**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral

**Caracterização da atenção domiciliar na saúde
suplementar provida pela operadora de plano de
saúde ou garantida por intermédio do poder judiciário**

Ribeirão Preto

2021

João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral

**Caracterização da atenção domiciliar na saúde
suplementar provida pela operadora de plano de
saúde ou garantida por intermédio do poder judiciário**

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde do Programa de Mestrado Profissional.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Ribeirão Preto

2021

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

Amaral, João Ricardo de Castro Barbosa do

Caracterização da atenção domiciliar na saúde suplementar provida pela operadora de plano de saúde ou garantida por intermédio do poder judiciário. / João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral; Orientador, José Sebastião dos Santos. Ribeirão Preto. - 2021.

87p.: 24Il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional. Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

1. Atenção domiciliar. 2. Saúde suplementar. 3. Regulação. 4. Agência Nacional de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde 6. Judicialização.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral

Título: Caracterização da atenção domiciliar na saúde suplementar provida pela operadora de plano de saúde ou garantida por intermédio do poder judiciário.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde do Programa de Mestrado Profissional.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Ao meu falecido avô “Edinho”, motivo de força e vontade de viver; que, durante os batlhados quatro anos finais de sua vida, pôde se valer dos benefícios da atenção domiciliar.

Agradecimentos

À Deus, por possibilitar que tudo isso acontecesse.

À minha amada e companheira esposa Ana Beatriz, eterna gratidão, que muito me ajudou para que fosse possível desenvolver esse estudo, além de ser uma ótima mãe da nossa filhinha Helena.

À minha família: minha mãe Angela, meu pai Miguel Angelo, que com tanto amor e dedicação se empenharam e empenham para a minha formação. Aos meus irmãos Rafael e Daniela, pelo carinho e companheirismo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, pelo incentivo e exemplo de profissionalismo, dedicação e vocação na profissão, pessoa da maior e melhor índole que já conheci e que guardarei em minha memória, com imensa gratidão todos os seus ensinamentos. Certamente sem os seus incentivos, este estudo não seria possível.

Apoio Financeiro

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, e à Fundação Waldemar Barnsley Pessoa, pelo apoio acadêmico e financeiro.

RESUMO

DO AMARAL, J. R. C. B. **Caracterização da atenção domiciliar na saúde suplementar provida pela operadora de plano de saúde ou garantida por intermédio do poder judiciário.** 2021. 87f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2021.

Introdução: A atenção domiciliar (AD) é uma estratégia com boa relação custo-efetividade para o sistema de saúde, mas com contornos legais e protocolos clínicos e regulatórios de limites pouco definidos, sobretudo na saúde suplementar. **Objetivo:** Caracterizar o acesso e a oferta da AD na saúde suplementar provida pela operadora de plano de saúde (ADO), ou garantida por intermédio de decisão judicial (ADJ). **Método:** Fez-se a caracterização do perfil demográfico dos beneficiários da operadora de plano de saúde (Grupo São Francisco) que tiveram acesso à ADO e à ADJ, no período de 2013 a 2017, com agrupamento dos bens de saúde fornecidos, forma de contratação do plano (individual ou coletivo) e custos. Na ADJ foram verificadas as solicitações do requerente, o tipo de postulante no processo (defensoria pública, ministério público ou advocacia privada), deferimento de tutela antecipada/liminar, solicitação de perícia médica, revogação de tutela antecipada/liminar em primeira ou segunda instância, fundamentos das decisões (baseada na Constituição Federal, na legislação, nas súmulas dos tribunais, jurisprudência e normas regulamentares da agência reguladora da saúde). **Resultados:** Houve incremento progressivo na taxa de concessão de ADO entre os anos de 2013 e 2017 (variação de 0,32% a 0,53%), com predominância de oferta de materiais e procedimentos. A taxa de ADJ, em relação à oferta por ADO, também aumentou (variação de 0,36% a 0,77%) com solicitação predominante de serviços de profissionais da saúde. A maioria dos beneficiários da ADO apresentavam 80 anos ou mais, ao contrário da ADJ. Os custos médios, no período, das solicitações médicas na ADO e na ADJ foram, respectivamente, de R\$ 218,05 e R\$ 410,49, enquanto os custos médios por beneficiário foram, respectivamente, de R\$ 7.180,52 e R\$ 49.793,54. Dentre os 39 processos judiciais, 32 (82%) pacientes apresentavam doenças osteoneuromusculares e, em 33 (86,84%) dos casos foi deferido o pedido liminar. Em 21 (64%) das decisões liminares, o magistrado utilizou um único fundamento e, dentre eles, 20 (40%) referiam-se ao pedido médico. Em 25 casos (76%), o pedido foi integralmente acolhido, mediante liminar. Em 23 casos (59%) não houve perícia médica para verificar a necessidade e a viabilidade da AD. **Conclusão:** A assistência por meio da AD é uma opção crescente na saúde suplementar, mas as diferenças de perfil dos beneficiários e de custos entre a ADO e a ADJ são marcantes, o que deve induzir a saúde suplementar e o judiciário a revisarem os procedimentos regulatórios e operacionais, visando a identificação de interesses e reais necessidades de saúde e de assistência social, na perspectiva de mitigar conflitos para preservar o equilíbrio do sistema nacional de saúde.

Palavras-chaves: Atenção domiciliar. Saúde suplementar. Regulação. Agência Nacional de Saúde. Sistema Único de Saúde. Judicialização.

ABSTRACT

DO AMARAL, J. R. C. B. **Characterization of home care in supplementary health provided by the health plan operator or guaranteed through the judiciary.** 2021. 87f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2021.

Introduction: Home health care (HC) is a cost-effective strategy for the health system, but with legal outlines and poorly defined clinical and regulatory protocols, especially in supplementary health. **Objective:** To characterize the access and offer of HC in supplementary health provided by the health plan operator (HCO), or guaranteed through a judicial decision (HCJ). **Method:** The demographic profile of the beneficiaries of the health plan operator (Grupo São Francisco) who had access to HCO and HCJ, in the period from 2013 to 2017, was grouped, with the grouping of health goods provided, the form of contracting plan (individual or collective) and costs. At the HCJ, the applicant's requests were verified, the type of postulant in the process (public defender, public prosecutor or private lawyer), granting of advance / preliminary injunction, request for medical expertise, revocation of early / preliminary injunction in first or second instance, grounds for decisions, (based on the Federal Constitution, legislation, court overviews, jurisprudence and regulatory standards of the health regulatory agency). **Results:** There was a progressive increase in the HCO concession rate between the years 2013 to 2017 (ranging from 0.32% to 0.53%) and the predominance of supply of materials and procedures. The ADJ rate, in relation to the ADO offer, also increased (range from 0.36% to 0.77%) with a predominant request for services from health professionals. Most HCO beneficiaries were 80 years old or older, unlike HCJ. Average annual costs per medical request at HCO and HCJ were R\$ 218.05 and R\$ 410.49, respectively, while average costs per beneficiary were R\$ 7,180.52 and R\$ 49,793.54, respectively. Among the 39 lawsuits, 32 (82%) patients had musculoskeletal disorders and, in 33 (86.84%) of the cases, the injunction was granted. In 21 (64%) of the preliminary decisions, the magistrate used a single plea and, among them, 20 (40%) referred to the medical request. In 25 cases (76%), the request was fully accepted, through an injunction. In 23 cases (59%) there was no medical expertise to verify the need and viability of HC. **Conclusion:** Assistance through HC is an increasing option in supplementary health, but the differences in the profile of beneficiaries and costs between HCO and HCJ are marked, which should induce supplementary health and the Judiciary to review regulatory procedures and operational, aiming at the identification of health and social assistance interests and needs, with the perspective of mitigating conflicts to preserve the balance of the national health system.

Keywords: Home health care. Supplementary health. Regulation. National Health Agency. Unified Health System. Lawsuits.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1A -	Evolução do número total de beneficiários do Grupo São Francisco, entre os anos 2013 e 2017	43
Gráfico 1B -	Evolução do número de beneficiários em atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO), entre os anos 2013 e 2017	44
Gráfico 1C -	Evolução do ajuizamento de ações judiciais referentes à atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ), considerando a data da citação, entre os anos 2013 e 2017	44
Gráfico 2A -	Proporção entre a oferta de atenção domiciliar provida pela operadora de plano de saúde (ADO) em relação ao número de vidas do Grupo São Francisco, no período de 2013 a 2017	45
Gráfico 2B -	Proporção de oferta de atenção domiciliar concedida por determinação judicial (ADJ) em relação à oferta de atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) entre os anos 2013 e 2017	45
Gráfico 3 -	Pirâmide etária dos beneficiários que tiveram atenção domiciliar provida pela saúde suplementar do Grupo São Francisco (Gráfico 3A) e por determinação judicial (Gráfico 3B), entre os anos 2013 e 2017	46
Gráfico 4 -	Proporção de oferta de atenção domiciliar concedida por determinação judicial (ADJ) (A) ; e de oferta de atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) (B) , entre os anos 2013 e 2017, de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde: individual (firmado diretamente pelo beneficiário/consumidor com a operadora); coletivo (firmado entre a empresa e a operadora), ou outros: por associações, sindicatos ou entidades de classe (plano coletivo por adesão) com a operadora ou por contratação (caracterizadas como “repassê”, em que beneficiários de outras operadoras foram atendidos pela rede assistencial do Grupo São Francisco)	47
Gráfico 5A -	Distribuição em percentual das solicitações médicas para atenção domiciliar provida pela operadora de plano de saúde (ADO), agrupadas como material, procedimentos, medicamentos e outros (taxas, diárias e honorários médicos), no período de 2013 a 2017	48
Gráfico 5B -	Pedidos apresentados pelos pacientes em percentual, que acionaram o serviço de atenção domiciliar por meio judicial (ADJ) agrupados em profissionais de saúde na forma de	

	suporte regular ou visita, equipamentos, materiais e medicamentos, com cobertura pela operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco no período de 2013 a 2017.....	48
Gráfico 6 -	Custo médio anual por solicitações médicas para atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) e por determinação judicial (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	49
Gráfico 7 -	Custo médio anual por beneficiário da atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) e por determinação judicial (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	49
Gráfico 8 -	Estágios processuais caracterizados como instrução (processos não sentenciados); recursal (processos com recursos de apelação, sem trânsito em julgado) e finalizado (processos com trânsito em julgado) dentre os 39 casos de atenção domiciliar com cobertura da operadora do plano de saúde do Grupo São Francisco garantidos por meio de ação judicial (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	50
Gráfico 9 -	Tipo de representação da parte autora na ação judicial dentre os 39 casos de atenção domiciliar com cobertura da operadora do plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017	51
Gráfico 10 -	Problemas de saúde apresentados pelos pacientes que solicitaram atenção domiciliar por meio de ação judicial (ADJ), alegados na petição inicial, de acordo com o pedido/receituário médico juntado no processo judicial da operadora do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017	51
Gráfico 11 -	Concessão na forma de decisão liminar para os 38 pacientes que solicitaram atenção domiciliar, com cobertura pela operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ), entre os anos 2013 e 2017	52
Gráfico 12 -	Abrangência da concessão da decisão liminar dos 33 pacientes que tiveram o pedido concedido para a atenção domiciliar por meio de ação judicial a ser garantida pelo Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	53
Gráfico 13 -	Fundamentos jurídicos para concessões de decisões liminares dos 33 pacientes que solicitaram atenção domiciliar por meio de ação judicial para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	53
Gráfico 14 -	Número de fundamentos jurídicos empregados para concessões ou não de decisão liminar dos 38 pacientes que solicitaram atenção domiciliar para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco, entre os anos 2013 e 2017	54

Gráfico 15 -	Revogação ou revisão das concessões ou não de decisão liminar dos 38 pacientes que solicitaram atenção domiciliar, para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	54
Gráfico 16 -	Realização de perícias médicas nos processos dos 39 pacientes que solicitaram atenção domiciliar na operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco por meio do Poder Judiciário (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	55
Gráfico 17 -	Resultado das perícias médicas nos processos dos 13 pacientes que solicitaram atenção domiciliar na operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017	55
Gráfico 18 -	Resultado dos 32 processos judiciais já sentenciados, referentes à atenção domiciliar pleiteada junto a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco nos anos 2013 e 2017	56
Gráfico 19 -	Principais fundamentos das sentenças proferidas nos 32 processos judiciais de atenção domiciliar, já sentenciados, pleiteados para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco	57
Gráfico 20 -	Número de fundamentos utilizados nas 32 sentenças proferidas nos processos judiciais de atenção domiciliar, já sentenciados, para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco	57
Gráfico 21 -	Quantidade de recursos interpostos contra a sentença que julgou a solicitação da atenção domiciliar e os respectivos recorrentes, registrados na operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco	58
Gráfico 22 -	Resultado dos 24 recursos de apelação interpostos contra as sentenças proferidas nos processos judiciais que discutem a atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017	59
Gráfico 23 -	Principais fundamentos dos julgamentos dos recursos de apelação contra as sentenças proferidas nas ações judiciais já sentenciadas sobre a atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017	59
Gráfico 24 -	Número de fundamentos utilizados nos 15 acórdãos proferidos nos recursos de apelação interpostos contra as sentenças que decidiram a respeito da atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD-	Atenção Domiciliar
ADO-	Atenção domiciliar provida pela operadora de plano de saúde, sem judicialização
ADJ-	Atenção domiciliar concedida por judicialização
ANS-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFF-	Conselho Federal de Farmácia
CFM-	Conselho Federal de Medicina
CMS-	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>
CFN-	Conselho Federal de Nutricionistas
CNJ-	Conselho Nacional de Justiça
COFEN-	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO-	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
EUA-	Estados Unidos da América
FENASAÚDE-	Federação Nacional de Saúde Suplementar
OMS-	Organização Mundial de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
WHO-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1. Conceito de atenção domiciliar.....	20
2.2. Classificações da atenção domiciliar.....	21
2.3. Características da atenção domiciliar.....	23
2.4. O sistema da atenção domiciliar no Brasil e em outros países	24
2.5. O papel do Estado na saúde suplementar e a finalidade regulatória da ANS	29
2.6. A judicialização de políticas de saúde - a judicialização na saúde suplementar sob o enfoque da atenção domiciliar	32
3. OBJETIVO	36
4. MÉTODOS	38
5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSSÃO	61
7. CONCLUSÃO	70
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
9. ANEXOS.....	82

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Adicionalmente, a OMS inclui a saúde nos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, opção sexual, religião, credo político e condição econômica ou social (WHO, 2006). Por outro lado, em regra, as medidas em saúde são tomadas como consequência, após o diagnóstico da doença. Agindo dessa forma, sem atuar preventivamente ao diagnóstico, gera-se ineficiência e aumento de custos no sistema de saúde (MELONI, 2015), o que é fonte permanente de debates e conflitos entre usuários, prestadores, governos, operadoras e sistemas de regulação dos setores público e privado.

Os fatores que geram ineficiência na atenção à saúde e motivam este aumento de custos devem ser considerados como fenômenos que dificultam o equilíbrio do sistema de saúde, podendo ser observados nas atividades das entidades que operacionalizam o fornecimento de cuidados à saúde pública ou privada; por meio, por exemplo, da solicitação maciça de exames e procedimentos, combinada com a rápida evolução tecnológica de instrumentos, materiais e maquinários (FRANCO et al., 2007a). Outros fatores não menos importantes também contribuem para o crescimento nos custos em saúde, como o envelhecimento e o próprio aumento demográfico da população combinados com fatores socioeconômicos, tais como a maior instrução e exposição das pessoas à informação sobre saúde/doença (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 1998).

O envelhecimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde é objeto de acompanhamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que por meio do sistema informatizado denominado “ANS tabnet”, no período de 2004 a 2019, verificou alteração da pirâmide etária com aumento de sua ponta a partir da faixa etária de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. De 2004 a 2019, a proporção de idosos nessas faixas etárias (60 anos ou mais), integrantes da saúde suplementar, passou de 9,01% para 10,55% no sexo masculino e de 11,74% para 13,46% no sexo feminino (MACIEL Jr, 2019), promovendo importante aumento na participação do consumo dos serviços na saúde suplementar.

De acordo com a avaliação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE, 2017), enquanto as despesas aumentaram em 13%, as receitas aumentaram 11,7%. Dessa forma, os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde suplementar (operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços à saúde, empresas contratantes e a própria administração pública por meio de sua agência reguladora) devem pensar em formas alternativas para mantê-lo equilibrado.

O fortalecimento da atenção primária à saúde e, nesse âmbito, a atenção domiciliar (AD), pode ser considerada como um desses meios alternativos, principalmente porque possibilita a transferência do cuidado ao estabelecimento domiciliar, com redução dos custos para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, diminui os riscos inerentes à estadia nos serviços de saúde e proporciona ambiente mais humanizado para a atenção. Por outro lado, a AD não é apenas a substituição do cuidado do hospital para o domicílio. É um aglomerado de serviços complexos e compartilhados à saúde, com participação dos diversos perfis profissionais e parentais, em que o cuidado ao paciente, de forma humanizada, seja na doença grave ou no cuidado básico, é o núcleo central motivador do êxito dessa estratégia (SILVA et al., 2013).

A importância da AD já é reconhecida como política pública no Brasil e em outros países. No Canadá, por exemplo, é colocado o *home care* como necessário à saúde coletiva, se enquadrando como política de benefício fiscal às famílias que dela necessitam (COLLIER, 2011).

Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 1,5 milhão de pacientes do *Medicare*, cerca de 30% dos beneficiários hospitalizados daquele sistema, tiveram alta por meio do atendimento médico domiciliar no ano de 2012. Em 2013, as agências de saúde domiciliar atenderam aproximadamente 3,5 milhões de beneficiários com quase 123 milhões de visitas domiciliares e o *Medicare* pagou quase US\$18 bilhões por esses serviços (WANG, 2017a). O número de agências de saúde domiciliar certificadas pelo *Medicare* nos EUA aumentou na última década de aproximadamente 7.500 no ano 2000 para mais de 12.000 no ano 2015, e o número de pacientes atendidos aumentou de 2,5 milhões no ano 2000 para 3,5 milhões no ano 2013 (WANG, 2017a).

A AD também envolve aspectos sociais que devem ser considerados pela equipe profissional, para compreender as dificuldades encontradas pelos cuidadores domiciliares e se comprometer com o atendimento de suas demandas. A equipe

multiprofissional na AD (geralmente formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, dentre outros profissionais da saúde) precisa reconhecer o espaço domiciliar, captar o significado da doença para família, as condições de moradia e a organização da família, com suas crenças e culturas (SILVA; STELMAKE, 2012, p. 156).

Na saúde suplementar não existe regulamentação específica sobre a AD e suas modalidades, muito menos diretrizes ou protocolos, também específicos para se seguirem a esses tipos de garantia de atendimento por parte das operadoras, mesmo existindo e operando fortemente nos modelos de assistência concebidos dessa forma (FRANCO et al., 2007b).

A ANS, agência reguladora da atividade econômica na saúde suplementar do Brasil, representando o poder estatal no controle desse sistema, tem o poder-dever de regulamentar e atuar para efetiva fiscalização, controle e sustentabilidade dos riscos inerentes ao setor, sob o prisma da efetiva garantia e assistência dos usuários de planos de saúde. O processo regulatório voltado ao aspecto assistencial deve apontar para uma evolução da experiência estatal de intervenção na economia, ampliada, além da operacionalização e regulação contida em Lei, para atuação complementar que dê realmente vida ao corpo normativo (RIBAS, 2009, p. 3).

Dessa forma, o poder-dever da ANS deve ter como base a celeridade e, principalmente, a efetividade na elaboração de normas regulamentares (CALCIORALI, 2009), com participação representativa das operadoras de planos de saúde, prestadores de serviço a saúde, empresas contratantes e o usuário/consumidor, resultando, ao final, em normativas imbuídas “como fonte capacitada a produzir efeitos jurídicos concretos - social e juridicamente vinculantes” (MOREIRA; SOARES Jr, 2006, p. 128).

Não obstante, o que se verifica no atual cenário, é que uma das formas como os beneficiários de planos de saúde obtêm o direito de usufruir de tal serviço é por meio de ajuizamento de ações judiciais, tornando o poder judiciário um instrumento para o acesso a bens e serviços de saúde (ABADE, 2015, p. 40).

O fenômeno do aumento de demandas judiciais, que visam garantir direitos sociais, é conhecido como judicialização de políticas públicas, sendo considerado também o protagonismo do judiciário na efetivação de direitos, principalmente de cunho social e coletivo (ASENSI, 2010 apud RIBEIRO, 2014, p. 72). A saúde, direito fundamental social prestacional, previsto constitucionalmente (BONAVIDES, 2000),

vem sendo atingida por tal fenômeno e a AD tem se tornado um dos elementos protagonistas no aumento dessas demandas (CAMBRICOLI, 2016).

A judicialização na saúde suplementar vem sendo progressivamente destaque nos tribunais do país, principalmente se relacionado com o rápido aumento de demandas judiciais que visam a tutela à saúde. Na maioria dos processos ajuizados visando a tutela à saúde, o Poder Judiciário, com base nas premissas da Constituição Federal e do Código de Defesa do Consumidor, mesmo sem elementos técnicos ou plano terapêutico estabelecido sobre o problema de saúde, obriga as operadoras de plano de saúde a custear a AD ou outro procedimento, mesmo nas situações em que inexistente compromisso contratual a prestar determinados serviços ou obrigação pela legislação de fazê-lo (FABRETTI, 2017). Assim sendo, a AD na saúde suplementar enfrenta a realidade da insegurança jurídica, visto que inexistem critérios definidos pela ANS referente aos cuidados domiciliares (FRANCO et al, 2007a).

Diante do exposto, alguns aspectos relacionados à oferta da AD na saúde suplementar merecem ser objeto de estudo para orientar procedimentos relacionados ao planejamento, regulação, regulamentação e judicialização. Assim, a verificação das formas de acesso e da evolução das necessidades e interesses, a caracterização do perfil demográfico e clínico dos usuários e o mapeamento dos custos da AD provida pelas operadoras de plano de saúde ou por decisão judicial podem subsidiar o planejamento, a regulamentação e a regulação do Estado, por meio da ANS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito de atenção domiciliar

O conceito de AD é diverso entre países, com distinção na inclusão de serviços, bem como sobre a própria noção de domicílio (WHO, 2012). No estudo elaborado pela OMS (WHO, 2012), a definição de atendimento domiciliar foi considerada como o cuidado de longo e curto prazo, prestado em casa, caracterizado como preventivo, agudo, reabilitador ou paliativo. Duarte e Diogo (2005, p. 9) conceituam como:

A assistência domiciliária compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos (geralmente de maior complexidade) são realizados pelos elementos da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade assistencial requerida. Conta-se também com o cuidador como responsável pela continuidade da assistência em domicílio.

Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008, p. 488) conceituam a AD como:

(...) prática do trabalho em saúde, que visa a assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no Sistema de Saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente.

A Associação Nacional de Agências de Saúde Domiciliar e Assembleias de Ambulatórios e Instituições de Assistência Domiciliar da Associação Americana de Hospitais assumiram a seguinte definição em relação ao serviço de assistência domiciliar (ALBIERO, 2003, p. 27):

Serviço de assistência domiciliar é aquele componente abrangente de cuidado à saúde, pelo qual serviços são providos a indivíduos e famílias em seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou restabelecer a saúde; maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo os sem perspectivas de cura. Serviços apropriados às necessidades do paciente individual e família são planejados, coordenados e colocados disponíveis por uma empresa ou instituição organizada para a promoção da assistência à saúde, empregando pessoal especializado, subcontratados ou uma combinação destes.

Pode-se, ainda, conceituar a AD como um conjunto de atividades assistenciais sanitárias e sociais que se realizam no domicílio, incluindo a execução de ações de cunho integral, implicando necessidades de coordenação e relação entre os serviços e recursos assistenciais, trabalhando também numa lógica de atuação por meio de serviços vinculados à atenção básica para se evitar a internação (PEREIRA, 2014).

2.2 Classificações da atenção domiciliar

O termo AD pode ser considerado como a forma genérica e mais ampla dos cuidados domiciliares, abrangendo todos os tipos de atos à saúde nesse campo, tal como o atendimento, a internação e a visita domiciliar (SHIMOCOMAQUI, 2014, p. 20). No mesmo sentido de se considerar a AD como gênero e as demais modalidades como espécies é a classificação prevista pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da RDC nº 11/2006 (BRASIL, 2006):

3.3 Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

3.4 Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

(...)

“3.7 Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Para o modelo americano, o termo AD é o cuidado à saúde proporcionado no próprio domicílio, de forma apropriada e de alta qualidade, com relação custo-benefício compatível com a vida dos indivíduos, que devem manter a autonomia, independência e melhor qualidade de vida (LACERDA et al., 2006).

Quanto às espécies da AD, pode-se conceituar a internação domiciliar como uma atividade que envolve a presença contínua de profissionais no domicílio, além de ofertar equipamentos, materiais e medicamentos para pacientes em estados mais complexos (SHIMOCOMAQUI, 2014, p. 20).

A internação domiciliar se caracteriza como acompanhamento diário e, às vezes, ininterrupto de um profissional de saúde. Há casos que necessitam de cuidados intensos por vinte e quatro horas de enfermagem, oxigênio e respirador. Deve-se considerar a necessidade da manutenção de uma central de atendimento

24 horas para a solução de emergência e com médico disponível para orientar e atender as necessidades urgentes (CRUZ, 1999). Nesse contexto, a internação domiciliar difere dos demais tipos de atenção, principalmente porque exige tecnologias específicas em domicílio e se configura no atendimento aos usuários, que mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam requerendo cuidados especializados de um profissional de saúde diariamente (MENEZES, 2014).

As ações realizadas pela internação domiciliar incluem procedimentos terapêuticos, cuidados paliativos, educação sanitária, enfatizando o cuidado integral, considerando o contexto domiciliar, incluindo questões habitacionais, sociais e culturais (LACERDA et al., 2006). Numa digressão objetiva e informal, pode-se comparar esta modalidade de atenção (internação domiciliar) ao “hospital em casa” (TAVOLARI et al., 2000). Por outro lado, a assistência domiciliar é uma modalidade de AD intermediária no que tange ao cuidado, utilizando-se de serviços humanos em menor quantidade e especificidade e materiais e insumos mais leves. Os termos ‘atendimento domiciliar’, ‘assistência domiciliar’ e ‘cuidado domiciliar’ são sinônimos e representam a mesma modalidade de atenção à saúde (SHIMOCOMAGUI, 2014).

Na assistência domiciliar, o paciente recebe visitas semanais ou quinzenais dos profissionais para acompanhamento (CRUZ, 1999, p. 24), ou seja, sem a frequência e intensidade da internação domiciliar. Como estabelece a própria RDC nº 11/2006, da ANVISA (BRASIL, 2006), na assistência domiciliar predomina o seu caráter ambulatorial, com atividades de cuidado programadas. A assistência domiciliar é considerada uma modalidade de atenção à saúde que consiste no encaminhamento do paciente clinicamente estável que não necessita dos serviços específicos de um hospital, mas que apresentam necessidades formalmente avaliadas (BORGES, 2013). Esse tipo de atenção também pode ser expresso nas terminologias “atendimento domiciliar”, “cuidado domiciliar” ou o próprio “*home care*”, envolvendo ações menos complexas, multiprofissionais ou não, que podem ser comparadas a um consultório em casa (LACERDA et al., 2006).

A visita domiciliar possui caráter pontual e com finalidade específica para coleta de informação e/ou orientações entre os profissionais da saúde com as populações de risco (SHIMOCOMAGUI, 2014). Uma das características da visita domiciliar é a sua capacidade de avaliar as necessidades dos pacientes e seus familiares, bem como o ambiente em que vivem. A equipe interdisciplinar fornece orientações relativas aos cuidados necessários, que serão realizados pelo cuidador,

seja ele familiar, leigo ou profissional (DUARTE; DIOGO 2000, apud DUARTE, 2011, p. 22). A visita domiciliar é também um instrumento utilizado no processo de educação em saúde, por meio do qual, o conhecimento cientificamente produzido, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas e oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (SOSSAI; PINTO, 2010, apud DUARTE, 2011, p. 22). Também pode ser considerada como ferramenta para políticas públicas na saúde da família, por meio de ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde, além das atividades curativas e de reabilitação, permitindo o acesso à atenção básica/primária da população (SANTOS; MORAIS, 2011), não só orientando o paciente em casa, como parametrizando os dados e informações obtidos sobre a saúde da população, que são mais próximos do “real”, se coletados no local em que a pessoa reside (OLIVEIRA, 2014).

Nesse sentido, a visita domiciliar serve também à inclusão para o rastreamento e intervenção nos processos biológicos da população, para conhecer e melhor governar, utilizar estatísticas para quantificar a população e estabelecer metas para legitimar a assistência em saúde com qualidade, garantindo a distribuição dos agentes estatais para operacionalizar a biopolítica (OLIVEIRA, 2014, p. 134), a título do que pode ocorrer no monitoramento de pacientes com a forma leve da SARS-CoV-2 - Covid-19, bem como da reabilitação nas formas graves (GASPAR et al., 2020, ANDREW et al., 2020 e SMITH et al., 2020).

2.3 Características da atenção domiciliar

Uma das características da AD é a sua dinamicidade com o domicílio em si, sendo este um espaço que favorece não só o paciente, mas também seus familiares, permitindo liberdade de criação e condução das atividades que não seriam possíveis em outros espaços diversos ou estranhos ao paciente (OLIVEIRA, 2014). Ainda, o trato direto entre profissionais da saúde, das diversas disciplinas (médica, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, dentre outras), com o paciente e a família possibilita a criação de vínculos mais efetivos, por meio da diversificação de formas de cuidar (SILVA, et al., 2010 apud OLIVEIRA, 2014, p. 26).

É importante destacar que a AD não possui como característica tornar público o espaço que é privado, mas sim particularizar uma ação. Não se trata de levar o

hospital para a casa do paciente, mas sim, conhecendo o “território” do indivíduo e respeitando suas particularidades, conseguir traçar um plano de cuidados de acordo com as possibilidades e os limites aí reconhecidos (ANDRADE, 2007, p. 156). Outra característica é a transferência do cuidado do hospital para o domicílio com institucionalização de cuidados de longa duração, visando manter o paciente em sua própria residência, buscando a sua independência e a mais alta qualidade de vida (WHO, 1999).

A AD proporciona não apenas a redução de custos de forma absoluta, mas também o uso mais adequado dos recursos, pois com um leito desocupado, possibilita-se a ocupação por outro paciente que realmente necessite da internação hospitalar, otimizando-se o recurso e não se utilizando menos recursos (MELONI, 2015), ressalvadas aquelas situações em que o paciente se encontra em AD por força de decisão judicial, onde o gestor tem o controle limitado ao que ficou determinado na tutela jurisdicional.

2.4 O sistema da atenção domiciliar no Brasil e em outros países

A regulamentação da AD na saúde pública brasileira está na Lei nº 10.424/2002 (BRASIL, 2002), que alterou a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), estabelecendo critérios sobre o atendimento e a internação domiciliar em apenas um artigo (art. 19-I) e três parágrafos:

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Também foi editada a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013), adequada pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016a) que estabelece o programa de ações, organiza e define os tipos de serviços que devem ser disponibilizados aos cidadãos, as atribuições dos profissionais, os requisitos

necessários para o direito aos serviços domiciliares, bem como a forma de financiamento para prestação do serviço. Nos artigos 2º e incisos das Portarias em questão (BRASIL, 2013, 2016a) são caracterizados três importantes conceitos para atuação dos entes públicos na AD: a própria AD, o serviço de AD e a figura do cuidador:

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Outros atos normativos e edições de lei tratam sobre a AD de forma geral, seja de autoria da Administração Pública (Artigo 15, inciso IV, Lei nº 10.741/2003, Estatuto do Idoso, 2003; dentre outras) (BRASIL, 2003), seja pelos órgãos de classe profissional da saúde (Resolução CFM nº 1668/2003; Resolução COFEN nº464/2014; Resolução COFFITO nº474/2016; Resolução CFN nº480/2005; Resolução CFF nº386/2002; dentre outras), mas não trazem nenhuma regulamentação quanto à AD na esfera da saúde suplementar (CFF, 2002; CFM, 2003; CFN, 2005; COFEN, 2014; COFFITO, 2016).

A ANVISA (BRASIL, 2006) regulamentou os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de AD nas modalidades assistência e internação domiciliar, de acordo com a RDC nº11/2006. Nesta Resolução, a ANVISA (BRASIL, 2006) caracteriza a AD, estabelece conceitos que englobam o serviço e diferencia a AD, da internação domiciliar e da assistência domiciliar, além de parametrizar outros requisitos para a prestação do serviço a saúde no âmbito domiciliar.

O acesso à AD na saúde pública é bem delineado na Portaria nº 825, editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), em que foram criadas três modalidades de cuidado com a denominação AD1, AD2 e AD3, focadas no grau das necessidades de cuidado do paciente. Algumas competências e atribuições são comuns às três modalidades de AD (BRASIL, 2016a), tais como:

Art. 7º Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II - Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III - Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e
- VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Os pacientes elegíveis à AD na modalidade AD1 são aqueles que demandam cuidados em frequência menor e baixa necessidade de atendimento por equipes multiprofissionais, pois o seu quadro clínico é estável e bem atendido com o auxílio do cuidador. Por tal fato, o serviço público prestado ao paciente que apresenta quadro clínico elegível a esta modalidade está vinculado às equipes de atenção básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatorios de especialidades e centros de reabilitação (BRASIL, 2016a). Já para a modalidade AD2, os critérios de elegibilidade são mais específicos e se encontram exaustivamente prescritos no artigo 9º, da referida Portaria (BRASIL, 2016a):

Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- I - Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II - Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou
- IV - Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Na modalidade de AD3, a elegibilidade do paciente é idêntica à AD2, apenas se alterando a gravidade do caso, ou seja, quando necessita de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica,

paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Na saúde suplementar, não há obrigatoriedade no fornecimento da AD, diferentemente da saúde pública em que os critérios de elegibilidade pressupõem uma obrigatoriedade da Administração Pública, caso haja o enquadramento em tais modalidades. A ANS editou o parecer técnico Nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, sem força de norma regulamentar, esclarecendo sobre a cobertura de “assistência domiciliar (*home care*)”, no sentido de que esse tipo de atenção não possui cobertura obrigatória para os planos de saúde (BRASIL, 2019a). Segundo o parecer, a oferta da AD deverá respeitar os mecanismos de regulação já pré-estabelecidos na Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), bem como os comandos da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA, RDC nº11/20016:

Assim, as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de Atenção Domiciliar como parte da cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos novos e pelos planos antigos adaptados. Contudo, caso o oferecimento de Atenção Domiciliar conste em aditivo contratual acordado entre as partes, tal serviço deve ser obrigatoriamente oferecido de acordo com as regras descritas no referido aditivo contratual, devendo observar rigorosamente os comandos da Resolução da Diretoria 17 de maio de 2019 3 Colegiada da ANVISA - RDC nº 11, de 2006, que regulamenta a modalidade de atendimento em tela para todos os Serviços de Atenção Domiciliar - SAD que atuem em território nacional, sejam públicos ou privados, incluindo os SAD que prestam atendimento aos beneficiários de planos de saúde.

Nos EUA e Canadá, os sistemas de saúde para AD são distintos em relação ao Brasil, com dois formatos: os *Nursing Homes* e o *Home Care*. Os *Nursing Homes* são estabelecimentos tradicionais com leitos, sendo a assistência prestada apenas por enfermeiras. O *Home Care* presta a assistência no domicílio (MENDES, 2001).

Nos EUA, em que pese os serviços de saúde serem eminentemente privados, foi criado em 1966 o *Medicare*, programa de seguro governamental que possui a finalidade de prover cuidados aos idosos e pessoas com determinadas deficiências e doenças, por meio da definição de parâmetros sobre quais serviços seriam reembolsados em diferentes níveis de cuidados (“Part A” - seguro hospitalar; “Part B” - seguro médico e; “Part C” - cobertura de medicamentos prescritos); e em 1965, o *Medicaid* foi criado para pessoas de qualquer idade, mas com recursos financeiros extremamente limitados. Na AD, agências prestadoras de *home care* são

certificadas pelo *Medicare* com a obrigação de seguir as Condições de Participação descritas no *Health Insurance Manual - HIM* (CRUZ, 1999).

O início do fluxo de admissão do paciente para os serviços de *home healthcare* nos EUA, por meio do *Medicare*, pode ser referenciado pelo próprio paciente/cliente, pela família, pelas agências comunitárias de serviço social, pelo médico local ou por qualquer pessoa envolvida. Muitas indicações são encaminhadas pelos enfermeiros ou vêm por meio do plano de alta do hospital onde o paciente estava internado (HARRIS, 1997 apud CRUZ, 1999, p. 28). Porém, é de rigor a necessidade de uma prescrição médica que será recertificada a cada 62 dias, não havendo exigência prévia de hospitalização do paciente (LIU; LONG; DOWLING, 2003).

Há um rigor no monitoramento, na fiscalização e melhoria na qualidade do desempenho das agências de saúde pelo sistema do *Medicare's Home Health* por parte do governo americano. Desde 1999, as agências de saúde domiciliar certificadas pelo *Medicare* são obrigadas a relatar dados sobre processos de qualidade e resultados aos *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) e, em 2003, o CMS começou a apresentar publicamente o desempenho das agências. Além disso, em 2005, o *National Quality Forum* dos EUA adotou medidas de desempenho padronizadas que visavam facilitar a comparação da qualidade do atendimento domiciliar de saúde (WANG et al., 2017b).

No Canadá, diferentemente dos serviços hospitalares e médicos, a AD não é garantida pela legislação nacional específica denominada *Canada Health Act*. No entanto, todas as províncias e territórios canadenses possuem programas de atendimento domiciliar que funcionam como elemento importante no sistema de saúde do país (GILMOUR, 2018).

Os serviços de *home health care* (HHC), que seriam especificamente prestados por profissionais da saúde, ocorrem geralmente por meio de programas de AD com utilização de verbas públicas do governo canadense, mas também é permitido o financiamento privado do serviço. Já os serviços de apoio e suporte, que podem ser caracterizados como aqueles que auxiliam nas tarefas diárias do paciente, como tomar banho, preparar refeições, limpeza e transporte podem ser subsidiados pelos programas públicos de AD, bem como por empresas privadas e agências de voluntariados (GILMOUR, 2018).

No Japão, a AD é custeada integralmente pelo Seguro de Assistência a Longo Prazo (*Long-Term Care Insurance - LTCI*), um tipo de seguro social universal de cuidados de longo prazo em que a seguradora do serviço são os próprios municípios (MORIOKA et al., 2018). Esse sistema que possui como lema "*from care by family to care by society*" foi criado, ante o considerável envelhecimento da população japonesa nos últimos anos, tanto é que essa política histórica de assistência à saúde da população por parte do governo japonês oferece uma variedade de serviços domiciliares, comunitários e institucionais ao qual todo japonês com 65 anos ou mais tem direito ao serviço, de acordo com seu estado físico e mental (SONG; TANG, 2019).

2.5 O papel do Estado na saúde suplementar e a finalidade regulatória da ANS

A possibilidade de a iniciativa privada participar da assistência à saúde está amparada no artigo 199, da Constituição da República - termos idênticos utilizados para permitir a atuação da iniciativa privada no direito à educação disposto no artigo 209, da Carta Magna (BRASIL, 1988). Com isso, denota-se claramente a intenção do constituinte que, por meio de tais disposições constitucionais, possibilitou a iniciativa privada prestar as mencionadas garantias constitucionais sobre referidos direitos sociais prestacionais.

Os sistemas público e privado de saúde se comunicam e estão ligados pelo dever constitucional de garantir a saúde dos cidadãos brasileiros. Essa obrigação deve ser assegurada "por meio de 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", conforme artigo 196 da Constituição da República (BRASIL, 1988).

Após a reforma do sistema de saúde com a Constituição de 1988, observam-se dois nítidos paradigmas em tal sistema – um de inspiração inglesa que privilegia o acesso universal e igualitário, mas que está inserido em uma conjuntura estrutural mais próxima ao modelo norte-americano, onde predomina a estrutura de mercado (GOUVEIA, 2004). Não obstante, a participação complementar do setor privado somente pode se dar na assistência à saúde. Fora do campo assistencial, as atividades de saúde são privativas do Estado, não podendo, sob pena de ferir a Constituição, permitir que o setor privado venha a participar da gestão pública da

saúde, nos seus amplos termos (SANTOS, 2012), como por exemplo, das regulações do sistema, das vigilâncias sanitária e epidemiológica.

Nesse contexto, surge a regulação da atividade econômica da iniciativa privada através do Estado, que pode ser considerada, sem maiores aprofundamentos temáticos, uma conjunção de formas intitucionais que criam, direcionam e até dificultam comportamentos individuais, assim como predeterminam mecanismos de ajuste sobre os agentes econômicos que, na maioria das vezes, decorrem de um conjunto de regras e princípios de organização sem os quais o mercado não poderia funcionar (BOYER, 1990 apud GOUVEIA, 2004, p. 68). Sob esse enfoque, à regulação incumbe monitorar o comportamento e alcance dos mercados, ora propiciando os meios de sua expansão, ora colocando limites à sua atuação (GOUVEIA, 2004).

De forma mais específica, Aragão (2002, apud GOUVEIA, p. 69) define a regulação como a integração de diversas funções do Estado para agir sobre as atividades econômicas, o que envolve três poderes inerentes a esta: o de editar regras, o de assegurar sua aplicação e o de reprimir as infrações. A regulação atua como um conjunto de medidas pelas quais o Estado, de maneira restritiva da liberdade privada ou meramente indutiva, controla ou influencia o comportamento dos agentes econômicos, orientando o mercado em direções socialmente desejáveis. Nesse sentido, a intervenção estatal por meio da regulação deve, em suma, monitorar impactos de mudanças tecnológicas, introduzir competição, aprimorar o grau de relacionamento interinstitucional, procurar eliminar incertezas, ineficiências e barreiras de mercado (RIBAS, 2009).

No processo de desestatização do Estado brasileiro, que se iniciou no começo da década de 90, foram criadas as agências reguladoras para fiscalizar, incentivar e planejar serviços de titularidade do Estado, mas que a sua execução estava sendo repassada, naquele momento, à iniciativa privada ou que já tinha sua atuação na iniciativa privada, mas sem a devida regulamentação (GOUVEIA, 2004).

No setor da saúde suplementar, a agência reguladora ANS foi criada já com a existência de um mercado consolidado, aberto à iniciativa privada, que funcionava desde meados da década de 50, quando surgiram os primeiros planos privados de assistência à saúde em plena atividade (ARAÚJO, 2004), extremamente complexos e não regulados, exceto em relação às seguradoras que tinham seu aspecto

econômico-financeiro já regulado pela SUSEP - Superintendência de Seguros Privados (RIBAS, 2009).

Outro ponto distintivo da regulação na saúde suplementar é que ela está adistrita a apenas um intermediário da cadeia de serviços/atividades: as operadoras de planos privados de assistência à saúde, os demais atores (prestadores, usuários, laboratórios farmacêuticos, dentre outros), em que pese serem atingidos indiretamente, não se submetem à regulação estatal (RIBAS, 2009).

O próprio mercado, em si, possui sua complexidade regulatória, por ser extremamente pulverizado e multifacetado, pois as operadoras de plano de saúde possuem diversas formas de organização societária, que vão desde grandes conglomerados a simples associações sem fins lucrativos, ou seja, a atuação regulatória pode trazer consequências distintas de acordo com o próprio porte econômico e societário do entre regulado (GOUVEIA, 2004).

A principal finalidade da regulação do mercado de saúde suplementar e, por conseguinte, da atuação da ANS, se refere à garantia do acesso a uma assistência integral à saúde e para tanto, pode-se valer a agência reguladora de instrumentos que vão desde a elaboração e aplicação de leis e normas (Resoluções Normativa, Instruções Normativas, dentre outras), sua implementação, monitoramento e avaliação, até o uso de mecanismos que procurem induzir a qualidade dos serviços de saúde (RIBAS, 2009). Por outro lado, a ação regulatória da ANS deve assegurar a sustentabilidade econômica e social das atividades desempenhadas pelos agentes do mercado, fazendo-se presente no gerenciamento de informações que são coletadas tanto junto a esse mercado (operadoras e prestadores de serviço), quanto junto aos consumidores (ARAÚJO, 2004).

Nesse sentido, a regulação não pode ser fator inibidor da oferta de serviços de AD ou que venha a gerar efeitos que aumentem o litígio judicial. Nos EUA, por exemplo, a regulamentação dos valores de reembolso pagos aos prestadores de cuidados domiciliares em enfermagem do *Medicaid*, levou à diminuição da oferta dos serviços de lar de idosos, influenciando diretamente na rentabilidade do mercado de *home care*. Além disso, ocorreram diversos ajuizamentos de demandas que questionavam a legalidade de pagamento a menor no valor do reembolso por alguns estados confederados que adotavam a política do *Medicaid* (HOWARD, 2014).

2.6 A judicialização de políticas de saúde - a judicialização na saúde suplementar sob o enfoque da atenção domiciliar

A judicialização de políticas públicas pode ser considerada “como questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral, que estão sendo decididas, em caráter final, pelo poder judiciário” (BARROSO, 2013, p. 241).

A judicialização de políticas de saúde é um fenômeno que tem obrigado o poder executivo a dar garantia constitucional do direito à saúde, por determinação do poder judiciário para compelir aquele ao fornecimento dos mais diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, insumos e medicamentos. O fenômeno é legítimo nas circunstâncias em que o poder executivo sonega ou deixa de ordenar o acesso oportuno às suas políticas públicas de saúde vigentes ou àquelas que ainda precisam ser formuladas e implementadas (SANTOS; BLIACHERIENE; Ueta, 2011). Por outro lado, o acesso a bens de saúde muito específicos por meio da judicialização, em decorrência da ausência de política pública do executivo que atenda ao objeto da ação judicial ou do desconhecimento do Judiciário nas suas previsões, pode ficar sem o respaldo das melhores evidências técnicas e científicas (BLIACHERIENE et al., 2012), afetar o equilíbrio e respeito às normas orçamentárias, em especial, a Lei de Responsabilidade Fiscal (MAZZA; MENDES, 2014), atender a interesses corporativos, do mercado e da indústria tecnológica e farmacêutica que, por vezes, se conflitam com as reais necessidades de saúde.

O problema da judicialização da saúde atinge vários países com previsão do dever do Estado inscrito na Constituição ou não, onde o Judiciário, por vezes, tem invocado tratados internacionais assinados pelos países, como principal argumento para decidir que o tratamento não pode ser interrompido e também tornar a obrigação coletiva a partir de uma petição individual (HOGERZEIL et al., 2006). A judicialização no Sistema Único de Saúde (SUS) já esteve mais descontrolada e esse fenômeno na assistência à saúde suplementar, embora figure em menor número nos tribunais brasileiros, vêm crescendo e aumentando seus impactos no sistema judiciário e no orçamento das operadoras de planos de saúde (SALVATORI; VENTURA; GANDINI, 2012).

A maioria das demandas judiciais sobre o sistema de saúde suplementar decorre da negativa de coberturas assistenciais praticada pelas operadoras de planos de saúde. Contudo, como as regras desse sistema estão dispostas em

diversos atos normativos, é indispensável o conhecimento de alguns pontos a serem observados na análise de tais demandas para que o beneficiário de plano de saúde tenha acesso ao bem de saúde contratado por ele, bem como para que se mantenha o equilíbrio do sistema (SALVATORI; VENTURA; GANDINI, 2012).

Em estudo realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (BRASIL, 2019a, p. 60), obteve-se o resultado de 41.453 ações judiciais dos principais tribunais do país no ano de 2008, que requeriam alguma tutela à saúde no Judiciário, o que fez esse número aumentar no ano de 2017 para 95.752 processos judiciais. Nesse mesmo estudo (BRASIL, 2019a, p. 49), observou-se que na classificação por assunto de número de processos judiciais em primeira instância, que solicitavam algum tipo de direito a saúde, o maior indicador encontrado foi “planos de saúde” (38,46%, do total pesquisado), demonstrando como a judicialização na saúde suplementar vem aumentando consideravelmente no decorrer dos anos.

Nos Tribunais de Justiça dos Estados de São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Norte, destacados na referida pesquisa (BRASIL, 2019a, p. 50), as principais ações judiciais de tutela à saúde em cada um daqueles tribunais foram referentes a planos de saúde (Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 82%; Tribunal de Justiça do Pernambuco, 45%).

Vê-se, assim, um aumento da judicialização das políticas de saúde, em que podem ser elencados alguns aspectos intrínsecos a tais demandas e que não se limitam apenas ao sistema de saúde suplementar, tais como (RIBEIRO; HARTMANN, 2016, p. 235):

- i) as demandas judiciais são individuais, não coletivas; ii) a maioria dos casos pede o fornecimento de drogas através do SUS; iii) as demandas apresentam taxa de sucesso de 90%; iv) sentenças favoráveis não são baseadas em avaliações médicas independentes, mas em receitas dos médicos pessoais dos reclamantes. v) As receitas podem conter drogas que sequer foram aprovadas para comercialização no Brasil. vi) Há grande parte das decisões constituída de liminares, que requerem entrega imediata das drogas.

Pode-se notar a insegurança jurídica no sistema judicial brasileiro na judicialização na saúde suplementar sob o enfoque da AD pelo conflito de entendimentos entre os tribunais no julgamento de casos que a envolvem na saúde

suplementar. O CNJ, no ano de 2019, editou o enunciado de sumula nº 64, na III Jornada de Direito da Saúde (BRASIL, 2019c), que prescreve:

ENUNCIADO Nº 64 A atenção domiciliar depende de cobertura contratual e indicação clínica, podendo ser prestada nas modalidades de assistência domiciliar e internação domiciliar. A atenção domiciliar não supre a participação da família, responsável também pelo trabalho do cuidador, salvo cobertura contratual quanto a este último. (RDC 11/2006 - ANVISA).

Destaca-se que o poder normativo de tal enunciado e todos os demais enunciados editados pelo CNJ é motivo de discussão jurídica sobre a existência de força de norma secundária, ou seja, que regulamentam as normas primárias (com fundamento direto na Constituição e na lei) e não atuam como se fosse lei, ou se possuem força de norma primária (SANTOS, 2017), o que no presente estudo importa demonstrar que há distinção de entendimentos. Não obstante, “esses enunciados compõem uma importante contribuição do Poder Judiciário para a evolução do enfrentamento do problema da judicialização” (BUCCI, 2017, p. 75), além de poderem ser considerados como ferramenta para um trabalho conjunto dos sistemas de saúde e de justiça, de modo a buscar a institucionalização, em regra jurídica, compreensível pelo sistema de saúde.

Em contrapartida, tem-se a Súmula Normativa nº 90, editada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2012): “Súmula 90. Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de *“home care”*, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer.” Da mesma forma, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro editou súmulas contrariando a referida orientação do CNJ, considerando não só abusiva a negativa como passível de indenização por dano moral. A súmula normativa nº 352, do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016), estabelece que “é abusiva a cláusula contratual que exclui internação domiciliar e sua recusa configura dano moral.” A súmula normativa nº 338 do mesmo Tribunal (RIO DE JANEIRO, 2015) também preceitua que “é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde e a vida do segurado”.

O Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Recurso Especial nº 1.537.301 (BRASIL, 2015b) entendeu que as operadoras de planos privados de assistência à saúde são obrigadas a fornecer a AD se preenchidos os seguintes

requisitos, caso haja omissão contratual sobre a cobertura ou não da AD: (i) haver condições estruturais da residência, (ii) real necessidade do atendimento domiciliar, com verificação do quadro clínico do paciente, (iii) indicação do médico assistente, (iv) solicitação da família, (v) concordância do paciente e (vi) não afetação do equilíbrio contratual, como nas hipóteses em que o custo do atendimento domiciliar por dia não superar o custo diário em hospital.

3. OBJETIVO

3 OBJETIVO

Caracterizar a AD na saúde suplementar provida pela operadora de plano de saúde ou garantida por determinação do poder judiciário.

4. MÉTODOS

4 MÉTODOS

O projeto foi submetido para análise no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob nº 3.275.448.

O estudo consistiu em pesquisa bibliográfica e documental nas áreas da saúde e do direito, mediante acesso às bases de dados nacionais e internacionais com ênfase nas temáticas da AD, saúde suplementar, processo regulatório, agência reguladora e judicialização da saúde. As bases de dados nacionais e internacionais pesquisadas foram: *Pubmed-Medline*, *Bireme-Lilacs*, bibliotecas digitais de teses em sítios eletrônicos das universidades do país, doutrinas jurídicas e da saúde, artigos e teses encontradas em sítios eletrônicos de buscas e pesquisas.

Foi realizada análise dos aspectos normativos do ordenamento jurídico pátrio e internacional, principalmente da Constituição Federal e legislação infraconstitucional, a respeito da AD e sua caracterização, bem como aspectos para uma possível regulamentação e o papel das agências reguladoras, além de avaliar o fenômeno da judicialização na saúde suplementar, em especial para obtenção dos serviços de AD. Também realizou-se análise conceitual das terminologias utilizadas para caracterizar a AD e suas demais formas de cuidados domiciliares, na tentativa de classificar e subdividir os serviços de saúde no domicílio do paciente. Adicionalmente, pesquisou-se o panorama normativo da AD, mediante descrição do funcionamento e da oferta desse tipo de serviço em outros países e no sistema brasileiro de saúde, nos seus componentes público e privado.

Após a revisão bibliográfica e normativa, fez-se a caracterização do perfil de usuários que receberam AD provida pela operadora Grupo São Francisco (ADO), ou garantida por decisão judicial (ADJ), no período de 2013 a 2017. Os dados da ADO foram obtidos junto aos setores de *Home Care* e Controladoria, baseando-se em todas as solicitações médicas realizadas aos pacientes que se encontravam em AD e pagas aos prestadores pelo Grupo São Francisco, no período de 2013 a 2017, com o seguinte registro de dados:

- i) Número de beneficiários assistidos pelo Grupo São Francisco em AD;
- ii) Sexo e idade dos beneficiários, considerada a data de entrada na AD;

- iii) Tipos de contratação do plano de saúde (individual, coletivo, ou outras formas de contratação);
- iv) Características da assistência à saúde oferecida por meio da AD agrupada em procedimentos, materiais, medicamentos, taxas e honorários médicos;
- v) Custo total referente a honorários de profissionais de saúde envolvidos, materiais, procedimentos, medicamentos, taxas e diárias.

Para os casos com ADJ, foram obtidas as seguintes informações, por meio do banco de dados, junto ao setor jurídico do Grupo São Francisco, às quais foram incluídas apenas os processos judiciais que tivessem pedidos de tutela ao direito a saúde para AD:

- i) Número de processos judiciais de 2013 a 2017, ajuizados contra o Grupo São Francisco;
- ii) Pedidos do requerente/autor da ação judicial (visitas profissionais, procedimentos, materiais, medicamentos e insumos, cuidadores, dentre outros);
- iii) Tipo de postulante do processo (Defensoria Pública, Ministério Público ou Advocacia Privada);
- iv) Deferimento ou não de tutela antecipada/liminar, bem como sua revogação ou revisão durante o transcurso do processo, por meio do competente recurso ou durante a fase de instrução em primeira instância;
- v) Solicitação e realização de perícia médica;
- vi) Resultado das decisões finais de mérito (Sentença e Acórdão em Recurso de Apelação)
- vii) Mapeamento dos fundamentos das decisões de mérito em primeiro e segundo grau de jurisdição (baseada na Constituição Federal, na legislação infraconstitucional, nas súmulas dos tribunais superiores e ordinários, nas jurisprudências dos tribunais e nas normas regulamentares das agências reguladoras da saúde).

Na comparação entre os dados dos casos em que o Grupo São Francisco concedeu a AD e aqueles fornecidos por força de decisões judiciais, foram analisados os seguintes indicadores:

Quantitativo: relação de todos os beneficiários ativos nos planos de saúde ofertados pelo Grupo São Francisco obtida junto a ANS pelo ANS TabNet acessado em http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def, que atualiza trimestralmente (março, junho, setembro e dezembro) esse dado a partir de informação da própria operadora de plano de saúde. Foi considerada a média da quantidade de vidas informadas trimestralmente pelo Grupo São Francisco à ANS em cada ano. A base de dados do número de vidas em ADO do Grupo São Francisco considerou todos os beneficiários que receberam qualquer tipo de AD no ano-referência analisado. O número de ações judiciais que envolveram a AD foi contabilizado a partir da data da citação da operadora de plano de saúde, considerando a citação como ano-referência.

Na análise, foi apurada a proporção do número de beneficiários que obtiveram ADO do Grupo São Francisco em relação ao número total de vidas, bem como a proporção entre o número de beneficiários com ADJ em relação à ADO. Neste indicador, o quantitativo condiz a todos os beneficiários que efetivamente receberam atendimento em *home care* em determinado ano e, portanto, não necessariamente a data de citação do processo judicial.

Etário: foram apurados todos os beneficiários que obtiveram ADO ou ADJ, dividindo-os por sexo (masculino e feminino) e por três faixas etárias (menores de 60 anos, entre 60 e 80 anos e maiores de 80 anos).

Tipo de contrato: apurou-se o número de beneficiários que possuíam contratação em plano coletivo e individual na ADO e na ADJ.

Obtenção do custo médio anual: apurou-se o custo médio anual das solicitações médicas e dos beneficiários da ADO e da ADJ, entre os anos 2013 e 2017, obtendo-se o custo médio do período a partir das médias dos respectivos anos.

5. RESULTADOS

5 RESULTADOS

Houve aumento no número de vidas do Grupo São Francisco (Gráfico 1A), bem como da oferta da ADO (Gráfico 1B) e da ADJ (Gráfico 1C) entre os anos 2013 e 2017.

Gráfico 1A - Evolução do número total de beneficiários do Grupo São Francisco, entre os anos 2013 e 2017

Gráfico 1B - Evolução do número de beneficiários em atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO), entre os anos 2013 e 2017

Gráfico 1C - Evolução do ajuizamento de ações judiciais referentes à atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ), considerando a data da citação, entre os anos 2013 e 2017

Houve incremento da taxa de oferta de ADO em relação ao número de vidas no Grupo São Francisco (Gráfico 2A) bem como da proporção de ADJ em relação à ADO, entre os anos 2013 e 2017 (Gráfico 2B).

Gráfico 2A - Proporção entre a oferta de atenção domiciliar provida pela operadora de plano de saúde (ADO) em relação ao número de vidas do Grupo São Francisco, no período de 2013 a 2017

Gráfico 2B - Proporção de oferta de atenção domiciliar concedida por determinação judicial (ADJ) em relação à oferta de atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) entre os anos 2013 e 2017

As pirâmides etárias dos beneficiários (Gráfico 3) que receberam ADO (Gráfico 3A) e ADJ (Gráfico 3B) no Grupo São Francisco são assimétricas: a maioria na ADO são octogenários, enquanto na ADJ, a maioria tem menos de oitenta anos.

Gráfico 3 - Pirâmide etária dos beneficiários que tiveram atenção domiciliar provida pela saúde suplementar do Grupo São Francisco (Gráfico 3A) e por determinação judicial (Gráfico 3B), entre os anos 2013 e 2017

A proporção de oferta de ADJ foi apenas cerca de 10% maior em relação à ADO nos planos individuais. (Gráfico 4). Na ADJ, 21 beneficiários estão vinculados ao contrato de plano de saúde coletivo (53,85%) e 18 (46,15%) ao contrato de plano de saúde individual. Na ADO, 5.829 beneficiários (63,16%) estão vinculados ao contrato de plano de saúde coletivo 3.161 (34,25%) ao contrato de plano de saúde individual e 239 (2,59%) a outros tipos de contratos, tais como repasses de outras operadoras, prestações de serviços, dentre outros.

Gráfico 4 - Proporção de oferta de atenção domiciliar concedida por determinação judicial (ADJ) **(A)**; e de oferta de atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) **(B)**, entre os anos 2013 e 2017, de acordo com o tipo de contratação do plano de saúde: individual (firmado diretamente pelo beneficiário/consumidor com a operadora); coletivo (firmado entre a empresa e a operadora), ou outros: por associações, sindicatos ou entidades de classe (plano coletivo por adesão) com a operadora ou por contratação (caracterizadas como “repassê”, em que beneficiários de outras operadoras foram atendidos pela rede assistencial do Grupo São Francisco)

Gráfico 4A

GRÁFICO 4B

As solicitações médicas da ADO relacionam-se, principalmente, a materiais e procedimentos à saúde. Dentre 319.431 solicitações médicas, (83,33%) são relacionadas a materiais e procedimentos de saúde e o restante medicamentos e outros tipos de serviços. (Gráfico 5A). Na ADJ, dentre as 241 solicitações, 92 (38%) incluem profissionais de saúde na forma de suporte regular (enfermagem) ou visita (médico, fonoaudiologia, fisioterapeuta, nutricionista), 72 (30%) materiais de consumo (gaze, fraldas, dentre outros), 48 (20%) equipamentos (aspirador de secreção, concentrador de oxigênio, aparelho de pressão arterial, glicosímetro, dentre outros) e 29 (12%) medicamentos (Gráfico 5B).

Gráfico 5A - Distribuição em percentual das solicitações médicas para atenção domiciliar provida pela operadora de plano de saúde (ADO), agrupadas como material, procedimentos, medicamentos e outros (taxas, diárias e honorários médicos), no período de 2013 a 2017

Gráfico 5B - Pedidos apresentados pelos pacientes em percentual, que acionaram o serviço de atenção domiciliar por meio judicial (ADJ) agrupados em profissionais de saúde na forma de suporte regular ou visita, equipamentos, materiais e medicamentos, com cobertura pela operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco, no período de 2013 a 2017.

Os custos médios anuais, no período, com as solicitações médicas e com os beneficiários da ADO foram menores em comparação àqueles dispendidos na ADJ (Gráficos 6 e 7). Os custos médios anuais, no período, das solicitações médicas na ADO e na ADJ foram, respectivamente, de R\$ 218,05 e R\$ 410,49, enquanto os custos médios por beneficiário foram, respectivamente, de R\$ 7.180,52 e R\$ 49.793,54.

Gráfico 6 - Custo médio das solicitações médicas para atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) e por determinação judicial (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

Gráfico 7 - Custo médio com os beneficiários da atenção domiciliar provida pelo Grupo São Francisco (ADO) e por determinação judicial (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

Houve um incremento de todos os estágios processuais dentre os 39 casos de ADJ estão demonstrados no Gráfico 8.

Gráfico 8 - Estágios processuais caracterizados como instrução (processos não sentenciados), recursal (processos com recursos de apelação, sem trânsito em julgado) e finalizado (processos com trânsito em julgado) dentre os 39 casos de atenção domiciliar com cobertura da operadora do plano de saúde do Grupo São Francisco garantidos por meio de ação judicial (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

A representação da parte autora na ação judicial dentre os 39 casos de AD estudados deu-se, predominantemente, pela advocacia privada, com 33 processos judiciais (85%) e 6 (15%) pela defensoria pública (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Tipo de representação da parte autora na ação judicial dentre os 39 casos de atenção domiciliar com cobertura da operadora do plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017

Os problemas de saúde apresentados pela maioria dos 39 pacientes que solicitaram ADJ, estão relacionados à incapacidade cognitiva e motora do usuário (afecções neuromusculares) - Gráfico 10. Em 82% dos processos judiciais (32 casos), o autor/paciente era portador de doenças neuromusculares, tais como AVC, Mal de Alzheimer, dentre outros. Em 15% dos processos judiciais (6 casos), o autor/paciente era portador de doenças respiratórias (tais como displasia broncopulmonar, quadro respiratório grave, dentre outros) e outros tipos de doenças e em apenas um caso (3%), o autor/paciente era portador de doença neoplásica.

Gráfico 10 - Problemas de saúde apresentados pelos pacientes que solicitaram atenção domiciliar por meio de ação judicial (ADJ), alegados na petição inicial, de acordo com o pedido/receituário médico juntado no processo judicial da operadora do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017

A concessão na forma de decisão liminar foi obtida na maioria dos casos (86,84% - 33 casos), dentre os 39 pacientes que solicitaram ADJ (Gráfico 11). Destaca-se que um processo judicial não teve pedido de liminar pelo autor da ação.

Gráfico 11 - Concessão na forma de decisão liminar para os 38 pacientes que solicitaram atenção domiciliar, com cobertura pela operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ), entre os anos 2013 e 2017

A abrangência da decisão liminar dos 33 pacientes com ADJ foi integral em 76% (25 processos judiciais) dos casos (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Abrangência da concessão da decisão liminar dos 33 pacientes que tiveram o pedido concedido para a atenção domiciliar por meio de ação judicial a ser garantida pelo Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

Os fundamentos jurídicos para concessão das liminares dos 33 pacientes foram centrados nos pedidos médicos (Gráfico 13). O pedido médico foi utilizado como fundamento para a decisão liminar em 40% do total de fundamentos analisados, o Código de Defesa do Consumidor em 20%, a Súmula 90 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em 18% e a jurisprudência em 16%.

Gráfico 13 - Fundamentos jurídicos para concessões de decisões liminares dos 33 pacientes que solicitaram atenção domiciliar por meio de ação judicial para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

A maioria (64% - 21 casos) das concessões de decisões liminares dos 33 pacientes apresentava apenas um fundamento jurídico (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Número de fundamentos jurídicos empregados para concessões da decisão liminar dos 33 pacientes que solicitaram atenção domiciliar para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco, entre os anos 2013 e 2017

A revogação ou revisão das concessões, ou não, de decisão liminar dos 38 pacientes ocorreram em cinco casos (14%) (Gráfico 15); em três não houve a concessão da liminar e em outros 30 (86%), não houve a revisão ou reversão da concessão da decisão liminar.

Gráfico 15 - Revogação ou revisão das concessões ou não de decisão liminar dos 38 pacientes que solicitaram atenção domiciliar, para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

A maioria (59% - 23 casos) das decisões nos processos judiciais dos 39 pacientes que solicitaram AD foi tomada sem a realização de perícias médicas. Em 33% dos casos (13 processos judiciais) houve perícia médica e; em 8% dos casos (o equivalente a 3 processos judiciais), a perícia médica ainda não fora realizada ou requerida (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Realização de perícias médicas nos processos dos 39 pacientes que solicitaram atenção domiciliar na operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco por meio do Poder Judiciário (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

A maioria (77% - o equivalente a 10 processos judiciais) das conclusões das perícias médicas diverge das solicitações liminares de AD dos 13 processos judiciais em que o laudo pericial já foi concluído (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Resultado das perícias médicas nos processos dos 13 pacientes que solicitaram atenção domiciliar na operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco (ADJ) entre os anos 2013 e 2017

As sentenças já proferidas nos processos judiciais que pleiteavam AD (total de 32 sentenças) prevaleceram à extinção sem julgamento de mérito (38% - o equivalente a 12 processos judiciais), a procedência integral do pedido (22% - o equivalente a 7 processos judiciais). Em 16%, o equivalente a 5 processos judiciais, foram julgados parcialmente procedentes os pedidos do autor/paciente, o mesmo número de processos no julgamento de improcedência. Em dois casos (6%), houve acordo entre as partes e em um caso (3%) houve o reconhecimento da procedência do pedido (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Resultado dos 32 processos judiciais já sentenciados, referentes à atenção domiciliar pleiteada junto a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco nos anos 2013 e 2017

O principal fundamento das sentenças para o julgamento dos casos de AD foi o falecimento do autor (Gráfico 19). Foi utilizado o falecimento do autor como fundamento para a sentença em 17% do total analisado (o equivalente a 10 fundamentos embasados no falecimento do autor). Foi utilizada jurisprudência como fundamento para sentença em 15% do total analisado (o equivalente a 9 fundamentos embasados na jurisprudência), a mesma quantidade também como fundamento no Código de Defesa do Consumidor. Foi utilizada a Súmula 90 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo como fundamento para sentença em 13% do total analisado (o equivalente a 8 fundamentos embasados na referida Súmula). Foi utilizado o resultado do laudo pericial como fundamento para sentença em 12% do total analisado (o equivalente a 7 fundamentos embasados no resultado

do laudo pericial). Outros tipos de fundamentos foram utilizados, o equivalente a 10% (6 fundamentos diferentes dos demais analisados) do total analisado.

Na maioria das sentenças (57%), utilizou-se um único fundamento para o seu resultado (Gráfico 20). Considera-se neste número de fundamentos apenas o objeto da ação referente à AD, excluindo-se outros tipos de pedidos efetuados na ação judicial.

Gráfico 19 - Principais fundamentos das sentenças proferidas nos 32 processos judiciais de atenção domiciliar, já sentenciados, pleiteados para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco

Gráfico 20 - Número de fundamentos utilizados nas 32 sentenças proferidas nos processos judiciais de atenção domiciliar, já sentenciados, para a operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco

A principal parte recorrente das sentenças proferidas nos processos judiciais referentes à AD foi a ré, operadora de plano de saúde (Gráfico 21). Em 44% dos processos judiciais (8 casos), apenas a ré recorreu da sentença; em 33% dos casos judiciais (6 casos), ambas as partes recorreram e em 22% (4 casos) apenas a parte autora recorreu.

Gráfico 21 - Quantidade de recursos interpostos contra a sentença que julgou a solicitação da atenção domiciliar e os respectivos recorrentes, registrados na operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco

O principal resultado dos 24 recursos de apelação interpostos contra as sentenças das ações judiciais referentes à AD foi o não provimento do recurso da ré, operadora de plano de saúde (10 recursos) - Gráfico 22.

Gráfico 22 - Resultado dos 24 recursos de apelação interpostos contra as sentenças proferidas nos processos judiciais que discutem a atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017

Os principais fundamentos dos julgamentos dos 24 recursos de apelação contra as sentenças proferidas nas ações judiciais já sentenciadas sobre a AD foram uniformes (Gráfico 23). A maioria dos julgamentos utilizou apenas um único fundamento para decidir o recurso de apelação contra a sentença proferida em processo judicial que discutia a AD (Gráfico 24). Considera-se neste número de fundamentos apenas o objeto da ação referente à AD, excluindo-se outros tipos de pedidos efetuados na ação judicial ou pedidos de reforma da sentença no recurso interposto.

Gráfico 23 - Principais fundamentos dos julgamentos dos recursos de apelação contra as sentenças proferidas nas ações judiciais, já sentenciadas, sobre a atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 a 2017

Gráfico 24 - Número de fundamentos utilizados nos 15 acórdãos proferidos nos recursos de apelação interpostos contra as sentenças que decidiram a respeito da atenção domiciliar junto à operadora de plano de saúde do Grupo São Francisco entre os anos 2013 e 2017

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido e orientado por três eixos: a singularidade da AD como estratégia para atenção à saúde; o papel do Estado na regulamentação da saúde suplementar, como meio essencial para a sustentabilidade do setor e a garantia assistencial à saúde do usuário e, por último; o fenômeno da judicialização da saúde suplementar e os seus desdobramentos especificados nas duas outras motivações, o papel do Estado-regulador e a AD.

Nesse contexto, foram obtidos os dados demográficos, assistenciais e de custo dos beneficiários de planos de saúde que obtiveram AD garantida pelo Grupo São Francisco (ADO), bem como daqueles que tiveram a garantia da AD por intermédio do Poder Judiciário (ADJ), do período de 2013 a 2017 e foi possível verificar a opção da operadora pela estratégia assistencial, mediante aumento linear da oferta de ADO e da proporção entre a ADJ e a ADO no transcorrer do período analisado.

A motivação para a implantação e manutenção dos programas de AD, provavelmente, foi a redução dos custos operacionais com os cuidados oferecidos ao perfil de beneficiários, geralmente crônicos, com alta permanência hospitalar ou uso frequente de serviços de emergência (FRANCO et al., 2007b). Por outro lado, é inegável que, em perspectiva, o cuidado do beneficiário pode melhorar em relação à assistência hospitalar: estar em casa é melhor e mais seguro para ele e para a família (FRANCO et al., 2007b).

O perfil demográfico dos beneficiários da ADO foi o esperado, com prevalência de pacientes octagenários, do sexo feminino e com doenças crônicas e degenerativas que demandam materiais e procedimentos assistenciais, com monitoramento regular que pode ser conduzido no âmbito domiciliar. Por outro lado, na ADJ a base etária é maior para mulheres entre 60 e 80 anos e para os homens em idade inferior a 60 anos, com doenças de natureza osteoneuromusculares e que, provavelmente, perderam a autonomia para o autocuidado e demandam serviços de profissionais da saúde e/ou cuidadores.

A ADJ está relacionada à vontade/necessidade da família em manter um profissional de saúde/cuidador, possibilitando a seus membros uma vida cotidiana

normal, uma vez que em certas ocasiões, a modalidade da AD é a internação domiciliar, em que o paciente necessita de atenção ininterrupta, durante todo o dia.

Na maioria dos pedidos judiciais, a real necessidade não é essencialmente a AD com os atributos da multidisciplinariedade envolvida, mas de um profissional cuidador que atenda às necessidades diárias do paciente, visto que o principal pedido é a assistência de enfermagem ou técnico de enfermagem 24 horas na residência para atender às limitações do autocuidado. Esse cenário, explica a diferença marcante entre o custo médio no período da ADJ em relação à ADO, avaliada a partir do custo médio anual das solicitações médicas e dos beneficiários.

O custo médio no período de estudo por solicitações médicas na ADO foi de R\$ 218,05 (duzentos e dezoito reais e cinco centavos); já na ADJ, esse custo foi de R\$ 410,49 (quatrocentos e dez reais e quarenta e nove centavos) e essa diferença foi mais acentuada no custo médio no período por beneficiário: na ADO foi de R\$ 7.180,52 (sete mil, cento e oitenta reais e cinquenta e dois centavos), enquanto na ADJ foi de R\$ 49.793,54 (quarenta e nove mil, setecentos e noventa e três reais e cinquenta e quatro centavos), ou seja, superior em 593%

Os resultados encontrados apenas ratificam a literatura no sentido de que a judicialização da saúde possui um custo elevado e distoante com aquele orçado/planejado pela operadora de plano de saúde, ou pela própria saúde pública.

“no ano 2006, a Secretaria do Estado de São Paulo (SES-SP) gastou, com cumprimento das decisões judiciais da comarca da capital, 65 milhões de reais, para atender cerca de 3.600 pessoas. Em comparação, no mesmo ano, ela investiu 838 milhões de reais no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional (alto custo), atendendo 380 mil pessoas. Foram gastos aproximadamente 18 mil reais por paciente com ações judiciais naquele ano, enquanto o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional consumiu 2,2 mil reais por paciente (CHIEFFI, BARRADAS BARATA, 2009)”

No mesmo sentido, Biehl et al. (apud ASENSI, 2013, p. 95) destacaram que em 2008, no Rio Grande do Sul, que tem uma população de 11 milhões de pessoas, “gastaram-se 30,2 milhões de dólares em medicamentos obtidos através do Judiciário para aproximadamente 19.000 pacientes, representando essa despesa em cerca de “22% do gasto total em medicamentos em 2008 e 4% do orçamento total de saúde projetado do Estado”.

Dentre os 39 processos judiciais movidos contra o Grupo São Francisco e que possuíam como pedido a garantia da AD pela operadora de plano de saúde, a

maioria encontrava-se finalizada/encerrada, com o devido trânsito em julgado (27); seis processos judiciais estavam em fase de instrução, ou seja, ainda não haviam sido sentenciados ou com eventual decisão terminativa de mérito e; seis se encontravam em fase recursal, ou seja, com sentença ou decisão terminativa de mérito, porém, sem o julgamento definitivo do competente recurso. O fato de 27 processos judiciais já terem sido finalizados, trouxe ao presente estudo um aprofundamento na análise empírica dos casos, tendo em vista que todas as fases do processo efetivamente ocorreram, desde a fase postulatória até a coisa julgada.

As demandas judiciais são, em sua maioria, representadas pela advocacia privada (85%), o que leva à constatação do caráter individual de tais ações judiciais, inexistindo ações coletivas ajuizadas contra a operadora de plano de saúde dos processos analisados. Esse achado é frequente e caracteriza o fenômeno da judicialização da saúde no país como um todo, que tem como marca a busca na efetivação das tutelas judiciais voltadas à proteção concreta e individual do direito à saúde, com aumento de cidadãos recorrendo ao Poder Judiciário (AITH, 2017).

A AD segue a mesma tendência na judicialização da saúde para outros tipos de bens de saúde como medicamentos, procedimentos, internações, dentre outros, em que a regra geral é a concessão da medida liminar para tutelar a saúde do beneficiário do plano de saúde como demonstrado em amostra de 185 processos, em que a liminar foi concedida na totalidade (BUCCI, 2017). No presente estudo, 86,84% dos casos que requereram a AD, tiveram a decisão liminar concedida e, desses, 76% obtiveram a integral concessão, ou seja, o pedido do beneficiário foi totalmente acolhido liminarmente pelo Poder Judiciário.

É inconteste que a AD possui um complexo de serviços e pessoas envolvidas que denotam uma especial análise para a sua concessão ou não, até mesmo porque alguns aspectos íntimos e operacionais estão envolvidos, tais como estrutura e organização da residência, da família e o próprio período (curto ou longo) para a atenção. A implementação da AD requer o cumprimento de diversos aspectos necessários para o desenvolvimento de seus serviços, tais como, natureza do programa, critérios para elegibilidade do paciente, avaliação dessa elegibilidade, benefícios; operacionalização do programa; financiamento; cobertura e custo (HIRSCHFELD; OGUISSO, 2002).

Assim, transformar a demanda judicial para tutelar a AD em julgamento de massa ou em lote, aplicando-se princípios e leis gerais sem a análise das reais

necessidade de saúde de forma detalhada e aprofundada do caso concreto, principalmente sobre o aspecto técnico dos elementos necessários a ser cumprido para a sua implementação, não parece ser a melhor opção de se prestar a devida tutela jurisdicional.

Nesse sentido, considera-se de suma importância analisar todos os possíveis reflexos gerados por uma decisão judicial, seja ela proferida em cognição sumária (principalmente) ou exauriente, tão somente pela singularidade e complexidade intrínseca da AD. O processo judicial, em si, deve se desenvolver sob o prisma de se reconhecer essa complexidade e o bem de saúde envolvido, com ampla produção de provas e respeito ilimitado ao princípio da ampla defesa e do contraditório.

O resultado encontrado não demonstra o reconhecimento por parte do Poder Judiciário sobre a complexidade da AD, como já demonstrado pelo percentual de decisões liminares concedidas, acatando integralmente o pedido da parte. O magistrado possui diversos meios legais para formar seu convencimento de forma célere e conceder a melhor prestação jurisdicional, mesmo em sede liminar, como por exemplo, a possibilidade de se determinar a justificação prévia antes de deferir a medida liminar, como lhe é permitido no artigo 300, §2º, do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015a).

Adicionalmente, em 59% dos processos judiciais dos casos analisados não foi realizada perícia médica para atestar, de forma técnica e científica, por profissional da saúde especializado e de confiança do juiz, se ao caso deveria ou não ser concedida a AD. Dentre os casos em que houve perícia médica, em 77% deles a conclusão da perícia divergiu do pedido liminar, ou seja, o pedido formulado foi atestado por profissional técnico competente como indevido ou que seria necessária a sua revisão, e que não deveria a operadora de plano de saúde ser compelida a fornecer a AD como efetivamente foi solicitado pelo beneficiário.

Uma característica observada nas tutelas jurisdicionais que concedem a AD refere-se aos fundamentos utilizados pelo magistrado e a evidente predominância e valoração do pedido médico. Em sede liminar, a concessão da AD baseada no pedido médico representou 40% de todos os fundamentos analisados. Em âmbito de sentença, o pedido médico representou 12% de todos os fundamentos analisados. Constata-se, assim, que o Poder Judiciário não questiona o pedido solicitado, não se preocupa com a questão financeira ou com o custo das ações judiciais; entendendo

o profissional médico sobre a necessidade de garantia à saúde, resguarda-se o direito à saúde (RIBEIRO, 2014).

Na decisão liminar, na sentença ou até mesmo em Acórdão foram encontradas decisões com poucos fundamentos. Dentre as decisões liminares analisadas, 64% apresentaram um único fundamento para a concessão ou não da medida, 57% das sentenças analisadas apresentaram um único fundamento para o julgamento do mérito da ação e 23% dos Acórdãos apresentaram um único fundamento para o julgamento do recurso de apelação interposto. Os critérios foram eminentemente quantitativos, o que significa dizer que não é o fato de pouco fundamento importar em mal fundamento e vice-versa. A questão é que se utilizam poucos fundamentos para se decidir sobre a AD, que como foi enfatizado é uma estratégia assistencial complexa e que suscita discussão sobre as responsabilidades da família, da assistência social e da saúde.

As provocações mais complexas feitas pela saúde ao judiciário podem realmente advir de necessidades dos beneficiários não supridas pelo gestor público ou privado, mas também podem encobrir interesses dos beneficiários, dos seus familiares, de profissionais de saúde, do direito ou da indústria tecnológica e farmacêutica (SANTOS, 2018a). Nessas circunstâncias, o ministério público, a defensoria pública e o próprio judiciário, na dimensão do contraditório, pode em regime de emergência, coletar manifestações ou providências dos gestores ou de comitês de assessoria técnica independentes, às solicitações complexas e decidir com base nas melhores evidências técnicas e, assim, contribuir para mitigar a tripla carga de obstáculos que contribuem para as deficiências do sistema de saúde brasileiro: o subfinanciamento, as insuficiências quantitativas e qualitativas dos recursos humanos e as deficiências na governança dos seus serviços (SANTOS, 2018b).

Um dado importante na análise das sentenças refere-se ao número de processos judiciais que tiveram o julgamento de extinção, sem resolução do mérito pelo artigo 485, inciso IX, do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015a), em que prescreve que “o juiz não resolverá o mérito: ix – em caso de morte da parte, a ação for considerada intransmissível por disposição legal”. Na análise do total de fundamentos analisados nas sentenças, observou-se que 17% utilizaram o falecimento do autor. Esse resultado remete à natureza paliativa do pedido da AD por intermédio do Poder Judiciário. Os cuidados paliativos têm por objetivo oferecer

um modo de morrer que acolha o paciente, seu cuidador e sua família (OZAKI, 2014); e a ideia de boa morte no domicílio, com a proximidade da família em momentos de sofrimento é um fenômeno em voga (OLIVEIRA, 2014).

A interposição de recursos, em sua maioria, ocorreu exclusivamente pela parte ré (44%) e de todos os recursos interpostos analisados, 42% obtiveram como resultado o não provimento por parte da ré, operadora de plano de saúde, demonstrando que quem mais recorre também é quem tem o maior número de resultado desfavorável no recurso.

Na saúde suplementar, a regulamentação é palco de tensão e disputa, principalmente pelo bem envolvido (saúde) e os sujeitos nele participantes, as operadoras, os prestadores e os beneficiários. Destaca-se, ainda, que a regulação deve seguir uma política setorial que mantenha harmonia com a política pública de saúde nacional desenvolvida (RIBAS, 2009). Nesse cenário, o Poder Judiciário precisa compreender que o Poder Executivo não está totalmente inerte quanto às políticas econômicas e sociais para garantir o direito à saúde. Existem políticas públicas, regulatórias e fiscalizatórias sendo exercidas ou pensadas, no intuito de garantir a melhor assistência ao destinatário final do serviço – o beneficiário de plano de saúde.

As deficiências das políticas públicas e regulatórias incentivam a procura de outros meios para se alcançar a tutela do direito, sendo o Poder Judiciário a porta de entrada democrática por excelência para tanto – “quanto menos o direito for assegurado, mais a sociedade é forçada a tornar-se jurídica” (GARAPON, 1999 apud FONSECA, 2014, p. 53). Todavia, o Poder Judiciário precisa estar sensível aos aspectos de regulamentação e não proferir decisões fundamentadas apenas no normativo programático da Constituição Federal ou do Código de Defesa do Consumidor, devendo considerar o que vem sendo construído pelos outros poderes, legítimos atores do dever constitucional de garantir o direito prestacional à saúde e que foram eleitos democraticamente para esse *munus*.

Há estratégias institucionais exitosas que visam mitigar a judicialização excessiva sobre a saúde. Os NAT's (Núcleos de Apoio Técnico), vinculado ao Poder Executivo, mais especificamente às Secretarias de Estado, possuem como finalidade assessorar o magistrado nos assuntos relacionados à saúde. Na saúde suplementar, os NAT's ainda são pouco utilizados, porém, por meio desse

dispositivo, as tutelas jurisdicionais poderão ter maior embasamento técnico-científico.

A interação interinstitucional com a finalidade de formar um arcabouço de dados sobre determinadas doenças, laudos elaborados pelas maiores e melhores instituições/especialidades do país, poderia imputar célere solução e diálogo entre os poderes, visando a melhor prestação jurisdicional possível à saúde. Na saúde suplementar, ainda, o contato entre a ANS e o Poder Judiciário, através de acessos virtuais instantâneos, poderia esclarecer determinados pontos sobre o litígio.

Não obstante, as operadoras de plano de saúde devem compreender a sua função social como garantidoras do direito fundamental à saúde dos usuários, neste caso, vinculados a uma relação jurídica privada. Devem assumir esse compromisso como instituição protagonista dentro do próprio sistema único de saúde brasileiro e não apenas visar o lucro pelo lucro, com o intuito permanente e irrazoável na redução dos custos assistenciais de seus consumidores, sem considerar a boa relação de custo e efetividade.

A centralidade da assistência da saúde deve ser sempre o sujeito, o beneficiário que necessita dos cuidados, independentemente da regulação ou do próprio mercado da saúde suplementar. Essa é a premissa constitucional, sob a perspectiva do direito social prestacional a saúde pela qual a iniciativa privada deve reconhecer como também de sua competência, que poderá sim ser fator para a própria judicialização da saúde. No contexto específico, a AD é um caminho promissor para as operadoras de plano de saúde tomarem esse protagonismo, até mesmo se pensado no serviço coletivo prestado por casas e unidades de internação domiciliar em que a atenção e o cuidado da saúde básica possibilitariam um atendimento integrado e multidisciplinar para diversos beneficiários de planos de saúde que necessitassem da AD.

Dentre os Acórdãos analisados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, a respeito de processos judiciais que questionavam sobre os planos privados de assistência à saúde na modalidade coletiva, em 92,5% o consumidor teve sua pretensão acolhida. Os principais fundamentos utilizados pelo Tribunal de Justiça de São Paulo nos julgamentos eram os dispositivos legais previstos no Código de Defesa do Consumidor, na Lei nº9656 e as súmulas editadas pelo próprio TJSP, omitindo, muitas vezes, as Resoluções Normativas editadas pela ANS (ROBBA, 2017). Quanto à negativa de cobertura assistencial das ações analisadas, 95,2%

das decisões foram favoráveis aos consumidores (ROBBA, 2017). Nesses processos não se questionava a ausência de cobertura assistencial por parte da operadora de plano de saúde sobre o procedimento que estava no rol mínimo obrigatório editado pela ANS e disposto na RN nº 428/2017 da ANS (BRASIL, 2017) e, erroneamente, descumprindo com a normativa, a operadora não disponibilizou o serviço através de sua rede credenciada. O que se pedia eram procedimentos que, além de não terem sido contratualizados com as operadoras de plano de saúde, também não eram obrigatórios a sua cobertura pelo rol editado pela ANS.

Nesse sentido, regulamentar a AD por meio da agência reguladora, provavelmente, não parece que mitigará o fenômeno da judicialização. O Judiciário concederá a AD ou não, independentemente da existência de resolução normativa editada pela agência reguladora, garantindo ou não o direito ao beneficiário. O processo regulatório na saúde suplementar não reduz a litigiosidade, e tal fato pode ser observado pelo próprio tratamento do rol de procedimento e eventos editados pela ANS dado pela maioria dos tribunais do país, como meramente exemplificativo.

A obrigatoriedade regulatória para a AD não parece ser o melhor caminho para equilibrar o sistema e trazer o que é necessário: garantia assistencial à saúde do beneficiário por meio da AD, possibilitando a manutenção da oferta pela operadora de plano de saúde como algo viável ao seu negócio. Uma estratégia ideal e que poderia incentivar a oferta da AD na saúde suplementar é o modelo regulatório indutor (RIBAS, 2009). Nesse modelo, caberia, inicialmente, ao agente regulador reconhecer a extrema importância da garantia assistencial e até mesmo social que a AD proporciona ao setor da saúde suplementar, incentivando que o setor regulado procure se valer cada vez mais de tal serviço aos seus beneficiários, incluindo-os nas ações de programas de qualificação, promoção a saúde e prevenção de doença, bem como incentivando e motivando a alta competitividade para a oferta desse tipo de serviço.

A ANS já vem trazendo esses modelos de incentivos para o mercado da saúde suplementar, como por exemplo o projeto parto adequado, que por coincidência adveio de uma judicialização (coletiva, ressalta-se). O projeto faz parte de uma resposta à ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra a agência reguladora e que tem o objetivo de instrumentalizar a implementação de modelos inovadores e viáveis à atenção ao parto e nascimento que valorizem o

parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica (BRASIL, 2016b).

Poder-se-ia pensar num modelo regulatório indutor para a AD, que possa proporcionar benefícios a todos os envolvidos no sistema. Esses incentivos para inclusão da oferta da AD em programas de qualificação, acreditação, promoção e prevenção à saúde, criados pela própria ANS, certamente trariam as operadoras de plano de saúde para o jogo concorrencial na busca da melhor garantia da AD aos seus beneficiários, sendo certo que todos os sujeitos envolvidos ganhariam com esse indutor desenvolvido pelo próprio Estado-regulador.

7. CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A AD é uma opção crescente na saúde suplementar, mas as diferenças de perfil de beneficiários e de custos entre aquela provida pela operadora de plano de saúde e a tutelada pelo Poder Judiciário são marcantes. Assim, o Estado-regulador, por meio da ANS, tem papel importante na indução e no incentivo da melhor oferta de AD, identificando interesses e necessidades de saúde e de assistência social, na perspectiva de mitigar conflitos, preservar essa estratégia de oferta e o equilíbrio do sistema nacional de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

¹ Elaboradas de acordo com as Diretrizes para Apresentação de Dissertações e Teses da USP: Documento Eletrônico e Impresso - Parte I (ABNT) 3ª ed. São Paulo: SIBi/USP, 2016.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADE, E. A. F. **A judicialização da assistência médica suplementar: um estudo de caso em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2015.

AITH, F. M. A. Efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos. Novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

ALBIERO, C. E. **Assistência domiciliar como modalidade de atendimento à saúde no contexto da família e das políticas sociais**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

ANDRADE, L. **Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte - cuidados paliativos na assistência domiciliar**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.

ANDREW, M. et al. Pulse Oximetry for Monitoring Patients with COVID-19 at Home Potential Pitfalls and Practical Guidance Ann Am Thorac Soc Vol 17, No 9, pp 1040–1046, Sep 2020 DOI: 10.1513/AnnalsATS.202005-418FR.

ARAÚJO, A. M. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. ENSP. Rio de Janeiro, 2004.

ASENSI, F. D. **Judicialização da saúde e Conselho Nacional de Justiça**. In: NOBRE, M. A. B.; SILVA, R. A. D. O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BLIACHERIENE, A. C. et al. Protocolo de acesso aos bens de saúde por via judicial no Sistema Único de Saúde. In: SANTOS J. S. et al. (Org.). **Protocolo Clínico e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, v. 1, p. 195-209.

BARROSO, L. R. **O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 10ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BORGES, M. V. **As práticas sociais do binômio cuidador familiar/equipe de saúde em um serviço de assistência domiciliar**. Dissertação (Mestrado em Administração). Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, out. 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, abr. 2002, p. 1.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 01º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em 10 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em 10 jul 2018.

BRASIL. **Lei nº13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, mar. 2015a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Acórdão em Recurso Especial nº 1.537.301 - RJ (2015/0048901-2)**. Min. Relator Ricardo Villas Boas Cueva. Brasília (DF). Data do julgamento em 18 maio de 2015b. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2017/06/3-jurisprudencia.consumidor-STJ-PLANOS-DE-SAUDE.pdf>. Acesso em 10 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 10 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANS. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1** / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade

Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANS. **Resolução Normativa - RN nº428 de 07 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.** 2017. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&form=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em 15 jan 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANS. **Parecer nº 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 Cobertura:** Assistência Domiciliar (HOME CARE); Rio de Janeiro, 2019a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/parecer_2016_04.pdf. Acesso em 10 jul 2018.

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil:** Perfil das demandas, causas e propostas de admissão. Instituto de Ensino e Pesquisa – INSPER. 2019b. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bd709.pdf>. Acesso em 21 jun 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Enunciados da I, II e III Jornada de Direito da Saúde.** 2019c. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: 21 jun 2019.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. **Judicialização da saúde:** a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CALCIORALI, R. P. Aspectos Jurídicos da Regulação do Setor de Saúde Suplementar: uma análise crítica do modelo brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico; Escola de Administração Fazendária (ESAF); Fundação Getúlio Vargas (FGV). (Org.). **III Prêmio SEAE de Monografias em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica.** 1ª ed. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico, 2009, v. 1, p. 311-70.

CAMBRICOLI, F. **Busca de home care faz crescer ações contra planos.** O Estado de São Paulo. 13 ago 2016. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,busca-de-home-care-faz-crescer-acoes-contra-planos-em-sp,10000069274>. Acesso em 20 jan 2017.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B.. A judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 25, n. 8, p.1839-49, 2009.

COLLIER, R. Federal parties target home care. **CMAJ**. v. 183, n. 8, p. E451-E452, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 464, de 03 de novembro de 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução 386, de 12 de novembro de 2002**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 474, de 20 de dezembro de 2016**. Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.668/2003**. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun. 2003. Seção 1. p. 84.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 380/2005, de 28 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan 2006.

CRUZ, L. P. **Assistência domiciliar: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar). Escola de Administração de Empresa de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 1999.

DUARTE, M. M. F. **A visita domiciliária realizada pelo enfermeiro no domicílio de candidatos a transplante hepático no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2005. 630p.

FABRETTI, F. A judicialização na saúde suplementar. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coords.). **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

FENASAÚDE (Federação Nacional de Saúde Suplementar). **Ritmo de crescimento das despesas assistenciais supera o das receitas dos planos de saúde**. 2017. Disponível em <http://fenasaude.org.br/noticias/ritmo-de-crescimento-das-despesas->

assistenciais-supera-o-das-receitas-dos-planos-de-saude.html. Acesso em 16 set 2017.

FONSECA, C. O. **O ativismo judicial e a prática dos diálogos institucionais no âmbito da concretização do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-graduação da Faculdade de Direito de Brasília. Brasília. 2014.

FRANCO, T. B. et al. **Assistência domiciliar na saúde suplementar: revelando os processos de trabalho**. Rio de Janeiro, 2007a. Disponível em <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos.php>. Acesso em 19 jan 2019.

FRANCO, T. B. et al. **Implantação de atenção domiciliar no âmbito da Saúde Suplementar** - modelagem a partir das experiências correntes. Relatório Técnico de Pesquisa. Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro. 2007b.

GASPAR H. A. et al. Home Care as a safe alternative during the COVID-19 crisis **REV ASSOC MED BRAS** 2020; 66(11):1482-1486. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.11.1482>).

GILMOUR, H. Unmet home care needs in Canada. Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-X. **Health Reports**, v. 29, n. 11, p. 3-11, 2018.

GOUVEIA, M. T. C. S. **O modelo de agência reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. **Rev Bras Enferm**. [online]. v. 55, n. 4, p.452-9, 2002.

HOGERZEIL, H. V. et al. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? **Lancet**. v. 368, n. 9532, p. 305-11, 2006.

HOWARD, L. L. Does government oversight improve access to nursing home care? Longitudinal evidence from US counties. **Inquiry**. v. 51, p. 1-12, 2014.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre assistência domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n. 3, p. 485-93, 2008.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc**. v. 15, nº. 2, p. 88-95, 2006.

LIU, K.; LONG, S. K., DOWLING, K. Medicare Interim Payment System's Impact on Medicare Home Health Utilization. **Health Care Financ Rev**. v. 25, n. 1, p. 81-97, 2003.

MACIEL Jr, J. N. **Painel demográfico da saúde suplementar** - últimos 15 anos. 2019. Disponível em <https://www.linkedin.com/pulse/painel-demogr%C3%A1fico-da-sa%C3%BAde-suplementar-%C3%BAltimos-15-maciel-junior/>. Acesso em 20 jun 2019.

MAZZA, F. F.; MENDES, A. N. **Decisões judiciais e orçamento**: um olhar sobre a saúde pública. **R Dir Sanit.** v. 14, n. 3, p. 42-65, nov. 2013/ fev. 2014.

MELONI, D. R. **Análise da implantação da atenção domiciliar no SUS**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organização de Organização de Saúde). Faculdade de Medicina e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2015.

MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MENEZES, L. P. **Atenção Domiciliar**: validação de critérios de inclusão na atenção básica de saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

MOREIRA, E. B.; SOARES Jr, L. A. Regulação econômica e democracia: a questão das agências administrativas independentes. In: BINENBOJM, G (Coord.). **Agências reguladoras e democracia**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

MORIOKA, N. et al. Association between local-level resources for home care and home deaths: A nationwide spatial analysis in Japan. **PLoS ONE**. v. 13, n. 8, p. e0201649, 2018.

OLIVEIRA, S. G. **Melhor em casa?** um estudo sobre a atenção domiciliar. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2014.

OZAKI, V. T. R. **Home care: uma análise à luz da bioética e tutela dos direitos humanos**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual "Júlio de Mesquita Filho". Franca, 2014.

PEREIRA, P. B. A. **Atenção domiciliar e produção do cuidado**: apostas e desafios atuais. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.

RIBAS, B. K. C. **Processo regulatório em saúde suplementar**: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2009.

RIBEIRO, D. S. **O direito à saúde em tempos neoliberais**: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? Dissertação (Mestrado em Serviços Sociais). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2014.

RIBEIRO, L. M.; HARTMANN I. **A judicialização do direito à saúde e as mudanças institucionais no Brasil**. O Judiciário e o Estado Regulador brasileiro [recurso eletrônico] / Mariana Mota Prado (Org.). -São Paulo: FGV Direito SP, 2016. 260 p. (Coleção Acadêmica Livre).

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio De Janeiro. **Súmula da jurisprudência predominante do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro**. 2015. Disponível em <http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=201424000004>. Acesso em 21 jun 2019.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio De Janeiro. **Súmula da jurisprudência predominante do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em <http://www4.tjrj.jus.br/ejud/ConsultaProcesso.aspx?N=201524000012>. Acesso em 21 jun 2019.

ROBBA, R. **Judicialização dos planos e seguros privados de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2017.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A.; GANDINI, J. A. D. Protocolo de Acesso aos Bens de Saúde por Via Judicial no Sistema de Saúde Suplementar. Protocolo de Acesso aos Bens de Saúde por Via Judicial no Sistema Único de Saúde. In: Santos J. S. et al. (Orgs.). **Protocolo Clínico e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. v. 1, p. 211-23.

SANTOS, D. L. **O Conselho Nacional de Justiça, segundo o Supremo Tribunal Federal**. 13.02.2017. Disponível em <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/49396/o-conselho-nacional-de-justica-segundo-o-supremo-tribunal-federal> . Acesso em 20 dez 2020.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm**. v. 16, n. 3, p. 492-7, 2011.

SANTOS, J. S. A tormenta para o acesso à saúde. **JORNAL – ‘A CIDADE’** Ribeirão Preto, maio, p. 2, 2018a.

SANTOS, J. S. Desequilíbrio entre necessidade e demanda faz mal ao sistema de saúde. **JORNAL – ‘A CIDADE’** Ribeirão Preto, julho, p. 5, 2018b.

SANTOS, J. S.; BLIACHERIENE, A. C.; UETA, J. A via judicial para o acesso aos medicamentos e o equilíbrio entre as necessidades e desejos dos usuários do Sistema de Saúde e da indústria. **BIS, Bol Inst Saúde**. v. 13, p. 66-75, 2011.

SANTOS, L. **A saúde e a liberdade da iniciativa privada prevista na Constituição da República**. Biblioteca virtual em Saúde, 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/12/21/a-saude-e-a-liberdade-da-iniciativa-privada-prevista-na-constituicao-da-republica/>. Acessado em 09.06.2018.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. 2012. Disponível em <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJS P.pdf>. Acesso em 21 jun 2019.

SHIMOCOMAQUI, G. B. **Caracterização dos indivíduos assistidos pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) do município de Ribeirão Preto**. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2014.

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. 773-84, 2013.

SILVA, V. R.; STELMAKE, L. L. Cuidadores domiciliares: uma demanda para a ação profissional dos assistentes sociais. **Serv Soc Rev**. Londrina. v. 14, n. 2, p. 145-61; 2012.

Smith JM, Lee AC, Zeleznik H, Scott JPC, Fatima A, Needham DM, Ohtake PJ. Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome. *Phys Ther*. 2020 Jul 19;100(7):1062-1073. doi: 10.1093/ptj/pzaa059).

SONG, P.; TANG, W. The community-based integrated care system in Japan: Health care and nursing care challenges posed by super-aged Society. **Biosci Trends**. v. 13, n. 3, p. 279-81, 2019.

TAVALORI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Rev ADM em Saúde**. v. 9, n. 3, p. 15-8, 2000.

WANG, Y. et al. National Trends and Geographic Variation in Availability of Home HealthCare: 2002-2015. **J Am Geriatr Soc**. v. 65, n. 7, p. 1434-40, 2017a.

WANG, Y. et al. Home Health Agency Performance in the United States: 2011–15. **J Am Geriatr Soc**. v. 65, n. 12, p. 2572-9, 2017b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Home-Based and Long-Term Care Unit. (1999). Home care issues and evidence**. Canada, 1999. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66096/WHO_HSC_LTH_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 25 out 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of World Health Organization**. Geneva, 2006. Disponível em <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em 27 ago 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Home Care across Europe**. Copenhagen, 2012. Disponível em

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf>. Acesso em 25 out 2020.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Rev Administ Pública**. v. 32, n. 5, p. 124-47, 1998.

9. ANEXO

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

CEP <small>HCRP - FMRP - USP</small>	USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO	Plataforma Brasil
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Caracterização das modalidades de atenção domiciliar na saúde suplementar prescrita pelo setor ou garantida pelo poder judiciário		
Pesquisador: João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 11279919.0.0000.5440		
Instituição Proponente: UE-FMRP-USP		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 3.275.448		
Apresentação do Projeto:		
Introdução: A atenção domiciliar é uma estratégia com boa relação custo efetividade para o sistema de saúde, mas com contornos legais e protocolos clínicos e regulatórios de limites pouco definidos.		
Objetivo: Caracterizar o perfil de acesso e de oferta da atenção domiciliar na saúde suplementar prescrita pelo setor ou garantida por meio de decisão judicial.		
Método: Caracterização do perfil de usuários que receberam atenção domiciliar prescrita pela saúde suplementar ou garantida por decisão judicial no Grupo São Francisco, no período de 2017 a 2018, mediante análise de dados relativos ao sexo, idade, origem, forma de contratação do plano (individual ou familiar, coletivo por adesão, coletivo empresarial) diagnóstico pelo código internacional das doenças, descrição dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, custos referentes a honorários de profissionais de saúde envolvidos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros), materiais, medicamentos e insumos (alimentação, material de higiene, curativos, sondas, cateteres, exames complementares, analgésicos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, quimioterápicos e transporte) e números de internações hospitalares com duração em dias. Para os casos com atenção domiciliar garantida por decisão judicial verificar-se-á a solicitação do requerente (visitas profissionais, procedimentos, materiais, medicamentos e insumos, cuidadores, dentre outros), o tipo de autor do processo (Defensoria Pública, Ministério Público ou Advocacia Privada).		
Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 3.275.448

deferimento de tutela antecipada/liminar, solicitação de perícia médica, revogação de tutela antecipada/liminar em primeira ou segunda instância, mapeamento dos fundamentos das decisões (baseada na Constituição Federal, da legislação, nas súmulas dos tribunais e jurisprudência, nas normas regulamentares das agências reguladoras da saúde). Os resultados esperados poderão identificar eventuais vieses na indicação da atenção

domiciliar e subsidiar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, tomando como base o direito à saúde, bem como contribuir para a regulamentação junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar e a produção de efeitos jurídicos vinculantes acerca da indicação e do padrão de oferta de atenção domiciliar

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar as modalidades de atenção domiciliar prescrita pela saúde suplementar e garantida por meio da judicialização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Em função dos processos metodológicos adotados, o projeto não apresenta risco, uma vez que não haverá análise de prontuário médico, mas sim de dados apresentados pelos setores, através de planilhas. Os dados obtidos serão identificados pelas iniciais dos participantes e as, a fim de preservar a identidade pessoa e institucional, mantendo o sigilo e evitando qualquer dano imaterial.

Benefícios: Possibilitar a distinção das diversas modalidades de atenção domiciliar, bem como analisar os fatores envolvidos na judicialização da atenção domiciliar com enfoque na saúde suplementar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de caracterização do perfil de usuários que receberam atenção domiciliar prescrita pela saúde suplementar ou garantida por decisão judicial no Grupo São Francisco, no período de 2017 a 2018, mediante análise de dados relativos ao sexo, idade, origem, forma de contratação do plano (individual ou familiar, coletivo por adesão, coletivo empresarial), diagnóstico pelo código internacional das doenças, descrição dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, custos referentes a honorários de profissionais de saúde envolvidos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros), materiais, medicamentos e insumos (alimentação, material de higiene, curativos, sondas, cateteres, exames complementares, analgésicos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, quimioterápicos e transporte) e números de internações hospitalares com duração em dias. Para os casos com

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 3.275.448

deferimento de tutela antecipada/liminar, solicitação de perícia médica, revogação de tutela antecipada/liminar em primeira ou segunda instância, mapeamento dos fundamentos das decisões (baseada na Constituição Federal, da legislação, nas súmulas dos tribunais e jurisprudência, nas normas regulamentares das agências reguladoras da saúde). Os resultados esperados poderão identificar eventuais vieses na indicação da atenção

domiciliar e subsidiar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, tomando como base o direito à saúde, bem como contribuir para a regulamentação junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar e a produção de efeitos jurídicos vinculantes acerca da indicação e do padrão de oferta de atenção domiciliar

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar as modalidades de atenção domiciliar prescrita pela saúde suplementar e garantida por meio da judicialização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Em função dos processos metodológicos adotados, o projeto não apresenta risco, uma vez que não haverá análise de prontuário médico, mas sim de dados apresentados pelos setores, através de planilhas. Os dados obtidos serão identificados pelas iniciais dos participantes e as, a fim de preservar a identidade pessoa e institucional, mantendo o sigilo e evitando qualquer dano imaterial.

Benefícios: Possibilitar a distinção das diversas modalidades de atenção domiciliar, bem como analisar os fatores envolvidos na judicialização da atenção domiciliar com enfoque na saúde suplementar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de caracterização do perfil de usuários que receberam atenção domiciliar prescrita pela saúde suplementar ou garantida por decisão judicial no Grupo São Francisco, no período de 2017 a 2018, mediante análise de dados relativos ao sexo, idade, origem, forma de contratação do plano (individual ou familiar, coletivo por adesão, coletivo empresarial), diagnóstico pelo código internacional das doenças, descrição dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde, custos referentes a honorários de profissionais de saúde envolvidos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros), materiais, medicamentos e insumos (alimentação, material de higiene, curativos, sondas, cateteres, exames complementares, analgésicos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, quimioterápicos e transporte) e números de internações hospitalares com duração em dias. Para os casos com

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 3.275.448

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_1.pdf	07/04/2019 15:59:53	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_1.pdf	07/04/2019 15:57:04	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_dispenza_TCLE.pdf	07/04/2019 15:51:45	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/04/2019 15:49:54	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Carta_Projeto_Externo.pdf	03/04/2019 00:24:21	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_autorizacao.pdf	03/04/2019 00:21:53	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/04/2019 00:12:57	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/04/2019 22:18:10	João Ricardo de Castro Barbosa do Amaral	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 22 de Abril de 2019

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br