

**UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO DA  
SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

**SÉRGIO ZAGARINO JUNIOR**

**RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELAS OPERADORAS  
DE SAÚDE: ANÁLISE DO CONTROLE ADEQUADO DE INFORMAÇÕES NO  
MUNICÍPIO DE GUARUJÁ - SP**

**SANTOS/SP**

**2019**

**SÉRGIO ZAGARINO JUNIOR**

**RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELAS OPERADORAS  
DE SAÚDE: ANÁLISE DO CONTROLE ADEQUADO DE INFORMAÇÕES NO  
MUNICÍPIO DE GUARUJÁ - SP**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde, sob a orientação do Professor Luciano Pereira de Souza.

**SANTOS/SP**

**2019**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

**RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELAS OPERADORAS DE SAÚDE: ANÁLISE DO CONTROLE ADEQUADO DE INFORMAÇÕES NO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ - SP**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas da Universidade Santa Cecília - UNISANTA.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza (orientador, Universidade Santa Cecília)

---

Prof. Dr. Fernando Reverendo Vidal Akaoui

---

Prof. Dr. Gilberto Passos

**Data da Defesa: Santos, 01 de outubro de 2019.**

**Resultado:**

Dedico este trabalho à minha família e a todos aqueles que enfrentam a luta pela desigualdade social sem jamais perder a esperança, convictos na possibilidade de um mundo mais justo, equilibrado e melhor.

## AGRADECIMENTOS

Ao iniciar os agradecimentos, poderia fazê-lo de forma simples, tradicional, ao agradecer as pessoas envolvidas com a realização deste trabalho. Porém, não iria me satisfazer, para realização dos agradecimentos é necessário me aprofundar um pouco e falar sobre o **Professor Doutor Marcelo Lamy**, o qual tive a honra e o privilégio de conhecer, poder trabalhar em conjunto e ainda ser seu aluno em algumas disciplinas do curso, sendo metodologia uma delas.

Na primeira aula de Metodologia, posso afirmar com toda a certeza que foi onde este trabalho teve início, Lamy acendeu em mim a paixão pela realização de uma pesquisa que tivesse efeitos para a sociedade, algo novo, com poder de transformação.

Sem a chama do Marcelo, esta obra não aconteceria, sendo assim, meu muito obrigado **Professor Doutor Marcelo Lamy**.

Não obstante as palavras ditas ao Ilustre professor Marcelo, agradeço ainda meu Mestre e orientador, **Professor Doutor Luciano Pereira de Souza**, que além de ter me orientado neste trabalho, se tornou um verdadeiro amigo e me ensinou os caminhos a serem percorridos nos estudos dos Direitos Sociais, principalmente na área da Saúde, fazendo com que minha paixão pelo tema aumente cada vez mais.

Além disso, agradeço a esta Instituição de Ensino, **Universidade Santa Cecília**, a qual fornece este curso de Mestrado tão rico em informações com um corpo docente de causar inveja em todas as Universidades mundo afora, com uma metodologia de ensino no qual o resultado é a construção de grandes novos pesquisadores.

Por fim, agradeço a minha família e amigos, que sempre me apoiaram na busca dos meus sonhos, me incentivando em todos os momentos.

“Aquele que não é um bom aprendiz não será um bom mestre.”

Platão

## RESUMO

A presente obra trata da ausência de controle adequado de informações no atendimento do Sistema Único de Saúde no Município de Guarujá – SP, com base numa pesquisa empírica, observando o funcionamento de toda a rede municipal de Saúde de Guarujá-SP, com o intuito de entender a existência da captação de dados dos usuários do Sistema Único de Saúde e obter informações para confrontação de dados relacionados aos valores adquiridos pelo município no que tange ao ressarcimento aos cofres públicos pelas operadoras de saúde suplementar, de acordo com o art. 32 da Lei 9.656/98. Para tanto, dividiu-se o trabalho em três grandes temas, o primeiro com uma abordagem histórica da saúde, discorrendo sobre a história da saúde pública, da saúde suplementar e a efetivação do direito à saúde no Brasil. O segundo tema será de profunda análise jurídica acerca do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de saúde suplementar e a caracterização de ato de improbidade administrativa pelos agentes públicos e por fim com a pesquisa empírica, com a observação de pleno funcionamento de toda a rede de saúde, captando informações de forma individual, para assim, chegar nas considerações finais acerca do controle adequado de informações no atendimento do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, ressarcimento ao SUS, saúde suplementar, improbidade administrativa, E-SUS.

## ABSTRACT

The present work deals with the lack of adequate control of information in the care of the Unified Health System in Guarujá - SP, based on an empirical research, observing the operation of the entire municipal health network of Guarujá - SP, with the intention of understand the existence of data collection from users of the Unified Health System and obtain information to confront data related to the values acquired by the municipality with regard to reimbursement to public coffers by supplementary health operators, according to art. 32 of Law 9.656 / 98. To this end, the work was divided into three major themes, the first with a historical approach to health, discussing the history of public health, supplementary health and the realization of the right to health in Brazil. The second theme will be a deep legal analysis about the reimbursement to the Unified Health System by supplementary health operators and the characterization of administrative misconduct by public agents and finally with empirical research, with the observation of the full functioning of the entire network. capturing information individually, thus reaching the final considerations about the adequate control of information in the care of the Unified Health System.

**Keywords:** Unified Health System, reimbursement to SUS, supplementary health, administrative misconduct, E-SUS.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de ressarcimento ao SUS (ANS, 2018).....	65
Figura 2 - Fases de ressarcimento ao SUS (ANS, 2018).....	68
Figura 3 - Situação dos atendimentos identificados no ressarcimento (ANS, 2018).....	69
Figura 4: Identificações em AIH (SIH/SUS e SGR/ANS/2018).....	70
Figura 5 Total de atendimentos cobrados por ano (ANS/2018).....	71
Figura 6 Total de valores arrecados cobrados por UF (ANS/2018).....	71
Figura 7 Valor total pago à vista de 2013 à 2017 (ANS/2018).....	72
Figura 8 Estados com maiores valores pagos/parcelados (ANS/2018).....	73
Figura 9. Valores pagos/parcelados por município (ANS/2018).....	74
Figura 10 Valor anual repassado (em R\$ milhões) – 2013 e 2017 (ANS/2018).....	75
Figura 11 Encaminhamento para Inscrição em Dívida Ativa – 2013 à 2017 (ANS/2018).....	75
Figura 11 fluxograma demonstrando chegada do usuário à UBS.....	79
Figura 12 Usuário precisa de atendimento diferente do específico de rotina da UBS.....	80
Figura 14 - Localização Geográfica USAFA e UBS Santa Rosa.....	88
Figura 15 – Entrada USAFA e UBS Santa Rosa.....	89
Figura 16 – Recepção USAFA e UBS Santa Rosa.....	89
Figura 17 - Localização Geográfica UBS Vila Alice.....	90
Figura 18 – Entrada da unidade UBS Vila Alice.....	91
Figura 19 – Recepção UBS Vila Alice.....	91
Figura 20 – Localização geográfica UBS Prainha.....	92
Figura 21 – Entrada da unidade UBS Prainha.....	93
Figura 22 – Recepção UBS Prainha.....	93
Figura 23 – Localização Geográfica UBS Vila Baiana.....	94
Figura 24 – Entrada UBS Vila Baiana.....	95
Figura 25 – Recepção UBS Vila Baiana.....	95
Figura 26 – Localização Geográfica UBS Vila Baiana.....	96
Figura 27 – Entrada UBS Morrinhos.....	97
Figura 28 – Recepção UBS Morrinhos.....	97
Figura 29 – Localização Geográfica UBS Pernambuco.....	98
Figura 30 – Entrada UBS Pernambuco.....	99
Figura 30 – Recepeção UBS Pernambuco.....	99

Figura 31 – Localização Geográfica UBS Pae Cará.....	100
Figura 32 – Entrada UBS Pae Cará .....	101
Figura 33 – Recepção UBS Pae Cará .....	101
Figura 34 – Localização Geográfica USAFA Jardim dos Passáros .....	102
Figura 35 – Entrada da Unidade USAFA Jardim dos Passáros .....	103
Figura 36 – Recepção USAFA Jardim dos Passáros.....	103
Figura 37 – Localização geográfica USAFA Cidade Atlântica .....	104
Figura 38 – Entrada USAFA Cidade Atlântica .....	104
Figura 39 – Entrada - USAFA Cidade Atlântica.....	105
Figura 40 – Localização geográfica USAFA Perequê .....	106
Figura 41 – Entrada USAFA Perequê.....	107
Figura 42 – Recepção USAFA Perequê.....	107
Figura 43 – Localização geográfica USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes .....	108
Figura 44 – Entrada USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes.....	109
Figura 45 – Recepção USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes.....	109
Figura 46 – Localização geográfica USAFA Conceiçãozinha.....	110
Figura 47 – Entrada USAFA Conceiçãozinha.....	111
Figura 48 – Recepção USAFA Conceiçãozinha.....	111
Figura 49 – Localização USAFA Vila Zilda.....	112
Figura 50 – Entrada USAFA Vila Zilda.....	112
Figura 51 – Entrada USAFA Vila Zilda.....	113
Figura 52 – Localização USAFA Jardim Las Palmas .....	114
Figura 53 – Entrada USAFA Jardim Las Palmas .....	115
Figura 54 – Recepção USAFA Jardim Las Palmas .....	115
Figura 55 – Localização geográfica USAFA Jardim Progresso .....	116
Figura 56 – Entrada USAFA Jardim Progresso.....	116
Figura 57 – Entrada USAFA Jardim Progresso.....	117
Figura 58 – Localização geográfica USAFA Vila Áurea.....	117
Figura 59 – Entrada USAFA Vila Áurea.....	118
Figura 60 – Recepção USAFA Vila Áurea.....	118
Figura 62 – Entrada USAFA Jardim Brasil.....	119
Figura 63 – Recepção USAFA Jardim Brasil.....	120
Figura 65 – Entrada USAFA Vila Edna .....	121
Figura 66 – Recepção USAFA Vila Edna .....	122
Figura 67 – Localização geográfica USAFA Vila Rã .....	122

Figura 68 – Entrada USAFA Vila Rã .....	123
Figura 69 – Recepção USAFA Vila Rã .....	123
Figura 70 – Localização geográfica USAFA Jardim Boa Esperança.....	124
Figura 71 – Entrada USAFA Jardim Boa Esperança.....	124
Figura 72 – Recepção USAFA Jardim Boa Esperança.....	125
Figura 73 – Localização geográfica UPA Rodoviária .....	126
Figura 74 – Localização geográfica UPA Rodoviária .....	127
Figura 75 – Recepção UPA Rodoviária .....	127
Figura 76 – Localização geográfica UPA Enseada.....	128
Figura 77 – Entrada UPA Enseada .....	129
Figura 78 – Recepção UPA Enseada .....	129
Figura 79 – Localização geográfica UPA Perequê .....	130
Figura 80 – Entrada UPA Perequê .....	131
Figura 81 – Recepção UPA Perequê.....	131
Figura 82 – Localização geográfica UPA Santa Cruz dos Navegantes .....	132
Figura 83 – Entrada UPA Santa Cruz dos Navegantes .....	133
Figura 84 – Recepção UPA Santa Cruz dos Navegantes .....	133
Figura 85 – Localização geográfica Hospital Santo Amaro.....	134
Figura 86 – Entrada Hospital Santo Amaro.....	135
Figura 87 – Recepção Hospital Santo Amaro.....	135
Figura 88 – Recepção Hospital Emílio Ribas.....	136
Figura 89 – Entrada Hospital Emílio Ribas.....	137
Figura 90 – Recepção Hospital Emílio Ribas.....	137

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABI** Aviso de Beneficiário Identificado  
**AIH** Autorização de Internação Hospitalar  
**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar  
**CADIN** Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal  
**CAP** Caixa de Aposentadoria e Pensão  
**CC** Código Civil  
**CDC** Código de Defesa do Consumidor  
**CDESC** Conselho Econômico e Social  
**CF** Constituição Federal  
**COFINS** Contribuição para Financiamento da Seguridade Social  
**CONSU** Conselho de Saúde Suplementar  
**CPMF** Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
**CSLL** Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido  
**CTN** Código Tributário Nacional  
**DPVAT** Seguro Obrigatório de Veículo Automotores Terrestres  
**INANPS** Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
**INPS** Instituto Nacional de Previdência Social  
**IPVA** Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores  
**LOS** Lei Orgânica da Saúde  
**LPS** Lei dos Planos de Saúde  
**OMS** Organização Mundial de Saúde  
**OPAS** Organização Pan-Americana da Saúde  
**PIB** Produto Interno Bruto  
**SIDA** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
**SUS** Sistema Único de Saúde  
**TUNEP** Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos  
**UBS** Unidades Básicas de Saúde  
**UPA** Unidades de Pronto Atendimento  
**USAFA** Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. O SISTEMA ÚNICO E A SAÚDE SUPLEMENTAR NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>22</b>
1.1 Direito à saúde: visão ampliada e interação entre o sistema público e o sistema de saúde complementar.....	22
1.2 Sistema Único de Saúde e seu contexto histórico .....	26
1.3 O Artigo 196 da Constituição Federal e seus Princípios .....	33
1.4 Dos Princípios da Universalidade do Acesso e da Integralidade da assistência do Sistema Único de Saúde .....	35
1.5 A Saúde Suplementar no Brasil.....	37
1.6 A problemática envolvendo o atendimento de beneficiários de planos de saúde pelo sistema público.....	43
<b>2. CONFIGURAÇÃO JURÍDICA DO RESSARCIMENTO AO SUS PELOS OPERADORES DE SAÚDE SUPLEMENTAR: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS.....</b>	<b>45</b>
2.1 A constitucionalidade do dever de ressarcimento ao SUS e a responsabilidade do operador de saúde suplementar.....	45
2.2 Tabela única nacional equivalente de procedimentos e valores de referência para o ressarcimento ao SUS .....	48
2.3 Procedimento para apuração do valor devido pelo atendimento do beneficiário do plano de saúde.....	52
2.4 Da improbidade administrativa dos agentes públicos responsáveis pelo controle do ressarcimento das despesas do ao SUS com beneficiários de planos de Saúde.....	53
2.4.1 Bens Públicos.....	53
2.4.2 Breve apanhado sobre improbidade administrativa .....	54
2.4.3 Atos de improbidade que importam enriquecimento ilícito .....	56
2.4.4 Atos de improbidade que causam prejuízo ao erário .....	58
2.4.5 Atos de improbidade que atentam contra os princípios da administração pública.....	59
2.4.6 A ausência de controle adequado de informações referente ao ressarcimento ao SUS caracteriza ato de improbidade administrativa? .....	60

<b>3. DIFICULDADES NA APURAÇÃO DOS VALORES DE RESSARCIMENTO AO SUS: O CASO DO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ</b> .....	64
3.1 Panorama dos valores ressarcidos ao SUS nos municípios brasileiros.....	64
3.1.1 A Autorização de Internação Hospitalar - AIH.....	66
3.1.2 A Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC .....	66
3.2 O controle dos atendimentos de beneficiários por parte do SUS.....	69
3.3 O e-SUS e o seu papel na identificação dos atendimentos a serem ressarcidos .....	76
3.3.1 Do cadastro da atenção básica.....	78
3.3.2 Base de dados do e-SUS .....	81
<b>4. OBSERVAÇÃO DE ATENDIMENTOS INICIAIS JUNTO ÀS UBS DO GUARUJÁ – SP</b> .....	82
4.1 Rede estrutural da saúde do município de Guarujá – SP .....	82
4.2 O controle de dados sobre os usuários de sistema de saúde suplementar atendidos pelas unidades básicas de saúde do Guarujá .....	85
4.3 Método Observacional Não Participante para coleta de dados de atendimento nas unidades básicas de saúde do Guarujá .....	86
4.4 Resultados preliminares do levantamento de dados junto às unidades de saúde de Guarujá .....	87
4.5 UBS e USAFA Santa Rosa.....	88
4.6 UBS Vila Alice .....	90
4.7 UBS Prainha.....	91
4.8 UBS Vila Baiana.....	94
4.9 UBS Morrinhos .....	96
4.10 UBS Pernambuco .....	98
4.11 UBS Pae Cará.....	100
4.12 USAFA Jardim dos Pássaros.....	102
4.13 USAFA Cidade Atlântica.....	103
4.14 USAFA Perequê .....	105
4.15 USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes.....	107
4.16 USAFA Jardim Conceiçãozinha.....	109
4.17 USAFA David Capistrano (Vila Zilda) .....	111
4.18 USAFA Jadui de Souza Moreira (Jardim Las Palmas) .....	113
4.19 USAFA Jardim Progresso .....	115
4.20 USAFA Vila Áurea .....	117
4.21 USAFA Jardim Brasil .....	118
4.22 USAFA Vila Edna.....	120
4.23 USAFA Vila Rã .....	122
4.24 USAFA Jardim Boa Esperança .....	123
4.25 UPA Rodoviária .....	125

4.26 UPA Enseada .....	128
4.27 UPA Perequê.....	129
4.28 UPA Santa Cruz dos Navegantes .....	132
4.29 Hospital Santo Amaro.....	134
4.30 Hospital Emilio Ribas II.....	136
4.31 Discussão dos resultados obtidos.....	138
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>140</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>142</b>

## INTRODUÇÃO

O Município de Guarujá - SP atendendo aos programas do Governo Federal relacionados à área da Saúde disponibiliza o acesso inicial para todos seus habitantes mediante as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USAFA), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e ainda com sua rede de Hospitais públicos.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, todos tem o direito de acesso à saúde<sup>1</sup>, mediante criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em contraponto, a legislação que regulamenta o setor de planos de saúde privados<sup>2</sup> criou o dever destes em efetuar o ressarcimento ao SUS pelo atendimento de pacientes beneficiários de convênios médicos, nos termos do art. 32 da Lei 9.656/98<sup>3</sup>, com a finalidade de retornar aos cofres públicos os gastos por estes suportados.

A forma de se apurar o montante devido para o SUS se dá mediante o cadastro de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e um sistema de cruzamento de dados entre cadastro e o faturamento das contas hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ocorre que, na cidade de Guarujá – SP não há um controle efetivo de dados nos atendimentos realizados pelo SUS, seja pela não utilização do sistema já existente (E-SUS) ou ainda por não realização da colheita de dados dos pacientes, impossibilitando provisionar um possível valor que retornaria aos cofres públicos, ou ainda uma conferência dos valores ressarcidos e o que seria pior ainda de crer, o não recebimento de nenhum destes valores.

---

<sup>1</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

<sup>2</sup> Lei nº 9656/98

<sup>3</sup> Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Por tal motivo, que a presente pesquisa, estuda se atualmente no município de Guarujá – SP o controle exercido nas redes de saúde possibilita a conferência quanto ao cumprimento dos valores ressarcidos ao fundo nacional de saúde pelos planos de saúde.

Para tanto, necessário introduzir o leitor no cenário do Direito da Saúde, navegando desde os primórdios acessos a esta área até os dias atuais, para então, passar a entender a necessidade do ressarcimento ao SUS e os objetivos principais do trabalho.

Tem-se ainda como objetivo do presente trabalho, a descrição e análise da fundamentação jurídica apontada pelo Supremo Tribunal Federal para afirmar a constitucionalidade do dever de ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde cujos beneficiários foram atendidos pela rede pública.

Também é objetivo do trabalho apurar quais os critérios para utilização da tabela de ressarcimento – TUNEP e se atendem aos fundamentos que nortearam decisão vinculante do STF.

São igualmente abordados de forma descritiva aspectos legais relacionados aos procedimentos de apuração, cobrança administrativa e judicial desses valores, inclusive a questão do prazo prescricional para o exercício da pretensão ao ressarcimento por parte do SUS.

Para atingir os objetivos do trabalho buscou-se realizar análise crítica da das fontes bibliográficas e documentais selecionadas a respeito do tema, em especial os acórdãos proferidos pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 1931 e no RE597064.

O artigo 196 da Constituição Federal garante a todas as pessoas o acesso aos serviços públicos de saúde de forma universal e igualitária, financiada com recursos públicos (art. 198, §1º da CF/88).

Sem prejuízo da rede pública, é livre à iniciativa privada a prestação de serviços de assistência à saúde (art. 199, da CF/88) em caráter suplementar ao Sistema Único de Saúde (art. 198, da CF/88), que se realiza sob a forma de operações contratuais e mediante contraprestação pecuniária.

Ou seja, tratam-se de serviços prestados em âmbito privado mediante remuneração dos profissionais, estabelecimentos e entidades operadoras de saúde.

Uma expressiva parcela desses serviços privados de saúde é prestada atualmente para mais de 47 milhões de brasileiros por meio de contratos de planos ou seguro saúde em que os interessados contribuem para a formação de um fundo financeiro mútuo, que pagará diretamente ou mediante reembolso as eventuais despesas com assistência à saúde que o beneficiário do sistema vier a efetuar ou, ainda, prestará diretamente esses serviços de assistência médica, ambulatorial, hospitalar ou odontológica, por meio de rede própria, conveniada ou credenciada de profissionais e estabelecimentos.

Sendo as ações e serviços de saúde de relevância pública (art. 197, da CF/88) o sistema suplementar está sujeito à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, notadamente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tendo como marco regulatório a Lei nº 9.656/98, a conhecida Lei dos Planos de Saúde, a par de uma extensa e complexa normatização por leis e atos regulamentares infralegais.

As sociedades civis ou comerciais, cooperativas e entidades que oferecem estes serviços de saúde, denominadas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde têm de garantir a cobertura assistencial contratada pelo consumidor ou beneficiário, cabendo à ANS a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Ocorre que, em algumas ocasiões, por circunstâncias voluntárias ou compulsórias a obrigação contratual das Operadoras acaba sendo cumprida pelo Sistema Único de Saúde, ou ainda por outra operadora a ele conveniada ou mesmo dele independente.

Levando em consideração que o artigo 196 da Constituição Federal garante o acesso à saúde de forma integral, universal e igualitária, o beneficiário dos contratos privados pode, por opção voluntária, não utilizar a cobertura assistencial suplementar que contratou e que esta à sua disposição,

preferindo atendimento do SUS ou de serviços médicos hospitalares privados, credenciados junto ao SUS.

Existe ainda a circunstância na qual o beneficiário de determinado contrato, em situação de emergência ou urgência encontra-se obrigado a socorrer-se de atendimento estatal ou privado com o qual não contratou.

Observa-se que, nas situações acima narradas a operadora, sem dúvidas, deixou de utilizar os recursos financeiros do fundo mútuo por conta da cobertura assistencial que deixou de prestar, ao passo que o SUS suportou os custos desse atendimento que estaria previsto na cobertura assistencial contratada pelo assistido junto à operadora.

Em razão disso o artigo 32 da Lei dos Planos de Saúde prescreveu que em tais hipóteses a operadora deve ressarcir os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados aos seus consumidores e dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A polêmica instaurada em torno dessa obrigação legal residia, basicamente, no entendimento por parte das operadoras de planos de saúde de que o dever primário de assegurar os serviços de assistência à saúde é do Estado. A questão foi judicializada e o julgamento finalizado em fevereiro do ano de 2018 pelo STF deu fim a discussão acerca da constitucionalidade do art. 32 da lei supracitada.

Será abordada ainda no presente trabalho, a possibilidade de incorrer em ato de improbidade administrativa os agentes públicos responsáveis pela gestão da área da saúde no município em razão da omissão em relação ao controle adequado de informações referentes ao E-Sus e ao ressarcimento, o que poderia gerar um dano ao Erário.

O presente estudo justifica-se não somente pela análise dos fundamentos da constitucionalidade do dispositivo legal acima citado, mas ainda porque há expressiva quantia a ser ressarcida ao Erário que se acumulou nos últimos anos, como também existe a necessidade de responder a questões que remanescem, tais como os critérios para a valoração dos

serviços prestados pelo SUS a serem ressarcidos pelas operadoras de saúde, bem como quais as medidas que os municípios estão tomando para conseguir ter um controle real dos valores ressarcidos, em específico o município de Guarujá –SP.

# 1. O SISTEMA ÚNICO E A SAÚDE SUPLEMENTAR NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O Direito à Saúde não é uma matéria inovadora, fora construída ao longo dos anos num conturbado contexto político e social.

Para tanto, necessário entender a origem do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Saúde Suplementar e sua efetivação no Brasil.

## 1.1 Direito à saúde: visão ampliada e interação entre o sistema público e o sistema de saúde suplementar

O Direito à Saúde é considerado um direito fundamental desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1946, sendo a compreensão de saúde o bem-estar físico, social e mental, não sendo considerada apenas a ausência de doenças ou enfermidades.<sup>4</sup>

Saúde, vem do Latim *salus*, "bom estado físico, saudação", relacionado a *salvus*, "salvo". Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS): Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades

---

<sup>4</sup> OMS §1º e §2º do preâmbulo - Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança; A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento. A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde. Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos. Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas.

Levando em consideração tal conceito, o Conselho Econômico e Social (CDESC)<sup>5</sup> institui recomendações gerais, com caráter vinculante, para os Estados atenderem as metas do que se entende como Direito à saúde.

O direito à Saúde abrangia uma atenção primária à saúde (prestada em comunidades para enfermidades comuns), atenção secundária (prestada em estabelecimento de saúde para enfermidades graves relativamente comuns), atenção terciária (prestada em centros especializados para enfermidades que necessitem deste aporte). (Oliveira, Souza e Lamy, 2016)<sup>6</sup>

Para Oliveira, Souza e Lamy, com o tempo, houve a evolução da necessidade de: a) melhorar a saúde infantil e materna, serviços de saúde sexual, diminuição de mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças. b) promover medidas preventivas com relação aos acidentes de trabalho, bem como doenças profissionais, sendo necessário fornecer água potável e saneamento básico adequadamente, redução de exposição da população a substâncias nocivas, moradias adequadas, fornecimento de alimentos seguros em termos de saúde nutricional, diminuição do consumo de drogas como álcool, tabaco e ainda as ilícitas; c) promoção de programas de prevenção e educação de doenças transmissíveis, criação de programas emergenciais em caso de urgências médicas em acidentes, epidemias e perigos análogos a saúde e ainda promoção de ajuda humanitária em situações de emergência, melhorar a vigilância epidemiológica; d) promover acesso igual e oportuno aos serviços de saúde preventivos, curativos e de reabilitação, assim como educação em matéria de saúde, fornecer tratamentos e medicamentos apropriados, dando atenção especial à saúde mental. (Oliveira, Souza e Lamy, 2016)

Assim, aos olhares de Oliveira, Souza e Lamy numa visão ampliada de saúde, define-se o direito da saúde como:

---

<sup>5</sup> Órgão das Nações Unidas que monitora e avalia o cumprimento do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

<sup>6</sup> Oliveira, Souza e Lamy, Violação das Obrigações Estatais na Área da Saúde: A diferença entre Obrigações Mínimas e as Esperadas. Caderno de Relações Internacionais, vol. 7, nº 13, ago-dez. 2016

“É direito humano e fundamental ao bem-estar físico, mental e social – pode ser compreendido, portanto, como um direito revestido de extrema complexidade, pois inclui tanto o acesso aos serviços (de promoção, de proteção, de recuperação, de reabilitação ou paliativos) e aos produtos (medicamentos e equipamentos) de saúde, como também às condições essenciais e determinantes da saúde (água potável, saneamento, alimentação e moradia adequadas, condições saudáveis de trabalho e meio ambiente, informação e educação). Ostenta tanto uma dimensão individual (o direito subjetivo a todo seu objeto), como uma dimensão coletiva, pública ou social (a qual corresponde, em especial, o dever estatal de instituir políticas públicas de saúde).”

Observa-se também um conceito amplo de saúde, o qual estabelece que o direito à saúde admite dois aspectos diferentes. O primeiro fazendo referência a que a saúde é um bem jurídico privado que integra a esfera íntima do sujeito. Como tal, o direito à saúde constitui um direito negativo, no sentido de que impede que alguém possa submetê-lo, salvo com o consentimento de seu titular ou uma causa legitimada pelo ordenamento jurídico. O segundo aspecto é mal chamado ‘direito à saúde’, já que em realidade trata-se de um direito a prestações de serviços de saúde, a diferença do anterior é uma pretensão positiva contra o Estado ou aqueles a quem este encomendou o cumprimento. (SCAFF, Fernando Campos, 2010)

Nesse sentido, Giorgio Berti<sup>7</sup> afirma que o direito à saúde é a síntese de um complexo de situações que não se podem desembaraçar e não aceitam nem mesmo definições precisas, nem uma segura colocação em uma das duas esferas em que solidariamente se subdivide a ordem jurídica, isto é, aquela do direito subjetivo e aquela do direito objetivo. Paradoxalmente, a condição absoluta do direito à saúde, proclamada pela jurisprudência para lhe afirmar a possibilidade de tutela por parte do juiz, é o fruto da síntese das múltiplas

---

<sup>7</sup> La struttura pubbliche per la tutela della salute, in: Problemi giuridici della biomedicina (Atti del XXXVIII Convegno Nazionale di Studio – Roma, 4/6 dicembre 1978), p. 34

relatividades deste direito, que não é mais tanto individual a refutar ou a afastar a validade social e não é tanto social ou coletivo a diminuir ou a esmagar o valor individual que nele se encerra.

No Brasil a adoção de um sistema misto, com a possibilidade da saúde suplementar como alternativa deriva de um legislador constituinte, consciente de que o Estado, como se fora um Leviatã, jamais teria meios de, isoladamente, prestar tal serviço, sustentável e principalmente eficiente.

Nesse sentido, de forma expressa fez constar em nossa Constituição Federal, art. 197<sup>8</sup>, que, de forma paralela, os serviços relacionados à saúde poderiam ser executados através de terceiros, e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Tanto que no art. 199 reforça a idéia da atuação da iniciativa privada, sendo um meio de saúde suplementar.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

É tranqüilo afirmar que a saúde suplementar serve para garantir a efetividade do direito à saúde em nosso Estado, eis a impossibilidade de atendimento exclusivo pelo Estado.

Para Leonardo Vizeu Figueiredo, a saúde suplementar “trata-se da atividade econômica em sentido estrito, regida por princípios e regras de direito privado, sendo seu acesso garantido, tão somente, à parcela da população com renda para contratar tais serviços.” (FIGUEIREDO, 2006)

---

<sup>8</sup> Art. 197. São de 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

## 1.2 Sistema Único de Saúde e seu contexto histórico

Para conseguirmos entender o fenômeno do SUS, e até mesmo poder valorizar essa conquista, é necessário saber o que existia antes de sua criação. Para tanto, é preciso viajar um pouco na história e conhecer o processo da organização sanitária do Brasil.

No Brasil Colônia o Sistema de Saúde jamais fora preocupação de nossos Colonos, levando em consideração que cada pessoa era responsável pela sua própria saúde, sendo considerada de forma informal com ajuda de pajés e curandeiros. Era baseada em conhecimento empírico ou crenças religiosas, independente da classe social.

Já os problemas de higiene das cidades, fiscalização dos portos e o comércio de alimentos eram responsabilidade das autoridades locais, devendo as câmaras municipais solucionarem o problema.

No ano 1543 surgiu a primeira Santa Casa de saúde no Brasil, quando Brás Cubas a fundou em Santos a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Levando em consideração que o atendimento aos pobres era por conta da caridade cristã, que abrigavam indigentes, doentes e viajantes.

Nos anos seguintes não existiu nenhuma mudança significativa na área da saúde e num longo período depois, com o ataque das tropas de Napoleão Bonaparte e a conseqüente fuga da família real portuguesa no ano de 1808, a qual buscou refúgio no Brasil, começaram a surgir algumas mudanças na estrutura de nosso País, dentre elas a que nos importa no presente estudo, a criação de faculdades de Medicina, tendo como pioneiras a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospitalar Militar de Salvador.

Num panorama geral, até a nossa independência, a organização sanitária brasileira era rudimentar e centralizada nas Câmaras Municipais que se reuniam em nível local de acordo com cada epidemia ou outro episódio de saúde.

Após nossa independência, em 1822, houve poucos avanços na área de saúde, dentre elas a inauguração da vacinação contra a varíola em crianças, bem como a criação do Instituto Vacínico do Império, ainda com a criação da Lei da Junta Central de Higiene Pública.

Á época, as medidas tinham o interesse de controlar as infecções de tuberculose, febre amarela, malária, varíola entre outras.

Com o final do império, instaurado pelo golpe militar de 15 de novembro de 1889, sendo iniciada a República do Brasil, houve a atribuição aos estados em relação a responsabilidade pelas ações de saúde no Brasil e um dos mais ilustres sanitaristas de toda a história, Oswaldo Cruz, levando em consideração a necessidade de uma reforma urbana e principalmente sanitária, deu início a algumas mudanças drásticas na saúde pública brasileira.

Diga-se drásticas, pois fora necessário a utilização de medidas autoritárias, com força militar para demolir casas, desalojar pessoas, combater mosquitos e isolar doentes infecciosos, em prol do avanço de nossa saúde pública.

Á época faltou poder de gestão ao sanitarista, que não conseguiu por meio do Governo educar a população sobre os motivos das decisões radicais, ocasionando assim a chamada Revolta da Vacina.<sup>9</sup>

Os casos relacionados a saúde naquela época era tratados como “caso de polícia”, pois não existia o Ministério da Saúde, o órgão que cuidava da saúde pública era vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Tanto que as ações realizadas ficaram conhecidas como operações militares cumpridas pela polícia sanitária.

O sistema público de saúde teve avanços consideráveis, mas continuava informal, se baseando apenas em consultas particulares, sem um sistema ou organização.

---

<sup>9</sup> A chamada "Revolta da Vacina" foi uma insurreição popular ocorrida no Rio de Janeiro no início do século XX. A revolta ocorreu como uma reação popular à campanha da vacinação obrigatória, posta em prática pelo sanitarista Oswaldo Cruz.

As primeiras leis originalmente de cunho social no Brasil começaram a surgir no início do Século XX, as quais foram constituídas para formalizar a relação entre empregados e patrões.

Exemplo é a lei de Sindicalização, que permitia uma forma organizacional da relação de trabalho sem qualquer intromissão do Estado, respeitando apenas as normas das elites.

A força do direito social ligada ao trabalhador começou a ingressar de forma organizada na política aumentando o número de associações criadas no estado de São Paulo entre os anos de 1888 e 1929. Por conseqüência, aumentou-se o número de greves e demandas sociais, gerando uma resposta repressiva pelo governo, deixando evidente a ineficácia do sistema adotado sendo necessário normatizar a ordem social.

No contexto apresentado é criada a lei Eloy Chaves, em 1923, a qual institui a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários, que eram mantidas e geridas pelas empresas e ofereciam serviços médicos aos funcionários e a suas famílias, além de descontos em medicamentos, aposentadoria e pensão para herdeiros, que posteriormente seria base para o surgimento do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

A falta de orientação estatal na área previdenciária, acaba por ocasionar “descompasso entre a política social compensatória iniciada em 1923, e a política social via regulação do processo acumulativo que só se iniciará após a Revolução de 1930” (Santos, 1987:73).

Acredita-se que o fator determinante para a rápida evolução das relações sociais ocorreu em razão do crescimento populacional no país, sendo impulsionado ainda pela grande quantidade de imigrações devido a atividade industrial em São Paulo e até mesmo migrações internas, seja pela seca do Nordeste ou até mesmo o declínio da atividade seringueira na Amazônia.

Para conseguir amenizar o até então problema social, foram criados alguns mecanismos para tentar regulamentar as demandas dos movimentos sociais. Criou-se a Lei de Férias, lei sobre o trabalho da mulher e de menores, mas nenhuma atingiu o resultado esperado.

Com a revolução de 1930 e a tomada de poder por Getúlio Vargas, o governo federal passou a concentrar funções e aumentar o controle, tendo como base a cidadania entendido aqui como "cidadania regulada", ou seja, "a cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal" (Santos, 1987:75).

Criou-se então o Ministério da Educação e Saúde, que, embora tenha tomado algumas medidas de controle sanitário, acabou priorizando o sistema educacional.

Há estudos que reconhecem, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao poder público: Saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. A saúde pública era aquela realizada por meio das campanhas supracitadas, não havendo qualquer relação com a medicina previdenciária ou do trabalho. Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS, vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade (saúde pública) e, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho (criado em 1930), e ainda, as ações curativas e individuais (medicina previdenciária). (PAIM, 2016)

Em relação a medicina previdenciária, na época, as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), deixando de ser gerenciados pelas empresas e passando a ser controlados por entidades sindicais. A constituição de 1934 garantia ainda a assistência médica, a licença-maternidade e jornadas de trabalho de 8 horas.

Em 1946, após a 2ª Grande Guerra, com a criação da Organização das Nações Unidas e na sequência da Organização Mundial da Saúde, pode-se dizer que foi o primeiro momento que o Direito à Saúde foi considerado como um direito humano de segunda geração pela doutrina e ganhou notoriedade pela primeira vez no cenário internacional dos direitos humanos em 22 de julho de 1946, na Conferência Internacional da Saúde em Nova York, a qual concluiu o seguinte sobre o tema.

- A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.
- Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.
- A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.
- Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.
- O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.
- O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.
- A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.
- Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.
- Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. (OMS, 1946)

Em 1952 houve a convenção nº 102 da Organização Internacional do Trabalho, sediada em Genebra, a qual determinou que a Saúde pertence à seguridade social, sendo ratificada no Brasil em 15 de Junho de 2009 após aprovação de Decreto Legislativo nº 269 de 19 de novembro de 2008 do Congresso Nacional.

No Brasil, em 1960, foi instaurada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificava os IAPs de cada sindicato em um só regime e consolidava as leis trabalhistas, mas não abrangia os empregados domésticos, nem os funcionários públicos e sequer os trabalhadores rurais, levando em consideração a força sindical que pressionava seu surgimento.

Após a tomada de poder pelos militares em 1964, fora criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1967, unificando os IAPs. Levando em consideração que a demanda da população por serviços de saúde ultrapassava a possibilidade de oferta do governo, teve início o sistema de cobertura privado, por meio de repasses financeiros, dando início ao crescimento da rede de hospitais particulares.

Com o volume de repasses a esfera privada aumentando o INPS se transformou no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social).

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho, leia-se com carteira de trabalho assinada, tinham acesso a saúde a assistência médica da previdência.

Quem não atendia os requisitos, dependia de contratação particular ou de instituições filantrópicas. Neste ponto que se nota o evidente abismo entre saúde e a condição de cidadão.

Mesmo com todo o aparato de saúde público e particular, o foco da saúde pública ainda era limitada ao processo curativo, não existindo investimentos em prevenção ou ainda promoção da saúde.

Com a transição democrática em nosso território, após a queda do regime militar, a saúde pública ganhou um olhar social pela reforma sanitária, ao ser criado o CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), também o CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e o CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), movimento que, acarretaria na criação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dos últimos anos, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196), estabelecendo ainda a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, é um sistema que não veio para

suceder o antigo INAMPS nem tampouco o SUDS, ele é um novo sistema de saúde que está em construção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

A Constituição de 1988 trouxe o que já estava estabelecido no mundo que é a noção de seguridade social, sendo utilizado este termo pela primeira vez em seu art. 194. A seguridade social é composta pelo tripé: Saúde, como direito de todos, Previdência, de caráter contributivo, e Assistência Social, para os que dela necessita.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Um dos princípios deste tripé é o da solidariedade, o que significa dizer que tanto a sociedade quanto o Estado são financiadores da seguridade social.

No ano de 1990, em nota oficial o Ministério da Saúde abordava o SUS da seguinte forma: É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer

consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

O SUS se sustenta no tripé da descentralização, integralidade e participação popular, conseguindo se estabelecer na atenção primária e nas medidas com foco educativo, bem como em ações de promoção à saúde e de prevenção.

Teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular (CECIM et al, 2004).

Ao mesmo tempo, a rede privada conseguiu se estabelecer, criando um subsistema de atenção médico-suplementar com a formação dos diversos tipos de convênios: cooperativas médicas, medicina de grupo, seguro-saúde, plano de administração e autogestão.

Apesar disso, o sistema público ainda enfrenta grandes dificuldades, sofrendo por exemplo com o subfinanciamento, que impossibilita a oferta de assistência integral a toda a população e mantém o sistema de saúde suplementar em pleno funcionamento (embora sob regras mais rigorosas com a Lei dos Planos de Saúde, de 1998).

### **1.3 O Artigo 196 da Constituição Federal e seus Princípios**

Inicialmente, de se trazer a este texto a expressa disposição do artigo 196 da Constituição da República, segundo a qual, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Primeiramente, o mencionado dispositivo constitucional, atribui ao Estado o dever de garantir o acesso irrestrito à saúde de todos os cidadãos e residentes no Brasil, através de políticas sociais, econômicas e preventivas.

Nesse sentido, o ensinamento e a ponderação de Marcelo Novelino, no sentido de que o direito fundamental à saúde, guarda uma estreita relação com o princípio da dignidade humana, e é deferido em território brasileiro aos seus nacionais e estrangeiros, sendo o estado devedor desta obrigação, da qual a União, estados e Municípios são solidários. (NOVELINO 2014)

Ainda, aponta o seguinte julgado do Colendo Supremo Tribunal Federal:

EMENTA: AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. DIREITO À SAÚDE (ART. 196, CF). FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SOLIDARIEDADE PASSIVA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. CHAMAMENTO AO PROCESSO. DESLOCAMENTO DO FEITO PARA JUSTIÇA FEDERAL. MEDIDA PROTETÓRIA. IMPOSSIBILIDADE. 1. O artigo 196 da CF impõe o dever estatal de implementação das políticas públicas, no sentido de conferir efetividade ao acesso da população à redução dos riscos de doenças e às medidas necessárias para proteção e recuperação dos cidadãos. 2. O Estado deve criar meios para prover serviços médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, além da implementação de políticas públicas preventivas, mercê de os entes federativos garantirem recursos em seus orçamentos para implementação das mesmas. (arts. 23, II, e 198, § 1º, da CF). **3. O recebimento de medicamentos pelo Estado é direito fundamental, podendo o requerente pleiteá-los de qualquer um dos entes federativos, desde que demonstrada sua necessidade e a impossibilidade de custeá-los com recursos próprios. Isto por que, uma vez satisfeitos tais requisitos, o ente federativo deve se pautar no espírito de solidariedade para conferir efetividade ao direito garantido pela Constituição, e não criar entraves jurídicos para postergar a devida prestação jurisdicional.** 4. In casu, o chamamento ao processo da União pelo Estado de Santa Catarina revela-se medida meramente protetória que não traz nenhuma utilidade ao processo, além de atrasar a resolução do feito, revelando-se meio inconstitucional para evitar o acesso aos remédios necessários para o restabelecimento da saúde da recorrida. 5. Agravo regimental no recurso extraordinário desprovido.<sup>10</sup> (grifo nosso).

---

<sup>10</sup> Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 607.381, Relator: Ministro Luiz Fux, Primeira Turma, julgado em 31/05/2011, DJe-116 Divulgação: 16-06-2011; Publicação 17-06-2011. EMENT VOL-02546-01 PP-00209 RTJ VOL-00218-01 PP-00589.

Em continuidade à análise, o mencionado artigo consagra o princípio do acesso universal e igualitário à saúde.

O acesso universal tem como significado o acesso irrestrito de todos à saúde, facultando-se todas formas disponíveis para proteção e promoção desta. O acesso igualitário, de sua sorte, garante o tratamento igual a todos os usuários do sistema, independentemente de qualquer diferença econômica ou social, prestigiando, claramente, o princípio da isonomia.

Esses princípios garantem aos cidadãos e estrangeiros residentes no país o direito de acesso à saúde, impondo ao Estado o dever de prevenir doenças e de agir para recuperar a saúde dos beneficiários desse direito.

#### **1.4 Dos Princípios da Universalidade do Acesso e da Integralidade da assistência do Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde originou-se a partir do texto expresso do preceito constitucional do artigo 198 da Constituição Federal<sup>11</sup>, dispondo que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Esse dispositivo constitucional já demonstra que o Sistema Único de Saúde será obrigação do Estado e garante a pessoa um acesso universal ao equipamento de saúde disponível e um tratamento integral dentro desse equipamento.

Nesse sentido, José Afonso da Silva<sup>12</sup> diz que toda a pessoa e coletividade figuram no pólo ativo da relação jurídica entre elas e o Sistema

---

<sup>11</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Brasília, 5 de outubro de 1988. Acesso em: 21.8.2018.

<sup>12</sup>SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 20 ed. ver. e atual. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 807.

Único de Saúde, sendo credoras do direito às ações e serviços de saúde em face do SUS.

A Lei que regula o Sistema Único de Saúde, a Lei 8.080/90<sup>13</sup>, traz expressamente em seu artigo 7º, I e II, os princípios da universalidade e da integralidade da assistência, que descreveremos a seguir:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O princípio da universalidade de acesso garante ao usuário do Sistema Único de Saúde a utilização de todos os recursos sejam eles tecnológicos ou não, componentes do sistema de saúde, seja qual for o nível, com o simples objetivo de possibilitar o acesso adequado do usuário ao serviço de saúde e necessários para o tratamento do seu problema de saúde.

Sob outro aspecto, o princípio da integralidade da assistência permite ao usuário a utilização de todos os meios disponíveis no sistema para o tratamento preventivo ou curativo de sua patologia, dispondo dos mecanismos adequados, de acordo com o nível, para efetivar o tratamento.

Por razões óbvias, esses princípios visam efetivar o direito fundamental constitucional de acesso à saúde e vão além, pois determina de forma expressa o acesso ilimitado aos serviços de saúde, em qualquer nível, e, na mesma proporção, o acesso ao tratamento, seja para prevenir ou para curar.

---

<sup>13</sup> BRASIL. Lei de nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, publicado no DOU de 19.09.1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 20.09.1990.

Outrossim, não existem barreiras para impedir o acesso do usuário aos recursos de saúde para efetivar seu tratamento de modo adequado e eficaz para sua patologia ou problema de saúde existente.

A integralidade de assistência assume papel relevante, nesse sentido, sendo o princípio motriz do Sistema Único de Saúde, haja vista que ele consolida e possibilita ao usuário acesso livre ao medicamento ou terapia necessária para o restabelecimento de sua saúde. A bem da verdade, ele consolida a ação do estado na proteção do direito à saúde do usuário.

### **1.5 A Saúde Suplementar no Brasil**

A criação do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil não ocorreu da noite para o dia, como o Direito Básico da Saúde e a necessidade do Estado em promover a atenção Básica existiu a necessidade de regulamentação de um setor que já vinha sendo explorado.

Com a tomada do poder pelos militares no ano de 1964 houve o início da alteração do sistema previdenciário social, culminando na incorporação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) pensões sendo criado apenas o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). (Médici, 2004)

A esse sistema unificado e centralizado caberia uma função assistencial e redistributiva, ainda que a redistribuição fosse limitada ao contingente de trabalhadores das profissões até o momento regulamentadas (Oliveira & Teixeira, 1986).

Em 1968, o Plano Nacional de Saúde (PNS) atribui ao Poder Público a atenção à saúde necessária à melhoria da produtividade e bem estar da população determinando que as atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada estimulada, coordenada e custeada, parcialmente pelo poder público. (Oliveira & Teixeira, 1986).

Com o decorrer dos anos, até 1973 a “universalização da cobertura da saúde” se consolida, mas ainda em caráter individual, sendo apenas assistencialista.

Com a idéia de universalização da assistência e ainda o grande aumento da cobertura populacional, necessitou-se de uma adequação do tamanho da rede assistencial, o que gerou diversos problemas ocasionando a contratação de uma rede de estabelecimentos privados os quais passaram a incorporar a rede de assistência médica do INPS.

Mesmo com o aumento da rede do INPS, ainda não foi possível realizar a cobertura de atendimento para toda a demanda, sendo necessário sua ampliação com recursos públicos advindos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 com recursos da Caixa Econômica Federal.

Com a implementação da nova política privatista foram criados alguns instrumentos que facilitariam seu desenvolvimento. Oliveira & Teixeira (1986) analisam estes mecanismos sob a seguinte lógica: financiamento a hospitais privados, credenciamento para a compra de serviços e convênios empresas.

A idéia de financiamento a baixos juros para hospitais privados permitia com que fossem adquiridos os equipamentos da indústria hospitalar e a formação de canais de representação como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

O crescimento para a compra de serviços consistia na realização de credenciamento de serviços privados para o atendimento dos segurados, sendo que recebiam pagamentos pelos serviços prestados, tomando com base de preços a tabela do INPS.

As dificuldades do controle das contas apresentadas por estes prestadores privados de serviços e a adoção deste sistema de pagamento, que implica na busca de maiores lucros, ocasiona um superfaturamento que coloca em risco o sistema financeiro da Previdência, impossibilitando sua continuidade (Oliveira & Teixeira, 1986).

O último mecanismo citado por Oliveira e Teixeira para implementação desta política de crescimento do setor privado é a desoneração do INPS em relação aos empregados da empresa de setor privado, a qual

passa a ser responsabilizada pela atenção médica de seus funcionários, por meio de seu próprio departamento médico.

Tanto que, em 1975, o Ministério da Previdência e Assistência Social/INPS, dispunha que “na vigência do convênio, o INPS se desobriga do atendimento dos beneficiários por eles abrangidos e os atendimentos médicos eventualmente realizados pelo instituto são cobrados da empresa” Gentille de Mello, apud Oliveira & Teixeira (1986), informa que embora freqüente o atendimento, por hospitais do Instituto, a segurados de empresas convenientes não se tem notícias de que a esta cobrança tenha ocorrido.

Nessa toada as empresas criaram suas próprias medicinas de grupo, as quais tinham caráter empresarial, visando lucro, com o breve retorno de seus funcionários.

Como já dizia Henry Ford o corpo médico é a seção de minha fábrica que me dá mais lucro (FORD *apud* Carvalho, 1955).

E o mais importante de ser notado ainda, é que já nesta época existia a preocupação do Estado em ter os valores gastos, com a assistência de grupos utilizadores das medicinas de grupo, ressarcidos ao Erário. Uma primeira imagem do que temos hoje de ressarcimento ao SUS.

No mesmo sentido, o INPS assumia o compromisso de prestar assistência aos beneficiados do setor privado em casos de pacientes com mais de 180 dias de internação seguidos ou intercalados que não tinham condições de voltar ao trabalho.

Se analisarmos o cenário daquela época com um olhar crítico do cotidiano percebemos que foi neste momento que se deu a transferência para o setor público da assistência médica mais onerosa, fazendo com que o setor privado voltasse uma medicina exclusivamente à redução máxima da realização de atos médicos, lembrando atualmente as cláusulas restritivas existentes nos contratos de planos de saúde privados.

Uma outra análise que se faz importante é a relativa às mudanças no exercício da medicina que estas novas práticas ocasionam, dentre eles o

assalariamento do médico, que acaba sendo apontado como fator determinante para a criação das cooperativas médicas (Duarte, 2001).

Assim, com a bandeira da ética profissional, respeitando as características liberais da profissão do médico, visando uma melhor qualidade no atendimento assistencial prestado, lutando contra a mercantilização da profissão que em 1967, na cidade de Santos-SP, fora fundada a primeira UNIMED pelos dirigentes do sindicato de classe.

Ribeiro (2001) informa que no crescimento do setor de medicina suplementar as Cooperativas Médicas participaram com 18%, sendo somente menor que o crescimento das seguradoras, no período de 1987/92.

Conforme se denota no site oficial da UNIMED, atualmente ela esta presente em 84% do território nacional, formado por cerca de 348 cooperativas médicas e mais de 114 mil médicos cooperados, vinculados através da Confederação das UNIMEDs do Brasil.

Ainda segundo o site oficial, é detentora de 37% da participação no mercado nacional de planos de saúde, gerando 100 mil empregos diretos tendo em sua rede 23% dos médicos do País.

Para entender bem a importância da saúde suplementar, os números são importantes, pois são 18 milhões de beneficiários, com mais de 2.506 hospitais credenciados e ainda 119 hospitais próprios.

A facilidade com que se constitui uma cooperativa singular permitiu a grande capilarização da rede, propiciando a grande cobertura populacional. Além disso “a capacidade de organização e articulação das Unimed com as entidades médicas e a adoção de uma aliança com a defesa de um SUS que se baseie fortemente na livre escolha de médicos autônomos parecem variáveis relevantes quando se observa a existência e a magnitude de suas clientelas em cidades de grande e médio porte que concentram recursos assistenciais e segmentos populacionais com altas faixas de renda como em municípios do interior e na própria capital de São Paulo” (Bahia, 1999:168).

Mais ainda, segundo Cordeiro (apud Bahia, 1999:190), as razões para o desenvolvimento diferenciado das empresas médicas em São Paulo em

relação ao Rio de Janeiro, enumeradas por Cordeiro (1984: 126-136), são: a existência de um setor estatal com capacidade instalada relativamente maior do que em outros estados, o desinteresse inicial do setor industrial e de serviços e a falta de apoio da burocracia regional aos convênios empresariais. Enfim, existem razões que apontam o imbricamento do financiamento do setor público para o setor privado como uma das explicações para o crescimento e fortalecimento das UNIMED.

Além das cooperativas, a partir da Petrobrás, surgiram empresas de “auto gestão”, que também prestavam o serviço de assistência direta ao trabalhador. Segundo dados retirados do site da ANS em 1997 sistema de autogestão atendia no Brasil cerca de nove milhões de pessoas. (ANS – 2019)

Segundo pesquisa<sup>14</sup> referente ao ano de 2013 a proporção de pessoas com planos de saúde no país aumentou nos últimos cinco anos (2009 à 2013), chegando a 27,9%, ou cerca de 56 milhões de brasileiros. A proporção de planos é maior após os 30 anos de idade e para os que estão inseridos no mercado de trabalho, seguidos dos aposentados e idosos. Ainda, é maior entre pessoas com maior escolaridade, chegando a ser até quatro vezes maiores entre os que têm nível superior completo, sendo ligeiramente mais freqüente entre as mulheres. As populações das regiões Sudeste e Norte têm a maior e a menor cobertura de planos de saúde, respectivamente. Na região urbana, os planos são quatro vezes mais freqüentes que na rural. (Malta, 2013)

Ricardo Bechara Santos (1999) em sua obra sobre seguros define o seguro saúde assim:

O seguro de saúde tem objeto distinto das atividades das empresas que exploram os serviços de plano de saúde ou medicina de grupo, conforme dispõe o art. 129 do Decreto-Lei nº 73/66, segundo o qual não é esse objeto senão dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar, pelos sistemas de livre escolha ou convênio, mediante o pagamento do que se denomina prêmio, que é a função dos riscos, onde o segurador suporta os custos financeiros do tratamento médico do segurado.

---

<sup>14</sup> Malta, Deborah Carvalho. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Em outras palavras, as seguradoras garantem os riscos, já as empresas de planos de saúde ou medicina de grupo prestam um serviço pelo sistema de pré-pagamento, podendo inclusive ter hospitais próprios.

Com a Constituição Federal de 1988 e a posterior elaboração do Código de Defesa do Consumidor em 1990, o qual criou mecanismos e políticas que tratam sobre o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, as entidades criadas para esta defesa, começaram a receber um volume muito grande de reclamações de consumidores em relação aos planos de saúde, gerando a incrível judicialização do tema.

Importante destacar que a relação entre o usuário e as operadoras de saúde se enquadram como relação de consumo, conforme preconiza a Súmula 608 do STJ.

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada pela Lei 9.961/2000 para regular uma atividade privada complexa, inserida num setor essencial, que é a saúde, trazendo uma nova dinâmica para esse segmento, contando com uma poderosa ferramenta de ação – a regulação através de seu marco regulatório, a Lei 9.656/1998 dos planos privados de assistência à saúde, sancionada após alguns anos de discussão no Congresso.

Após a regulamentação do setor e sua pacificação jurídica, inclusive com o entendimento da constitucionalidade do art. 32 da legislação, o qual prevê o ressarcimento ao SUS, o setor esta colhendo resultados, quais sejam: (ANS 2019)

- Aperfeiçoamento da regulação indutora e normativa da ANS;
- Indicação da importância do Sistema de Informação como insumo estratégico de análise e tomada de decisão, tornando o setor mais transparente;
- Ações efetivas das operadoras na melhoria da qualidade dos dados informados;
- Ampliação do debate sobre modelo de atenção à saúde;

- Adoção de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- Ampliação da agenda para incorporação e avaliação das tecnologias em saúde.

· Aproximação com os órgãos de Defesa do Consumidor, através da realização de fóruns para melhor conhecimento da estrutura e funções da ANS e dos aspectos da legislação do setor.

· Agenda da saúde suplementar pautada nas ações e avanços do Sistema Único de Saúde, colocando a saúde de toda população brasileira em uma única política.

Exatamente neste contexto que compreendemos a importância da saúde suplementar no Brasil.

É evidente o papel central que a Saúde Suplementar tem no sistema de saúde brasileiro. Ou alguém acredita na capacidade do Sistema Único de Saúde de absorver esses milhões de pessoas que atualmente pagam por planos de saúde? Eis aqui um ponto digno de nota. Ao atender a estes 40 milhões de indivíduos, a Saúde Suplementar ajuda o SUS a aperfeiçoar a atenção que oferece aos brasileiros que, infelizmente, não têm condições financeiras de adquirir um plano – são 40 milhões a menos de pessoas nas filas de espera do SUS. (ZIROLO, GIMENES e JUNIOR, 2013)

Com o contexto histórico do setor da saúde suplementar, buscamos entender melhor a problemática que envolve o atendimento de beneficiários de planos de saúde pelo sistema público.

## **1.6 A problemática envolvendo o atendimento de beneficiários de planos de saúde pelo sistema público**

Até novembro de 2018, havia mais de R\$ 5 bilhões de reais<sup>15</sup> inadimplido pelas operadoras de planos de saúde, envolvendo o ressarcimento em questão, cujos valores não foram pagos e estão sendo discutidos administrativa ou judicialmente, conforme será melhor explorado mais adiante.

---

<sup>15</sup> Boletim de Ressarcimento ao SUS, novembro de 2018.

Numa pesquisa junto ao sítio eletrônico da ANS<sup>16</sup> apura-se que de 1999 a maio de 2015, foram devolvidos aos estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais que prestaram os serviços públicos (detalhado por AIH<sup>17</sup>), valores pouco superiores a meio bilhão de reais (R\$ 500.000.000,00).

De se verificar que há grande diferença entre os valores que o Fundo Nacional de Saúde arrecada das operadoras de planos de saúde e os que devolve aos estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais que prestaram os serviços públicos, sendo esta uma questão problemática a ser pesquisada futuramente.

Essa diferença gritante existe mesmo com a norma do art. 32 da Lei 9.656/98<sup>18</sup>, deixando clara a tentativa das operadoras de saúde de se eximir de arcar com os custos do Estado, na tentativa de maximizar seus lucros. Se a norma não existisse, sem dúvidas, haveria prejuízo de bilhões de reais no caixa da saúde nacional.

Desta forma, necessário otimizar o sistema de cobrança administrativo, sempre garantido o direito a ampla defesa e ao contraditório, mas impondo limites que alterem a realidade enfrentada atualmente, que é de um déficit bilionário nas contas da saúde pública, decorrente do atendimento pelo SUS de beneficiários do sistema de saúde suplementar.

Com a problemática definida, passamos a entender a discussão acerca da constitucionalidade e configuração jurídica do ressarcimento ao SUS.

---

<sup>16</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora>

<sup>17</sup> AIH: Aviso de internação hospitalar.

<sup>18</sup> Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

## 2. CONFIGURAÇÃO JURÍDICA DO RESSARCIMENTO AO SUS PELOS OPERADORES DE SAÚDE SUPLEMENTAR: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS

Em seqüência ao contexto histórico apresentado até o presente momento, se faz necessário entender a configuração jurídica do ressarcimento ao SUS.

Momento oportuno para entendermos sua constitucionalidade, bem como a responsabilidade prevista no art. 32 da lei 9.656/98, a natureza jurídica da cobrança e ainda se atende os princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório.

Este capítulo, o qual se faz necessário para discutirmos a subdivisão jurídica do corpo do presente trabalho, faz menção a obra deste próprio autor em artigo publicado nos anais do Congresso Internacional de Direito da Saúde, 2018.<sup>19</sup>

### 2.1 A constitucionalidade do dever de ressarcimento ao SUS e a responsabilidade do operador de saúde suplementar

A discussão da constitucionalidade do art. 32 da lei 9.656/98 fora analisada em sede do Recurso Extraordinário 597.064 e da Ação Direta de Constitucionalidade (ADI) 1931. O Recurso Extraordinário 597.064 tinha como matéria principal a inconstitucionalidade do art. 32 da referida lei e a ADI 1931 continha pleiteava a inconstitucionalidade de diversos artigos da referida lei, dentre eles o de ressarcimento. Em ambos os casos, as operadoras sustentavam que sua participação no sistema de saúde é de caráter suplementar e que o dever primário de assegurar o acesso à saúde é atribuído pela Constituição aos entes políticos que compõem a organização federativa brasileira.

---

<sup>19</sup> A menção deste autor em relação ao artigo "Reflexões sobre o dever de ressarcimento dos serviços de atendimento prestados pelo SUS em favor dos beneficiários do sistema de saúde suplementar no Brasil" se dá para evitar o chamado autoplágio (Autoplágio é fazer plágio de si próprio, copiando trechos seus e os distribuindo em diferentes mídias como se fossem originais. Por definição, "consiste na apresentação **total ou parcial de textos já publicados pelo mesmo autor, sem as devidas referências aos trabalhos anteriores**). Com a devida e honrosa menção, os autores citados no artigo estão todos presentes na bibliografia do presente trabalho.

Nesse sentido, estaria o Estado ferindo o regime da livre iniciativa, assegurado pelo artigo 170 da Constituição Federal, em caso de ressarcimento pelos gastos do Estado efetuados com beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Outra alegação das operadoras são de que o artigo 32 da Lei dos Planos de Saúde<sup>20</sup> estava instituindo um novo tributo para financiamento da seguridade social sem atenção às formalidades legais exigidas em lei.

Nos termos do voto do Ministro Marco Aurélio, relator da ADI 1931, o dispositivo não está eivado do alegado vício formal de constitucionalidade, na medida em que não se caracteriza como nova fonte de financiamento da seguridade social e, portanto, não se constitui em tributo, mas “em desdobramento da relação contratual”, destinado a dar completude ao sistema de saúde uma vez que a atividade, embora lucrativa, “satisfaz o interesse coletivo de concretização do direito à saúde”, não comportando distorções e desequilíbrios, como aquele decorrente da sobrecarga do SUS em virtude do atendimento de beneficiários contratualmente amparados pela iniciativa privada. É o Estado prestando serviços que o particular se obrigou a prestar. O não ressarcimento implicará flagrante enriquecimento por parte das operadoras.

Como pontuou o Ministro Marco Aurélio:

A lógica é inversa à preconizada no preceito constitucional tido por violado: o reembolso decorre de falha na execução da avença relativa ao plano de saúde, e não da necessidade de aumento das receitas da seguridade social. Daí se extrai não ter sido o ressarcimento instituído para custear a seguridade social, mas para recompor despesas públicas atribuídos (sic) aos atores privados (STF/AD 1931).

Sendo assim, caiu por terra qualquer alegação das operadoras de que a imposição legal do dever de ressarcimento teria de respeitar as

---

<sup>20</sup> Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

formalidades previstas no texto maior para a criação de novos tributos, por meio da edição de lei complementar.

Do ponto de vista da regularidade substancial também se colhe da fundamentação do Acórdão proferido na ADI 1931 que "...A norma impede o enriquecimento ilícito das empresas e a perpetuação de modelo no qual o mercado de serviços de saúde submeta-se unicamente à lógica do lucro, ainda que às custas do erário."

Explica-se, a falta de ressarcimento conduziria à situação de flagrante injustiça em que as operadoras de saúde "(...) recebem pagamentos mensais dos segurados, mas os serviços continuam a ser fornecidos pelo Estado, sem contrapartida".

A par disso, a legislação "(...) assegura que o ressarcimento seja precedido de processo administrativo, com ampla defesa, contraditório e direito a recurso", como aponta o Ministro Marco Aurélio.

Como observou o Ministro Gilmar Mendes em seu voto no RE 597.064 o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 serve para evitar que os custos de um serviço já pago pelo consumidor, pois integrante dos riscos do negócio da operadora de plano de saúde e, portanto, já acobertado pelos valores das mensalidades pagas pelos integrantes da carteira do plano, seja dividido pela integralidade da sociedade, de modo a assegurar lucro certo às empresas sem a contrapartida necessária. A partir do momento em que o Estado autoriza a suplementação da saúde por empresas privadas, que possam desempenhar prestação de tamanha relevância pública ao assegurar assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, necessário contraprestação pecuniária preestabelecida, existindo o repasse não somente dos bônus, mas também dos ônus.

Pontua o Ministro Gilmar Mendes que não se pode permitir que a iniciativa privada enriqueça indevidamente, repassando os custos de seu contrato particular para toda a sociedade, pois além de evitar um arbitramento injusto das responsabilidades pelos custos da manutenção dos serviços de saúde, o ressarcimento do art. 32 da Lei 9.656/1998 impede que as operadoras de planos privados ofereçam uma cobertura de serviços

insatisfatória, forçando o encaminhamento de clientes para a rede pública como forma de reduzir custos e isso é viabilizado a partir das seguintes regras da lei 9.656/98.

Entendeu ainda o STF de que o ressarcimento, a rigor, enquadra-se no conceito de crédito não tributário, compreendido como receita originária do tipo corrente (art. 11, § 1º c/c § 4º, da Lei 4.320/64),<sup>21</sup> possuindo natureza jurídica indenizatória e, portanto, fora da incidência do campo tributário.

Em que pese ter sido superada a questão constitucionalidade do art. 32 da Lei 9.656/98 e a ainda a obrigatoriedade do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de Saúde, não foram discutidos os valores a serem ressarcidos, mediante aplicação da TUNEP (Tabela Unificada Nacional de Equivalência de Procedimentos), por ser não se tratar de matéria constitucional.

## **2.2 Tabela única nacional equivalente de procedimentos e valores de referência para o ressarcimento ao SUS**

Conforme dito acima, a norma que prevê o ressarcimento ao SUS possui natureza jurídica indenizatória, e sua vigência criou previsão especial, dispensando a necessidade de ser declarada em juízo, mediante ação ordinária ou monitória, como ocorria antes da vigência do dispositivo questionado, cuja pretensão era fundada nos arts. 186, 187 c/c art. 884 do atual Código Civil. (ZAGARINO, 2018)

Nas palavras do Ministro Gilmar Mendes “O Estado com tal normatização passou a ter à sua disposição mecanismos de cobrança mais céleres, ante a certeza da dívida *ex lege*, aliada à própria participação do

---

<sup>21</sup> Art. 11 - A receita classificar-se-á nas seguintes categorias econômicas: Receitas Correntes e Receitas de Capital § 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes § 4º - A classificação da receita obedecerá ao seguinte esquema: RECEITAS CORRENTES, RECEITA TRIBUTÁRIA: Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria, RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES, RECEITA PATRIMONIAL, RECEITA AGROPECUÁRIA, RECEITA INDUSTRIAL, RECEITA DE SERVIÇOS, TRANSFERÊNCIAS CORRENTES, OUTRAS RECEITAS CORRENTES, RECEITAS DE CAPITAL: OPERAÇÕES DE CRÉDITO, ALIENAÇÃO DE BENS, AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS, TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL, OUTRAS RECEITAS DE CAPITAL

Consu, posteriormente ANS, no procedimento do cálculo do valor a ser reembolsado, eis que obteve autorização de, uma vez inadimplido, inscrever em dívida ativa e, em seguida, ajuizar o correspondente executivo fiscal”.

Verifica-se que o Poder Público garantiu a sua participação na formação dos valores a serem cobrados, mediante a alteração da legislação, sendo incluindo ainda, de forma legal, meios mais gravosos para efetuar a cobrança (inscrição em dívida ativa e cobrança em processo de execução fiscal).

O Ministro Alexandre de Moraes em seu voto no RE 597064 verificou que a ANS, ao aprovar a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), hoje regulada na forma da Resolução RDC 17/2000, atua estritamente no campo regulamentar que a própria legislação lhe cometeu, como decorre dos seguintes dispositivos:

Lei 9.656/1998 Art. 32 (...).

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei 12.469, de 2011)

Lei 9.961/2000

Art. 4º Compete à ANS: (...)

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

No tocante ao valor da TUNEP – e também o do IVR (Índice de valoração de ressarcimento), o Ministro Edson Fachin em seu voto no RE acima citado, determina que foram pactuados no âmbito governamental, mediante participação de representantes de todos os setores envolvidos, e seu estabelecimento se encontra dentro do espectro normativo inerente à função das agências regulatórias.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm)

A TUNEP foi definida mediante processo participativo, dentro da Câmara de Saúde Suplementar, com envolvimento de múltiplos atores, dentre eles gestores federais, estaduais, municipais do SUS, representantes das operadoras de saúde e ainda prestadores de serviços integrantes do SUS. Levando em consideração o tamanho do Brasil e ainda a diversidade regionalizada, foram realizadas diversas reuniões com grupos técnicos para se estabelecer uma tabela unificada pela Câmara de Saúde Suplementar, a qual buscou abranger todo nosso território. (ZAGARINO, 2018)

O Ministro Edson Fachin cita em seu voto no RE 597064 que:

Ao analisar a TUNEP, verifica-se que a tabela inclui todas as ações necessárias para o pronto atendimento e recuperação do paciente, ou seja, a internação, os medicamentos, os honorários médicos, entre outras, atendendo nossa medicina com princípio de evidências.

A TUNEP é mais completa do que as tabelas apresentadas pelas operadoras de Saúde, pois abrange todo o tratamento, o que é muito importante ressaltar, pois as demais tabelas apresentadas pelas operadoras de saúde incluem somente o procedimento *stricto sensu*.

Assim, entende-se que o valor TUNEP, cobre todo um rol de procedimentos, estando baseada em valores reais e ainda considera os custos materiais e humano que envolvem o procedimento médico, tanto aos atendimentos prestados nos grandes centros urbanos, quanto àqueles distantes. (ZAGARINO, 2018)

O Ministro Gilmar Mendes, em seu voto no RE 597064 de 2018, registrou que a previsão da participação dos setores envolvidos na agenda de pactuação dos procedimentos a serem reembolsados coaduna-se com o direito à organização e procedimento (*Recht auf Organisation und auf Verfahren*):

Nos últimos tempos vem a doutrina utilizando-se do conceito de direito à organização e ao procedimento (*Recht auf Organisation und auf Verfahren*) para designar todos aqueles direitos fundamentais que dependem, na sua realização, tanto de providências estatais com vistas à criação e conformação de órgãos, setores ou repartições (direito à organização) como de outras, normalmente de índole normativa, destinadas a ordenar a fruição de determinados direitos ou garantias, como

é o caso das garantias processuais-constitucionais (direito de acesso à Justiça, direito de proteção judiciária, direito de defesa). (MENDES, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional, 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 673/674)

Prossegue o Ministro Gilmar Mendes asseverando que para não restar dúvidas acerca da legalidade da TUNEP a partir da edição da Medida Provisória 1658-5, de 26 de outubro de 1998 (DOU 27.10.1998), restou garantido a efetiva participação na estipulação dos valores e de tipos de atendimentos a serem ressarcidos ao Consu (Conselho Nacional de Saúde Suplementar).

E assim sendo, a Resolução do Consu nº 9, de 3 de novembro de 1998<sup>23</sup>, disciplina:

Art. 3º. O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, aprovada pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o § 1º do Artigo 32 da Lei nº 9.656/98. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 22, de 1999).

Parágrafo único. A TUNEP identificará os procedimentos, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional e definirá os valores de referência.

Art. 4º. Os valores a serem adotados para cobrança serão fixados por decisão dos gestores locais do SUS, dentro dos limites estabelecidos pelo §1º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98 (...).

De se observar que, em todas as circunstâncias na criação da norma, a participação dos representantes das operadoras de saúde e das unidades que prestam serviços integrantes do Sistema Único de Saúde estiveram presentes no processo de tomada de decisão quanto à referência da tabela.

Se a tabela é legal, passamos a apurar se o procedimento de cobrança atende os princípios constitucionais.

---

<sup>23</sup> Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA1>. Acesso em 10.10.2018.

### 2.3 Procedimento para apuração do valor devido pelo atendimento do beneficiário do plano de saúde

Deduzido que a TUNEP é legal, atende aos princípios da ampla defesa e do contraditório, é técnica, realizada em conjunto com as Operadoras de Saúde, necessário verificar os procedimentos para cobrança, atendendo ou não o devido processo legal.

O Ministro Alexandre de Moraes diz que: “O procedimento administrativo que regula a cobrança, atualmente é formalizado na RN 358/2014 da ANS<sup>24</sup>, atendendo ao art. 32, § 7º, da Lei 9.656/98, o qual prevê a possibilidade de que as notificações de cobrança dos débitos de ressarcimento ao SUS sejam contestadas na esfera administrativa em duas instâncias, sempre com efeito suspensivo e ainda que o procedimento de impugnação se dá mediante contestação formalizada e endereçada à DIDES (Diretoria de Desenvolvimento Setorial), no prazo de 30 (trinta) dias e, com possibilidade de recurso direcionado à Diretoria Colegiada da ANS no prazo de 10 (dez) dias, arts. 21 a 29 da Resolução Normativa RN 358/14, da ANS<sup>25</sup>.”

Em seu voto o Ministro Gilmar Mendes explica que o objeto da impugnação e do recurso se dá pelos seguintes motivos: o cidadão-usuário não possui cobertura contratual para aquele atendimento; encerramento da relação contratual antes do atendimento na rede pública; tratamento ou procedimento em período de carência (anexo IV da Instrução Normativa 54, de 27 de novembro de 2014, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial – Dides/ANS)<sup>26</sup>.

Evidente então que não está caracterizada qualquer dissonância com os postulados do contraditório ou da ampla defesa.

---

24

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyNW==>

<sup>25</sup> Art. 21. A OPS terá o prazo de trinta dias para impugnar a identificação após ser notificada. Art. 29. Aplicam-se ao recurso as disposições dos artigos 22 e 23

26

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyOAA==>

Nesse sentido, o artigo 4º, inciso VI da Lei nº 9.961/2000 determina a competência necessária para a elaboração de normas para o ressarcimento ao SUS disposto no artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, não desbordando do princípio da legalidade a cobrança do ressarcimento diretamente pela agência.

#### **2.4 Da improbidade administrativa dos agentes públicos responsáveis pelo controle do ressarcimento das despesas do ao SUS com beneficiários de planos de Saúde**

Levando em consideração o objeto da presente pesquisa, necessário discutirmos o instituto da improbidade administrativa, com base na Lei nº 8.429/92 que trata especificamente do tema, e é um dos principais instrumentos de defesa do patrimônio público.

A referida lei institui os principais aspectos materiais e processuais necessários à apuração dos atos de improbidade e aborda a respeito da punição dos responsáveis.

Para melhor análise do tema, observado o artigo do pesquisador Diego Bispo Montes.

##### **2.4.1 Bens Públicos**

Bens públicos podem ser definidos como todas as coisas imóveis ou móveis pertencentes, à União e seus membros.

O Código Civil brasileiro divide os bens públicos em três categorias diferentes especificados no art. 99:

I - os de uso comum do povo, tais como rios, mares, estradas, ruas e praças;

II - os de uso especial, tais como edifícios ou terrenos destinados a serviço ou estabelecimento da administração federal, estadual, territorial ou municipal, inclusive os de suas autarquias;

III - os dominicais, que constituem o patrimônio das pessoas jurídicas de direito público, como objeto de direito pessoal, ou real, de cada uma dessas entidades.

É admitido a utilização dos bens públicos, em sentido estrito, para sua utilização e conservação de acordo com sua destinação natural ou legal, diferente de seu sentido amplo, o qual inclui também a alienação dos bens que se mostrarem inconvenientes ou inúteis ao domínio público e a obtenção de novos bens importantes ao serviço público.

É conduzido por normas do Direito Público e subsidiariamente pelo Direito Privado.

Nos bens de uso comum do povo os usuários indeterminados e os bens são utilizados por todos os indivíduos, ficando sob a administração e vigilância do Poder Público, o qual tem a obrigação de mantê-los em normais condições de utilização.

Nos bens de uso especial o Estado confere à determinada pessoa a faculdade de fruir de um bem público com exclusividade, ou ainda, com restrições ou para o qual exige pagamento, podendo ser realizado por qualquer pessoa capaz, mediante contrato, por prazo certo ou indeterminado.

#### **2.4.2 Breve apanhado sobre improbidade administrativa**

A utilização de bens do povo para fins particulares traz para discussão a idéia de improbidade administrativa.

Improbidade, simplificando a palavra, significa desonestidade, ausência de integridade, falta de probidade. É uma prática desonesta que se refere à falta de caráter e vai totalmente contra a boa fé. Nesta linha, vejamos o que ensina o promotor de justiça, mestre e doutor Silvio Antonio Marques sobre como seria a correta conduta dos possíveis sujeitos ativos da improbidade administrativa:

Os agentes públicos devem exercer suas atividades com honestidade, lealdade, isenção e ética, visando à realização do

interesse público e do bem comum, sendo-lhes vedado aproveitar-se de sua posição funcional transitória para obter vantagens pessoais ou beneficiar terceiros. (MARQUES, 2010, p. 25).

A improbidade administrativa, esta classificada como ato ilícito no direito brasileiro há algum tempo, classificando-se como crime de responsabilidade, destacando que aquele que fere o patrimônio público pratica dano irreversível aos cidadãos de bem por eles administrados.

Nesse sentido, a improbidade é um ato jurídico de repercussões imensuráveis, e, havendo um dano ao patrimônio público existem conseqüências devastadoras para a administração pública. Viável destacar a lição de José dos Santos Carvalho Filho:

Outro comentário que se faz necessário é o de que bem maior deve ser a prudência do aplicador da lei à ocasião em que for enquadrada a conduta como de improbidade e também quando tiver que ser aplicada a penalidade. Mais do que nunca aqui será inevitável o recurso aos princípios da razoabilidade, para aferir se a real gravidade do comportamento, e da proporcionalidade, a fim de proceder-se á dosimetria punitiva. Fora de semelhantes parâmetros, a autuação da autoridade refletirá abuso de poder. (CAVALHO FILHO, 2007, p. 938-939).

Assim, com a evolução do direito positivo, que a expressão improbidade administrativa, aplicável às infrações cometidas por servidores públicos em geral, foi inserida pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), tendo seu significado determinado pela Lei nº 8.429/92 (BRASIL, 1992), que regula o tema.

A Lei 8.429/92, oriunda do artigo 37, § 4º da Constituição Federal de 1988<sup>27</sup>, determinou a vontade do legislador em gerenciar o bem público, definido no caput deste.

---

<sup>27</sup> Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte §4º Os atos de improbidade administrativa importarão a suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível.

Neste corolário lógico, é possível entender que a Lei de Improbidade Administrativa está voltada não somente aos atos de desonestidade, mas também aos de desconsideração do agente público para com o interesse do povo, ou, ainda, a outras condutas também consideradas antiéticas.

Nos artigos 9º, 10 e 11 da referida Lei estão os principais requisitos ensejadores de enquadramento de agente público na conduta de improbidade, os quais são divididos em três seções: Dos Atos de Improbidade Administrativa que Importam Enriquecimento Ilícito, Dos Atos de Improbidade Administrativa que Causam Prejuízo ao Erário e Dos Atos de Improbidade Administrativa que Atentam Contra os Princípios da Administração Pública.

### **2.4.3 Atos de improbidade que importam enriquecimento ilícito**

Por definição, enriquecimento ilícito é o acréscimo ao patrimônio de um indivíduo sem justa causa e decorrente de causa ilícita, em razão do exercício de cargo, mandato, função, emprego ou atividade nas entidades descritas no artigo 1º da lei supracitada.

No caso do agente público lesionar o patrimônio do Estado, configura-se crime contra a Administração Pública nas palavras de Silvio Antonio Marques:

O direito não pune todas as hipóteses de enriquecimento de alguém, pois uma pessoa pode amealhar riqueza por meio do trabalho, emprego, doação, herança, legado, recompensa, sorteios e outras formas. O que se proíbe é o enriquecimento ilícito ou injusto, ocorrido fora das hipóteses admitidas pelos princípios e normas constitucionais ou legais. (MARQUES, 2010, p. 66).

A questão do enriquecimento ilícito é diferente do enriquecimento sem causa, devido ao ilícito, por agente público em proveito de função pública.

Importante ressaltar que, não importa se a vantagem econômica indevida, a qual compõe o fruto do enriquecimento ilícito, seja obtida mediante

uma ação ou ainda uma omissão, seja ela de forma direta ou indireta pelo agente no exercício da função pública.

Isso porque, basta que o bem venha a ser incorporado ao seu patrimônio, ou ainda, direitos de interesse privado, ou quando muito, sejam valores oriundos pela ilegalidade ou à moralidade administrativa, agindo de má fé, é necessário ainda que, a vantagem econômica indevida seja alcançada (para o agente público ou terceiro beneficiário, por ele próprio ou por interposta pessoa) em virtude de seu vínculo com a Administração Pública.

O artigo 9º contém um rol exemplificativo de atos de enriquecimento ilícito. Importante destacar que é apenas exemplificativo, pois o preceito básico é se basear pelo caput (auferimento de vantagem econômica indevida em razão do exercício de função pública).

Desta forma, hipóteses não previstas na lei, que possuem as características do enriquecimento ilícito, sujeitam o agente às sanções da improbidade administrativa com base no artigo 9º, caput.

Art. 9º Constitui ato de improbidade administrativa importando enriquecimento ilícito auferir qualquer tipo de vantagem patrimonial indevida em razão do exercício de cargo, mandato, função, emprego ou atividade nas entidades mencionadas no art. 1º desta lei, e notadamente:

I - receber, para si ou para outrem, dinheiro, bem móvel ou imóvel, ou qualquer outra vantagem econômica, direta ou indireta, a título de comissão, percentagem, gratificação ou presente de quem tenha interesse, direto ou indireto, que possa ser atingido ou amparado por ação ou omissão decorrente das atribuições do agente público;

II - perceber vantagem econômica, direta ou indireta, para facilitar a aquisição, permuta ou locação de bem móvel ou imóvel, ou a contratação de serviços pelas entidades referidas no art. 1º por preço superior ao valor de mercado;

III - perceber vantagem econômica, direta ou indireta, para facilitar a alienação, permuta ou locação de bem público ou o fornecimento de serviço por ente estatal por preço inferior ao valor de mercado;

IV - utilizar, em obra ou serviço particular, veículos, máquinas, equipamentos ou material de qualquer natureza, de propriedade ou à disposição de qualquer das entidades mencionadas no art. 1º desta lei, bem como o trabalho de servidores públicos, empregados ou terceiros contratados por essas entidades;

V - receber vantagem econômica de qualquer natureza, direta ou indireta, para tolerar a exploração ou a prática de jogos de azar, de lenocínio, de narcotráfico, de contrabando, de usura ou de qualquer outra atividade ilícita, ou aceitar promessa de tal vantagem;

VI - receber vantagem econômica de qualquer natureza, direta ou indireta, para fazer declaração falsa sobre medição ou avaliação em obras públicas ou qualquer outro serviço, ou sobre quantidade, peso, medida, qualidade ou característica de mercadorias ou bens fornecidos a qualquer das entidades mencionadas no art. 1º desta lei;

VII - adquirir, para si ou para outrem, no exercício de mandato, cargo, emprego ou função pública, bens de qualquer natureza cujo valor seja desproporcional à evolução do patrimônio ou à renda do agente público;

VIII - aceitar emprego, comissão ou exercer atividade de consultoria ou assessoramento para pessoa física ou jurídica que tenha interesse suscetível de ser atingido ou amparado por ação ou omissão decorrente das atribuições do agente público, durante a atividade;

IX - perceber vantagem econômica para intermediar a liberação ou aplicação de verba pública de qualquer natureza;

X - receber vantagem econômica de qualquer natureza, direta ou indiretamente, para omitir ato de ofício, providência ou declaração a que esteja obrigado;

XI - incorporar, por qualquer forma, ao seu patrimônio bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1º desta lei;

XII - usar, em proveito próprio, bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1º desta lei.

A legislação deve ser interpretada com a força de seus princípios, respondendo o agente público pelos atos praticados no exercício de sua função, emprego ou cargo público, diferente disso, responderá na esfera penal.

#### **2.4.4 Atos de improbidade que causam prejuízo ao erário**

Nos casos em que o agente público não enriqueça indevidamente, mas faz com que um terceiro seja beneficiado, seja por ação ou por omissão, o ato de improbidade pode ser caracterizado como uma lesão ao erário.

Erário, significa tesouro público, sendo considerado todo o conjunto de bens compostos pelo Estado, seja Federal, Estadual ou Municipal, que o Governo dispõe para administrar o país.

O artigo 10 da lei de improbidade administrativa dispõe sobre omissões e condutas que caracterizam a improbidade em seu aspecto objetivo, isto é, as atividades ímprobas devem, ocasionar prejuízos ao patrimônio público econômico, não se focando na vantagem obtida pelo agente público, e sim no prejuízo que este gerou ao Poder Público em sua dimensão econômica.

Necessário destacar que, dentre as espécies de atos de improbidade administrativa, esta hipótese é a única a admitir a modalidade culposa para a configuração do ato ímprobo, sendo uma exceção à regra, que consiste na presença do dolo para a configuração do ato ímprobo.

#### **2.4.5 Atos de improbidade que atentam contra os princípios da administração pública**

Por fim, a última modalidade de improbidade administrativa, contemplada no artigo 11 da lei de Improbidade Administrativa, elenca atos que atentam contra os princípios da Administração Pública, podendo ser aqui abrangidas quaisquer ações ou omissões que violem os deveres de legalidade, imparcialidade, moralidade, publicidade, honestidade e lealdade às instituições.

Dentre os atos elencados no rol do artigo 11 da lei, temos aqueles que afrontam ao princípio da legalidade (incisos I, II e VI), aqueles que violam o dever de sigilo (incisos III e VII), aquele que agride o princípio da publicidade (inciso IV), e aquele que agride o princípio da isonomia (inciso V).

Esta modalidade é a que se exige mais atenção de qualquer agente público, pois violar um princípio é muito mais grave que transgredir uma norma qualquer de postura.

A desatenção ao princípio provoca insulto a um mandamento obrigatório e representa afronta a todo o sistema e descumprimento a seus valores fundamentais, fazendo com que, mesmo que o ato ímprobo não esteja expressamente previsto no rol do artigo 11, poderá o causador do ato ser submetido às sanções previstas na Lei de Improbidade Administrativa

(BRASIL, 1992), inclusive, sem ter havido o seu enriquecimento ilícito ou qualquer dano ao erário, bastando apenas a afronta a um princípio constitucional da Administração Pública. (MONTES 2017)

Porém, para sua aplicação, exige-se a observância de alguns elementos de forma cumulativa, caso contrário não seria razoável entender que a simples violação ao princípio da legalidade, por si só, ensejaria a caracterização de ato ímprobo, pois geraria a confusão entre os conceitos de improbidade administrativa e de legalidade. (Neiva, 2011, p. 9).

É preciso que haja a presença dos seguintes elementos cumulativamente: Ação ou omissão que viole princípio constitucional explícito ou implícito norteador da administração pública; Falta de honestidade e de lealdade, bem como desvio de finalidade ou má fé; Dolo; Que a ação ou omissão não acarrete pura e simplesmente de enriquecimento ilícito do agente público ímprobo ou de lesão ao erário.

Por fim, superadas as principais formas que se caracterizam o ato de improbidade administrativa, necessário estudar se na presente pesquisa se enquadram os agentes públicos como realizados de atos ímprobos.

#### **2.4.6 A ausência de controle adequado de informações referente ao ressarcimento ao SUS caracteriza ato de improbidade administrativa?**

Após as lições acima referentes as modalidades de improbidade administrativa, podemos apurar o enquadramento em ato de improbidade administrativa eventual ausência de controle adequado de informações referente ao ressarcimento ao SUS.

Em relação ao artigo 9º da Lei de improbidade administrativa, entende-se que não há aplicação no presente estudo, pois eventual ausência de informação adequada referente ao ressarcimento ao SUS, não irá gerar enriquecimento ilícito por meio de vantagem patrimonial por parte de um agente público.

Em outro cenário, visando a aplicação da modalidade que causa prejuízo ao Erário, exposta no artigo 10 da lei supracitada, podemos fazer um

exercício de reflexão para apontar o ato de improbidade administrativa pelo agente público ao ser omissos em relação ao cumprimento das determinações do Ministério da Saúde, principalmente em relação a utilização do E-Sus.

Conforme vimos no tópico 2.4.4 desta pesquisa, o artigo 10 da lei de improbidade administrativa dispõe sobre omissões e condutas que caracterizam a improbidade em seu aspecto objetivo, isto é, as atividades ímprobas devem, ocasionar prejuízos ao patrimônio público econômico, não se focando na vantagem obtida pelo agente público, e sim no prejuízo que este gerou ao Poder Público em sua dimensão econômica, que é exatamente o presente caso.

No decorrer desta pesquisa, não foram localizadas informações, tanto no portal da transparência do site da Prefeitura Municipal de Guarujá-SP, quanto em pesquisa realizada na própria Secretária de Saúde do Município de Guarujá-SP, referente aos valores que o município têm o direito de ser ressarcido pelas operadoras de saúde, via repasse ao Fundo Nacional de Saúde, ou ao menos, estão em fase de processo administrativo ou judicial, restará caracterizado a conduta omissa dos agente públicos locados na Secretária de Saúde, bem como do chefe do Executivo, eis que as atividades ímprobas ocasionam prejuízo ao patrimônio público econômico do Município.

Para Marcelo Lamy e Flávio Antonio de Oliveira<sup>28</sup> a responsabilidade da Administração Pública é notória e o gestor não pode ser omissos ou ter que retarde de ofício e expresse mandamento ou entendimento constante do ordenamento jurídico.

“O Estado, na conjuntura atual, optou por adotar um regime jurídico-privado de prestação de serviços públicos na área da Saúde como autorizava o artigo 197 da Constituição da República, cuja regulamentação se deu pelo advento da Lei das Organizações Sociais (Lei 9.637/98) que teve sua constitucionalidade ratificada pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal na ADI 1.923/DF, sendo que neste regime a Administração Pública poderá celebrar contratos de gestão através de um absoluto juízo de necessidade ao talante do

---

<sup>28</sup> Lamy, Marcelo. Oliveira, Flávio Antonio de. - Legitimidade da Defensoria Pública para promover ação civil pública por improbidade administrativa decorrente da omissão de políticas de saúde, 2018. Revista Eletrônica do curso de Direito UFSM.

Administrador, mediante sistemática aleatória de classificações de organizações que serão tituladas de “sociais”, cujo subjetivismo evidente deveria implicar em maior preocupação no controle de tais contratações com o respectivo acompanhamento permanente, eis que embora tais contratações tenham de observar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade, em seu artigo 16, § 1o, tal diploma legal, prevê a responsabilidade dos dirigentes da organização social, individual e solidariamente pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão... Enfim, não há discricionariedade em qualquer grau que seja que possa servir de autorização ao gestor de saúde para que omita ou retarde ato de ofício, contra expresso mandamento ou entendimento constante do ordenamento jurídico, eis que o escudo da discricionariedade não pode blindar o gestor público ao nível de pretender autorizar omissões administrativas travestidas de rejeição das finalidades administrativas, já que significaria negação ao atendimento do próprio interesse coletivo, para cujo atendimento o Estado foi criado.”

Nota-se que, nesta hipótese, admite-se a modalidade culposa e sequer há necessidade de existir vantagem econômica obtida pelos agentes públicos omissos, no caso, mas tão somente o prejuízo econômico gerado ao poder público já é o suficiente para incorrer em ato de improbidade administrativa os agentes públicos responsáveis pelas pastas de saúde, bem como o executivo do município.

Outro ponto que merece destaque é em relação ao que os professores Oliveira, Souza e Lamy<sup>29</sup> definem como inação completa do Estado, ao não cumprir com a sua obrigação mínima indesculpável.

“A violação das obrigações estatais resta configurada se o Estado parte do PIDESC não se mover genericamente: “não adotar medidas apropriadas para dar plena efetividade ao direito universal de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental”; ou não se mover para instituir uma política nacional de saúde no emprego: “não contar com uma política nacional sobre a seguridade e a saúde no emprego ou serviços de saúde no emprego”; ou não agir para impor o cumprimento das leis nesse campo: “não fazer cumprir as leis pertinentes” (§49 da OG14). Da mesma forma, resta configurada a

---

<sup>29</sup> Oliveira, Souza e Lamy de O, 2016. Art. Violação das Obrigações Estatais na Área da Saúde: A diferença entre as obrigações mínimas e esperadas. Caderno de Relações Internacionais, vol. 7, n° 13.

violação se um Estado adotar comportamento contraditório à obrigação assumida de máximo esforço: “Um Estado que não esteja disposto a utilizar o máximo dos recursos de que disponha para dar efetividade ao direito à saúde viola as obrigações” (§47 da OG14).”

E, no que tange ao enquadramento no artigo 11 da lei supracitada, que é a caracterização de ato de improbidade administrativa, por ação ou omissão que viole os princípios da administração pública é necessário o acúmulo de alguns elementos.

Primeiro elemento, ação ou omissão que viole princípio constitucional explícito ou implícito norteador da administração pública, é possível observar, eis que não são atendidos os princípios da legalidade e eficiência.

Contudo, ao verificar os próximos elementos necessários, apura-se que não há possibilidade de se enquadrar na aplicação desta modalidade prevista no artigo 11 da Lei de Improbidade Administrativa, eis que não estão presentes os elementos: falta de honestidade e de lealdade, desvio de finalidade ou má fé, bem como dolo.

Sendo assim, descartadas as modalidades de improbidade administrativa previstas nos artigos 9º e 11 da lei supracitada, incorrendo apenas na caracterização do ato de improbidade de administrativa em face do ato de omissão que causa prejuízo ao Erário conforme preceitua o artigo 10 da Lei.

Por fim, concluída a parte jurídica do presente trabalho, no que tange a questão de ressarcimento e também em relação ao ato de improbidade administrativa, passamos ao estudo mais pormenorizado do sistema de ressarcimento e seu aprimoramento com o e-SUS dando ênfase na parte técnico-administrativa da pesquisa.

### **3. DIFICULDADES NA APURAÇÃO DOS VALORES DE RESSARCIMENTO AO SUS: O CASO DO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ**

#### **3.1 Panorama dos valores ressarcidos ao SUS nos municípios brasileiros**

Semestralmente a ANS reproduz um Boletim informativo de utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS.

Para melhor ilustração acerca da problemática pesquisada no presente trabalho, fora utilizada a 6ª edição do Boletim Informativo ISSN 2526-9011, que tem como finalidade sempre manter atualizados os dados do setor.

Assim para discutir os dados apresentados e na seqüência os problemas apresentados nos municípios, necessário entender a estrutura do ressarcimento ao SUS, especificando o fluxo do procedimento, suas respectivas fases e a quantidade de Avisos de Beneficiários Identificados lançados.

Na figura 1, verifica-se que a ANS faz uma análise na base de dados dos atendimentos no SUS e confronta com a base de dados dos consumidores detentores de planos de saúde.

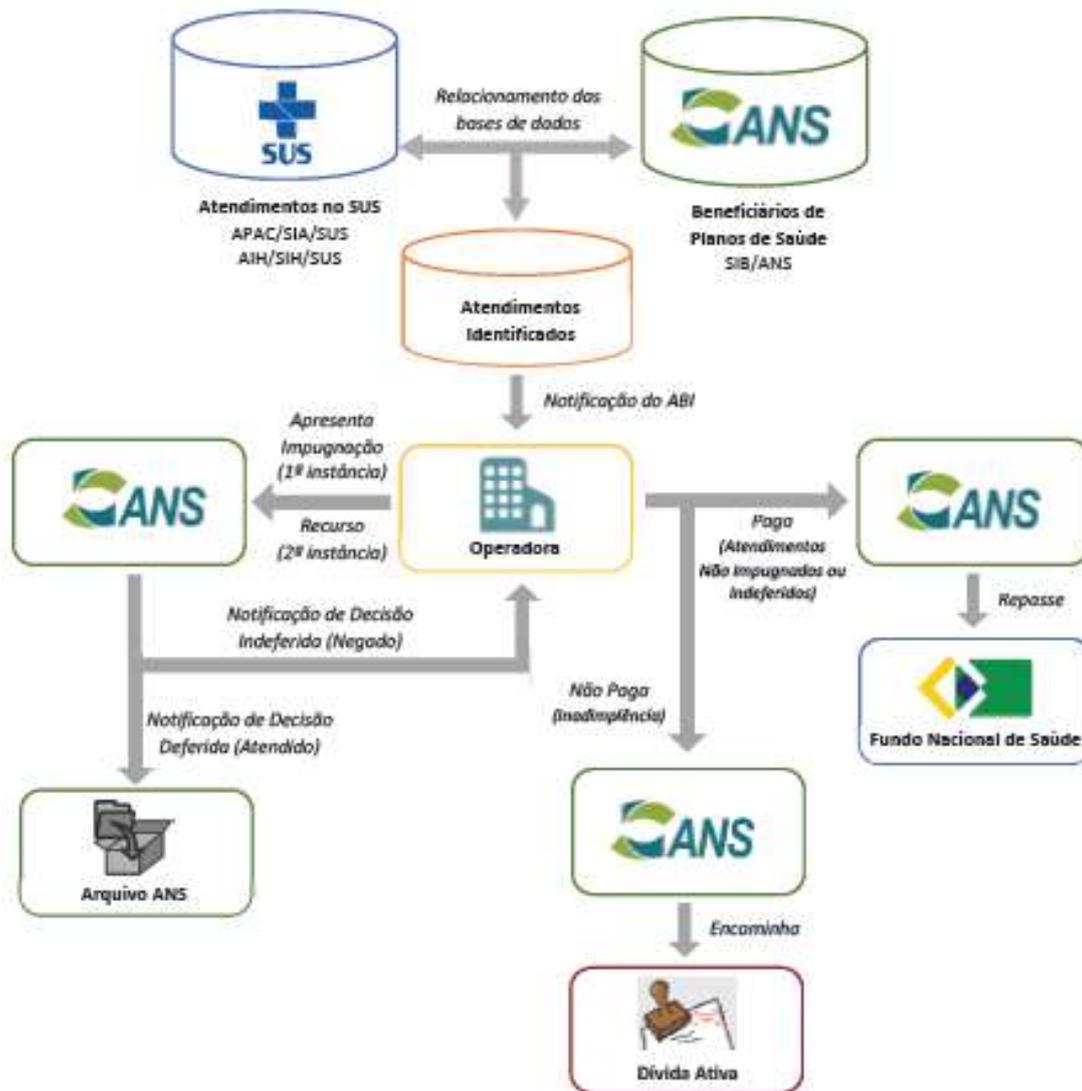


Figura 1 - Processo de ressarcimento ao SUS (ANS, 2018).

Após a identificação dos pacientes atendidos pelo Estado é realizada a comunicação a operadora de saúde respectiva mediante um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI).

Com a notificação a operadora pode efetuar o pagamento para a ANS que após repassa para o Fundo Nacional de Saúde ou pode apresentar impugnação, com possibilidade de recurso. Se a impugnação obtiver êxito o processo administrativo é arquivado, não havendo necessidade de efetuar pagamento.

Por outro lado, caso a impugnação seja negada, é realizada a notificação da operadora de saúde para então realizar o pagamento, sob pena de ser encaminhada para a Dívida Ativa.

### **3.1.1 A Autorização de Internação Hospitalar - AIH**

Segundo o Ministério da Saúde, o conceito de AIH é o seguinte:

*A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. É gerada quando ocorre uma internação em um prestador público ou privado/conveniado ao SUS e é enviada ao gestor da Unidade Prestadora de Serviços. Mensalmente, os gestores enviam ao Ministério da Saúde um arquivo magnético com os dados de todas as internações ocorridas no Brasil. É através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. A AIH é emitida exclusivamente pelos órgãos emissores próprios ou autorizados pelo SUS, com numeração própria.*

Nessa toada, existem dois tipos de AIH: a Inicial e a de Continuidade (para casos de longo atendimento – psiquiatria, psicologia, etc).

Com as autorizações de internação hospitalar que são apurados os casos de ressarcimento ao SUS.

### **3.1.2 A Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC**

Para conseguir compreender o cenário por completo do ressarcimento ao SUS, necessário entender o conceito também de APAC, que é definido pelo Ministério da Saúde como um instrumento que tem por objetivo o registro dos atendimentos ambulatoriais realizados no SUS, fundamental para autorização, cobrança, pagamento e fornecimento de informações gerenciais para os procedimentos ambulatoriais no âmbito do SUS, fazendo parte do Sistema de Informações Ambulatoriais, SIA/SUS.

No ano de 2018 foram identificados 4.782.942 (quatro milhões setecentos e oitenta e dois mil novecentos e quarenta e dois) atendimentos somando um montante de R\$7.890.000.000,00 bilhões.

Deste montante apenas 31,75% dos atendimentos (1.518.161), o equivalente a R\$2.190.000.000,00 bilhões (dois bilhões cento noventa milhões

de reais), foram admitidos de plano pelas operadoras de saúde, efetuando o pagamento para a ANS sem apresentar impugnação.

Os demais 68,25%, 3.264.781 (três milhões duzentos e sessenta e quatro setecentos e oitenta e um) atendimentos, que somam R\$5.710.000.000,00 (cinco bilhões setecentos e dez milhões de reais), foram impugnados pelas operadoras de saúde, sendo que 49.174 atendimentos foram impugnados de forma intempestiva, fazendo com que aumentasse a conta das operadoras de repasse ao SUS no importe de R\$73,39 milhões.

Em relação aos casos julgados, foram deferidos 954.229 atendimentos, deixando as operadoras de ter que arcar com a monta de R\$ 1,96 bilhões e foram indeferidos 1.686.996 processos de atendimentos o que soma a dívida das operadoras a soma de R\$ 2,79 bilhões.

Assim, no ano de 2018 as operadoras devem responder por 3.254.331 atendimentos, o equivalente a R\$ 5,05 bilhões.

Ressalta-se que até o fechamento do relatório ainda estão sendo avaliados 574.382 atendimentos, o que equivale a R\$ 879,65 milhões. (6ª edição do Boletim Informativo ISSN 2526-9011)

Em suma, dos 7.89 bilhões apontados pela ANS, são devidos em 2018 aos cofres públicos, após o devido processo legal, a quantia de R\$5.05 bilhões, ressarcimento de 3.254.331 (três milhões duzentos e cinqüenta e quatro trezentos e trinta e um) atendimentos

Porém, em que pese acreditarmos que o ressarcimento poderia terminar na conta dos R\$5.05 bilhões a situação não é tão simples. Isso porque, após ser declarado o valor devido, ainda existe a fase de cobrança, a qual em 2018 apontou os seguintes resultados.

Foram cobrados via Guia de Recolhimento da União o equivalente a R\$ 3,28 bilhões, 2.103.601 atendimentos, sendo que 64% foram devidamente pagos à vista ou parcelados (R\$2,11 bilhões), sendo repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

Em análise, apura-se que 29% dos débitos venceram e não foram pagos, sendo encaminhados a dívida ativa, com soma ultrapassando o importe de R\$1,28 bilhões (inclusos juros e honorários da procuradoria) e 7% dos débitos estão suspensos por decisões judiciais, o equivalente a R\$219,41 milhões, que atualizado chega em R\$346,27 milhões.

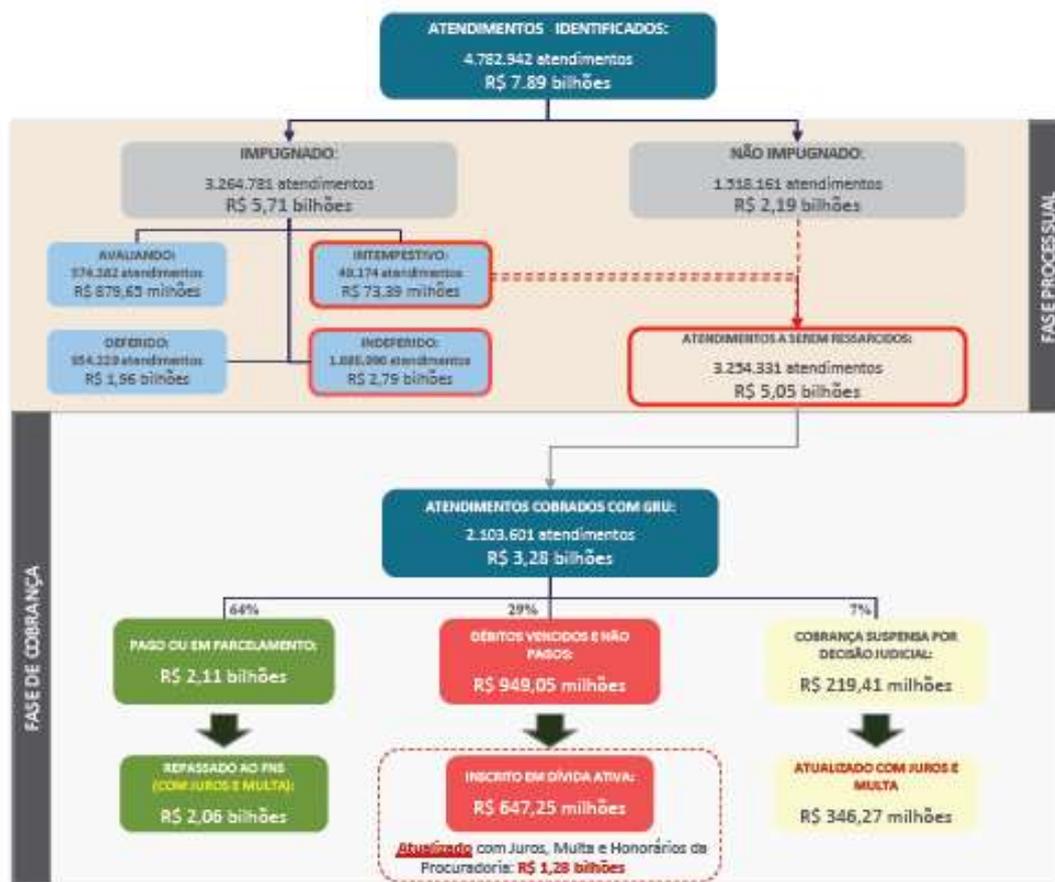


Figura 2 - Fases de ressarcimento ao SUS (ANS, 2018).

Conforme a figura 2 e o relatório semestral da ANS, a fase processual envolve a possibilidade de impugnação e recurso por parte a operadora que deverá ressarcir a despesa havida pelo SUS com o beneficiário do sistema de saúde suplementar, sendo sucedia pela fase de cobrança administrativa, por meio do pagamento de uma guia de recolhimento da União;

Fase processual; a partir do lançamento do ABI, os atendimentos passam pelas fases de impugnação e recurso, nas quais as operadoras podem contestar as cobranças realizadas. O resultado, após as análises em 1ª e 2ª instâncias, são os atendimentos a serem ressarcidos. Fase de cobrança: os atendimentos não impugnados, impugnados intempestivamente e indeferidos (com e sem recurso) são cobrados, tendo como resultados o efetivo pagamento da GRU, o parcelamento desses débitos ou, em caso de não adimplemento, a inscrição em dívida ativa. As suspensões por decisão judicial podem ocorrer em qualquer fase do processo, desde a notificação dos atendimentos identificados até a cobrança com GRU.

A figura 3 a seguir demonstra a situação atual dos atendimentos identificados para fins de ressarcimento pelo SUS.

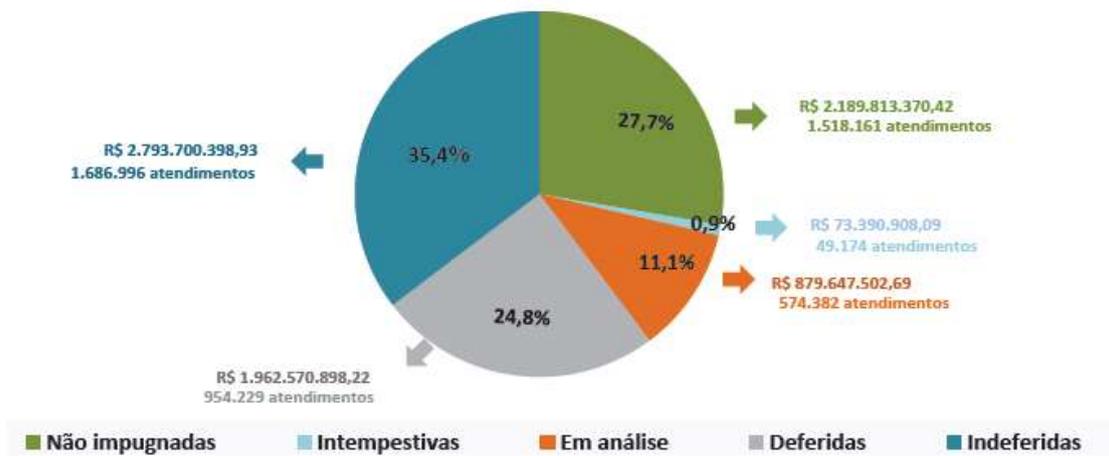


Figura 3 - Situação dos atendimentos identificados no ressarcimento (ANS, 2018).

### 3.2 O controle dos atendimentos de beneficiários por parte do SUS

Quanto à identificação dos procedimentos realizados pelos beneficiários, em relação a quantidade, o valor e a situação em que se encontram no ressarcimento ao SUS, temos que entre os anos de 2011 e 2016 uma pequena quantidade de casos foram identificados para ressarcimento *versus* a quantidade de atendimentos pelo SUS.

## Identificações em AIH

Gráfico 1 - Internações (AIHs) de beneficiários de planos de saúde realizadas no SUS entre 2011 e 2016



Figura 4: Identificações em AIH (SIH/SUS e SGR/ANS/2018)

Em um período de 1 ano, são realizadas no sistema único, em média, cerca de 11,5 milhões de internações (AIHs) e 22,9 milhões de atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (APACs), o que equivale, respectivamente, a um valor aproximado de R\$ 12,6 e R\$ 6,2 bilhões.

Com base no relatório, é possível verificar ainda que em 2017 houve um aumento de 5,80% no valor dos atendimentos cobrados e quanto à quantidade de atendimentos, deu-se um incremento de 19%.

Desde o início do Ressarcimento foram cobrados R\$ 3,28 bi, que equivalem a 2.103.601 atendimentos realizados no SUS, sendo que, deste valor, R\$ 2,53 bilhões foram cobrados nos últimos cinco anos (2013 a 2017), apontado na figura 5.

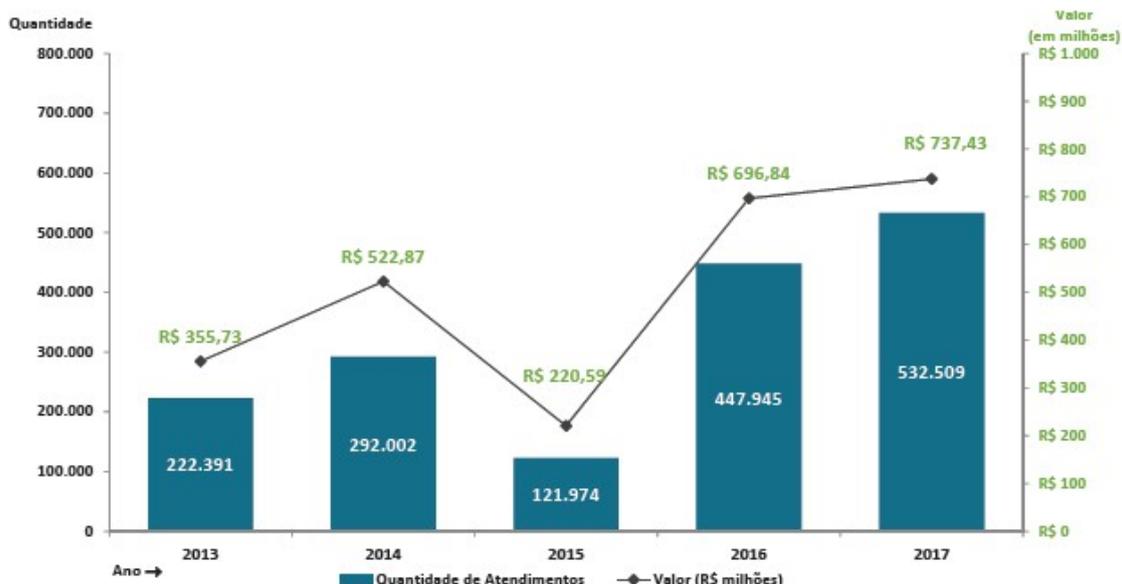


Figura 5 Total de atendimentos cobrados por ano (ANS/2018)

Na figura 5, observa-se a evolução do sistema de cobrança administrativo, eis que significativo o aumento arrecadado na monta dos R\$737.430.000.00.

Destes valores, podemos apurar a quantia referente aos pagamentos por cada Unidade Federativa na casa dos milhões.

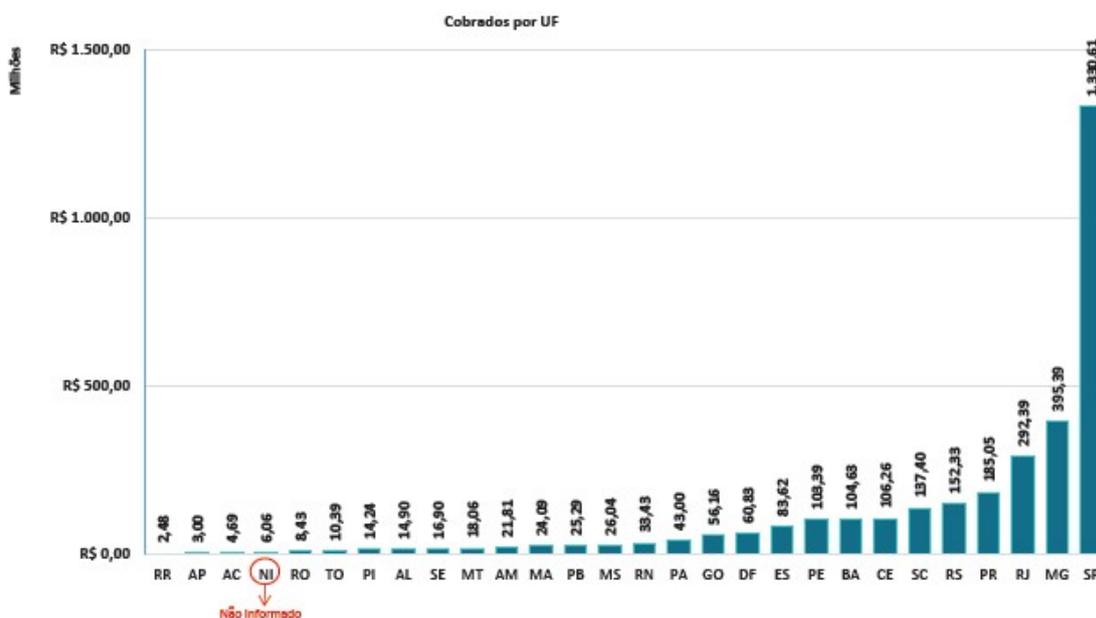


Figura 6 Total de valores arrecadados cobrados por UF (ANS/2018)

Note-se na figura 6 que São Paulo arrecada três vezes mais do que o segundo colocado na tabela que é o Estado de Minas Gerais e quatro vezes mais do que o Estado do Rio de Janeiro.

Dessa soma importante de valores, necessário observar a figura 7, apresentada abaixo, que até o ano de 2013 a soma total de valores ressarcidos não ultrapassavam os R\$205,85 milhões pagos à vista e somente em 2017 fora atingido o montante de R\$173,60 milhões.

ano de lançamento dos ABIs	total identificado no ano	Total cobrado (GRUs entre 2001-2017)	VALOR TOTAL PAGO À VISTA							Total parcelado	Total pago + parcelado	Índice de efetivo pagamento
			anos anteriores	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL			
anos anteriores	R\$ 2.968,50	R\$ 1.616,30	R\$ 205,65	R\$ 130,90	R\$ 197,82	R\$ 8,38	R\$ 31,37	R\$ 20,58	R\$ 594,70	R\$ 332,39	R\$ 927,09	57,36%
2013	R\$ 827,19	R\$ 293,26	-	R\$ 3,18	R\$ 68,48	R\$ 0,57	R\$ 39,23	R\$ 16,08	R\$ 127,54	R\$ 80,09	R\$ 207,64	70,80%
2014	R\$ 1.085,48	R\$ 417,12	-	-	R\$ 25,77	R\$ 54,66	R\$ 49,26	R\$ 57,06	R\$ 186,76	R\$ 99,88	R\$ 286,63	68,72%
2015	R\$ 612,19	R\$ 248,67	-	-	-	R\$ 44,48	R\$ 45,40	R\$ 20,16	R\$ 110,04	R\$ 73,83	R\$ 183,87	73,94%
2016	R\$ 915,49	R\$ 356,30	-	-	-	-	R\$ 60,30	R\$ 93,86	R\$ 154,16	R\$ 117,17	R\$ 271,32	76,15%
2017	R\$ 1.125,45	R\$ 349,24	-	-	-	-	-	R\$ 173,60	R\$ 173,60	R\$ 62,29	R\$ 235,88	67,54%
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 7.899,12</b>	<b>R\$ 3.280,90</b>	<b>R\$ 205,65</b>	<b>R\$ 134,08</b>	<b>R\$ 292,07</b>	<b>R\$ 108,09</b>	<b>R\$ 225,56</b>	<b>R\$ 381,34</b>	<b>R\$ 1.346,80</b>	<b>R\$ 765,64</b>	<b>R\$ 2.112,44</b>	<b>64,39%</b>

Figura 7 Valor total pago à vista de 2013 à 2017 (ANS/2018)

O corolário lógico nos leva a acreditar que a tendência em relação ao valores ressarcidos é de aumentar ainda mais, pois agora não há mais discussão acerca da constitucionalidade do art. 32 da Lei 9.656/98, com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931 e do Recurso Extraordinário 597.064, de fevereiro de 2018.

UF	TOTAL COBRADO GRUs EMITIDAS ENTRE 2013-2017	PAGAMENTO À VISTA (2013-2017)	TOTAL PARCELADO GRUs EMITIDAS ENTRE 2013 E 2017	ÍNDICE DE EFETIVO PAGAMENTO
SP	R\$ 1.008.679.259,74	R\$ 433.479.979,79	R\$ 243.501.742,37	67,12%
RJ	R\$ 224.354.088,98	R\$ 91.436.537,29	R\$ 74.257.685,99	73,85%
MG	R\$ 318.655.895,84	R\$ 84.950.100,33	R\$ 62.373.528,71	46,23%
SC	R\$ 111.372.008,63	R\$ 87.207.242,80	R\$ 11.108.983,20	88,28%
PR	R\$ 142.781.309,44	R\$ 67.800.985,95	R\$ 9.347.683,39	54,04%
RS	R\$ 113.428.241,72	R\$ 43.848.046,60	R\$ 23.821.079,21	59,86%
BA	R\$ 78.267.351,19	R\$ 36.934.111,77	R\$ 25.091.857,11	79,25%
ES	R\$ 67.691.681,21	R\$ 26.841.223,82	R\$ 27.133.938,77	79,74%
PE	R\$ 82.054.356,34	R\$ 34.904.066,93	R\$ 21.750.630,58	69,05%
CE	R\$ 79.444.640,25	R\$ 15.494.851,15	R\$ 38.577.218,13	68,06%
DF	R\$ 47.064.581,44	R\$ 25.989.950,13	R\$ 11.398.569,93	79,40%
GO	R\$ 42.017.080,20	R\$ 23.029.350,91	R\$ 5.566.664,88	68,06%
PA	R\$ 21.069.512,43	R\$ 11.596.066,70	R\$ 9.518.351,40	67,91%
RN	R\$ 24.992.011,88	R\$ 11.775.391,62	R\$ 4.898.581,14	66,72%
PB	R\$ 17.869.576,61	R\$ 12.305.266,93	R\$ 3.661.692,15	69,35%
MS	R\$ 21.983.027,85	R\$ 11.530.581,07	R\$ 2.999.199,17	66,10%
MA	R\$ 17.684.648,20	R\$ 6.846.907,67	R\$ 5.410.097,02	69,39%
MT	R\$ 12.878.472,27	R\$ 7.333.658,98	R\$ 2.675.774,30	77,72%
AM	R\$ 13.805.112,33	R\$ 4.553.712,78	R\$ 4.831.988,64	67,99%
SE	R\$ 13.571.908,57	R\$ 3.856.469,77	R\$ 6.087.099,12	73,26%
PI	R\$ 10.756.487,68	R\$ 6.417.365,45	R\$ 1.966.379,80	77,96%
AL	R\$ 11.111.124,15	R\$ 6.049.095,19	R\$ 2.344.288,31	75,54%
RO	R\$ 7.363.870,27	R\$ 4.201.467,98	R\$ 1.376.673,20	75,78%
TO	R\$ 8.006.460,71	R\$ 5.140.189,68	R\$ 724.557,09	73,25%
MT	R\$ 5.984.725,61	R\$ 2.928.476,98	R\$ 1.928.098,13	81,12%
AC	R\$ 3.695.366,95	R\$ 1.667.725,53	R\$ 2.140.890,30	86,63%
AP	R\$ 2.476.333,44	R\$ 715.512,47	R\$ 476.694,28	48,15%
RR	R\$ 2.140.989,60	R\$ 593.661,32	R\$ 523.461,12	52,18%
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 2.821.180.223,52</b>	<b>R\$ 1.068.807.966,81</b>	<b>R\$ 606.497.474,61</b>	<b>66,41%</b>

Figura 8 Estados com maiores valores pagos/parcelados (ANS/2018)

Notório que o maior Estado do País seja o que mais responde em relação as cobranças via GRU. O Estado de São Paulo responde por 39,92% do valor total cobrado, sendo ainda responsável por 41,19% do valor total pago ou parcelado destas cobranças vencidas de 2013 a 2017.

Cenário que aparentemente não mudou em 2018, tendo em vista o volume e usuários da saúde suplementar no estado de SP. Entretanto o índice efetivo de pagamento de SP não é o melhor, embora esteja um pouco acima da média dos demais estados. Essa variação do percentual de efetividade de pagamentos merece estudo e reflexão.

MUNICÍPIO	TOTAL COBRADO GRUs EMITIDAS ENTRE 2013-2017	PAGAMENTO À VISTA (2013-2017)	TOTAL PARCELADO GRUs EMITIDAS ENTRE 2013 E 2017	ÍNDICE DE EFETIVO PAGAMENTO
SAO PAULO	R\$ 560.939.066,06	R\$ 233.314.352,59	R\$ 145.493.101,28	67,53%
RIO DE JANEIRO	R\$ 145.130.784,99	R\$ 56.457.065,67	R\$ 48.890.406,20	72,59%
BELO HORIZONTE	R\$ 164.062.395,99	R\$ 29.325.422,60	R\$ 27.928.348,81	34,90%
RECIFE	R\$ 66.823.610,38	R\$ 28.953.107,57	R\$ 16.653.099,99	68,25%
FORTALEZA	R\$ 68.119.144,08	R\$ 13.047.827,50	R\$ 32.460.717,33	66,81%
CAMPINAS	R\$ 54.887.919,08	R\$ 31.298.829,20	R\$ 8.578.378,25	72,65%
SALVADOR	R\$ 47.470.659,79	R\$ 21.062.486,20	R\$ 15.920.871,41	77,91%
CURITIBA	R\$ 75.771.134,54	R\$ 31.092.596,51	R\$ 3.381.956,21	45,50%
PORTO ALEGRE	R\$ 51.571.160,71	R\$ 17.986.896,57	R\$ 12.816.659,54	59,73%
BRASILIA	R\$ 32.681.652,97	R\$ 18.224.455,73	R\$ 7.520.395,28	78,77%
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.267.457.528,60</b>	<b>R\$ 480.763.040,16</b>	<b>R\$ 319.643.934,30</b>	<b>63,15%</b>

Figura 9. Valores pagos/parcelados por município (ANS/2018)

Seguindo a lógica referente aos Estados, a capital do Estado de São Paulo é o município que mais responde em relação as cobranças via GRU. O município de São Paulo responde por quase 50% do valor total cobrado, porém, não é o município que detém o maior índice de efetivo pagamento, ficando atrás de municípios como Rio de Janeiro, Campinas, Recife, Fortaleza, Salvador e Brasília.

Tal apontamento merece estudo técnico mais aprimorado para a devida atenção, levando em conta o desperdício aos cofres públicos.

Levando em consideração esse argumento que se questiona no corpo deste trabalho no capítulo 2 em relação a improbidade administrativa.

Não seria omissão do Poder Público não ter o controle adequado em relação ao mecanismo de cobrança de ressarcimento ao SUS?

São perguntas que merecem ser respondidas pelos órgãos governamentais.

É possível ainda, fazer um levantamento dos valores repassados ao SUS anualmente entre os anos de 2013 e 2017.



Figura 10 Valor anual repassado (em R\$ milhões) – 2013 e 2017 (ANS/2018)

Note-se uma enorme evolução do ano de 2013 em que o valor repassado fora de R\$139.260.000,00 de reais para o ano de 2017, alcançando a marca de R\$585.410.000,00.

Com a grande quantidade de usuários do sistema de saúde suplementar e o avanço na cobrança administrativa do ressarcimento a expectativa é que no cálculo de 2018 sejam apresentados números que ultrapassem o valor repassado de 2017.

Nesse toada, como o sistema de cobrança esta evoluindo, a facilidade para envio de maus pagadores para a dívida ativa é maior.



Figura 11 Encaminhamento para Inscrição em Dívida Ativa – 2013 à 2017 (ANS/2018)

Observa-se na figura 11, uma média anual de R\$150 milhões de reais de valores enviados para a Dívida Ativa.

Essa forma de cobrança faz com que a operadora de saúde, rapidamente tente resolver suas pendências, desonerando ainda mais o Estado.

Por fim, conforme amplamente abordado neste trabalho, com a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, todos os depósitos judiciais realizados em processos judiciais referentes às ações que questionavam a validade do artigo 32, da Lei 9.656/98, poderão ser convertidos em renda e repassados ao Fundo Nacional de Saúde, o que originalmente corresponde a R\$ 354,13 milhões, sem contar as devidas atualizações legais.

Em outras palavras, mais um ganho para o Estado referente a valores que estavam inutilizados, por meio de processo judicial.

### **3.3 O e-SUS e o seu papel na identificação dos atendimentos a serem ressarcidos**

Conforme conceituado pelo manual de utilização disponibilizado pelo Governo Federal<sup>30</sup> o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional, sendo que esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde 2019)

A Estratégia e-SUS AB é o processo de informatizar de maneira qualificada o SUS o tornando definitivamente um SUS eletrônico (e-SUS) que tem como objetivo criar uma gestão mais moderna que de apoio aos municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da Atenção Básica e na qualificação do cuidado dos usuários.

---

<sup>30</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

e-SUS Atenção Básica : Manual de Uso do Aplicativo e-SUS AB Território – Versão 2.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Ele foi desenvolvido a partir de diretrizes as quais orientam e organizam o processo de reestruturação desse sistema de informação, instituindo-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio da Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013<sup>31</sup>, e a Estratégia e-SUS AB para sua operacionalização.

Conforme manual de uso do sistema<sup>32</sup> disponibilizado pelo Governo Federal no site do Ministério da Saúde. A Estratégia e-SUS AB preconiza:

- Individualizar o registro: registro individualizado das informações em saúde, para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;
- Integrar a informação: integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, a partir do modelo de informação;
- Reduzir o retrabalho na coleta de dados: reduzir a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo;
- Informatizar as unidades: desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde;
- Gestão do cuidado: introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais na perspectiva de realizar a gestão do cuidado
- Coordenação do cuidado: a qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

Sendo composta ainda por dois sistemas:

- SISAB, sistema de informação nacional vigente para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a AB, com a finalidade de construção do conhecimento e tomada de decisão para as três esferas de gestão. Além disso, corrobora para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e
- Sistema e-SUS AB, composto por dois softwares para coleta dos dados:

---

<sup>31</sup> <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2013/07/PORTARIA-N%C2%BA-1.412-DE-10-DE-JULHO-DE-2013-Institui-o-Sistema-de-Inforna%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-para-a-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-SISAB...pdf>

<sup>32</sup> [http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual\\_pec\\_3\\_0/index.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_3_0/index.php)

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apóia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação;
- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS.

Percebe-se numa análise do material disponibilizado pelo Governo que o sistema é voltado para a completa absorção de todos os dados possíveis dos usuários, que na prática não parece acontecer, e poderá ser melhor observado ao final deste trabalho junto a pesquisa observacional realizada.

### **3.3.1 Do cadastro da atenção básica**

Ainda de acordo com o Manual de utilização do e-SUS, o Prontuário Eletrônico do Cidadão e a Coleta de Dados Simplificada do e-SUS AB são utilizados de forma complementar nos cenários possíveis de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios e no distrito federal e ambas as ferramentas possibilitam a identificação do registro dos atendimentos por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), promovendo efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão, além da possibilidade de compartilhamento de informações com outros serviços de saúde.

Caso o cidadão não tenha um CNS ele ainda sim deve ser atendido em função da universalidade do SUS, devendo seu registro ser considerado um dado individualizado e não identificado.

Dentro do software e-SUS AB os profissionais das equipes básicas possuem um grande módulo de cadastro de cidadãos, o qual se subdivide em dois módulos distintos: Cadastro do Cidadão e Cadastro do Território.

O primeiro é realizado por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) nas UBS e o tem como objetivo realizar o cadastramento de todos os usuários do serviço prestado pelo SUS na unidade, ainda que não façam parte do território. Este cadastro é mais simples, contendo apenas algumas informações individuais.

Em relação ao cadastro do Território, é realizado mediante uma Coleta de Dados Simplificada (CDS), a partir das fichas de Cadastro Individual e de Cadastro Domiciliar e Territorial, utilizados, principalmente, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cadastrar os residentes em suas micro áreas.

Este cadastro é mais extenso e contém informações-chave sobre a população sob responsabilidade da equipe de saúde.

Todas as informações cadastradas ficam disponibilizadas no sistema no campo “Cidadão”.

Com o sistema devidamente preenchido é possível realizar os agendamentos de acordo com a necessidade dos pacientes.

Para melhor compreensão, conforme se denota no boletim informativo da ANS<sup>33</sup> necessário visualizar o fluxograma da figura 11.

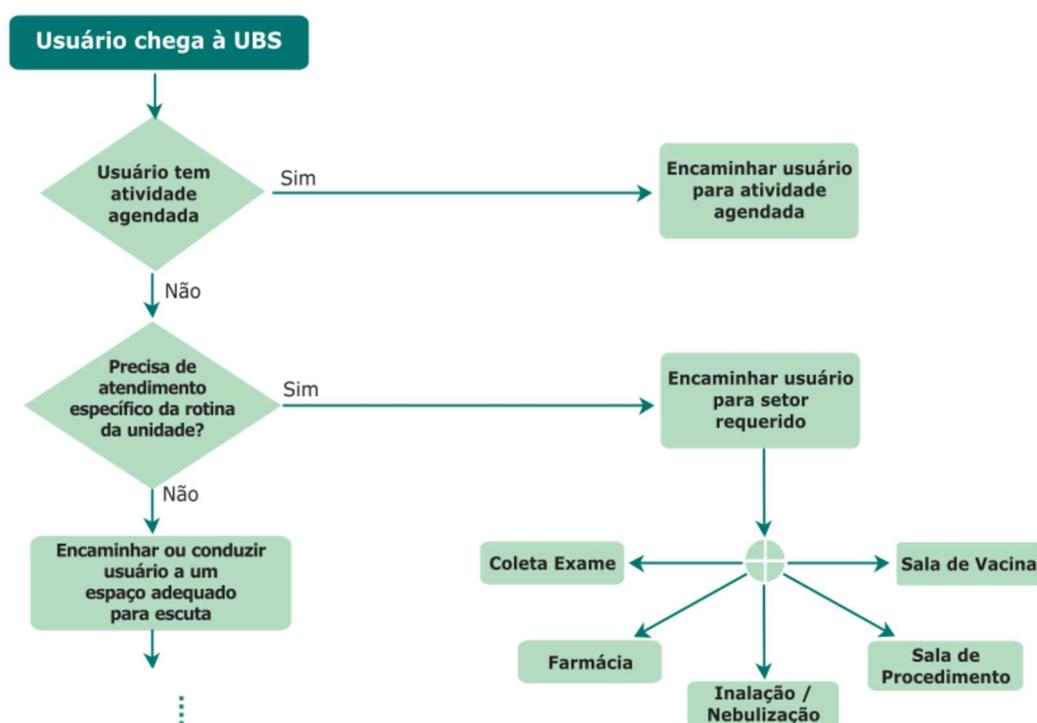


Figura 11 fluxograma demonstrando chegada do usuário à UBS

<sup>33</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n.6 (nov.) 2018.

Caso seja verificado que o paciente precise de um atendimento diferente dos de rotina da UBS, deverá seguir outro procedimento, observando a figura 12:

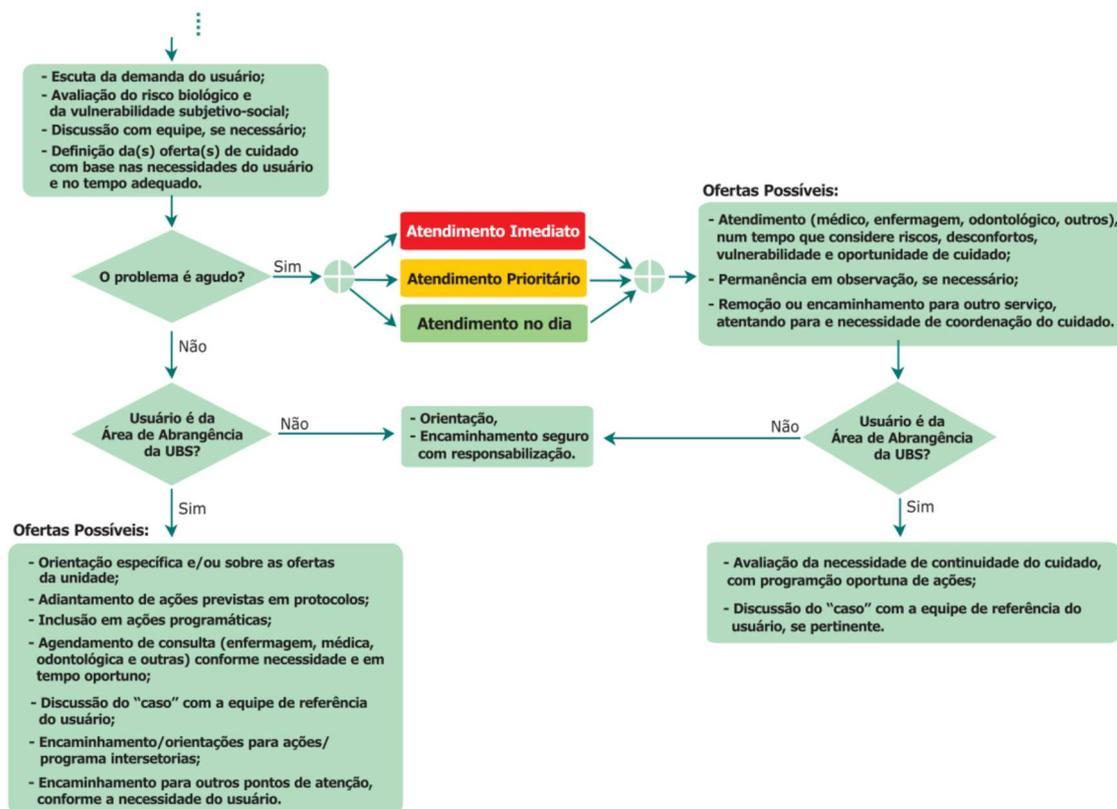


Figura 12 Usuário precisa de atendimento diferente do específico de rotina da UBS

Em síntese, ambas figuras acima devem ser tomadas como uma oferta, mas, sempre que necessário, pode ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta inicial qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político, que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes. (Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n.6 2018)

Na presente pesquisa, mesmo que de forma superficial, ante a peculiaridade da modalidade observacional, poderá ser observado se os requisitos são devidamente atendidos.

### 3.3.2 Base de dados do e-SUS

Levando em consideração o manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde<sup>34</sup>, o e-SUS contém uma base de dados composta pelos dados da primeira consulta ao cidadão, o que de modo geral inclui: Identificação, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, exames clínicos e os fatores de risco, sendo certo que ao longo do tempo os dados devem ser atualizados a fim de ter a situação geral do paciente mapeada.

As informações colhidas pelos Agentes Comunitários de Saúde são simplificadas, como informações de pré-natal, parto e nascimento do cidadão, cirurgias, internações, antecedentes pessoais, familiares e obstétricos e ainda uma lista de problemas.

A implementação do sistema esta ocorrendo em todo território nacional, sendo que seu fornecimento é feito pelo Ministério da Saúde sob responsabilidade do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio do Portal do DAB<sup>35</sup>.

Dentro do e-SUS ainda constam informações de estabelecimentos e profissionais credenciados o qual é feito por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que é alimentado pela gestão local.

Para acessar o sistema é necessário exclusivamente o uso de login e senha, de uso pessoal e intransferível, devendo o usuário manter em sigilo as referidas informações, respondendo por qualquer dano ou prejuízo causado.

Todas as informações incluídas no sistema e-SUS são enviadas para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), seja de forma automática ou manual.

Ainda alimentam os bancos de cadastro do sistema e-SUS as informações adquiridas pelos Agentes Comunitários de Saúde, colhidas via aplicativos móveis os quais registram as ações em locais de difícil manejo de computador ou notebooks ou sem internet.

---

<sup>34</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

<sup>35</sup> Disponível em <http://dab.saude.gov.br/esus>

## **4. Observação de atendimentos iniciais junto às UBS do Guarujá – SP**

Para a realização das observações, em cada Unidade de Saúde, foi utilizado o método observacional, levando em consideração ser um método exploratório, o qual permite ao pesquisador observar no campo as respostas de seus questionamentos.

O método foi aplicado durante 1 hora em cada unidade, no período de 01/05/2019 à 30/06/2019, sendo registrado por fotografias da entrada da unidade e da recepção, no primeiro atendimento, as quais foram anexadas a cada resultado observado nesta pesquisa.

Para não comprometer a qualidade da pesquisa não foram realizadas perguntas para nenhum dos funcionários nem aos usuários do serviço.

A pesquisa buscou entender se há o cumprimento da coleta de dados dos usuários na rede municipal de saúde, verificar a utilização do e-SUS, bem como considerar os motivos pela captação dos dados que pudessem gerar um mecanismo de verificação nos valores a serem ressarcidos pelo município, para tanto antes da pesquisa, necessário explicar a rede estrutural da saúde do município e conceituar a modalidade da pesquisa.

Importante destacar que não foram localizados dados de ressarcimento ao município de Guarujá-SP.

### **4.1 Rede estrutural da saúde do município de Guarujá – SP**

Para realização da pesquisa objeto do presente trabalho, necessário descrever a estrutura da rede básica de saúde pública do município de Guarujá-SP.

Numa análise no sítio eletrônico da Prefeitura<sup>36</sup>, verifica-se que existem 7 (sete) UBS, sendo elas:

---

<sup>36</sup> [www.guaruja.sp.gov.br](http://www.guaruja.sp.gov.br)

**1) UBS Prainha** – Vicente de Carvalho - Rua Nova, 170 - (13) 3341-2557

**2) UBS Santa Rosa** - Rua Manoel da Cruz Michael, 133 - (13) 3358-2564

**3) UBS Vila Alice** - Rua Rio Grande do Sul, s/n - (13) 3342-5256 / (13) 3341-5954

**4) UBS Vila Baiana** - Rua Vereador Orlando Falcão, 172 - (13) 3351-9976 / (13) 3355-2812

**5) UBS Morrinhos** - Praça do Comércio, s/n - (13) 3355-1123 / (13) 3386-1981

**6) UBS Pernambuco** - Rua das Samambaias, s/n - (13) 3353-2529 / (13) 3353-2329

**7) UBS Pae Cará** - Rua São João, 155 - (13) 3342-4258 / (13) 3352-1305

Configurando ainda a ramificação da saúde pública tem-se ainda 15 USAFAs (Unidades de Saúde da Família) e 04 UPA (Unidade de Pronto Atendimento) relacionadas abaixo.

**1) USAFA Jardim dos Pássaros** - Rua Rouxinol, 25 - (13) 9920-60290

**2) USAFA Cidade Atlântica** - Rua Uruguai, 3000 - (13) 3351-1146 / (13) 9920-59541

**3) USAFA Perequê** - Rua Rio Branco, 235 - (13) 3353-2649/ (13) 9920-59748

**4) USAFA Santa Cruz dos Navegantes** - Rua Antonio Pinto Rodrigues, s/n - (13) 3354-8051 / (13) 9920-60545

**5) USAFA Sítio Conceiçãozinha** - Rua Nova Esperança, 11 - (13) 3387-1461 / (13) 9920-60980

**6) USAFA David Capistrano (Vila Zilda)** - Rua Paulo Augustinho a Silva, s/n (antiga Rua 4) - (13) 3387-1344 / (13) 9920-60690

- 7) USAFA Jandui de Souza Moreira (Jardim Las Palmas)** - Rua José Alves de Oliveira, s/n – Jardim Las Palmas - (13) 9920-60014
- 8) USAFA Jardim Progresso** - Rua Josefa Hermínia Caldas, s/n – Jardim Progresso - (13) 3352-8175/ (13) 9920-62484
- 9) USAFA Vila Áurea** - Rua Francisco de Castro, s/n – Vila Áurea - (13)9920-62843
- 10) USAFA Jardim Brasil** - Rua Poeta Alberto de Oliveira, s/n – Jardim Brasil / Morrinhos - (13) 3359-4716 / (13) 9920-61595
- 11) USAFA Jardim Conceiçãozinha** - Av. Bento Pedro da Costa, s/n (esquina com a Rua Waldemar Tangari) – Jardim Conceiçãozinha - (13) 3358-2700/ (13) 9920-59099
- 12) USAFA Vila Edna** - Av. Brasil, s/n - (13) 3355-4917 / (13) 9920-59683
- 13) USAFA Vila Rã** - Rua Maria Geralda Valadão, 1.114 - (13) 3351-2182 / (13) 9920-63261
- 14) USAFA Jardim Boa Esperança** - Rua Adriano Dias dos Santos, 533 - (13) 9920-63184
- 15) USAFA Santa Rosa** - Rua Adriano Dias dos Santos, 533 - (13) 3358-2564 / (13) 9920-62073
- 16) UPA Rodoviária** – Av. Santos Dumont, 856 – (13) 3355-9151
- 17) UPA Enseada** – Av. Dom Pedro I, s/n – (13) 3383-6495
- 18) UPA Perequê** - Estrada Bertiooga, Km 8, s/n - Balneário Praia do Perequê – (13) 3353-6717
- 19) UPA Santa Cruz dos Navegantes** - R. Antônio Pinto Rodrigues, s/n - Jardim Las Palmas -

E concluindo a rede de atenção básica de saúde do município são disponibilizados 2 (dois) hospitais:

- 1) Hospital Santo Amaro** - Rua Quinto Bertoldi, 40 – Vila Maia - (13) 3389-1515

**2) Hospital Emílio Ribas II - Avenida São João/ R. São Miguel, s/n - (13) 3355-1935 / (13) 3355-3263**

São estas as unidades que servirão com base para a presente pesquisa.

**4.2 O controle de dados sobre os usuários de sistema de saúde suplementar atendidos pelas unidades básicas de saúde do Guarujá**

Não há um controle eficiente de dados nos atendimentos realizados pelo SUS, seja pela não utilização do sistema já existente (E-SUS) ou ainda por não realização da colheita de dados de forma eficiente dos pacientes, impossibilitando provisionar um possível valor que retornaria aos cofres públicos, ou ainda uma conferência dos valores ressarcidos via o processo administrativo descritos na seção 3, e o que seria pior ainda de crer, o não recebimento de nenhum destes valores.

Por tal motivo, que na presente pesquisa, tem-se como objetivo geral a realização de estudo para verificar se atualmente no município de Guarujá – SP o controle exercido nas redes de saúde possibilita a conferência quanto ao cumprimento dos valores ressarcidos ao Fundo Nacional de Saúde pelas operadoras de saúde.

A presente pesquisa teve como objetivo geral a realização de estudo para verificar se atualmente no município de Guarujá – SP o controle exercido nas redes de saúde possibilita a conferência quanto ao cumprimento dos valores ressarcidos ao Fundo Nacional de Saúde pelas operadoras de saúde.

Além disso, a pesquisa também propôs como objetivos específicos;

- Verificar o cumprimento da coleta de dados dos pacientes na rede municipal de saúde, mediante levantamento observacional nas redes básicas de saúde;
- Considerar os motivos pela não utilização de dados até os dias atuais.

- Levantar a necessidade da solução do eventual problema, levantando dados concretos, mediante a correta utilização do E-Sus nas redes de saúde municipais ou ainda outra solução a ser estudada.

Para coletar os dados e atingir os objetivos utilizou-se do método observacional a seguir descrito.

#### **4.3 Método Observacional Não Participante para coleta de dados de atendimento nas unidades básicas de saúde do Guarujá**

Com base em todo o estudo apresentado, aplicando o método de pesquisa observacional não participante.

A observação não participante também pode ser conhecida como simples. O pesquisador permanece alheio à comunidade ou processo ao qual está pesquisando, tendo um papel de espectador do objeto observado. Na observação não participante os sujeitos não sabem que estão sendo observados, o observador não está diretamente envolvido na situação analisada e não interage com objeto da observação. Nesse tipo de observação o pesquisador apreende uma situação como ela realmente ocorre. Contudo, existem dificuldades de realização e de acesso aos dados (MOREIRA, 2004).

A decisão para a escolha deste método se deu em razão da possibilidade de coletar informações sobre as causas geradoras dos comportamentos e ter acesso a dados potencialmente importantes e úteis para a pesquisa, mesmo sem ter acesso a interpretação de dados, já que não há o interesse do pesquisador em influenciar a situação, perdendo a espontaneidade e rigor.

Outro fator determinante para utilização deste método é a possibilidade de gravação de vídeos, o que facilita uma análise posterior do conteúdo observado.

Em cada Unidade de Saúde, foi utilizado o método observacional durante 1 hora, sendo registrado por fotografias da entrada da unidade e da recepção, no primeiro atendimento, as quais foram anexadas a cada resultado observado nesta pesquisa.

Para não comprometer a qualidade da pesquisa não foram realizadas perguntas para nenhum dos funcionários nem aos usuários do serviço.

A pesquisa buscou entender se há o cumprimento da coleta de dados dos usuários na rede municipal de saúde, verificar a utilização do e-SUS, bem como considerar os motivos pela captação dos dados que pudessem gerar um mecanismo de verificação nos valores a serem ressarcidos pelo município.

A caracterização da área de estudo se dá no município de Guarujá – SP, levando em consideração o cenário de que a realidade habitacional de Guarujá é dura, pois no município há o maior número de habitantes morando em favelas da Baixada Santista.<sup>37</sup>

Por tais circunstâncias, a pesquisa foi realizada em sigilo, evitando o alarde da população e das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

#### **4.4 Resultados preliminares do levantamento de dados junto às unidades de saúde de Guarujá**

Os resultados serão analisados unidade por unidade, não na ordem colocada abaixo, afim de entender o fenômeno pesquisado de forma individualizada, melhorando os elementos da pesquisa.

Serão colacionadas figuras referentes a localização geográfica para compreensão da região em que a unidade se localiza na cidade de Guarujá, bem como imagens relacionadas a estrutura física do local, da entrada e também da recepção.

---

<sup>37</sup> Segundo dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Cidade conta com 26.095 domicílios localizados em assentamentos precários. Das 95.247 pessoas que residem em condições precárias, 48.204 são mulheres e 47.223 homens.

#### 4.5 UBS e USAFA Santa Rosa

Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família ficam no mesmo prédio público e são muito movimentadas conforme se denota na figura.

Primeira unidade visitada por este observador, sendo evidente que devido ao fluxo de pessoas para atendimento, apenas é solicitado aos usuários o cartão SUS, caso não esteja com o cartão no local, pegam apenas as informações referente ao nome e endereço do cidadão, buscando a informação se o usuário é morador da região.

Na observação, não foram notados movimentação ou busca de informações relacionadas ao sistema do E-Sus, não houve menção para sua utilização na captação de dados iniciais dos usuários em nenhum instante.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

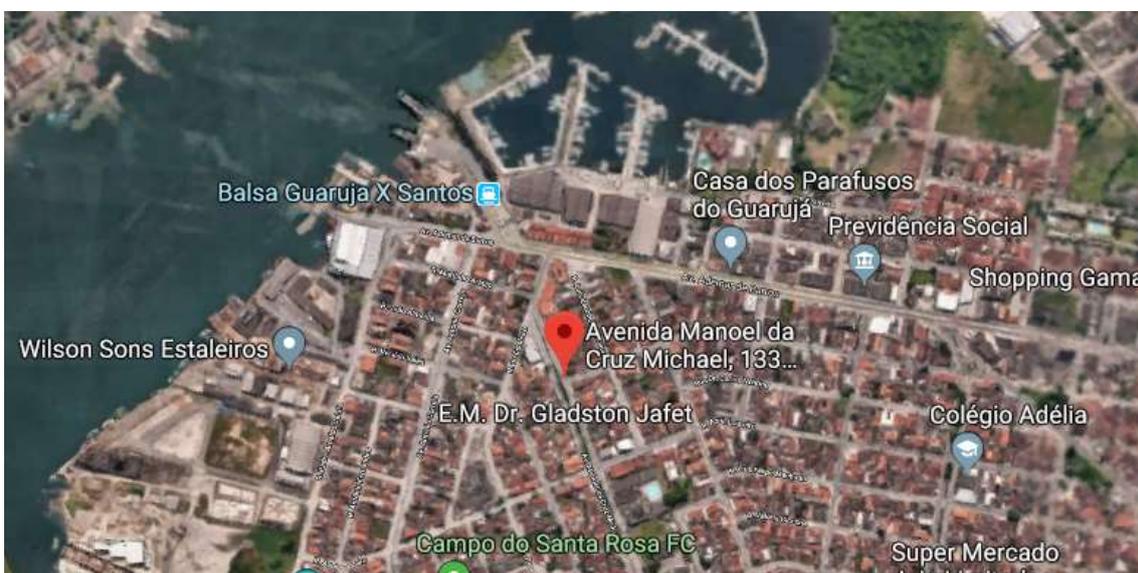


Figura 14 - Localização Geográfica USAFA e UBS Santa Rosa



Figura 15 – Entrada USAFA e UBS Santa Rosa



Figura 16 – Recepção USAFA e UBS Santa Rosa

#### 4.6 UBS Vila Alice

A Unidade Básica de Saúde da região da Vila Alice atende a população de Vicente de Carvalho, em especial aos moradores da região próximo ao Poupatempo, beirando o canal Santos x Guarujá, área com elevado volume de moradias invadidas na região portuária.

Na observação, não foram notados movimentação ou busca de informações relacionadas ao sistema do E-Sus, não houve menção para sua utilização na captação de dados iniciais dos usuários em nenhum instante, bem como não havia computador na recepção para obtenção de dados.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

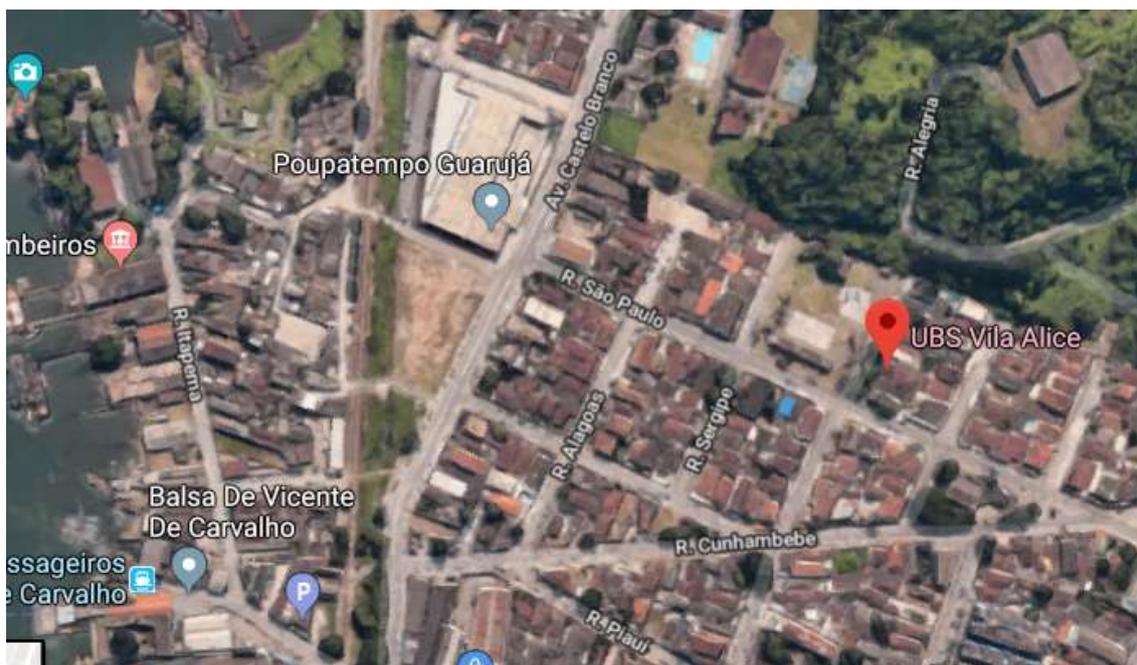


Figura 17 - Localização Geográfica UBS Vila Alice



Figura 18 – Entrada da unidade



Figura 19 – Recepção

#### 4.7 UBS Prainha

A pior das unidades visitadas, local de acesso muito restrito, dentro da “comunidade”, compareci de carro no local e tive que justificar o motivo da

minha visita no local, sendo necessário autorização de moradores para conhecer a unidade.

Unidade muito precária, sendo solicitado apenas o cartão SUS e RG do usuário do sistema único de saúde, sem relação de captação de dados para o E-Sus.

Em observação, percebi o abastecimento de outro sistema, um relacionado a prefeitura municipal, denominado Central de Regulação de Ofertas de Serviços e Saúde – CROSS.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

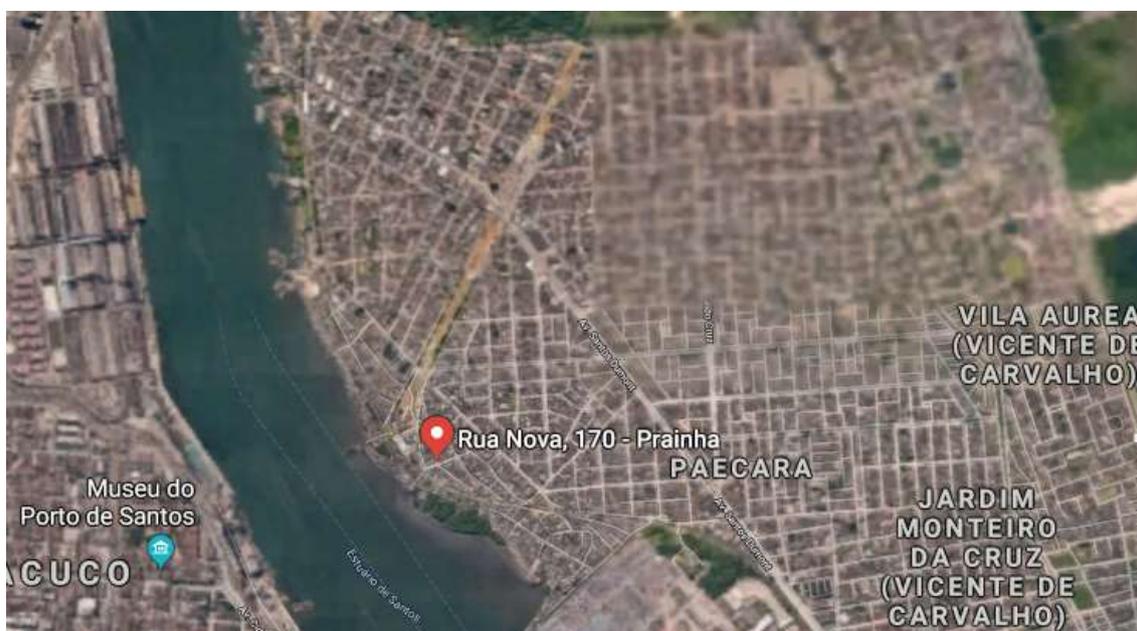


Figura 20 – Localização geográfica UBS Prainha



Figura 21 – Entrada da unidade UBS Prainha



Figura 22 – Recepção UBS Prainha

#### 4.8 UBS Vila Baiana

Mais uma unidade de Saúde dentro da “comunidade”, com a peculiaridade de ter sido adquirida pela prefeitura a pouco tempo, pois era uma clínica de saúde mantida pelo Lar Espírita Elizabeth. Atualmente é uma unidade 100% SUS.

Percebi poucos recursos na unidade, com um volume muito grande de atendimento, consultas agendadas todas com a mesma médica, muita confusão para atendimento, unidade muito precária.

Observado que, para o encaminhamento dos pacientes, como nas demais unidades, não havia preenchimento de nenhum sistema, apenas a solicitação do cartão SUS, sem relação de captação de dados para o E-Sus.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

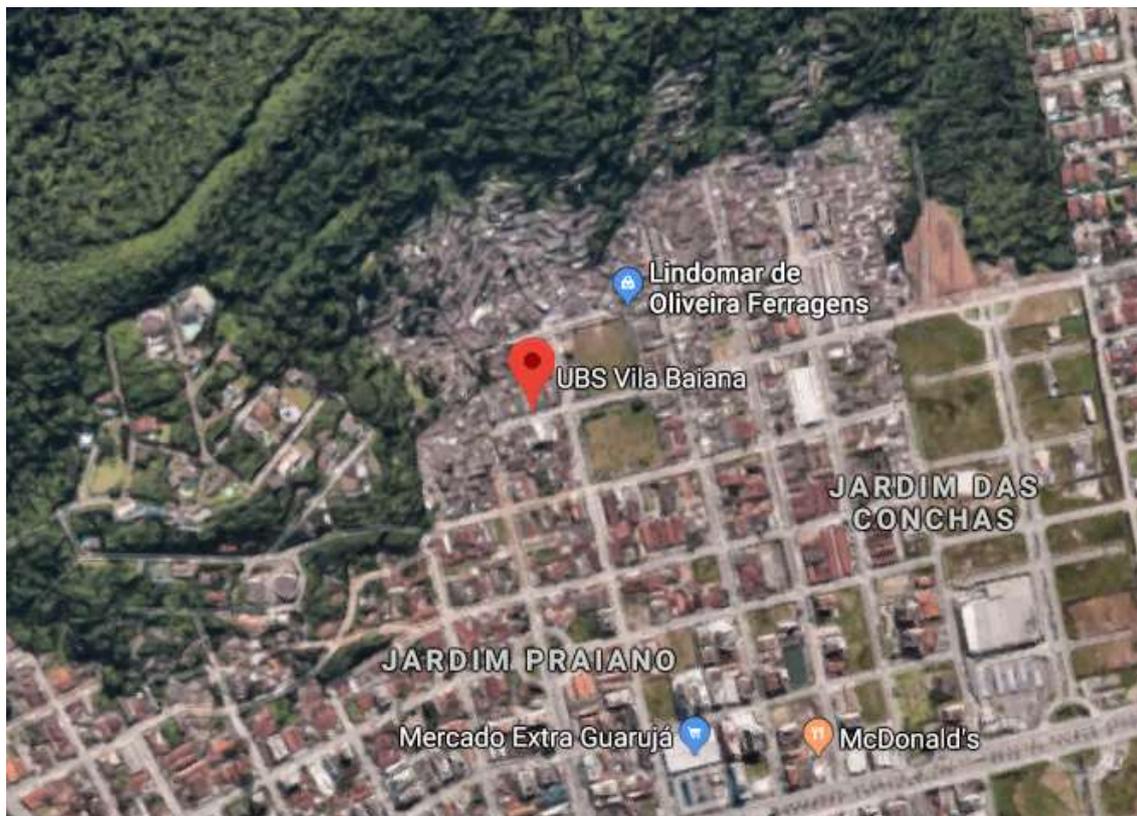


Figura 23 – Localização Geográfica UBS Vila Baiana



Figura 24 – Entrada UBS Vila Baiana



Figura 25 – Recepção UBS Vila Baiana

#### 4.9 UBS Morrinhos

Observação restou prejudicada nesta unidade com melhores informações, pois a unidade estava praticamente sem atendimentos no dia, não se sabe se por falta de médicos, ou um dia atípico.

A unidade abrange uma região muito populosa, porém não teve movimentação suficiente para conseguir identificar um padrão de atendimento no local.

Os usuários atendidos foram apenas para horário marcado com consulta pré agendada.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.



Figura 26 – Localização Geográfica UBS Vila Baiana



Figura 27 – Entrada UBS Morrinhos



Figura 28 – Recepção UBS Morrinhos

#### 4.10 UBS Pernambuco

Unidade recentemente absorvida pela prefeitura de Guarujá, pois era mantida por uma associação, Instituto Don Domenico.

Pelo pouco tempo que esta dentro do sistema básico de saúde do município ainda esta em sistema de adaptação, inclusive do sistema de software utilizado pela prefeitura, o CROSS.

Não há informação de utilização do E-Sus.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.



Figura 29 – Localização Geográfica UBS Pernambuco



Figura 30 – Entrada UBS Pernambuco



Figura 30 – Recepção UBS Pernambuco





Figura 32 – Entrada UBS Pae Cará



Figura 33 – Recepção UBS Pae Cará

#### 4.12 USAFA Jardim dos Pássaros

Unidade de atendimento pequena, bem movimentada, em observação, apenas um médico estava presente na unidade, com grande espera para atendimento das consultas do dia.

Não havia cadastro de obtenção de dados dos pacientes, mas tão somente o questionamento de obtenção ou não do cartão SUS.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

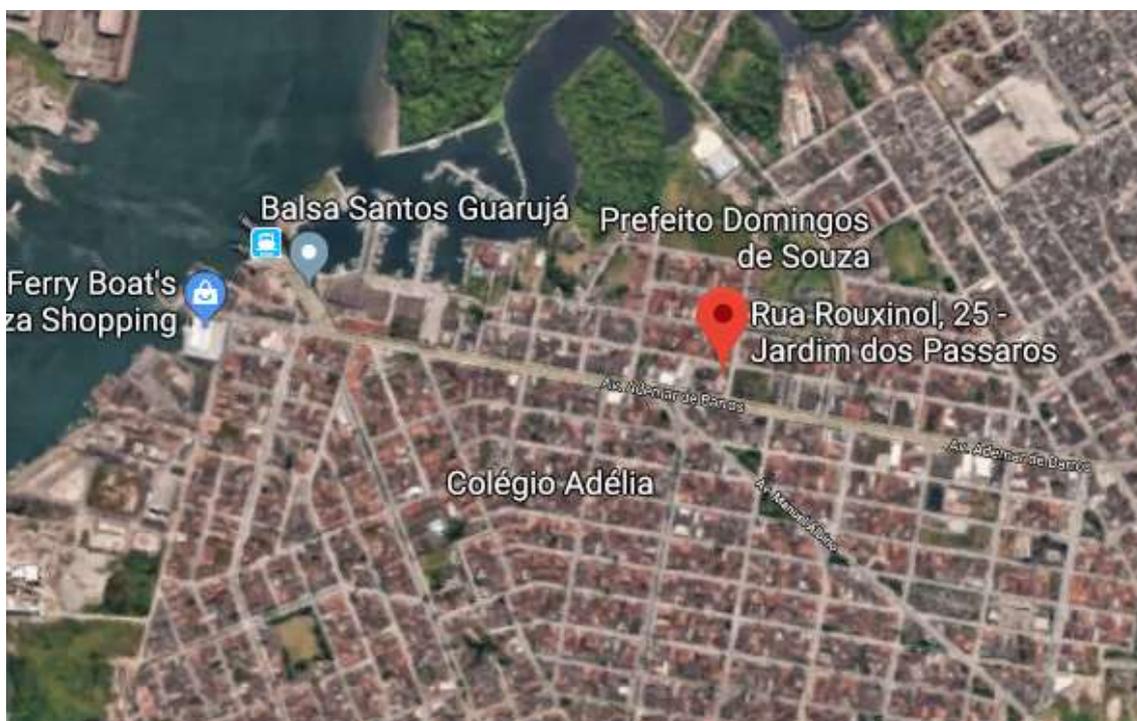


Figura 34 – Localização Geográfica USAFA Jardim dos Pássaros



Figura 35 – Entrada da Unidade USAFA Jardim dos Pássaros



Figura 36 – Recepção USAFA Jardim dos Pássaros

#### **4.13 USAFA Cidade Atlântica**

Unidade não tem computador na recepção, fichas preenchidas a mão, solicitação apenas do cartão SUS e RG, uma fila enorme embaixo do sol para os usuários.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

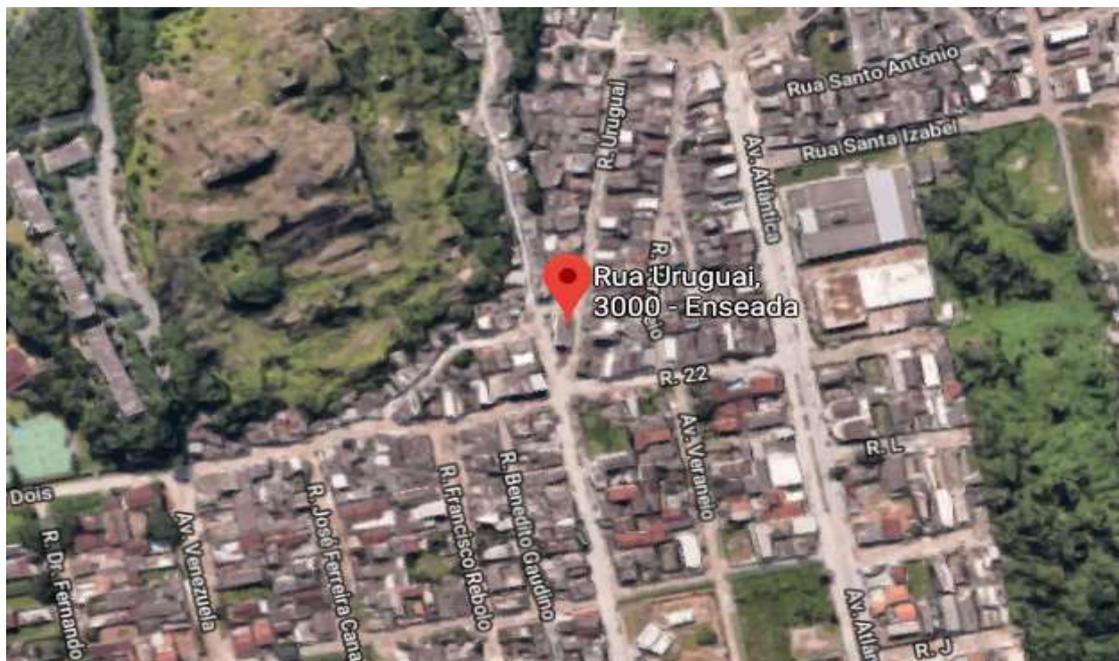


Figura 37 – Localização geográfica USAFA Cidade Atlântica



Figura 38 – Entrada USAFA Cidade Atlântica



Figura 39 – Entrada - USAFA Cidade Atlântica

#### **4.14 USAFA Perequê**

Unidade sem Computador na recepção, contudo, com preenchimento manual do E-Sus após atendimento médico.

Nesta unidade, após o término da análise, fui abordado pela gerente da unidade, a qual me concedeu informações relacionadas ao atendimento dos usuários e a vinculação de dados no sistema E-Sus.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

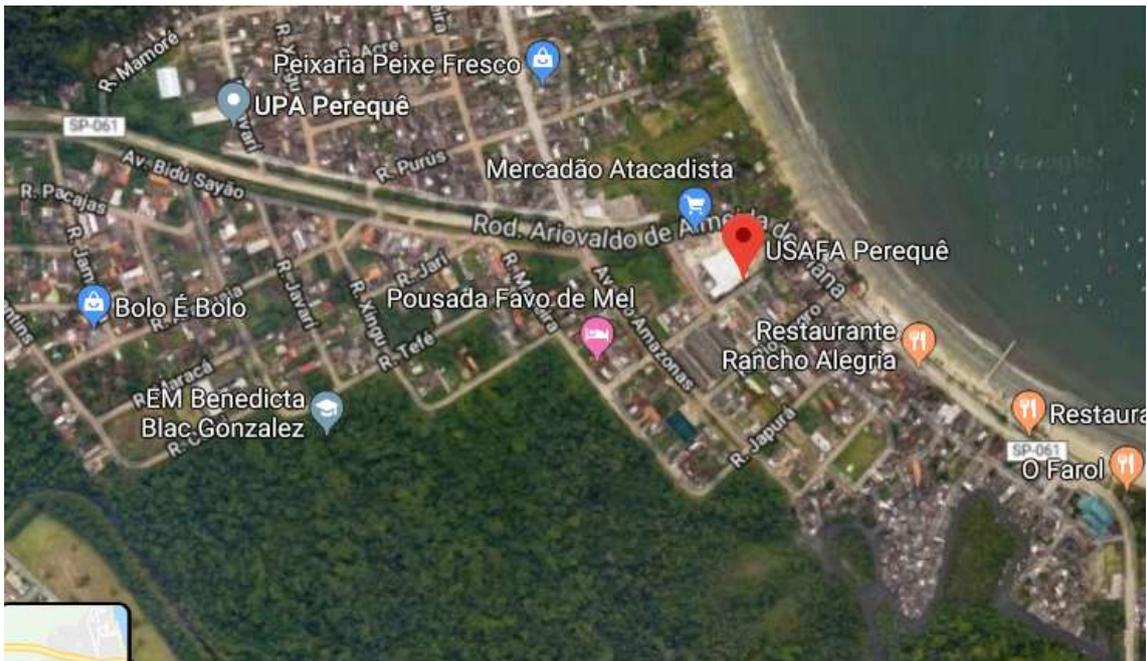


Figura 40 – Localização geográfica USAFA Perequê



Figura 41 – Entrada USAFA Perequê



Figura 42 – Recepção USAFA Perequê

#### 4.15 USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes

Comunidade de difícil acesso, mais próxima de Santos do que do Centro de Guarujá, acesso restrito por uma única estrada, com aproximadamente 10 km de distância para a praia do Tombo.

Um bairro inteiro oriundo de invasão, as casas são praticamente sobre a areia da costa do canal de Santos x Guarujá, conforme se denota na figura com a localização geográfica.

O atendimento é tão precário quanto a região, podendo ser contado nos dedos os minutos que o local ficou em silêncio.

Não há diferenciação de pacientes na recepção entre usuários da UPA ou da USAFA, as duas são no mesmo local.

Poucos são os dados coletados no atendimento do usuário na recepção, limitando-se ao cartão SUS ou RG.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

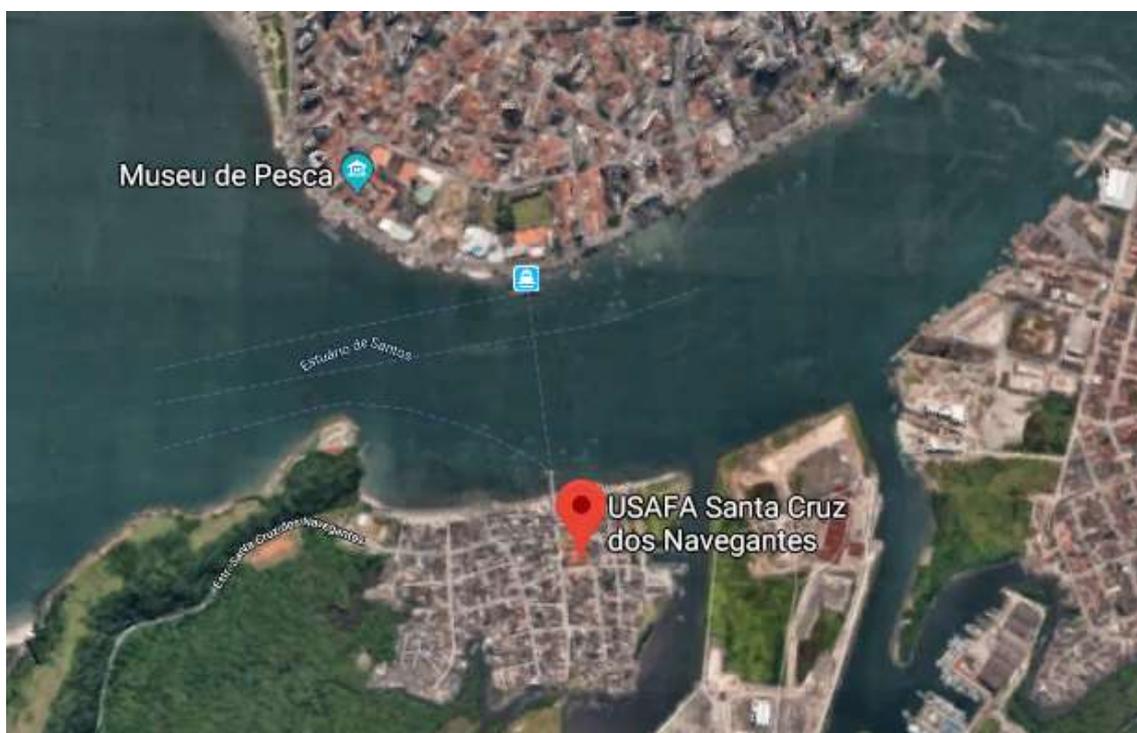


Figura 43 – Localização geográfica USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes



Figura 44 – Entrada USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes



Figura 45 – Recepção USAFA e UPA Santa Cruz dos Navegantes

#### 4.16 USAFA Jardim Conceiçãozinha

Outra unidade sem computador na recepção, porém, de acordo com as demais USAFAs, com o devido preenchimento manual do E-Sus após atendimento médico nas consultas básicas.

Procedimento de atendimento na unidade relacionado a consultas agendadas em data prévia.

Os agentes comunitários de saúde fazem o preenchimento das informações referentes as famílias moradoras do bairro diariamente, via tablet direto para o sistema.

Levando em consideração essa informação, uma nova pesquisa, direcionada ao atendimento dos agentes comunitários de saúde se faz necessária.





Figura 47 – Entrada USAFA Conceiçãozinha



Figura 48 – Recepção USAFA Conceiçãozinha

#### 4.17 USAFA David Capistrano (Vila Zilda)

Unidade com pouco movimento, apenas um médico de plantão, com atendimentos apenas com horários agendados.





Figura 51 – Entrada USAFA Vila Zilda

#### **4.18 USAFA Jadui de Souza Moreira (Jardim Las Palmas)**

Uma das primeiras unidades visitadas, fica em região nobre da cidade, tanto que a unidade já foi inteiramente reformada.

Atendimento aos usuários com horários agendados, mas também com pronto atendimento, sendo para ambas as situações, solicitados os documentos dos pacientes.

Setor próprio de preenchimento do sistema E-Sus após retorno de ficha médica da consulta.

Não há informações de inclusão no sistema E-Sus referente a pacientes que dependam de internação.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.



Figura 52 – Localização USAFA Jardim Las Palmas



Figura 53 – Entrada USAFA Jardim Las Palmas



Figura 54 – Recepção USAFA Jardim Las Palmas

#### 4.19 USAFA Jardim Progresso

Outra unidade localizada em região de invasão, bairro muito carente, grande área de vulnerabilidade social, modelo de Unidade à base de contêineres.

Local com funcionários não muito amistosos, com pouco diálogo entre usuários da rede e os funcionários, muito falatório devido ao péssimo atendimento prestado, motivo pelo qual a pesquisa restou prejudicada.

Com base nas demais experiências, acredita-se que na unidade utilizam o E-Sus para retorno de fichas médicas, porém, sem o cadastro inicial dos usuários.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.





Figura 57 – Entrada USAFA Jardim Progresso

#### 4.20 USAFA Vila Áurea

Pesquisa prejudicada, levando em consideração que a unidade esta em processo de reforma.

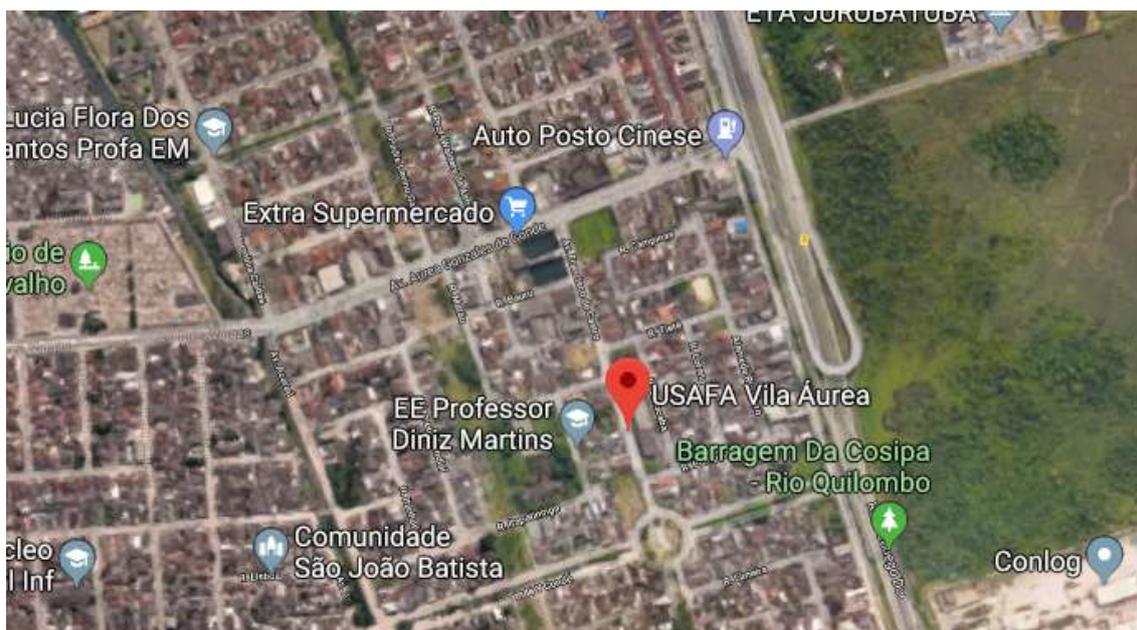


Figura 58 – Localização geográfica USAFA Vila Áurea



Figura 59 – Entrada USAFA Vila Áurea



Figura 60 – Recepção USAFA Vila Áurea

#### 4.21 USAFA Jardim Brasil

Unidade de saúde dentro do popular bairro Morrinhos, local muito populoso, com alto índice de vulnerabilidade social.

Em pesquisa, apurou-se o procedimento padrão das unidades similares, agendamentos e atendimentos com o cartão SUS e vinculação no E-Sus o relatório médico após consulta de usuário.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

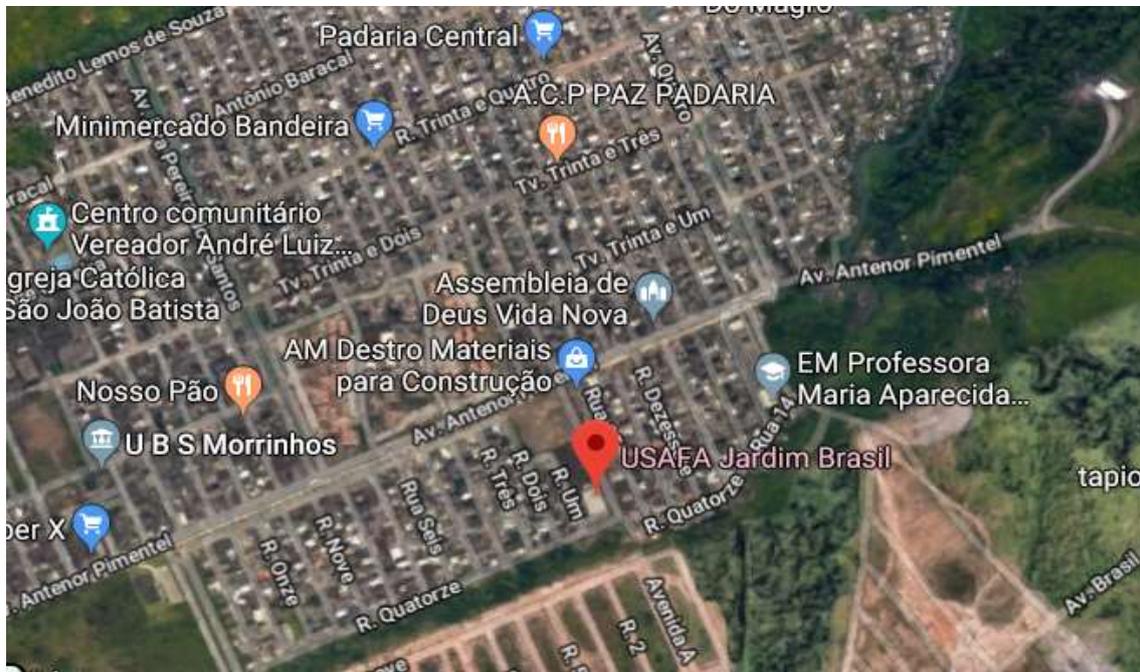


Figura 61 – Localização USAFA Jardim Brasil



Figura 62 – Entrada USAFA Jardim Brasil



Figura 63 – Recepção USAFA Jardim Brasil

#### 4.22 USAFA Vila Edna

Unidade construída em zona de invasão popular, também com alto índice de vulnerabilidade social.

Como nas demais USAFAs, em pesquisa, apurou-se o procedimento padrão das unidades similares, agendamentos e atendimentos com o cartão SUS e vinculação no E-Sus o relatório médico após consulta de usuário.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.





Figura 66 – Recepção USAFA Vila Edna

#### 4.23 USAFA Vila Rã

Unidade de saúde localizada dentro de uma das “comunidades” da cidade.

Porém, a unidade esta fechada, em tese para reformas, restando prejudicada a pesquisa no local.

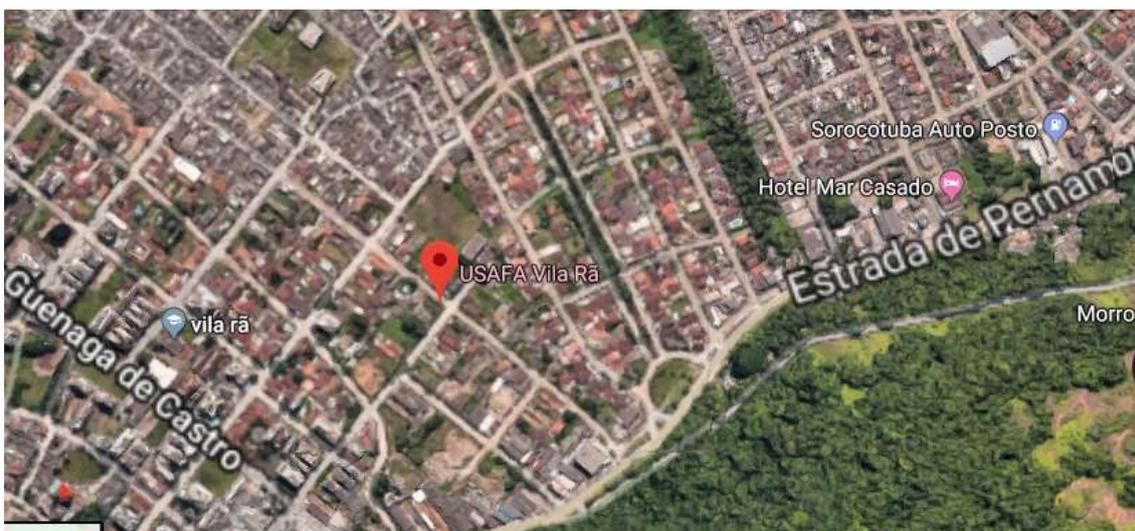


Figura 67 – Localização geográfica USAFA Vila Rã



Figura 68 – Entrada USAFA Vila Rã



Figura 69 – Recepção USAFA Vila Rã

#### 4.24 USAFA Jardim Boa Esperança

Unidade da populosa região de Vicente de Carvalho, muito movimentada no período de observação, prejudicando a busca das informações pelo pesquisador.

Os usuários no momento estavam muito impacientes, irritados pela demora, então estava um cenário conturbado, muito barulho, o que prejudicou a análise.

Porém, como nas demais unidades, o padrão de atendimento pareceu ser exatamente o mesmo, com o atendimento mediante cartão SUS e possivelmente um setor de inclusão de informações do E-Sus.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

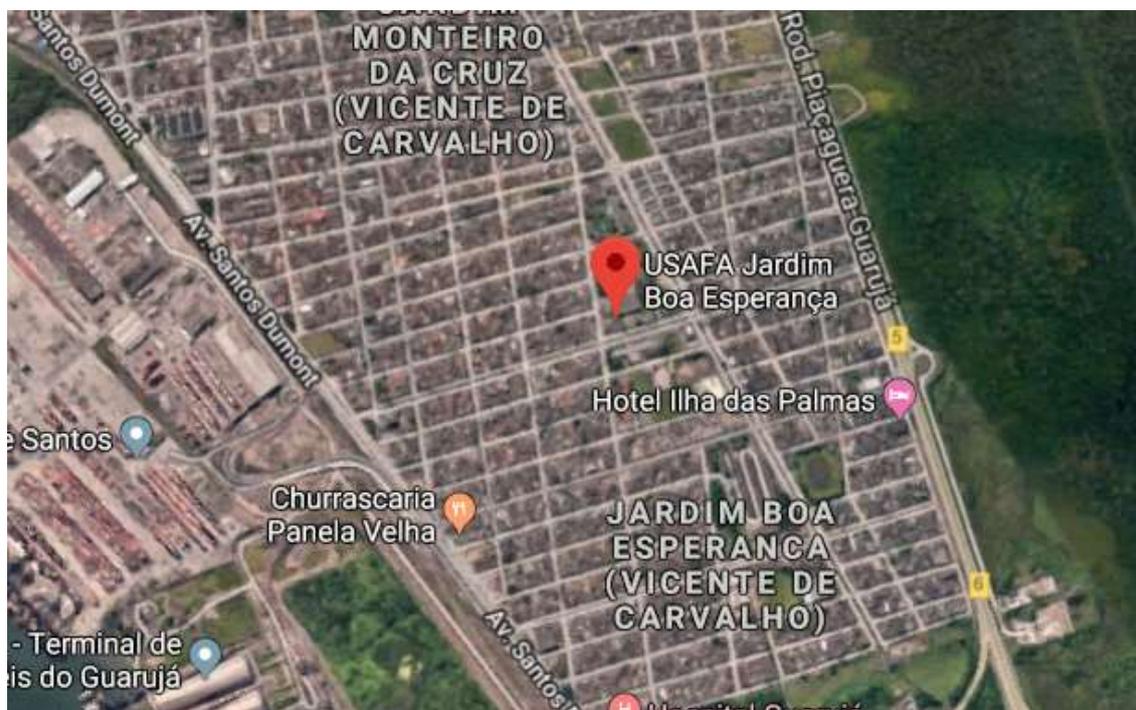


Figura 70 – Localização geográfica USAFA Jardim Boa Esperança



Figura 71 – Entrada USAFA Jardim Boa Esperança



Figura 72 – Recepção USAFA Jardim Boa Esperança

#### 4.25 UPA Rodoviária

Principal unidade de pronto atendimento da cidade, a que atende a maioria da população de Guarujá e Vicente de Carvalho.

Foi reformada pelo atual governo e como as demais é regida por uma OS, atualmente o Instituto Pró Vida.

Ao chegar no local, observei que para encaminhar o usuário para o setor de triagem os funcionários da recepção solicitavam apenas o RG ou o cartão SUS do usuário.

Após o usuário ser previamente analisado pela enfermagem para verificar o caminho a ser seguido dentro da unidade, não retornava para a recepção para completar o cadastro de dados do paciente.

Em nenhum momento foi identificado na unidade qualquer funcionário citando a utilização do E-SUS ou ainda solicitando uma base de dados dos usuários.

Ao ir embora da unidade, questionei livremente um dos funcionários que estava do lado de fora sobre o E-SUS, o qual com bastante ênfase garantiu que nunca foi implementado na unidade, que apenas utilizam o

SISREG<sup>38</sup> (Sistema de regulamentação) e o CROS<sup>39</sup> (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

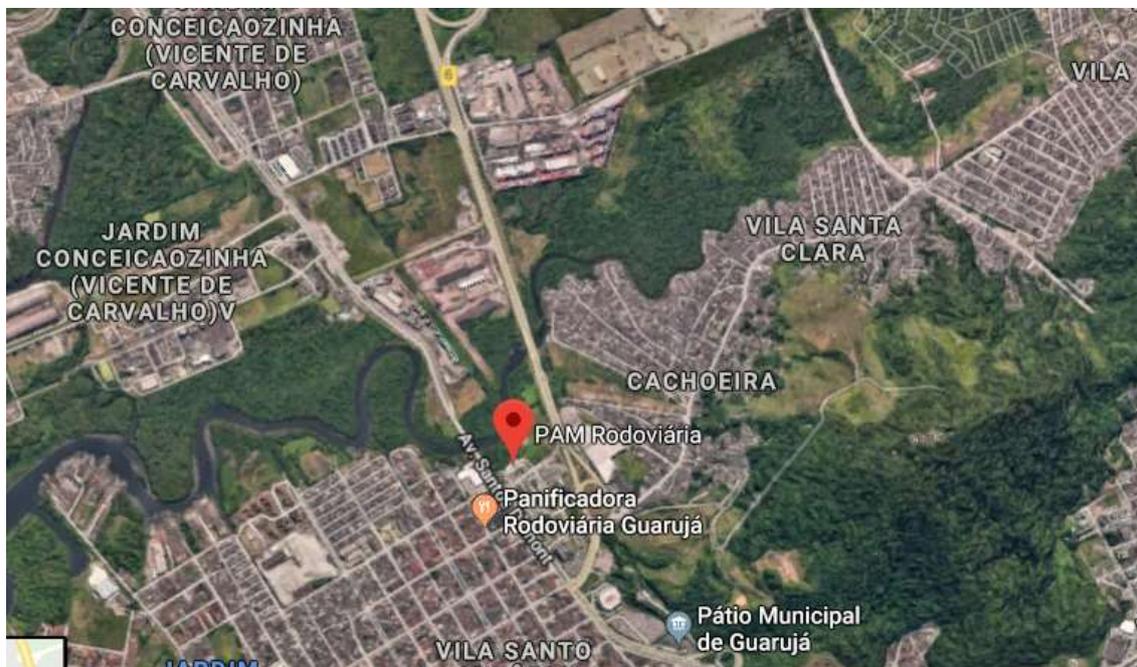


Figura 73 – Localização geográfica UPA Rodoviária

---

<sup>38</sup> Sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. <http://sisregiii.saude.gov.br/>

<sup>39</sup> Criado pela Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, tem como objetivos a equidade do acesso implementada através de ações dinâmicas, executadas de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, contribuindo para a integralidade da assistência, proporcionando o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão. <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>



Figura 74 – Localização geográfica UPA Rodoviária



Figura 75 – Recepção UPA Rodoviária

#### 4.26 UPA Enseada

A Unidade de Pronto Atendimento da Enseada, abrange a região da Praia da Enseada.

É responsável pelo atendimento de grande parte da população das “comunidades” ao seu redor, em visita, apurou-se que devido ao grande volume de atendimento no local, o usuário do sistema não é devidamente atendido pela recepção, a qual se baseia apenas na informação de possuir ou não o cartão SUS.

Não é realizado cadastramento de dados dos pacientes em nenhum sistema, apenas um pré cadastro para o encaminhamento aos consultórios médicos do local.

Em caso de internação de algum usuário, o E-Sus não é devidamente preenchido, mas tão somente o sistema do local da internação.

Ao sair da unidade, questionei a recepcionista sobre o E-Sus, a qual não soube responder o que era.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda fotografia da fachada e recepção.

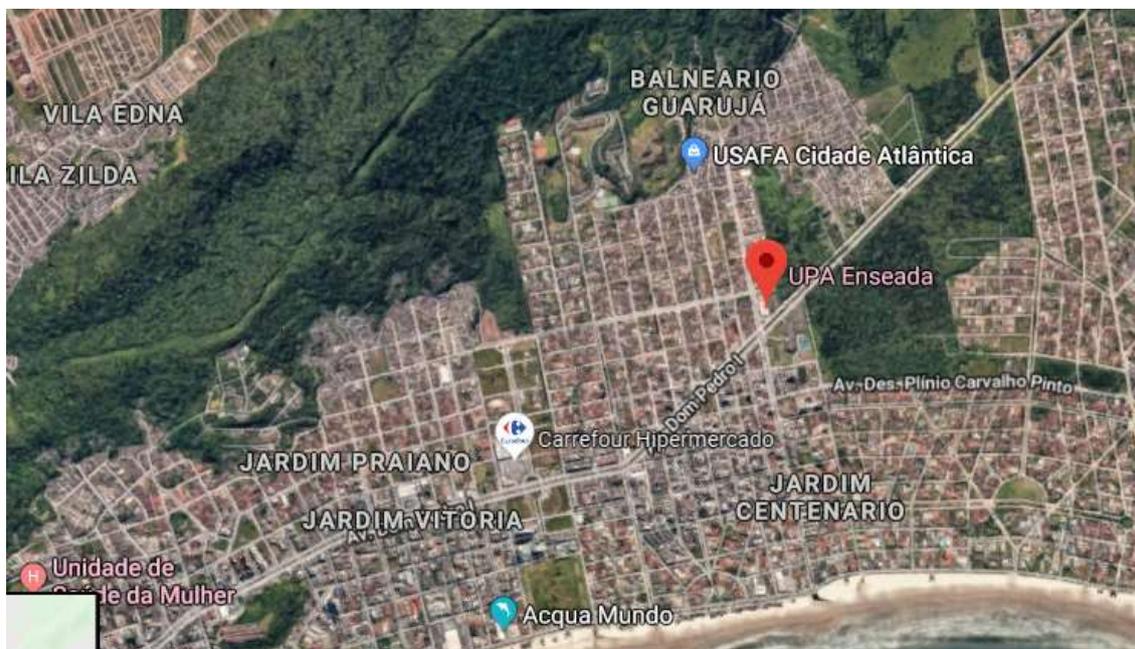


Figura 76 – Localização geográfica UPA Enseada



Figura 77 – Entrada UPA Enseada



Figura 78 – Recepção UPA Enseada

#### 4.27 UPA Perequê

A Unidade de Pronto Atendimento do Perequê, abrange a região Noroeste da ilha, responsável pelo atendimento das comunidades espalhadas da Praia de Pernambuco, Praia do Perequê e todas as demais vilas até a divisa com Bertioga.





Figura 80 – Entrada UPA Perequê



Figura 81 – Recepção UPA Perequê

#### 4.28 UPA Santa Cruz dos Navegantes

Localizada na região Noroeste da cidade, em zona afastada, próximo ao canal do Porto de Santos, a Unidade de Pronto Atendimento do bairro de Santa Cruz dos Navegantes, atende pelo menos cerca de 30 mil pessoas.

A vulnerabilidade social da região ajuda ao grande volume de pessoas que procuram a UPA, pois a medicina na região acaba sendo curativa, ao invés de preventiva, levando em consideração a região ser carente, inclusive de saneamento básico.

Em análise observacional, fora apurado o mesmo procedimento das unidades anteriores, morosidade no atendimento, não preenchimento de cadastro do E-Sus, bem como encaminhamento ao médico de plantão.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

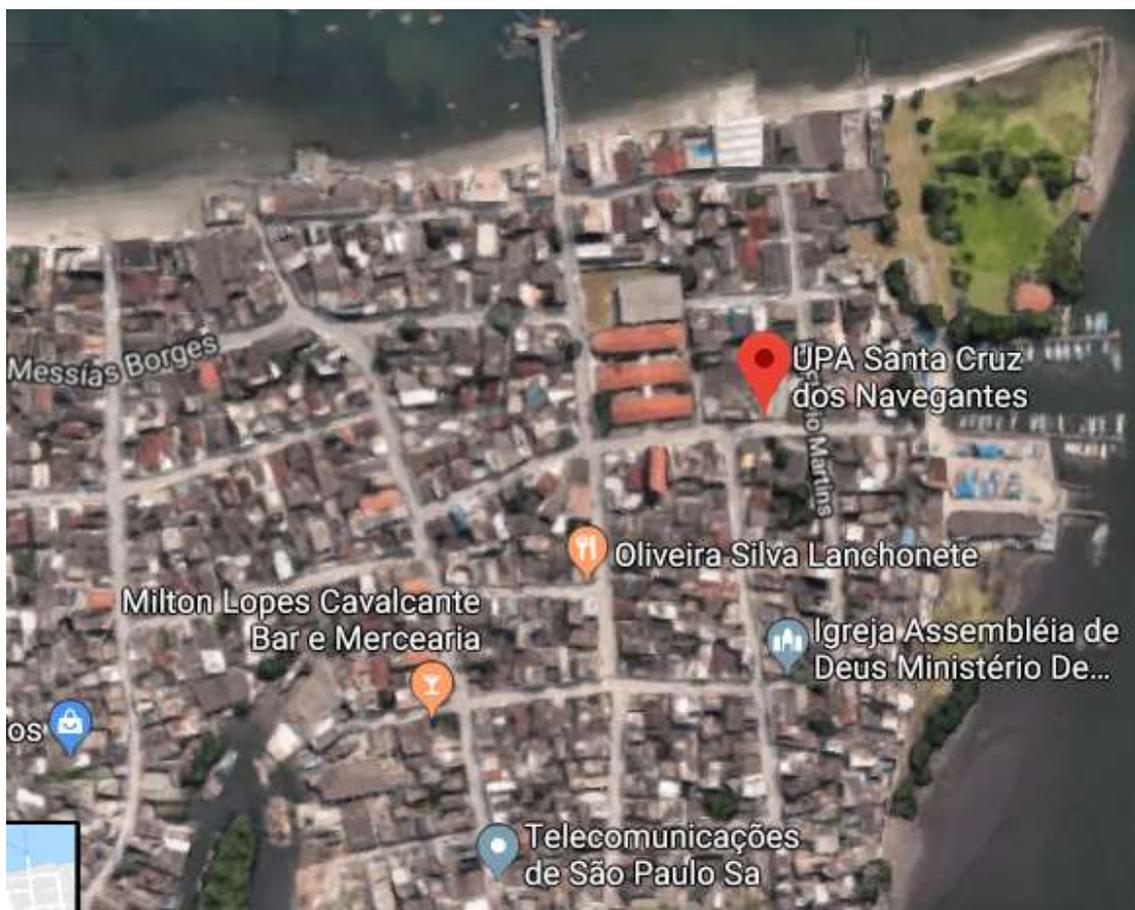


Figura 82 – Localização geográfica UPA Santa Cruz dos Navegantes



Figura 83 – Entrada UPA Santa Cruz dos Navegantes



Figura 84 – Recepção UPA Santa Cruz dos Navegantes

#### 4.29 Hospital Santo Amaro

Principal Hospital da cidade e um dos mais importantes da região, fluxo muito alto de pessoas, porém, no local de observação, apenas é realizado um cadastro inicial e após ocorre um encaminhamento interno do paciente, não havendo possibilidade de obter as informações necessárias por meio desta modalidade de pesquisa.

Não satisfeito com a pesquisa prejudicada, em questionamento a alguns funcionários, ninguém soube dizer sobre a utilização do E-Sus.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

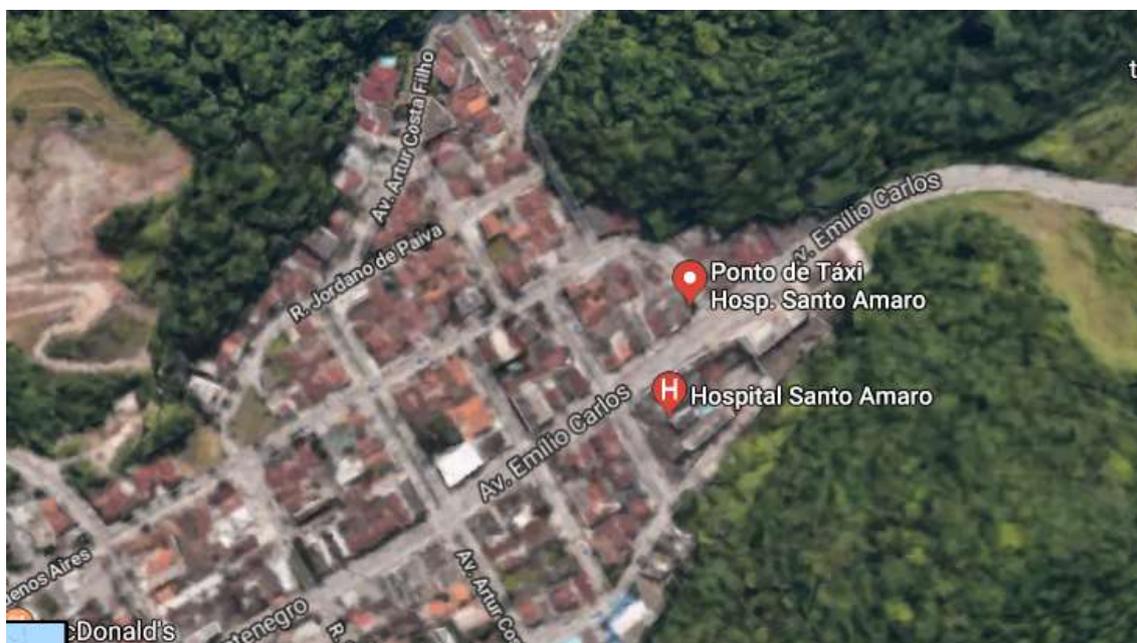


Figura 85 – Localização geográfica Hospital Santo Amaro



Figura 86 – Entrada Hospital Santo Amaro

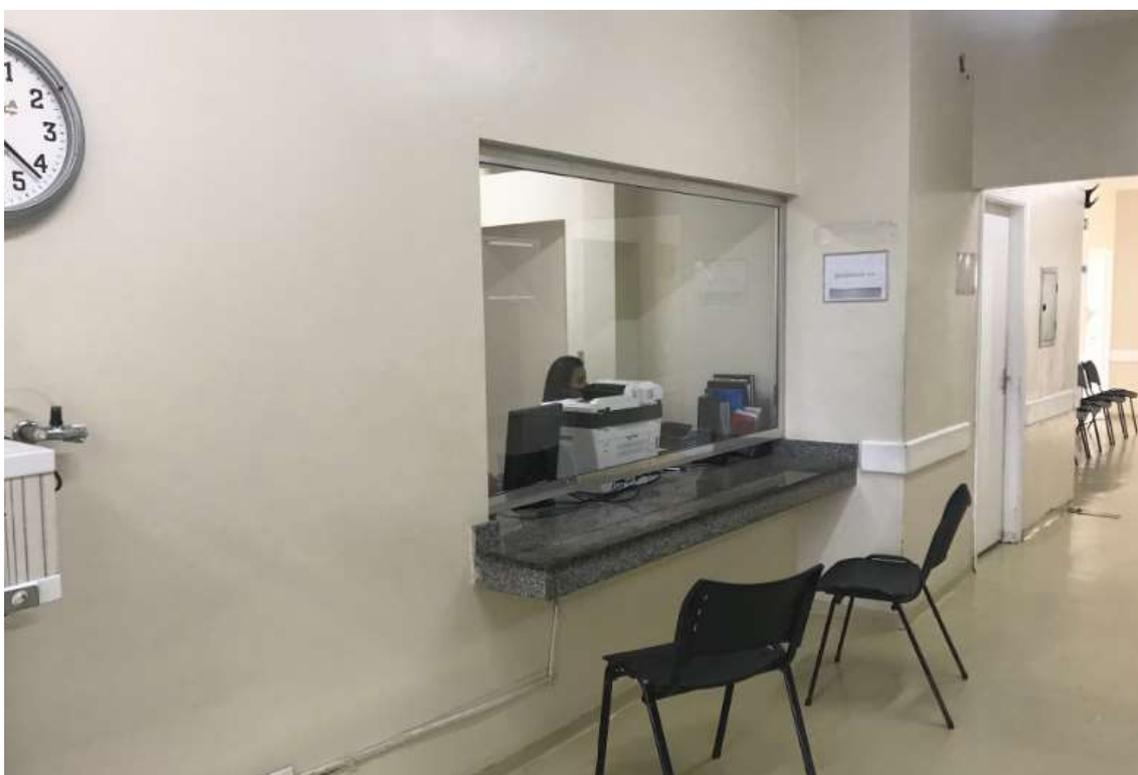


Figura 87 – Recepção Hospital Santo Amaro

### 4.30 Hospital Emilio Ribas II

Hospital voltado para atendimentos de doenças infectocontagiosas, no período de observação, não houve procura de atendimento convencional.

De outro lado, a chegada de pacientes por ambulância é comum, o que dificulta a compreensão da utilização do sistema E-Sus no preenchimento da base de dados do sistema.

Ao sair do local, este pesquisador indagou uma enfermeira sobre a utilização do E-Sus, a qual não soube sequer responder do que se tratava.

Para melhor compreensão da pesquisa, abaixo as imagens relacionadas da localização geográfica da unidade e ainda sua forma física.

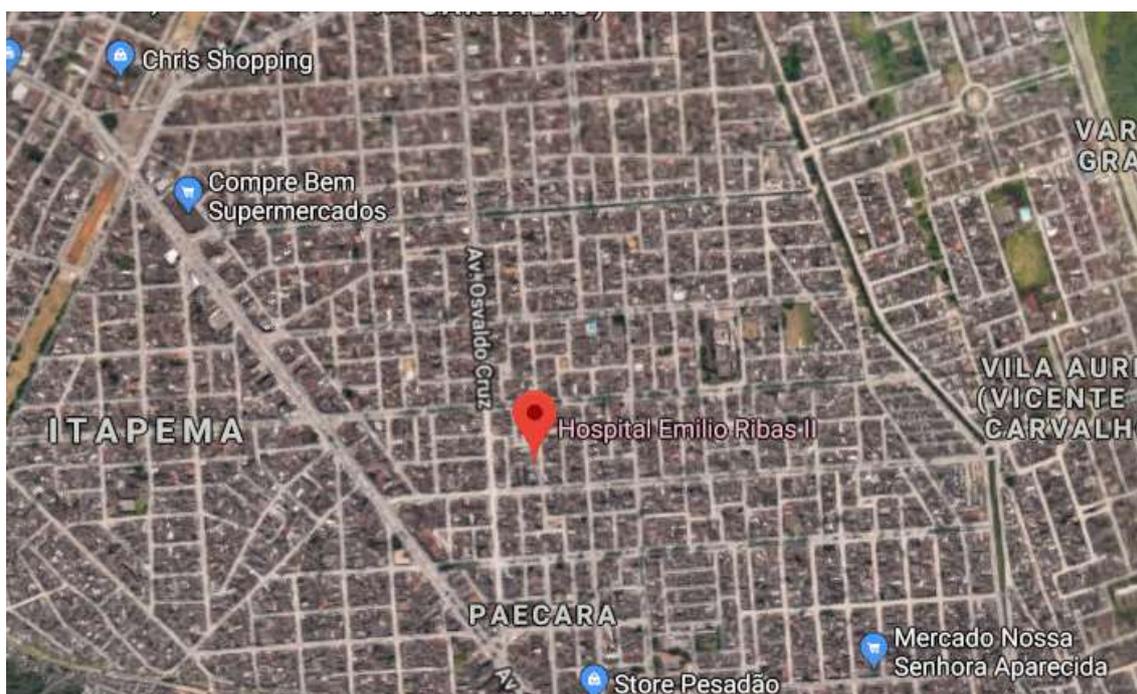


Figura 88 – Recepção Hospital Emílio Ribas



Figura 89 – Entrada Hospital Emílio Ribas



Figura 90 – Recepção Hospital Emílio Ribas

#### 4.31 Discussão dos resultados obtidos

Após análise observacional em todas as unidades de saúde do município de Guarujá-SP, é possível destacar alguns resultados, dentre eles:

- Não há placas explicando a diferenciação de UBS/USAFAS, conforme demonstrado nas figuras da presente pesquisa.
- Ausência de informação para a população sobre a diferenciação das unidades de saúde, gerando o acúmulo de atendimentos em unidades de emergência.
- Unidades de Saúde sem a devida informação correta, com a impressão de serem entidades privadas e não do poder público, em especial as unidades do Pernambuco e da Vila Baiana.
- As UPAs e os Hospitais, aparentemente, não utilizam o sistema de informatização do E-Sus;
- As USAFAs e UBSs realizam o preenchimento do sistema E-Sus de forma manual, após o procedimento médico, alimentando o sistema no tocante ao histórico do paciente;
- Nenhuma das unidades questiona o usuário de saúde acerca de ser usuário do sistema suplementar de saúde ou afins;
- Não é colocado em prática nenhum dos procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o e-SUS AB, que é o processo de informatizar de maneira qualificada o SUS o tornando definitivamente um SUS eletrônico (e-SUS) que tem como objetivo criar uma gestão mais moderna que de apoio aos municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da Atenção Básica e na qualificação do cuidado dos usuários.
- A falta de informação dos gestores e a má execução dos serviços públicos na implementação da política pública parecem ser os principais problemas para ausência de obtenção adequada de dados dos usuários do SUS mediante o E-Sus.

Com base nas informações obtidas, é possível concluir a presente pesquisa com uma perspectiva de melhora na implementação da política

pública, para que seja alcançado o ponto mais importante relacionado a este trabalho, qual seja, efetiva obtenção de dados dos usuários para posterior confrontação de dados do sistema da ANS e real informação acerca dos valores à serem ressarcidos ao Município de Guarujá – SP, oriundos do Fundo Nacional de Saúde com os repasses realizados pelas operadoras de saúde após todo o processo administrativo.

## 5. CONCLUSÃO

Pelo exposto, com toda a abordagem realizada no Sistema Único de Saúde, a Saúde Suplementar no Brasil e ainda a forma de efetivação do Direito da Saúde no Brasil, sob o olhar da investigação concluímos que mesmo com a pá de cal colocada pelo STF atualmente em relação a constitucionalidade do art. 32 da Lei 9.656/98, ainda existem diversos pontos a serem refletidos sobre o ressarcimento ao SUS.

Em relação a TUNEP, verificou-se que atende a critérios técnicos sendo formalizada e criada em conjunto com as Operadoras de Saúde, alcançando um valor justo sobre todo o tratamento relacionado ao procedimento, não somente a um procedimento pontual de medicação ou cirurgia como a tabela do SUS, por exemplo.

Conclui-se ainda que, atualmente o Brasil é detentor de um déficit bilionário em razão dos valores a serem pagos pelas Operadoras de Saúde e não detém a forma mais eficaz e célere de cobrança, a qual é devidamente legal, atendendo os princípios constitucionais.

Entende-se, que ao não serem localizados nenhuma informação ao longo da pesquisa, tanto no portal da transparência do site da Prefeitura Municipal de Guarujá-SP, quanto em pesquisa realizada na própria Secretária de Saúde do Município de Guarujá-SP, referente aos valores que o município têm o direito de ser ressarcido pelas operadoras de Saúde, via repasse ao Fundo Nacional de Saúde, ou ao menos, estão em fase de processo administrativo ou judicial, que existe omissão na conduta dos agentes públicos locados na Secretária de Saúde, bem como do chefe do Executivo, eis que as atividades ímprobas ocasionam prejuízo ao patrimônio público econômico do Município, não havendo de se falar em dolo nessa modalidade de ato ímprobo, eis que admitido a modalidade culposa, bem como inexistência de necessidade de obtenção de vantagem econômica pelos agentes públicos omissos, sendo suficiente o prejuízo econômico gerado ao município.

Por fim, com base na pesquisa apresentada e nos elementos informados no campo das discussões, conclui-se que há necessidade de

atenção dos gestores públicos para a questão do ressarcimento ao SUS, buscando a melhora na implementação da política pública determinada pelo Ministério da Saúde do Governo Federal, para que seja alcançado o ponto mais importante relacionado a este trabalho, qual seja, efetiva obtenção de dados dos usuários para posterior confrontação de dados do sistema da ANS e real informação acerca dos valores à serem ressarcidos ao Município de Guarujá – SP, oriundos do Fundo Nacional de Saúde com os repasses realizados pelas operadores de saúde após todo o processo administrativo.

O presente estudo não se satisfaz com a falta de solução para o problema, motivando uma pesquisa mais profunda em relação a cobrança e sua forma de controle em dissertação futura acerca da ausência de fiscalização pelo governo federal em relação a fase de implementação e execução de políticas públicas da área da saúde, evitando casos como o da presente pesquisa.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. 1998. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. IPEA- texto para discussão nº 599;

ALMEIDA, C. 2002. Equidade E REFORMA SETORIAL NA América Latina: um debate necessário. Caderno de Saúde Pública, vol. 18 suppl. P.23-36.Rio de Janeiro;

ANS, Resolução da Diretoria Colegiada nº 17, de 4 de abril de 2000.

ANS, Resolução da Diretoria Colegiada nº 3, de 24 de janeiro de 2000.

ANS, Resolução CONSU nº 22, de 21 de outubro de 1999,

ANS, Resolução - RDC nº 18, de 30 de março de 2000.

ANS, Resolução da Diretoria Colegiada nº 4, de 18 de fevereiro de 2000.

ANS, Resolução da Diretoria Colegiada nº 67, 8 de maio de 2001

ANS, Resolução da Diretoria Colegiada nº 81, de 15 de agosto de 2001.

ANS, Resolução Executiva nº 1, de 30 de março de 2000

ANS, Resolução Executiva nº 5, de 10 de outubro de 2001.

ANS, Resolução Executiva nº 6, de 17 de dezembro de 2001.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar; Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2002, pp 9- 18

BAHIA, L., 1999. Planos e Seguros: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 330p.

BERTI, Giorgio – 1984 - La struttura pubbliche per la tutela della salute, in: Problemi giuridici della biomedicina (Atti del XXXVIII Convegno Nazionale di Studio – Roma, 4/6 dicembre 1978), Milão.

BRASIL, 1995. Plano Diretor da Reforma do Estado, Presidência da República.

[www.planalto.gov.br/publicações](http://www.planalto.gov.br/publicações)

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2002. “Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas”, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2003. “Evolução e desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar”, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

BRASIL. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.

BRASIL. Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar; Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS – n.6 (nov.) 2018.

Rio de Janeiro : ANS, n. 6 (nov.), 2018- -

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual de Uso do Aplicativo e-SUS AB Território – Versão 2.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. ISBN  
Modo de acesso: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>

CARDOSO, F.H.: “Notas sobre a reforma do Estado”, in Revista Novos Estudos do CEPRAP, n.º 50, 1998 – pg.10

CARVALHO FILHO, José S. . O controle judicial das omissões públicas como garantia de fruição dos direitos sociais pelos cidadãos. Prismas: Direito, Políticas Públicas e Mundialização. Brasília, v. 6, p. 1-14, 2009.

CONSU, Nº 10, de 3 de novembro de 1998.

Consulta nos site [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) e [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

CORDEIRO, H. , 1991. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, pp.5-138.

COSTA, N. R. ; RIBEIRO, J. M. ; SILVA, L. B.;MELO, 2002. As agências de regulação independentes. (Regulação & Saúde – Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar, Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro).

CUNHA JÚNIOR, L.A..2003: “Relatório do Mandato de Diretor, 31/março/2000 a 31/Março/2003. Agência Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro DALLARI, S. G., 1985. Municipalização de Serviços de Saúde, São Paulo. Editora Brasiliense.

DUARTE, C.M.R., 2001.Unimed: history and characteristics of a Brazilian medical cooperative. Caderno de Saúde Pública. Jul./Aug., vol 17, nº 4, p. 999-10008.ISSN 0123 – 311X.

DATASUS.2004. Produto e Serviços. Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J 1990. “A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde”, revista Planejamento e Políticas Públicas, n.º 3

FIGUEIREDO, L, V. Curso de direito à saúde suplementar: manual jurídico de planos de saúde. São Paulo. Nova Fronteira, 1999.

JORGE, M.H.P. M & GOTLIEB, S. L. D.: As Condições de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, : Editora FIOCRUZ.

LAMY, MARCELO. OLIVEIRA, FLÁVIO ANTONIO DE. Legitimidade da Defensoria Pública para promover ação civil pública por improbidade administrativa decorrente da omissão de políticas de saúde, 2018. Revista Eletrônica do curso de Direito UFSM.

LE GRAND, J; & BARTLELL, W. 1993. Quasi- Markets and Social Policy. London: Macmillan Press.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. & NORONHA, J. C., 2001. "Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho". Revista Saúde Pública, vol. 35 n.º 2, São Paulo

MARQUES, Silvio Antonio . Improbidade administrativa - ação civil e cooperação jurídica internacional. 1. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010. v. 1.

MATHIAS, T. A de F & SOBOLL, M. L. de M. S., 1998. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. Revista Saúde Pública, vol. 32 n. 6, São Paulo.

MATTOS, P. T. L.: Agências de Regulação no Brasil: Regulação Econômica e Democracia, artigo submetido ao grupo de pesquisa no CEBRAP- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

MEDICI, A. C., 2002. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde, In: Economia da saúde- Conceito e contribuição para a gestão da saúde, (Piola, S.F. & Vianna, S.M., orgs.) pp.23-67, Brasília, IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

MEDICI, A. C., 2004. Evolução da estrutura do sistema de saúde, [www.mre.gov.br](http://www.mre.gov.br)

MENDES, S. B.2000. Pronunciamento realizado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, 1º de março de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1987. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília.

MOREIRA, D. A. Pesquisa em Administração: Origens, usos e variantes do método fenomenológico. Revista de Administração e Inovação, v. 1, n. 1, 2004

MONTES, Diego Bispo. 2017. Atos de improbidade administrativa Conteúdo Jurídico, Brasília-DF.

MONTONE, J. 2000. texto consolidado das Apresentações ao Conselho Nacional de Saúde, realizada em 7/07/2000, Brasília – DF- e no Congresso da ABRASCO, em 1 de setembro de 2000, Salvador – Bahia.

MONTONE, J. 2001. Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro- 3 anos da Lei 9656/98. ANS/MS. Rio de Janeiro.

MONTONE, J., 2002. “Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas”, Rio de Janeiro, 13 de agosto de 2002.

NEIVA, José Antônio Lisboa, Improbidade administrativa, comentada artigo por artigo, 5º ed. Ed. Impetus, Rio de Janeiro, 2013.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS – SUDS – SUS –Os caminhos do direito à saúde. In.: Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80 (R. Guimarães & R. Tavares, orgs.), Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ.

NORONHA, M. F. & PORTELA, M. C., mimeo sem data

NOVELINO, Marcelo. Manual de direito constitucional. 9. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2014. p. 1.030).

NUNES, E. 1999. A gramática Política do Brasil, 2º edição, JZE, Rio de Janeiro – RJ,

O GLOBO. 2003. De volta à mesa de negociação. Matéria publicada em 23/08/2003.

OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F., 1986. A (im)previdência social brasileira. Rio de Janeiro: ABRASCO/VOZES.

OLIVEIRA, Danilo de, 2016. Art. Violação das Obrigações Estatais na Área da Saúde: A diferença entre as obrigações mínimas e esperadas. Caderno de Relações Internacionais, vol. 7, nº 13.

OMS – Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946  
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

- PAIM, J. S., 2009. O que é o SUS. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, 6° Ed. 2016
- RIBEIRO, J. M., 2001. Regulação e contratualização no setor de saúde. In: Brasil – Radiografia da Saúde (Negri, B. & Di Giovanni, orgs.), pp. 409-443, Campinas, Instituto de Economia da Unicamp.
- SANTOS, RICARDO BECHARA – Direito de Seguro Cotidiano – Ed. Forense. 1999
- SANTOS, W. G., 1987. Cidadania e justiça. A política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro: Ed Campus, 2º edição.
- SCHWARTZ, Germano. Direito à Saúde:Efetivação de uma Perspectiva Sistêmica. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2001.
- TOBAR, F. & YALOUR, M. R., 2001. “Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa”. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- VERAS, C M. T & MARTINS, M. S., 1994. “A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil.” Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (3): 339-355, jul./sep., 1994.
- VIANA, A.L. et al: Estado e Regulação da Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro, ANS, 2002.
- ZAGARINO, Sérgio: Reflexões sobre o dever de ressarcimento dos serviços de atendimento prestados pelo SUS em favor dos beneficiários do sistema de saúde suplementar no Brasil. Santos, Congresso Internacional de Direito da Saúde, 2018.