



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ERIK ASLEY FERREIRA ABADE**

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR: UM  
ESTUDO DE CASO EM PERNAMBUCO**

Salvador  
2015

**ERIK ASLEY FERREIRA ABADE**

**A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR: UM  
ESTUDO DE CASO EM PERNAMBUCO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para a obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Prof. orientador: Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza.

Salvador  
2015

*A todos que lutam por um sistema único e igualitário de saúde.*

## AGRADECIMENTOS

A Eunice, e ao seu ventre que me gerou, ao seu suor que me sustentou, ao seu *“corajoso e enorme coração”* que tantas flores plantou em meus jardins. Ao seu peito, que de tão grande, fez-me livre. A todo seu amor, que *“por ser amor, invade e fim”*.

A Allana, que com suas cócegas acalenta a minha pele e meu espírito. A força e a doçura com que passaste a caminhar pela vida inspiram-me. Bonito é te ver crescer, porque *“se a vida é por um fio, valeu para quem já viu seu jeito de tocar o coração”*.

A Adilson, que com seus dias, ensina-me muitas lições sobre a vida e sobre esse tempo de *“guerreiros meninos, tão fortes, tão frágeis”*.

Aos meus avós, Vô Zé e Vó Zezinha, pelo incentivo de todos os dias. Pela *“estranha mania de ter fé na vida”*. E a todos os meus familiares pelo carinho.

A Matheus, que com o *“mar nos olhos”* enche-me de paz, pelos domingos enfeitados, por segurar em minha mão, pelos abraços e beijos demorados que me diziam a todo tempo *“para não me preocupar ter fé e ver coragem no amor”*. Obrigado pela paciência nesses dias de escrita, prometo *“gastar mais horas para te ver dormir”*.

A Gisella por toda *“gentileza em movimento”* com que me acolheu *“entre o chão e os ares”* desta cidade. A Moisés por ajudar a desanuviar a alma das inúteis poeiras. E aos dois pela forma especial com que constroem o cais, para gente que *“donde veio não tem mar”*.

A Sócrates, Fábio e Franklin, por *“não deixarem o samba morrer, por não deixarem o samba acabar”*. Serei eternamente grato, por todas as vezes que *“a gente parecia, protegido de todo mal”*, vocês deram cor e som aos meus dias, sem vocês, a minha Bahia não seria *“nem recôncavo, nem reconvexo”*.

A Michelle, Ana Clara, Poliana e Chandra, que entre tantas leituras e risos, mostraram *“um claro futuro de música, ternura e aventura pro equilibrista em cima do muro”*. Agora, sem muros.

Ao professor Luis Eugênio, por todos os ensinamentos. Sempre serei grato pela maneira generosa e paciente com que acolhestes as *“loucuras tão sóbrias, e as viagens tão óbvias de um iniciante”*.

Aos demais professores, aos funcionários e aos companheiros de mestrado do Instituto de Saúde Coletiva, a cada dia vocês mostravam-me que *“sonhos não envelhecem em meio a tantos gases lacrimogênicos”*.

Aos trabalhadores do SUS que compartilham comigo a lida na USF Yolanda Pires. Em especial, as enfermeiras Samantha, Dalila e Giovana, e ao gerente Alexandre. Sem o apoio de vocês não teria sido possível construir *“tijolo com tijolo num desenho mágico”* esse trabalho.

Aos amigos de Arapiraca, Jully, Izabela e Felipe que mesmo geograficamente longe, continuam apoiando e trazendo bons ventos para os meus dias, vocês sempre serão um *“bendito encontro”*.

Aos professores do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca, e aos amigos que encontrei por lá. Permanecem comigo as lições que aprendi com todos vocês, isso de *“Deixa chegar o sonho, prepara uma avenida”* tem sido muito gratificante.

Ao povo soteropolitano. Aos cabelos crespos, à negritude, à força e à sabedoria dessa gente. Aos mares, às ladeiras e aos sóis de Salvador. Aos seus gritos de liberdade e dor, que desde o primeiro dia questionavam: *“Eu sou neguinha?”*

Aos poetas e as poetizas, ao pôr-do-sol, a todo carinho de tanta gente que encontrei nessa trajetória, *“é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá”*.

E a Deus, que em cada amanhecer prova *“para todo mal há cura”*.

.

*“O que foi feito, amigo,  
De tudo que a gente sonhou  
O que foi feito da vida,  
O que foi feito do amor  
Quisera encontrar aquele verso menino  
Que escrevi há tantos anos atrás  
Falo assim sem saudade,  
Falo assim por saber  
Se muito vale o já feito,  
Mais vale o que será  
Mais vale o que será  
E o que foi feito é preciso  
Conhecer para melhor prosseguir  
Falo assim sem tristeza,  
Falo por acreditar  
Que é cobrando o que fomos  
Que nós iremos crescer  
Nós iremos crescer,  
Outros outubros virão  
Outras manhãs, plenas de sol e de luz”*

O que foi feito deverá – Milton Nascimento.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direita de Inconstitucionalidade
AI	Agravo de Instrumento
AMS	Assistência Médica suplementar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF-88	Constituição Federal de 1988
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Assistência Médica da Previdência Social
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações não governamentais
RN	Resoluções Normativas
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único Saúde
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO I

- Tabela 01.** Características gerais das ações judiciais relativas à assistência médica suplementar e julgadas no TJPE nos anos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 29
- Tabela 02.** Indicador de litigância de acordo com a modalidade das operadoras citadas nas ações judiciais relativas à assistência médica suplementar e julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 30
- Tabela 03.** Empresas citadas nas ações judiciais relativas à assistência médica suplementar e julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 31
- Tabela 04.** Tema das ações judiciais relativas à assistência médica suplementar e julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 35

### ARTIGO II

- Tabela 01.** Legislação citada nos julgamentos relativos à assistência médica suplementar no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 49
- Tabela 02.** Utilização do marco regulatório nas sentenças relativas à assistência médica suplementar julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 56
- Tabela 03.** Uso das normas da ANS segundo o tema das ações relativas à assistência médica suplementar julgadas no TJPE nos anos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015..... 63



## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

### ARTIGO II

<b>Quadro 01.</b>	Súmulas citadas nas ações julgadas relativas à assistência médica suplementar e no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.....	55
<b>Quadro 02.</b>	Normas da ANS citadas nas ações relativas à assistência médica suplementar julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.....	60
<b>Quadro 03.</b>	Normas anteriores à criação da ANS citadas nas ações relativas à assistência médica suplementar julgadas no TJPE nos anos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.....	66

## SUMÁRIO

Apresentação .....	11
1. Introdução .....	13
2. Objetivos .....	22
2.1 Objetivo Geral .....	22
2.2 Objetivos Específicos .....	22
3. Artigo I .....	23
4. Artigo II .....	45
5. Considerações Finais .....	72
Referências .....	74
Anexos .....	77

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho propõe estudar a judicialização da assistência médica suplementar na região Nordeste. A escolha da temática baseia-se na necessidade de aprofundar a compreensão sobre a complexa articulação entre o público-privado no sistema de saúde brasileiro, que em seu processo recente de transformação apresenta dois fenômenos importantes: o crescimento do segmento da assistência médica suplementar e aumento da judicialização neste subsistema.

A pesquisa acerca das ações judiciais tem se mostrado um importante campo de investigação na área da saúde coletiva, pois a análise de seus aspectos políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários, pode trazer elementos para o aprimoramento das políticas de saúde em curso, ou especificamente no caso da assistência médica suplementar, para a melhoria da regulação de um segmento que tem grande impacto na conformação do sistema de saúde brasileiro.

Os principais estudos sobre a judicialização da saúde tratam predominantemente da garantia do acesso a medicamentos e outros insumos pelo Sistema Único de Saúde. Ainda são poucos os trabalhos que se debruçam sobre o mercado de planos e seguros privados de saúde. Entre as principais contribuições desses trabalhos, está a análise das negações de coberturas por planos e seguros privados de saúde na região Sudeste do país, notadamente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Esta pesquisa busca analisar as ações judiciais relativas à assistência médica suplementar em Pernambuco, contribuindo não só para preencher a lacuna que permanece sobre a judicialização fora do eixo Rio-São Paulo, mas também, para avançar na discussão de questões centrais para o campo da saúde coletiva como a segmentação do sistema, a regulação do mercado, a incorporação tecnológica e as relações entre atores políticos como os tribunais e os operadores do Direito, as empresas de planos e seguros, os profissionais de saúde e a sociedade civil.

Esta dissertação se apresenta sob a forma de dois artigos. No primeiro artigo, o recorte recai sobre as características gerais das ações judiciais estudadas, cumprindo a função de descrever a realidade da judicialização do segmento suplementar em um estado do Nordeste. O segundo artigo representa um esforço de apreender e compreender a fundamentação

jurídica e argumentativa das decisões judiciais, buscando identificar o uso do marco regulatório da saúde suplementar pelos tribunais.

É importante destacar, que a discussão aqui empreendida assume que a prática teórica costurada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira que remete, em última instância, à estrutura social para compreender o sistema de saúde, é atual e válida, com poder explicativo para tratar das questões aqui levantadas que perpassam diretamente pela relação entre o mercado e o Estado na condução da política de saúde.

Nesse sentido, utilizam-se os termos “articulação público-privada”, “assistência médica suplementar”, “planos e seguros privados de saúde” e “clientes”, pois, entende-se que estas são as palavras mais ajustadas para reduzir as nebulosidades e revelar os nós críticos de um sistema de saúde que tem em sua base material um forte imbricamento entre o público e o privado.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem aumentado significativamente o número de demandas judiciais envolvendo clientes e operadoras de planos e seguros privados de saúde. A este fenômeno, convencionou-se dar o nome de judicialização da assistência médica suplementar, referindo-se à busca por acesso a insumos e serviços de saúde por intermédio da Justiça em face, não do Estado, mas das empresas que comercializam planos e seguros privados de saúde.

A judicialização da assistência médica suplementar é uma das facetas da judicialização da saúde que, por sua vez, se insere no âmbito da judicialização da política. Santos *et alli* (1996) definem a judicialização como fenômeno sócio-histórico, caracterizado pela ampliação da interferência dos tribunais no âmbito das relações sociais e políticas, dotando o Poder Judiciário de um maior protagonismo. Verifica-se, assim, um alargamento da órbita de atuação do Poder Judiciário sobre espaços que deveriam ser ocupados pelas políticas sociais.

O estudo da judicialização da saúde tem abordado prioritariamente as ações que buscam do Sistema Único de Saúde (SUS) o fornecimento de medicamentos, insumos e procedimentos. É crescente, no entanto, o interesse em estudar o fenômeno das ações judiciais movidas contra as operadoras de planos e seguros privados de saúde, que compõem uma parcela importante do sistema de saúde brasileiro: a assistência médica suplementar (SCHEFFER, 2013).

O sistema de saúde brasileiro é formado por três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado, o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados, e, por último, o subsetor da assistência médica suplementar composto por diversas modalidades de planos e seguros privados de saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Trata-se, de um sistema de saúde visivelmente contraditório, uma vez que o sistema público, que se propõe a garantir o acesso universal e integral como direito de cidadania, convive com um forte setor privado, sustentado pela compra estatal de serviços, e um amplo segmento de assistência médica suplementar subsidiado pelo Estado (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; SESTELO; BAHIA, 2014; BAHIA, 2005).

A assistência médica suplementar é formada pelas empresas de autogestão, as de medicina de grupo, as seguradoras especializadas em saúde, as cooperativas médicas, as

administradoras de benefícios e as instituições filantrópicas. No ano de 2014, esse segmento atingiu a marca de mais 50 milhões de clientes, com uma taxa de crescimento de 2% no último ano, variando de 5,6% a 2,0% na última década. As receitas de contraprestações somaram, em 2013, 108.271.212.002 milhões de reais, para as mais de 886 operadoras médico-hospitalares que atuam no comércio de planos e seguros privados de saúde (ANS, 2014).

A presença de planos e seguros privados de saúde na prestação e organização dos serviços de saúde não é exclusividade do Brasil, em quase todos os sistemas de proteção social há convivência entre o público e o privado. Nos EUA, o mercado de planos e seguros privados cobre os indivíduos que são inelegíveis ao seguro público, na Alemanha oferece cobertura para os indivíduos que optam por retirar-se do programa de seguro público universal, no Reino Unido, caso semelhante ao brasileiro, há uma cobertura suplementar de serviços coexistindo ao sistema público universal (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Todavia, destaca-se no caso brasileiro a segmentação do sistema de saúde, embora a universalização esteja formalmente amparada pela legislação (BAHIA, 2005).

Configuração esta que não é fruto do acaso ou algo naturalizado não passível de questionamento. Pelo contrário, compreende-se que o extenso mercado de compra e venda de planos e seguros privados de saúde é fruto de um processo histórico, decorrente da relação estrutural entre o Estado e o mercado, que vem se modificando ao longo do tempo, na relação dinâmica entre a lógica de acumulação capitalista e as relações políticas entre classes e grupos heterogêneos que disputam a hegemonia na sociedade brasileira (OCKÉ-REIS, 2015, SESTELO, SOUZA, BAHIA, 2013, ACIOLE, 2003).

O Estado tem sido o grande fomentador da expansão do setor privado, as políticas estatais praticamente configuraram um capitalismo sem risco, criando um modo de produzir e consumir os serviços de assistência médica no Brasil, com forte base mercantil (ACIOLE, 2003). As origens mais remotas desta postura privatizante datam da década 30, mas é, sobretudo, a partir dos anos 60, que as mudanças operadas no contexto da medicina previdenciária vão promover um largo crescimento da saúde privada (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006; MENICUCCI, 2007).

A ampliação da assistência previdenciária, iniciada com a criação das caixas de aposentadorias e pensões em 1923, passando pelo crescimento da cobertura com os vários

Institutos de Aposentadorias e Pensões a partir da década de 30, não se traduziu em ampliação correspondente da assistência à saúde. Somente com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), quando se concretiza a unificação previdenciária, é que fica explicitada a disposição pública de tornar a assistência à saúde uma política governamental, dentro uma racionalidade claramente privatizante (MENICUCCI, 2007).

A expansão do mercado de serviços privados se deu por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços privados pelo Estado<sup>1</sup> para prestar assistência aos segurados do INPS e a transferência da função provedora para a iniciativa privada. A respeito desta segunda estratégia, os chamados convênios-empresa são a concretização inicial desse movimento, como forma de transferir do Estado para o mercado a responsabilidade pela provisão de serviços, criando as condições necessárias para o empresariamento médico (ALMEIDA, 1998).

Os convênios-empresa representam a gênese do atual mercado de planos e seguros privados de saúde. Tiveram início com a instalação das indústrias automobilísticas no período do governo Kubistchec (1956-1960), e a introdução de mecanismos de financiamento desvinculados da previdência social, em que empresários e trabalhadores custeavam a assistência médica sob a intermediação das empresas de medicina de grupo ou dos serviços próprios de saúde das firmas empregadoras (CORDEIRO, 1984).

O modelo estatal-privatista adotado após a criação do INPS, a partir de 1967 passou a adotar convênios entre empregadores e empresas médicas mediados pelo INPS. Os convênios eram articulados entre os empregadores e o mercado de planos de saúde, mas previa a restituição pelo INPS à empresa, de um valor fixo mensal, por empregado, correspondente a 5% do maior salário mínimo vigente e a empresa obrigava-se a dar atendimento integral aos funcionários (ANDREAZZI, 1995).

---

<sup>1</sup> O fato de a Previdência Social assumir a assistência médica como uma de suas atribuições não implicou necessariamente na instalação de uma infraestrutura própria para a produção de serviços de saúde. Com a unificação dos institutos, a existência de grande demanda reprimida, particularmente dos segurados originados de institutos menos pródigos, gerou uma pressão muito grande sobre as unidades de saúde incorporadas pelo INPS, sem condições de ser atendida de imediato na rede própria previdenciária. Sem a existência de uma política de ampliação dos serviços próprios, era impossível o atendimento imediato da demanda por meio da produção direta, dada a precariedade da rede pública. A política previdenciária de assistência à saúde passou a dar prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento da ampliação dos serviços próprios. Ao não se optar pela expansão da rede própria, a política governamental irá favorecer a expansão da rede privada, e oportunizará a evolução da assistência médica privada, hoje, articulada à assistência médica complementar (MENICUCCI, 2007).

A expansão de tais convênios intensificou-se com a ampliação dos subsídios tanto pelo lado da demanda quanto da oferta. Pelo lado da demanda, através da renúncia de arrecadação fiscal, uma vez que as normas reformuladas para o custeio e homologação dos convênios-empresa entre 1974 e 1975 permitiam a dedução de todos os gastos das empresas com esta finalidade do imposto de renda, e pelo lado da oferta, através do financiamento a juros negativos para construção de hospitais privados e para compra de equipamentos via o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social que acabou beneficiando também as empresas médicas (BAHIA, 1990; WERNECK VIANNA, 1998).

Estimulados pela demanda do setor produtivo e legitimados pelo Estado, os grupos médicos foram apresentando uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo quanto as cooperativas médicas. Simultaneamente, foram institucionalizadas e definidas as bases do sistema de seguros privados, delimitando as possibilidades de atuação empresarial dos grupos médicos, das cooperativas e, mais tarde<sup>2</sup>, das seguradoras e da modalidade de autogestão, com a legislação que cria os sistemas fechados e abertos de previdência complementar no final dos anos 70 (ALMEIDA, 1998, BAHIA, 1999).

Nesse sentido, a interferência estatal foi indispensável ao fortalecimento do setor privado, uma vez que, dificilmente, a expansão e a manutenção da rede privada seriam viáveis de forma independente do Estado, tendo em vista os baixos níveis salariais da população e o aumento dos custos da assistência médica, fatores que inviabilizariam a compra direta de serviços médicos pela maioria da população brasileira (MENICUCCI, 2007).

Por outro lado, é importante destacar que mesmo estimulando, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora, o Estado abdicou das funções mediadora e reguladora, principalmente pela omissão. Permitiu que as relações entre o público e o privado vigerassem sem uma robusta intervenção, perdendo a capacidade de regulá-las<sup>3</sup>. Essa ausência de regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo ainda repercute na atual política regulatória que incide sobre a assistência médica suplementar (ALMEIDA, 1998).

---

<sup>2</sup> Quando a SUSEP institui o seguro grupal de assistência médico-hospitalar.

<sup>3</sup> A regulação dos planos e seguros privados de saúde só ocorrerá em 1998.



Os efeitos perversos da lógica privatizante adotada logo começaram a ser sentidos, o que culminou na deterioração dos serviços previdenciários e na instauração da crise do setor saúde. Com o esgotamento da capacidade de financiamento da assistência, e consequente queda da qualidade dos serviços, instaurou-se uma insatisfação generalizada de clientes, segurados, usuários e prestadores (MENICUCCI, 2007). A chamada crise da saúde previdenciária passou a reclamar por uma solução nos mais diversos setores da sociedade, contexto que aliado às pressões políticas decorrentes do processo de redemocratização, criaria o ambiente propício ao desenvolvimento de propostas de reforma do sistema de saúde, as quais conduziriam à universalização do setor (FARIAS; MALAMED, 2003).

No enfrentamento da crise, o movimento da Reforma Sanitária foi o ator que conseguiu articular uma proposta coerente para se colocar como alternativa frente à calamitosa situação. A Constituição incorporou a concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência e reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, um sistema universal, público, participativo, descentralizado e integrado (PAIM, 2013).

Contudo, a mudança na orientação privatizante com a conquista da universalização do direito à saúde, na Constituição, não foi suficiente para conter a expansão do mercado de planos e seguros privados de saúde. No início dos anos 90<sup>4</sup>, momento de implantação do SUS, o mercado de planos e seguros privados de saúde já apresentava sinais de consolidação, como: o aumento da clientela de planos individuais, a expansão de cobertura para funcionários públicos e a entrada de grandes seguradoras no ramo da saúde (BAHIA, 2005).

A conjuntura dos anos 90 em nada contribuiu para reverter a situação. O ajuste da economia do país às novas injunções do capitalismo mundial fez com que setores vitais,

---

<sup>4</sup> Ainda no final dos anos 80 a escassez dos recursos estatais no quadro de recessão econômica, faz com que o setor privado encontre dificuldades para dar continuidade ao seu processo de acumulação, uma vez que diminuía a capacidade de absorção de sua produção por parte do Estado, seu principal comprador. As empresas médicas, seguindo uma estratégia de autonomização, passaram a estabelecer relações diretas de venda de seus serviços às empresas dos setores mais dinâmicos da economia e a consumidores individuais que quisessem e pudessem contratar seus serviços. As empresas médicas passaram então a absorver um grande número de profissionais de saúde, clínicas e hospitais do setor privado, alterando-se o quadro a que esses prestadores encontravam-se submetidos, deixando o Estado de ser o comprador quase exclusivo de tais serviços (FARIAS; MALAMED, 2003).

como a saúde e a educação, assistissem a adoção de políticas segmentadas, focais e compensatórias, que restringiram o escopo de ação do Estado a um mínimo, enquanto se alargavam as bases de atuação do mercado. Realidade essa que se contrapunha à consolidação de um modelo amplo, eficiente e universal de assistência à saúde, ancorado no Estado e comprometido com a mudança das condições médico-sanitárias da população brasileira (ACIOLE, 2006).

Durante sua implantação, o SUS não foi dotado de capacidade para conter o avanço da assistência médica suplementar. O mercado de planos e seguros privados de saúde continuou recebendo apoio do Estado especialmente pela dedução do imposto de renda, tanto no abatimento no Imposto de Renda sobre Pessoa Física dos gastos com planos e seguros privados de saúde, como permitindo que as despesas operacionais das firmas empregadoras com assistência médica sejam reduzidas do montante do lucro líquido, diminuindo o total sob o qual incide o Imposto de Renda sobre Pessoa Jurídica (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

Além disso, a frouxa regulação, iniciada somente em 1998, ainda não foi capaz de garantir a comercialização de planos individuais de saúde sem cláusulas restritivas no tocante à cobertura integral. Em que pese à obrigatoriedade da oferta do plano-referência, boa parte da atenção às doenças preexistentes, dos serviços de alto custo e das cirurgias de alta complexidade continua sendo prestada pelo setor público. Por isso, o não ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos clientes de planos de saúde — desde que previstos nos contratos — revela-se como mais um incentivo governamental destinado às operadoras (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

O histórico de ressarcimento ao SUS mostra que, desde 1998, dos R\$ 1,6 bilhão cobrado das operadoras pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apenas 37% (cerca de 621 milhões) foram pagos. Enquanto isso, 19% (mais de R\$ 331 milhões) foram parcelados e 44% (mais de R\$ 742 milhões) não foram nem pagos nem cobrados. Isto é, um percentual de 63% das dívidas ainda não foi quitado pelas operadoras. Como é possível observar, os valores não são baixos. Em 2014, por exemplo, a ANS arrecadou R\$ 335,74 milhões, o que corresponde, a quase todo orçamento de vigilância sanitária no mesmo ano (R\$ 370.91 milhões) (BRASIL, 2015; IDEC, 2015; ANS, 2015)

O que se verifica é a sustentação, com recursos públicos, dos planos e seguros privados de saúde, num contexto onde a flutuação no volume de recursos destinados ao setor público e seu subfinanciamento, presentes desde a institucionalização da universalização na assistência<sup>5</sup>, permanecem sendo a regra (ALMEIDA, 1998). Em resumo: o SUS não contou com financiamento estável, enquanto os planos de saúde contaram com pesados incentivos governamentais, favorecendo, a um só tempo, o crescimento do mercado e a estratificação da clientela (OCKÉ-REIS, 2015).

Uma consequência importante dessa situação foi a limitação do SUS em atingir, regularmente, o polo dinâmico da economia, cujos trabalhadores (setor privado e setor público) teriam, em tese, maior capacidade de vocalização para lutar pela implantação da seguridade – a exemplo da formação do Estado de bem-estar social europeu no século XX. O sistema brasileiro passou a funcionar claramente de forma duplicada e paralela, num processo de “americanização perversa”<sup>6</sup> da seguridade social (OCKÉ-REIS, 2015).

Se durante o regime militar, eram os “anéis burocráticos”<sup>7</sup> que garantiam o crescimento do setor privado, após a redemocratização, a forte influência do mercado de planos e seguros privados permaneceu interferindo na definição de políticas e de leis no setor saúde. Ao longo do período democrático pós-regime militar, os grupos empresariais privados passaram a investir sistematicamente nos espaços de representação política para viabilizar suas demandas particulares. Ao mesmo tempo, permaneceram atentos a iniciativas de caráter normativo emanadas do Poder Executivo. Não por acaso, cavaram o *front* da disputa pela nomeação de seus representantes diretos em cargos da saúde considerados estratégicos à preservação e à ampliação de seus negócios (BAHIA; SCHEFFER, 2011).

---

<sup>5</sup> O dispositivo constitucional protecionista (Constituição Federal, Disposições Transitórias, Art. 55), que vincula 30% do Orçamento da Seguridade Social (exceto a parte destinada ao seguro-emprego) ao setor saúde e não ao SUS *transitou para o passado*. Tal preceito teve vigência por um ou dois anos, quando muito, pois estava condicionado à promulgação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

<sup>6</sup> Termo cunhado por Werneck Vianna (1998) para caracterizar a orientação dada a seguridade social brasileira, que não avançou no sentido de fortalecer a lógica social, ao contrário caminhou na direção do fortalecimento da lógica do contrato. O sistema público foi se “especializando” cada vez mais no (mau) atendimento dos muito pobres”, ao mesmo tempo em que “o mercado de serviços médicos, assim como o de previdência, conquista adeptos entre a classe média e o operariado”.

<sup>7</sup> Expressão usada para designar durante o regime militar, as relações entre os grupos econômicos e os ocupantes de cargos governamentais, que uniram os setores industriais exportadores, contratadores de obras e extrativo exportadores. O grande capital multinacional e o capital financeiro se articularam aos funcionários do Estado (civis e militares) para garantir seus interesses e sustentar a nova etapa da acumulação e do crescimento econômico.

Dados parciais das eleições de 2014 mostram que R\$ 8.382.850,00 foram doados a 30 candidatos, sendo uma candidata a presidente, um candidato a senador, 15 candidatos a deputado federal e 13 candidatos a deputado estadual. Ao todo, 19 operadoras de planos de saúde fizeram doações a campanhas (BAHIA; SCHEFFER, 2014). Os resultados consolidados devem ser ainda maiores, já que, em 2010 o setor foi responsável pela doação de R\$ 12 milhões para 157 candidatos de 19 partidos, enquanto, em 2006, as empresas tinham repassado R\$ 8,6 milhões; um acréscimo de 37,2%. Em relação às eleições de 2002, quando essas empresas destinaram R\$ 1,3 milhão, o aumento foi de 746,5% (BAHIA; SCHEFFER, 2011).

A peculiar inserção do mercado de planos e seguros privados de saúde no sistema de saúde brasileiro garante uma assistência médica supletiva com cobertura suplementar e duplicada, que compete com o SUS. O mercado contamina o SUS e ameaça sua base de sustentação política, muitas vezes capturada, seja por estratégia de sobrevivência, seja por pragmatismo, ou ainda, por adesão pura e simples ao projeto liberal (PAIM, 2005; SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

São diversos os efeitos nocivos dessa relação concorrencial: vão desde a deficiente regulação, até a redução do financiamento público com a renúncia fiscal e o boicote ao ressarcimento, passando pela dupla militância dos profissionais de saúde e pela pressão do complexo médico-industrial para a ampliação do consumo de produtos e procedimentos médico-hospitalares. Como resultado final, há sérios impasses para a igualdade no acesso, pois o segmento suplementar disponibiliza uma oferta de serviços hospitalares e, principalmente, de equipamentos de alta custo muito superior à do SUS (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Contudo, mesmo diante de um cenário onde os níveis de utilização e de oferta dos serviços de saúde, especialmente, internações e atendimentos, são muito maiores para população detentora de planos e seguros privados de saúde do que para população em geral (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008), os clientes da assistência médica suplementar convivem com uma grande heterogeneidade nos padrões de qualidade, além, da fragmentação e descontinuidade da atenção, que comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo e são grandes produtores de ações judiciais.

Boa parte dos litígios entre clientes e operadoras deve-se ao próprio modo de operar do mercado de planos e seguros privados de saúde, uma vez que segue uma radicalização da ‘seleção de risco’ - especialmente em relação às doenças pré-existentes, aos doentes crônicos e aos idosos - dada sua tendência inexorável de exclusão para garantir a reprodução do capital, num contexto de custos e preços crescentes (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Nem mesmo a regulação da assistência médica suplementar, no final da década de 90, conseguiu resolver as principais tensões e reduzir a ocorrência de litígios. Ainda que a Lei nº 9656 de 1998, que regulamenta os planos e seguros privados de saúde, e a Lei nº 9961 de 2000 que cria a ANS, tenham representado importantes avanços democráticos, questões centrais como a regulamentação dos planos coletivos e antigos e um efetivo ressarcimento ao SUS permanecem em aberto (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000).

Nesse sentido, a análise das ações judiciais relativas à assistência médica suplementar pode contribuir para a compreensão do funcionamento do sistema de saúde brasileiro, uma vez que não só identifica o comportamento do Judiciário e sua conformidade com a legislação, mas também desvela os perfis das demandas e dos problemas de saúde, as falhas da regulação e as disfunções do complexo sistema de saúde vigente no Brasil (SCHEFFER, 2013, PEPE, *et al.*, 2011).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações judiciais relativas à assistência médica suplementar julgadas no Tribunal de Justiça de Pernambuco nos anos de 2012 e 2013.

### 2.2 Objetivos Específicos

Descrever as principais características das ações judiciais relativas à assistência médica suplementar julgadas no Tribunal de Justiça de Pernambuco nos anos de 2012 e 2013.

Analisar a fundamentação das sentenças judiciais relativas à assistência médica suplementar proferidas no Tribunal de Justiça de Pernambuco nos anos de 2012 e 2013.

3. ARTIGO I - Características gerais das sentenças judiciais relativas à assistência médica suplementar proferidas no Tribunal de Justiça de Pernambuco em 2012 e 2013.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as características gerais das sentenças judiciais relativas à assistência médica suplementar julgadas no Tribunal de Justiça de Pernambuco nos anos de 2012 e 2013.

**Estratégia metodológica:** Pesquisa descritiva, que analisa as ações judiciais relativas à assistência médica suplementar julgadas no Tribunal de Justiça de Pernambuco nos anos de 2012 e 2013. A busca foi realizada no *site* do tribunal, com os descritores: plano de saúde, seguro-saúde e saúde suplementar. Os critérios de exclusão foram: ações repetidas e que tratavam bens ou serviços odontológicos. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado e a análise foi realizada através do cálculo de frequências absolutas e relativas e da análise da fundamentação das ações. Como se trata de informações de acesso público, não foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

**Resultados:** Das 326 ações judiciais estudadas, a maior parte das ações é de autoria individual (95,71%), as operadoras que mais aparecerem são as medicina de grupo (55,52%) e as empresas de autogestão (26,69%). Os planos privados de saúde coletivos estão presentes em 41,72% das ações e os planos antigos em 15,95%. O principal tema é a negação de cobertura (55,8%), entre os e bens e serviços mais citados estão: os medicamentos, as próteses e outros materiais, as cirurgias e os serviços de *homecare*. Seguida pela negação de cobertura, está o reajuste devido à faixa etária, a rescisão unilateral de contrato coletivo, os benefícios legais em caso de demissão e o prazo de carência. Em 91.1% das ações a decisão foi favorável aos clientes.

**Considerações finais:** O perfil das ações encontrado neste estudo demonstra que o aprimoramento da regulação Estatal, o avanço no controle social sobre a assistência médica suplementar e a transparência dos dados econômicos e financeiros do mercado de planos e seguros privados de saúde são imperativos para a redução dos litígios entre clientes e operadoras que chegam ao Poder Judiciário.

**Palavras-chaves:** saúde suplementar, planos de saúde, Poder Judiciário.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the general characteristics of court decisions relating to supplemental health judged in Pernambuco Court of Justice in the years 2012 and 2013.

**Methodological strategy:** Descriptive research, which analyzes the lawsuits related to the supplementary health care judged in the Court of Justice of Pernambuco in the years 2012 and 2013. The search for the lawsuits was held at the site of the court, with the descriptors: health insurance and supplemental health. Exclusion criteria were: repeated actions and dealing exclusively dental goods or services. For data collection it was used a semi-structured script. The analysis was performed by calculating absolute and relative frequencies and analysis of this reasoning in the judgment. Once it is public information, it was not necessary to submit the research project to the Research Ethics Committee.

**Results:** Of the 326 judicial actions studied, most of the actions is individual authorship ( 95.71 % ) , operators that appear more are the group medicine ( 55.52 % ) and self-management companies ( 26.69 % ) . The private collective health plans are present in 41.72% of actions and the old plans 15.95%. The main theme is the denial of coverage (55.8 %), among the goods and services most frequently mentioned are: drugs, prosthetics and other materials, surgeries and homecare services. After denial of coverage, it is the readjustment due to age, the unilateral termination of collective contract, legal benefits in the event of dismissal and the grace period. In 91.1% of actions the decision was favorable to clients.

**Final Considerations:** The profile of the actions found in this study shows that the improvement of State regulation, the advancement of social control on additional medical assistance and transparency of economic and financial data of plans, its market and private health insurance are imperative to reduce disputes between customers and operators who come to the courts.

**Keyword:** supplemental health, prepaid health plans, judiciary.



## INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde é um fenômeno que vem gerando discussões tanto no Poder Judiciário, como entre técnicos, pesquisadores e gestores da área da saúde. No crescente número de ações judiciais que versam sobre o direito à saúde, não apenas o Sistema Único Saúde (SUS) é alvo dos litígios, mas também são cada vez mais expressivos os processos que dizem respeito à assistência médica suplementar (AMS).

A judicialização da saúde configura-se como uma consequência do fenômeno mais amplo da judicialização das relações sociais e concretiza-se pelas demandas que chegam ao Judiciário e requerem a satisfação das necessidades não atendidas, quer seja pelo Estado, enquanto provedor ou regulador da saúde, que seja pela iniciativa privada quando no papel de prestador de assistência à saúde, especialmente no mercado de planos e seguros privados de saúde.

Não por acaso<sup>8</sup>, a AMS tem angariado importante crescimento no cenário da assistência à saúde no Brasil. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dão conta que, ao fim do terceiro trimestre de 2014, o mercado de planos e seguros privados de saúde contava com mais de 50 milhões de clientes, o que corresponde a uma cobertura de 26,1% da população brasileira. No Nordeste, esta cobertura chega a 13,43% da população, somando 6.840.133 indivíduos vinculados (ANS, 2014).

A expansão de planos e seguros privados de saúde convive com um grande número de ações judiciais que buscam a reparação de danos supostamente causados pela má qualidade ou pela ausência de atendimento aos clientes. As exclusões de coberturas, os aumentos abusivos, os longos períodos de carência, as rescisões unilaterais de contrato e as limitações de internações são os principais desencadeadores das ações judiciais (SOUZA *et al.*, 2007; SCHEFFER, 2006; SCHEFFER, 2013; ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009; OLIVEIRA; FORTES, 2013).

De um modo geral, o mercado de planos e seguros privados de saúde apresenta diversas características que favorecem a ocorrência litígios, como o fato do consumidor não

---

<sup>8</sup> Historicamente, as políticas de saúde sempre estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas especializadas e hospitais ou, atualmente, pelos incentivos às empresas de planos e seguros de saúde (PAIM *et al.*, 2011). As origens mais remotas desta postura privatizante datam da década 30, mas é sobretudo a partir da década de 60 que a política de saúde brasileira favorecerá a expansão do setor privado (MENICUCCI, 2007).

ter autonomia para decidir o momento em que consumirá o serviço comprado/segurado, a incompletude e a assimetria da informação do consumidor em relação ao prestador de serviço, o risco moral<sup>9</sup>, a seleção adversa<sup>10</sup> e a seleção de risco<sup>11</sup> por parte das operadoras (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Além das características inerentes ao setor, no período pós-constituente, a incerteza presente nas relações de mercado passa a conviver com as expectativas de justiça social, em que a saúde assume o *statu* de direito social e de um bem de relevância pública. Nesse contexto, negar atendimento de saúde, independentemente da natureza do prestador de serviço, implica em responsabilização jurídica. A lei não proíbe obter lucro, atuando na área da saúde, mas nem por isso os valores por ela protegidos deixam de ser a vida e a dignidade da pessoa humana (SANTOS, 1997).

A ausência de interferência estatal sobre o mercado de assistência médica suplementar por mais de 30 anos, aliada à falta de regulação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil, restringe, sobremaneira, as informações sobre as dimensões da assistência à saúde, o funcionamento e os aspectos econômicos e financeiros do segmento médico supletivo (SCHEFFER, 2006). Por isso, são indispensáveis mais investigações para elucidar questões ainda obscuras sobre a saúde suplementar no Brasil, inclusive no que diz respeito à sua judicialização.

A quase totalidade dos estudos até então desenvolvidos diz respeito ao universo de ações que tramitam nas regiões Sudeste e Sul e no Distrito Federal, com uma concentração de pesquisas no eixo Rio-São Paulo. O único de abrangência nacional está restrito à análise de ações contra uma operadora de autogestão. Nesse sentido, analisar a judicialização da assistência médica suplementar em um estado do Nordeste brasileiro é imprescindível para ajudar a preencher uma lacuna do conhecimento científico no campo da saúde coletiva.

Portanto, este artigo tem os objetivos de descrever e analisar as ações judiciais relativas à assistência médica suplementar julgadas no Tribunal de Justiça de Pernambuco.

## ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, em que são analisadas todas as ações judiciais, do tipo Agravo de Instrumento (AI), julgadas em segunda instância no Tribunal de Justiça de

---

<sup>9</sup> Mudança de comportamento do segurado em função de não ter de suportar o custo total do atendimento.

<sup>10</sup> Tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco.

<sup>11</sup> Barreiras impostas pelas seguradoras à entrada de segurados no sistema, peneirando os de alto risco.

Pernambuco (TJPE) no biênio 2012-2013 e que dizem respeito à assistência médica suplementar.

O TJPE foi escolhido como *locus* da pesquisa por ser Pernambuco o estado da região Nordeste com a maior taxa de cobertura de planos e seguros de saúde. Em 2014, a cobertura atinge 16,9% da população do estado. Valores bem superiores são encontrados na região metropolitana do Recife (31,9% de cobertura) e, na capital, quase metade da população está coberta, alcançando 44,4% do total de habitantes da cidade (ANS, 2014).

O AI é um recurso contra uma decisão provisória, que será julgado em segunda instância por três juizes. Sua utilização na pesquisa deve-se tanto a disponibilidade na íntegra das ações julgadas em segunda instância, como dos tipos de ação utilizados na judicialização da saúde. Por se tratar de questões de saúde e vida, há urgência e o juiz de primeira instância, onde o processo é iniciado, concede a liminar ou a tutela antecipada – tipos de decisões provisórias – para assegurar a imediata entrega do bem ou serviço, enquanto o mérito é discutido ao longo processo. A operadora é, então, obrigada a atender a imposição judicial, mas tem o direito de recorrer da decisão. Na hipótese de indeferimento da liminar ou da antecipação de tutela, o cliente também pode recorrer. Em ambos os casos o recurso utilizado na instância recursal é o AI (SCHEFFER; SALAZAR; GROU, 2005).

A busca das ações foi realizada no período de setembro e outubro de 2014 no sítio eletrônico do TJPE. Para tanto, foram eleitas como palavras-chaves: “plano de saúde”, “seguro-saúde” e “saúde suplementar” e como filtros: o período de julgamento (2012-2013) e a classe da ação – AI, o que resultou, no ano de 2013, num montante de 289 ações. Destas foram excluídas: as ações repetidas; as que não tratavam da AMS; as que pleiteiem bens ou serviços exclusivamente odontológicos; e as que tratavam da assistência médica suplementar, mas que o recurso dizia respeito apenas às questões específicas do Direito, como o correto uso do Código do Processo Civil ou os valores das multas para danos morais. Após as exclusões, o ano de 2013 totalizou 230 ações. No ano de 2012, foram identificadas 168, que, utilizando-se os mesmos critérios de exclusão, foram reduzidas a 95 ações. Dessa forma, o *corpus* final de análise apresentou 326 ações.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado (anexo 01) adaptado de dois instrumentos já validados por Scheffer (2006) e Alves *et alii.*, (2009), dividido em 03 dimensões: características da ação judicial (identificação dos acórdãos, data do

juízo, titularidade do autor da ação, tema da ação, modalidade da operadora, nome da operadora, forma e data de contratação do plano/seguro, resultado do processo), base legal (leis, súmulas ou jurisprudências utilizadas), e aspectos regulatórios (normas da ANS, normas anteriores à criação da ANS publicadas por outros órgãos, pareceres ou outras publicações de associações e entidades). Como também, foi feito o preenchimento de planilha (anexo 2) com os grifos da fundamentação dos juízes.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na etapa quantitativa utilizou-se o programa STATA versão 12 para o cálculo de frequências absolutas e relativas, para a análise da distribuição dos tipos de operadoras nas ações judiciais foi calculado o indicador de litigância, dividindo a população litigante pela população total de clientes de cada modalidade contabilizada pela ANS no período. Na etapa qualitativa empregou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977).

Como se trata de informações de acesso público, não foi necessária a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 326 ações analisadas nos anos de 2012 e 2013, 71,1% correspondem ao ano de 2013, enquanto 28,9% datam de 2012, o que demonstra um aumento no número de ações ao longo do biênio.

No primeiro quesito analisado, a titularidade das ações, a autoria individual representa mais de 95% do total, os autores coletivos somam uma pequena parcela, apenas 4,3%, sendo as organizações não-governamentais (ONG) as principais representantes deste grupo, como demonstra a tabela 01.

**Tabela 01.** Características gerais das ações judiciais relativas à assistência médica suplementar e julgadas no TJPE nos anos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Titularidade das ações judiciais</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Individual	312	95,7
Coletiva/ONG*	9	2,8
Coletiva /MP*	3	0,9
Coletiva/outros	2	0,6
<b>Tipo de contratação do plano</b>		
Planos individuais	190	58,3
Planos coletivos	136	41,7
<b>Data da contratação do plano</b>		
Anteriores à Lei nº 9656/98	52	15,9
Posteriores à Lei nº 9656/98	274	84,1
<b>Modalidade da operadora</b>		
Medicina de grupo	181	55,5
Autogestões	87	26,7
Cooperativa Médica	37	11,3
Seguradora especializada em saúde	21	6,5
<b>Resultado das ações judiciais</b>		
Favorável ao cliente	289	88,7
Favorável à operadora	27	8,3
Parcialmente favorável ao cliente	8	2,4
Parcialmente favorável á operadora	2	0,6

\*ONG: Organizações não-governamentais.

\* MP: Ministério Público.

A residual presença de autores coletivos já havia sido apontada por estudos realizados nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, sendo as proporções encontradas ainda menores, variando de 0,2% (SCHEFFER, 2006) a 0,4% (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009) dependendo do período analisado. Ainda que apresentando um percentual bastante reduzido, nota-se uma maior proporção de ações com autores coletivos no tribunal nordestino.

A explicação para a inexpressiva aparição de autores coletivos pode estar ligada aos aspectos específicos dos processos judiciais sobre saúde, em que o litígio geralmente corresponde a uma situação de urgência, no limite da necessidade do usuário, que apresente a possibilidade de uma tramitação mais rápida quando arcada individualmente. Pode também ser devida ao fato da propositura de ações por associações não ser tão conhecida

pela população ou ainda ocasionada pelo reduzido número de organizações que atuam judicialmente no Brasil (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

O maior número de ações de autores coletivos, com destaque para as ONG, encontrado neste trabalho em ano mais recente, pode estar revelando um fortalecimento da atuação da sociedade civil. Com efeito, as associações de consumidores estão, aos poucos, se estruturando e se fortalecendo e são fundamentais, pois permitem contestar a legalidade de práticas e/ou cláusulas contratuais abusivas, bem como ocupar espaços legítimos para a discussão do tema além da Justiça, trazendo impactos políticos significativos (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009). Vale a pena destacar que, no início dos anos 90, a sociedade civil foi um importante elemento de tensão para a regulação dos planos e seguros privados de saúde.

Em relação aos réus - as operadoras de planos e seguros privados de saúde -, os que mais aparecerem como alvos de litígios são as medicina de grupo, seguidas pelas empresas de autogestão, as cooperativas em terceiro lugar e, em menor escala, as seguradoras especializadas em saúde. No estado de Pernambuco, em dezembro de 2013, a medicina de grupo somava a maior parte dos clientes: 622.302 no total. Seguidas por ela em ordem decrescente, tinha-se: as cooperativas médicas com 349.421 clientes, as seguradoras especializadas em saúde aglutinando 252.975 clientes, e, por fim, as operadoras de autogestão com 147.278 de clientes (ANS, 2014).

A análise comparada demonstra que as operadoras de autogestão possuem o maior indicador, ao passo que as seguradoras especializadas em saúde estão na última posição com um indicador de 0,14.

**Tabela 02.** Indicador de litigância de acordo com a modalidade das operadoras citadas nas ações judiciais relativas à assistência médica suplementar e julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Modalidade</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>Indicador de Litigância</b>
Medicina de grupo	181	55.5	0,29
Autogestões	87	26.7	0,59
Cooperativa Médica	37	11,3	0,24
Seguradora especializada em saúde	21	6.5	0,14

A maior litigância para as empresas autogestão apresentada neste estudo merece destaque, uma vez que, este é o segmento com maior gasto e maior padrão de cobertura

assistencial, logo é contraditório que apresente a maior litigância. Segundo os dados da ANS as empresas de autogestão possuem maior taxa de sinistralidade, sendo de 92,7% em 2013, quase 10% a mais que a segunda colocada - as cooperativas médicas - com 83,5%, e lideram a taxa de internação com 14,1%, e a taxa de consulta médica em pronto-socorro por pessoa com 1,3 consultas para cada cliente (ANS, 2014).

No estado de São Paulo (SCHEFFER, 2006) a participação proporcional, como réus, das operadoras de autogestão foi de apenas 1%, valor bem inferior ao do estado de Pernambuco. Na pesquisa de abrangência nacional que analisou as coberturas assistenciais da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, um tipo de autogestão, os estados com maior número de litígios foram do Norte-Nordeste: Bahia (1,68), Roraima (0,94), Rio Grande do Norte (0,91), Maranhão (0,88) e Pernambuco (0,86) (OLIVEIRA; FORTES, 2013).

. Contudo, neste estudo o recorte temporal limitado a dois anos e o fato de uma única empresa de autogestão congregar mais 50% das ações relativas a esta modalidade (das 87 ações judiciais impetradas contra empresas de autogestão 44 dizem respeito a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil) podem estar superestimando a litigância para as operadoras de autogestão em Pernambuco. Novas investigações que considerem o perfil de clientes das operadoras, as diferenças dos mercados de assistência médica suplementar entre as regiões do Brasil e as características das ações judiciais são necessárias para avançar nesta questão.

Ao analisar as operadoras nominalmente, percebe-se que apenas três empresas congregam a metade das ações julgadas. Juntas, a Sul América Seguros, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil e a UNIMED totalizaram 50,31% das queixas que chegaram aos tribunais.

**Tabela 03.** Empresas citadas nas ações judiciais relativas à Assistência Médica Suplementar e julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Operadora</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Sul America S/A	83	25.46
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil	44	13.50
UNIMED	37	11.35
Bradesco Saúde S/A	23	07.06
Golden Cross	22	06.75
Excelsior Med S/A	16	04.91
OPS Planos de Saúde S/A	16	04.91
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil	14	04.29
Hapvida Assistência Médica	12	03.68
Operadora de Saúde Amil/Medial	09	02.76
Sistema de Assistência a Saúde dos Servidores de Pernambuco	09	02.76
Operadora Ideal Saúde LTDA	05	01.53
Fundação de Seguridade Social – GEAP	05	01.53
Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda	04	01.23
Fundação CHESF de Assistência e Seguridade Social	03	00.92
Caixa de Previdência e Assistência dos servidores da fundação Nacional de Saúde	02	00.61
RECIPREV/SAÚDE RECIFE	02	00.61
PAME - Associação de Assistência Plena em Saúde	02	00.61
ASL – Assistência à saúde	02	00.61
VIVA PLANOS DE SAÚDE	02	00.61
SISTEL – Fundação de Seguridade Social	01	00.31
TELOS- Fundação Embratel de Seguridade Social	01	00.31
Caixa de Assistência dos Magistrados de Pernambuco – CAMPE	01	00.31
MMS Plano de Saúde LTDA	01	00.31
BB Seguro Saúde – Brasil Saúde Companhia de Seguros	01	00.31
Qualicorp soluções em saúde	01	00.31
Omint Serviços de Saúde Ltda	01	00.31
Intermédica sistema de saúde S/A	01	00.31
Grupo serviços de medicina LTDA	01	00.31
VIP Saúde	01	00.31
Caixa de Assistência Oswaldo Cruz – FIOSAÚDE	01	00.31
ITAÚSEG SAÚDE S/A	01	00.31
Fundação Compesa de Previdência e Assistência – COMPREV	01	00.31
Petrobrás	01	00.31

Com respeito às características dos planos e seguros privados de saúde, dois aspectos são importantes para o estudo da judicialização: o tipo de contratação do plano - coletivo ou individual - e data da contratação do plano - antes ou depois da Lei nº 9656/98, uma vez que os planos e seguros privados de saúde contratados em data anterior à da lei e aqueles



coletivos ainda carecem de legislação capaz de dirimir os conflitos. Neste estudo, é possível observar que os planos coletivos estão presentes em 41,72% das ações. Os anteriores à lei somam 15,95%.

Os planos coletivos já representavam 78,9% do total de planos privados de saúde ativos no país (ANS, 2014). Este processo de coletivização na adesão a planos privados de saúde é destacado na literatura como um efeito da regulação. Na medida em que o crescimento deu-se, basicamente, pela precificação excessiva dos planos individuais novos por parte das empresas, isso sob o discurso do “*risco regulatório*” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual), houve um crescimento dos planos privados coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído num grupo maior de indivíduos (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Noutras palavras, os planos privados coletivos sofrem menor controle da ANS, que não atua em situações de reajustes de preço e cancelamentos de contrato. Por conta disso, há rescisão unilateral de contratos, imposição de aumentos não previstos em contrato, e a ocorrência de reajustes por sinistralidade. O argumento da Agência para não intervir na rescisão unilateral de contratos está no fato de a Lei nº 9.656/98 proibir textualmente a ruptura dos contratos individuais, mas não fazer qualquer menção aos coletivos. Já para os reajustes, a ANS defende que, nos contratos coletivos, ocorre negociação entre duas pessoas jurídicas, com suposta paridade de forças, não sendo, portanto, necessária a sua atuação (IDEC, 2015).

Os planos privados anteriores à Lei nº 9656/98, representaram 15,9% do total, número ainda expressivo, mesmo passada mais de uma década desde a regulamentação. A aprovação do marco regulatório significou um grande divisor de águas, passando a existir os contratos regulamentados (planos novos) e contratos não regulamentados (planos antigos). Essa divisão foi confirmada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da liminar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931<sup>12</sup>, no ano de 2004, quando considerou inconstitucionais os dispositivos da lei dos planos de saúde que regulamentavam contratos em curso, pois violava o direito adquirido e o ato jurídico perfeito (VIANNA, 2013).

---

<sup>12</sup> Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1931. O excelso Supremo Tribunal Federal concedeu liminar em 21.08.2003 suspendendo a eficácia do art. 35-E e de parte do §2º. do art. 10 da Lei 9.656/98 por ofensa ao inciso XXXVI do art. 5º. da Constituição Federal (ato jurídico perfeito), bem como julgou constitucional os demais dispositivos da citada legislação.

Contudo, a presença de planos novos e antigos tem sido um terreno fértil para a produção de litígios que envolvem a AMS. Especialmente, no que tange às coberturas mínimas estabelecidas pela ANS. Desde a edição da Lei nº 9.656/98, em todas as normas seguintes da ANS, há previsão expressa no sentido de que a respectiva norma aplicar-se-ia somente aos planos novos. Os planos antigos permaneceram regidos apenas pela legislação civil vigente à época de sua contratação e pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC).

A primeira tentativa de atuar sobre esta problemática foi a Lei nº 10.850<sup>13</sup> de 2003, que criou meios para incentivar a adaptação e a migração dos planos privados antigos de maneira que, mantendo o equilíbrio contratual, esses consumidores passassem a ser beneficiados pela nova regulamentação do setor. A ANS editou o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos<sup>14</sup>, que pela definição de prazo para que os consumidores manifestassem sua intenção, não obteve o êxito desejado. Desta maneira, a ANS editou a RN nº 254 de 2011 (alterada pela RN nº 263 de 2011<sup>15</sup>), dispondo novamente sobre a adaptação e a migração dos planos privados antigos, agora de forma permanente, ou seja, sem prazo (VIANNA, 2013).

Apesar da ANS, do Poder Executivo e até do Poder Legislativo reconhecerem a celeuma que a divisão dos planos – em antigos e novos – tem gerado, esta ainda é uma questão que permanece em aberto, necessitando de uma resolução que contribua com a regulamentação dos planos antigos. No momento, é a retroatividade do CDC e, em alguns casos, do Estatuto do Idoso que tem dado conta de elucidar os conflitos. A retroatividade da Lei dos planos e seguros privados de saúde permanece como um obstáculo a ser superado.

Em relação ao tema da ação, o principal motivo que leva os beneficiários aos tribunais é a negação de cobertura. No biênio estudado, mais da metade das ações (55,8%) decorre de

---

<sup>13</sup> A Medida Provisória (MP) nº 148, de 2003, convertida na Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004 “[a]tribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998”.

<sup>14</sup> RN nº 64, de 22 de dezembro de 2003, alterada pela RN nº 80, de 1º de setembro de 2004.

<sup>15</sup> De acordo com o art. 3º da RN nº 254, ao consumidor contratante de plano de saúde antigo é garantido o direito de adaptar o seu contrato ao sistema previsto na Lei nº 9.656/98, no mesmo tipo de contratação (plano individual ou coletivo) e na mesma segmentação (ambulatorial e/ou hospitalar, com ou sem obstetrícia), sem que haja nova contagem de carências. Fazendo a adaptação, o consumidor estará sujeito a um ajuste no preço da mensalidade, de no máximo 20,59% (a depender de nota técnica atuarial apresentada por cada operadora e aprovada pela ANS), e terá a seu favor, além das coberturas previstas no contrato antigo, todas as regras da nova regulamentação dispostas na Lei nº 9.656/98 e resoluções da ANS.

diversos de tipos de coberturas não atendidas pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde. Os medicamentos, as próteses e outros materiais, as cirurgias e, por fim, *homecare* são os bens e serviços que mais produziram conflitos entre empresas e clientes.

Em seguida à negação de cobertura, está o reajuste devido à faixa etária – isso para os planos contratados anteriormente a Lei nº9656/98 –, a rescisão unilateral de contrato coletivo, os benefícios legais em caso de demissão e o prazo de carência, como pode ser observado na tabela 04.

**Tabela 04.** Tema das ações judiciais relativas à Assistência Médica Suplementar e julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Tema das ações judiciais (n=326)</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Coberturas	182	55,8
Reajuste/Faixa Etária	52	16,0
Rescisão unilateral do contrato/coletivo/empresaxoperadora	19	5,9
Benefício Legal /demissão	17	5,2
Carência	16	4,9
Reajuste/Sinistralidade	8	2,5
Rescisão do contrato por falta de pagamento	5	1,5
Benefício Legal /aposentadoria	4	1,2
Benefício Legal/Óbito	4	1,2
Reajuste/Não especificado	2	0,6
Descredenciamento de profissionais	2	0,6
Rescisão unilateral do contrato/Individual	1	0,3
Rescisão unilateral do contrato/coletivo/empresaxconsumidor	1	0,3
Descredenciamento/outros	1	0,3
Outros	12	3,7
<b>Tipo de cobertura negada (n=182)</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Cobertura/medicamento	34	18,6
Cobertura/próteses e outros materiais	31	17,0
Cobertura/cirurgia	24	13,2
Cobertura/ <i>homecar</i>	21	11,6
Cobertura/tratamento/hospital e profissionais não credenciados	19	10,4
Cobertura/obesidade mórbida	16	8,8
Cobertura/diversas	10	5,5
Cobertura/câncer	9	4,9
Cobertura/urgência e emergência	9	4,9
Cobertura/psiquiátrico	7	3,9
Cobertura/diálise	1	0,6
Cobertura/tempo internamento	1	0,6

A negação de cobertura por parte do setor suplementar já é sabida, os primeiros estudos a respeito da judicialização da AMS se debruçaram especificamente sobre esta

procela. As negativas aparecem em todos os inquéritos como o principal objeto das ações, com porcentagens que variam de 46,2% até 65% do total (SOUZA, *et al.*, 2007, ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

Outro tema que vem ganhando espaço é o reajuste de preços, no estado do Rio de Janeiro, passou de 3,4% para ações julgadas entre janeiro de 2003 e setembro de 2004, para 29,5% no período de setembro de 2004 a agosto de 2005 (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009). A ascensão dos litígios sobre reajuste pode estar associada ao envelhecimento da população que possui planos antigos não regidos pela regulação. Com efeito, é significativa a porcentagem de ações, neste estudo, que o Estatuto do Idoso (4,8%) como seu fundamento o que confirma a hipótese.

Analisando mais detidamente os objetos alvos da negação de cobertura, observa-se, no TJPE, que os bens de alto custo (medicamentos, próteses, órteses e materiais) somam 35,6% do total, ao passo que os serviços (*homecare*, cirurgia, diálise), em sua maioria de alta complexidade, e por isso também muito onerosos, totalizam 25,2%. Juntos os procedimentos de alta complexidade e os insumos de alto custo correspondem a 60,8% de todas as negativas.

A forte presença de bens e serviços específicos deve ser compreendida à luz dos conflitos de interesse que se instauram entre a prática da medicina e a indústria da saúde. Não há como negar, apesar de nem sempre prejudiciais, que a relação entre a indústria farmacêutica e de insumos vem há anos modificando e condicionando a prática médica, seja de forma indireta pela publicidade e financiamento de eventos ou doações de cortesias, como também, por transações fraudulentas que não raras vezes se tornam escândalos do setor (BAHIA, 2015).

O importante a considerar é que, entre a cobertura negada e o prognóstico, persiste uma caixa-preta<sup>16</sup> que diz respeito às prescrições médicas inadequadas, por vezes, mais baseadas em incentivos dados aos prescritores do que na melhoria da saúde do indivíduo. Essa situação impõe à regulação e à pesquisa em saúde uma melhor compreensão das condutas adotadas, uma discussão séria sobre a autonomia médica e, acima de tudo, a

---

<sup>16</sup> Toma-se o termo “caixa preta” baseado em Cohn (2011), onde define ‘Caixa Preta’ para nomear a ignorância que se tem sobre a lógica de acumulação do setor privado do complexo médico hospitalar, de natureza filantrópica ou não, e do complexo médico industrial da saúde, e do papel que exerce essa articulação entre os dois subsistemas nesse processo. Em outras palavras, o grau de conhecimento atual sobre o setor privado da saúde e, conseqüentemente, sobre sua articulação entre ambos os setores, é extremamente escasso.

regulação das relações entre a indústria e a prática da medicina, que não se restringem à AMS.

A questão da prescrição médica é um tema de preocupação por parte do Judiciário. Dos 17 enunciados emitidos pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que tratam da AMS, seis<sup>17</sup> referem-se diretamente a esta questão. Nos enunciados, é nítida a preocupação do CNJ com a insuficiência da prescrição médica como documento único a embasar a decisão judicial, sendo recomendada a consulta a outros documentos de outras instâncias, inclusive a Conitec, órgão responsável pela incorporação de tecnologias ao SUS. Nesse aspecto, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, podem ser uma importante ferramenta.

É imperioso reconhecer que as prescrições médicas podem sofrer influências externas, estranhas ao atendimento das necessidades do paciente. A regulação estatal deve assumir o desafio de reduzir as influências externas na prescrição de procedimentos e insumos, não no sentido de limitar a assistência ou a autonomia médica, mas sim de garantir estritamente o interesse do paciente.

Contudo, apesar dos enunciados no CNJ, percebe-se nos argumentos dos juízes nas ações, que prescrição médica é o único documento exigido para a tomada de decisão, o que produz, muitas vezes, uma decisão pouco crítica e, por muitas vezes, automatizada, sem a consideração, por exemplo, de qualquer tipo de conflito de interesse:

Agravo de instrumento 01: “Ressalta-se, contudo, que o tratamento a ser dispensado ao paciente não depende de juízo a ser exercido pela empresa administradora do seguro-saúde. *Em verdade, a competência para estabelecer o tratamento de saúde adequado para a patologia do paciente é do profissional de saúde e, não do plano de saúde. É notório que o médico o sujeito que detém a formação técnica imprescindível ao exercício da profissão e, dessa forma, é o indivíduo apto a promover a elaboração do prognóstico, inclusive com relação à quantidade de medicamentos necessários à busca do saneamento da moléstia*”

Agravo de instrumento 02: “Cabe à operadora do plano de saúde autorizar o procedimento cirúrgico indicado, pois ela não é livre para escolher o método mais adequado para o tratamento da doença, *por isso compete ao profissional da área da saúde. cabe ao médico fazer a indicação de que a modalidade de cirurgia é mais apropriada ao seu paciente e não ao plano de saúde*”

Agravo de instrumento 03: “*Visto que não cabe a agravante questionar o tratamento mais adequado ao segurado, pois o profissional apto a tal recomendação é, indiscutivelmente, o médico especializado escolhido pelo*

---

<sup>17</sup> Enunciados: 24, 26, 28, 29, 30, 33.

*paciente em quem foi depositado o voto de confiança em momento de difícil e desgastante estado de saúde”*

*Agravo de instrumento 04: “A gravidade da enfermidade que acomete a agravada, somada ao conhecimento técnico do médico responsável pelo paciente, são suficientes para que se confie no tratamento solicitado, mormente sendo ele uma das poucas possibilidades de manutenção da vida humana. Em que pesem as alegações da agravante sobre a inexistência de registro na ANVISA, deve prevalecer a confiança do médico que acompanha a agravada no tratamento solicitado”*

No âmbito da negação de cobertura ainda se destaca a presença das negativas para o atendimento de urgência ou emergência que aparecem em 4,9% das ações, número que deve ser bem maior no universo da AMS, já que, nem todos os casos chegam à justiça, pois demandam para o paciente e seus acompanhantes a prestação de uma assistência imediata, com grande possibilidade de ter sido oferecida pelos serviços públicos, sem produzir litígios que tenham como réus operadoras de planos e seguros privados de saúde.

Já quanto à negação de cobertura para obesidade mórbida e câncer, estes agravos apresentam porcentagens significativas de negação de tratamento em diversos estudos, sendo um importante motivo de disputa judicial. O grande número de ações motivadas pela negação de tratamento a estes dois agravos, não se explica apenas pelas altas prevalências, mas também pela possibilidade de negativa por parte dos planos antigos que limitam a cobertura das chamadas doenças e lesões preexistentes, e alguns até mesmo de doenças crônico-degenerativas, ou no caso dos planos novos valendo do Rol de Procedimentos da ANS, já que alguns procedimentos solicitados podem ser considerados estéticos.

Diferentemente dos casos da obesidade e do câncer, as coberturas psiquiátricas, pela primeira vez, comparecem com alguma relevância em estudos sobre a temática da AMS, com valores próximos aos das negativas de atendimento de urgências ou emergências e de câncer. Esse fato gera enorme preocupação, pois os transtornos mentais correspondem a problemas de saúde de alta prevalência, com tendência de aumento devido às modificações na estrutura etária da população, ao aparecimento de novas tecnologias em saúde e ao processo de urbanização.

No cerne das exclusões de cobertura pelos planos privados de saúde dois aspectos precisam ser destacados. O primeiro é a participação do SUS no atendimento daquilo que não foi coberto. Os dados acima apresentados sugerem que são vultosas as despesas arcadas pelo sistema público, não apenas pelo alto número de exclusões, mas também pelo alto custo dos procedimentos, bens e serviços negados. A quantificação da parcela de procedimentos

arcada pelo setor público e a ausência de ressarcimento prevalecem como dois dos principais impasses da sobreposição entre o público e o privado na saúde brasileira.

Desde a CPI dos planos de saúde em 2002, o ressarcimento ao SUS já é colocado como uma das principais lacunas da regulação. Sendo as negações de cobertura o principal objeto das ações, muito provavelmente os serviços negados encontram em algum momento, ou em vários, amparo do sistema público. Os gestores reclamam o ressarcimento desde os debates para a aprovação da Lei Nº 9.656, contudo os avanços ainda são pequenos. O ressarcimento é um dos principais temas das disputas entre a regulação e as operadoras, sendo veementemente questionado por estas, inclusive chegando a ser alvo de uma ação direta de inconstitucionalidade<sup>18</sup>, que não foi acatada pelo STF (SANTOS, 2006).

Uma questão importante que pode contribuir no avanço do ressarcimento é seu aprimoramento para torná-lo menos vagaroso. Desde 2005<sup>19</sup>, todos os procedimentos previstos nos contratos dos planos privados de saúde tornaram-se objeto de ressarcimento. Contudo, as principais negações de cobertura são de alto custo e de alta complexidade, sobretudo eletivas e não-urgentes. Como estas exclusões estão previstas em contrato ou não têm o respaldo da regulamentação – inclui-se aqui os planos antigos - não são passíveis de regulamentação nem tampouco essas informações são registradas (SCHEFFER, 2006).

As limitações impostas pela lei e a postura das operadoras descrita anteriormente têm comprometido a efetividade do ressarcimento do ponto de vista financeiro e como mecanismo de uma maior transparência na relação público-privada. A garantia do ressarcimento passa pelo conhecimento da totalidade da utilização do SUS pelos clientes de planos privados de saúde (identificação da utilização ambulatorial), por uma mudança do seu marco legal, pelo reconhecimento da imbricação das redes assistenciais do SUS e da AMS, pelo estabelecimento de um ressarcimento *per capita*, pelo monitoramento rigoroso da utilização da rede do SUS (definição de parâmetros aceitáveis) e pela punição das empresas que recorrem a esse expediente (SANTOS, 2006).

O segundo aspecto refere-se aos limites da integralidade no universo da AMS, determinado principalmente pela estrutura da rede de serviços, uma vez que, enquanto o SUS preconiza a hierarquização da rede de serviços, ordenando-a pela complexidade de suas ações, o foco dos serviços da AMS se dá na atenção secundária e terciária à saúde,

---

<sup>18</sup> ADIN Nº 1931-98.

<sup>19</sup> Atualmente o ressarcimento é regido pela Resolução Normativa – RN Nº 358, de 27 de novembro de 2014.

inexistindo, portanto, uma política que integre a oferta de serviços à demanda por cuidados à saúde nos três níveis de atenção (GAMA, *et al.*, 2002).

Por fim, no que diz respeito à decisão propriamente dita presente na sentença judicial, a resolução da grande maioria dos litígios é proferida favoravelmente aos clientes de planos e seguros privados de saúde. Porcentagens semelhantes foram encontradas nos tribunais do Rio de Janeiro e de São Paulo, demonstrando que o Judiciário tem sido uma importante via para garantir a assistência à saúde nesses casos. Nos tribunais paulistas, para as ações relativas à cobertura assistencial julgadas em segunda instância, no período de 1999 a 2004, os acórdãos favoráveis somaram 73,5% do total (SCHEFFER, 2006). Nos anos de 2009 e 2010, esse número subiu para 88% (SCHEFFER, 2013). No Rio de Janeiro, nas ações do tipo tutela antecipada, julgadas entre os anos de 2003 a 2005, os valores variaram, na segunda instância, de 72,8% a 78,2% em favor dos beneficiários (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009). É importante destacar a tendência de aumento de decisões favoráveis aos clientes ao longo do tempo.

As altas porcentagens de decisões favoráveis aos clientes demonstram tanto que o avanço do processo regulatório permanece sem reduzir os principais conflitos, ao passo que Poder Judiciário tem se convertido num instrumento para o acesso a bens e serviços, sendo hoje uma importante ferramenta garantidora de direitos para clientes da assistência médica suplementar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se, neste estudo, num primeiro plano, a importância do reconhecimento das diferenças regionais para a compreensão do sistema de saúde brasileiro, no que diz respeito à assistência médica suplementar. As distintas coberturas, as variações na concentração de serviços e profissionais, o nível de desenvolvimento social das regiões, além das políticas locais de saúde, têm afetado diretamente o imbricamento entre o público e o privado.

Entre as diferenças, vale destacar, em Pernambuco, a grande proporção de empresas de autogestão citadas nas ações, com valores bem superiores à proporção de ações impetradas nos tribunais do Sudeste que citam empresas de autogestão. Outra diferença é a aparição, pela primeira vez com algum destaque, das coberturas psiquiátricas como fonte de litígio na assistência médica suplementar.



Persiste, neste estudo, a lacuna sobre o perfil dos autores das ações, condição limitante da análise. O conhecimento do perfil dos autores é de extrema importância para o entendimento dos reais efeitos do Poder Judiciário na efetivação da assistência à saúde, como também, da distribuição dos grupos sociais nos sub-sistemas (público, privado e suplementar) de saúde. Ressalte-se que, em última instância, o perfil dos autores indicará a capacidade de vocalização dos interesses dos diversos grupos na organização sistema de saúde, perpassando pelos tribunais.

Entretanto, não somente as diferenças foram destacadas, os dois grandes *nós críticos* da judicialização da assistência médica suplementar foram endossados nesta análise: a coletivização dos planos privados e os planos anteriores a Lei nº 9656/98. É importante sublinhar que ambos os fenômenos são resultados de respostas políticas, especialmente de omissão, no processo de disputas e tensões instalado com mais vigor a partir do marco regulatório.

Essa omissão em garantir uma regulação mais efetiva sobre os planos privados coletivos e a não retroatividade da Lei nº 9656/98 mantêm-se como verdadeiras leiras para conflitos entre clientes e operadoras, sendo do Judiciário a colheita final. Não restam dúvidas que a redução de conflitos na assistência médica suplementar presume a superação destas duas barreiras. Para tanto, há a necessidade de aproximar a regulação dos planos privados dos ideários de justiça social, o que inclui uma regulação democrática e que considere a conformação dual ou segmentada do sistema de saúde brasileiro.

A cobertura permanece como a principal fonte de litígio, mas é preciso destacar a que tipo cobertura se refere. Trata-se da cobertura de bens e serviços de alto custo e tecnologias de alta complexidade, para os quais os interesses de restabelecimento da saúde disputam espaço com os interesses do mercado, dos profissionais e das operadoras. Isso tudo resulta numa complexa teia, ainda não elucidada, que não pode ser analisada de modo simplista, a fim de evitar o uso indevido dos tribunais para a garantia do lucro, em detrimento da saúde da população.

Por fim, o perfil das ações identificado demonstra que o aprimoramento da regulação estatal, o avanço no controle social sobre a assistência médica suplementar e a transparência dos dados econômicos e financeiros do mercado de planos e seguros privados de saúde são imperativos para a redução das arbitrariedades cometidas por parte das operadoras, o que limitará a ocorrência dos conflitos que chegam ao Judiciário na forma de ações judiciais, ou

ainda, a resolução dos conflitos em espaços extrajudiciais, como a própria agência reguladora.

Ainda que o Judiciário tenha se mostrado permeável às queixas dos clientes de planos e seguros privados de saúde, o perfil das ações judiciais aqui encontrado à luz da composição dual e competitiva do sistema de saúde brasileiro, do aumento progressivo da cobertura estimulada pelas políticas governamentais, e das fragilidades da regulação, desenham um cenário de acirramento da litigiosidade, se não forem adotadas políticas públicas que revertam a forte estratificação social inerente à assistência médica suplementar constituída no Brasil.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro, Mar. 2014. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. RN nº 64, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória nº 148, de 15 de dezembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de dez. 2003.

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

BAHIA, L. SCHEFFER . M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. GIOVANELLA, L. et al., (org). 2ª edição. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. Doente superfaturado. Jornal O Globo. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/opiniaodoente-superfaturado-15081703> > Aceso em: 20 jan. 2015.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 1977.

BRASIL. Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004. Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõem sobre os planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2167-2177, 2007.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: Gestão Pública e relação público privado na saúde. In: Gestão Pública e relação público privado na saúde. SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (org). Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Enunciados aprovados na I Jornada de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. São Paulo, Mai. 2014. Disponível em: < [http://www.cnj.jus.br/images/ eventos/I\\_jornada\\_forum\\_saude/\\_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SAUDE%20-%20PLENRIA%2015-5-14\\_revisado%20Carmem%203.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/ eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SAUDE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf)>. Acesso em: 08 de nov. de 2014.

GAMA, A. M. et al. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. Saúde debate, Rio de Janeiro, n.26, v.60, p.71-81, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Os problemas de Sempre. Revista nº196, São Paulo, 2015. Disponível em < <http://www.idec.org.br/especial/planos-de-saude>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

OLIVEIRA, J. A. D.; FORTES, P. A. C. De que reclamam, afinal? Estudo das ações judiciais contra uma operadora de plano de saúde. R Disan, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 33-58, 2013.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet, Saúde no Brasil*, p.11-31, 2011.

SANTOS, F.P. A regulação Pública da Saúde no Brasil: o caso da Saúde Suplementar. Campinas, 2006 [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2006.

\_\_\_\_\_. MALTA, D. C., MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p.1463-1475, 2008.

SANTOS, L. O Poder Regulamentador do Estado sobre as Ações e os Serviços de Saúde. In: FLEURY, S. Saude e Democracia – A Luta do Cebes. 1ª edição. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SCHEFFER, M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Dissertação (mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina, 2006.

\_\_\_\_\_. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo tribunal de justiça do estado de São Paulo. *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-132, 2013.

\_\_\_\_\_. SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. O Remédio via Justiça. Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Série Legislação nº 3. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa nacional de DST e Aids, 2005.

SESTELO, J.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

SOUZA R.G. et al. A intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar - tutelas antecepidadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 44-60, 2007.

VIANNA, G. L. Judicialização da saúde suplementar: a concepção do “direito como integridade” contra a discricionariedade judicial. Dissertação (mestrado). Minas Gerias: Faculdade de Direito do Sul de Minas, 2013.

4. ARTIGO II - Fundamentação das sentenças judiciais relativas à assistência médica suplementar proferidas no Tribunal da Justiça de Pernambuco em 2012 e 2013.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a fundamentação das sentenças judiciais relativas à assistência médica suplementar proferidas no Tribunal da Justiça de Pernambuco em 2012 e 2013.

**Estratégia metodológica:** Pesquisa descritiva que analisa as ações judiciais relativas à assistência médica suplementar julgadas no Tribunal de Justiça de Pernambuco nos anos de 2012 e 2013. A busca foi realizada no *site* do tribunal, com os descritores: plano de saúde, seguro-saúde e saúde suplementar. Os critérios de exclusão foram: ações repetidas e que tratavam bens ou serviços odontológicos. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, a análise foi realizada através do cálculo de frequências absolutas e relativas e da análise da fundamentação das ações. Como se trata de informações de acesso público, não foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

**Resultados:** Foram analisadas 326 ações judiciais. Os dados demonstram que o Código de Defesa do Consumidor é a legislação mais utilizada (45,5%), possui mais do que o dobro de aparições da Lei nº 9656/98 (19,0%) que regulamenta os planos e seguros privados de saúde. As súmulas emitidas pelos tribunais estaduais e pelo Superior Tribunal de Justiça vêm ganhando cada vez mais espaço e já ocupam a segunda posição (20,0%). A Constituição federal de 1988 é destacada em um número pouco expressivo de litígios (2,6%). A Lei Orgânica da Saúde não aparece nas ações analisadas. As publicações da Agência Nacional de Saúde Suplementar estão presentes em apenas 10% das ações, sendo o rol de procedimentos a norma mais citada.

**Considerações finais:** O Poder Judiciário assumiu o Código de Defesa do Consumidor como a legislação prioritária para legislar sobre os litígios entre clientes e operadoras, o que demonstra uma primazia da lógica da abusividade da relação de consumo, sem a problematização da relação concorrencial, entre o público e o privado, e das falhas na regulação no segmento suplementar, presentes no sistema de saúde brasileiro.

**Palavras-chaves:** saúde suplementar, planos de saúde, Poder Judiciário, regulação governamental.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the general characteristics of court decisions relating to Supplemental health delivered in the Court of Justice of Pernambuco in the years 2012 and 2013.

**Methodological strategy:** Descriptive research, which analyzes the lawsuits related to the supplementary health care in the Court of Justice of Pernambuco in the years 2012 and 2013. The search of the lawsuits was held at the site of the Court, with the descriptors: health insurance and supplemental health. Exclusion criteria were: repeated actions and that dealt exclusively dental goods or services. For data collection it was used a semi-structured script. The analysis was performed by calculating absolute and relative frequencies and analysis of this reasoning in the judgment. Once it is public information, it was not necessary to submit the research project to the Research Ethics Committee.

**Results:** Were analyzed 326 judicial actions. The data shows that the Consumer Protection Code is the most widely used legislation (45.5%), it has more than twice as many appearances of law n° 9656/98 (19.0%) which regulates the private health plans and insurance. The judicial precedents issued by state courts and by the Superior Court of Justice have been gaining space and even occupying the second position (20.0 percent). The Federal Constitution of 1988 is highlighted in a sluggish number of disputes (2.6 percent). The Organic Law of Health does not appear in the actions analyzed. The publications of the National Supplementary Health Agency are present in only 10% of the actions, being the list of procedures the most quoted cited standard.

**Final considerations:** The Judiciary took the Consumer Protection Code as priority legislation to legislate about disputes between customers and operators, which shows a primacy of logic of unconscionability of the relationship of consumption, without questioning the competitive relationship between the public and the private, and the failures in regulating the supplementary segment present in the Brazilian health system. The use of National Supplementary Health Agency standards is incipient and limited to specific topics, such as coverage and adjustments.

**Keywords:** supplemental health, prepaid health plans, judiciary, government regulation.

## INTRODUÇÃO

No início dos anos 90, a judicialização da assistência médica suplementar começa a ganhar visibilidade. Já é grande a quantidade de ações que tramitam no Poder Judiciário, pleiteando reparação de danos causados pela má qualidade ou pela ausência de atendimento aos clientes de planos e seguros privados de saúde. Os casos frequentes que chegam à Justiça de negação de cobertura a pacientes HIV positivos e a idosos e o não atendimento a gestantes de alto risco são de tal ordem que fomentam um amplo debate na sociedade (SOUZA; BODSTEIN, 2002, SCHEFFER; SALAZAR; GROU, 2005).

Desde então, a judicialização da saúde é cada vez mais observada, o número de ações judiciais que buscam a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio da Justiça somou, no ano de 2011, 240.980 processos judiciais (CNJ, 2011). Esses processos tratam de conflitos provenientes tanto das relações consumeristas, como das responsabilidades do Estado lançadas pela Constituição de 1988. O aumento da busca pela resolução dos conflitos na justiça, exige, muitas vezes, uma postura política dos tribunais (SOUZA, et al., 2007).

A acomodação de interesses opostos, numa relação de sobreposição e forte imbricamento, tem sido um importante fator de tensões na política de saúde do Brasil e desencadeador de ações judiciais. O sistema de saúde brasileiro é visivelmente contraditório, uma vez que a universalização do direito à saúde assumida pela Constituição – que dinamizou o debate e imprimiu novos sentidos às práticas de expansão de coberturas e modelos assistências – convive com o crescimento do mercado de planos e seguros privados de saúde, que também incorpora novos processos gerenciais e tecnológicos (BAHIA, 2005).

Uma das principais tentativas de harmonizar as tensões, buscando inclusive reduzir a presença de litígios na esfera judicial, se dá pela via da regulação da assistência médica suplementar. Até o final da década de 90, a regulação estava baseada no Decreto Lei nº. 73, de 1966, que regulamentava os seguros de saúde, e o fazia sob a concepção geral de seguro. Não havia uma norma específica para os planos de saúde, que envolvesse operadoras de planos de saúde, prestadores e clientes (CARVALHO; CECÍLIO, 2007). Em suma, o setor permanecia à margem de qualquer tipo de regulação específica.

Atualmente, o marco regulatório da assistência suplementar de saúde é composto pela Lei nº 9.656, de 1998, modificada pela Medida Provisória (MP) nº 2.177-44 de 2001 e pela Lei nº 9.961, de 2000.

A Lei nº 9.656/98, dentre outros aspectos, define padrões mínimos de cobertura, estabelece critérios para entrada e funcionamento de empresas no setor, atribui ao Poder Executivo a responsabilidade de regulação e fiscalização das empresas, elenca impedimentos das restrições de atendimento e obriga a inclusão de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Lei nº 9.961/00 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a configura como uma autarquia sob o regime especial vinculada ao Ministério da Saúde (MS). A agência é criada com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e clientes.

Ainda que tenha sido um avanço no campo burocrático, a regulação realizada pela ANS tem sido alvo de diversas críticas, não somente dos estudiosos do campo da saúde, mas também dos mais diversos setores da sociedade que exigem um maior controle sobre o mercado de planos e seguros privados de saúde (SOUZA, 2005; SCHEFFER 2006; BAHIA, 2001; BAHIA, 2005). As críticas recaem menos sobre a legislação regulatória e mais na insuficiente implementação prática das regras legais para controle do setor (BAHIA, 2001).

Pelo caráter econômico da assistência médica suplementar, outra ferramenta para a solução judicial dos litígios tem sido o Código de Defesa do Consumidor (CDC). O CDC traz o regramento jurídico que deve nortear as relações de consumo. Surge diretamente relacionado com a ideia de justiça, à medida que veio suprir a necessidade, assinalada pela Constituição, de promoção da defesa do consumidor, tendo em vista o reconhecimento de sua vulnerabilidade. Dessa forma, constitui-se no arcabouço basilar de todas as outras regras que tratem das relações de consumo (SALAZAR; RODRIGUES; JÚNIOR, 2003).

Entretanto, apesar dos avanços tanto por parte do conjunto de artigos constitucionais, como do grupo de leis que pretendem dirimir os conflitos inerentes à assistência médica suplementar e promover uma convivência harmônica entre a essencialidade das ações de saúde definido na constituição e a lucratividade do mercado de planos e seguros privados de saúde, ainda são grandes as divergências que adentram os tribunais, dotando esta terceira parte de um importante papel no desenho da política de saúde no Brasil.



Nesse sentido, a judicialização da assistência médica suplementar torna-se assim um objeto a requerer investigação, especialmente no que diz respeito à fundamentação que os juízes têm utilizado, pois aí se podem encontrar informações reveladoras a cerca das características das políticas públicas e das relações sociais que levam à judicialização.

Diante do exposto, este artigo objetiva analisar a fundamentação presente nas sentenças judiciais relativas à assistência médica suplementar num tribunal do Nordeste, inclusive no que toca ao uso das leis, regras e normas relativas a regulação do setor.

### ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, em que são analisadas todas as ações judiciais do tipo Agravo de Instrumento (AI) julgadas em segunda instância no Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) no biênio 2012-2013 e que dizem respeito à assistência médica suplementar.

A opção pela segunda instância deve-se, principalmente, ao fato de os processos que tramitam por estar esfera estarem disponíveis na íntegra e com acesso público através dos sítios eletrônicos dos tribunais estaduais. Além desse motivo de ordem prática, a instância recursal apresenta a vantagem de expressar o posicionamento colegiado (de três juízes diferentes) na definição do mérito da questão, o que tende a tornar mais consistente a fundamentação das sentenças, objeto precípua deste estudo.

A busca das ações foi realizada no período de setembro e outubro de 2014 no sítio eletrônico do TJPE. Para tanto, foram eleitas como palavras-chaves: “plano de saúde”, “seguro-saúde” e “saúde suplementar” e como filtros: o período de julgamento (2012-2013) e a classe da ação – AI.

Para o ano de 2013, foi encontrado um montante de 289 ações. Destas, foram excluídas: as ações repetidas, as que não tratavam da AMS, as que pleiteiem bens ou serviços exclusivamente odontológicos e as que tratavam da assistência médica suplementar, mas que o recurso dizia respeito apenas às questões específicas do Direito, como o correto uso do Código do Processo Civil ou os valores das multas para danos morais. Após as exclusões, o ano de 2013 totalizou 230 ações. Para o ano de 2012, foram identificadas 168, que, utilizando-se os mesmos critérios de exclusão, foram reduzidas a 95 ações. Dessa forma, o corpus final de análise apresentou 326 ações.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado (anexo 01) adaptado de dois instrumentos já validados por Scheffer (2006) e Alves *et alii.*, (2009), dividido em 03 dimensões: características da ação judicial (identificação dos acórdãos, data do julgamento, titularidade do autor da ação, tema da ação, modalidade da operadora, nome da operadora, forma e data de contratação do plano/seguro, resultado do processo), base legal (leis, súmulas ou jurisprudências utilizadas), e aspectos regulatórios (normas da ANS, normas anteriores à criação da ANS publicadas por outros órgãos, pareceres ou outras publicações de associações e entidades). Como também, foi feito o preenchimento de planilha (anexo 2) com os grifos da fundamentação dos juízes.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na etapa quantitativa utilizou-se o programa STATA versão 12 para o cálculo de frequências absolutas e relativas, para a análise da distribuição dos tipos de operadoras nas ações judiciais foi calculado o indicador de litigância, dividindo a população litigante pela população total de clientes de cada modalidade contabilizada pela ANS no período. Na etapa qualitativa empregou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise da fundamentação utilizada pelos juízes para solucionar os conflitos entre operadoras de planos e seguros privados de saúde e seus clientes, num primeiro momento, buscou-se identificação da legislação utilizada pelos magistrados, como descrito na Tabela 01.

**Tabela 01.** Legislação citada nos julgamentos relativos à assistência médica suplementar no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Legislação</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
CDC	227	45,5
Súmulas SJT e TJPE	100	20,0
Lei. 9.656/98	95	19,0
Estatuto do Idoso	24	4,8
Constituição Federal	13	2,6
Outros	41	8,2

Os dados demonstram que o CDC é a lei mais evocada, possui mais do que o dobro de aparições da legislação que regulamenta os planos e seguros privados de saúde, a Lei nº 9.656/98. As súmulas emitidas pelos tribunais estaduais e pelo Superior Tribunal de Justiça

(STJ) também têm espaço nas sentenças proferidas pelos Juízos de segunda instância. A Constituição federal de 1988 (CF-88), por sua vez, é destacada em um número pouco expressivo de litígios. Por fim, a Lei Orgânica da Saúde<sup>20</sup> sequer aparece nas ações analisadas.

É notória a consolidação do CDC como legislação prioritária para dirimir as divergências entre clientes e operadoras. Pesquisas relatam porcentagens de 11,3% (TJ-RJ nos anos de 2003-2004), 31,7% (TJ-RJ nos anos de 2004-2005), 62,7% (TJ-SP nos anos de 1999-2004) e 59% (TJ-SP nos anos de 2009-2010). É relevante dizer que, em apenas um dos períodos citados, a Lei nº 9.656/98 foi mais acionada do que o CDC. O uso mais frequente do CDC se explica, provavelmente, pela forte presença de planos privados antigos nos litígios, já que estes não são atingidos pela lei que regulamenta o setor (SOUZA, et al., 2007; SCHEFFER, 2006; SCHEFFER, 2013; ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

A indefinição acerca da possibilidade de aplicação da Lei nº 9.656/98 no julgamento das supostas práticas abusivas dos planos privados antigos perdura desde a aprovação da lei. De fato, até agora não houve julgamento definitivo da Ação Direita de Inconstitucionalidade (ADI) nº 1.931/2003, protocolada pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, ainda que a liminar tenha considerado inconstitucional a aplicação retroativa da Lei nº 9.656/98. No vazio regulatório, o CDC e também, recentemente, as súmulas dos tribunais encontram um extenso espaço.

Além disso, o uso do CDC foi legitimado pela própria regulação da AMS. Antes da regulamentação dos planos de saúde, eram o CDC e o Código Civil, além da CF-88, as legislações utilizadas para sustentar as decisões judiciais. Com a aprovação da Lei nº 9.656/98, houve um reforço do uso do CDC, pois a própria lei prevê sua aplicação subsidiária aos contratos. Vale dizer que o STJ decidiu que pode ser aplicado o CDC mesmo aos planos anteriores à sua sanção, em 1997, sem que se possa falar em retroatividade da lei<sup>21</sup>, pois se trata de norma de ordem pública e o contrato de plano privado de saúde tem natureza de trato sucessivo.

---

<sup>20</sup> Lei nº 8080 de 1990 e Lei nº 8142 de 1990.

<sup>21</sup> Mesmo que se trate de contrato de plano de saúde celebrado anteriormente à vigência do Código de Defesa do Consumidor, a proteção do beneficiário contra os abusos dos fornecedores deverá ser garantida, sem que, para tanto, se fale em retroatividade da lei, pois a “defesa do consumidor” é princípio geral da atividade econômica, o que foi, inclusive, previsto expressamente no art. 170, V, da Constituição Federal de 1988. Neste

A escolha da norma legislativa a servir de fundamento para as sentenças faz emergir uma questão importante relacionada às concepções de saúde como direito ou como mercadoria. Não há como negar que o uso frequente do CDC significa o fortalecimento da concepção que reduz a saúde a uma mercadoria, a um produto de uma típica relação de consumo. Nesta relação, o plano privado de saúde é o instrumento que estabelece a ligação entre o cliente e o fornecedor.

Assim, pela fundamentação das sentenças, pode-se inferir que predomina no Judiciário, quando julgando as ações relativas à saúde suplementar, a compreensão de que se trata meramente de uma relação de consumo. Desse modo, ainda que prevaleçam decisões favoráveis aos clientes, acaba-se por desconsiderar as complexas relações entre o público e o privado na assistência à saúde no Brasil, como também, são menosprezadas as particularidades do objeto saúde que não se resumem aos elementos mercantilistas. Como se observa nas fundamentações abaixo:

Agravo de instrumento 01: “Enquanto a agravante busca a forma menos onerosa e mais arriscada de tratar da vida de sua segurada, *como mercadoria que pode ser negociada da forma menos onerosa*, existe um eloqüente risco da demora para o outro pólo da demanda”

Agravo de instrumento 02: “A par disso, evidente se mostra que o negócio jurídico celebrado entre as partes litigantes *não passa de uma típica relação de consumo*. Além disso, é notório que o escopo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto bastando que esteja contemplada contratualmente a cobertura referente à patologia identificada”

Agravo de instrumento 03: “Em que pese se tratar de uma *relação tipicamente de consumo*, sujeitos a regras do CDC”

Agravo de instrumento 04: “A *relação travada é essencialmente consumerista*, sendo a paciente a consumidora dos serviços de cobertura médico-hospitalar, portanto, hipossuficiente, vulnerável e constitucionalmente protegida”

Não se pode desconsiderar que o CDC tem permitido um maior acesso a bens e serviços e tem solucionado arbitrariedades das operadoras frente a seus clientes, sendo hoje uma importante ferramenta garantidora de direitos. O que se destaca aqui é o fato de várias sentenças judiciais, ao tomar as arbitrariedades do contrato e as infringências ao consumo como o eixo norteador da decisão, não valorizarem a concepção constitucional da saúde

---

sentido, dispõe a súmula 469 do STJ: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

como direito no Brasil. O forte uso do CDC não está baseado apenas em sua capacidade resolutive, mas também na hegemonia de uma concepção de saúde restrita a um objeto de consumo. O direito ferido, em essência, é o do consumidor, não o do cidadão.

Situar a relação de clientes de planos e seguros privados de saúde e operadoras apenas no cenário do consumo, como um mercado independente, desconsidera a clara articulação entre o privado e o público no sistema de saúde brasileiro, onde profissionais, recursos, formas de regulação, serviços, etc., a todo tempo, são disputados pelos dois segmentos, criando uma relação concorrencial. Não considerar estas questões quando se trata do segmento de planos e seguros privados de saúde contribui para a chamada opacidade cognitiva, da qual o Poder Judiciário não está imune, como salienta Menicucci (2011):

Em geral, a análise desses dois segmentos em que se organiza a assistência a saúde no Brasil é feita de forma segmentada, sendo que o foco ou se centra no SUS ou se centra nos chamados planos de saúde. Raramente as imbricações entre os dois sistemas são consideradas, e muito menos as conseqüências da existência de um sistema dual para o financiamento, para a eficácia da assistência e para a sustentabilidade política do sistema público. Se não fazem parte das análises setoriais, muito menos a relação entre os dois sistemas está na agenda pública e/ou governamental, o que significa que não estão sendo formatadas propostas de políticas públicas alternativas, operando-se – para além da opacidade cognitiva – uma certa naturalização do estado de coisas vigente na política de saúde do Brasil, ou seja, a convivência entre um sistema público (sob a responsabilidade do poder público) e de um sistema privado (sob a responsabilidade de setores empresariais), apesar da existência de fortes vasos comunicantes entre os dois, quase nunca problematizados (MENEUCUCCI, 2011, p. 185)

É importante acrescentar, todavia, que o largo uso do CDC se acompanha do recurso também frequente a legislações mais abrangentes, e aos princípios fundamentais da República brasileira, buscando, claramente, a defesa do bem da vida e da dignidade humana (SOUZA, *et al.*, 2007). Como demonstram os argumentos abaixo:

Agravo de instrumento 05: “Afinal, é vedada a exclusão de cobertura a tal internamento, haja vista as regras protecionistas previstas pela lei consumeristas e o princípio da dignidade da pessoa humana”

Agravo de instrumento 06: “Não se pode olvidar que o que se pretende tutelar é bem jurídico da maior importância, qual seja, a vida humana, cuja proteção decorre de imperativo constitucional, como prevê o art.5, caput, da Constituição Federal, tendo primazia sobre qualquer bem ou interesse meramente patrimonial”

Agravo de instrumento 07: “Os direitos conflitantes são de relevância jurídica distinta, sendo a saúde corolário do princípio da dignidade humana, um dos dogmas máximos do ordenamento jurídico pátrio, que deve, na medida do

possível, ser preservado quando contraposto ao *pacta sunt servanda*, pois esse, como de sabença geral, não é absoluto, sobretudo nos casos que envolvem o direito do consumidor”

Vale destacar a oscilação nos fundamentos das sentenças: de um lado, a proteção do consumidor; de outro, a defesa dos direitos de cidadania e da dignidade humana. Certamente, tal oscilação decorre das próprias inconsistências da legislação. Com efeito, ao formular o SUS, nem a Constituição nem a Lei nº 8.080/90 deixaram claros os limites e as possibilidades de atuação do setor privado. Apesar de definir a relevância pública das ações de saúde, não há, nas leis, a definição de responsabilidades dentro do sistema de saúde relativas a uma regulação efetiva do setor privado não conveniado ou não-contratado pelo SUS. A convivência (contraditória) entre um sistema pautado nas necessidades de saúde e a outro guiado pela capacidade de pagamento está legitimada, mas não regulada, pela Lei Orgânica da Saúde.

Ainda que a Lei nº 8.080/90 seja clara no artigo primeiro em afirmar que seus princípios devem regular todas as ações e serviços de saúde, independentemente da natureza jurídica do prestador<sup>22</sup>, esta afirmação genérica não foi capaz de garantir sua aplicação à assistência médica suplementar. Ao mesmo tempo, não há no capítulo II da lei - que faz menção à participação complementar - qualquer referência ao mercado de planos e seguros privados de saúde.

A ausência de qualquer dispositivo para a regulamentação da AMS na Lei nº 8.080/90 deve-se, provavelmente, ao fato da disputa entre os partidários do SUS e os representantes do setor privado contratado pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ter assumido o centro da arena política e, assim, ter feito escapar aos militantes da Reforma Sanitária o movimento de crescimento da AMS, que veio a encontrar mais espaço ainda com o fenômeno da universalização excludente (FAVERET-FILHO; OLIVEIRA, 1990), ocorrido com a implantação do SUS a partir do início dos anos 1990.

Outro destaque na fundamentação do Judiciário foi o alargamento do uso das súmulas, a ponto de ser o segundo instrumento jurídico mais utilizado. Neste trabalho, sete súmulas estiveram presentes, sendo duas do STJ e cinco do TJPE. A análise do teor das súmulas

---

<sup>22</sup> Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 1990).

revela que a maioria delas trata de coibir a limitação de coberturas (cinco delas, sendo uma do SJT e quatro do TJPE), ao passo que as duas restantes tratam da aplicação do CDC aos planos privados de saúde e da rescisão de contrato em planos privados de saúde coletivos. Esse achado apenas reitera que a negação de cobertura e a deficiente regulação dos planos antigos e coletivos são os principais gatilhos para a eclosão dos litígios.

Vale registrar que as súmulas configuram como ferramentas facilitadoras do Direito, pois otimizam a jurisprudência dos tribunais nos temas mais frequentes. Porém, no que toca à assistência médica suplementar, percebe-se um volumoso número de citações de temas que dizem respeito às lacunas da regulação, o que aponta para a urgente necessidade do aprimoramento das regras que incidem sobre o mercado e as operadoras.

**Quadro 01.** Súmulas citadas nas ações julgadas relativas à Assistência Médica Suplementar e no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

Súmulas	Descrição	Tribunal
302	É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.	STJ
469	Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.	STJ
008	É abusiva a negativa de cobertura de doença preexistente, quando o usuário não foi submetido a prévio exame médico, salvo comprovada má-fé.	TJPE
011	É abusiva a negativa de cobertura de stent, ainda que expressamente excluída do contrato de assistência à saúde.	TJPE
035	A negativa de cobertura fundada em cláusula abusiva de contrato de assistência à saúde pode dar ensejo à indenização por dano moral.	TJPE
054	É abusiva a negativa de cobertura de próteses e órteses, vinculadas ou conseqüentes de procedimento cirúrgico, ainda que de cobertura expressamente excluída ou limitada, no contrato de assistência à saúde.	TJPE
102	Extinto o vínculo laboral do segurado em regime coletivo empresarial, a operadora de saúde deve lhe dispor plano ou seguro na modalidade individual ou familiar, sem novos prazos de carência e no mesmo valor da contraprestação.	TJPE

Além do uso das leis, foi investigado também, o uso das normas exaradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na fundamentação das sentenças. Em apenas 10% das decisões, houve por parte do TJPE a utilização das normas da agência reguladora para resolver as celeumas, como observado na tabela 02.

**Tabela 02.** Utilização do marco regulatório nas sentenças relativas à assistência médica suplementar julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Citação de norma da ANS (n=326)</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>Uso das normas da ANS (n=33)</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Utiliza Norma	33	10.1	Favorável aos clientes	31	93.9
Não Utiliza Norma	293	89.9	Não favorável às operadoras	2	6.1
<b>Tipo de norma da ANS citada (n=33)</b>					
Resolução normativa	55	45.6			
Rol de procedimentos	14	42.4			
Instruções normativas	2	6.0			
Súmulas normativas	1	3.0			
Resoluções operacionais	1	3.0			
<b>Assunto das normas da ANS citadas (n=33)</b>					
Cobertura Assistencial – Rol de procedimentos	14	42.4			
Reajuste em Planos Médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica	5	15.3			
Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário	5	15.3			
Aposentados e Demitidos	2	6.0			
Modalidades de Operação no Mercado de Saúde Suplementar	1	3.0			
Adaptação à Lei nº 9.656/98 e/ou Migração de Contratos	1	3.0			
Exigência de Caução	1	3.0			
Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede)	1	3.0			
Alienação de Carteira	1	3.0			
Portabilidade de Carências	1	3.0			
Resolução Operacional (Não possui assunto)	1	3.0			
<b>Citação de normas Pré-Agência (n=326)</b>					
Utiliza Norma	15	4.6	<b>Uso das normas anteriores à ANS (n=326)</b>		
Não Utiliza Norma	311	95.4	Favorável aos clientes	13	86,5
			Favorável às operadoras	2	13,5
<b>Citação de parecer de entidades e organizações (n=326)</b>					
Secretaria de Direito Econômico	4	1.2	<b>Uso das normas de entidades e organizações (n=326)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Associações médicas/especialidades	3	0.9	Favorável aos clientes	9	90,0
ANVISA	1	0.3	Favorável às operadoras	1	10,0
Conselho Federal de Medicina	1	0.3			
Associação de defesa dos usuários de seguros, planos e sistemas de saúde.	1	0.3			
Não Utiliza Entidade	316	97.0			



A pouca utilização das normas da ANS nas ações indica, certamente, uma fragilidade no processo de condução e implementação da regulação. Ainda que venha apresentando avanços importantes, a regulação via agência atua num palco de diversos confrontos, onde as soluções apenas técnicas têm poucas chances de serem exitosas, sem a pactuação nas esferas políticas (MENICUCCI, 2011). Os conflitos entre as empresas de assistência médica suplementar, os prestadores de serviços e os clientes ainda parecem distantes de uma efetiva conciliação pela via da regulação tal como se apresenta.

Contudo, é válido lembrar que não apenas as normas da ANS são pouco usadas pelo Poder Judiciário. A própria Lei nº 9.656/98 é pouco citada. Os tribunais têm se amparado em legislações mais abrangentes e buscam, claramente, a defesa dos direitos à vida e a regularização das situações mercantis da AMS. Tais marcos mais ampliados ultrapassam o escopo das normas da ANS e esvaziam seu papel no processo de regulação. Na prática, a Agência tem assumido um papel restrito no processo de negociação, baseando-se na concepção de uma possível neutralidade frente às operadoras e aos consumidores (GAMA; et al., 2002).

Para compreender melhor o pouco recurso às normas da ANS pelos juízes, cabe assinalar a disputa de forças que permeia a regulação da AMS no Brasil. Um pressuposto implícito na formulação das normas é que os laços clientelistas que, às vezes, regem os interesses setoriais sejam rompidos, na medida em que se criem mecanismos institucionais de participação social que representem, equanimemente, todos os atores envolvidos. Assume-se que a capacidade propositiva destas representações tenha peso igualitário nas decisões sobre a regulação, diminuindo assim a margem de atuação de outras instâncias, como o Poder Judiciário, a princípio, externas à regulação (SOUZA et al., 2007).

Nas poucas citações das normas da ANS, a que mais aparece nos processos é o Rol de Procedimentos, que se configura como uma lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos e seguros privados de saúde. O Rol é revisto a cada dois anos (ANS, 2014). Na maior parte das ações, o mesmo é citado pelo setor suplementar, em primeira instância, para justificar a negativa de cobertura, o que obriga os juízes a utilizá-lo em seus argumentos no deferimento dos acórdãos, na maioria das vezes atenuando sua importância:

Agravo de instrumento 08: “A competência da ANS é a de publicar, *de forma taxativa*, o rol mínimo de coberturas obrigatórias a serem ofertadas pelos planos

*de saúde. A ANS não dispõe de poder para restringir ou limitar a responsabilidade das operadoras de plano de saúde, que, na verdade advém de lei e dos próprios contratos celebrados com os consumidores”*

*Agravo de instrumento 09: “O medicamento/tratamento prescrito não configurar em rol de procedimentos da ANS, de forma alguma, pode motivar a negativa de fornecimento por parte da operadora recorrente”*

*Agravo de instrumento 10: “(...) porquanto o rol da ANS tem natureza exemplificativa”*

*Agravo de instrumento 11: “O rol divulgado pela agência reguladora não é taxativo, servindo como mera referência de cobertura para os operadoras de plano de privado”*

Não se pode negar que o Rol de Procedimentos foi um dos responsáveis por um novo ordenamento do setor. Sua edição foi, sem dúvida, a principal mudança no formato da regulação assistencial, pois trazia o entendimento de que a atividade assistencial das empresas não mais se limitava à observância do cumprimento contratual, mas ao atendimento das atividades assistenciais constantes no rol de cobertura integral, conforme previsto pela lei (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008). A importância do Rol de Procedimentos, diferentemente do que é visto na fundamentação dos juízes, tem sido sublinhada pelo CNJ:

ENUNCIADO Nº 21: Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei nº 9.656/1998, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

ENUNCIADO Nº 23: Nas demandas judiciais em que se discutir qualquer questão relacionada à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), recomenda-se a consulta, pela via eletrônica e/ou expedição de ofício, a esta agência Reguladora para os esclarecimentos necessários sobre a questão em litígio.

ENUNCIADO Nº 27 : A Resolução nº 1.956/2010 do Conselho Federal de Medicina, a Resolução nº 115/2012 do Conselho Federal de Odontologia e o rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes na ANS, e suas alterações, são de observância obrigatória.

ENUNCIADO Nº 28: Nas decisões liminares para o fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, o juiz deve exigir a descrição técnica e não a marca específica e/ou o fornecedor, em consonância com o rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes na ANS e na Resolução n. 1956/2010 do CFM, bem como a lista de verificação prévia sugerida pelo CNJ.

ENUNCIADO Nº 36: O tratamento das complicações de procedimentos médicos e cirúrgicos decorrentes de procedimentos não cobertos tem obrigatoriedade de cobertura, respeitando-se as disposições do rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS e as segmentações contratadas.

(CNJ, 2014).

É necessário atentar ao fato de que, ao longo do tempo, a atualização do Rol de Procedimentos, tornando-o mais completo, atenuou sua função de elencar uma cobertura mínima e acentuou seu uso como um caminho para a incorporação tecnológica, uma vez que a entrada de dado procedimento no rol define a obrigatoriedade da sua oferta pelos planos e seguros privados de saúde, materializando, muitas das vezes o resultado das disputas entre indústrias, profissionais e operadoras. Os litígios que envolvem o Rol de Procedimentos não se concentram mais em procedimentos básicos, mas sim, nas novas tecnologias que pleiteiam entrada na AMS. E o Judiciário tem sido um dos principais palcos desta disputa (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

Ainda no que toca ao Rol de Procedimentos, ocorre um fenômeno, semelhante ao descrito sobre o uso do CDC, de redução do conceito de saúde, neste caso, a uma lista de procedimentos médico-hospitalares. Logo, ainda que de inegável importância, a focalização da política regulatória na garantia de uma lista mínima de serviços a serem ofertados, especialmente de média e alta complexidade, é preocupante e precisa ser questionado, porque não engloba o conceito ampliado de saúde e a integralidade.

Além das 14 citações do Rol de Procedimentos, mais 19 outras normas da ANS estiveram presentes nas ações do TJPE. Entre estas, o tipo mais identificado foi a resolução normativa, enquanto as súmulas, as instruções normativas e as resoluções operacionais pouco apareceram.

Desde a criação da ANS até o ano de 2014, foram editadas 371 resoluções normativas (RN). A preponderância das RN já era um resultado esperado, uma vez que são os instrumentos de maior impacto sobre o mercado, pois trazem maior detalhamento e definem a política institucional. A maior parte dos demais instrumentos cumpre um papel de interno e operacional, relativo ao funcionamento da ANS. A principal exceção fica a cargo das súmulas normativas que expressam o entendimento da direção colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação (ANS, 2014; SANTOS; MALTA; MERHY, 2008).

**Quadro 02.** Normas da ANS citadas nas ações relativas à assistência médica suplementar julgadas no TJPE nos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

RESOLUÇÃO	Descrição
ROL DE PROCEDIMENTOS	-----
RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009	Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009	Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011	Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 156, DE 8 DE JUNHO DE 2007	Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 13, DE 21 DE JULHO DE 2006 DA DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS	Define os procedimentos da comunicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, contratados por pessoa jurídica, independente de sua segmentação e da data de contratação, previstos nas Resoluções Normativas - RN nº 128, e RN nº 129, de 19 de maio de 2006.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 279, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011	Dispõe sobre a regulamentação do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 145, DE 15 DE JANEIRO DE 2007	Altera a Resolução Normativa – RN nº 112, de 28 de setembro de 2005, que dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde e o art. 25 da Resolução Normativa RN nº 124, de 30 de março de 2006.
SÚMULA NORMATIVA N° 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010.	O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.
RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO N° 1.353, DE 21 DE JANEIRO DE 2013	Dispõe sobre a concessão da portabilidade extraordinária aos beneficiários da operadora RECIFE MERIDIONAL ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 196, DE 14 DE JULHO DE 2009	Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 254, DE 5 DE MAIO DE 2011	Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 74, DE 07 DE MAIO DE 2004	Estabelece critérios para reajuste das contraprestações Pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde.
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 44, DE 24 DE JULHO DE 2003	Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Quanto ao assunto sobre o qual versam as normas da ANS, a coberta assistencial (rol de procedimentos e rede de abrangência), os reajustes e as questões de contratação (carência na migração de planos, direitos de demitidos e aposentados de empresas com planos coletivos) são os três assuntos mais presentes. Outro importante aspecto a ser considerado é se a norma foi citada para beneficiar os clientes ou as operadoras de planos e seguros privados de saúde. A análise dos dados demonstra que a maioria das normas favoreceu aos clientes. Em apenas duas ações, atenderam às demandas do setor suplementar. Em ambas, a norma em questão é o rol de procedimentos.

Verificando-se temas em que as normas da ANS mais são citadas, a análise comparada demonstrou que, proporcionalmente, o tema do reajuste devido à sinistralidade foi o que teve maior presença, com metade de suas ações citando as normas da Agência na decisão, seguidas pelas questões de rescisão e cobertura. Ainda é importante salientar que, em quase todos os temas, há mais ações sem a citação das normas da ANS, do que ações em que são citadas.

**Tabela 03.** Uso das normas da ANS segundo o tema das ações relativas à Assistência Médica Suplementar julgadas no TJPE nos anos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

<b>Tema</b>	<b>Cita norma (n) (%)</b>	<b>Não cita norma (n) (%)</b>	<b>Total (n) (%)</b>
Cobertura/câncer	1 11.1	8 88.9	9 100
Benefício Legal/demissão	2 11.8	15 88.2	17 100
Reajuste/Faixa Etária	2 3.9	50 96.1	52 100
Reajuste/Sinistralidade	4 50.0	4 50.0	8 100
RUC*/empresaxoperadora	1 5.3	18 94.7	19 100
RUC*/ empresaXconsumidor	1 100.0	0 0.0	1 100
RUC*por falta de pagamento	2 40.0	3 60.0	5 100
Cobertura/medicamento	2 5.9	32 94.1	34 100
Cobertura/cirurgia	1 4.2	23 95.8	24 100
Cobertura/Homecar	2 9.5	19 90.5	21 100
Cobertura/psiquiátrico	2 28.6	5 71.4	7 100
Benefício Legal/Óbito	1 25.0	3 75.0	4 100
Cobertura/obesidade mórbida	1 6.2	15 93.8	16 100
Cobertura/próteses/materiais	5 16.1	26 83.9	31 100
Cobertura hospitais não credenciado	1 5.3	18 94.7	19 100
Coberturas diversas	1 10.0	9 90.0	10 100
Carência	2 12.5	14 87.5	16 100
Outros	2 6.1	31 93.9	33 100

\*RUC: rescisão unilateral de contrato.

Um ponto merece atenção na análise do uso dado às normas da ANS é a total ausência do ressarcimento ao SUS. Já foram publicadas mais de 52 normas pela ANS e pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) sobre o tema, e nenhuma comparece às sentenças. Não há por parte de clientes, advogados, operadoras ou até do próprio Poder Judiciário qualquer menção ao ressarcimento. Pelo contrário, a menção ao SUS ocorre na tentativa de descrédito. Nos argumentos contidos nas ações judiciais, encontra-se um discurso que salienta a baixa qualidade dos serviços ofertados diretamente pelo SUS, como se observa a seguir:

*Agravo de instrumento 12: “Informa que teve que ser encaminhado ao hospital do SUS (PROCAPE), tendo que ficar em meio a corredores superlotados e em precárias condições, mesmo se encontrando adimplente com suas obrigações perante à agravada”*

*Agravo de instrumento 13: “No meu entender, a simples alegação de a prótese nacional é utilizada pelo SUS não se mostra suficiente para afastar a justificativa do médico da autora/apelada para utilização do material importado”*

*Agravo de instrumento 14: “É evidente que a recusa da operadora, quando o agravado se encontrava em situação de adimplência, ensejou prejuízos de grande proporção, porque se viu este atendido na rede pública quando deveria ter sido assistido por médicos e hospitais particulares, da rede conveniada da agravante”*

*Agravo de instrumento 15: “E o objetivo maior dos contratos desta natureza é justamente garantir a tranquilidade, principalmente na velhice, da prestação dos serviços de saúde privado, ante a falência da saúde pública”*

É curioso observar que a referência de melhor qualidade da assistência médica suplementar que se encontra nos argumentos dos juízes tem força para manter-se mesmo numa ação judicial que pleiteia a reparação de danos causados pela má qualidade ou pela ausência de atendimento aos clientes de planos e seguros saúde privados de saúde. O discurso do “fracasso das intenções universalizantes” ou “o SUS não deu certo” tem sido recorrente no debate sobre o sistema de saúde brasileiro, e também está presente no Judiciário.

Por outro lado, o SUS é abordado na fundamentação das sentenças judiciais na reiteração da ideia de suplementar. O sistema de saúde brasileiro que aparece nas ações é aquele onde, na dualidade do público versus privado, este sobrevive de modo independente do público e o público se reveste de baixa qualidade, como visto acima. Observem-se os argumentos que seguem:



*Agravo de instrumento 16: “Não seria demasiado acrescentar que a obrigação da seguradora com seus segurados não é ilimitada, devendo ater-se às cláusulas do contrato e em caso de desconsideração de alguma delas, à natureza e à finalidade do produto oferecido. Por seu turno, a medida que a saúde é um direito constitucionalmente assegurado, implica em dever do Estado a concessão das medidas necessárias a sua manutenção. Atente-se nesse sentido ao disposto nos arts. 196 e 198 da Constituição Federal”*

*Agravo de instrumento 17: “Ademais, é indiscutível que o seguro saúde pode albergar limitações e exclusões, afinal a prestação de serviços de saúde universal é obrigação primária do Estado, sendo lícito que os contratantes delimitem adequadamente o serviço a ser coberto. O que não se admite é que essas exclusões contratuais atinjam de morte o próprio objeto da contratação, ensejando uma desigualdade na relação contratual em prejuízo da parte mais fraca, o consumidor”*

*Agravo de instrumento 18: “Sob pena de se impor uma cobertura universal e ilimitada, causando, em consequência, um grave desequilíbrio econômico-financeiro no sistema de planos e seguros privados de assistência a saúde”*

*Agravo de instrumento 19: “Se não fosse isso, não haveria razão de ser, porquanto já existe um sistema nacional (SUS) que atenderia naquilo que ordinário”*

O caráter suplementar na assistência à saúde, como princípio, não é contraditório com a lógica do SUS. Em certa medida, pode-se admitir que serviços não essenciais possam ser oferecidos pelo setor privado, mantendo a subordinação ao interesse público como parâmetro de ordenamento dos recursos disponíveis. A retórica do suplementar, entretanto, apropria-se da legitimidade inerente ao Sistema de Seguridade Social, como conquista de cidadania, para validar uma dinâmica de comercialização de planos de saúde que, na prática, concorre e busca subordinar o interesse público à sua lógica de expansão como atividade empresarial lucrativa (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

Na análise da utilização do marco regulatório identificou-se ainda a citação de normas oriundas de outros órgãos que não a ANS. Basicamente, são normas emanadas do Conselho Nacional de saúde Suplementar, mas há também normas oriundas do Ministério da Saúde ou mesmo de autarquias corporativas como o Conselho Federal de Medicina.

A aplicação destas normas pelo TJPE se mostra, contudo, bastante reduzida. Foram identificadas apenas 15 (4,60%) ações com a aparição de resoluções ou normas anteriores à criação da ANS. Em todos estes processos, são resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) que contribuem para a resolução dos litígios.

**Quadro 03.** Normas anteriores à criação da ANS citadas nas ações relativas à Assistência Médica Suplementar julgadas no TJPE nos anos de 2012 e 2013. Pernambuco, 2015.

RESOLUÇÃO	DESCRIÇÃO
RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 19 DE 25 DE MARÇO DE 1999	Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.
RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 16, DE 25 DE MARÇO DE 1999	Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei 9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde
RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 15, DE 29 DE MARÇO DE 1999	Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 04 de Novembro de 1998.
RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998	Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência
RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 08 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998	Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

<p>RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 21 DE 7 DE ABRIL DE 1999</p>	<p>Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98.</p>
<p>RESOLUÇÃO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 06 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998</p>	<p>Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.</p>

No período anterior à criação da Agência, foram editadas 32 resoluções do CONSU e 30 portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. O CONSU foi o responsável por definir o escopo inicial da regulação, de onde todas as resoluções posteriores. As resoluções do CONSU citadas nas ações tratam de temas que, mesmo passada mais de uma década da regulamentação, que ainda compõem o universo da judicialização da AMS, como a organização dos planos coletivos e a cobertura dos atendimentos de urgência ou emergência.

Atualmente, o CONSU assume um papel consultivo e de supervisão da ANS, do que, de fato, operacional. Sua origem ocorreu num cenário de competição entre o caráter econômico ou assistencial da regulação. Sua criação significou a prioridade do Ministério da Saúde na normatização do setor, mantendo-se o papel regulador do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) nos aspectos econômico-financeiros. Configurando uma regulação bipartite, antes da criação da ANS, o CONSU começou a funcionar, aprovando diversas resoluções, logo foi instituído como órgão regulador e interministerial, ligado à Casa Civil, como o órgão máximo de deliberação (MENICUCCI, 2007).

O resultado foi o reforço do papel da área da saúde, via CONSU, que passou a ter papel equivalente ao CNSP, mudando-se da ideia de uma macrorregulação econômica para o conceito de regulação específica, mantendo-se, contudo, a compreensão de assistência como um produto a ser oferecido ao consumidor. Neste ínterim, define-se no âmbito do Executivo a criação ANS, seguindo a reforma gerencial do Estado brasileiro. A criação da ANS esvaziou o papel do CONSU, limitando-o à definição de diretrizes e à supervisão das atividades de regulação (MENICUCCI, 2007).

Em relação às demais entidades e organizações, em apenas 3,07% das ações foi encontrado algum parecer citado para subsidiar a sentença. Entre as entidades citadas, a que mais se destacou foi a Secretaria de Direito Econômico, órgão ligado ao Ministério da Justiça. As associações médicas e de especialidades, superaram as associações de usuários ou de portadores de patologias.

Com relação ao uso dado tanto para normas oriundas das demais entidades e organizações, como para as normas emitidas antes da criação da ANS, a maior parte das menções beneficiou aos clientes do setor suplementar, como aponta a tabela abaixo.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que o Poder Judiciário ao dirimir os conflitos entre os clientes e as operadoras de planos e seguros privados de saúde, assumiu o CDC como a legislação prioritária. Ainda que com grande capacidade resolutiva, o uso preponderante do CDC traz a tônica da argumentação baseada apenas na lógica do abuso da relação de consumo, o que demonstra que o conflituoso mosaico estrutural entre o público e privado no sistema de saúde brasileiro não tem sido problematizado nos tribunais.

A análise sobre a regulação demonstrou que, ao mesmo tempo em que a ANS se consolidou como o legítimo locus regulatório, sua atuação é incipiente, limitada a temas específicos, como cobertura e reajustes. Mesmo quando citadas, suas normas não são determinantes nas tomadas de decisão. Tampouco parecem ter força para modificar o posicionamento dos magistrados. Por sua vez, as falhas da regulação, que permanecem ao longo do tempo tem oportunizado o aumento do uso das súmulas e do Estatuto do Idoso, que legislam, especialmente, nas lacunas da regulação.

Das normas da ANS, o Rol de Procedimentos é a mais citada pelo TJPE. O seu uso por parte das operadoras como um instrumento para a recusa da cobertura indica uma tendência de redução da assistência à saúde apenas a uma lista de procedimentos. Neste aspecto, o Judiciário tem contribuído para ampliar a atuação da assistência médica suplementar para além do mínimo. Não é estabelecido, entretanto, nesta ampliação, um debate acerca da incorporação tecnológica e a prescrição médica e sua suposta neutralidade diante do mercado.

As questões ligadas ao SUS pouco aparecem na fundamentação das ações. O ressarcimento está completamente ausente e reforça a compreensão dual sobre o sistema de

saúde brasileiro que tem sido majoritária nos julgamentos de ações relativas à assistência médica suplementar. O avanço na ampliação da defesa do consumidor, ou ainda, a defesa da dignidade humana e da vida tão bem estruturados nas fundamentações, parecem não corresponder na mesma medida no amadurecimento da discussão sobre qual será o modelo do sistema de saúde brasileiro e como aperfeiçoar regulação do segmento suplementar, promovendo a redução dos litígios.

#### REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro, Mar. 2014. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

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

BAHIA, L. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T, GERSCHMAN S., EDLER, F. C., SUÁREZ, J.M. Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.329-39, 2001.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 1977.

BRASIL. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõem sobre os planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

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

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2167-2177, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Brasil tem mais de 240 mil processos na área de Saúde. Brasília. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/14096-brasil-tem-mais-de-240-mil-processos-na-area-de-saude> >. Acesso em: 05 abril. 2014.

\_\_\_\_\_. Enunciados aprovados na I Jornada de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. São Paulo, Mai. 2014. Disponível em: < [http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I\\_jornada\\_forum\\_saude/\\_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SAUDE%20-%20PLENRIA%2015-5-14\\_revisado%20Carmem%203.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/eventos/I_jornada_forum_saude/_ENUNCIADOS%20APROVADOS%20NA%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20DA%20SAUDE%20-%20PLENRIA%2015-5-14_revisado%20Carmem%203.pdf)>. Acesso em: 08 de nov. de 2014

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257–283, 1990.

GAMA, A. M., et al. O Espaço da Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. Revista Saúde em Debate, CEBES, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 71-81, 2002.

MENICUCCI, T. M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Gestão Pública e Relação público privado na saúde. SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (org). Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SALAZAR, A. L.; RODRIGUES, K.; JÚNIOR, V. S. N. Assistência privada à saúde: regulamentação, posição IDEC e reflexos no sistema público. In: BRASIL. MINIISTÉRIO DA SAÚDE. Direito Sanitário e Saúde Pública – Volume I. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

SANTOS F.P., MALTA, D. C., MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Ciência & Saúde Coletiva, n.13, v.5, p.1463-1475, 2008.

SCHEFFER, M. A exclusão de coberturas assistenciais nos planos de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, p. 231-247, 2005.

\_\_\_\_\_. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo tribunal de justiça do estado de São Paulo. R. Dir. sanit., São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-132, 2013.

\_\_\_\_\_. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. Dissertação (mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Medicina, 2006.

\_\_\_\_\_. SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. O Remédio via Justiça. Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Série Legislação nº 3. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa nacional de DST e Aids, 2005.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L.E.P.F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.29, v.5, p. 851-866, 2013.

SOUZA R.G.; BODSTEIN R.C.A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. Ciênc Saúde Coletiva, São Paulo, v.7, n.3, 481-492. 2002.

SOUZA R.G. et al. A intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar - tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate, v. 37, p. 44-60, 2007.

SOUZA. M.H.S.C. A Intervenção do Poder Judiciário no Setor de Saúde Suplementar. As Tutelas Antecipadas como instrumento de garantia da Assistência à Saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ NESC, 2005.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Poder Judiciário pode contribuir para a implantação de um sistema de saúde capaz de oferecer um cuidado integral, reduzir iniquidades sociais e superar o modelo biomédico e mercantilista ainda hegemônico. Mas para tanto, é imprescindível que os princípios construídos no seio da Reforma Sanitária e consagrados na Constituição federal cheguem até os tribunais e passem disputar politicamente argumentos e leis que sejam capazes de direcionar a saúde para a promoção da justiça social, também nas ações relativas à assistência médica suplementar, e não apenas naquelas referentes ao subsistema público.

Para avançar nesta discussão, é preciso reconhecer que permanecem as tensões sobre qual modelo de fato seguirá o sistema de saúde brasileiro, se aquele definido na Constituição sob a orientação das necessidades de saúde e da promoção da igualdade, ou se baseado na segmentação da oferta de acordo com as classes sociais e o tipo de seguro adotado. Reconhecida a celeuma que persiste, é imperioso reposicionar os fundamentos da Reforma Sanitária brasileira para disputar a hegemonia da política de saúde, reconhecendo, dentre tantos outros, o Poder Judiciário como um espaço a ser conquistado.

O privado tem sido compreendido nas ações judiciais como uma dimensão independente do público. O que indica uma concepção do sistema de saúde brasileiro onde a dicotomia entre Estado e mercado está bem delimitada, em que desaparecem as inter-relações orgânicas que fundam o mosaico atual na área da saúde. Em suma, desaparece a natureza política, da disputa de poder tão marcante na construção do sistema de saúde brasileiro.

Se hoje o Judiciário é uma trincheira a ser ganha pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, a regulação pactuada em bases democráticas também. Neste contexto, é da mobilização da sociedade civil organizada que devem ecoar as vozes para a permanência da defesa do conceito ampliado de saúde, de seus determinantes sociais e seu *statu* de direito social. É urgente a necessidade de aperfeiçoamento da legislação de planos e seguros privados de saúde para que sejam totalmente permeáveis aos princípios do SUS.

O setor privado permanece ocupando um lugar privilegiado na formulação de políticas de saúde. Refrear o crescimento da mercantilização do sistema de saúde brasileiro, sem dúvidas, perpassa pela construção de numa agenda de reforma das instituições do mercado,



a partir da percepção de que, hoje, o domínio privado ocupa funções de Estado, subtrai a natureza pública do SUS e nega o direito social de assistência à saúde, assegurado pela Constituição de 1988 (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Nesse sentido, é fundamental a modificação do atual sistema de alocação de recursos, que, ao mesmo tempo, em que promove um desfinanciamento ao SUS, subsidia o mercado de planos e seguros privados de saúde. É também necessário que a agência reguladora não seja capturada pelo mercado, mas que seja capaz de garantir uma regulação ampla e baseada nos princípios constitucionais, incluindo a regulação dos planos coletivos e anteriores a Lei nº 8080/90. Por fim, a democratização dos mecanismos para incorporação tecnológica nos serviços de saúde, sejam estes públicos ou privados, é estratégica para promover algum grau de igualdade no segmentado sistema de saúde brasileiro, reduzindo inclusive sua judicialização.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado. Tese (doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.
- \_\_\_\_\_. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; 2006.
- ALMEIDA C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1998.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro, Mar. 2014. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 06 mar. 2014.
- \_\_\_\_\_. Apresenta mapeamento inédito do ressarcimento ao SUS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2706-ans-apresenta-mapeamento-inedito-do-ressarcimento-ao-sus#sthash.8MOcci5d.dpuf>. Acesso em: 05 de março de 2015.
- ANDREAZZI, M. F. S. O seguro saúde privado no Brasil. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
- BAHIA, L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Tese (doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- \_\_\_\_\_. Reestratificação das clientela na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1990.
- \_\_\_\_\_. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M.; Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- \_\_\_\_\_. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. Saúde e Sociedade, v.14, n.2, p.9-30, 2005.
- \_\_\_\_\_. SCHEFFER, M., Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. Interface. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO, v.15, n.38, p.947-56, 2011.
- \_\_\_\_\_. SCHEFFER, M. Planos de saúde já doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/2014/10/planos-de-saude-ja-doaram-mais-de-r-8-milhoes-a-candidatos/>. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orçamento Anual. Disponível: < <http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/loa/2014/elaboracao/autografos-e-leis/autografo/volume-iv-detalhamento-das-acoes-orgao-do-poder-executivo-presidencia-da-republica-e-ministerios-exceto-mec/36000-ministerio-da-saude/view>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõem sobre os planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000.

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

CORDEIRO, H.A. As empresas médicas. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FARIAS, L.O., MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.585-598, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Os problemas de Sempre. Revista nº196, São Paulo, 2015. Disponível em < <http://www.idec.org.br/especial/planos-de-saude>>. Acesso em: 27 de março de 2015.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: contradição em processo? Associação brasileira de economia da saúde. *Ensaios temáticos*, 2015. Disponível em: <[http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/estado\\_trabalho\\_03\\_sus\\_carlos\\_ocke.pdf](http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/estado_trabalho_03_sus_carlos_ocke.pdf)>. Acesso em: 12 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, 2009.

\_\_\_\_\_. ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *R. Econ. contemp.*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.157-185, 2006.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.29, v.10, p.1927-1953, 2013.

\_\_\_\_\_. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet, Saúde no Brasil*, p.11-31, 2011.

\_\_\_\_\_. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público/privado no SUS. In: Heimann, L.S.; Ibanhes, L.C.; Barboza, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 111-126.

PEPE, V.L.E (org). *Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

SANTOS, I.S., UGÁ, M. A. D. PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1431-1440, 2008.

SANTOS, B. S. et al. *Os Tribunais nas Sociedades Contemporâneas: O Caso Português*. Porto: Ed. Afrontamento, Coleção Saber Imaginar o Social/8, 1996.

SCHEFFER, M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. *R. Dir. sanit.*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-132, 2013.

SESTELO, J.A.F.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

\_\_\_\_\_. SOUZA, L.E.P.F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.851-866, 2013.

WERNECK VIANNA, M. L. T. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

AANEXOS

ANEXO I – Roteiro de coleta de dados

Planilha: _____		
Características da Ação		
Variável	Categorias	Código
1. Acordão Número	Nº: _____ 99. Não Informado	
2. Data do julgamento	____ (Ano) 99. Não Informado	
3. Titularidade do autor da ação	01. Individual 02. Coletiva/ONG 03. Coletiva/União/Estado/Município/DF 04. Coletiva/MP 05. Coletiva/Procon 06. Coletiva/outros: _____ 99. Não informada	

<p>4. Operadora</p>	<p>01. Golden Cross  02. Fundação CHESF de Assistência e  Seguridade Social  03. Caixa de Assistência dos Funcionários do  Banco do Brasil – CASSI  04. OPS Planos de Saúde S/A  05. UNIMED  06. Sul America Seguro Saúde S/A  07. CAMED - Caixa de Assistência dos  Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil -  OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE  08. Fundação de Seguridade Social – GEAP  09. Excelsior Med S/A  10. Caixa de Previdência e Assistência dos  servidores da fundação Nacional de Saúde -  CAPESEP  11. Bradesco Saúde S/A  12. SISTEL – Fundação de Seguridade Social  13. Operadora de Saúde Amil/Medial  14. Hapvida Assistência Médica  15. Fundação Assistencial dos Servidores do  Ministério da Fazenda – ASSEFAZ  16. Sistema de Assistência a Saúde dos  Servidores de Pernambuco (SASSEPE)  17. TELOS- Fundação Embratel de Seguridade  Social.  18. Caixa de Assisência dos Magistrados de  Pernambuco – CAMPE  19. RECIPREV/SAÚDE RECIFE  20. VIVA PLANOS DE SAÚDE  21. MMS Plano de Saúde LTDA  22. BB SEGURO SAÚDE – BRASIL SAÚDE  COMPANHIA DE SEGUROS  23. Operadora Ideal Saúde LTDA  24. Qualicorp soluções em saúde  25. Omint Serviços de Saúde Ltda.  26. Intermédica sistema de saúde S/A.  27. Grupo serviços de medicina LTDA  28. VIP Saúde  29. Caixa de Assistência Oswaldo Cruz –  FIOSAÚDE  30. ITAÚSEG SAÚDE S/A  31. Fundação compesa de Previdência e  Assistência – COMPREV  32 – Petrobrás  33- PAME - Associação de Assistência Plena em  Saúde.</p>	
---------------------	--	--

5. Modalidade da Operadora	01. Administradora de benefícios 02. Autogestão 03. Cooperativa médica 04. Filantropia 05. Medicina de grupo 06. Seguradora especializada em saúde 99. Não informada	
6. Forma de contratação do Plano	01. Individual 02. Coletiva 88. Não se aplica 99. Não informada	
7. Data de Contratação do Plano	01. Antes a Lei 9656/98 02. Após a Lei 9656/98 88. Não se aplica 99. Não informada	

8. Tema	01. Cobertura/câncer 02. Cobertura/diálise 03. Cobertura/obesidade mórbida 04. Cobertura/transplante 05. Cobertura/próteses e outros materiais 06. Cobertura/urgência e emergência 07. Cobertura/tratamento/hospital e profissionais não credenciado 24. Cobertura/tempo internamento 25. Cobertura/medicamento 26. Cobertura/cirurgia 27. Cobertura/Homecar 28. Cobertura/Psiquiátrico 08. Cobertura/diversas: _____  09. Carência.  10. Benefício Legal /aposentadoria 11. Benefício Legal /demissão 29. Benefício Legal/Óbito  12. Reajuste/anual 13. Reajuste/Faixa Etária 14. Reajuste/Sinistralidade 15. Reajuste/Não especificado  16. Rescisão unilateral do contrato/Individual 17. Rescisão unilateral do contrato/coletivo/empresaXoperadora 18. Rescisão unilateral do contrato/coletivo/empresaXconsumidor 19. Rescisão do contrato por falta de pagamento  20. Descredenciamento de profissionais 21. Descredenciamento de serviços 22. Descredenciamento/outros: _____  23. Outros: _____  99. Não informado	
---------	---	--



9. Resultado	01. Favorável ao beneficiário (FB) 02. Favorável ao setor suplementar 03. Parcialmente FB 04. Parcialmente Favorável ao setor suplementar 05. Outros (recurso prejudicado, acordo, postergada a análise): _____ 99. Não informado	
<b>Base Legal</b>		
10. Principal Legislação Aplicada na decisão	01. CDC 02. Lei. 9.656/98 03. CF/88 04. Lei Orgânica da Saúde 05. Resoluções do CFM e demais conselhos 06. Leis infraconstitucionais da Saúde 07. Súmulas SJT 09. Estatuto de Idoso 08. Outros: _____ 99. Não informado	
<b>Aspectos Regulatórios</b>		
11. Utiliza norma da ANS	01. Sim 02. Não 03. Rol de procedimentos e eventos em saúde 04. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar	

<p>12. Se sim, qual o Tema da Norma</p>	<p>01. Agência Nacional de Saúde Suplementar  02. Fiscalizações  03. Legislações  04. Operadoras – Aspectos econômico-financeiros  05. Operadoras – manutenção de registros  06. Operadoras - Ressarcimento ao SUS  07. Operadoras – Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS)  08. Operadoras – compromissos e interações com a ANS  09. Plano de Saúde – cobertura  10. Plano de Saúde – contratação e troca de plano  11. Plano de Saúde – reajuste de preço  12. Rol de procedimentos e eventos em saúde  13. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar  14. Resolução Operacional – sem assunto  99. Não utiliza Norma</p>	
<p>13. Se sim, qual o assunto da Norma</p>	<p>01. Cobertura Assistencial – Rol de procedimentos  02. Reajuste em Planos Médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica  03. Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário –  04. Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário –  05. Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede)  06. Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário  07. Aposentados e Demitidos  08. Alienação de Carteira  09. Portabilidade de Carências  10. Modalidades de Operação no Mercado de Saúde Suplementar  11. Adaptação à Lei nº 9.656/98 e/ou Migração de Contratos –  12. Exigência de Caução  14. Resolução Operacional sem tema  99. NSA</p>	

14. Se sim, qual a data de publicação da Norma	_____	
15. Se sim, a Norma ainda está em vigor	01. Sim. 02. Não. Revogada pela Norma: _____ 99. NSA	
16. Se sim, qual a utilização da Norma	01. Favoreceu os beneficiários 02. Favoreceu as operadoras 99. NSA	
17. Se sim, qual o tipo da Norma	01. Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) 02. Resoluções Normativas (RN) 03. Súmulas Normativas 04. Resoluções Operacionais(RO) 05. Instruções Normativas 06. Resoluções de Diretoria (RE) 07. Rol de procedimentos 09. CONSU  08. Outros: _____ 99. NSA	
18. Utiliza parecer de entidades ou organizações	01. Sim. 02. Não 99. NSA	

19. Se sim, de qual entidade/organização	01. Ministério da Justiça 02. Secretaria de Direito Econômico (SDE) 03. Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) 04. Conselho Nacional de Saúde (CNS) 05. ABRAMGE (Associação Brasileira da Medicina de Grupo) 06. UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), 07. Sistema UNIMED (congrega as cooperativas médicas) 08.FENASEG (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização) 09. Confederação Nacional de Saúde (CNS) 10. Federação Brasileira de Hospitais (FBH) 11. Conselho Federal de Medicina 12. Associações médicas/especialidades 13. PROCONs 14. IDEC 15. ANVISA 16. ADUSEPS - associação de defesa dos usuarios de seguros, planos e sistemas de saúde. 15. Outros: _____ 99. NSA	
20. Se sim, qual a utilização do parecer	01. Favoreceu os beneficiários 02. Favoreceu as operadoras 99. NSA	
21. Se sim, qual o ano do parecer	_____	
23. Utiliza produtos da mídia	01. Sim. 02. Não 99. NSA	

24. Se sim, qual a utilização	01. Favoreceu os beneficiários 02. Favoreceu as operadoras 99. NSA	
25. Se sim, qual tipo de mídia	01. Jornal impresso 02. Jornal online 03. TV 04. Rádio 05. Outros 99. NSA	
26. Utiliza norma pré-agência	01. Sim. 02. Não 99. NSA	
27. Se sim, qual	01. SUSEP 02. CNSP 03. CONSU 04. NSA	
28. Se sim, qual a utilização	01. Favoreceu os beneficiários 02. Favoreceu as operadoras 99. NSA	

Anexo II- Planilha de coleta de dados – Fundamentação.

Fundamentação			
1. Acordão Número: _____			99. Não informado
Assunto	29. Argumentação do Poder Judiciário:	30. Argumentação do Setor Suplementar:	31. Argumentação dos Beneficiários: