde

Pesquisadores: Ana Beatriz Perez Afonso
Ana Maria Laus (Orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Ana Maria Laus
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP