

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Demandas jurídicas por coberturas assistenciais -
estudo de caso: CASSI**

José Antonio Diniz de Oliveira

**Dissertação apresentada ao Programa
De Pós-Graduação em Saúde Pública
Para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio
de Carvalho Fortes**

**São Paulo
2010**

Demandas jurídicas por coberturas assistenciais - estudo de caso: CASSI

José Antonio Diniz de Oliveira

**Dissertação apresentada ao Programa
De Pós-Graduação em Saúde Pública
Para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio
de Carvalho Fortes**

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

Para Gonzalo Vecina Neto, que ensina quando fala e que fez despertar em mim a inquietação pelas questões da saúde pública.

Para Humberto Eudes Vieira Diniz, pela amizade, pelas lutas tantas e pelos ensinamentos muitos desta longa, boa e sempre insuficiente convivência.

Para Marco Antonio Leite dos Santos, velho e bom amigo, que ora compartilha o sonho pretensioso de espalhar saber em gestão da saúde por este País.

Aos meus amigos, tantos que a vida me deu, mesmo os mais distantes e os que já não vejo. Certamente, há um pouco de cada um nestas linhas, como há em mim.

Para Grimoaldo Pinto Ferreira e Eurides Ribeiro Pinto Ferreira, pela ajuda que só eu sei, especialmente no início da minha jornada de estudo e de trabalho.

Para Antonio Diniz de Oliveira e Felícia Toledo de Oliveira, *in memoriam* e com muita saudade.

Para Marília e o fruto do seu ventre, com devotado amor.

AGRADECIMENTOS

No capítulo de agradecer, meus melhores agradecimentos para:

A Diretoria da CASSI, que me confiou os dados e foi fundamental para viabilizar a realização do estudo

Dr. Sandro Roberto dos Santos, Dr. Marcos de Oliveira Pereira, Dr. Joselito Farias dos Santos e Auro Batista de Souza, profissionais da CASSI, pela ajuda inestimável

Olavo José Quadro de Linhares pela assessoria competente no tratamento dos dados e geração de informações, tabelas e figuras

Dr. Nelson Buganza Júnior, pela orientação no campo jurídico e pela velha amizade

José Afonso Pontin, pelo diligente e arguto trabalho de revisão, tão importante para que o texto restasse menos imperfeito

Dra. Isabella Vasconcellos de Oliveira pela assessoria técnica, notadamente nos estudos de avaliação das novas tecnologias em saúde, em que é uma das maiores especialistas do País

Professor Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes, por quem tive o orgulho e a honra de ser orientado, de forma tão segura quanto generosa.

A despeito de tanta ajuda, toda e qualquer imperfeição deve ser imputada somente ao autor.

ÍNDICE

Lista de tabelas

Lista de figuras

Siglas utilizadas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	1
1.2. A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR	2
1.3. AS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO	6
1.4. A AUTOGESTÃO EM ESTUDO: CASSI	7
1.5. A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO SISTEMA DE SAÚDE	9
1.6. A “JUDICIALIZAÇÃO” DA SAÚDE	11
1.7. A JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. DESCRIÇÃO DO ESTUDO	16
3.1. PERÍODO ANALISADO	16
3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
3.3. MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	19
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1. POPULAÇÃO TOTAL E POPULAÇÃO DE LITIGANTES	21
4.2. IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO	26
4.3. AÇÕES RELACIONADAS A COBERTURAS ASSISTENCIAIS	27

4.3.1. Distribuição Geográfica	28
4.3.2. População Total e População Litigante por Sexo	31
4.3.3. Evolução do Número de Ações – 1998 a 2009	32
4.3.4. Tempo de Tramitação	33
4.3.5. Faixas de valor das Causas	37
4.3.6. Ações em Andamento – Possibilidade de Perda	38
4.3.7. Danos Morais	39
4.3.8. Tutelas de Urgência	41
4.3.9. Data de Adesão x Data de Ingresso da Ação	42
4.4. ESTUDO DOS OBJETOS DAS AÇÕES	43
4.4.1. Cobertura de OPME	45
4.4.2. Cobertura de Medicamentos	46
4.4.3. Cobertura de Procedimentos Médicos	46
4.4.4. Cobertura de Exames	47
4.4.5. Cobertura por Outros Tipos de Tratamentos	47
4.5. DISCUSSÃO DOS OBJETOS	50
4.5.1. Negativa de Cobertura – Procedimentos Médicos: Gastroplastia	50
4.5.2. Negativa de Cobertura – OPME: <i>Stents</i>	56
4.5.3. Negativa de Coberturas – Medicamento: Avastin	59
4.5.4. Negativa de Coberturas – Exames: <i>PET Scan</i>	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número de beneficiários de planos de assistência médica, Por segmento, 2009	3
Tabela 2 - População por plano, 2009	8
Tabela 3 - Total de ações – distribuição anual (1998 a 2009)	10
Tabela 4 - Total de ações por UF	17
Tabela 5 - Ações não consideradas no estudo, por UF	18
Tabela 6 - Ações não consideradas, por objeto	19
Tabela 7 - População total x ações por UF	21
Tabela 8 - Beneficiários por plano no Maranhão	23
Tabela 9 - Beneficiários por plano na Bahia	24
Tabela 10 - População total x total de ações x advogados, por UF	25
Tabela 11 - Receitas operacionais e provisões	26
Tabela 12 - Quantidade de ações por plano	28
Tabela 13 - Quantidade de ações por UF	29
Tabela 14 - População total x população litigantes – indicador de litigância	30
Tabela 15 - Quantidade de ações ativas e baixadas	31
Tabela 16 - Distribuição das ações, novos ingressos por ano (1998 a 2009)	32
Tabela 17 - Tempo de tramitação por UF, por faixas	34
Tabela 18 - Tempo médio de tramitação por UF	36
Tabela 19 - Faixas de valor atribuído à causa	37
Tabela 20 - Possibilidade de perda – quantidade e percentual	38
Tabela 21 - Possibilidade de perda – valor e percentual	39
Tabela 22 - Dano moral por UF	40
Tabela 23 - Dano moral por sexo	41
Tabela 24 - Pedido de antecipação de tutela	41
Tabela 25 - Liminares concedidas	41
Tabela 26 - Planos Família – data de adesão x data de ingresso	42
Tabela 27 - Classificação dos objetos	43

Tabela 28 - 20 principais objetos por quantidade	44
Tabela 29 - Cobertura OPME	45
Tabela 30 - Cobertura medicamentos	46
Tabela 31 - Cobertura procedimentos médicos	47
Tabela 32 - Cobertura exames	47
Tabela 33 - Cobertura por outros tratamentos	48
Tabela 34 - Tratamentos em spa, por UF	48
Tabela 35 - Fertilização <i>in vitro</i> , por UF	49
Tabela 36 - Cirurgia bariátrica por plano	53
Tabela 37 - Cirurgias bariátricas por Unidade da Federação	54
Tabela 38 - Prevalência de excesso de peso e obesidade na população com 20 anos ou mais, por sexo, por UF, 2002 – 2003	56
Tabela 39 - <i>Stents</i> – reclamações por UF	58
Tabela 40 - <i>Stents</i> – reclamações por tipo de plano	59
Tabela 41 - Medicamento Avastin por UF	62
Tabela 42 - Medicamento Avastin por plano	62
Tabela 43 <i>Pet scan</i> por UF	66

Lista de Figuras

Figura 1 - Beneficiários de planos de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – 2000 a 2009)	4
Figura 2 - Total de ações por período (acumulado, 1998 a 2009)	11
Figura 3 - População total por plano	22
Figura 4 - População total de litigantes por plano	23
Figura 5 - População total por sexo	31
Figura 6 - População litigantes por sexo	31
Figura 7 - População total x evolução das ações	33
Figura 8 - Tempo decorrido (total das ações)	35
Figura 9 - Tempo decorrido (ações baixadas)	37
Figura 10 - Distribuição por valor – acumulado total (1998 a 2009)	38
Figura 11 - Prevalência da obesidade por faixa etária da população	52
Figura 12 - Cirurgia bariátrica por sexo	53

Siglas Utilizadas

ABRASPE -	Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresa
AMB –	Associação Médica Brasileira
ANS –	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASSEFAZ –	Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
CASSI –	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CBHPM –	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CIEFAS –	Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CNAS –	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSP –	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU –	Conselho de Saúde Suplementar
DIPRO -	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DMRI -	Degeneração Macular Relacionada à Idade
FDA -	<i>Food and Drug Administration</i>
GEAP –	Grupo Executivo de Assistência Patronal
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS –	Instituto de Estudos da Saúde Suplementar
IMC –	Índice de Massa Corpórea
IN -	Instrução Normativa
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
OAB –	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPME –	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PET -	<i>Positron Emission Tomography</i>
RDC –	Resolução da Diretoria Colegiada
RN –	Resolução Normativa

SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSEP – Superintendência de Seguros Privados
UF – Unidade da Federação
UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Le lois sont toujours utiles à ceux qui possèdent et nuisibles à ceux qui n'ont rien.

(Jean Jacques Rousseau, Du Contrat Social)

A diminuição da injustiça não é apenas uma vitória dos injustiçados; é de todos os que lutam pela justiça.

(Luiz Carlos Bresser Pereira)

É preciso fazer um poema sobre a Bahia...

Mas eu nunca fui lá.

(Carlos Drummond de Andrade, in Alguma Poesia, Edições Pindorama, 1930)

RESUMO

OLIVEIRA, J. A. D. **Demandas Jurídicas por coberturas assistenciais – Estudo de caso: CASSI**. 2010. 72 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introdução - A Lei 9.656/1998 fundamenta o marco legal do setor privado da saúde no Brasil. Igualmente importante, a Lei 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para fiscalizar e regulamentar a relação entre operadoras e beneficiários de planos. A partir de então houve um crescimento expressivo no número das ações judiciais, fenômeno denominado judicialização da saúde. **Objetivo** - Conhecer e analisar o montante e os motivos das ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais e avaliar o impacto econômico-financeiro em uma entidade de autogestão. **Método** – Análise de banco de dados das ações judiciais do período 1998 a 2009. A base de dados constitui-se de 7.271 ações cíveis ativas e baixadas. Desse total foram selecionadas 3.569 relacionadas a coberturas assistenciais, cujos dados foram organizados em planilha eletrônica. Analisou-se ainda a população total e o impacto econômico-financeiro a partir de informações de balanço anual. **Resultados** – Várias constatações importantes foram reveladas, como a evolução crescente do número de ações; o fato de a Bahia possuir 9,5% da população assistida e responder por 33,4% das ações totais; as gastroplastias aparecerem como o objeto mais importante – 427 ações (12% do total); o impacto econômico-financeiro atingindo em média 1% da receita total, mas 32% do resultado (superávit) do exercício de 2009, entre outros achados. **Conclusão** – o marco legal foi determinante para os beneficiários recorrerem ao Judiciário por coberturas assistenciais. O fenômeno da judicialização da saúde impacta de maneira significativa a Autogestão estudada. Boa parte das decisões judiciais parece não observar critérios técnicos relacionados à homologação de novas tecnologias e aos protocolos médicos, o que vem ensejando uma atuação mais ativa do Conselho Nacional de Justiça no encaminhamento de questões relacionadas à saúde.

Palavras-chave: Autogestão; Regulamentação; Judicialização da saúde; Decisões judiciais; Cobertura assistencial.

SUMMARY

OLIVEIRA, J. A. D. **Demandas Jurídicas por coberturas assistenciais – Estudo de Caso: CASSI./Healthcare coverage for Legal demands – Case study: CASSI.** 2010. 72 p. Dissertation (Masters in Public Health) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introduction - Law 9.656/1998 moved the legal framework of private health sector in Brazil. Equally important, 9.961/2000 Act created the National Agency for Supplementary Health (ANS) to oversee and regulate the relationship between providers and beneficiaries of plans. Since then there has been significant growth in the number of lawsuits, a phenomenon called the legalization of health. **Objective** - To investigate and analyze the amount and the reasons for lawsuits related to care coverage and to evaluate the economic and financial impact on a self-insured entity. **Methods** - Analysis of database of lawsuits in the period 1998-2009. The database consists of 7271 civil actions, active or downloaded. Of this total were selected 3569 related to care coverage, and data were organized into a spreadsheet. It was also analyzed the total population and the economic and financial impact from the annual balance sheet information. **Results** - Several important findings were revealed as a growing trend in the number of shares, the fact that Bahia has 9.5% of the assisted population and account for 33.4% of the total shares, the gastroplasty appears to be the most important object - 427 shares (12% of total), the economic and financial impact means on average 1% of total revenue, but 32% of the result (surplus) for the year 2009, among other findings. **Conclusion** - the legal framework was crucial for the beneficiaries to avail themselves of judicial assistance coverage. The phenomenon of legalization of health impacts significantly the self study. Much of judicial decisions seem not to notice technical criteria related to approval of new medical technologies and protocols, which have demanded a more active role of the National Council of Justice in addressing health-related issues.

Keywords: Self-insured; regulations; Judicialization health, judicial decisions, health care coverage.

1. INTRODUÇÃO

1.1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

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

O SUS surge na Reforma Constitucional de 1988, que preceitua em seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, definindo de maneira clara a universalidade da cobertura. Isso se constituiu em importante mudança da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal. (SOUZA, 2002).

Não obstante a redação que define o sistema como único, a mesma Constituição Federal, no art. 197 estabelece como “relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Ou seja, admite a possibilidade de a assistência ser oferecida diretamente pelo Estado ou pela iniciativa privada, desde que sob fiscalização e controle do Ente público.

Cabe ao art. 199, *caput*, determinar textualmente que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, ainda que sob regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público.

Dez anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, mais precisamente em 3 de junho de 1998, foi aprovada a Lei 9656. Foi o primeiro grande ato regulatório do Estado sobre o setor suplementar da saúde, que busca resumir em seu conteúdo toda a complexidade do setor de assistência privada à saúde, que até então vivia um verdadeiro estado de anomia, à exceção do segmento de seguro em saúde, cuja atuação era regulada pelo Decreto-Lei 73, de 21 de novembro de 1966.

Referido decreto instituiu o Sistema Nacional de Seguros Privados e constituiu o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP; representa o marco inicial da regulamentação dos seguros

no País, inclusive o seguro-saúde, que se caracterizava por um sistema de reembolso financeiro de despesas médicas de atendimentos realizados livremente no mercado privado.

Com a lei 9656/98, houve a necessidade de se definir as responsabilidades da regulação técnica e financeira do seguro saúde, entre SUSEP e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Coube à Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, estabelecer que as sociedades seguradoras especializadas em saúde ficassem subordinadas às normas e à fiscalização da ANS.

Como marco legal do processo de regulamentação do mercado privado de assistência à saúde, portanto, temos o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e pela Medida Provisória 1665, de 4.6.1998, que modificou o texto da referida lei no dia seguinte da sua publicação. Essa Medida Provisória, vale ressaltar, foi republicada várias vezes, a última delas em 24 de agosto de 2001, sob o número 2.177/44. Além da já mencionada Lei 10.185, o processo de regulamentação da assistência privada à saúde se conclui com a promulgação da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1.2. A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

A ANS, como parte das ações de organização do setor, buscou classificar as operadoras, conforme seu estatuto jurídico (estão aqui listadas apenas aquelas que oferecem assistência médico-hospitalar):

- Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

- Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

- Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou por órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

- Seguradora especializada em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

- Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde. (ANS, 2008).

Esses cinco segmentos atendiam (dezembro de 2009) 42.856.872 brasileiros, conforme tabela 1 a seguir:

Tabela 1

Modalidade	Número de Beneficiários
Autogestão	5.238.087
Cooperativa Médica	15.097.452
Filantropia	1.405.038
Medicina de Grupo	16.086.730
Seguradora Especializada em Saúde	5.029.565
TOTAL	42.856.872

Fonte: ANS, 2009

Segundo o IBGE, a população estimada no Brasil para o ano de 2009 era de 191.480.630 pessoas, o que permite calcular que o percentual de beneficiários assistidos pelo setor de saúde suplementar se situava naquele ano em torno de 22,4%

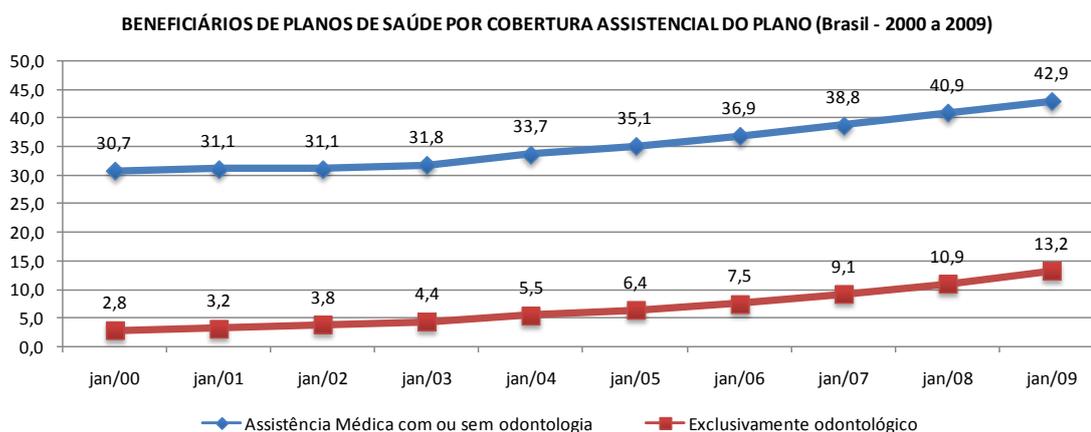
Embora o percentual não atinja $\frac{1}{4}$ da população brasileira, os assistidos pelo setor privado da saúde no Brasil, regulado pela ANS, superam em quantidade a população da Argentina, Polônia e Canadá. Corresponde a duas vezes a população da Austrália ou ainda às populações somadas de Hungria, Portugal, República Tcheca e Suécia (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2010 – dados sobre população disponível em <http://www.who.int/countries/es/>).

A figura 1, extraída do Caderno de Informações da ANS mostra a evolução do número de beneficiários de planos de saúde, de 2000 a 2009 – uma variação de

39,7%. Esse número deve, no entanto, ser analisado com muito cuidado por conta de ter havido, principalmente nos primeiros anos de atuação da Agência, uma subnotificação¹ importante de parte das operadoras que não buscaram registro. Além disso, certamente há sobreposições (não medidas e nem calculadas) de beneficiários que participam de mais de um plano de saúde.

É preciso também considerar que não são abrangidos pela estatística da ANS os beneficiários de planos de saúde ligados a entes de natureza pública (institutos ou caixas estaduais ou municipais de assistência médica, ou ainda beneficiários das autogestões operadas por órgãos de administração direta e autarquias), isentos de registro e de notificação de informações, fora do alcance regulador da ANS, portanto. Estima-se entre 10 a 15 milhões essa população de brasileiros que igualmente são assistidos por um sistema alternativo ao SUS.

Figura 1



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2009

Desde que foi instituída, a ANS vem tratando de regulamentar o setor nas várias dimensões de sua atuação, tais como a definição das regras de cobertura de um plano de saúde referência, o estabelecimento de um rol mínimo de procedimentos

¹ Embora sobejamente utilizado na área da saúde, para expressar a ideia de notificações não efetuadas, o verbete “subnotificação” ainda não faz parte dos nossos dicionários mais conhecidos (Aurélio e Houaiss).

cobertos, a definição de parâmetros de funcionamento das operadoras, a habilitação dos planos, as normas de contratação individual e coletiva de planos e seguros, e de operação da rede credenciada. A Agência cuidou também de fixar diretrizes contábeis e de definir modelagem das informações cadastrais de planos e beneficiários, além de promover as ações de fiscalização e cuidar do processo sancionador das operadoras (ANS, Relatório de Gestão, janeiro 2004 a abril de 2010, página 13).

Uma das Resoluções mais importantes emitidas pela Agência reguladora é justamente aquela relacionada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é a referência de cobertura mínima obrigatória de planos de saúde contratados a partir de 2 de janeiro de 1999.

A elaboração de uma lista contendo os procedimentos de cobertura obrigatória nos planos de saúde é tarefa das mais complexas, não apenas pela dificuldade de disciplinar as novas formas de tratamentos que surgem quase diariamente, mas pelo impacto econômico sobre as operadoras, cada vez que novos eventos são incluídos na cobertura.

A base regulamentar do rol de procedimentos cobertos é a Resolução CONSU Nº. 10/98. A primeira revisão ocorreu em 2000, pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 41 e a segunda em 2001 pela RDC nº 67. Posteriormente, a Resolução Normativa (RN) nº 82, de 2004 (que iniciou a compatibilização com a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, editada pela Associação Médica Brasileira - AMB e Sociedades de Especialidades Médicas), definiu a versão que permaneceu em vigor até o início de 2008. A 4ª revisão, realizada em 2008, buscou concluir a compatibilização com a CBHPM (RN nº 167). Por fim, mais recentemente, a 5ª revisão, cujo processo se iniciou em fevereiro de 2009, traz as novas coberturas na RN 211, que foi publicada em 11 de janeiro de 2010 e entrou em vigor em 7 de junho de 2010. Com a edição da RN nº 211, as revisões do Rol de Procedimentos passam a ser feitas, no mínimo, a cada dois anos.

1.3. AS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO

As entidades de autogestão surgiram na década de 40 do século XX, sendo que a mais antiga dentre elas, a CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil foi criada em 1944. Pode ser considerada, portanto, a modalidade mais antiga de assistência privada à saúde no País.

O fato de não possuírem objetivo econômico (finalidade lucrativa) é o principal traço a distinguir as autogestões dos outros segmentos do setor privado. Normalmente, são planos próprios de empresas, que assumem o risco e a prestação de assistência à saúde dos seus beneficiários, e que podem atuar em diversos formatos.

A UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, entidade representativa do segmento foi criada em 2002 a partir da fusão de duas associações que a precederam nessa função: a ABRASPE – Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresa e o CIEFAS – Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde.

A UNIDAS descreve as modalidades de funcionamento das autogestões da seguinte forma:

a) *pessoa jurídica que opera plano privado de assistência à saúde por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, de que podem ser exemplos a Petrobras, a Caixa Econômica Federal e a Volkswagen;*

b) *pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde; são exemplos a CASSI, do Banco do Brasil; a GEAP, que assiste o funcionalismo público federal; a Fundação Saúde Itaú e a Vale.*

c) *pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação, que opera plano privado de assistência à saúde, exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional, como é o caso de Associações de Fiscais de Renda, ASSEFAZ e Mútua dos Magistrados do Rio de Janeiro. (UNIDAS, 2005).*

Independentemente do formato, tais entidades, detentoras atualmente, conforme os números mencionados na Tabela 1, de 12,2% do mercado privado, também se caracterizam e se diferenciam por outros atributos importantes:

- Controle social, materializado em conselhos de beneficiários, fiscalização formal da gestão ou por meio de associações e sindicatos da categoria.
- Possibilidade de gestão compartilhada em cargos de direção executiva ou nos conselhos deliberativo e fiscal.
- Princípio da solidariedade no custeio, aqui entendida como o modelo em que cada um contribui de acordo com as suas possibilidades (normalmente um percentual do salário) e usufrui conforme a sua necessidade.
- Melhor relação custo-cobertura, não sendo raros os casos de autogestões que oferecem cobertura até mesmo superior ao rol de procedimentos definido pela Agência reguladora, como é grande exemplo a assistência farmacêutica para uso domiciliar para portadores de doenças crônicas.
- Não restrição a doenças e a lesões pré-existentes (DLP), uma distinção importantíssima, já que todas as demais modalidades exigem uma declaração de saúde com a finalidade de não oferecer cobertura, por dois anos, aos beneficiários portadores de qualquer patologia declarada ou identificada.
- População estável, o que enseja o conhecimento do perfil epidemiológico e o desejado investimento em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.
- Foco na qualidade da assistência, com direcionamento do resultado econômico positivo para a melhoria do plano assistencial.

1.4. A AUTOGESTÃO EM ESTUDO

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI, autogestão em estudo, é a maior desse segmento, em número de vidas (13,25% do total de registros da modalidade na ANS), e também a mais antiga instituição de

assistência à saúde suplementar em funcionamento no País, fundada em 27 de janeiro de 1944..

Sua população é constituída por funcionários do Banco do Brasil e seus dependentes diretos (cônjuge e filhos), abrigada no plano denominado Plano de Associados, regido por regulamento próprio. Os parentes até terceiro grau desses associados podem aderir ao Plano CASSI Família (instituído em fevereiro de 1997), dividido em duas sub-populações: Plano CASSI Família I (adesões ocorridas antes da vigência da Lei 9656/98) e Plano CASSI Família II (adesões ocorridas após a referida lei). Ambos são regidos por contratos registrados na ANS. A tabela 2 traz o número de participantes dos referidos planos, posição relativa a dezembro/2009.

Tabela 2

População por Plano - 2009		
PLANO	QTD	%
Família I	94.532	13,9%
Família II	183.510	26,9%
Associados	403.240	59,2%
Total geral	681.282	

A abrangência da assistência é nacional, e a rede de prestadores é constituída de 2.521 hospitais, 3.136 laboratórios, 10.838 clínicas, 21.724 prestadores pessoas físicas e 278 prestadores classificados como outros tipos (assistência domiciliar, remoção, cooperativa de anestesistas) (Relatório Anual, 2009).

Com relação à cobertura assistencial, o Plano Família I é anterior à lei, não alcançável portanto pelas disposições legais e pelos regulamentos da ANS. Já o Plano Família II cobre os eventos previstos no Rol de Procedimentos definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Plano Associados, embora também seja considerado “não regulamentado”, por ter sido instituído muito antes da Lei 9656/98, há importantes coberturas adicionais: todos os tipos de transplantes (mesmo os não constantes do rol da ANS, como fígado, coração, pulmão, pâncreas e pele); UTI aérea e terrestre; tratamento especial para portadores de deficiência; abono de aparelhos e objetos com finalidade médica para uso domiciliar; e abono de materiais e medicamentos de uso domiciliar para pacientes com doenças graves, crônicas ou

degenerativas; tratamentos disponibilizados desde que atendidas as disposições previstas no regulamento do Plano.

Cabe destacar que, pelo fato de a Entidade em estudo não ter finalidade lucrativa, as eventuais negativas de atendimento, motivadoras das ações judiciais, não são baseadas no resultado econômico, mas em outros aspectos que o estudo pretende revelar e analisar.

1.5. A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO SISTEMA DE SAÚDE

Em nosso País, “a consolidação da democracia alargou a importância do Judiciário em face de uma conflituosidade cada vez mais explosiva” (CAMPILONGO, 1994).

Esse fenômeno também aconteceu no campo da assistência à saúde. Embora a busca de solução para problemas entre beneficiários e planos de saúde já fosse feita aos nossos tribunais, com base na evocação e no amparo legal do Código de Defesa do Consumidor (em vigor desde 11 de setembro de 1990 pela lei nº 8.078), foi a partir de 1998, com a aprovação da Lei 9.656, que o número de ações judiciais passou a demonstrar um crescimento numérico importante, especialmente após a criação, em 2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei 9961, de 28/01/2000).

CAMPILONGO (1994) explica a crise do judiciário também pela “expansão dos usuários dos serviços jurídicos (novos atores), hipertrofia normativa (inclusive quanto às fontes do direito) e incremento quantitativo e qualitativo das funções do Judiciário”. Essa percepção se refere ao universo legal de uma maneira geral e também se aplica ao mercado de saúde.

A criação da ANS resultou na edição de grande número de resoluções e normativos, que buscaram disciplinar pontos basilares à atuação de um mercado que vivia até então um verdadeiro estado de anomia, como aqui já se observou.

O arcabouço legal produzido pela agência reguladora, que passou a atuar sobre algumas questões graves do sistema, ganhou espaço na mídia e parece ter despertado uma consciência maior nos consumidores, certamente estimulados por

advogados atentos, que passaram a buscar recuperar na justiça o direito de seus clientes, embasados nos novos documentos jurídicos.

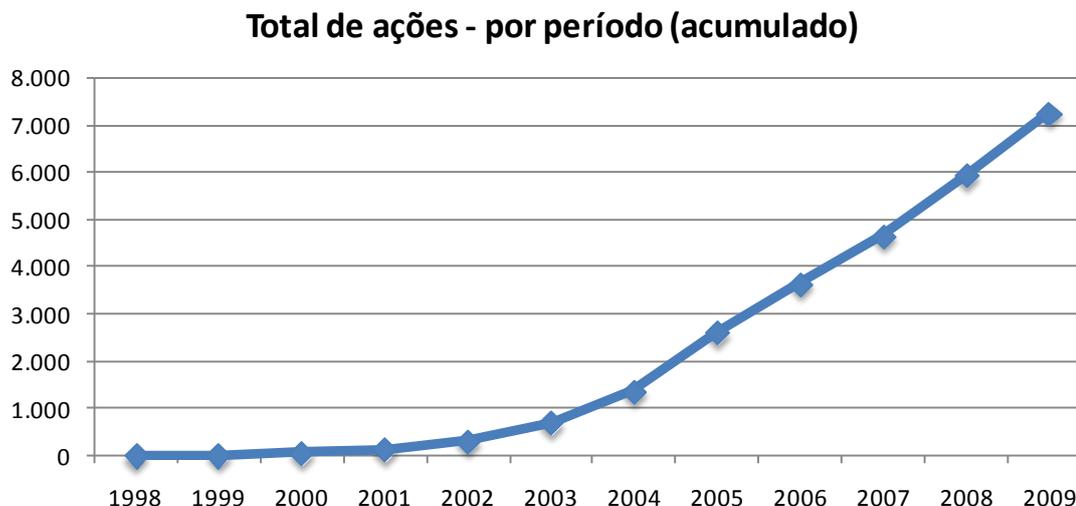
A Tabela 3 mostra a evolução do número de ações cíveis relacionadas à utilização do plano de saúde. De 6 ações em 1998, chega-se, no período, a um total de 7.271 ações, sendo 1.327 delas ingressadas apenas no ano de 2009; o crescimento pode ser considerado vertiginoso, e parece que mantém a tendência de crescimento, na autogestão estudada. Constata-se um fenômeno que vem exigir das empresas, como exigiu da CASSI, a estruturação de uma área específica para atender demanda tão importante, além de se obrigá-las a fazer, por prudência contábil, provisionamento de valores que não intencionavam despende baseadas em amparo técnico, regulamentar ou contratual.

Tabela 3

Total de ações – distribuição anual				
ANO	QTD	Acumulado	%	% Acumulado
1998	6	6	0,1%	0,1%
1999	19	25	0,3%	0,3%
2000	43	68	0,6%	0,9%
2001	73	141	1,0%	1,9%
2002	188	329	2,6%	4,5%
2003	377	706	5,2%	9,7%
2004	674	1.380	9,3%	19,0%
2005	1.236	2.616	17,0%	36,0%
2006	1.040	3.656	14,3%	50,3%
2007	1.012	4.668	13,9%	64,2%
2008	1.276	5.944	17,5%	81,7%
2009	1.327	7.271	18,3%	100,0%
Total geral	7.271	7.271	100,0%	100,0%

Esses mesmos dados, apresentados em gráfico (figura 2), dão uma idéia bastante clara de que se está diante de uma realidade, que se alterou rapidamente no correr dos anos, especialmente no período que se pode nominar “anos ANS” (2000 a 2009), de modo que a resultante não lembra em nada a situação anterior.

Figura 2



Esse processo trouxe inegavelmente aprimoramento para o sistema, como afirma Fausto Pereira dos Santos, que em abril de 2010 concluiu seu mandato de presidente da ANS: “antes da Lei, o mercado tinha várias características de selvageria, como concorrência desleal, falta de ética...” (IESS, 2008). Também é verdade, no entanto, que a nova Lei provocou mudanças no mercado e na forma de atuação das operadoras, além de impactar financeiramente a operação. Por outro lado, resultou em um número substancial de decisões do Judiciário, que passou a influir cada vez mais no cotidiano de prestação da assistência à saúde.

1.6. A “JUDICIALIZAÇÃO” DA SAÚDE

A caracterização de “judicialização” é relativamente recente na realidade do País, em especial no que se refere à assistência à saúde, a tal ponto de o verbete não constar nos dicionários mais conhecidos (Aurélio Buarque de Hollanda e Antonio Houaiss).

O termo judicialização ganhou corpo a partir da publicação, em 1995, do trabalho dos norte americanos Tate e Vallinder, *The Global Expansion of Judicial Power*, no qual defendem a tese de que judicialização envolve essencialmente tornar algo sob a forma do processo jurídico, tanto em termos de transferência de decisões,

como de disseminação das decisões judiciais para além da esfera judicial propriamente dita (MACHADO, 2008).

Os autores identificam a interferência de mandados dos tribunais nas políticas públicas em quase todos os países americanos e atestam que, mesmo os países-membros da União Européia, já tiveram suas políticas alteradas devido à ingerência da Corte Européia. Ou seja, essa interferência do Poder Judiciário não é um fenômeno particular do Brasil (MACHADO, 2008).

Na importante reflexão que faz sobre o tema, o citado autor elenca as possíveis hipóteses que caracterizam o debate da judicialização das políticas de saúde coletiva no Brasil:

Inicialmente, tomemos em consideração as proposições de *Vianna*⁽⁶²⁾ e *Burgos*⁽⁶³⁾, de que a judicialização seria uma extensão da democracia e uma ampliação da cidadania. A fim de validarmos esta hipótese, devemos verificar se, como decorrência do processo de judicialização, ampliou-se a incorporação de “grupos marginais” no sistema político, tal como nos sugere *Cappelletti*⁽⁶⁴⁾, ou se, caso contrário, ao invés de garantir direito, a judicialização não estaria contribuindo para intensificar a assimetria de direitos na sociedade brasileira.” (MACHADO, 2008, p. 87-88).

Tal constatação assume relevância, pois aquilo que poderia estar materializando a igualdade, justa igualdade garantida pela lei e pelo Judiciário, pode na verdade estar acentuando uma desigualdade.

Nesse sentido, em artigo em que estuda entre outros aspectos a jurisprudência das decisões por coberturas assistenciais, WERNER (2008), constata a questão imbricada (sic) de deixar ao Poder Judiciário a dinâmica de estabelecer a condução de políticas públicas na área da saúde, uma vez que se manifestará somente nos casos em que as pessoas carentes conseguirem transpor a difícil barreira de conseguir o acesso à justiça e fabricará decisões e facilidades para os que podem conseguir o acesso à justiça com mais facilidade. E arremata:

Cria-se um círculo vicioso: os mais carentes enfrentarão as dificuldades do acesso aos médicos no SUS e ainda não terão acesso fácil à Justiça. Os mais ricos terão facilidade de acesso aos demais serviços de saúde, em geral pela rede terão acesso ao Poder Judiciário e a uma decisão favorável as suas pretensões. (WERNER, 2008, p. 104).

Os trabalhos publicados sobre judicialização da saúde quase sempre são voltados para a análise do problema quando verificado no Sistema Único de Saúde, de

maneira mais especial quando relacionados ao fornecimento de medicamentos por força de tutela de urgência (quase sempre ação cautelar) que obrigam gestores das três esferas de Governo, Federal, Estadual e Municipal. Boa parte das reflexões feitas, no entanto também se aplica ao setor privado, objeto deste estudo.

1.7. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O décimo aniversário da criação da ANS é importante motivador para uma avaliação dos impactos que o novo arcabouço legal provocou no setor privado de assistência à saúde.

A escassa literatura sobre o tema judicialização, particularmente no que se relaciona ao setor privado da saúde no Brasil, é outra motivação especial.

Não temos dados científicos hoje, no país, para afirmar se o grande volume de ações judiciais, cujo embate se dá em primeira instância, nos diversos tribunais estaduais, trata de pedidos de medicamentos e tratamentos constantes nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do estado, ou seja, na padronização estabelecida pela Política Pública de Saúde, nos três níveis de governo, ou se têm relação, em sua maioria, a bens e produtos excepcionais e de alto custo e outros não padronizados pela política (MARQUES, 2008).

A mesma autora afirma “tampouco temos dados precisos sobre a representação da população nestes processos, principalmente no que tange o apoio de associações, fato que vem sendo imputado como uma possível manipulação da demanda, face ao financiamento de algumas dessas associações por indústrias farmacêuticas interessadas na comercialização deste ou daquele fármaco” (MARQUES, 2008).

O impacto financeiro dessas ações frente à política pública de saúde também merece dados precisos e nacionais, bem como informações sobre outros bens e serviços de saúde que vêm sendo demandados em juízo, como leitos de UTI, órteses, próteses, entre outros. (MARQUES, 2008).

Somente estudos empíricos serão capazes de desvendar os rumos concretos que o processo de judicialização tem formado, uma vez que ele é

condicionado por inúmeros outros fatores extrajudiciais, tais como grau de desigualdade social, nível de escolaridade e mobilização política da população que demanda ações na justiça (MACHADO, 2008).

Sob este enfoque, os estudos existentes no setor privado são precários, e o conhecimento, pouco aprofundado. Revelar a dimensão econômica, o montante, a distribuição geográfica e o objeto das demandas poderá contribuir para o conhecimento das razões de um comportamento crescente das ações, que provoca amplas repercussões para o sistema de saúde no País.

Como gestor do setor de saúde suplementar, com acúmulo de experiência na área, presumo que serão relevantes as conclusões que poderão advir da mensuração dos impactos econômico-financeiros do segmento privado da assistência à saúde, mesmo para a sua porção não lucrativa, como é o caso das autogestões. A análise dos demonstrativos contábeis e dos relatórios gerenciais poderá despertar a atenção para o assunto, revelar a dimensão do problema e ensejar a discussão para o melhor conhecimento da matéria.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar em uma entidade de autogestão a evolução no tempo da quantidade de ações e os objetos (principais causas) que motivam as reclamações judiciais relacionadas a coberturas assistenciais, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2009.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Avaliar o impacto econômico-financeiro provocado pelas ações judiciais.
- 2.2.2. Conhecer a distribuição das ações, por Estados da Federação, comparada com a distribuição da respectiva população assistida.
- 2.2.3. Verificar se há diferença de comportamento entre os litigantes em função do tipo de plano.
- 2.2.4. Verificar se há variação significativa na análise dos objetos em função do tipo de plano, do sexo e da localização geográfica dos beneficiários.
- 2.2.5. Identificar as razões de negativas de coberturas assistenciais, geradoras das ações judiciais

3. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

3.1. PERÍODO ANALISADO

O estudo considerou o recorte temporal que vai de 1998 a dezembro/2009, período de vigência do novo arcabouço legal que disciplina a relação entre operadoras e beneficiários de planos de saúde.

3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A Instituição em estudo realiza o controle de suas ações judiciais pelo aplicativo *Intersap*². A base de dados foi disponibilizada em planilhas de *MS-Excel*, em dois arquivos, um contendo as ações ativas, e outro, as ações baixadas que foram unificadas em uma só planilha, preservando-se a identificação de ativas ou baixadas.

A planilha unificada traz em cada linha uma ação interposta. Nas colunas foram identificadas a Unidade da Federação, o nome do litigante, a vara em que foi distribuída a ação, o número do processo, o valor atribuído à causa, a expectativa da Ré em relação à possibilidade de perda da ação, o valor estimado pela Ré, a data da distribuição da ação, o plano a que pertence, o objeto reclamado e se houve pedido de reparação por dano moral. A essas informações foram juntadas outras relacionadas à população total dos planos, colhidas a partir de relatórios gerenciais, e buscou-se preencher as lacunas de todos os dados, de modo a garantir fidedignidade e significância estatística às informações que seriam geradas.

O trabalho foi feito com o apoio de técnico especializado na referida planilha eletrônica, que se valeu inclusive do recurso de tabela dinâmica para classificar os dados e realizar os cruzamentos.

² aplicativo da PROCÁLCULO – MACDATA, software de levantamento e controle do contencioso jurídico (fonte: <http://www.hotfrog.com.br/Empresas/Intersap>, acessado em 31 março 2010).

Inicialmente, foram catalogadas todas as ações judiciais, ativas ou baixadas, classificadas por Unidade da Federação (UF), independentemente de seu objeto, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4

Total de ações - por UF		
ESTADO - UF	QTD	%
AL	76	1,0%
AM	12	0,2%
AP	1	0,0%
BA	2.431	33,4%
CE	116	1,6%
DF	332	4,6%
ES	78	1,1%
GO	53	0,7%
MA	446	6,1%
MG	391	5,4%
MS	54	0,7%
MT	75	1,0%
PA	43	0,6%
PB	109	1,5%
PE	418	5,7%
PI	49	0,7%
PR	121	1,7%
RJ	1.180	16,2%
RN	189	2,6%
RO	5	0,1%
RR	10	0,1%
RS	300	4,1%
SC	37	0,5%
SE	99	1,4%
SP	634	8,7%
TO	12	0,2%
Total geral	7.271	

Em seguida, foram separadas as ações que não se relacionavam à cobertura assistencial, embora fossem ações cíveis de alguma forma vinculadas à relação da Entidade de autogestão com seus beneficiários. As ações tributárias e trabalhistas, ou seja, que não diziam respeito à assistência à saúde propriamente dita, foram desprezadas em fase anterior à etapa em consideração.

Dessa forma, foram separadas as ações que não seriam consideradas no estudo, conforme tabela 5.

Tabela 5

Ações não consideradas neste estudo - por UF		
ESTADO - UF	QTD	%
ALAGOAS	29	0,8%
AMAZONAS	2	0,1%
BAHIA	1.348	36,4%
CEARÁ	44	1,2%
DISTRITO FEDERAL	208	5,6%
ESPÍRITO SANTO	29	0,8%
GOIÁS	26	0,7%
MARANHÃO	232	6,3%
MATO GROSSO	34	0,9%
MATO GROSSO DO SUL	34	0,9%
MINAS GERAIS	193	5,2%
PARÁ	24	0,6%
PARAÍBA	52	1,4%
PARANÁ	59	1,6%
PERNAMBUCO	161	4,3%
PIAUI	24	0,6%
RIO DE JANEIRO	600	16,2%
RIO GRANDE DO NORTE	83	2,2%
RIO GRANDE DO SUL	163	4,4%
RONDONIA	2	0,1%
RORAIMA	4	0,1%
SANTA CATARINA	24	0,6%
SÃO PAULO	266	7,2%
SERGIPE	54	1,5%
TOCANTINS	7	0,2%
Total geral	3.702	

Ainda que não consideradas no estudo, referidas ações foram classificadas por objeto, como subsidio a possíveis análises futuras e para demonstrar as principais motivações dos beneficiários nos questionamentos jurídicos não relacionados à cobertura, mas de alguma forma vinculados ao relacionamento com a entidade prestadora de serviço assistencial, conforme demonstrado na tabela 6.

Tabela 6

Ações não consideradas - por objeto

OBJETO	QTD	%
não classificadas	1.166	31,5%
RESSARCIMENTO	846	22,9%
REINTEGRAÇÃO AO PLANO	328	8,9%
REAJUSTE DE MENSALIDADE	293	7,9%
PRESTADOR NÃO CREDENCIADO	224	6,1%
REEMBOLSO - LIVRE ESCOLHA	217	5,9%
CARÊNCIA	193	5,2%
COBRANÇA INDEVIDA	104	2,8%
INCLUSÃO DE DEPENDENTE	73	2,0%
OUTROS	60	1,6%
LIMITE ULTRAPASSADO DE SESSÕES	58	1,6%
TARIFA BOLETO BANCÁRIO	49	1,3%
EXCLUSÃO	42	1,1%
REVISÃO DE CLAUSULA CONTRATUAL	23	0,6%
UTILIZAÇÃO INDEVIDA	14	0,4%
HONORÁRIOS MÉDICOS	12	0,3%
Total	3.702	100,0%

Feitas essas depurações na base de dados, o universo estudado totalizou 3.569 ações ativas e baixadas, relacionadas às coberturas assistenciais, que foram analisadas mais detidamente. Embora essas ações judiciais sejam públicas, foram asseguradas no estudo a confidencialidade e a privacidade dos beneficiários, condição que fez parte inclusive de termo de compromisso firmado com a autogestão em estudo.

Os dados de impactos financeiros foram extraídos dos balanços de cada exercício e dos respectivos relatórios anuais.

3.3. MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

A análise qualitativa dos dados obtidos se deu a partir da escolha do principal objeto de cada grupamento definido da cobertura assistencial reclamada (Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME; Medicamentos; Procedimentos Médicos; e Exames).

Para buscar explicar as razões das negativas de tais objetos, foi feita pesquisa bibliográfica sobre os tópicos analisados (Stent, em OPME; Gastroplastia, em

procedimentos médicos; Avastin® (bevacizumabe), em medicamentos; e *Pet Scan*, em exames.

Foi realizada ainda busca de informações em sites especializados e consultados estudos técnicos ainda não publicados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o presente trabalho pretenda concentrar sua atenção nas ações que dizem respeito à cobertura assistencial, convém verificar alguns resultados que vale a pena conhecer na totalidade das ações do conjunto estudado.

4.1. POPULAÇÃO TOTAL E POPULAÇÃO DE LITIGANTES

Primeiramente, convém comparar as ações judiciais por Unidade da Federação com a população total de cada Estado, para conferir se há um equilíbrio de distribuição entre essas duas determinantes (tabela 7):

Tabela 7

População Total x Ações por UF				
UF	POPULAÇÃO	% POPULAÇÃO	AÇÕES	% AÇÕES
AC	1.343	0,2%	0	0,0%
AL	10.136	1,5%	76	1,0%
AM	3.879	0,6%	12	0,2%
AP	1.085	0,2%	1	0,0%
BA	64.440	9,5%	2.431	33,4%
CE	17.981	2,6%	116	1,6%
DF	63.520	9,3%	332	4,6%
ES	11.538	1,7%	78	1,1%
GO	16.772	2,5%	53	0,7%
MA	24.334	3,6%	446	6,1%
MG	64.898	9,5%	391	5,4%
MS	8.387	1,2%	54	0,7%
MT	7.849	1,2%	75	1,0%
PA	10.365	1,5%	43	0,6%
PB	11.246	1,7%	109	1,5%
PE	29.914	4,4%	418	5,7%
PI	7.432	1,1%	49	0,7%
PR	36.709	5,4%	121	1,7%
RJ	81.191	11,9%	1.180	16,2%
RN	11.670	1,7%	189	2,6%
RO	2.560	0,4%	5	0,1%
RR	635	0,1%	10	0,1%
RS	43.289	6,4%	300	4,1%
SC	21.808	3,2%	37	0,5%
SE	11.619	1,7%	99	1,4%
SP	114.061	16,7%	634	8,7%
TO	2.621	0,4%	12	0,2%
Total geral	681.282		7.271	

Uma primeira constatação importante salta aos olhos: o Estado da Bahia, com 9,5% da população da Autogestão estudada, é responsável por 33,4% do total das ações. Destaca-se também, embora com uma litigância bem menos feroz do que a baiana, o Estado do Maranhão, que detém respectivamente 3,6% da população e 6,1% das ações. No mesmo sentido, mas em proporção bem menor, vem o Rio de Janeiro, com 11,9% dos beneficiários e 16,2% do total dos 7.271 questionamentos jurídicos.

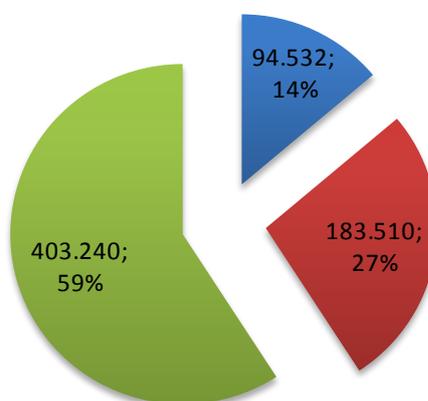
No exemplo oposto, podem-se destacar os três Estados com populações percentualmente importantes, em que se verifica desproporção quando se confronta a população e o número de ações: São Paulo (16,8% e 8,7%, respectivamente), Minas Gerais (9,5% e 5,4%) e Distrito Federal (9,3% e 4,6%).

Na tentativa de buscar uma explicação no tipo de plano dos litigantes, vale a pena olhar novamente como se dá a distribuição da população dos planos, já apresentada na tabela 2, mas agora demonstrada na figura 3:

Figura 3

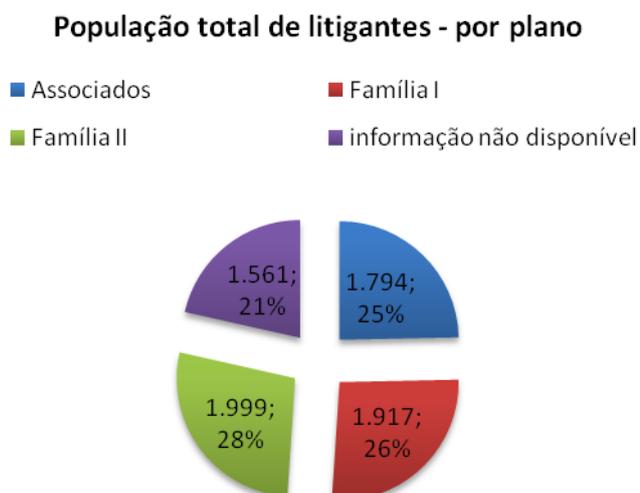
População total - por plano

■ Família I ■ Família II ■ Associados



Constata-se que nacionalmente 59% da população pertencem ao plano de associados; litigam menos do que os participantes dos Planos Família I e II, conforme demonstrado na figura 4. Nota-se que os associados aparecem como responsáveis por apenas 25% do total de ações.

Figura 4



É fácil concluir que os beneficiários do Plano Associados, pelo tipo de vínculo que mantêm com a Autogestão em estudo, litiguem menos do que os participantes dos Planos Família I e II. Uma das explicações seria o fato de os primeiros terem uma relação mais duradoura com a entidade que os congrega, à qual aderem tão logo estabelecem vínculo de emprego com a Entidade patrocinadora e, também, porque usufruem uma cobertura mais ampla do que o segundo grupamento (Família I e II).

Pode-se depreender que a relação dos beneficiários do Plano Família I e II com a Operadora é mais caracteristicamente exercida como de consumo, ao contrário do vínculo associativo, pautado em outros valores e atributos, que se verifica no Plano Associados, tais como a possibilidade de interferir na gestão (votar e ser votado, por exemplo).

Para corroborar ou não essa inferência, cabe conhecer a participação percentual dos beneficiários dos planos, por tipo, no Maranhão (tabela 8) e na Bahia (tabela 9).

Tabela 8

MA	24.334	3,6%	
Associados	5.956	0,9%	24,5%
Família I	4.990	0,7%	20,5%
Família II	13.388	2,0%	55,0%

Verifica-se que 75,5% dos maranhenses que participam do empreendimento assistencial são do Plano Família I ou II, bem distante da média nacional de 41%.

E, na Bahia, como se dá essa distribuição?

Tabela 9

BA	64.440	9,5%	
Associados	23.118	3,4%	35,9%
Família I	12.473	1,8%	19,4%
Família II	28.849	4,2%	44,8%

A grandeza percentual é menor do que a maranhense, mas ainda assim os 64,1% estão bem acima da média nacional. Não pode ser apenas essa a explicação, em função de a participação baiana no total das ações ser proporcionalmente muito expressiva.

Da mesma forma que já é clássica a constatação de que na área da saúde a oferta determina a demanda, buscou-se conhecer se não seria uma concentração importante de advogados no solo baiano que poderia explicar definitivamente o que se pode considerar um fenômeno de litigância concentrada.

A tabela 10 agrega à tabela 7 o número de advogados, por Unidade da Federação; informação extraída do sítio da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), posição de 11.5.2010.

Tabela 10

População Total x Ações x Advogados por UF						
UF	POPULAÇÃO	% POPULAÇÃO	AÇÕES	% AÇÕES	ADVOGADOS	% ADVOGADOS
AC	1.343	0,2%	0	0,0%	2.166	0,4%
AL	10.136	1,5%	76	1,0%	3.590	0,6%
AM	3.879	0,6%	12	0,2%	3.296	0,5%
AP	1.085	0,2%	1	0,0%	922	0,1%
BA	64.440	9,5%	2.431	33,4%	16.980	2,7%
CE	17.981	2,6%	116	1,6%	7.820	1,3%
DF	63.520	9,3%	332	4,6%	15.418	2,5%
ES	11.538	1,7%	78	1,1%	7.733	1,3%
GO	16.772	2,5%	53	0,7%	13.889	2,2%
MA	24.334	3,6%	446	6,1%	4.127	0,7%
MG	64.898	9,5%	391	5,4%	63.345	10,2%
MS	8.387	1,2%	54	0,7%	6.132	1,0%
MT	7.849	1,2%	75	1,0%	5.821	0,9%
PA	10.365	1,5%	43	0,6%	7.971	1,3%
PB	11.246	1,7%	109	1,5%	4.410	0,7%
PE	29.914	4,4%	418	5,7%	13.645	2,2%
PI	7.432	1,1%	49	0,7%	3.831	0,6%
PR	36.709	5,4%	121	1,7%	35.666	5,8%
RJ	81.191	11,9%	1.180	16,2%	112.702	18,2%
RN	11.670	1,7%	189	2,6%	3.766	0,6%
RO	2.560	0,4%	5	0,1%	2.790	0,5%
RR	635	0,1%	10	0,1%	432	0,1%
RS	43.289	6,4%	300	4,1%	40.005	6,5%
SC	21.808	3,2%	37	0,5%	14.891	2,4%
SE	11.619	1,7%	99	1,4%	2.613	0,4%
SP	114.061	16,7%	634	8,7%	222.342	36,0%
TO	2.621	0,4%	12	0,2%	2.068	0,3%
Total geral	681.282		7.271		618.371	

Resta cristalino que a responsabilidade não pode ser imputada à concentração de advogados, já que na Bahia militam apenas 2,8% do expressivo total de 616.205 causídicos do País com registro na OAB. Tampouco se imputaria a eles a responsabilidade pelo desequilíbrio entre população e número de ações no Maranhão, que só detém 0,7% dos advogados cadastrados. Se a variável quantidade de advogados influenciasse diretamente, São Paulo deveria trazer o maior percentual relativo de litigantes, fato não verificado.

Ainda que explicadas em parte referidas concentrações, torna-se claro que principalmente o fenômeno baiano, pela magnitude do desequilíbrio verificado, merece

ser estudado de forma mais aprofundada, pois as informações disponíveis neste trabalho não permitem outras conclusões seguras.

4.2. IMPACTO ECONÔMICO-FINANCEIRO

A avaliação do impacto econômico-financeiro também será feita considerando o universo total das ações. A tabela 11 apresenta o total das receitas operacionais, os valores provisionados em balanço para fazer frente a eventuais despesas com essas ações (o total considera apenas as ações cíveis) e o percentual das provisões sobre as receitas.

Tabela 11 – Receitas Operacionais e Provisões

Ano	Receitas			Provisões	
	Plano de Associados	Família I e II	TOTAL RECEITAS	TOTAL PROVISÕES	% DE PROVISÕES SOBRE RECEITAS
1998	342.048.505	125.218.247	467.266.752	-	
1999	348.672.523	175.711.299	524.383.822	-	
2000	404.658.761	237.817.540	642.476.301	2.345.242	0,37%
2001	433.922.358	306.654.094	740.576.452	2.780.948	0,38%
2002	466.424.322	355.577.127	822.001.449	8.349.204	1,02%
2003	542.640.050	418.787.559	961.427.609	5.991.154	0,62%
2004	614.357.228	510.419.256	1.124.776.484	9.741.496	0,87%
2005	668.547.903	613.779.423	1.282.327.326	15.884.228	1,24%
2006	709.811.000	727.608.000	1.437.419.000	23.042.000	1,60%
2007	984.231.000	799.059.000	1.783.290.000	17.331.000	0,97%
2008	872.623.000	841.959.000	1.714.582.000	15.196.000	0,89%
2009	941.356.000	880.573.000	1.821.929.000	18.140.000	1,00%

Enquanto as receitas tiveram uma variação de 283,57% no período de 2000 (ano do início das provisões) a 2009, o total provisionado cresceu no mesmo intervalo 773,56%. Como as provisões são resultados de cálculos arbitrados, eventual mudança na metodologia ou mesmo maior ou menor conservadorismo na definição dos valores a provisionar pode contaminar o valor registrado em balanço, diferentemente das receitas que, de fato, são valores reais.

Ou seja, o comparativo das variações percentuais, embora à primeira vista salte aos olhos, não permite concluir que o impacto é crescentemente significativo, já

que a média dos últimos 5 anos (2005 a 2009) – quando os valores se mostraram mais significativos – se situa na casa do 1% (média da provisão anual sobre receita total anual, no referido período, calculada em 1,14%).

Embora de valor nominal elevado, é possível concluir que o impacto econômico é proporcionalmente menor do que o impacto administrativo – suporte necessário para gerir e acompanhar o contencioso das ações, por conta principalmente de seu volume e dispersão geográfica, no caso em estudo.

Mas não é bem assim.

O percentual de 1%, que a princípio denota uma grandeza pequena, pode, no entanto, ser enganoso – como são tantas vezes os números. Comparados os R\$ 18,1 milhões provisionados em 2009 (vale a pena lembrar que provisão é considerada despesa, redutora de resultado, portanto) com o resultado operacional da Autogestão em estudo no mesmo ano de 2009, R\$ 56.5 milhões³, constata-se que os valores que se prevê gastar com ações judiciais significam importantes 32% do resultado operacional do exercício.

É possível concluir, sem delongas, que o impacto da judicialização na Autogestão em estudo é significativo do ponto de vista do custo da estrutura administrativa (por conta do volume de ações) e em relação ao resultado econômico (praticamente 1/3 do resultado do último exercício).

4.3. AÇÕES RELACIONADAS A COBERTURAS ASSISTENCIAIS

As ações que mereceram análise mais detalhada, objeto central deste trabalho, estão relacionadas a coberturas assistenciais. Totalizam 3.569 e apresentam a distribuição por plano conforme tabela 12.

³ Extraído do relatório anual 2009 da Autogestão em estudo.

Tabela 12

Quantidade de ações - por plano			
PLANO	QTD	%	POPULAÇÃO
Família II	1.123	31,5%	183.510
Família I	1.070	30,0%	94.532
Associados	1.038	29,1%	403.240
informação não disponível	338	9,5%	
Total geral	3.569		681.282

Comparada com a tabela 2 (que apresenta o total da população por plano), verifica-se uma relação desproporcional. Os beneficiários dos Planos Família I e II, embora representem 40,8% da população total (tabela 2), respondem por 61,4% das ações em estudo. Cabe destacar, ainda com base na tabela 2, que o Plano Família I detém 13,9% da população e responde por 30% das ações, sendo portanto o grupamento que mais demanda ações judiciais por cobertura assistencial, muito provavelmente por ser um plano instituído antes da publicação da Lei 9656/98, com cobertura inferior quando comparado aos demais planos..

4.3.1. Distribuição Geográfica

A distribuição dessas mesmas 3.569 ações por Unidade da Federação é apresentada na tabela 13.

Tabela 13

Quantidade de ações - por UF		
UF	QTD	%
AL	47	1,3%
AM	10	0,3%
AP	1	0,0%
BA	1.083	30,3%
CE	72	2,0%
DF	124	3,5%
ES	49	1,4%
GO	27	0,8%
MA	214	6,0%
MG	198	5,5%
MS	20	0,6%
MT	41	1,1%
PA	19	0,5%
PB	57	1,6%
PE	257	7,2%
PI	25	0,7%
PR	62	1,7%
RJ	580	16,3%
RN	106	3,0%
RO	3	0,1%
RR	6	0,2%
RS	137	3,8%
SC	13	0,4%
SE	45	1,3%
SP	368	10,3%
TO	5	0,1%
Total geral	3.569	

Para ensejar melhor análise da distribuição geográfica, é interessante calcular um “indicador de litigância”, dividindo a população litigante pela população total de cada Unidade da Federação. O resultado é apresentado na tabela 14.

Tabela 14

População Total x População de Litigantes - Indicador de Litigância			
UF e plano	POP. TOTAL	POP. LITIGANTES	IND. LITIGÂNCIA
AC	1.343	0	0,00
AL	10.136	47	0,46
AM	3.879	10	0,26
AP	1.085	1	0,09
BA	64.440	1.083	1,68
CE	17.981	72	0,40
DF	63.520	124	0,20
ES	11.538	49	0,42
GO	16.772	27	0,16
MA	24.334	214	0,88
MG	64.898	198	0,31
MS	8.387	20	0,24
MT	7.849	41	0,52
PA	10.365	19	0,18
PB	11.246	57	0,51
PE	29.914	257	0,86
PI	7.432	25	0,34
PR	36.709	62	0,17
RJ	81.191	580	0,71
RN	11.670	106	0,91
RO	2.560	3	0,12
RR	635	6	0,94
RS	43.289	137	0,32
SC	21.808	13	0,06
SE	11.619	45	0,39
SP	114.061	368	0,32
TO	2.621	5	0,19
Total geral	681.282	3.569	0,52

Este exercício procurou revelar a proporção de ações sobre a população total da UF. Foi possível apurar, considerando apenas as ações em estudo, que há 190 beneficiários para cada ação (ou 0,52 ações, em média, para cada 100 beneficiários). Em uma condição de normalidade, não houvesse outros fatores de influência, seria lícito esperar uma relação proporcional, próxima da média. No entanto, verificou-se discrepância importante.

Como principais litigantes revelam-se, além da campeoníssima Bahia (indicador de litigância 1,68, ou uma ação para cada 59 beneficiários), as seguintes UF,

na ordem: RR (0,94), RN (0,91), MA (0,88) e PE (0,86). Pelo mesmo critério, os menos litigantes são, na ordem: SC (0,06), AP (0,09), RO (0,12), GO (0,16) e PR (0,17), sem considerar o Acre que não teve nenhuma ação entre as estudadas.

Interessante notar que, entre os mais litigantes, preponderam os estados do nordeste (BA, RN, MA e PE); os menos litigantes são representantes do sul do País (SC e PR).

4.3.2. População Total e População Litigante por Sexo

A mesma população, dividida por sexo, indicou quase a mesma proporção verificada na população total, conforme se verifica nas figuras 5 e 6.

Figura 5

População total - por sexo

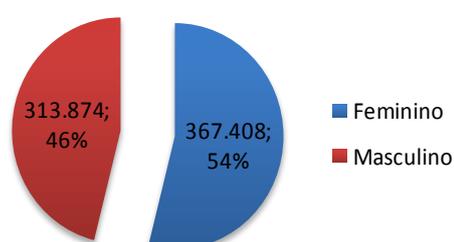
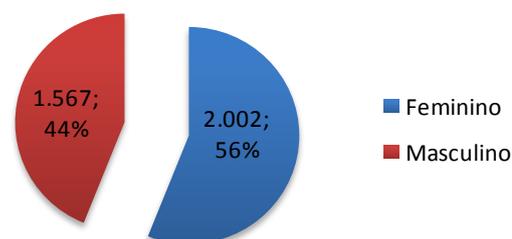


Figura 6

População litigantes - por sexo



Dessas 3569 ações, 2564 encontram-se ativas, pendentes de decisão de mérito, e 1005 já estão baixadas, conforme tabela 15.

Tabela 15

Quantidade de ações		
UF	QTD	%
ATIVA	2.564	71,8%
BAIXADA	1.005	28,2%
Total geral	3.569	

4.3.3. Evolução do Número de Ações – 1998 a 2009

A tabela 16 apresenta a evolução do número de ações, ano a ano, no período em análise (1998 a 2009)

Tabela 16

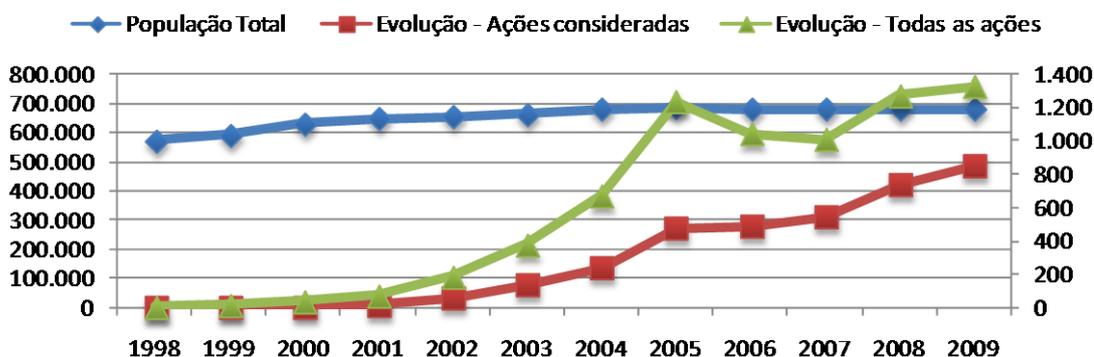
Distribuição das Ações - Novos Ingressos, por Ano				
Ano / Mês	Quantidade	Acumulado	%	% Acumulado
1998	1	1	0,0%	0,0%
1999	4	5	0,1%	0,1%
2000	7	12	0,2%	0,3%
2001	21	33	0,6%	0,9%
2002	58	91	1,6%	2,5%
2003	137	228	3,8%	6,4%
2004	240	468	6,7%	13,1%
2005	477	945	13,4%	26,5%
2006	491	1.436	13,8%	40,2%
2007	547	1.983	15,3%	55,6%
2008	735	2.718	20,6%	76,2%
2009	851	3.569	23,8%	100,0%
Total geral	3.569	Total geral		

Vale notar que a coluna “Quantidade” da tabela 16 registra apenas as novas ações ingressadas em cada ano, que apresentam um crescimento constante no período. O comportamento, neste caso das ações relacionadas a coberturas, é um pouco diferente das ações totais, conforme se verificou na tabela 3.

Neste caso, o crescimento é constante no tempo, diferente do caso das ações totais em que se registrou uma queda no ano de 2006 e 2007, conforme apontado na figura 7.

Figura 7

População Total x Evolução das ações



Observações: o eixo da esquerda representa a quantidade da 'população total', enquanto o eixo da direita representa as quantidades da 'evolução - ações consideradas' e 'evolução - todas as ações'.

Nota-se que embora a população permaneça praticamente estável nos últimos anos do período (2004 a 2009), as ações relacionadas a coberturas assistenciais são sempre crescentes, fato que permite concluir que elas serão sempre mais significativas em relação à população total.

4.3.4. Tempo de Tramitação

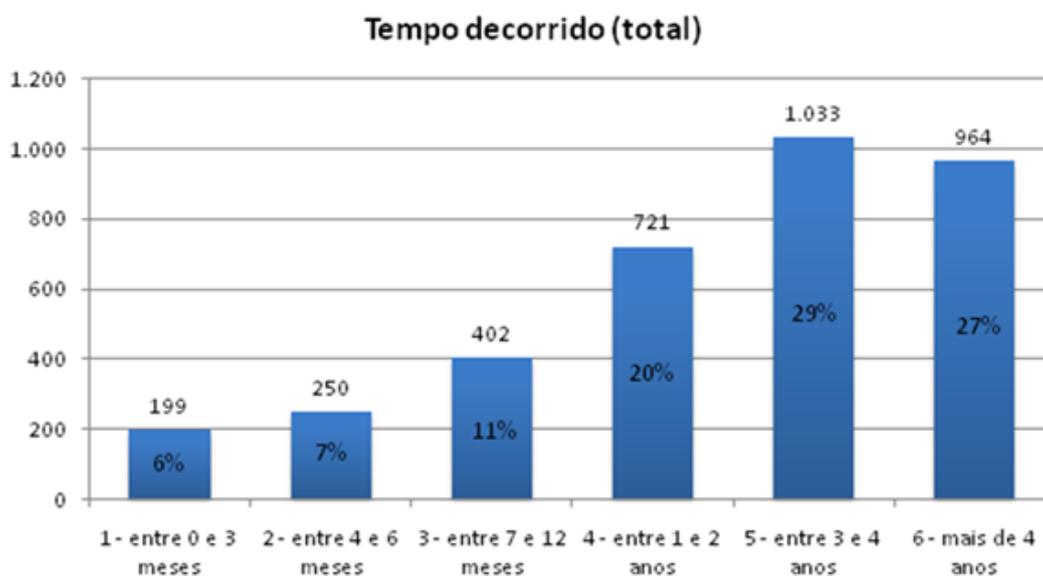
Com base na informação de data de ingresso da ação, fez-se o cálculo de tempo de tramitação em relação à data de 31.12.2009, por UF, conforme tabela 17.

Tabela 17

Tempo de Tramitação por UF							
TEMPO DECORRIDO	1 - entre 0 e 3 meses	2 - entre 4 e 6 meses	3 - entre 7 e 12 meses	4 - entre 1 e 2 anos	5 - entre 3 e 4 anos	6 - mais de 4 anos	Total
AL	1		10	5	16	15	47
AM		1	1	1	4	3	10
AP		1					1
BA	65	81	107	220	297	313	1.083
CE	3	5	11	14	22	17	72
DF	4	9	17	23	40	31	124
ES	1	2	11	13	15	7	49
GO		1	3	9	9	5	27
MA	14	17	34	46	41	62	214
MG	11	17	24	42	55	49	198
MS	2		2	5	5	6	20
MT	1	1		12	15	12	41
PA		1	3	2	5	8	19
PB		1	7	10	25	14	57
PE	17	22	31	51	76	60	257
PI		2	5	6	6	6	25
PR	5	8	9	13	10	17	62
RJ	32	48	56	124	182	138	580
RN	9	7	20	28	27	15	106
RO						3	3
RR				1	2	3	6
RS	10	9	10	26	38	44	137
SC	2	1		1	4	5	13
SE	3	3	6	10	16	7	45
SP	19	13	35	59	119	123	368
TO					4	1	5
Total	199	250	402	721	1.033	964	3.569

Classificando o total das ações pelas faixas de tempo decorrido apresentadas na tabela 17, observa-se a seguinte representação gráfica (figura 8):

Figura 8



Considerando a tramitação acima de 3 anos, destacam-se os Estados de Roraima, Amazonas e Santa Catarina que, coincidentemente – ou até por isso –, registram poucas demandas, mas apresentam as maiores morosidades, bem acima da média nacional (figura 8), 83,3%, 70% e 69,2%, respectivamente.

A mesma figura 8 demonstra a morosidade da justiça de todo o País, onde 54% das ações tramitam há mais de três anos. Embora, na grande maioria das ações, as liminares antecipem os efeitos da sentença (como se verá adiante), o tempo de tramitação é muito longo, até porque não há Varas especiais para tratar de questões relacionadas à assistência à saúde.

Calculou-se também o tempo médio por UF (tabela 18), outra forma de demonstrar a morosidade comparativa da justiça em diferentes Estados. Destacam-se os Estados do norte do País (Rondônia, Roraima, Tocantins e Pará) que, embora compareçam com um número reduzido de ações, ainda assim são os que apresentam, na média, tramitação mais demorada.

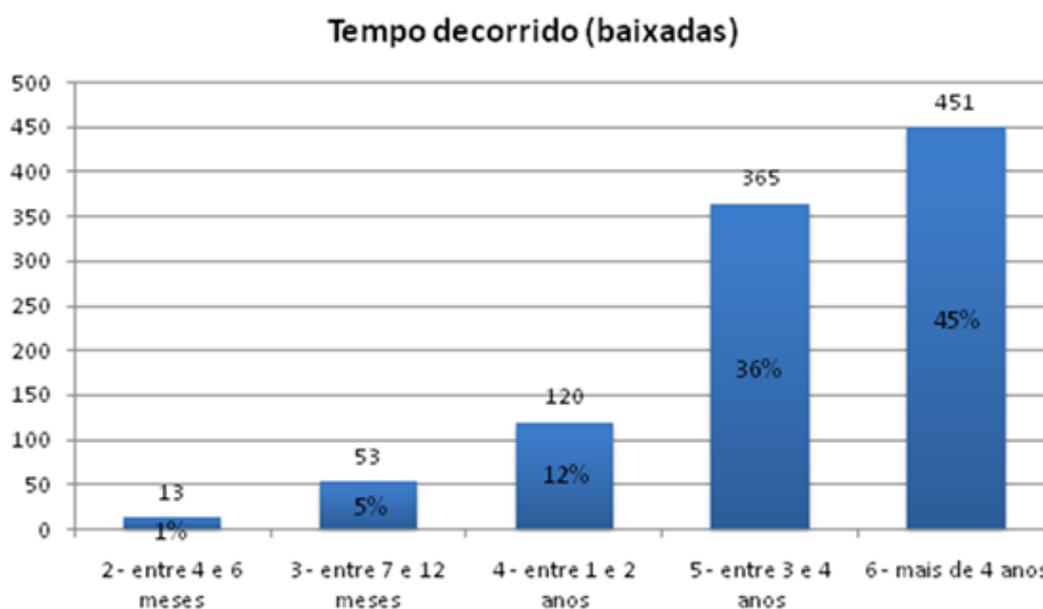
Em seguida, vem São Paulo, responsável por significativos 10,3% (tabela 13) das ações em estudo e que apresenta um tempo médio de tramitação de 3,1 anos, figurando em quinto lugar no ranking dos piores, aqui entendidos como os mais lentos.

Tabela 18

Tempo Médio de Tramitação por UF	
ESTADO	Tempo médio decorrido (ANOS)
RO	6,5
RR	3,5
TO	3,3
PA	3,2
SP	3,1
MT	3,1
AL	2,9
PB	2,9
PI	2,8
RS	2,8
BA	2,7
MS	2,7
CE	2,7
GO	2,6
DF	2,6
MG	2,5
MA	2,5
SC	2,5
AM	2,4
PE	2,4
RJ	2,4
SE	2,3
PR	2,2
ES	2,1
RN	2,0
AP	0,4

Ao analisar tempo decorrido, é especialmente interessante lançar um olhar sobre as ações já baixadas (figura 9)

Figura 9



Nada menos do que 72% das ações consumiram mais de 3 anos entre a data de ingresso e a data da baixa judicial.

4.3.5. Faixas de Valor das Causas

A tabela 19 apresenta as ações segundo o valor atribuído à causa.

Tabela 19

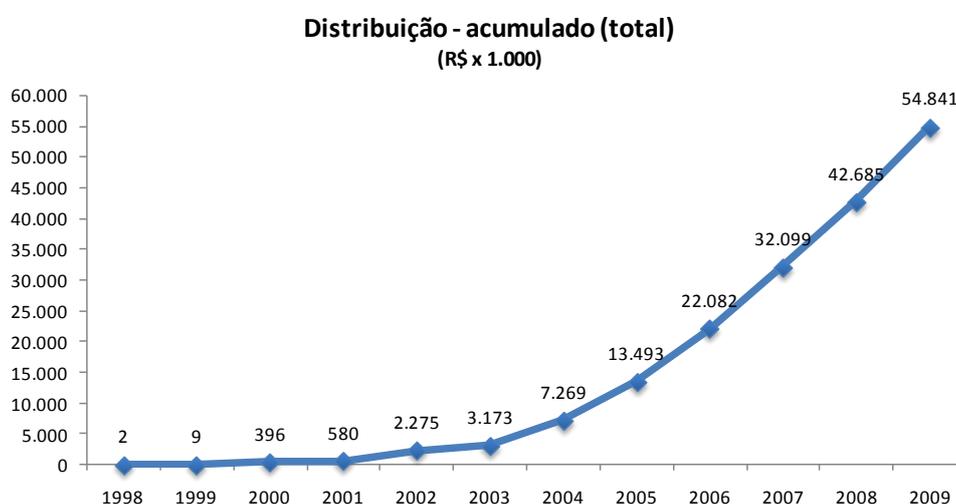
Faixas de valor da causa			
Faixa de valor	Quantidade	%	% Acumulado
Até 1.000	903	25,3%	25,3%
De 1.001 a 10.000	1.315	36,8%	62,1%
De 10.001 a 50.000	1.194	33,5%	95,6%
De 50.001 a 100.000	100	2,8%	98,4%
Acima de 100.000	57	1,6%	100,0%
Total geral	3.569		

Nota-se que os valores não se revelam tão elevados (62,1% se situam abaixo de R\$ 10.000,00 e cerca de ¼, abaixo de R\$ 1.000,00). Isso não quer dizer exatamente que as coberturas discutidas judicialmente estejam situadas nessa faixa de

valor, já que é costume se atribuir um valor baixo às causas, por conta principalmente dos honorários sucumbenciais que são pagos pela parte perdedora.

Apenas 1,6% das ações encontram-se na faixa acima de R\$ 100.000,00. A análise de tipo de plano e da distribuição por UF desse grupamento não apresentou relevância que merecesse registro, mas vale a pena conhecer o comportamento crescente dos valores atribuídos às 3.569 ações no período analisado (figura 10), que culmina com o valor expressivo de R\$ 54,8 milhões:

Figura 10



4.3.6. Ações em Andamento – Possibilidade de Perda

A área jurídica da Entidade em estudo tem por prática classificar as ações de acordo com a possibilidade de lograr êxito ou de ser vencida; conforme classificação por quantidade na tabela 20.

Tabela 20

Possibilidade de perda - quantidade		
Expectativa	Quantidade	%
PERDA PROVÁVEL	1.324	52%
POSSÍVEL	550	21%
PERDA REMOTA	690	27%
Total geral	2.564	

Os números falam por si. Na parcela de ações que ainda não foram julgadas, a perda provável é superior à metade (52%). Essa mesma possibilidade de perda foi classificada por valor estimado para as referidas ações (tabela 21):

Tabela 21

Possibilidade de perda - valor		
Expectativa	Valor das Causas	%
PERDA PROVÁVEL	19.661.435	48%
POSSÍVEL	11.649.022	28%
PERDA REMOTA	9.864.559	24%
Total geral	41.175.017	

Pode-se dizer que os valores não se desgarram muito do percentual apurado na avaliação das quantidades. A tabela demonstra a magnitude dos valores que se encontram em disputa judicial (cabe lembrar que se trata apenas das ações ainda ativas).

4.3.7. Danos Morais

Antes da Constituição Federal de 1988, o instituto do “dano moral” não estava normatizado em nenhum diploma legal. Não existe uma conceituação única; sua definição varia conforme o autor. De maneira geral, evoca-se a figura do dano moral para reparar os desgastes não patrimoniais relacionados à honra, reputação, dor, cicatriz deformante, tristeza, a serem ressarcidos pecuniariamente (GABRIEL, 2002).

A tabela 22 aponta o número de pleitos de ressarcimento de danos morais, por UF, nas ações do estudo:

Tabela 22

Dano moral - por UF				
DANO MORAL	NÃO	SIM	Total geral	%
AL	30	17	47	1,3%
AM	6	4	10	0,3%
AP		1	1	0,0%
BA	964	119	1.083	30,3%
CE	54	18	72	2,0%
DF	87	37	124	3,5%
ES	39	10	49	1,4%
GO	18	9	27	0,8%
MA	112	102	214	6,0%
MG	161	37	198	5,5%
MS	15	5	20	0,6%
MT	30	11	41	1,1%
PA	10	9	19	0,5%
PB	23	34	57	1,6%
PE	216	41	257	7,2%
PI	14	11	25	0,7%
PR	48	14	62	1,7%
RJ	249	331	580	16,3%
RN	80	26	106	3,0%
RO	1	2	3	0,1%
RR		6	6	0,2%
RS	110	27	137	3,8%
SC	10	3	13	0,4%
SE	27	18	45	1,3%
SP	329	39	368	10,3%
TO	2	3	5	0,1%
Total geral	2.635	934	3.569	

À parte Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins, que ostentam número reduzido de ações no estudo, destacam-se a Paraíba e o Rio de Janeiro, em que os pedidos de reparação por danos morais ocorrem em 59,65% e 57,07% das ações, respectivamente.

Análise por sexo (tabela 23) demonstra que as mulheres demandam a reparação por danos morais mais que os homens, em percentuais de 56,1% a 43,9% respectivamente, mas o percentual sobre os totais das ações de cada sexo é muito semelhante, na casa dos 26%:

Tabela 23

Dano moral - por sexo				
DANO MORAL	NÃO	SIM	Total geral	%
Feminino	1.490	512	2.002	56,1%
Masculino	1.145	422	1.567	43,9%
Total geral	2.635	934	3.569	

4.3.8. Tutelas de Urgência

As tutelas de urgência “visam precipuamente (...) a antecipação dos efeitos de uma futura sentença, em nome de um direito instantâneo que, se não protegido de forma imediata, não mais servirá ao seu titular” (ALVES, 1999).

Na análise em questão, foram catalogadas as ações, conforme contenham, ou não, o pedido de antecipação de tutela, resultado apresentado na tabela 24:

Tabela 24

Pedido de Antecipação de Tutela		
Liminar	Quantidade	%
PEDIDA	2.629	74%
NÃO PEDIDA	940	26%
Total geral	3.569	

É possível inferir que o instituto da tutela de urgência seja utilizado largamente, em praticamente $\frac{3}{4}$ das ações sob análise, por se tratar de ações que se referem a tratamentos de saúde. A tabela 25 apresenta o resultado das liminares concedidas pelos juízes para tais pedidos:

Tabela 25

Liminares Concedidas		
Liminar	Quantidade	%
CONCEDIDA	2.480	94%
NEGADA	149	6%
Total geral	2.629	

A esmagadora maioria de concessões, 94%, também explica a larga utilização desse recurso jurídico pelos advogados, pois os juízes, nos casos sob análise, não hesitam em conceder antecipação da tutela requerida.

A título de comparação, em estudo que confrontou pedidos de tutela antecipada referentes a coberturas negadas por planos privados de saúde, considerando decisões de 1ª. e 2ª. instâncias dos Tribunais de Justiça do Rio e de São Paulo, o percentual de concessão de tutela favoráveis aos beneficiários foi 80,7% e 72,8% no primeiro período analisado no estudo – janeiro de 2003 a setembro de 2004 (ALVES, BAHIA e BARROSO, 2009).

4.3.9. Data de Adesão x Data de Ingresso da Ação

Com o objetivo de analisar se havia intenção de ingressar no plano para utilizar imediatamente o direito à assistência, foi considerado, apenas para os Planos Família I e II, o tempo decorrido entre a adesão e a propositura da ação; o resultado se demonstra na tabela 26.

Tabela 26

Data adesão x data de ingresso		
Unidade	Quantidade	%
1 - entre 0 e 3 meses	20	0,9%
2 - entre 4 e 6 meses	18	0,8%
3 - entre 7 e 12 meses	43	2,0%
4 - entre 1 e 2 anos	79	3,6%
5 - entre 3 e 4 anos	121	5,5%
6 - mais de 4 anos	892	40,7%
não disponível	1.020	46,5%
Total geral	2.193	

Não obstante o grande número de registros (1.020), em que a informação não está disponível, não se verificou intenção significativa de ingresso com ação para utilização imediata da cobertura, considerando que os tratamentos mais complexos, que demandam internação, preveem 180 dias de carência. Como demonstrado, apenas 1,7% dos beneficiários reivindicaram cobertura ainda no período da referida carência.

4.4. ESTUDO DOS OBJETOS DAS AÇÕES

Os objetos das ações, ou seja, os motivos pelos quais as pessoas buscaram a justiça a fim de obter a cobertura negada pelo plano, foram classificados em 5 grupos, além dos objetos não especificados, conforme, tabela 27.

Tabela 27

Classificação dos Objetos				
CLASSIFICAÇÃO DOS OBJETOS	ATIVA	BAIXADA	Total geral	%
1 - cobertura OPME	138	25	163	4,6%
2 - cobertura medicamentos	163	13	176	4,9%
3 - cobertura procedimentos médicos	850	271	1.121	31,4%
4 - cobertura exames	270	28	298	8,3%
5 - cobertura outros tratamentos	259	43	302	8,5%
6 - objeto não especificado	884	625	1.509	42,3%
Total geral	2.564	1.005	3.569	

Ainda que boa parte dos objetos não tenha sido identificada (884), o número de ações em que foi possível classificar o motivo da litigância é bastante significativo, a ponto de permitir que se faça uma projeção sobre o total, pois dificilmente haveria um motivo que não tivesse sido contemplado nos objetos identificados.

Diferentemente do que ocorre no SUS, em que a demanda mais importante registrada é por medicamentos, como apontam os trabalhos relacionados à judicialização no setor público, neste levantamento o maior percentual se situou na cobertura a procedimentos médicos (31,4% das demandas).

Antes de detalhar cada um dos grupamentos, a tabela 28 traz a relação dos 20 principais objetos, por quantidade, identificados na base de dados em estudo.

Tabela 28

20 Principais Objetos por Quantidade	
OBJETOS	QTD
CIRURGIA BARIÁTRICA / GASTROPLASTIA	427
ANESTESIA	238
HOME CARE	139
PET SCAN	119
STENT	106
MAMOPLASTIA REDUTORA	45
RADIOTERAPIA	41
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	39
NUCLEOPLASTIA	39
TOMOGRAFIA	38
ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	37
REMOÇÃO NEGADA	34
SPA	25
FISIOTERAPIA	24
QUIMIOTERAPIA	23
AVASTIN	22
PARAFUSO BIOABSORVÍVEL	21
FERTILIZAÇÃO IN VITRO	20
CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA	19
ARTROSCOPIA	18
OUTROS	2.095
Total geral	3.569

O grande destaque deve ser creditado às gastroplastias; representam praticamente 12% do total das 3.569 ações estudadas, ou 20,7% dos objetos identificados na base de dados.

As ações por anestesia se justificam pela falta de anestesistas credenciados. No Brasil, os médicos anestesistas se mobilizaram e criaram cooperativas, normalmente denominadas COOPANEST, que reúnem tais especialistas e passam a cobrar dos planos de saúde valores bem acima do que essas empresas consideram razoável pagar como remuneração por tal serviço médico. Com a falta de credenciados, os beneficiários são obrigados a pagar diretamente ao profissional e solicitar reembolso. Uma vez que tais reembolsos são feitos com base na tabela do plano, em valores inferiores ao efetivamente pagos aos anestesistas, explica-se a demanda judicial por ressarcimento.

Mais adiante, o objeto mais prevalente para cada grupamento – serão analisados com o objetivo de buscar identificar a razão da negativa por parte do plano de saúde. Antes, cabe conhecer os principais objetos reclamados, por grupamento, conforme tabela 27.

4.4.1. Cobertura de OPME

Tabela 29

1 - cobertura OPME	163
STENT	106
PARAFUSO BIOABSORVÍVEL	21
GRAMPEADOR PPH	14
CAGES LOMBAR	7
MARCA PASSO	5
CEPAP	3
DYNESYS	3

Apesar de se verificar um embate cotidiano entre operadoras e profissionais médicos, no que se relaciona às órteses, próteses e materiais especiais (OPME), o percentual de ações relacionadas ao tema foi de apenas 4,6% do total – a menor participação percentual dos casos em estudo.

O debate normalmente gira em torno das tecnologias prescritas (as principais estão listadas na tabela 29), sua composição material; a origem, se importada ou nacional; e a comprovação de serem custo-efetivas⁴, entre outros aspectos.

⁴A análise de custo-efetividade mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não monetária, chamada unidade natural, por exemplo, anos de sobrevida ou sequelas evitadas após vacinação da população. A análise de custo-efetividade é a melhor opção quando comparamos duas ou mais intervenções para um mesmo desfecho em saúde (ARAÚJO e VESPA, 2008).

4.4.2. Cobertura de Medicamentos

Da lista de 27 diferentes medicamentos cuja cobertura foi reclamada, a tabela 30 relaciona os principais, em quantidade:

Tabela 30

2 - cobertura medicamentos	176
AVASTIN	22
RIBAVIRINA	17
THYROGEN	15
XELODA	14
DROTECOGINA ALFA ATIVADA - XIGRIS	13
INSULINA LANTUS	11
PEGASYS	11
LUCENTIS	11

Como já foi mencionado, medicamento é o segundo grupamento de objetos menos reclamados, constatação que revela uma grande diferença em relação ao SUS, em que o problema assume proporções por vezes dramáticas, como quando os gestores são obrigados a fornecer medicamentos cujos gastos não estavam previstos em orçamento, mesmo em caso de medicamentos importados ou em fase experimental, não homologados pela ANVISA.

4.4.3. Cobertura de Procedimentos Médicos

A Tabela 31 traz em ordem decrescente os principais motivos de demandas judiciais por coberturas de procedimentos médicos, de um total de 70 catalogados:

Tabela 31

3 - cobertura procedimentos médicos	1.121
CIRURGIA BARIÁTRICA / GASTROPLASTIA	427
ANESTESIA	238
MAMOPLASTIA REDUTORA	45
RADIOTERAPIA	41
NUCLEOPLASTIA	39
QUIMIOTERAPIA	23
CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA	19
ARTROSCOPIA	18
ANEL DE FERRARA	17

Os procedimentos médicos são de longe, em quantidade, os objetos que mais motivam as demandas judiciais, com 31,4% das ações estudadas.

4.4.4. Coberturas de Exames

Os pedidos de coberturas por exames respondem por 8,3% dos pedidos judiciais. Os principais objetos deste grupamento estão demonstrados na tabela 32.

Tabela 32

4 - cobertura exames	298
PET SCAN	119
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	39
TOMOGRAFIA	38
ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	37
CORE-BIOPSY MAMA	9

Os exames por imagem são os mais demandados e quase sempre têm seus pedidos negados em vista de ser prescrita tecnologia considerada sofisticada, quase sempre mais cara, ao passo que a área técnica das operadoras de planos de saúde avalia que exames mais simples (normalmente menos onerosos) seriam suficientes para contribuir na busca diagnóstica.

4.4.5. Cobertura por Outros Tipos de Tratamentos

O último grupamento buscou reunir outros tipos de coberturas não enquadráveis nas classificações anteriores, conforme tabela 33.

Tabela 33

5 - cobertura outros tratamentos	302
HOME CARE	139
REMOÇÃO NEGADA	34
SPA	25
FISIOTERAPIA	24
FERTILIZAÇÃO IN VITRO	20
RPG	17
UTI AÉREA	10

É comum a recusa de tratamento pelos planos de saúde ser apoiada no argumento de não fazerem parte do rol de procedimentos mínimos exigidos pela ANS. É o caso de *home care* (tratamento em domicílio) que ainda não faz parte do referido rol, ainda que seja um tipo de atendimento bastante utilizado e muitas vezes custeado pelos planos.

As remoções aéreas ou terrestres normalmente não fazem parte da assistência oferecida pelos planos, especialmente os de cobertura mais básica. Já os tratamentos em spa (clínicas de emagrecimento) ou fertilização *in vitro* não podem ser considerados exatamente tratamentos de saúde, mas ainda assim são demandados judicialmente.

Como não se voltará a discorrer sobre este grupamento, vale conhecer agora alguns cruzamentos que se mostraram interessantes; inicialmente, em relação a tratamentos em spa reclamados por Unidade da Federação (tabela 34):

Tabela 34

Tratamentos em SPA, por UF		
OBJETOS	QTD	%
BA	23	92,0%
GO	1	4,0%
SE	1	4,0%
Total geral	25	

É possível afirmar, com pouca chance de erro, que algum fator extraordinário, muito distinto, ocorre na Bahia, e que não é relacionado à epidemia de obesidade, pois a tabela 38 demonstra que os baianos e as baianas são menos obesos do que a média nacional.

Mais um motivo para conhecer melhor a Bahia.

O outro tratamento que igualmente foi classificado como não sendo tratamento de saúde, merece o mesmo entendimento da ANS que admite a exclusão de internações em spa e, também, fertilização *in vitro*, conforme inciso III do item C do Artigo 16 da RN 211 que disciplinou o novo rol de coberturas, a partir de 7 de junho de 2010, abaixo transcrito:

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óocitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de óocitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

Resta conhecer em que Unidades da Federação isso vem ocorrendo, conforme demonstra a tabela 35.

Tabela 35

Fertilização <i>in vitro</i> , por UF		
OBJETOS	QTD	%
AM	1	5,0%
BA	17	85,0%
RJ	1	5,0%
RS	1	5,0%
Total geral	20	

O fato de a Bahia aparecer no início das análises como responsável disparada pelo grande número de ações judiciais da Autogestão em estudo, não justifica, no entanto, a concentração tão importante da busca ao Judiciário também para tratamento em que a própria Agência reguladora admite a exclusão.

Definitivamente, é preciso conhecer melhor o que acontece na Bahia, pois os dados disponíveis no estudo não permitem arriscar outras conclusões.

4.5. DISCUSSÃO DOS OBJETOS

Da lista dos 20 objetos prevalentes (tabela 28), alguns deles serão avaliados do ponto de vista das possíveis negativas de coberturas. Merecerão abordagem pelo menos os que encabeçaram a lista em cada grupamento.

Dessa análise não poderiam ficar de fora os pedidos de gastroplastias (cirurgias bariátricas), primeira cobertura a ser contemplada neste tópico.

4.5.1. Negativa de Cobertura - Procedimentos Médicos: Gastroplastia

Antes de abordar as razões da negativa, é pertinente discorrer sobre o problema da obesidade.

A obesidade é uma doença representada pelo excesso de gordura corporal. A diferença entre a normalidade e a obesidade é arbitrária, mas um indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de tecido adiposo aumenta em uma extensão tal que a saúde física e psicológica é afetada, e a expectativa de vida, reduzida. A quantidade de tecido adiposo pode ser medida precisamente por tomografia computadorizada ou por ressonância magnética e, com precisão satisfatória, por meio do método de bioimpedância. Consideram-se normais em adultos de sociedades ocidentais modernas valores entre 20% a 30% para a mulher e, 18 a 25%, para o homem, em relação ao peso corporal total (MANCINI e CARRA, 2001).

O índice de massa corporal (IMC), uma medida que relaciona peso e altura, tem excelente correlação com a quantidade de gordura corporal e é largamente utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos. O IMC é calculado dividindo-se o peso corporal (em kg) pela altura (em metros) elevada ao quadrado e se expressa em kg.m^2 .

Os valores considerados normais e a classificação da obesidade em graus progressivamente maiores de morbi-mortalidade são apresentados a seguir: IMC $<18,5 \text{ kg.m}^2$ representa baixo peso e risco aumentado de doenças; o IMC entre 18,5 e 25 kg.m^2 é considerado normal; a faixa entre 25 e 29,9 kg.m^2 é denominada pré-obesidade ou sobrepeso, e os riscos de complicações são ainda baixos.

A partir do IMC 30 kg.m^2 , existe obesidade propriamente dita; a morbidade e a mortalidade aumentam exponencialmente, sendo a obesidade com IMC $\geq 40 \text{ kg.m}^2$ denominada obesidade grave ou mórbida, embora este último termo esteja em desuso.

Alguns autores denominam super-obesos os indivíduos com IMC ≥ 55 kg.m² devido às dificuldades particulares em relação ao próprio manejo pessoal e à extensa gama de complicações clínicas que incidem nesses pacientes. (MANCINI e CARRA, 2001).

A obesidade é atualmente assunto de interesse universal. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. É fator de risco para patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios.

A obesidade pode ainda ser causa de sofrimento, de depressão e de comportamentos de esquiva social, que prejudicam a qualidade de vida. Além de trazer sérios riscos para a pessoa, a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. Apesar dos inúmeros tratamentos existentes, sua prevalência⁵ vem crescendo nas últimas décadas, e especialistas a caracterizam como epidemia. (KERBAUY e ADES, 2002).

OLIVEIRA (2007) menciona em sua dissertação sobre cirurgia bariátrica que a obesidade, doença crônica de difícil tratamento, é um importante problema de saúde pública, afetando mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (SHARMA, 2005). Juntamente com o sobrepeso, essa epidemia mundial alcança 1,7 bilhões de pessoas. Nos Estados Unidos, dois terços da população têm sobrepeso, e metade é obesa (GELONEZE e PAREJA, 2006),

Atualmente, a obesidade não é mais um problema exclusivo dos chamados países desenvolvidos. Afeta porções crescentes dos estratos de população menos privilegiados (KAC e MELENDEZ, 2003). Em países europeus e norte-americanos, pesquisas nacionais indicam importante aumento no número de obesos na população adulta (MILLAR e STEPHENS, 1993); KUCZMARSKI *et al.*, 1994; SEIDEL, 1995), citados por OLIVEIRA (2007) em seu trabalho.

Em outras regiões, apesar da carência de informações representativas em âmbito nacional, dados disponíveis sugerem que a obesidade está aumentando a uma taxa alarmante e tende a se tornar o principal problema de saúde, tanto em países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento (BOYLE *et al.*, 1994;

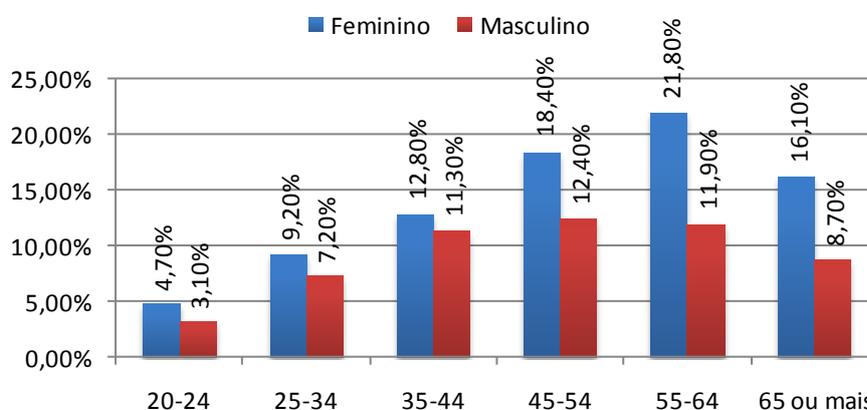
⁵ Em epidemiologia, prevalência é o número total de casos de uma doença, novos e antigos, existentes num determinado local e período.

MONTEIRO *et al.*, 1995; HODGE *et al.*, 1995, 1006; POPKIN' e DOAK, 1998), conforme OLIVEIRA (2007).

No Brasil, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003, a prevalência da obesidade em adultos acima de 20 anos ($IMC \geq 30$ kg/m) situa-se nos parâmetros mostrados na figura 11:

Figura 11

Prevalência da obesidade por faixa etária na população



Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003

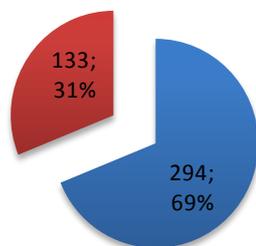
Os tratamentos convencionais, com base em dieta alimentar, inibidores de apetite e orientação para atividade física nem sempre apresentam resultados favoráveis, especialmente para casos mais severos de obesidade, razão principal da busca por tratamentos cirúrgicos.

A figura 10 demonstra uma prevalência maior de obesidade nas mulheres, em todas as faixas etárias, com aumento proporcional significativo a partir dos 45 anos. Isso certamente explica o fato de 69% das cirurgias bariátricas serem buscadas pelas mulheres, conforme a figura 12.

Figura 12

cirurgia bariátrica por sexo

■ Feminino ■ Masculino



Procurou-se identificar também as ações judiciais relacionadas às cirurgias bariátricas por tipo de plano na Autogestão em estudo. O resultado obtido está apresentado na tabela 36.

Tabela 36

Cirurgia Bariátrica por plano				
PLANO	QTD	%	POPULAÇÃO	%
Associados	50	11,7%	403.240	59,2%
Família I	212	49,6%	94.532	13,9%
Família II	132	30,9%	183.510	26,9%
informação não disponível	33	7,7%		
Total geral	427		681.282	

Quase 50% dos demandantes pertencem ao Plano Família I, regido por contrato que não prevê cobertura para o referido tratamento, até porque se trata de procedimento pouco praticado em 1997 e 1998, período em que se deram as adesões ao Plano em referência. Em 1996, o procedimento passou a constar na tabela da AMB, mas só em 1999 o SUS incluiu a gastroplastia na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS e credenciou hospitais para realizá-la.

Cabe destacar – ainda que não se conheça explicação para isso neste caso – que os participantes do Plano Associados, embora representem 60% da população, litigam bem menos do que os beneficiários dos outros planos (Família I e II).

As demais negativas normalmente se devem ao não enquadramento em protocolo do Ministério da Saúde e na Resolução 1.766/05, do Conselho Federal de Medicina, que indica o tratamento cirúrgico aos portadores de IMC maior do que 40 kg/m² ou IMC maior do que 35 kg/m² associado à presença de co-morbidades, como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemias, doença coronariana, osteo-artrites e outras.

Estudou-se, por fim, a ocorrência de gastroplastias por Unidade da Federação, conforme demonstrado na tabela 37. De novo a Bahia aparece como destaque; concentra 40,3% das cirurgias reclamadas no período analisado. Em segundo lugar, com resultado expressivo, mas distante, vem Pernambuco, com 10,1%, e, em terceiro, São Paulo, com 8,2%. Vale a pena mencionar o Maranhão, em quarto lugar, ostentando 7,5% do total de eventos cirúrgicos que motivaram ações judiciais, enquanto detém, conforme tabela 10, apenas 3,6% da população total assistida.

Tabela 37

Cirurgias Bariátricas por Unidade da Federação		
OBJETOS	QTD	%
AL	11	2,6%
BA	172	40,3%
CE	7	1,6%
DF	8	1,9%
ES	3	0,7%
GO	4	0,9%
MA	32	7,5%
MG	22	5,2%
MT	4	0,9%
PA	4	0,9%
PB	8	1,9%
PE	43	10,1%
PI	2	0,5%
PR	12	2,8%
RJ	25	5,9%
RN	7	1,6%
RO	1	0,2%
RS	13	3,0%
SC	1	0,2%
SE	13	3,0%
SP	35	8,2%
Total geral	427	

Como não há informações disponíveis sobre a distribuição de obesos na população em estudo, buscou-se conhecer como o fenômeno da obesidade se comporta no Brasil, por UF, conforme tabela 38.

Tão inesperada quanto surpreendente, a prevalência de obesos na Bahia, tanto de homens (4,5) quanto de mulheres (11,5) está abaixo da média nacional (8,9 e 13,1, respectivamente). A mesma observação vale para o Maranhão (4,4 para homens e 10,2 para mulheres, bem abaixo da média nacional). Na mesma Tabela 38, Pernambuco e São Paulo situam-se acima da referida média do País, explicando de certa forma a existência de um número importante de cirurgias bariátricas nesses Estados.

É possível inferir que, de novo, a oferta pode estar determinando a demanda, explicação insuficiente para o caso da Bahia, onde o fenômeno merece ser melhor estudado para eventualmente detectar a existência de estímulo às cirurgias ou à lide judicial. Ou aos dois.

Tabela 38

PREVALÊNCIA EXCESSO DE PESO E OBESIDADE POP. COM 20 ANOS OU MAIS, POR SEXO, UF, 2002-2003

UF	MASCULINO		FEMININO	
	Excesso de peso	Obesidade	Excesso de peso	Obesidade
Brasil	41,1	8,9	40,0	13,1
RO	34,4	7,0	38,0	13,4
AC	34,2	5,8	37,7	9,0
AM	40,3	7,8	29,6	8,6
RR	42,2	11,2	44,0	13,5
PA	34,0	8,0	37,3	11,5
AP	44,3	12,6	33,9	10,1
TO	32,5	5,0	29,2	7,8
MA	28,3	4,4	34,2	10,2
PI	29,4	4,9	35,1	9,5
CE	35,1	7,9	37,8	11,0
RN	36,9	8,9	43,0	13,1
PB	34,6	7,4	39,3	11,7
PE	37,9	10,2	44,2	13,8
AL	37,0	6,8	39,3	12,4
SE	37,8	7,2	38,9	11,4
BA	28,6	4,5	37,2	11,5
MG	37,0	7,1	39,0	13,0
ES	40,2	8,3	43,1	13,9
RJ	45,9	10,5	41,8	12,7
SP	47,5	11,3	40,9	14,7
PR	44,6	10,0	41,7	13,9
SC	43,9	8,0	36,7	10,4
RS	49,0	11,3	48,3	18,5
MS	48,8	10,4	40,1	12,9
MT	41,4	7,9	36,6	11,0
GO	41,4	8,1	35,7	9,7
DF	45,9	8,9	38,0	10,1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

4.5.2. Negativa de Cobertura – OPME – *Stent*

O principal item reclamado em OPME são os *stents*⁶, que são endopróteses metálicas que possuem, predominantemente na sua composição uma liga de aço inoxidável ou de cromo-cobalto. Esses metais possuem excelente capacidade física para estimular a reabertura do vaso obstruído mediante procedimento de angioplastia e, ao mesmo tempo, para conter a placa aterosclerótica e preservar o vaso no longo prazo.

A angioplastia, evento vídeo-assistido, substitui a revascularização, um dos procedimentos cirúrgicos mais invasivos. Na angioplastia é fixada no vaso doente a endoprótese (*stent*) que permite o retorno da passagem do sangue.

As reclamações judiciais se referem especialmente ao *stent* medicamentoso que é bem mais caro do que os *stents* convencionais. A principal promessa dos fabricantes dos *stents* com medicamento é que eles evitam a reestenose, espécie de reentupimento das veias.

A alegação da Autogestão em estudo para a negativa é a relação custo-efetividade considerada desfavorável pelas análises disponíveis, e os efeitos colaterais sobre os pacientes, ainda não suficientemente medidos, na maioria dessas próteses.

De novo, buscou-se conhecer a distribuição das reclamações por Unidade da Federação, como demonstrado na tabela 39.

⁶ As avaliações técnicas que serão mencionadas doravante são de autoria da Dra. Isabella Vasconcelos de Oliveira, médica e estudiosa de Avaliação de Tecnologias em Saúde e especialista em emitir pareceres sobre o assunto, a partir de pesquisa realizada inclusive nas fontes internacionais mais importantes, trabalhos esses que, no entanto, não estão publicados.

Tabela 39

Stent - Reclamações por UF		
OBJETOS	QTD	%
BA	21	19,8%
CE	4	3,8%
DF	4	3,8%
GO	1	0,9%
MA	16	15,1%
MG	6	5,7%
MS	1	0,9%
PA	1	0,9%
PB	1	0,9%
PE	7	6,6%
PI	1	0,9%
PR	5	4,7%
RJ	17	16,0%
RN	5	4,7%
RS	5	4,7%
SP	11	10,4%
Total geral	106	

Bahia e Maranhão são destaques. Era de se esperar um percentual maior em São Paulo e Rio de Janeiro, onde sabidamente numerosas equipes de serviços hemodinâmicos realizam as angioplastias.

Como o que se analisa é a quantidade de ações judiciais e não o número de tratamentos médicos, é mais seguro afirmar que há de fato uma disposição diferenciada de litigar na Bahia e no Maranhão (especialmente na Bahia, é bom frisar), pela recorrência com que lideram os rankings estudados.

Merece destaque o fato de 11 Estados da Federação não apresentarem ações judiciais, especialmente os do norte do País (AC, AM, AP, RO, RR e TO), além de AL, SE, MT, ES e SC. Na grande parte desses casos, a não existência de acionamento judicial é reflexo direto da desigualdade na distribuição de recursos médicos no País. Se não existe o serviço, não há como reclamá-lo.

A classificação dos reclamantes por *stent* por tipo de plano não demonstrou relevância digna de comentário e está apresentada na tabela 40.

Tabela 40

Stents - Reclamações por tipo de plano				
OBJETOS	QTD	%	POPULAÇÃO	%
Associados	41	38,7%	403.240	59,2%
Família I	32	30,2%	94.532	13,9%
Família II	29	27,4%	183.510	26,9%
informação não disponível	4	3,8%		
Total geral	106		681.282	

Aqui apenas se confirma a relação desproporcional já verificada. Embora os beneficiários dos Planos Família I e II representem cerca de 40% da população, são responsáveis por quase 60% das reclamações. Destaque-se que não há diferença de cobertura assistencial entre os dois planos (Associados e Família) neste caso.

4.5.3. Negativa de Coberturas – Medicamentos: Avastin®

No Brasil, os medicamentos só são cobertos pelos planos de saúde nas internações ou nos tratamentos ambulatoriais em que haja necessidade de supervisão médica, não havendo obrigatoriedade de cobertura para uso domiciliar.

As negativas de coberturas de medicamentos, nos casos em que ela é devida (ambiente hospitalar e ambulatorial), normalmente ocorrem em razão de o medicamento ser importado, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou sem indicação para o uso prescrito (uso denominado *off-label*, ou, em tradução livre, fora da bula), quando é considerado experimental.

O uso *off label* é, por definição, não autorizado por uma agência reguladora, mas isso não implica que seja incorreto⁷. Os médicos podem utilizá-lo nessa condição, sempre em benefício do paciente, com base em métodos científicos e em evidências médicas, sendo indispensável manter registro do seu uso e dos efeitos. No entanto, é muito tênue a linha que separa o uso experimental do uso indicado, nesses casos caracterizados como *off label*.

Márcia Angell comenta em seu livro *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*: “os médicos não são mágicos e não têm como saber se os

⁷ ANVISA – Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>

medicamentos vão funcionar direito, a menos que possam confiar num órgão imparcial como a *Food and Drug Administration (FDA)*. (...) Decidir simplesmente no fato de pacientes individuais parecerem reagir bem é um método sabidamente falível e perigoso” (ANGELL, 2007, p.51).

Mais adiante ela alerta:

Quando a *FDA* aprova uma nova droga, ela a aprova para um uso específico. E isso faz sentido. Se está demonstrado que um medicamento é útil para determinado tipo de infecção, ele pode não funcionar contra uma infecção de outro tipo. Para evitar que os laboratórios ampliem suas alegações sem comprovação, não lhes é permitido vender medicamentos para usos “fora das indicações aprovadas”, ou seja, para usos não aprovados pela *FDA*. Os médicos, todavia, não estão sujeitos às restrições dessa lei. Eles podem prescrever os medicamentos para o uso que quiserem. Portanto, se os laboratórios puderem de algum modo convencer os médicos a prescrever medicamentos para usos fora das indicações aprovadas, as vendas aumentam. O problema é como contornar a lei que proíbe o marketing para esses fins. É aí que entra a parte “educacional”. Se os laboratórios fingirem que estão meramente informando os médicos sobre usos em potencial, eles podem contornar a lei. (...) Eles patrocinam campanhas informativas de faz-de-conta e freqüentemente lhes dão sustentação com pesquisas frágeis também patrocinadas por eles.” (p.152-153).

É impossível, nesta discussão, deixar de evocar mais um trecho do livro desta instigante médica americana, para refletir sobre como se dá essa “atualização médica” e como se amplia a indicação dos medicamentos para tratamentos bem distantes daqueles para os quais foram inicialmente pesquisados. Em outro trecho, ao discutir o que chamou de “O caso do Neurontin®”, a autora conta assim:

O Neurontin® havia sido aprovado pela *FDA* em 1994 para uso bastante restrito – tratar epilepsia como medicamento adicional quando outras drogas não conseguiam controlar os acessos. (Mais tarde também foi aprovado para o tratamento de herpes-zóster). Isso não dava muito dinheiro e o laboratório queria expandir o mercado do medicamento. (...) Mas não havia tempo para fazer ensaios clínicos necessários para obter a aprovação da *FDA* para outros usos (...) então, o laboratório engendrou um plano (...) que chamou de “estratégia de publicações”. O laboratório patrocinaria uma pesquisa mínima, prepararia artigos para publicações especializadas baseados nela e pagaria pesquisadores acadêmicos para colocarem seus nomes nos artigos. (...) também patrocinou congressos e conferências educativas por todo o país. Nesses congressos, os “autores” dos trabalhos e outros especialistas descreviam o sucesso do medicamento para usos fora das indicações aprovadas. (...) Em conseqüência, o Neurontin® tornou-se um campeão de vendas (...) Cerca de 80% das prescrições naquele ano eram para usos não-aprovados – condições como transtorno bipolar, transtorno do estresse pós-traumático, insônia, síndrome da perna inquietada, calores súbitos, enxaquecas e dores de cabeça causadas por tensão(...) Em maio de 2004, oito anos após o início do processo, a

Pfizer declarou-se culpada de marketing ilegal e concordou em pagar US\$ 430 milhões por conta das acusações cíveis e criminais.(...) Parece muito dinheiro, mas é peixe miúdo se comparado aos US\$ 2,7 bilhões de vendas do Neurontin®". (p. 172-176).

Ao evocar Marcia Angell, é preciso deixar claro que não há nenhuma intenção de fazer rima pobre de Neurontin® com Avastin®.

Voltando ao medicamento em questão, após uma série de ensaios clínicos, fase II e III, o bevacizumabe (Avastin®) foi aprovado em fevereiro de 2004 pelo FDA norte-americano para o tratamento de primeira linha do câncer de colo-retal metastático, mesma indicação para a qual foi aprovado pela ANVISA.

Mais recentemente, em maio de 2010, foi aprovada a inclusão na bula de indicação para o tratamento de câncer de mama metastático.

Um pouco antes, em 6 de maio de 2009, a ANVISA postou em seu sítio na internet⁸ o seguinte registro:

Está suspenso, em todo o país, o material promocional intitulado "Simpósio Satélite Roche – Esmo 2008" que divulga o medicamento Avastin (Benvacizumabe), da empresa Roche Químicos e Farmacêuticos S/A. Também estão proibidas as demais peças publicitárias que promovem a indicação do produto para "câncer de pulmão não pequenas células não escamoso". A respectiva indicação terapêutica não consta do registro do medicamento na Anvisa. As propagandas veiculadas continham referências bibliográficas incompletas, tabelas, gráficos e outras informações distorcidas, fragmentadas, que não condizem com os estudos científicos publicados. O medicamento Avastin está registrado na Anvisa para tratamento de "carcinoma metastático do cólon ou do reto".

Em que pese tal registro, o uso *off label* mais frequente tem sido para o tratamento de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) que é a principal causa de perda visual em pessoas com mais de 50 anos. Há inúmeros estudos catalogados e sendo realizados com o objetivo de adotar o uso oftalmológico da droga.

O Centro Cochrane do Brasil, em artigo publicado em 2008, sob o título Avastin em Oftalmologia, registra 237 trabalhos publicados na base de dados PUBMED, que referem bevacizumabe (Avastin®) para doenças oculares, da primeira publicação, em dezembro de 2002, a Junho de 2008.

Na Autogestão em estudo, conforme consulta feita em relatórios gerenciais, as negativas estão relacionadas à prescrição para o tratamento da DMRI e para a

⁸ Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal>

indicação de câncer de mama metastático, apenas recentemente reconhecido pela ANVISA.

A tabela 41 traz a distribuição das ações relacionadas ao referido medicamento, por UF:

Tabela 41

Medicamento Avastin por UF		
OBJETOS	QTD	%
AL	1	4,5%
BA	2	9,1%
ES	2	9,1%
MA	1	4,5%
MG	1	4,5%
MS	1	4,5%
PE	1	4,5%
PR	1	4,5%
RJ	8	36,4%
RN	1	4,5%
SE	1	4,5%
SP	2	9,1%
Total geral	22	

O destaque verificado é para o Estado do Rio de Janeiro, com expressivos 36,4% dos casos detectados, sem explicação possível de ser identificada com os dados disponíveis.

A distribuição por plano é apresentada na tabela 42.

Tabela 42

Medicamento Avastin por plano		
OBJETOS	QTD	%
Associados	13	59,1%
Família I	5	22,7%
Família II	4	18,2%
Total geral	22	

Vale lembrar que o Plano Associados faz jus à cobertura farmacêutica para uso domiciliar no caso de medicamentos de uso contínuo para pacientes acometidos de patologias crônicas. Os Planos Família I e II só têm esse direito nas já mencionadas

condições (medicações ministradas em ambiente hospitalar e ambulatorial). O fato de serem beneficiários de um programa de assistência farmacêutica talvez explique o inconformismo dos participantes do Plano Associados de buscarem no Judiciário um tratamento medicamentoso negado. É a primeira vez no estudo que esse grupamento litiga mais do que o Plano Família.

4.5.4. Negativa de Coberturas – Exames: *Pet Scan*

A *PET* (*Positron Emission Tomography*) é uma modalidade diagnóstica funcional não-invasiva, que utiliza radiofármacos para medir os processos bioquímicos tissulares (dos tecidos orgânicos). Como outras técnicas de medicina nuclear, a *PET* é uma técnica de emissão, sendo necessária a administração de moléculas radioativas e o posterior mapeamento de sua posição.

O exame demarca a doença em termos de uma química regional quantitativamente anormal; é capaz de medir a atividade metabólica das células corporais, permite a investigação da perfusão, dos caminhos metabólicos e dos processos biomoleculares em estados normais e patológicos. A distribuição desses compostos é medida com um tomógrafo *PET* que produz imagens e índices quantitativos dos tecidos e órgãos corporais, permitindo quantificar o metabolismo da glicose, o transporte de aminoácidos, a síntese de proteínas, a divisão celular, o consumo de oxigênio, o fluxo sanguíneo e o status dos diversos neurorreceptores dos tecidos estudados

O processo de obter imagem com a *PET* inicia-se com a administração ao paciente (por via injetável ou inalatória) de um traçador metabolicamente ativo, uma molécula biológica que carrega, associado, um isótopo emissor de pósitron, por exemplo, funcionando como um traçador. Depois de alguns minutos, o isótopo acumula-se na área do corpo com a qual a molécula tem afinidade; a distribuição do traçador emissor de pósitron é computacionalmente calculada a partir dos dados de projeção registrados. Essa distribuição, processada por computador, dá origem, a imagens transversas. As imagens resultantes correspondem a medidas de distribuição do isótopo, podendo ser utilizadas tanto para avaliar qualitativamente o local de acúmulos não usuais do traçador (por exemplo, em tumores), quanto para medir,

quantitativamente, a captação do traçador para um diagnóstico mais preciso ou o estadiamento⁹ de uma doença.

Sistemas de imagem *PET* são equipamentos complexos e de custo muito elevado. Para funcionarem, necessitam não apenas da instalação do aparelho de imagem, mas acrescentam os custos representados por um ciclotron (aparelho para aceleração de partículas eletrizadas) e, de uma unidade de radioquímica (química dos elementos radioativos), para produzir os isótopos utilizados nos procedimentos.

As aplicações clínicas concentram-se em três áreas: oncologia, cardiologia e desordens neuropsiquiátricas.

Em oncologia, os benefícios que as imagens com *PET* apresentariam em relação às estratégias diagnósticas alternativas são: (a) provisão da mesma informação diagnóstica para estadiamento e avaliação de recidivas a um custo menor; (b) provisão de informações mais acuradas, de forma a melhorar o processo de estadiamento, em particular pela redução no número e extensão de procedimentos cirúrgicos, quando se demonstra que a doença está mais disseminada que o esperado; (c) possibilidade de predição precoce da resposta da doença à quimioterapia, com melhores resultados e redução do custo com tratamentos desnecessários.

Em cardiologia, as potenciais aplicações da *PET* incluem: (a) avaliação da viabilidade miocárdica, em doentes com doença coronariana com disfunção cardíaca, o que permite melhor seleção de pacientes para processos de revascularização e evita angiografias, angioplastias e *bypass* em pacientes que não se beneficiariam com esses procedimentos; e (b) diagnóstico de doença coronariana nos casos com outras investigações inconclusivas.

Nas desordens neuropsiquiátricas, as aplicações clínicas potenciais da *PET* incluem: (a) avaliação pré-cirúrgica de epilepsia, com localização não invasiva de focos epileptogênicos em pacientes com epilepsia parcial; (b) biópsia guiada em tumores cerebrais; (c) avaliação de tumores cerebrais primários; (d) diagnóstico de demência; (e) seleção de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) para

⁹ Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro (Fonte: Instituto Nacional do Câncer – INCA).

tratamento cirúrgico. O uso da *PET* é considerado investigacional para Doença de Alzheimer, demência, Doença de Parkinson e Doença de Huntington.

Os estudos dessa tecnologia caminham em direção da aplicabilidade na prática clínica, buscando evidências científicas que estabeleçam sua utilização em conjunto com (ou substituindo) as técnicas anatômicas de imagem de alta resolução.

Para que sejam aceitas tais aplicações e incorporadas às coberturas, entretanto, devem evidenciar superioridade em relação a outros testes diagnósticos já consagrados. As recomendações devem ainda estar embasadas também em número importante de estudos –demandam tempo e metodologia de pesquisa referendada, além de independência e isenção em relação às indústrias das novas tecnologias – cujos resultados sejam custo-efetivos. Enquanto essas condições não são preenchidas, as operadoras de planos de saúde não autorizam a inclusão dessas coberturas.

Os estudos em referência sempre se desenvolvem numa velocidade muito mais lenta do que o início efetivo de sua utilização pela comunidade médica, razão do conflito de pareceres técnicos entre a prescrição e a autorização de cobertura que tantas vezes são levados a apreciação pelo Judiciário,

Embora o *PET-SCAN* já não seja uma tecnologia tão nova, e vários estudos tenham sido ou estejam sendo realizados para justificar e ampliar sua utilização em áreas e patologias as mais diversas, só agora, a partir da RN 211 – em vigor desde de 7 de junho de 2010 –, referido exame foi incluído no Rol de coberturas da ANS, ainda assim para indicações restritas, discriminadas na Instrução Normativa (IN) nº. 25 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, da ANS, transcrita a seguir:

1. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. para caracterização das lesões;
 - b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - c. na detecção de recorrências.
2. Cobertura obrigatória para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. no estadiamento primário;
 - b. na avaliação da resposta terapêutica;
 - c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin. (ANS, 2010).

Por essas razões, o único caminho até então para que os beneficiários tivessem tais exames cobertos pelos planos de saúde era a via judicial.

A tabela 43 traz o número de reclamações distribuídas por Unidade da Federação.

Tabela 43

PET CAN POR UF		
OBJETOS	QTD	%
AL	4	3,4%
BA	29	24,4%
CE	4	3,4%
DF	8	6,7%
ES	3	2,5%
MA	16	13,4%
MG	2	1,7%
MS	3	2,5%
MT	2	1,7%
PE	3	2,5%
PR	2	1,7%
RJ	12	10,1%
RN	1	0,8%
SC	1	0,8%
SE	1	0,8%
SP	28	23,5%
Total geral	119	

O percentual de São Paulo, onde essa tecnologia está mais disseminada, era esperado. Novamente, a Bahia e o Maranhão chamam a atenção com 24,4% e 13,4% sobre o total das demandas, respectivamente, percentuais mais significativos ainda, se for considerada a representação populacional desses Estados em relação ao total.

Como costuma acontecer com as novas tecnologias, pode-se esperar uma ampliação na indicação do uso do *PET scan*, no médio prazo, e um aumento no número de ações judiciais até que os estudos comprovem que é uma tecnologia custo-efetiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A judicialização é tema recorrente também na esfera pública e vem ocupando boa parte da agenda de discussões dos gestores do SUS. Quase não há levantamentos no segmento privado e se existirem, não estão publicados, nem divulgados.

Este trabalho buscou mostrar a realidade de uma entidade de Autogestão, em que os participantes são a um só tempo financiadores e beneficiários do empreendimento assistencial. Referida Entidade não possui fins econômicos (finalidade lucrativa); mesmo assim é acionada judicialmente.

Ressalte-se que não houve intenção de mostrar um outro lado do problema, qual seja o de defender as razões de eventuais negativas de cobertura e muito menos reconhecê-las como pertinentes ou não. Tampouco houve a intenção de qualificar a atuação do Judiciário ou de suas decisões.

O estudo buscou conhecer o montante das ações, desvendar e classificar os objetos pelos quais reclamam os beneficiários, revelar sua distribuição geográfica, analisar possíveis justificativas para os principais objetos reclamados e mensurar o impacto econômico-financeiro na Autogestão estudada.

Dos achados, o mais importante talvez tenha sido a concentração de litigância verificada no estado da Bahia, a motivar um estudo mais detido e detalhado sobre o que ocorre naquela Unidade da Federação, especialmente no que se refere à quantidade de ações muito acima da média nacional e à alta concentração – também desproporcional em relação ao País – de ações relacionadas a procedimentos como gastroplastias, *stents*, internações em spa e fertilização *in vitro*.

Após a avaliação predominantemente quantitativa, buscou-se discutir os objetos mais prevalentes: gastroplastias, no grupamento tratamento médico; *stents*, em OPME; Avastin®, em medicamentos e pet scan, em exames. Essa análise revelou a

complexidade técnica que envolve os objetos das ações judiciais, aspectos que muitas vezes podem não estar sendo considerados pelo Judiciário.

Prova dessa inferência é a recente Recomendação 31 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), órgão criado em 31 de dezembro de 2004 e instalado em 14 de junho de 2005, que é voltado para a reformulação de quadros e meios no Judiciário, no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual, e que visa ao aperfeiçoamento do serviço público da prestação da justiça, um objetivo tão importante quanto necessário.

O referido documento, editado em 30 de março de 2010, “recomenda aos tribunais a edição de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar mais eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”.

A Recomendação 31 se justifica ante o grande número de demandas e representativo dispêndio de recursos públicos que elas provocam; em face da carência de informações clínicas prestadas aos magistrados; sobretudo restaura o respeito à necessária aprovação pela ANVISA de medicamentos e de tratamentos, para, em última instância, prevenir danos aos próprios pacientes.

Em resumo, recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que, até dezembro de 2010, celebrem convênios para obter apoio técnico de médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados.

Recomenda ainda que procurem instruir as ações com relatórios médicos contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; que evitem autorizar medicamentos não registrados pela ANVISA; que ouçam os gestores antes da apreciação de medidas de urgência.

Por fim, instrui que se inclua a legislação relativa ao Direito Sanitário no programa de direito administrativo nos concursos de ingresso à magistratura e que se promovam visitas de magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Sugere ainda a promoção de seminários congregando magistrados, Ministério Público e gestores para maior entrosamento sobre a matéria.

Embora muito recente e motivada pela observação do problema na esfera pública, a Resolução 31 foca o problema com muita competência, mesmo que ainda

não se possam medir concretamente seus efeitos. Além dessa iniciativa, o Conselho Nacional de Justiça promoverá em agosto de 2010, em São Paulo, o Fórum Nacional da Saúde para debater questões relativas ao monitoramento e à resolução de demandas que chegam ao Judiciário, relacionadas à assistência à saúde, inclusive para os planos de saúde privados.

O problema aqui tratado, portanto, se revela atual e presente na pauta de discussões das áreas do direito e da saúde. Com este trabalho, pretende-se oferecer subsídios a esses debates e, talvez, contribuir, ainda que modestamente, para a inclusão do verbete “judicialização” em nossos dicionários.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. C. Tutelas de Urgência. **Informe Jurídico da Biblioteca Ministro Oscar Saraiva**, v.11, n. 2, p. 159-168, jul./dez. 1999. Disponível em: http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/391/Tutelas_Urg%c3%aancia.pdf?sequence=4. Acesso em 22 maio.2010.

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

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. São Paulo. Record, 2007.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar** : beneficiários, operadoras e planos, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>. Acesso em 10 janeiro 2008.

ANS – Agência Nacional de Saude Suplementar. **Relatório de Gestão Janeiro de 2004 a Abril de 2010**. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) – Rio de Janeiro: ANS, 2010.

ARAÚJO, D. V., VESPA, G. Conceito de Economia da Saúde para o Pediatra – Parte I, **Revista Pediatria Moderna**, v.44, n. 1, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/bavancada.asp?fase=2&key1=Economia&cond=OR&key2=&campo=titulo&submit=+Procurar+>, Acesso em 3 junho 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

CAMPILONGO, C. F. Os desafios do judiciário: um enquadramento teórico. In: Faria, José E.. (org). **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo, Editora Malheiros – p. 31-51, 1994.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL, **Avastin em Oftalmologia**, São Paulo, 2008, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Avastin.pdf>, acesso em 30 maio 2010.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação no. 31 [relatório na internet]. Brasília; 2010 [acesso em 25 maio 2010]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10547:recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010&catid=60:recomendas-do-conselho&Itemid=515

GABRIEL, S. Dano moral e indenização . **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 56, abr. 2002. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2821>, acessado em 22 de maio de 2010.

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **A história e os desafios da saúde suplementar** – 10 anos de regulação, Instituto de Saúde Suplementar, São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2004). **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 2002 /2003**. Rio de Janeiro. IBGE, 2004, p. 42-50.

KERBAUY, R. R., ADES, L. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia USP** [online], v. 13, n. 1, pp. 197-216. ISSN 0103-6564, São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 11 novembro 2008

MACHADO, F. R. S. Contribuições ao Debate da Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.2 p. 73-91, Jul./Out. 2008.

MANCINI, M. C., CARRA, M. K. **Dificuldades diagnóstica em Pacientes Obesos**, Disponível em HTTP://www.abeso.org.br/revista/revista3/dif_parte1.htm, acessado em 11 novembro 2008.

MARQUES, S. B. Judicialização do Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n.2 p. 65-72, jul./Out. 2008.

OLIVEIRA, I. V. **Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações**, 2007. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUZA, R. R. de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>. Acesso em: 06 agosto 2008.

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Autogestão em saúde no Brasil 1980-2005: história da organização e consolidação do setor**. São Paulo, 2005.

WERNER, P. U. P. O Direito Social e o Direito Público Subjetivo à Saúde – O Desafio de Compreender um Direito com Duas Faces. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 92-131, jul./out. 2008.