



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Nádia Regina da Silva Pinto

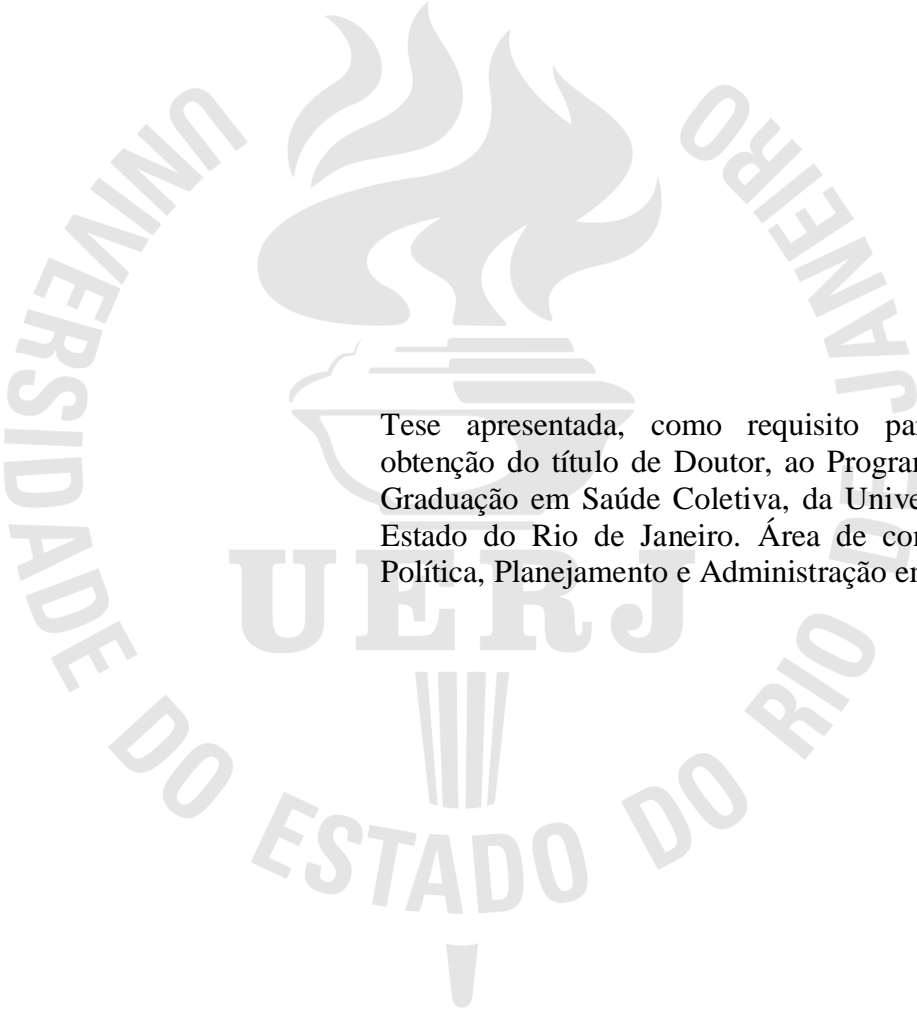
A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciais

Rio de Janeiro

2015

Nádia Regina da Silva Pinto

**A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: a ótica dos magistrados
acerca dos plantões judiciários**



Tese apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P659

Pinto, Nádia Regina da Silva

A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciários / Nádia Regina da Silva Pinto – 2015.
302 f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Judicialização da saúde – Teses. 2. Saúde suplementar – Teses. 3. Emergências – Teses. 4. Direito à saúde – Teses. 5. Decisões judiciais – Teses. I. Castro-Santos, Luiz Antônio de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 351.94:61

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Nádia Regina da Silva Pinto

**A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: a ótica dos magistrados
acerca dos plantões judiciários**

Tese apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 07 de outubro de 2015.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. André Rangel Rios
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Lina Rodrigues de Faria
Universidade Federal do Sul da Bahia

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Para três pessoas muito especiais,

Ao meu marido, Angelo Antunes Salgado, por todo o amor e compreensão incondicionais, atenção, solidariedade, apoio e alegria, essenciais para minha força em acreditar que todo resultado esperado seria conquistado; por não me deixar esmorecer nos momentos mais difíceis da minha vida; por toda a paciência e confiança em mim depositadas, como um anjo da guarda que me ilumina e me faz feliz e como meu grande mentor espiritual e companheiro de todas as horas.

Aos meus amados filhos, Caio Henrique Silva Salgado e Arthur Silva Salgado, pela motivação eloquente; por acenderem em mim o ânimo necessário para a realização deste trabalho; por me trazerem a fórmula mágica da felicidade de pensar que a vida pode ser mais simples e menos complicada na lógica e esperança de crianças tão puras e inocentes, que com seus sorrisos esplendorosos deixam tudo mais leve e tranquilo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a persistência e sabedoria em lutar pelo triunfo de mais esta vitória e pela força para suportar imensuráveis sacrifícios na busca de alcançar meios e fins conciliativos entre estudos, tarefas do lar e trabalho.

Em memória da minha saudosa mãe, Sheila da Silva Pinto (17/09/1949 -18/03/2007), minha eterna estrela guia que me rege e guarda, de quem herdei a perseverança e determinação para resistir contra todas as inúmeras barreiras que se apresentavam no meu caminho, em profunda e eterna gratidão por todo o seu exemplo de mãe carinhosa, dedicada, comprometida e zelosa com a minha educação, resultado de todo o seu empenho, amor infindável e inesquecível.

Ao meu pai, Nelson Luiz da Fonseca Pinto, pelos conselhos profissionais e pelas prudentes recomendações para não trocar as opções certas pelas incertas.

Às minhas irmãs, Eliane Cristina da Silva Pinto Carneiro e Débora Helena da Silva Pinto pela trajetória de lutas desafiadoras compartilhadas na convivência familiar.

À minha avó materna, Yara Basílio da Silva, pelo estímulo à perseverança e à dedicação nos estudos.

À memória de meus entes queridos falecidos: meus avós paternos, Laurentino Pinto e Margarida Fonseca Pinto; e meu avô materno, Jorge Pereira da Silva.

A todos os meus queridos familiares: tios, sobrinhos, primos e demais parentes.

Ao meu orientador e professor Dr. Luiz Antônio de Castro Santos, pela confiança na minha tese e compreensão diante de toda a complexidade vivenciada desde a comunicação no meu ambiente de trabalho da minha aprovação no doutorado, eis que nada teria sido possível sem sua generosidade, flexibilidade e compaixão para a conclusão desta tese de doutorado.

A Vanessa Mendes dos Santos, pela assessoria na elaboração dos instrumentos da coleta de dados.

A todos os amigos e amigas que me apoiaram e, mesmo em silêncio ou distantes, torceram e ainda torcem por mim.

Aos ilustres professores, Dr. Luiz Antônio de Castro Santos, Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Dr. Ruben Araujo de Mattos, Dra. Rosângela Caetano e Dra. Lina Rodrigues de Faria, pelas recomendações pertinentes e de alto padrão na qualificação da minha tese de doutorado.

Ao parecerista Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, pelas relevantes contribuições e indicações de referências literárias.

Aos examinadores titulares Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Dra. Claudia Leite de Moraes, Dr. André Rangel Rios, Dr. Túlio Batista Franco e Dra. Lina Rodrigues de Faria, pela honra do aceite na participação dessa banca de avaliação, além das valiosas contribuições.

Aos examinadores suplentes Dra. Tania Cristina França da Silva, Dr. Fábio Corrêa Souza de Oliveira e Dra. Rosinete de Jesus Silva Ferreira, pelo aceite na composição dessa banca de avaliação.

À Silvia Regina N. Constancio e Simone Motta, da secretaria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pelo atendimento cordial, receptivo e eficiente.

Aos seguranças e recepcionistas do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Supremo Tribunal Federal (STF), atenciosos e colaborativos desde o primeiro momento da minha apresentação como pesquisadora de doutorado.

A todos os magistrados que participaram desta pesquisa, considerando que sem as ilustres Excelências o trabalho não ficaria tão rico e nem completo.

A Anna Maria de Castro Santos, pela dedicação na revisão da norma culta da língua portuguesa.

A Maria Celeste Carvalho Couto, pela formatação de qualidade padrão exigida pela UERJ.

Às bibliotecárias do Instituto de Medicina Social da UERJ, pela orientação técnica experiente para entrega desse feito.

RESUMO

PINTO, Nádya Regina da Silva. **A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar**: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciários. 2015. 302 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Esta tese trata da judicialização da saúde suplementar, particularmente dos serviços de urgência e emergência que requerem prioridade no atendimento em razão de risco iminente de morte ou agravamento de lesões dos pacientes. Constitui-se como objetivo geral analisar o papel dos plantões judiciários na intervenção de conflitos entre usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de saúde. Os objetivos específicos compreenderam: discutir o papel dos plantões judiciários nos conflitos urgentes ou emergentes de usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de saúde; analisar as perspectivas dos magistrados acerca das decisões dos plantões judiciários sobre as ações urgentes dos usuários; identificar, no campo da saúde suplementar, implicações positivas e negativas presentes no recurso ao Poder Judiciário. A metodologia foi qualitativa-descritiva; a amostra populacional incluiu 45 magistrados – juízes, desembargadores e ministros dos Tribunais Superiores. O cenário de estudo foi o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, localizado na capital, além do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, estes últimos localizados em Brasília. Os instrumentos de coleta de dados compreenderam um formulário de caracterização dos magistrados e um roteiro de perguntas pautado na técnica de entrevista individual estruturada gravada. A análise do formulário foi realizada por meio de estatística descritiva, com exposição gráfica e tabular dos resultados. O tratamento das informações das entrevistas foi a análise de conteúdo temático-categorial. Os magistrados declararam que o papel dos plantões judiciários é a intervenção imediata para preservar direitos perecíveis, com base nas necessidades demonstradas e na plausibilidade das alegações da parte autora. Nesse aspecto, na perspectiva dos magistrados, o consumidor tem a garantia rápida do cumprimento forçado da obrigação pelas operadoras de planos privados de saúde, pois o valor maior que se busca proteger é a dignidade da pessoa humana, balizada acima das questões contratuais. De outro lado, foi destacado que, embora as liminares deferidas protagonizem os consumidores, caberá o direito de regresso pela parte contrária, a fim de consolidar o juízo da certeza da magistratura no julgamento final da ação. Outra perspectiva que se apresentou é a desjudicialização, com ênfase na melhoria da política de qualificação da informação e na conciliação dos conflitos no âmbito administrativo. Destacou-se nesse aspecto a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, além da necessária articulação com o Ministério Público, o Poder Judiciário, órgãos de defesa do consumidor e operadoras de planos privados de saúde, como a construção de um Núcleo de Assessoria Técnica específico da saúde suplementar. Quanto aos efeitos da judicialização, existem implicações positivas e negativas para todos os agentes da saúde suplementar, desde a solução litigiosa ao desgaste psicológico do consumidor, respectivamente. Concluiu-se que o ideal é a resolução extrajudicial das demandas nos órgãos administrativos competentes, sem prescindir da judicialização como um direito consagrado na Constituição Brasileira de 1988, o qual, portanto, não pode ser violado ou impedido na solução de conflitos quando for opção do cidadão que sofre uma lesão ou uma ameaça ao seu direito.

Palavras-chave: Judicialização. Saúde suplementar. Urgência e emergência.

ABSTRACT

PINTO, Nádía Regina da Silva. **The judicialization of consumer relations in the supplementary health**: the perspective of magistrates about urgent judicial demands. 2015. 302 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This thesis deals with the judicialization of supplementary health, particularly in urgency and emergency services that require priority in care due to the imminent risk of death or worsening of patient injuries. The main objective is the analysis of the role of judicial intervention in conflicts between insured clients with service providers and private health plans operators. Specific objectives include: to discuss the role of judicial offices in urgent or emerging conflicts of users with service providers and private health plan operators; analyze the perspectives of magistrates about decisions of judicial offices involving urgent actions postulated by insured persons; identify, in the field of supplementary health, positive and negative implications of demands to the Judiciary. The methodology was qualitative - descriptive; the population sample included 45 magistrates – first judges, judges of appeal and ministers of the High Courts. The study scenario was the Court of Justice of the State of Rio de Janeiro, located in the capital, in addition to the Superior Court of Justice and the Federal Supreme Court in Brasília. The data collection instruments comprised a characterization form for magistrates and a questionnaire based on the individual structured recorded interview technique. The analysis of the form was performed through descriptive statistics with graphical and tabular display of the results. The treatment of interview information was the analysis of thematic - categorical content. The magistrates have stated that the role of judicial offices is the immediate intervention to preserve perishable rights, based on the demonstrated needs and plausibility of the author's claims. In this regard, from the perspective of the magistrates, the consumer has the quick guarantee of enforced compliance of the obligation by the operators of private health plans, since the greatest value that is sought to protect is the dignity of the human person above contractual issues. On the other hand, it was highlighted that although the deferred injunctions will lead consumers to the right of return by the opposing party in order to consolidate the judgment of the magistracy's certainty in the final judgment of the action. Another perspective was the disjudicialization with emphasis on improving the information qualification policy and the conciliation of conflicts in the administrative sphere, especially the National Supplementary Health Agency, in addition to the necessary coordination with the Public Ministry, Judiciary, consumer protection organizations and operators of private health plans such as the construction of a specific Technical Assistance Nucleus of supplementary health. With regard to the effects of the judicialization, there are positive and negative implications for all agents of supplementary health, from the litigious solutions to psychological suffering of the consumer, respectively. It was concluded that the ideal is the out-of-court settlement of demands in the competent administrative spheres without neglecting the judicialization as a right included in the Brazilian Constitution of 1988, therefore, can not be violated or prevented in resolving conflicts when it is the option of the citizen who suffers an injury or threat of their rights.

Keywords: Judicialization. Supplementary health. Urgency and emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 –	As legislações citadas nos julgamentos do STJ - Conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde - 1990 - jun/2008 – Brasil .	36
Gráfico 1 –	A urgência e emergência como razão para decidir por Tribunal (Brasil) – [200-?]	49
Figura 1 -	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro	58
Figura 2 –	Superior Tribunal de Justiça	61
Figura 3 –	Supremo Tribunal Federal	64
Gráfico 2 –	O perfil social dos entrevistados por sexo	72
Gráfico 3 –	O perfil social dos entrevistados por faixa etária em anos	73
Gráfico 4 –	O perfil social dos entrevistados por grau de instrução	73
Gráfico 5 –	O perfil social dos entrevistados por titulação	74
Gráfico 6 –	O perfil dos entrevistados por varas ou ramos do direito das áreas de atuação	75
Gráfico 7 –	O perfil dos entrevistados por tempo de experiência nos plantões judiciários (em anos)	76
Quadro 1 –	Distribuição de magistrados entrevistados por Vara, Câmara ou Turma do TJ-RJ, STJ-DF e STF-DF	78
Gráfico 8 –	O papel do plantão judiciário	79
Gráfico 9 –	Os conflitos de urgências ou emergências mais comuns na saúde suplementar	81
Quadro 2 –	O direito de cobertura nas situações de urgência e emergência na saúde suplementar	83
Gráfico 10 –	O agente da saúde suplementar com maior percentual de deferimento nos plantões judiciários	88
Gráfico 11 –	A predominância de conflitos na área de saúde suplementar, conforme marco da Lei nº 9.656 de 1998	91
Gráfico 12 –	Implicações positivas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os usuários	93
Gráfico 13 -	As implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os usuários	96

Gráfico 14 –	As implicações positivas de recursos aos plantões judiciais na saúde complementar para os prestadores de serviços	98
Gráfico 15 -	As implicações negativas de recursos aos plantões judiciais na saúde complementar para os prestadores de serviços	101
Gráfico 16 –	As implicações positivas de recursos aos plantões judiciais na saúde complementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde	104
Gráfico 17 –	As implicações negativas de recursos aos plantões judiciais na saúde complementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde	108
Gráfico 18 –	As recomendações úteis para desjudicializar a saúde complementar	111
Gráfico 19 –	A caracterização do perfil ou classe social dos usuários dos planos privados de saúde que ingressam com ações nos plantões judiciais .	120
Quadro 3 –	Os titulares no plano de saúde principal (exceto odontológico) por tipo de cobertura a que tem direito (exceto odontológica) segundo o responsável pelo pagamento do plano de saúde, o pagamento adicional pelo serviço e as classes de rendimento mensal familiar – Brasil – 1998	122
Gráfico 20 –	Os procedimentos de recurso aos plantões judiciais no enfrentamento de alguma negativa de cobertura de natureza urgente ou emergente de bens ou serviços na saúde complementar	124
Gráfico 21 -	Os tipos de ações mais comuns nos plantões judiciais – as individuais ou as coletivas	127
Gráfico 22 –	A implementação do direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 como um direito social, em relação ao uso individual das ações judiciais	129
Gráfico 23 –	A predominância da intermediação ativa do Ministério Público nas ações coletivas perante usuários de planos privados de saúde	133
Gráfico 24 –	O tempo de publicação de uma liminar nos plantões judiciais, em relação às ações judiciais ordinárias para assegurar os direitos na assistência complementar à saúde	137
Figura 4 –	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período noturno ..	139

Figura 5 –	Sala de espera do plantão judiciário anexo ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período noturno	140
Gráfico 25 –	A interface entre ANS, outras instituições públicas e Poder Judiciário, em relação à máxima efetividade regulatória nos planos privados de saúde	142
Gráfico 26 –	As ações propostas diretamente pelo representante legal dos usuários no Poder Judiciário	147
Gráfico 27 –	Os conflitos entre as normas do Código de Defesa do Consumidor e os normativos editados pela ANS	152
Gráfico 28 -	A percepção sobre o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) classificada como Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), e sua relação com a eficácia na aplicação de penalidades no âmbito administrativo da ANS para reduzir a reincidência de comportamento inidôneo das operadoras de planos privados de saúde	160
Gráfico 29 –	As situações em que a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro recorre ao Poder Judiciário	173
Gráfico 30 -	As principais diferenças na saúde suplementar com foco no objeto da reivindicação nos plantões judiciários no contexto do SUS	176
Gráfico 31 –	A avaliação do princípio da universalização do acesso ao SUS e a crescente atuação governamental e dos sindicatos nas buscas por benefícios de planos privados de saúde para servidores públicos e associados	186
Tabela 2 –	Proporção do gasto tributário com planos de saúde sobre o faturamento do mercado de planos de saúde (2003-2012) ¹ – Brasil	189
Figura 6 -	Anúncio da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	191
Figura 7 –	Carta do Governo do Estado do Rio de Janeiro	191
Quadro 4 –	Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal sobre os valores de ressarcimento de plano privado de saúde por renda (reais) e faixa etária (anos)	192

Gráfico 32 – O número - índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - junho/2010 – junho/2015)	193
Gráfico 33 - As decisões judiciais desfavoráveis para os consumidores, as quais giram em torno da teoria da reserva do financeiramente possível nos âmbitos da saúde pública e privada	201

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADIN	Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEDES	Centro de Estudos e Debates
CEPESC	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CODECON	Comissão de Defesa do Consumidor
CODJERJ	Código de Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CPT	Cobertura Parcial Temporária
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DF	Distrito Federal
DOU	Diário Oficial da União
EDIPRO	Edições Profissionais Ltda
EMERJ	Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro
ENFAM	Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados
ESMARN	Escola da Magistratura do Rio Grande do Norte
FGV	Fundação Getúlio Vargas

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNCEP	Fundação Centro de Formação do Servido Público
GV	Getúlio Vargas
IDP	Instituto Brasiliense de Direito Público
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LAC	Lei de Ação Civil
LACP	Lei de Ação Civil Pública
MP	Medida Provisória
MPRJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MSN	<i>Microsoft Network</i>
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan - Americana de Saúde
OPMES	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAC	Procedimentos de Alta Complexidade
PHI	<i>Private Health Insurance</i>
PL	Projeto de Lei
PME	Pequenas e Médias Empresas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROCON	Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor
PROCON-RJ	Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor do Rio de Janeiro
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RESP	Recurso Especial
RFB	Receita Federal do Brasil
RVE	Reparação Voluntária e Eficaz
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor
SAFS	Setor de Administração Federal Sul
SIB	Sistema de Informação dos Beneficiários
SN	Sem Número

SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal
SJRJ	Seção Judiciária do Rio de Janeiro
SRH	Secretaria de Recursos Humanos
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
TJMG	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais
TJPE	Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TJRS	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIMED-BH	Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. de Belo Horizonte
USA	<i>United States of America</i>
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	AS RELAÇÕES DE CONSUMO NA SAÚDE SUPLEMENTAR	24
1.1	O consumidor e a cultura organizacional do mercado de planos privados de saúde	24
1.2	A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: situações de urgência e emergência	31
1.3	As legislações de urgência e emergência: diferentes interpretações sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, da Lei dos Planos de Saúde e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) nº 13, de 03 de novembro de 1998	36
2	A INTERFACE ENTRE ÓRGÃOS DE DEFESA DOS CONSUMIDORES, ANS, PODER JUDICIÁRIO E SOCIEDADE CIVIL	43
2.1	A natureza e a funcionalidade dos órgãos de defesa dos consumidores na saúde suplementar	43
2.2	A ANS e seu campo de atuação na regulação dos planos privados de assistência à saúde	45
2.3	A urgência e emergência na saúde suplementar e a intermediação dos plantões judiciais na solução de conflitos	48
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	55
3.1	Tipo de estudo	55
3.2	Sujeitos da pesquisa	55
3.3	Cenário do estudo	56
3.4	Técnicas de coleta de dados	65
3.5	Tratamento e análise dos dados	68
3.6	Aspectos éticos em pesquisa	70
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: PRIMEIRA PARTE	72
4.1	Caracterização dos sujeitos estudados	72
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: SEGUNDA PARTE	77
5.1	A percepção da magistratura sobre o papel dos plantões judiciais na saúde suplementar	77

5.1.1	<u>O papel fundamental do plantão judiciário na tutela da saúde humana</u>	77
5.1.2	<u>Os tipos de conflitos nos planos e seguros privados de saúde no âmbito dos plantões judiciários</u>	80
5.1.3	<u>O consumidor de planos e seguros privados de saúde como protagonista nas decisões dos plantões judiciários</u>	88
5.1.4	<u>As peculiaridades dos planos antigos e novos no contexto da judicialização da saúde suplementar</u>	90
5.1.5	<u>O processo litigioso positivo nos plantões judiciários para os usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde</u>	93
5.1.6	<u>O processo litigioso negativo nos plantões judiciários para os usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde</u>	95
5.1.7	<u>O processo litigioso positivo nos plantões judiciários para os prestadores de serviços na saúde suplementar</u>	98
5.1.8	<u>O processo litigioso negativo nos plantões judiciários para os prestadores de serviços na saúde suplementar</u>	100
5.1.9	<u>O processo litigioso positivo nos plantões judiciários para as operadoras de planos privados de assistência à saúde</u>	103
5.1.10	<u>O processo litigioso negativo nos plantões judiciários para as operadoras de planos privados de assistência à saúde</u>	107
5.1.11	<u>A desjudicialização na saúde suplementar sob a ótica da magistratura brasileira</u>	110
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: TERCEIRA PARTE	120
6.1	As características dos usuários e de suas ações contra os planos privados de assistência à saúde nos plantões judiciários	120
6.1.1	<u>O perfil dos usuários dos planos privados de saúde que litigam nos plantões judiciários</u>	120
6.1.2	<u>Orientações gerais para interposição de ações nos plantões judiciários</u>	123
6.1.3	<u>Os tipos de ações nos plantões judiciários</u>	126
6.1.4	<u>As implicações das ações judiciais individuais e coletivas no âmbito da saúde suplementar</u>	128
6.1.5	<u>A atuação do Ministério Público nos plantões judiciários</u>	132
6.1.6	<u>A eficácia temporal das liminares nos plantões judiciários</u>	136
7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: QUARTA PARTE	142

7.1	A interface entre o Poder Judiciário, Governo Federal, ANS e órgãos de defesa dos consumidores na prevenção ou solução dos conflitos administrativos judicializados, em relação aos planos privados de assistência à saúde	142
7.1.1	<u>A integração da ANS com outras instituições públicas perante o Poder Judiciário</u>	142
7.1.2	<u>O comportamento dos usuários de planos privados de assistência à saúde na busca de solução administrativa das demandas judicializadas na perspectiva da magistratura brasileira</u>	147
7.1.3	<u>A relação hierárquica entre as normas gerais do Código de Defesa do Consumidor e as normas especiais da ANS nas demandas judicializadas</u>	151
7.1.4	<u>A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) adotada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) classificada como Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) no âmbito da atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde na visão dos magistrados</u>	159
7.1.5	<u>A atuação da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro na percepção da magistratura brasileira</u>	172
7.1.6	<u>A reivindicação nos plantões judiciários no contexto do SUS e da saúde suplementar</u>	175
7.1.7	<u>A relação dos planos e seguros privados na universalidade do sistema nacional de saúde brasileiro</u>	185
7.1.8	<u>A teoria da reserva do financiamento possível nos âmbitos da saúde pública e privada</u>	201
	CONCLUSÕES	207
	REFERÊNCIAS	219
	APÊNDICE A – Convite para Participação da Pesquisa	238
	APÊNDICE B – Formulário de Caracterização dos Perfis dos Magistrados ...	239
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Individual Estruturada	240
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	242
	APÊNDICE E – Respostas dos Entrevistados	243
	ANEXO - Extrato de Acordo de Cooperação Técnica entre a ANS e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro	304

INTRODUÇÃO

A restrição de algum direito após a contratação de serviços privados de saúde pode gerar conflitos que precisam ser mediados ou julgados pelos órgãos competentes do Poder Público brasileiro, na ausência de solução imediata ou de negociação pacífica entre as partes envolvidas.

O tratamento dos casos de urgência e emergência na saúde suplementar sob a égide do Poder Judiciário tem enfoque diferenciado no próprio âmbito deste poder e na esfera administrativa, quando comparado entre os agentes que compõem o mercado de planos privados de saúde submetido a seu órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em analisar o papel dos plantões judiciários na intervenção de conflitos de usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Os objetivos específicos compreenderam: discutir o papel dos plantões judiciários na intervenção de conflitos urgentes ou emergentes de usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde; analisar as perspectivas dos magistrados acerca das decisões dos plantões judiciários sobre ações urgentes ou emergentes impetradas por representantes legais dos usuários; e identificar, no campo da saúde suplementar, implicações positivas e negativas presentes no recurso ao Poder Judiciário.

O restabelecimento do equilíbrio é sem dúvida o que se almeja nas discussões sobre liminares ou méritos de julgamentos quando alguma ação é ajuizada, seja pelo usuário, seja pelo prestador de serviços ou pela operadora de planos privados de assistência à saúde.

O interesse em estudar a temática dos conflitos judiciais de natureza urgente ou emergente na saúde suplementar, com foco no usuário ou em seus representantes legais, decorre da escassez de informação a este respeito na mídia convencional dirigida à sociedade civil. Há grande necessidade de conhecimentos sobre alternativas recursais para solucionar situações de embaraço, constrangimento, limitação ou negativa de algum direito do usuário dos planos privados de assistência à saúde. Muitas vezes, em situações de urgência ou emergência, manifestam-se no consumidor reações emotivas e impulsivas que dificultam o enfrentamento do óbice gerado pelo prestador de serviços ou pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

As agências de propaganda se habituaram a exibir filmes televisivos e anúncios para revistas com fins publicitários, e o papel inicial de solucionar problemas da atividade publicitária está sendo resgatado pela retomada da ideia de pensar no cliente (DOMINGOS, 2009).

Contrariamente, observa-se pouca ou nenhuma estratégia de publicidade elaborada por políticas de governo, tampouco pelas operadoras de planos privados de saúde, as quais deixam de protagonizar o consumidor no que se refere às precauções e às medidas efetivas para interposição de recurso durante algum conflito circunstancial ou frequente no âmbito da saúde suplementar.

A falta de cuidado com a relação interpessoal no trato com o usuário de plano privado de saúde expõe este último a tensões desmedidas, levando-o à renúncia passiva diante de prestadores de serviços que repassam as restrições de atendimento impostas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

As poucas alternativas que se oferecem para buscar atendimento durante a dor, a condição de fragilidade ou o estresse impõem reflexões sobre a insegurança na suposta proteção privada. Trata-se de aspecto que muitas vezes requer precaução do consumidor, antes mesmo da própria contratação ou adesão a um plano privado de saúde.

De acordo com Alves, Bahia e Barroso (2009), o Poder Judiciário tornou-se o espaço de discussão e reivindicação dos consumidores no tratamento das questões que envolvem planos e seguros privados de saúde.

Acerca dos principais conflitos julgados, Trettel (2009), em estudo analítico da catalogação eletrônica de decisões coletadas em *websites* específicos na rede mundial de computadores – disponíveis nos assentamentos das jurisprudências dos Tribunais Superiores do Brasil (Supremo Tribunal Federal (STF) e no Superior Tribunal de Justiça (STJ) até 03 de junho de 2008¹) –, buscou entender se a intervenção do Poder Judiciário, sob demanda dos usuários de planos privados de saúde que buscam em juízo seus direitos tutelados, contribui para a afirmação do direito à saúde como direito humano constitucionalmente reconhecido.

Todavia, a literatura tem demonstrado que a crescente judicialização da saúde, de forma individualizada não conseguirá, por si só, assegurar transformações para a política de saúde no Brasil, ao contrário das substanciais e mais amplas alterações em prol do bem-estar na sociedade e no Estado, motivadas democraticamente por ações de caráter coletivo e

¹ Décimo aniversário da regulamentação do setor de planos de saúde, data da promulgação da Lei nº 9.656, em 03 de junho de 1998.

integrado (FERRAZ, 2008a; MACHADO, 2010; NUNES; SCAFF, 2011; SANTOS; ANDRADE, 2009b).

Assim, Garcia (2011, p. 359) assevera: “a ação civil pública, com objetivo de controle abstrato judicial das cláusulas contratuais, mostra-se como o mais eficiente meio para o combate de práticas abusivas, tutelando os consumidores vulneráveis”.

Souza (2005), em pesquisa que avaliou o protagonismo do Poder Judiciário na validação do exercício da cidadania jurídica e na seara de arbitramento de conflitos de assistência privada à saúde, analisou 611 jurisprudências dos Tribunais de Justiça (TJ) dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, no período entre o ano de 2003 e o primeiro semestre de 2004. Entre outros resultados importantes, o autor verificou que a fundamentação jurídica do marco legal dos planos privados de saúde, a partir da Lei nº 9.656/1998, foi 20%, maior do que apontam os dados de outra pesquisa realizada por Fux (2000), segundo a qual, das 66 decisões coletadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, somente três faziam referência a tal arcabouço legal, demonstrando relativo crescimento da utilização deste instrumento legal ao longo dos tempos.

Nos últimos anos, os processos judiciais multiplicaram-se, impondo obrigações não somente às operadoras de planos privados de assistência à saúde, mas também ao Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange, principalmente, à oferta de determinado tratamento, mesmo que ainda não disponibilizado, sem cobertura, ou até sem recomendação técnica (CECHIN *et al.*, 2008). A Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. de Belo Horizonte (UNIMED-BH, 2008) exemplifica o caso do *stent* cardiológico: tanto na saúde suplementar quanto na saúde pública ocorre utilização da via judicial para a incorporação tecnológica desta prótese em vasos sanguíneos.

Contudo, a judicialização de demandas administrativas mal resolvidas ou não resolvidas pode ser indicativo de que a saúde suplementar precisa ser fortalecida entre todos os agentes deste ramo de negócio, que compreende responsabilidades sociais importantes.

Nessa vertente imperiosa da soberania do interesse público, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e o Núcleo de Defesa do Consumidor, por meio de edital de convocação de audiência pública em 17/11/2011 (RIO DE JANEIRO, 2011b), reuniram em sua sede vários segmentos da sociedade civil, representantes de algumas operadoras de planos privados de assistência à saúde, e expositores representantes do Poder Judiciário; do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ); da Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor do Rio de Janeiro (PROCON-RJ); da Comissão de Defesa do Consumidor; da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ); e da Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A reunião teve por finalidade abordar a abusividade da negativa de cobertura de procedimentos médicos em caso de situações de urgência e emergência – incluindo as consideradas de posterior decurso de 24 horas de contratação –; o abarrotamento do Poder Judiciário em razão das demandas relativas a tal abusividade, especialmente no plantão judiciário; e a legalidade da resolução nº 13 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), que restringe o atendimento de urgência e emergência às 12 primeiras horas do evento (RIO DE JANEIRO, 2011a).

Quando o objeto da discussão é a saúde dos usuários, ressaltam-se medidas contra efeitos lesivos e potencialmente irreparáveis, decorrentes do tempo escasso para a decisão do que é prioritário na prevenção de riscos iminentes de morte ou de sequelas.

O não domínio dos usuários de planos privados de saúde em relação à matéria técnica os torna vulneráveis a inúmeros problemas cerceadores de direitos contratados, o que vai nortear as buscas incessantes pelo Poder Judiciário na resolução de conflitos.

A regulamentação dos planos de saúde foi um marco importante no cenário político brasileiro, na medida em que trouxe maior segurança quanto à ampliação de direitos aos usuários, que passaram a negociar contratos com regras mais claras e menos vantajosas para o mercado de planos privados de saúde.

A regulação dos serviços prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde se fez necessária em razão das iniquidades praticadas por estas não só contra seus usuários, mas também contra os prestadores conveniados que não tinham garantias de pagamento de suas faturas após tratamento dispendioso destes usuários.

Ao virem à tona problemas como a assimetria de informação, as disparidades de conhecimento específico sobre a saúde suplementar entre os agentes envolvidos, e o presumido insucesso do consumidor na resolução de suas demandas não conciliadas nos meios de comunicação convencionais ou modernos de suas operadoras –, torna-se recorrente a judicialização. Esse recurso, porém, preocupa toda a sociedade civil, pois acarreta onerosas custas judiciais, crescente volume de processos no âmbito do Poder Judiciário, desgaste emocional do usuário, e indagações sobre a efetividade regulatória da política de governo.

Além dos usuários que, por desconhecimento ou falta de renda suficiente, se resignam a ajuizar ações nos plantões judiciários, existem inúmeros casos de conflitos judiciais que muitas vezes são revertidos em ações civis públicas, motivadas pelo Ministério Público, na defesa de direitos dos consumidores contra operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesse sentido, a compreensão da trajetória dessa arena de forças desiguais entre agentes da saúde suplementar se torna possível quando se delinea como objeto de estudo o

papel dos plantões judiciários na intervenção de conflitos entre usuários, prestadores de serviços e operadoras de planos privados de saúde.

Apesar de plenamente compreensível o fato de a judicialização não constituir um processo natural de (re) estabelecimento de direitos, e de os esforços da Audiência Pública convocada pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2011a) serem empenhados justamente para minimizar a judicialização, é pertinente conhecer os relatos de experiência dos magistrados quanto à intervenção nos conflitos de urgência e emergência na saúde suplementar. Experiência esta que vai contribuir com propostas de políticas públicas eficazes na pacificação de conflitos entre os agentes da saúde suplementar, além de estimular a desjudicialização do que pode ser resolvido administrativamente nos órgãos competentes.

No que se refere aos direitos dos usuários, o conhecimento do papel dos plantões judiciários na resolução dos conflitos entre os agentes da saúde suplementar é um caminho de informação para reivindicação em juízo. Tal recurso é capaz de evitar o enriquecimento ilícito das operadoras de planos privados de assistência à saúde, aumentando as possibilidades de resistência e reduzindo as resignações passivas do consumidor destes planos em relação aos obstáculos para o acesso a algum bem ou serviço contratado.

A compreensão da perspectiva judicial nesta pesquisa possibilitou identificar e analisar os aspectos expressivos dos conflitos nas relações de consumo da saúde suplementar, implícitos nas situações em que ocorre risco de violação ao direito do consumidor, tangentes às práticas cotidianas entre os diversos agentes desse mercado, o que poderá permitir melhorias na política regulatória do Estado. Por conseguinte, a ampliação reflexiva dos resultados, à luz dos referenciais teóricos analíticos, viria contribuir para novas condutas regulatórias do Estado na reformulação executiva em nome da defesa do interesse público. Contribuição semelhante poderá ser prestada pela educação continuada dos agentes da saúde suplementar a respeito de referências consolidadas em enunciados de súmulas de entendimento ou em enunciados interpretados e aplicados pelo Poder Judiciário.

O perigo da demora durante um atendimento de urgência ou emergência pode ser irreversível, com o agravamento de uma lesão sujeita a se tornar irreparável, e levar a óbito em questão de segundos. Outro contraponto dessa longa demora é a angústia e a aflição psicológica do doente e dos familiares que o acompanham na busca de atendimento e de tratamento resolutivo. A hipótese desse retardamento ou não atendimento poderá macular toda a integridade e dignidade daqueles que necessitam de pronto atendimento.

Fernandes e Pedron (2008, p. 211) destacam: “a integridade [...] funciona como um elemento de promoção da vida moral e política dos cidadãos, fundindo circunstâncias públicas e privadas, além de criar uma interpenetração dessas questões”.

Desse modo, é pertinente conceber que a integridade pode ser compreendida como duplo desafio da integralidade assistencial entre os sistemas públicos e privados de saúde. A cobertura de bens e serviços na saúde abrange a universalidade do SUS como premissa de direito fundamental constitucional, e a natureza privada dos direitos previstos nas diferentes combinações de segmentações contratadas. Ainda assim, no que emerge daquilo que foi contratado nos planos privados de saúde, são preponderantes o direito do consumidor e medidas eficazes para resolução pacífica de conflitos nesse cenário híbrido de complementação do Sistema Único de Saúde pela saúde privada.

1 AS RELAÇÕES DE CONSUMO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

1.1 O consumidor e a cultura organizacional do mercado de planos privados de saúde

A relação de consumo na saúde suplementar não é homogênea. Existem dilemas que variam conforme o próprio poder aquisitivo do cliente que escolhe entre as opções de planos de saúde; a alternativa daquele plano mais completo oferecido por algumas sociedades empresárias, ao qual o cliente se vincula por relações empregatícias; assim como a adesão dos consumidores a outras entidades contratantes, tais como sindicatos, associações ou classes de profissionais.

O acesso ao tratamento buscado pelo indivíduo acometido pela doença condiciona-se a recursos próprios e a serviços disponíveis nos sistemas público e privado, à gravidade ou não do seu estado de saúde, e a fatores tais como: agenda médica; distância até a localidade prestadora do serviço; tipo de cobertura do plano de saúde quando contratado; e intensidade da dor (PINTO, 2011).

Cavaco (2010, p. 42) também lembra que “[...] quando necessitamos fazer uma compra, precisamos muitas vezes fazer escolhas, avaliando a decisão com base na necessidade ou preferência e/ou preço”.

No que concerne aos planos privados de saúde, as escolhas convergem para a variedade de coberturas, conforme as segmentações contratadas. Estas, mesmo as mais completas, nem sempre vão gerar a plena satisfação dos seus consumidores, pois o mercado não abrange um fluxo de informação adequado às suas demandas, em razão da assimetria de informação, prejudicial ao agente mais vulnerável – o consumidor.

De acordo com Andrade e Maia (2009, p. 8), “em geral, observa-se que quanto maior a cobertura do plano ou seguro de saúde, maior é o incentivo para os indivíduos escolherem mais cuidado, resultando, dessa forma, em um problema de risco moral”.

Stancioli (2002) informa que o risco moral surge da assimetria de informação, que gera dificuldades no monitoramento das ações e determina modificações no comportamento dos agentes econômicos, o qual tende a se tornar oportunista após a efetivação de um contrato.

Dessa maneira, no cenário dos planos privados de assistência à saúde, observa-se o seguro-saúde que induz seus beneficiários a demandarem mais serviços ou cuidados na saúde do que normalmente demandariam se não estivessem vinculados à sua assistência (STANCIOLI, 2002).

Na hora da venda de um plano de saúde, a propaganda é a chave da negociação, que conta quase sempre com corretores e atendentes delegados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Parece senso comum o fato de que “as propagandas são capazes de influenciar nossas escolhas, atitudes, e de motivar a tomada de decisões posteriores” (CAVACO, 2010, p. 79).

Panfletos, *banners*, *outdoors*, anúncios de televisão, rádio, internet, revistas, jornais, comerciais e vidros traseiros de veículos coletivos ou particulares – ilustram a vasta área de meios de propaganda e suas inúmeras alternativas que estimulam o consumo.

As propagandas estratégicas que não advertem quanto aos serviços não contemplados frustram a confiança e o direito do consumidor de obter informações legítimas do contrato, sobressaindo-se a necessidade de cláusulas claras e corretas, com redação de fácil compreensão, inclusive as que restringem os direitos dos consumidores (SILVEIRA, 2009).

A influência de mensagens ou propagandas subliminares pode formar opiniões ou trazer decisões por sugestionamento ou indução, em decorrência de baixos níveis das percepções auditiva e visual, com captação subconsciente (CAVACO, 2010).

Campanhas publicitárias mostram helicópteros e aparelhos de tecnologia pertencentes às companhias que comercializam planos de saúde. Trata-se de propaganda com base em programas de *marketing*, responsáveis pela divulgação de produtos que chamam a atenção do público consumidor, porém sem base em atividades bem gerenciadas. Dessa forma, grande parte da adesão do consumidor aos convênios se deu a partir das propagandas, sem que estas, no entanto, se revelassem compensatórias (LOTTENBERG, 2007).

O ambiente publicitário traz várias expectativas. Contudo, o consumidor precisa ter muita cautela, sobretudo na leitura contratual, antes de formalizar a negociação com uma sociedade empresária, seja esta operadora de planos privados de assistência à saúde ou não, pois em relação à publicidade subliminar é importante ressaltar que:

[...] são mensagens que entram em nossa mente de forma sorrateira, como um vírus de computador que fica inerte, latente, e só é ativado na hora certa. Elas podem ser disseminadas de diversas maneiras, intencionais ou mesmo sem uma intenção direta, em um tipo específico de música e/ou imagens, de modo que passam a ter um significado diferente para a nossa percepção. Atualmente existem recursos

tecnológicos sofisticados capazes de introduzir mensagens subliminares nos mais diversos lugares (CAVACO, 2010, p. 79).

Algumas propagandas de planos de saúde, principalmente aquelas das operadoras mais tradicionais do mercado, investem em imagens televisivas de um resgate terrestre e aéreo rápido e eficiente, com conforto e qualidade de primeira linha. Incorpora-se uma sensação pretérita de segurança e bem-estar ao consumidor, que sustenta sua decisão de comercialização de um produto supostamente seguro.

As propagandas de planos de saúde antecipam a proteção futura, no estilo de uma tecnologia avançada e de ponta contra um perigo ou risco iminente de morte ou mal súbito, por meio de mensagens subliminares que atraem consumidores telespectadores.

Segundo Cavaco (2010, p. 80, grifo do autor), “existem percepções subliminares que geralmente funcionam bem, mas que muitas vezes produzem ilusões que *induzem ao engano*”.

De outro lado, nem toda oferta trazida pela propaganda é consolidada após sua compra, e na vertente dos planos privados de saúde pressupõe-se que tudo aquilo que não é plenamente oferecido torna-se insatisfação ou reclamação.

Nesse contexto de busca pelos canais de atendimento, tanto para elucidação de dúvidas quanto para reclamações, o consumidor de planos privados de saúde muitas vezes não encontra em suas operadoras a solução rápida que deseja, e o tempo de espera diante de uma situação de emergência é o maior balizador da efetividade do atendimento.

Sobre o atendimento ao cliente, são ilustradas situações motivadoras de indignação do consumidor, na seguinte passagem:

De todas as formas de atendimento deficiente, nada irrita mais do que o telemarketing padrão: frio, mecânico, repetitivo - o ramal tá ocupado. O senhor poderia estar ligando mais tarde? Não consta, algo mais? Não é daqui, senhor. Só um minutinho, que vou estar transferindo para o ramal responsável. Sua ligação é muito importante para nós. Aguarde mais um momento que já vamos atendê-lo (DOMINGOS, 2009, p. 69).

Por conseguinte, a facilitação do acesso do consumidor à justiça contempla-se nos dispositivos normativos do Código de Defesa do Consumidor (CDC), em especial nos direitos básicos do consumidor, com vistas à prevenção ou reparação de danos individuais ou coletivos, a critério do juiz (FINKELSTEIN; SACCO NETO, 2010).

Segundo Silveira (2009), a boa-fé do consumidor norteia a análise judicial como fator relevante, considerando que o CDC desobriga o consumidor de cumprir um contrato se não

tiver obtido o conhecimento prévio de seus termos, ou quando estes tiverem sido empregados com redação de difícil compreensão. Nesse sentido, o contrato deve apresentar linguagem simples, letras de fácil leitura, com fonte não inferior a 12, tal como dispõe o art. 54, §3º do CDC, além de abranger cláusulas escritas com destaque quando estas limitarem os direitos do consumidor (SILVEIRA, 2009).

Existem diferenças sociais no perfil dos usuários contratantes de planos privados de saúde, e nem todo direito básico é claro na reivindicação do direito à vida para todo cidadão. Nesse sentido, a heterogeneidade social contempla:

A distribuição desigual dos bens sociais, compreendidos como bens pecuniários e também culturais e simbólicos, de poder e prestígio, conduz ao enfoque de que as posições na estrutura são sempre relativas e não naturais (TOMÁS; XAVIER; DULCI, 2007, p. 76-77).

Diante das imprevisíveis alterações do estado de saúde de cada indivíduo, pressupõe-se que contratar um plano privado de saúde envolve um seguro ou plano contra um risco, em relação ao qual se paga contratualmente para obtenção de suposta proteção futura; esta, no entanto, poderá se tornar tão incerta quanto o próprio risco de adoecimento ou de morte.

Freitas (1997), em estudo analítico das culturas organizacionais brasileiras, refere o fato de que os modelos de gestão importados usualmente pelas organizações nacionais, por constituírem práticas de natureza cultural, podem se basear em culturas diferentes e dissonantes da cultura nacional, o que leva muitas vezes a insucesso em seus resultados.

Quando a cultura importada ou copiada não retrata a pobreza e a desigualdade, pode não ocorrer o resultado eficiente esperado pelas grandes sociedades empresárias do mercado de planos privados de saúde, no que se refere ao processo de gestão de padrões de tratamento interpessoal direcionado a um público consumidor. Dessa maneira, não é a incorporação forçada de valores e práticas que vai mudar as forças de hábitos de uma cultura. Tal fato pode ser corroborado em inúmeras situações:

Considerando as incompatibilidades da cultura européia universalista de direitos humanos e as características culturais das sociedades latino-americanas, apresenta-se a crítica de que o paradigma europeu pode ser visto como um processo de dominação imposto como natural, seja pelo modelo econômico capitalista, seja pelos padrões culturais, às sociedades periféricas (GALLIEZ, 2010, p. 139).

Reações subjetivas podem preponderar no tratamento prestado por atendentes ou profissionais de saúde da rede privada de assistência à saúde aos consumidores de planos privados, mesmo quando contrárias a todo um treinamento prévio com base em protocolos de

boa recepção com o público. Falhas na comunicação e despreparo, decorrentes ou não de treinamento anterior para atendimento a um público diversificado, ocorrem frequentemente. Não é à toa que se percebem, nos serviços conveniados à rede suplementar de saúde, cartazes advertindo que é crime desacatar funcionário no exercício de sua função. No tocante ao processo de trabalho diversificado:

Indiscutivelmente, cada organização delimita uma cultura organizacional única, gerada e sustentada pelos mais diversos elementos e formas. Isso significa que a cultura de uma organização sofre grande influência de seus fundadores, líderes, de seu processo histórico, de seu mercado (FREITAS, 1997, p. 41).

O sistema de mercado privado às avessas do interesse público pode criar barreiras de acesso aos bens e serviços, a partir da desinformação e da longa espera no atendimento. Presume-se que o “nocaute” do consumidor pelo cansaço o leve a procurar outro serviço. Esse sistema pressupõe um ciclo gerado pelo mercado de planos privados na suposta intenção de racionalizar custos. Para tanto, esse sistema conta com o desconhecimento dos atendentes dos planos de saúde, e com a aceitação passiva dos consumidores diante das negativas de direito impostas.

Na linha de diversidade cultural, Freitas (1997, p. 41) lembra que “[...] a cultura nacional é um dos fatores na formação da cultura organizacional e sua influência pode variar de organização para organização”.

Para melhor compreender o âmbito organizacional no Brasil, Freitas (1997) indica a hierarquia como traço preponderante; a ostentação de poder dentro de grupos sociais; o distanciamento nas relações entre diferentes grupos sociais; a passividade e a resignação dos grupos inferiores. Nesse sentido, a desinformação dos usuários e suas diferenças nos padrões educacionais, sociais e econômicos fazem surgir uma relação de forças desiguais entre a argumentação do usuário e um mercado poderoso e dominado pela iniciativa privada, voltada para as atividades lucrativas. Dessa forma, não é difícil imaginar que nem sempre é justificada a negativa de cobertura para os usuários, o que pode levá-los a desistir do atendimento em muitas situações, em razão do distanciamento entre o prestador de serviços e a operadora de planos privados de assistência à saúde.

Na convivência com a clientela de planos privados de saúde anseia-se por um cuidado com responsabilização, capaz de refletir um modelo de atenção à saúde suplementar integrado, um fluxo de informação eficiente entre os canais de atendimento, e melhor dinâmica na autorização prévia pelas operadoras. Quando surgir o problema de atendimento

na saúde por falta de autorização, conceber tal problema com profissionalismo e habilidade é proceder em conjunto com o usuário em busca da melhor solução.

Atender o usuário de forma não mecanizada é ouvi-lo nas suas reivindicações e observações, orientando-o sobre a forma de proceder dentro da legalidade, prestando atendimento para além das informações simplistas, e muitas vezes incompletas, presentes nos *websites* das operadoras e nas carteiras de convênios fornecidas pelos planos privados de saúde.

Um modelo de saúde suplementar efetivo respeita as coberturas das segmentações contratadas pelo consumidor, e necessita, portanto, de fluxos de informação integrados e equivalentes entre todos os agentes da saúde suplementar. Isso significa que a informação contratual deverá ser a mesma do arcabouço da legislação específica e regulada no âmbito fiscalizatório por ações planejadas em longo prazo, e não somente por meio de fiscalização reativa após denúncia ou representação formalizadas na ANS, no PROCON, no Ministério Público ou no ajuizamento de ações nos Tribunais Regionais Estaduais, Federais ou Superiores de Justiça.

Esta é, em verdade, a posição de autores como Mendes (2001, p. 141): “os sistemas integrados de informação pressupõem a existência de uma rede informatizada, que comunique todos os pontos de atenção à saúde entre si”.

No caso da saúde suplementar, a regulação da informação pautada pelos dispositivos normativos específicos vigentes deveria possibilitar que as certificações dos produtos contratados pelos consumidores ou seus representantes legais fossem divulgadas de forma padronizada entre os agentes da saúde suplementar, facilitando a busca da informação requerida, principalmente quanto à cobertura do plano privado de saúde.

Conforme reportagem da revista EXAME PME (2011), a adequação do atendimento às demandas do cliente aumenta a fidelização e a confiança deste na aquisição de um produto, proporcionando auxílio no esclarecimento daquele mais indicado ao seu perfil. Nessa matéria, revelou-se que constitui equívoco comum, na prática de pequenas e médias empresas, a abertura de vários canais de atendimento *on line*, por modismo, sem acompanhar o próprio porte e sem saber como gerir tal ferramenta. Dentre as principais ferramentas, se exemplificam: a linha telefônica comum; a linha 0800; o prefixo 0300; o *e-mail* ‘fale conosco’; o *chat* em ferramentas do tipo MSN; o *web-call center*; o *twitter*; o *facebook*; respostas armazenadas em bancos de dados; em balcão; e outras.

De acordo com Domingos (2009, p. 147), “em geral, o serviço de atendimento ao consumidor é utilizado para sanar dúvidas e lidar com reclamações, mas não está preparado para funcionar de forma estratégica”.

Uma regra controversa que caminha em sentido oposto à fidelização do usuário de plano privado de saúde a uma única operadora é a portabilidade de carências, por meio da qual o beneficiário pode movimentar suas carências cumpridas ou residuais para outra operadora. Ao comparar a operadora de planos privados de saúde com uma operadora telefônica, observa-se a diferença entre ambas nos modos de divulgação para fidelização de clientes. Enquanto a operadora telefônica utiliza múltiplas estratégias de cooptação, com inclusão de diversas benesses, a operadora de planos privados de saúde não demonstra ânimo semelhante em relação à atração de novos clientes, sobretudo os idosos.

No que se refere à fidelização de um cliente, o foco reside em centralizar o bom atendimento em todas as etapas: antes, durante e após a comercialização de um bem ou serviço. Dessa forma, para estabilizar um cliente em determinado serviço seria imprescindível que toda empresa ou estabelecimento conveniado a uma operadora de plano privado de saúde tivesse em mente que:

[...] a melhor forma de divulgar sua marca e reter consumidores é investir no bom atendimento. Isso significa prezar por uma experiência agradável em todos os pontos de contato com o público, desde a equipe de vendas, representantes da marca e funcionários até o serviço de telemarketing (DOMINGOS, 2009, p. 69).

É amplamente discutida a falta de cuidado a grupos vulneráveis, como crianças, idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas, e aquelas com sequelas incapacitantes, de etiologias diversas.

O consumidor é um ser que precisa de cuidados contextualizados pela própria história de vida engajada na sua cultura e sociedade. Não pode ser representado como objeto destituído de vitalidade e papel social, merece tratamento com vínculo ao profissional responsável que atende na saúde suplementar.

Para Peres (1987), em serviços de interesse público, espera-se entre os profissionais a tomada de consciência sobre seus *status*, papéis e funções. Ao mesmo tempo em que também se espera o aprendizado do usuário a respeito do que pode reivindicar e exigir, assim como a forma e o momento oportuno de fazê-lo. No tocante ao aperfeiçoamento dos modos de atenção na saúde, é pertinente pensar as responsabilidades individuais e profissionais em uma sociedade coletiva. Como sugerem Franco e Merhy (2010, p. 191):

A subjetividade se produz a partir de vivências e dos registros que as pessoas acumulam em suas experiências de vida e é socialmente determinada, sendo portanto dinâmica e mutável no tempo. Por isso, é possível termos trabalhadores de saúde que trazem em si atitudes acolhedoras com os usuários, produzindo o cuidado independentemente da orientação das instâncias gestoras de determinado serviço, bem como há outros que produzem procedimentos em relações sumárias e burocráticas com os usuários, fazendo-os sentir desprotegidos nas relações de cuidado.

A produção da responsabilização direcionada às pessoas é uma das etapas para a defesa da vida. Sem acolhimento e vínculo não se produz tal responsabilização, muito menos há resolução dos impactos de toda ordem (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Não é esse, no entanto, o cenário de responsabilização no setor. Para uma sociedade empresária que comercializa plano privado de saúde, o valor para o consumidor deveria ser concebido desde a venda qualificada por meio de corretores ou agentes de vendas, até o atendimento ao telefone ou presencial pelas operadoras, incluindo-se os prestadores de serviços da rede assistencial e as próprias operadoras. Para transmitir valor ao consumidor, a empresa precisaria investir na capacitação continuada do agente de vendas, de seus funcionários, dos operadores de *telemarketing*, dos profissionais de saúde da rede da operadora de planos privados de saúde e de todos os entes ligados ao mercado regulado.

Conforme Ulrich *et al.* (2011), as organizações devem valorizar os funcionários comprometidos quando estes são capazes de entregar resultados de forma correta; aumentar o comprometimento destes funcionários; criar oportunidades de desenvolvimento com ensino e aprendizagem; conceder incentivos remuneratórios; avaliar o efeito do trabalho realizado; formar uma comunidade marcada com experiências e objetivos compartilhados; facilitar os fluxos de comunicação; valorizar o empreendedorismo e a flexibilidade de opções para o empregado quanto aos termos, condições e objetivos éticos do trabalho.

1.2 A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: situações de urgência e emergência

Desde as últimas décadas, antes da intervenção mais direta do Poder Público no mercado de contratos de assistência e seguro-saúde, diante de um período de inexistência de legislação específica em torno dessa matéria, especialmente antes do advento da Lei nº 8.078 de 11/09/1990 (CDC), e da Lei nº 9.656 de 03/06/1998 (lei de planos privados de saúde), as

características mais evidentes do cenário brasileiro reuniam cláusulas abusivas diversas como: as que permitiam exclusão do tratamento de custo elevado; negavam o direito à livre escolha de profissionais médicos e hospitais; limitavam o período de internação; estabeleciam prazos abusivos para a internação; não definiam os riscos cobertos; instituíam reajustes aleatórios nas contribuições e coberturas; fixavam longos prazos de carência; incluíam previsão de rescisão unilateral ou imotivada do seguro; limitavam a cobertura; inseriam previsão da isenção de responsabilidade de males decorrentes de atos culposos ou dolosos; impunham cláusulas que isentavam de correção monetária os pagamentos de coberturas; redigiam em letras miúdas a exclusão de vários serviços de saúde; introduziam cláusulas ilegíveis, vagas, obscuras, de difícil compreensão, que não raramente concediam aos prepostos da própria companhia seguradora poderes para decidir em nome dos segurados; criavam cláusulas que agravavam as obrigações dos segurados, cumulavam seus encargos e impunham a perda de prestações pagas; excluíaam do atendimento um rol de doenças e serviços médicos, entre outras (RIZZARDO *et al.*, 1999).

O mercado de seguros e planos de assistência à saúde era apenas regulado pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e suas alterações posteriores que dispõem sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, entre outras providências (RIZZARDO *et al.*, 1999).

Em que pesem os avanços legais anteriormente destacados, não se extinguiu os conflitos por vezes latentes ou deflagrados entre consumidores, prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Uma das possíveis razões de tais conflitos são as restrições contratuais enfrentadas por usuários de planos privados de saúde anteriores à Lei nº 9.656/1998. Muito embora existam esforços em prol da adaptação contratual pelo órgão regulador e pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, significativo número de consumidores permanece em contratos celebrados antes da vigência dessa Lei, sem adaptação aos termos legais, formando-se um grupo de consumidores que tende a fazer valer seus direitos em casos não contemplados por contrato no Poder Judiciário (CECHIN *et al.*, 2008).

A defesa dos direitos do consumidor em juízo poderá ocorrer individualmente ou coletivamente (MACHADO *et al.*, 2011).

É competência do Poder Judiciante, previsto constitucionalmente desde 1988, funcionar como sistema de controle de constitucionalidade, sempre mediante provocação e no âmbito de um processo judicial (MEDEIROS, 2011). Dentre os modos e formas de desenvolvimento processual diferenciam-se: o ordinário, por admitir maior dilação probatória;

o sumário e o sumaríssimo, mais céleres, porém com limitações probatórias, temáticas e de valores; e o cautelar, no caso de haver necessidade de proteger a eficácia ou a utilidade do resultado do processo (FINKELSTEIN; SACCO NETO, 2010).

As tensões e conflitos nas relações comerciais dentro do mercado de planos privados de saúde parecem refletir, ou produzir, a vulnerabilidade do consumidor em situações de urgência ou emergência. Impõe-se a competência do Poder Judiciário na intervenção dessas questões. Assim, segundo Lopes (2010), há necessidade de afastar as tensões que necessariamente se instalam entre os direitos fundamentais validados na Constituição suprema de 1988. Esse quadro persiste, embora o consumidor de planos privados de saúde, ao se sentir prejudicado nas relações de consumo, possa reivindicar seus direitos, seja no âmbito administrativo – por meio da própria operadora do plano, da ANS, dos PROCONS, das Comissões de Defesa do Consumidor (CODECON) –, seja ingressando com ação em juízo por intermédio de advogado particular; de escritório modelo de universidades públicas ou privadas; da Defensoria Pública; ou, por vezes, do Ministério Público, quando as ações forem coletivas.

Dessa forma, reitera-se que as ações coletivas cabíveis para defesa de direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos podem ser legitimadas por entidades coletivas corroboradas pelo art. 82 do CDC, que compreendem o Ministério Público (Federal, Estadual e Distrital); a União, os Estados, os Municípios; o Distrito Federal; entidades e órgãos da Administração Pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica específica à defesa dos direitos protegidos pelo CDC, como é o caso dos órgãos públicos PROCON e Defensoria Pública; Associações legalmente constituídas há pelo menos um ano, que incluem entre seus fins institucionais a defesa dos direitos do consumidor (BARROS, 2011).

Trettel (2009), na mesma linha dos autores já citados, ressalta que a atuação do Poder Judiciário ocorre na existência de conflitos, quando os demais modos de resolução de controvérsias não surtiram efeito. O tipo e o volume das demandas referentes a planos privados de saúde, encaminhadas ao Poder Judiciário, constituem relevante indicador social, pois expõem as falhas de regulamentação e permitem melhor compreensão do desempenho do Estado.

Da mesma forma, o processo de democratização do Brasil e o aumento de expectativas dos consumidores promoveram maior dinamismo na normatização da proteção aos direitos dos consumidores, vinculada à ampliação e à universalidade do direito à saúde disposto na Constituição de 1988 (CECHIN *et al.*, 2008).

O aumento da conscientização do consumidor se fortaleceu com a legislação em defesa do consumidor, sobretudo o CDC, que trouxe maior segurança nas negociações e maior apropriação do conhecimento das normas de proteção deste arcabouço legal.

Quando se fala em saúde suplementar, procede a discussão de seu financiamento. Os planos privados de saúde podem ser patrocinados por pessoas físicas ou jurídicas, desde pessoas comuns que pagam diretamente seus planos, até empresas públicas ou privadas que constituirão a pessoa jurídica responsável pelo pagamento indireto de seus empregados, sejam estes vinculados a um plano empresarial, ou associados a um plano coletivo por adesão.

De acordo com Santos e Andrade (2009a), chama atenção o fato de que, mesmo sob o prisma inconstitucional brasileiro, existe alocação de recursos públicos no financiamento de planos privados de saúde para servidores. Por exemplo, existem autogestões que compõem o sistema de plano de saúde institucional dos servidores públicos do Governo Federal, do Ministério Público, do Poder Legislativo e do Poder Judiciário. Alguns gestores da saúde pública, embora administrem um sistema público, utilizam planos privados de saúde. Da mesma forma, os sindicatos buscam planos de saúde nos acordos coletivos de trabalho, em vez de lutar pela melhoria dos serviços públicos de saúde.

Em que se destaquem direitos legítimos dos consumidores de planos privados de saúde, existem demandas que não procedem, justamente em razão de não cobertura contratual ou por outro motivo. No entanto, mesmo nesses casos, pressupõe-se no Poder Judiciário um enfoque mais favorável ao consumidor litigante, com valorização de questões relacionadas à pessoa humana e seus direitos fundamentais.

As preocupações coletivas com o aumento da judicialização são inúmeras. Discute-se a judicialização excessiva fundamentada em direitos “líquidos e certos” dos consumidores, mas muitas vezes estão em questão direitos “não fundamentados” nas leis especiais do órgão regulador. Exemplos dessa conjuntura são a falta de cobertura ao procedimento requerido pelo consumidor ou a carência em vigor; a cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes; a inadimplência, entre outras situações.

Não obstante, a atividade privada no setor de saúde suplementar está submetida à regulamentação e à intervenção do Poder Público, assim como aos princípios e normas de defesa do consumidor, sem prejuízos das interpretações judiciais dos respectivos contratos, orientadas a cada caso específico (LOPES, 2010).

O caráter suplementar da saúde privada sofre controle e intervenção regulatória estatal pela identificação legítima da sua relevância social; ainda que pela lei seja livre a iniciativa

privada, neste segmento haverá maior restrição à liberdade econômica do que nos outros setores (CUNHA, 2003).

A ênfase na saúde adquiriu seu auge com a Constituição Federal de 1988, que inaugurou no Brasil nova fase político-institucional, a partir da reafirmação de um Estado Democrático e da definição de uma política social abrangente, contemplando a saúde como direito social vinculado à cidadania (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). Uma vez que a saúde integra o projeto democrático desde 1988 – escolhida como valor constituinte, e não mais prerrogativa de direito vinculado à contribuição, como à época do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), anterior ao SUS vigente –, ampliam-se, ainda que não equitativas, as formas de acesso ao referido sistema. Estabelecem-se alternativas complementares na saúde privada, sobretudo para aqueles que têm maior poder aquisitivo, ou para os detentores de benefícios como planos empresariais de saúde. Dessa feita, emerge a necessidade de avaliação de condutas, apontada por Castro Santos (1996), principalmente quando se instalam conflitos ou tensões entre as moralidades pública e privada, capazes de abalar o ordenamento público e interesses sociais coletivos:

Do ponto de vista da construção democrática, as profundas tensões entre a moralidade privada e a moralidade pública não se resolvem pela sobreposição de uma à outra, mas pela eleição de valores de sociabilidade que funcionem como crivo para escolha e avaliação de condutas. Tais valores tiram sua legitimidade do próprio projeto democrático (CASTRO SANTOS, 1996, p. 77).

Nesse rumo de ideias, Bobbio (2000) entende que existe uma oposição entre moral e política, tanto como oposição entre ética individual e ética de grupo, em que a política é a razão do Estado, e a moral é a razão do indivíduo. Em seguida, o autor complementa que a razão do Estado é um aspecto da ética de grupo, vinculado à coletividade expressa de maneira mais elevada e potente.

Em geral, nota-se que o Estado se faz presente no exercício do dever social da coletividade em harmonia com os valores individuais, os quais não podem contrariar a segurança de um grupo maior de indivíduos por interesses privados desprovidos de interesse público.

A saúde brasileira normatizada como direito universal surgiu de um projeto democrático que ampliou direitos de acesso a bens e serviços. Todavia, a extensão dessa universalidade, com base em que todos são iguais perante a lei, pode escapar da razoabilidade quando judicialmente se obtém algo desproporcional às capacidades orçamentárias do próprio Estado – a exemplo de um tratamento dispendioso fora do país ou algum outro tratamento,

medicamento ou procedimento ainda em fase experimental e não reconhecido nacionalmente. É inevitável a afirmação de que, se todos são iguais perante a lei, não é compatível, na esfera do Poder Judiciário, a distinção de renda entre sujeitos de maior ou menor poder aquisitivo. As limitações orçamentárias do Estado e o direito fundamental à saúde são paradigmas de difícil solução, pois trazem ao Poder Judiciário a competência de intervir no âmbito de conflitos judicializados que contrapõem, com frequência, o direito individual ao direito coletivo.

Na saúde suplementar, o direito à saúde está limitado pelo contrato que vai dispor sobre as exclusões de cobertura, sob a égide de uma regulamentação específica encarregada de disciplinar o mercado de planos privados de saúde. Não obstante, de acordo com estudo realizado por Trettel (2010), e demonstrado na Tabela 1, verifica-se que a relação de consumo na saúde suplementar, quando se torna judicializada, pauta-se mais pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990) como lei geral, do que pela lei específica (Lei nº 9.656, de 1998) que regula os planos privados de saúde.

Tabela 1 – As legislações citadas nos julgamentos do STJ - Conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde - 1990 - jun/2008 – Brasil

Legislação	Número de acórdãos em que foi citada
Constituição Federal de 1988	12
Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90)	60
Lei de Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98)	6
Código Civil (Lei nº 10.406/02)	5

Legenda: Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Fonte: TRETTEL, 2010.

1.3 As legislações de urgência e emergência: diferentes interpretações sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, da Lei dos Planos de Saúde e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) nº 13, de 03 de novembro de 1998

Sobre os atendimentos de urgência ou emergência sobressaem, dentre outras exigências para equilíbrio financeiro das operadoras de planos privados de saúde, os prazos

carenciais ou, quando cabível, o prazo de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para que o usuário comece a usufruir de seu direito privado. Dessa forma:

A Lei de Planos de Saúde determina a obrigatoriedade de atendimento nos casos de urgência e emergência, a partir de 24 horas da vigência do contrato, devendo ser observadas as regras de cobertura para cada tipo de plano. Tal assistência médica, nos casos de urgência e emergência, por tipo de plano, deve garantir a atenção e atuar no sentido da preservação da vida, órgãos e funções. O atendimento varia de acordo com a segmentação de cobertura do plano contratado (FIGUEIREDO, 2006, p. 223).

A invocação de prazos de carência contratual para restrição do custeio dos procedimentos de urgência ou emergência assume diferenças sob a ótica da matéria regulada pela ANS e do Código de Defesa do Consumidor (CDC). “Antes de 1998, na ausência de legislação específica, a norma [...] utilizada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre usuários e operadoras era o Código de Defesa do Consumidor [...]” (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009, p. 280).

Quando a Lei Federal dos Planos de Saúde foi instituída pelo arcabouço da Lei nº 9656, de 1998, fixaram-se prazos máximos de períodos de carência de 24 horas para cobertura dos casos de urgência e emergência; 300 dias para partos a termo, e 180 dias para os demais casos, a partir da celebração ou adesão contratual entre as partes, conforme art. 12, inciso V deste normativo (BRASIL, 1998).

Em que se pesem as situações de urgência ou emergência, as carências foram regulamentadas pelo órgão regulador federal competente de acordo com a cobertura contratada, com base no plano ao qual o consumidor escolheu aderir, seja um plano apenas ambulatorial; um plano somente com segmentação hospitalar; com ou sem obstetrícia; ou com ou sem segmentação odontológica – entre outras segmentações mais completas que envolvam tanto as coberturas ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica, quanto o plano referência – este último é de oferta obrigatória por todas as operadoras de planos privados de saúde. Destaca-se ainda o período de CPT de 24 meses, período que o usuário com doença e lesão preexistente deverá esperar antes de utilizar o serviço para aquelas doenças de que se mostrara ser sabedor à época da contratação do seu plano privado de saúde.

Diferentemente do que se assiste no cenário suplementar de saúde constituído no mercado regulado, a carência contratual como limitadora do tempo de espera da internação não é plenamente admitida pelas normas do CDC, muito menos pela interpretação do Poder Judiciário. Dessa forma, corrobora-se o entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ),

que repudia quaisquer restrições de tempo de espera, como a carência antes de atendimento urgente ou emergente, a saber:

A Súmula nº 302, que dispõe ser “abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado” veio amparar os usuários dos planos de saúde que se viam em dificuldades quando necessitavam de internações hospitalares longas. O prazo de recuperação do paciente depende de muitos fatores, mas constitui ofensa a um bem supremo, que é a vida humana, interromper a internação porque simplesmente foi ultrapassado o prazo de internação do usuário avençado em cláusula contratual. Nela estão presentes o elemento ético, imposto pelo princípio da boa-fé, e a solidariedade, que envolve a idéia de confiança e cooperação. Confiar é ter expectativas mútuas (ANDRIGHI, 2011, p. 66).

O STJ utiliza o princípio da interpretação mais favorável ao consumidor, em consonância ao art. 47 do CDC, presumindo a boa-fé deste agente; no que se tange à alegação de doenças preexistentes com o fito de excluir coberturas do consumidor, pois este órgão do Poder Judiciário entende que cabe ao fornecedor realizar exames prévios ao contrato para detectar doenças preexistentes ou provar que o consumidor revelou má-fé na ocultação do conhecimento de doença prévia à época da contratação (GARCIA, 2011).

Segundo Garcia (2011), além da súmula nº 302 do STJ, tem prevalecido como entendimento deste Tribunal a não admissão de exclusão contratual de cobertura assistencial para doenças infectocontagiosas, como a AIDS, em consonância ao disposto no art. 51, inciso IV do CDC, considerando tais obrigações contratuais iníquas, abusivas, por deixarem o consumidor em grande desvantagem, além de serem incompatíveis com sua boa-fé ou equidade.

No que se refere às restrições de tempo de internação, sobretudo para as situações de urgência ou emergência, verifica-se entre o CDC e o Poder Judiciário a convergência de interpretação favorável ao consumidor. Nesse sentido, torna-se importante mencionar o fato de que a Lei Federal nº 9.656/1998 parametrizou de maneira distinta os prazos carenciais nos planos privados de saúde. Ao mesmo tempo, com a transversalidade da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) nº 13, de 03 de novembro de 1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), delimitam-se mais os prazos carenciais de urgência e emergência, conforme as coberturas das segmentações contratadas, que podem ser combinadas ou não.

Contudo, para J. Russo e M. Russo (2011, p. 184), “[...] não pode a operadora de planos de saúde ser obrigada a entregar coisa diversa da estipulada contratualmente em quantidade ou qualidade, se o contrato atende às normas de uma legislação válida [...]”.

Segundo Cunha (2003), inexistente confronto entre as autoridades e as normas editadas no Código de Defesa do Consumidor e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando interpretadas como norma geral e norma específica; na ausência de tratamento da matéria na norma específica, recorre-se à norma geral. Assim, para Alves, Bahia e Barroso (2009, p. 280), “Os contratos antigos são regidos, principalmente, pelo CDC, enquanto que aos contratos novos é aplicada a legislação específica do setor”.

Os contratos novos estão relacionados aos que foram regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998, a partir de 2 de janeiro de 1999, e os contratos antigos referem-se ao período anterior à referida Lei que, por força de Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931 do Supremo Tribunal Federal (BRASIL, 2004c), determinou que os contratos antigos não seriam alcançados por esta nova legislação em vigor.

Como efeito dessa determinação, pressupõe-se que as sociedades empresárias líderes no mercado, a partir de suas marcas, dos poderes de compra e do tamanho da carteira de usuários vinculados, limitaram a política regulatória da ANS, promovendo o reajuste de preços dos planos individuais antigos, beneficiadas pela decisão do STF anteriormente citada, na qual não se reconheceu a responsabilidade desta agência reguladora para os contratos firmados antes da Lei nº 9.656, de 1998 (OCKÉ REIS, 2007).

Sendo assim, a ANS não teve êxito em impedir que a ineficiência das operadoras de planos privados de assistência à saúde, verificada nos planos individuais contratados antes da Lei nº 9.656, de 1998, fosse repassada aos consumidores, especialmente em relação ao aumento das mensalidades e em relação à perda da qualidade da assistência médica privada (OCKÉ REIS, 2007).

Para o mercado privado de planos de saúde, a retroatividade da regulamentação trazida pela Lei nº 9.656/1998 aos contratos celebrados antes da sua vigência afetaria o ato jurídico perfeito e o direito adquirido. A intenção do governo pela legislação nessa temática seria eximir-se de seus deveres constitucionais, transferindo-os para o usuário, que passou a custear a manutenção de seu plano, ao passo que, para as operadoras, restou um rol de obrigações inviáveis, sem a devida sustentação financeira (ALMEIDA, 2001).

As coberturas assistenciais eletivas e os casos de urgência e emergência foram regulamentados pela Lei nº 9.656 de 1998 e todo o sistema privado de assistência à saúde passou a ser regido por este arcabouço legal, à exceção dos planos de saúde celebrados anteriormente à sua vigência. Nesse caso, para os planos antigos é válido o estabelecido em contrato entre a operadora e seus contratantes. Não obstante, é possível a realização da adaptação do contrato anterior a Lei nº 9656 de 1998, que pode ser oferecida pela operadora

ou solicitada pelo contratante do plano, para fazer com que o instrumento contratual seja submetido integralmente aos dispositivos da Lei nº 9656, de 1998. Desse modo, conforme art. 35 da Lei nº 9656 de 1998 (BRASIL, 1998), esta se aplica a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, sendo facultado aos consumidores de contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, sua adaptação para o sistema da referida legislação.

A Resolução CONSU nº 13, de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento por planos privados de saúde nos casos de urgência e emergência causa polêmica nos debates entre os agentes da saúde suplementar, quando o assunto inclui busca de direitos ou interesses antagônicos.

Existem inúmeras irregularidades interpretadas distintamente nos debates acerca da legalidade da Resolução CONSU nº 13, de 1998, as quais merecem especial atenção na busca de solução administrativa pelos órgãos competentes. O objetivo é evitar o extremo da judicialização. Para compreender os aspectos da legitimidade das normas editadas pelo CONSU, é importante destacar que:

Quando se observa a norma sob o ponto de vista formal, [...] verifica-se que a mencionada resolução foi editada por órgão não investido legalmente na função de regular o assunto. As atribuições do CONSU estão elencadas no art. 35-A incisos I a V da Lei nº 9.656/98, e são todas estranhas à matéria tratada. É, portanto, a Resolução CONSU nº 13 inválida, já que editada por órgão incompetente para tanto (RUSSO, J.; RUSSO, M., 2011, p. 191).

De outro lado, em um cenário de conflitos, não é novidade a discordância entre o médico ou o dentista que prescreve o procedimento necessário ao diagnóstico ou prognóstico do usuário, e um laudo ou parecer contrário de uma operadora que nega a autorização do procedimento de competência legal médica ou odontológica. Ainda que exista a possibilidade de risco moral no caso de um prestador médico ou odontológico prescrever algum procedimento sem necessidade, é prudente que a operadora o represente ou o denuncie ao Conselho de Ética profissional, comprovando suas alegações ou instaurando sindicância para apuração de conduta desvirtuada da boa prática médica ou odontológica. Contudo, é indevida a interferência da operadora na autonomia do exercício dos profissionais médico e dentista.

Tunis *et al.* (1994), por meio de estudo transversal e *survey* nacional, enviaram questionários para avaliar a reação e a familiaridade dos médicos norte-americanos em relação aos protocolos clínicos para uma amostra randomizada de 2.600 membros da Faculdade Americana de Médicos, em 1992. As características dos participantes da pesquisa

foram classificadas por: tempo total de graduação; tipo de vínculo institucional; tipo de especialidade-generalista ou subespecialidade; tempo em horas reservado ao cuidado semanal para pacientes (\geq e $<$ 20 h/semanais); prática privada em operadoras de planos de saúde, em órgãos governamentais e em associações corporativas. Dentro dessa amostra, 2.513 médicos internos foram incluídos nos critérios da pesquisa, porém, apenas 1.513 responderam. Os médicos subespecialistas demonstraram mais familiaridade em relação aos protocolos específicos de suas áreas do que em outras, ou em comparação aos generalistas. Os resultados acerca da maior ou menor familiaridade com os protocolos variaram de 11% para os de teste de *stress*, a 59% para avaliação do colesterol elevado no sangue de adultos. Sobre a gradação da confiança dos médicos nos protocolos, a pesquisa indicou variação. Revelou-se menor confiança nos protocolos elaborados por operadoras de planos privados de saúde, em virtude da presunção de que estes protocolos são produzidos para redução dos custos; e menor confiança nos protocolos elaborados por órgãos governamentais, em razão da preocupação de que estes protocolos possam ser usados com vistas a interesses do governo federal, a exemplo da Agência pela Política de Cuidado em Saúde e Pesquisa. De outro lado, observou-se maior confiança nos protocolos elaborados por associações corporativas: 70% para o Colégio Americano de Cardiologia; 82% para o Colégio Americano dos Médicos; e 69% para a Sociedade Americana do Câncer, entre outras. 64% dos médicos asseveraram que os protocolos são bons instrumentos educacionais; e 67% consideraram os protocolos fonte conveniente de consulta; por fim 70% reconheceram que os protocolos melhoram a qualidade da atenção. Todavia, 25% dos médicos consideraram os protocolos sobressimplificados; 24% qualificaram os protocolos como instrumentos; enquanto 21% definiram os protocolos como desafiadores da autonomia médica. Menos de 20% apontaram o fato de que os protocolos podem reduzir a má prática; 38% afirmaram que os protocolos podem diminuir o reembolso médico; 34% acreditaram que os protocolos reduzem a satisfação na atuação médica, e 68% revelaram que tais protocolos podem disciplinar a conduta médica, entre outros resultados.

A possibilidade de a operadora de planos privados de assistência à saúde dificultar atendimentos de natureza eletiva, de urgência ou de emergência é uma realidade; esta situação, entretanto, muitas vezes não se comprova, pois pode ser subnotificada pelo consumidor ou pelo prestador de serviços conveniado. Além disso, presume-se a falta de equivalência das informações no sistema de saúde suplementar com a descrição dos vários produtos de planos privados de saúde, uma vez que a responsabilidade de informar tais dados é exclusiva da operadora. Como agravante, a ANS dispõe de dados eletrônicos informados pela operadora; contudo, sem previsão legal específica, a agência reguladora não detém

contratos físicos arquivados com as informações e os detalhes de cada produto cadastrado pela operadora, para conferência das informações prestadas. Nessa perspectiva, há um descompasso regulatório, resultado de informações não cadastradas ou incompletas após denúncia manifestada.

2 A INTERFACE ENTRE ÓRGÃOS DE DEFESA DOS CONSUMIDORES, ANS, PODER JUDICIÁRIO E SOCIEDADE CIVIL

2.1 A natureza e a funcionalidade dos órgãos de defesa dos consumidores na saúde suplementar

Sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, os órgãos da Administração Pública direta ou indireta, assim como as entidades responsáveis pela defesa dos direitos dos consumidores, compreendem as Defensorias Públicas para a defesa dos consumidores necessitados (art. 134 da Constituição Federal Brasileira) e o órgão especializado PROCON (BARROS, 2011).

Os inúmeros conflitos que surgem no cenário do mercado de planos privados de saúde protagonizam o consumidor como o polo mais vulnerável, em razão da desinformação de seus direitos e da debilidade enfrentada pela instalação da doença ou pelo agravo que se manifesta com algum sinal ou sintoma correlacionado.

A assimetria de informação na saúde suplementar é um grande problema, que carece de planos de ações com resultados efetivos. Essa situação poderia ser revertida por meio da ênfase na educação preventiva do consumidor, como desafio em longo prazo, considerando-se a possibilidade de que muitos consumidores, ao procurarem os órgãos de defesa do consumidor, levam suas demandas para pronto atendimento somente após a ocorrência do dano ou do problema com a sociedade empresária contratada.

Não apenas ao Estado designa-se a obrigatoriedade da educação por intermédio das entidades de defesa do consumidor, mas também ao mercado de fornecedores de produtos e serviços (GIANCOLI; ARAUJO JUNIOR, 2012).

A busca por soluções harmoniosas exige comprometimento de todos os envolvidos nos conflitos, pois, de certa forma, se a letra da lei fosse cumprida pelas partes do contrato, já se teria resultado efetivo, com viáveis reduções de conflitos no mercado de planos privados de saúde; restariam possivelmente exceções não previstas em lei ou em normas infralegais específicas, para dirimir eventuais divergências entre usuários e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Ante as demandas da sociedade concernentes aos problemas nas relações de consumo, o Poder Público pode se instrumentalizar juridicamente a partir da Associação de Defesa do

Consumidor, a fim de educar, informar e assessorar o consumidor nos conflitos oriundos destas relações (GIANCOLI; ARAUJO JUNIOR, 2012). Outras formas instrumentais importantes incluem: assistência jurídica integral e gratuita, especialmente para a população carente (art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal (CF) e Lei nº 1.060, de 1950); Promotorias de Justiça e Defesa do Consumidor, com relevante atuação do Ministério Público (arts. 127 e 129, III, da Constituição Federal e arts. 51, §4º; 81; 82, I; 91 e 92 do CDC); delegacias especializadas que efetivam a punição contra os crimes de consumo (art. 5º, III); Juizados Especiais Cíveis e varas especializadas no julgamento de demandas decorrentes das relações de consumo (GIANCOLI; ARAUJO JUNIOR, 2012).

Existem muitas desvantagens para o consumidor que litiga individualmente na Justiça, tais como dificuldade em contratar um advogado, posição psicológica inferiorizada diante do poder econômico do fornecedor, além da falta de hábito do agente em relação a litígios. Em contrapartida, as ações coletivas apresentam melhores condições para alcance de justiça efetiva, viabilizando o equilíbrio de forças na relação processual travada, uma vez que, quando procedentes, têm condições de atingir todos os prejudicados (FINKELSTEIN; SACCO NETO, 2010).

Algumas doutrinas majoritárias reconhecem diversas espécies de vulnerabilidade do consumidor, e indicam, principalmente: vulnerabilidade técnica, quando o fornecedor apresenta maior acervo de conhecimentos técnicos aprofundados sobre uma parte material, o conjunto de processos, ou a prática em relação ao consumidor; vulnerabilidade jurídica, extrajudicial, pré ou pós-processual, oriunda de falta de informação do consumidor perante seus direitos; desconhecimento sobre a quem recorrer ou reclamar; falta de assessoria jurídica; acesso dificultado à Justiça; situação de impossibilidade para aguardar a longa tramitação de um processo judicial, o que acaba por gerar vantagens aos réus em sua condição de fornecedores; vulnerabilidade política ou legislativa, resultante da fragilidade política do consumidor no seu cotidiano; e, finalmente, vulnerabilidade fática ou socioeconômica, quando o fornecedor, detentor do poder econômico, tem posição de supremacia em relação ao consumidor. Outras cogitações de vulnerabilidade incluem os hipervulneráveis, como idosos; pessoas com deficiência; crianças; adolescentes; e consumidores virtuais (GIANCOLI; ARAUJO JUNIOR, 2012).

A previsão para instituição de diversos mecanismos de proteção do consumidor surge constitucionalmente e se consolida com a criação de diversos órgãos públicos da administração direta e indireta da União, envolvendo os demais entes da Federação, tais como o Estado e os municípios de cada estado.

Nesse sentido, o órgão PROCON é uma autarquia de proteção e defesa do consumidor, vinculada ao Poder Executivo municipal ou estadual, a qual dispensa a presença de advogado no atendimento pessoal de consumidores e permite um contato mais direto com vistas às provas de suas reclamações e à prestação de atendimento mais efetivo das demandas subordinadas à lei e às doutrinas, além de facultar consultoria sobre as decisões tramitadas nos tribunais (RIO DE JANEIRO, 2012).

Constituem funções do órgão PROCON: acompanhar e fiscalizar as relações de consumo entre fornecedores e consumidores; orientar o consumidor por meio de atendimento presencial, telefone, endereço eletrônico ou por correspondência; atuar com transparência em processo administrativo, subsidiando legalmente uma decisão motivada que conclua pelo acolhimento ou não de reclamação fundamentada pelo consumidor; intermediar conflitos, buscando acordos a termos no âmbito do processo administrativo, com anuência entre as partes litigantes e com peso de título executivo perante a Justiça; convocar o fornecedor a comparecer em audiência agendada para tecer acordo ou dar prosseguimento ao processo administrativo; fiscalizar, no âmbito de suas atribuições, estabelecimentos comerciais, aplicando as sanções administrativas constantes no Código de Defesa do Consumidor, desde multa até apreensão de produtos, interdição, e intervenção administrativa no estabelecimento; fiscalizar e intervir no mercado em caso de lesão ao consumidor (RIO DE JANEIRO, 2012).

2.2 A ANS e seu campo de atuação na regulação dos planos privados de assistência à saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi instituída como autarquia independente por meio da Medida Provisória nº 1.928, de 1999 (BRASIL, 1999), convertida na Lei nº 9.961, de 2000 (BRASIL, 2000), com a finalidade de promover a defesa do interesse público na saúde suplementar (ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

Para Schulman (2009, p. 200, grifo do autor), “entende-se por ‘saúde suplementar’ a esfera de atuação dos planos de saúde. A locução denomina [...] a prestação de serviços de saúde, [...] fora da órbita do Sistema Único [...]”.

A ANS é o órgão regulador de planos privados de saúde no Brasil. É vinculado ao Ministério da Saúde, onde atua na regulação, normatização, controle e fiscalização desse mercado, buscando o equilíbrio regulatório entre os interesses dos consumidores, dos

prestadores de serviços de saúde e das operadoras de planos privados de saúde, por meio da defesa do interesse público, a fim de manter o bom funcionamento dos serviços de saúde privados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011a).

A ANS apresenta 12 núcleos de atendimento presencial, situados no Rio de Janeiro, onde se localiza a sede desta autarquia, e nas grandes cidades e capitais – São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Recife, Salvador, Cuiabá e Belém. Além dos núcleos da ANS, existe atendimento pelo *site* www.ans.gov.br ou por telefone, por intermédio do Disque-ANS: 0800 701 9656 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011a).

A supremacia do interesse público não delimita a ANS como órgão de defesa do consumidor, uma vez que suas funções regulatórias extrapolam o arbitramento focado unicamente nas demandas de abusos contra direitos legítimos dos consumidores. Muito além dessa atuação, e tão igualmente importantes, estão incluídas várias outras funções, que merecem destaque no âmbito de sua prática regulatória.

Segundo Guerra (2012), das inúmeras competências da ANS, compreendem-se: proposição de políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) para regulação deste setor; estabelecimento das características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde como referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e suas excepcionalidades; estabelecimento de critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; instituição de normas para registro dos produtos definidos nos incisos I e no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998; apresentação de decisões acerca das subsegmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998; determinação dos critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; instituição de critérios de aferição e controle da qualidade de serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, tais como: serviços próprios, referenciados, contratados ou conveniados; implantação de normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; autorização de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais, fixadas em conjunto com o Ministério de Fazenda e o Ministério da Saúde.

De forma complementar, a ANS assume operacionalmente uma ampliação de suas competências:

O alcance de sua competência envolve as funções de fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento; exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos; fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar; avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação (GUERRA, 2012, p. 158).

As atribuições da ANS contemplam: fixação de critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço das operadoras; estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura assistencial de saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; fixação de regramentos para o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS); instituição de normas para as operadoras, relativas à adoção e à utilização de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; deliberação sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, para subsidiar decisões; normatização dos conceitos de doença e lesão preexistentes; definição, para fins de aplicação, da Lei nº 9.656, de 1998; segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando suas particularidades (GUERRA, 2012).

No tocante a uma regulação efetiva pela ANS, existem muitas críticas sobre a atuação desta agência reguladora no mercado de planos privados de assistência à saúde, as quais podem servir de sinal para mudança de estratégia regulatória. Nesse sentido, podemos destacar a seguinte passagem:

A forte presença de discussões sobre limitações em contratos antigos chama a atenção para a necessidade de que haja uma regulação efetiva desse tipo de plano de saúde. Enquanto a ANS não incorporar a sua regulamentação aquilo que já está pacificado na Justiça e aplicar a Constituição e o Código de Defesa do Consumidor na interpretação da Lei de Planos de Saúde e no suprimento de suas lacunas, inclusive no exercício da atividade fiscalizatória e punitiva, não se atinge uma estabilidade mínima setorial, e os conflitos continuarão sendo resolvidos, caso a caso, no Poder Judiciário (TRETTEL, 2009, p. 128).

Souza (2005) acrescenta que, embora a regulamentação dos planos privados de saúde tenha avançado, a ANS vem demonstrando maior atenção ao empresariado do que aos beneficiários vinculados a tais planos.

2.3 A urgência e emergência na saúde suplementar e a intermediação dos plantões judiciais na solução de conflitos

Os casos de urgência e emergência merecem especial atenção no atendimento dispensado ao consumidor pelo prestador de serviços da rede da operadora de planos privados de saúde, uma vez que a gravidade do caso clínico ou cirúrgico sem assistência médica ou paramédica adequada requer prestação imediata do bem ou serviço necessário ao restabelecimento das funções vitais e ao alívio de sinais e sintomas patológicos descompensados, com risco de morte ou de lesão irreparável. Nesse sentido,

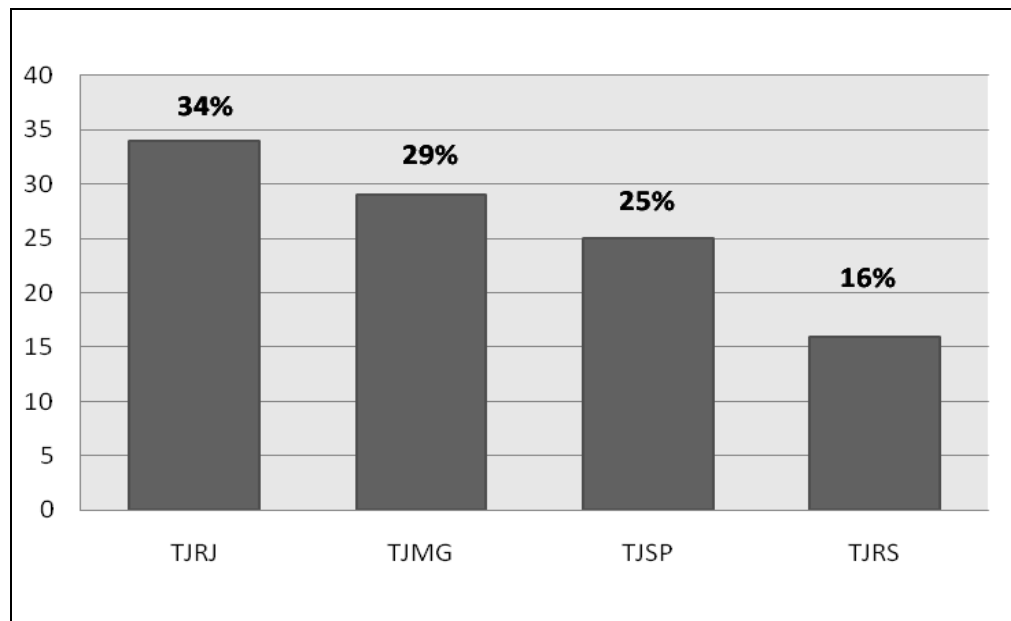
a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser realizados para atender às necessidades do consumidor, dando-se prioridade aos casos de emergência e urgência a pessoas com mais de 65 anos, gestantes, lactantes e crianças de até cinco anos (RIZZARDO *et al.*, 1999, p. 119).

Por meio de pesquisa de análise de jurisprudência realizada pela UNIMED-BH, em acórdãos dos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro, de Minas Gerais, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, e no objetivo de demonstrar o descompasso entre definição legal, científica e jurisprudencial das definições de urgência e emergência – concluiu-se que a constante razão de decisão dos magistrados é a fundamentação de que o estado do paciente é de urgência e emergência. Não obstante, torna-se importante, como premissa, o dever de questionar a verdadeira necessidade de cobertura imediata de tratamento, pois ao permitir a rápida realização do procedimento sob a justificativa de urgência e emergência, sem a presença de seus pressupostos, ofende-se o princípio da isonomia, considerando-se o fato de que pacientes nas mesmas condições cumprem prazos carenciais, dentro da área de atendimento da operadora de planos privados de assistência à saúde (PIRES, 2008).

Pires (2008) destaca a seguir o fato de que, em 26% das decisões avaliadas, a urgência e a emergência são elementos utilizados pelos julgadores do Poder Judiciário em diversos posicionamentos considerados determinantes para a concessão em juízo da cobertura imediata

do pleito assistencial, preliminarmente negada pela operadora, em razão de: prazo de carência; limitação da área geográfica de cobertura; cobertura parcial temporária pela presença de doença e lesão preexistente; rol de procedimentos; e exclusão contratual de cobertura (Gráfico 1).

Gráfico 1 – A urgência e emergência como razão para decidir por Tribunal (Brasil) – [200-?]



Fonte: PIRES, 2008.

Sobre esse polêmico debate que gira em torno da isonomia de direitos na saúde, existem entendimentos no âmbito do Poder Judiciário, segundo os quais a esta esfera cabem tão somente soluções em prol do bem comum, sobretudo quando o foco é a saúde pública. Dessa forma:

O foco das ações judiciais deve ser no controle dos gastos públicos, na fiscalização da efetiva destinação das verbas vinculadas constitucional e orçamentariamente, [...], visando efetivar a garantia financeira dos direitos sociais, no caso, os destinados à saúde pública. Este deve ser o foco da atuação da sociedade no que tange às ações de saúde, e não de forma individualizada, fracionada, onde se constata uma verdadeira corrida ao saco de ouro, que é a liminar concedida pelo juiz de 1º grau; esta pode garantir a saúde do indivíduo, mas também servir como economia privada para gastos nas férias escolares, à custa dos recursos públicos - como saber? E, mesmo sabendo, como afastar a função de *paladino da justiça* ser exercida por operadores jurídicos? Ainda está presente no imaginário jurídico brasileiro o entendimento de que dinheiro público brota em árvores e que o Estado é um “ser” externo à sociedade (NUNES; SCAFF, 2011, p. 133-134, grifo dos autores).

A Lei nº 9.656, de 03 de junho 1998, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde, com redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009, estabelece em seu artigo 35-C, incisos I e II, respectivamente, a obrigatoriedade para a cobertura do atendimento de emergência e para o atendimento de urgência. A emergência se define para os casos que implicam risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e a urgência se define para os casos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional (BRASIL, 1998, 2009).

Incluída pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001 (BRASIL, 2001c), em conformidade com as respectivas amplitudes de cobertura de cada segmentação contratual e suas combinações, a Lei nº 9.656, de 03 de junho 1998, em seu artigo 12, inciso V, fixou prazo máximo de carência de 24 (vinte e quatro) horas para os atendimentos de urgência e emergência (BRASIL, 1998).

Trettel (2009) refere o fato de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar manteve, entre outras, a vigência da Resolução CONSU nº 13, pela qual se limitam os atendimentos de urgência e emergência. Nesse contexto, destacam-se os contínuos conflitos do setor de planos privados de saúde, sem levar em conta questionamentos acerca da efetividade da atual regulamentação e da regulação da ANS. Essa situação tem reflexos no Poder Legislativo, com a criação de inúmeros Projetos de Lei (PL). Dentre estes, podemos citar o PL nº 4.076, de 2001, que propõe várias modificações na Lei de Planos de Saúde, e ao qual estão apensados 20 projetos.

No que diz respeito a uma justiça mais célere nas relações de consumo, fundamenta-se que:

Os Juizados Especiais Cíveis, Estaduais e Federais, respectivamente previstos na Lei nº 9.099/1995 e na Lei nº 10.259/2001, foram desenvolvidos para propiciar uma justiça mais célere, simplificada e barata, oferecendo oportunidade para que os consumidores sintam-se mais motivados a buscarem as devidas reparações, de ilícitos de menor complexidade ou de quantias monetárias mais reduzidas. Esses Juizados costumam ser bastante utilizados para solução dos conflitos envolvendo relações de consumo, contribuindo para que seja atendido o ditame previsto no art. 83 do CDC (FINKELSTEIN; SACCO NETO, 2010, p. 162).

Presume-se que o consumidor esteja de posse de seu contrato com a operadora, para formalizar a queixa ao órgão competente, e a operadora em geral deverá apresentar seu contrato físico a ANS, principalmente quando há alguma exigência quanto à eventual notificação de atividade fiscalizatória por tal entidade reguladora.

Onde não há o alcance da norma especial da ANS, torna-se relevante o uso desta norma em sinergismo com a legislação de proteção ao consumidor dos planos de saúde (CUNHA, 2003).

A demanda de reclamação constituída no Poder Judiciário reflete questionamentos sobre a efetividade regulatória, além de representar importante fonte recursal para quem se sente prejudicado no conflito, sobretudo o consumidor exaurido e fragilizado pela patologia.

Não obstante, a regulação do setor de planos de saúde, com o advento da Lei de Planos de Saúde e a criação da ANS, não foi suficiente para amenizar os conflitos decorrentes da insatisfação dos consumidores, que necessitam recorrer ao Poder Judiciário para resolução de suas demandas não alcançadas na saúde suplementar (FERREIRA, 2011).

O Poder Judiciário brasileiro, em resposta ao crescente número de demandas relativas à saúde suplementar, tem como assessoramento útil a recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2011), segundo a qual os Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais devem celebrar convênios para apoio técnico, sem ônus para estes órgãos, compostos por médicos e farmacêuticos indicados pelos Comitês Executivos Estaduais para assessorar os julgamentos dos magistrados sobre questões clínicas das partes envolvidas, considerando as particularidades regionais (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2011).

Segunda recomendação importante, trazida à baila pelo CNJ na busca pela melhor forma de solução de conflitos na saúde suplementar, consiste em facultar às operadoras interessadas o cadastramento de endereços para correspondência eletrônica dirigida a Comarcas, Seções e Subseções Judiciárias, a fim de facilitar a comunicação imediata com os magistrados, incluindo desde a mediação e a possibilidade da autorização do procedimento pretendido, até mesmo a solução pacífica do conflito, independentemente do curso legal e regular do processo (CNJ, 2011).

A terceira recomendação importante do CNJ para os Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais fundamenta-se na orientação aos magistrados vinculados, por intermédio de suas corregedorias, no sentido de oficiar, quando cabível e possível, à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao Conselho Federal de Medicina (CFM), e ao Conselho Federal de Odontologia (CFO), para o pronunciamento técnico da matéria em debate no âmbito das atribuições de cada órgão, especificamente no que se refere às obrigações regulamentares das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como à falta de medicamentos; materiais; órteses; próteses; e tratamentos experimentais. O primeiro desdobramento importante dessa orientação

consiste na recomendação à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM) e às Escolas de Magistratura Estaduais e Federais no sentido de promoverem a realização de seminários voltados ao estudo e ao dinamismo na área de saúde, agregando magistrados, membros do Ministério Público e operadoras de planos privados de saúde, a fim de obter maior articulação na matéria sob debate. Outro desdobramento consiste na recomendação aos Comitês Executivos Estaduais para que incluam, entre seus integrantes, um representante de planos de saúde suplementar, no intuito de fomentar o debate com as operadoras (CNJ, 2011).

Os plantões judiciários contemplam, particularmente, os juízes estaduais; entretanto há necessidade de regulação deste tema pelo CNJ, a fim de integrar, ao menos nas regiões metropolitanas, Justiça Federal e Justiça Estadual em regime de plantão judiciário unificado (SLAIBI FILHO, 2005).

O ordenamento do plantão judiciário no Estado do Rio de Janeiro, a partir da Resolução nº 05, de 2002 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, passa a estabelecer normas para o funcionamento da Justiça em tempo integral, mediante plantão judiciário, entre outras atribuições, dispondo de qualquer magistrado, cujo dever é atender os casos urgentes, em competência funcional transitória (SLAIBI FILHO, 2005).

Dentre inúmeros casos urgentes e emergentes destaca-se a saúde coletiva, que, especificamente no caso das demandas de planos privados de assistência à saúde, evidencia-se comumente nos plantões judiciários:

Reclamação constante dos juízes plantonistas do Rio de Janeiro é que passaram a exercer a função dos empregados dos planos e seguros de saúde de autorizar tratamentos e internações, pois a sistemática recusa em tal atendimento acabou por conduzir os interessados, em desespero e de madrugada, aos juízes de plantão (SLAIBI FILHO, 2005, p. 108).

Interesses econômicos retardam a pacificação imediata dos conflitos na saúde suplementar, muito embora a posição jurisprudencial dominante enfrente com qualidade esta temática, em virtude do princípio da dignidade da pessoa humana, o qual não pode ser ignorado no tocante à matéria da saúde (COSTA, 2011).

Pereira Júnior (2011 apud COSTA, 2011) informa que, no *ranking* dos temas geradores de conflitos submetidos com maior frequência à apreciação do TJRJ, a recusa de atendimento à saúde, seja pelo SUS, seja por planos privados de assistência à saúde, ocupa a 5ª posição, atrás dos conflitos entre: a) usuários e concessionárias de serviços públicos; b)

clientes e bancos e suas subsidiárias de cartões de créditos; c) beneficiários e empresas de seguros; d) consumidores e empresas de varejo comercial.

As questões tratadas nos plantões judiciários não se restringem aos conflitos entre usuários e prestadores ou operadoras de planos privados de assistência à saúde, embora a situação da urgência ou emergência possa ser interpretada como requisito comum a praticamente todas as demandas judicializadas em contexto fora do expediente judiciário normal.

De acordo com a Resolução nº 71, de 31 de março de 2009, do Conselho Nacional de Justiça (2009), o plantão judiciário ocorre nas dependências do tribunal ou fórum, em todas as sedes de comarca, circunscrição, seção ou subseção judiciária, conforme a organização judiciária local, sendo mantidos todos os dias em que não houver expediente forense, contemplando também os dias úteis, antes ou após o expediente normal, nos termos disciplinados pelo Tribunal (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009).

Dentre outras considerações relevantes que zelam pela prestação jurisdicional urgente ou emergente no âmbito dos processos judiciais em regime de plantão, destaca-se a definição do tempo razoável para divulgação ao público de informações sobre o serviço de plantão, sobretudo acerca da sua localização e a respeito dos magistrados plantonistas escalados, não previstos na Resolução nº 71, de 31 de março de 2009, alterada em seu parágrafo único do art. 2º pela Resolução nº 152, de 06 de julho de 2012, pelo próprio CNJ, a saber:

[...] Art.1º O parágrafo único do art.2º da Resolução CNJ nº 71/2009 passa a vigor com a seguinte redação: Parágrafo único. A divulgação dos endereços e telefones do serviço de plantão será realizada com antecedência razoável pelo sítio eletrônico do órgão judiciário respectivo e pela imprensa oficial, devendo o nome dos plantonistas ser divulgado apenas 5 (cinco) dias antes do plantão [...] (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2012, p. 2).

De acordo com CNJ (2009), os plantões judiciários terão previsão de regimento dos respectivos tribunais ou juízos, sendo-lhes facultado o estabelecimento de escalas e períodos de plantão especial – para períodos em que existam particularidades do local ou da região, ou para período de festas tradicionais, feriados, recesso ou prolongada ausência de expediente normal.

As matérias tratadas nos plantões judiciários, em primeiro e segundo grau de jurisdição são exclusivamente: pedidos de *habeas-corpus* e mandados de segurança em que figure como coatora a autoridade submetida à competência jurisdicional do magistrado plantonista; medida liminar em dissídio coletivo de greve; comunicações de prisão em

flagrante; apreciação dos pedidos de concessão de liberdade provisória; casos de justificada urgência de representação da autoridade policial ou do Ministério Público com vistas à decretação de prisão preventiva ou temporária; pedidos de busca e apreensão de pessoas, bens ou valores, desde que objetivamente comprovada a urgência; medida cautelar, de natureza cível ou criminal, que não possa ser realizada no horário normal de expediente, ou no caso em que da demora possa resultar risco de grave prejuízo ou difícil reparação; e medidas urgentes, cíveis ou criminais, da competência dos Juizados Especiais a que se referem as Leis nº 9.099, de 26 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995) e nº 10.259, e 12 de julho de 2001 (BRASIL, 2001b), limitadas às hipóteses enumeradas no art. 1º da Resolução nº 71, de 31 de março de 2009 do Conselho Nacional de Justiça (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009).

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de estudo qualitativo descritivo de delineamento não experimental, com ênfase nas perspectivas expressas pelos magistrados selecionados em relação à judicialização da saúde suplementar.

A pesquisa qualitativa tem como objetivo apresentar as percepções de grupos de indivíduos de um meio social específico, explorando as diferentes representações sobre determinados fenômenos (BAUER; GASKELL, 2012).

Em busca de solução para seus problemas com as operadoras de planos privados de saúde, os consumidores recorrem aos plantões judiciários.

O conhecimento das percepções desses magistrados quanto às demandas no Poder Judiciário perante as polêmicas questões de urgência e emergência nos planos privados de saúde, com risco iminente de perecimento de direito para os consumidores, possibilitou categorizar informações gráficas importantes a partir de dados verbais.

Para Haguette (1997, p. 63), “[...] os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”.

Dessa forma, a compreensão do fenômeno da judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar permitiu identificar dados que podem ensejar mudanças em práticas regulatórias governamentais, a partir das quais se operacionalizam elos de discussão e resolução pacífica de conflitos no âmbito administrativo.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa constituíram uma amostra de 45 magistrados dos Tribunais brasileiros de Justiça. Dos critérios de inclusão que definiram tal amostra populacional constam magistrados ativos, em efetivo exercício de seus cargos na carreira de juízes e desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), e ministros dos Tribunais Superiores localizados em Brasília (Superior Tribunal de Justiça e Supremo

Tribunal Federal), com ou sem experiência nos plantões judiciários sobre a saúde suplementar. Incluem-se titulares, substitutos ou itinerantes, do sexo masculino ou feminino, de quaisquer varas, câmaras ou turmas, de qualquer área de atuação do Direito brasileiro, seja ramo do Direito público, seja ramo do Direito privado – aleatoriamente selecionados a partir de sistema de convocação via Internet, integrado aos *websites* ou portais eletrônicos institucionais dos Tribunais de Justiça, por meio de *e-mail* ou correio eletrônico, com apresentação de carta convite (APÊNDICE A) para participação da pesquisa, ou por intermédio de recrutamento presencial nos próprios locais a que se destinou a pesquisa corrente.

No que tange à amostra populacional deste trabalho, os critérios de exclusão compreenderam os magistrados inativos aposentados ou os que se exoneraram da carreira de magistratura, e serventuários não pertencentes à carreira da magistratura.

3.3 Cenário do estudo

Os espaços da pesquisa foram os gabinetes dos magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ); do Poder Judiciário Estadual; do Superior Tribunal de Justiça (STJ); e do Supremo Tribunal Federal (STF), vinculados ao Poder Judiciário Federal da Administração Pública em geral.

O TJRJ está situado à Avenida Erasmo Braga, nº 115, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20020-000; *site* <http://www.tjrj.jus.br>.

A competência dos Tribunais estaduais está estabelecida no art. 125, §1º da Constituição Brasileira de 1988, conforme definição na Constituição do Estado, sendo a lei de organização judiciária de iniciativa do Tribunal de Justiça (BRASIL, 1988).

Com o propósito de aproximar a Justiça Estadual do jurisdicionado, a Constituição Brasileira de 1988 autoriza o Tribunal de Justiça a funcionar descentralizadamente a partir de Câmaras regionais, a fim de assegurar o pleno acesso do jurisdicionado à justiça em todas as fases do processo, conforme art. 125, §6º da Constituição da República (BRASIL, 1988).

O Tribunal de Justiça de cada Estado também está autorizado a instalar a justiça itinerante, com a realização de audiências e demais funções da atividade jurisdicional, nos limites territoriais da respectiva jurisdição, servindo-se de equipamentos públicos e

comunitários, de acordo com art. 125, §7º da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

Para dirimir conflitos fundiários, o Tribunal de Justiça proporá a criação de varas especializadas, com competência exclusiva para questões agrárias, podendo o juiz fazer-se presente no local do litígio, sempre que necessário à eficiente prestação jurisdicional, conforme art. 126, *caput* e parágrafo único da Constituição da República (BRASIL, 1988).

Além das questões fundiárias, a competência da Justiça Estadual tem natureza complementar no processamento e julgamento de casos que não forem da competência das justiças especiais ou especializadas, e da Justiça Federal. Desse modo, cabe esclarecer que competem à Justiça Federal as causas em que a União, as autarquias ou empresas públicas federais forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as causas de falência, as de acidente de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho, conforme art. 109, inciso I, da Constituição da República (BRASIL, 1988).

Considerando todas as competências legais, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (Figura 1) tornou-se predominante cenário de percepção mais direta na amostra significativa dos dados nesta pesquisa, porque reuniu casos vivenciados pela maioria dos magistrados entrevistados, com relação aos problemas na saúde suplementar. Tais casos foram classificados como de urgência ou emergência, tratados nos plantões judiciais em primeiro ou segundo grau de jurisdição e próprios da competência da Justiça Estadual, ao compreender com maior frequência litígios entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Figura 1 – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: A autora, 2015.

O STJ está localizado no Setor de Administração Federal Sul (SAFS), Quadra 06 – Lote 01 – Trecho III, Asa Sul, Brasília/DF, CEP: 70095-900, site <http://www.stj.gov.br>.

O STJ é composto por, no mínimo, 33 ministros nomeados pelo Presidente da República, após aprovada a escolha por maioria absoluta do Senado Federal, de acordo com parágrafo único do art. 104 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

As competências do STJ são inúmeras e estão previstas no art. 105 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Dentre as competências do STJ enumeram-se as seguintes (BRASIL, 1988):

- a) Processar e julgar, originariamente, nos crimes comuns, os Governadores dos Estados e do Distrito Federal, e, nestes e nos de responsabilidade, os desembargadores dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, os membros dos Tribunais de Contas dos Estados e do Distrito Federal, os dos Tribunais Regionais Federais, dos Tribunais Regionais Eleitorais e do Trabalho, os membros dos Conselhos ou Tribunais de

Contas dos Municípios e os do Ministério Público da União que oficiem perante os tribunais;

- b) Processar e julgar, originariamente, os mandados de segurança e os *habeas data* contra ato de Ministro de Estado, dos Comandantes da Marinha, do Exército e da Aeronáutica ou do próprio Tribunal (BRASIL, 1999b);
- c) Processar e julgar, originariamente, os *habeas corpus*, quando o coator ou paciente forem: Governadores dos Estados e do Distrito Federal, desembargadores dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, os membros dos Tribunais de Contas dos Estados e do Distrito Federal, os dos Tribunais Regionais Federais, dos Tribunais Regionais Eleitorais e do Trabalho, os membros dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios e os do Ministério Público da União, ou quando o coator for tribunal sujeito à sua jurisdição, Ministro de Estado ou Comandante da Marinha, do Exército ou da Aeronáutica, ressalvada a competência da Justiça Eleitoral (BRASIL, 1999b);
- d) Processar e julgar, originariamente, os conflitos de competência entre quaisquer tribunais, ressalvada a competência do STF prevista no art. 102, inciso I da Constituição Federal de 1988, bem como entre tribunal e juízes a ele não vinculados e entre juízes vinculados a tribunais diversos;
- e) Processar e julgar, originariamente, as revisões criminais e as ações rescisórias de seus julgados;
- f) Processar e julgar, originariamente, a reclamação para a preservação de sua competência e garantia da autoridade de suas decisões;
- g) Processar e julgar, originariamente, os conflitos de atribuições entre autoridades administrativas e judiciárias da União, ou entre autoridades judiciárias de um Estado e administrativas de outro ou do Distrito Federal, ou entre as deste e da União;
- h) Processar e julgar, originariamente, o mandado de injunção, quando a elaboração da norma regulamentadora for atribuição de órgão, entidade ou autoridade federal, da administração direta ou indireta, excetuados os casos de competência do Supremo Tribunal Federal e dos órgãos da Justiça Militar, da Justiça Eleitoral, da Justiça do Trabalho e da Justiça Federal;

- i) Processar e julgar, originariamente, a homologação de sentenças estrangeiras e a concessão de *exequatur* às cartas rogatórias (BRASIL, 2004a);
- j) Julgar, em recurso ordinário os *habeas corpus* decididos em única ou última instância pelos Tribunais Regionais Federais ou pelos tribunais dos Estados, do Distrito Federal e Territórios, quando a decisão for denegatória;
- k) Julgar, em recurso ordinário os mandados de segurança decididos em única instância pelos Tribunais Regionais Federais ou pelos tribunais dos Estados, do Distrito Federal ou pelos tribunais dos Estados, do Distrito Federal e territórios, quando a decisão for denegatória;
- l) Julgar, em recurso ordinário as causas em que forem partes Estado estrangeiro ou organismo internacional, de um lado, e, do outro, município ou pessoa residente ou domiciliada no país;
- m) Julgar, em recurso especial, as causas decididas, em única ou última instância, pelos Tribunais Regionais Federais ou pelos tribunais dos Estados, do Distrito Federal e Territórios, quando a decisão recorrida contrariar tratado ou lei federal, ou negar-lhes vigência; julgar válido ato de governo local contestado em face de lei federal (BRASIL, 2004a) e dar à lei federal interpretação divergente da atribuída por outro tribunal.

A seleção do STJ como cenário complementar desta pesquisa foi importante, porque se trata da corte responsável por uniformizar a interpretação da Lei federal em todo o Brasil, sendo de sua responsabilidade a solução definitiva dos casos civis e criminais que não envolvam matéria de natureza constitucional, nem a justiça especializada.

O marco legal da saúde suplementar foi a Lei Federal nº 9.656, de 1998, e as relações de consumo conflituosas judicializadas também alcançam a Suprema Corte quando existem interpretações divergentes, especialmente no que se refere a lacunas normativas, e necessidade de soluções definitivas e uniformes perante toda a sistemática das demais normas do ordenamento jurídico brasileiro. Desse modo, o STJ tornou-se um cenário predominante de percepção mais indireta decorrente da amostra significativa dos dados presentes nesta pesquisa, uma vez que os ministros não necessariamente vivenciaram experiências nos plantões judiciais em relação à saúde suplementar (Figura 2).

Figura 2 – Superior Tribunal de Justiça



Fonte: A autora, 2015.

O STF está situado na Praça dos Três Poderes, sem número (SN), Anexo - II - A, Térreo, Eixo Monumental, Brasília/DF, CEP: 70175-900, site: <http://www.stf.jus.br>.

O STF é a mais alta instância do Poder Judiciário brasileiro. As competências do STF estão previstas no art. 102 da Constituição da República Federativa de 1988, cabendo-lhe, primordialmente, defender a Constituição de eventuais violações. É composto por onze ministros brasileiros natos, de acordo com art. 12, §3º, inciso IV desse mandamento legal, nomeados pelo Presidente da República e aprovados pela maioria absoluta do Senado Federal, nos termos do art. 101, parágrafo único da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988).

Como principais atribuições constitucionais do STF listam-se (BRASIL, 1988):

- a) Processar e julgar, originariamente, a ação direta de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual e a ação declaratória de constitucionalidade de lei ou ato normativo federal (BRASIL, 1993);

- b) Processar e julgar, originariamente, nas infrações penais comuns, o Presidente da República, o Vice-Presidente, os membros do Congresso Nacional, seus próprios Ministros e o Procurador-Geral da República;
- c) Processar e julgar, originariamente, nas infrações penais comuns e nos crimes de responsabilidade, os Ministros de Estado e os Comandantes da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, ressalvado o disposto no art. 52, I, os membros dos Tribunais Superiores, os do Tribunal de Contas da União e os chefes de missão diplomática de caráter permanente (BRASIL, 1999b);
- d) Processar e julgar, originariamente, o *habeas corpus*, sendo paciente qualquer das pessoas referidas nas alíneas anteriores; o mandado de segurança e o *habeas data* contra atos do Presidente da República, das Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, do Tribunal de Contas da União, do Procurador-Geral da República e do próprio Supremo Tribunal Federal;
- e) Processar e julgar, originariamente, o litígio entre Estado estrangeiro ou organismo internacional e a União, o Estado, o Distrito Federal ou o Território;
- f) Processar e julgar, originariamente, as causas e os conflitos entre a União e os Estados, a União e o Distrito Federal, ou entre uns e outros, inclusive as respectivas entidades da administração indireta;
- g) Processar e julgar, originariamente, a extradição solicitada por Estado estrangeiro;
- h) Processar e julgar, originariamente, o *habeas corpus*, quando o coator for Tribunal Superior ou quando o coator ou o paciente for autoridade ou funcionário cujos atos estejam sujeitos diretamente à jurisdição do Supremo Tribunal Federal, ou se trate de crime sujeito à mesma jurisdição em uma única instância (BRASIL, 1999a);
- i) Processar e julgar, originariamente, a revisão criminal e a ação rescisória de seus julgados;
- j) Processar e julgar, originariamente, a reclamação para a preservação de sua competência e garantia da autoridade de suas decisões;
- k) Processar e julgar, originariamente, a execução de sentença nas causas de sua competência originária, facultada a delegação de atribuições para a prática de atos processuais;

- l) Processar e julgar, originariamente, a ação em que todos os membros da magistratura sejam direta ou indiretamente interessados, e aquela em que mais da metade dos membros do tribunal de origem estejam impedidos ou sejam direta ou indiretamente interessados;
- m) Processar e julgar, originariamente, os conflitos de competência entre o Superior Tribunal de Justiça e quaisquer tribunais, entre Tribunais Superiores, ou entre estes e qualquer outro tribunal;
- n) Processar e julgar, originariamente, o pedido de medida cautelar das ações diretas de inconstitucionalidade;
- o) Processar e julgar, originariamente, o mandado de injunção, quando a elaboração da norma regulamentadora for atribuição do Presidente da República, do Congresso Nacional, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, das Mesas de uma dessas Casas Legislativas, do Tribunal de Contas da União, de um dos Tribunais Superiores, ou do próprio Supremo Tribunal Federal;
- p) Processar e julgar, originariamente, as ações contra o Conselho Nacional de Justiça e contra o Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2004a);
- q) Julgar, em recurso ordinário o *habeas corpus*, o mandado de segurança, o *habeas data* e o mandado de injunção decididos em única instância pelos Tribunais Superiores, se denegatória a decisão;
- r) Julgar, em recurso ordinário o crime político;
- s) Julgar, mediante recurso extraordinário, as causas decididas em única ou última instância, quando a decisão recorrida: contrariar dispositivo da Constituição de 1988; declarar a inconstitucionalidade de tratado ou lei federal; julgar válida lei ou ato de governo local contestado em face da Constituição de 1988 e julgar válida lei local contestada em face de lei federal (BRASIL, 2004a);
- t) Apreciar, na forma da lei, a arguição de descumprimento de preceito fundamental, decorrente da Constituição de 1988;
- u) Proferir decisões definitivas de mérito, nas ações diretas de inconstitucionalidade e nas ações declaratórias de constitucionalidade, as quais produzirão eficácia contra todos e efeito vinculante, relativamente aos

demais órgãos do Poder Judiciário e à administração pública direta e indireta, nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2004a), etc.

O STF perante sua competência de defender a Constituição Brasileira foi selecionado como cenário complementar desta pesquisa, pois as relações contratuais na saúde suplementar podem ofender dispositivos constitucionais pétreos relevantes, muito embora a saúde seja livre à iniciativa privada. Desse modo, o STF tornou-se um cenário predominante de percepção mais indireta na amostra significativa dos dados nesta pesquisa uma vez que ministros vivenciaram ou não experiências nos plantões judiciários em relação à saúde suplementar (Figura 3).

Figura 3 – Supremo Tribunal Federal



Fonte: A autora, 2015.

Após recrutamento pelas fontes de contato anteriormente citadas, o agendamento das entrevistas foi feito por telefone institucional, *e-mail*, ou presencialmente a partir de contato prévio com os entrevistados ou com os assessores dos magistrados.

3.4 Técnicas de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir da técnica de entrevista individual, estruturada e gravada para que possibilitasse a expressão de pensamentos, juízos de valores e experiências dos magistrados participantes da pesquisa sobre o papel do Poder Judiciário e sua relação com os conflitos de urgência e emergência enfrentados pelos usuários de planos privados de assistência à saúde.

Para Gil (1999), as entrevistas podem ser classificadas em informais; focalizadas; por pautas; e formalizadas. Segundo Bardin (2011), as entrevistas podem ser classificadas em função do grau ou não de diretividade, e segundo a profundidade do dado verbal coletado – diretivas estruturadas; não diretivas ou não estruturadas; e entrevistas semidiretivas ou semiestruturadas.

No que concerne ao foco da técnica desta pesquisa, o delineamento formal estruturado demonstrou-se adequado pela presença de roteiro com questões diretivas, baseadas em temas precursores de significação dentro do mesmo padrão de perguntas e respostas, que podem variar em relação aos entrevistados.

Para Severino (2007, p. 125), entrevistas estruturadas “São aquelas em que as questões são direcionadas e previamente estabelecidas, com determinada articulação interna”.

As entrevistas estruturadas são úteis para levantamentos sociais, pois as questões diretivas permitem a aquisição de respostas facilmente categorizáveis das falas dos sujeitos (SEVERINO, 2007).

As entrevistas estruturadas originam-se de um roteiro fixo de perguntas, com ordem e redação invariáveis para todos os entrevistados que, em sua maioria, fazem parte de um grande grupo. Essa linha de ação possibilita o tratamento quantitativo dos dados, mostra-se mais adequada para levantamentos sociais, e caracteriza-se por sua maior rapidez, baixo custo, entre outras vantagens (GIL, 1999).

Os instrumentos de obtenção de dados foram um formulário para caracterização dos perfis dos magistrados (APÊNDICE B) e um roteiro de entrevista com 25 perguntas estruturadas, dividido em três grandes temas balizadores para cada significância similar de informações (APÊNDICE C). O apêndice B foi parcialmente adaptado do Código de Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro (CODJERJ) (OLIVEIRA, 2012).

Os dados foram coletados e processados em 2013 e 2014.

Segundo Haguette (1997, p. 86), “a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”.

Muito além de um objetivo que parece simples, a entrevista pode ser útil para descobrir informações esclarecedoras em várias dimensões do campo de múltiplos conhecimentos. Nesse sentido,

a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 80).

As entrevistas foram gravadas no intuito de melhor armazenamento, e a transcrição foi feita com ou sem recortes dos dados verbais coletados em campo de pesquisa. Para Triviños (1987), a gravação é recomendável, visto que permite a disposição integral dos dados do entrevistado de forma que se obtenham bons resultados na elucidação das ideias expostas pelo próprio informante, por meio de uma assessoria mais completa e detalhada do áudio escutado pelo entrevistador.

A utilização do recurso da entrevista tem várias vantagens: amplo acesso a todos os segmentos populacionais, de analfabetos a alfabetizados; obtenção de melhor amostragem da população geral, mesmo que o entrevistado não saiba ler ou escrever; maior oportunidade de o entrevistador repetir ou esclarecer questões a partir de diferentes formulações da pergunta e de especificações de algum significado, como medida de assegurar a compreensão; maior oportunidade para avaliação de atitudes e gestos do entrevistado, na forma daquilo que diz e como diz, por meio de registro de suas reações; conveniência para obtenção de informações não presentes em fontes documentais de importância significativa; possibilidade de informações mais precisas e de comprovação imediata, sobretudo as discordâncias; e tratamento estatístico após a quantificação dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2009).

As desvantagens da aplicação da entrevista consistem em: dificuldade de expressão e comunicação entre o entrevistador e entrevistado; falta de compreensão do informante quanto ao significado das perguntas da pesquisa, com risco de levar a uma falsa interpretação; risco de o entrevistado, consciente ou inconscientemente, deixar-se influenciar por aparência, atitudes, pensamentos e opiniões do entrevistador; eventual indisponibilidade do entrevistado para prestar as informações necessárias; retenção de algumas informações importantes por parte do entrevistado, receoso de que sua identidade seja revelada; reduzido grau de controle

do entrevistador sobre uma situação de coleta de informações; excesso de tempo ocupado; e dificuldade na realização (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Para Haguette (1997, p. 90), “a descoberta de lacunas ou omissões, especialmente na entrevista, só se evidencia mediante a comparação entre as entrevistas”.

No contexto descritivo desta pesquisa, não se estabeleceram comparações entre os entrevistados; valorizou-se a captação espontânea das falas dos sujeitos que participaram da pesquisa, sem deixar de considerar as partes essenciais de cada relato singular presente no discurso do cotidiano laborativo, expresso durante as entrevistas, levando também em conta vertentes similares ou distintas, marcadas pela experiência coletiva ou de senso comum da magistratura, tendo em vista que:

Devemos considerar também que o informante, geralmente, não é uma única pessoa, senão várias. Seus pontos de vista são examinados à luz de várias perspectivas individuais, de grupo e de informações histórico-culturais além dos suportes teóricos do investigador (TRIVIÑOS, 1987, p. 148).

Em sentido similar, Bauer e Gaskell (2012, p. 71) observam que “embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem de mentes individuais; [...], elas são o resultado de processos sociais”.

Para Fairclough (2001, p. 91), “o discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significado do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado”.

Desse modo, as experiências passam a ter significado social em dinamismo com a realidade compartilhada no cotidiano coletivo, surgindo a necessidade de pensar um problema a partir de compreensão mais ampla e detalhada.

Todo o arcabouço legal que fundamenta as liminares e decisões de mérito dos magistrados no âmbito da saúde suplementar, em nosso país, assume sua relevância e seu impacto imediato ou paulatino na política de regulação, pois os entendimentos dos juristas advêm da autonomia do Poder Judiciário, que estabelece critérios excepcionais e de soberania pública, capazes de interferir na atuação de órgãos do Poder Executivo no âmbito administrativo, com competência regulatória e fiscalizatória. Assim, entender o processo de racionalização jurídica em confronto com todo esse insumo de leis e normativos permitiu verificar se o entendimento de outros entes governamentais está convergindo ou divergindo a ponto de identificar os óbices convertidos em falhas de regulação do mercado de planos privados de saúde.

3.5 Tratamento e análise dos dados

As informações extraídas dos formulários de caracterização dos magistrados foram processadas por técnicas estatísticas descritivas e gráficos de frequência, com auxílio dos programas computacionais Word XP e Excel XP.

Os dados verbais foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo temático-categorial, privilegiando-se a repetição da frequência de temas, a partir de todo o conjunto de entrevistas (BARDIN, 2011).

De acordo com Severino (2007, p. 121), análise de conteúdo é “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Trata-se de compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações”.

Rocha e Deusdará (2005, p. 307) afirmam que “[...] o objetivo do tipo de análise preconizado pela Análise de Conteúdo é alcançar uma pretensa significação profunda, um sentido estável, conferido pelo locutor no próprio ato de produção do texto”.

Adicionalmente, decorre da análise de conteúdo, segundo Rocha e Deusdará (2005, p. 308), o significado de “[...] acima de tudo, explicitar os rumos assumidos pelas práticas linguageiras de leitura de textos no “campo das ciências” (grifo dos autores)”.

Para Rocha e Deusdará (2005, p. 311), “[...] a linguagem seria apenas um veículo de transmissão de uma mensagem subjacente, sendo a esse conteúdo que se pretende chegar com uma pesquisa em Análise de Conteúdo”.

Segundo Bardin (2011, p. 135), a “[...] autoanálise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Conforme a técnica analítica supra-apresentada, o material coletado após a realização das entrevistas foi organizado, transcrito dos áudios gravados para o *software* Word, impresso, reunido e preparado com recortes resultantes da escolha das unidades das falas significativas dos entrevistados – aquelas que serviram aos propósitos dos objetivos previstos ou as que fizeram revelações importantes vinculadas ao objeto desta pesquisa. Posteriormente, os elementos recortados foram tratados em função de suas especificidades para seleção das categorias gráficas (BARDIN, 2011).

Na etapa de recorte das falas, os temas foram priorizados como unidades de registros, levando-se em consideração: todas as palavras do texto; as palavras-chave; as palavras-tema;

ou as frases principais vinculadas ao objeto da pesquisa, estabelecido por temas de mesma ordem de significação semântica.

Na conceituação de unidade de registro, Bardin (2011, p. 134) afirma que “é a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”.

No detalhamento da composição de um tema pertinente ao foco da pesquisa, verifica-se que:

Na verdade, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (BARDIN, 2011, p. 135).

A seguir foram formadas categorias temáticas por agrupamento, de acordo com a significação similar extraída do recorte dos temas. A diversidade de temas foi organizada em gráficos por meio do *software* Excel, assim como suas unidades de registros correlatas, conforme a frequência percentual por índice de presença de tais registros no universo de todos os dados verbais separados por temas.

No que tange à diferenciação entre as abordagens quantitativas e qualitativas no procedimento da análise de conteúdo, é importante destacar que:

A abordagem quantitativa funda-se na *frequência* de aparição de determinados elementos da mensagem. A abordagem não quantitativa recorre a indicadores não frequenciais suscetíveis de permitir inferências; por exemplo, a presença (ou a ausência) pode constituir um índice tanto (ou mais) frutífero que a frequência de aparição (BARDIN, 2011, p. 144, grifo do autor).

Bardin (2011) acrescenta que a abordagem quantitativa da análise de conteúdo contempla dados descritivos, por meio de um método estatístico que leva em conta uma análise sistemática, mais objetiva, fiel e exata, decorrente de observação mais bem controlada. De outro lado, a abordagem qualitativa abrange tanto um procedimento mais intuitivo, mais flexível a índices não previstos, quanto o estabelecimento evolutivo de pressuposições, uma vez que permite sugerir relações possíveis entre um índice da mensagem e uma ou diversas variáveis do locutor, ou da situação da comunicação (BARDIN, 2011).

A escolha da abordagem qualitativa na análise de conteúdo foi adequada a esta pesquisa em razão das particularidades dos discursos (verbalizados ou não) dos entrevistados. Da mesma forma, os relatos de experiência e juízos de valores dos magistrados manifestados

em suas decisões, trouxeram à baila importantes revelações ou ocorrências no cenário do mercado de planos privados de saúde.

Bardin (2011, p. 145) observa: “a análise qualitativa apresenta [...] características particulares. É válida [...] na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais”.

Após análise temática e categorial dos dados à luz da abordagem qualitativa da análise de conteúdo com base no referencial analítico, foram apresentados os resultados matizados em função do objeto delimitado neste estudo. Assim, segundo Bardin (2011, p. 169),

em outras palavras, a análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), embora o inverso, predizer os efeitos a partir de fatores conhecidos, ainda não esteja ao alcance das nossas capacidades.

Rocha e Deusdará (2005, p. 310) afirmam que “na verdade, a principal pretensão da Análise de Conteúdo é vislumbrada na possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado”.

Assim, com base nos significados de cada entrevista, e com conhecimento das razões das decisões dos magistrados a partir da manifestação verbal do conteúdo das linguagens, pretendeu-se compreender as perspectivas extraídas das experiências em juízo, vivenciadas ou não em plantões judiciários nas situações de urgência e emergência, acerca da saúde suplementar e seus desdobramentos na regulação pelo Poder Público.

3.6 Aspectos éticos em pesquisa

O projeto de pesquisa desta tese foi recebido no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ por meio da Plataforma Brasil, em 15/01/2013, no site www.saude.gov.br/plataformabrasil, sob registro no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 12435913.4.0000.5260. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em 30/07/2013, pelo parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) nº 343.709, protocolo nº 002911/2013.

Foram cumpridas as determinações da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) do Ministério da Saúde. Todos os magistrados

participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi concedida garantia de sigilo das informações, anonimato, direito de desistir da pesquisa e ciência do resultado final do trabalho desenvolvido (APÊNDICE D).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: PRIMEIRA PARTE

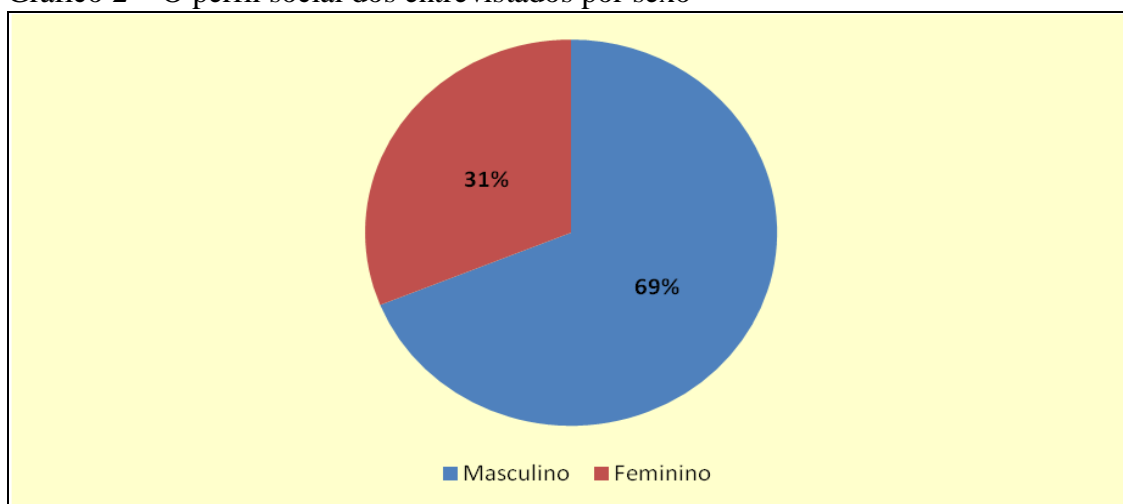
4.1 Caracterização dos sujeitos estudados

A descrição das características das informações extraídas nos formulários aplicados aos sujeitos permitiu, em conjunto com o referencial teórico e metodológico de base desta pesquisa, construir inferências e impressões de entendimentos compartilhados pelos magistrados sobre a judicialização da saúde suplementar nos plantões judiciários, bem como a perspectiva de mudanças em paradigmas que possam contribuir com a desjudicialização e a pacificação de conflitos no âmbito administrativo.

Estão relacionados a seguir os resultados relativos aos dados coletados nos formulários de caracterização social dos magistrados.

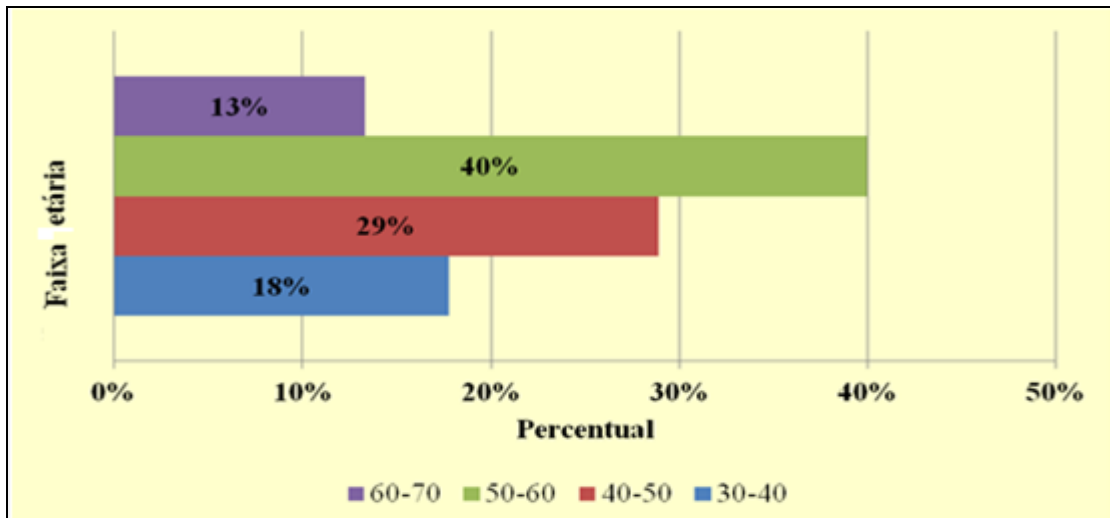
Dos 45 entrevistados, 69% eram homens e 31% eram mulheres, selecionados aleatoriamente; a faixa etária variou de 30 até 70 anos incompletos, conforme se observa nos Gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 – O perfil social dos entrevistados por sexo



Fonte: A autora, 2015.

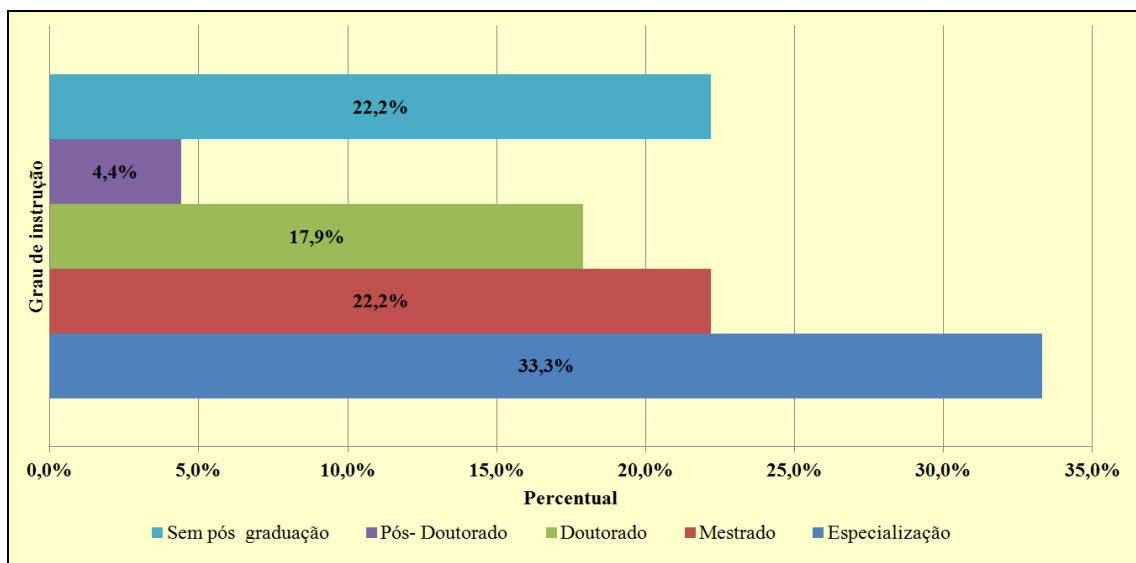
Gráfico 3 – O perfil social dos entrevistados por faixa etária em anos



Fonte: A autora, 2015.

No que tange ao grau de instrução na área de magistratura verificou-se que a maioria dispõe de pós-graduação *Lato sensu* (33,3%), porém foi evidente que grande percentual de magistrados com mestrado (22,2%) equiparou-se com um grupo de magistrados sem pós-graduação (22,2%). Ao mesmo tempo, 17,9% dos magistrados têm doutorado. Todavia, impende destacar que apenas 4,4% dos magistrados detêm pós-doutorado, denotando uma pluralidade na amostra em relação ao grau de instrução, conforme verificado no Gráfico 4.

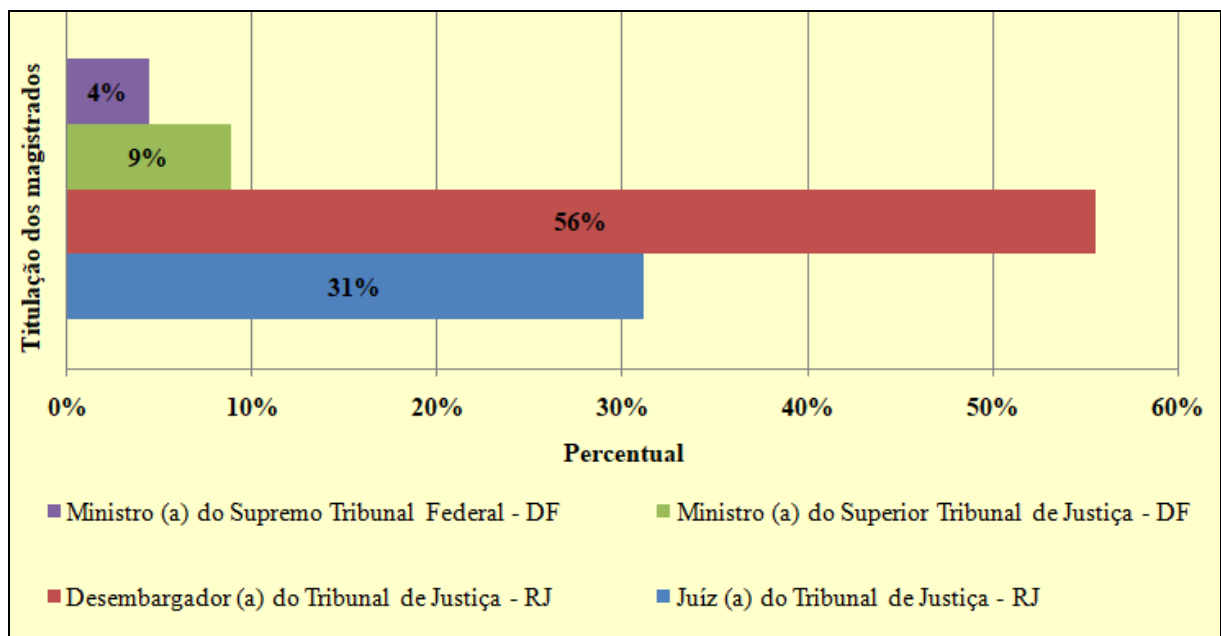
Gráfico 4 – O perfil social dos entrevistados por grau de instrução



Fonte: A autora, 2015.

Dos magistrados entrevistados, o maior percentual concentrou-se na titulação de desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (56%), seguido de juízes deste mesmo Tribunal (31%), de acordo com o Gráfico 5. Por conseguinte, ressalta-se também que boa parcela dos entrevistados foi da Suprema Corte, considerando 9% do Superior Tribunal de Justiça e 4% do Supremo Tribunal Federal. Em toda a amostra, os entrevistados tinham competência e gabarito para responder sobre o tema deste estudo, o qual abordou a judicialização da saúde suplementar. Desse modo, segundo Marconi e Lakatos (2009), a entrevista possibilita a obtenção de dados não disponibilizados em fontes documentais, mas relevantes e significativos para o objeto desta pesquisa.

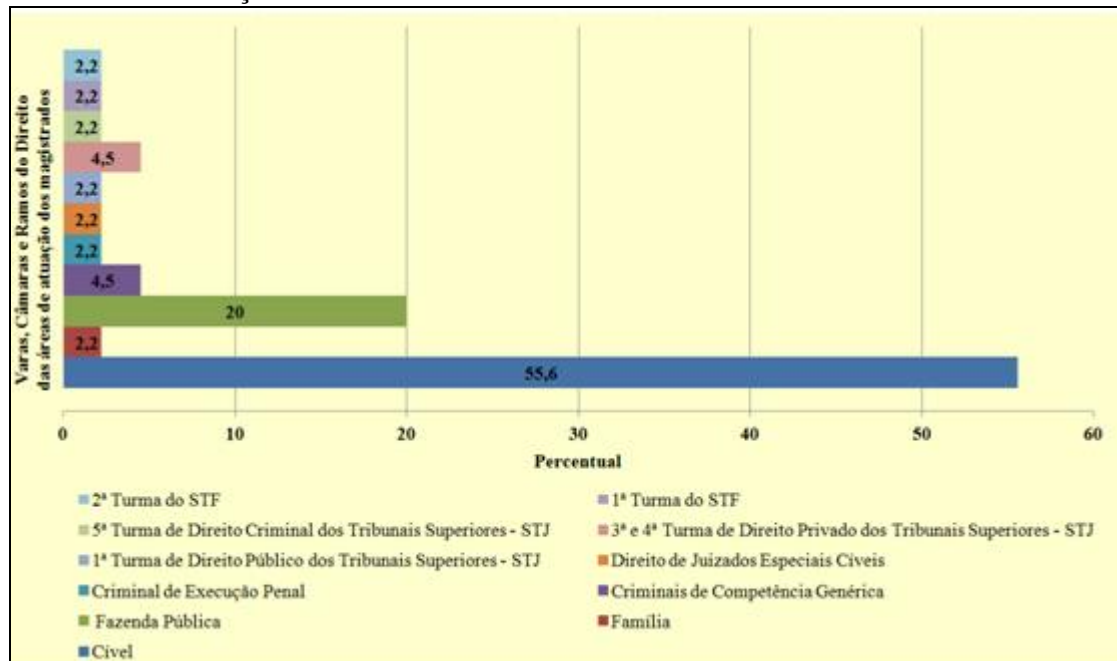
Gráfico 5 – O perfil social dos entrevistados por titulação



Fonte: A autora, 2015.

Quanto à atuação dos magistrados entrevistados, observou-se que 55,60% destes operam na área cível, 20% operam na Fazenda Pública, e 2,2% operam nas demais áreas, o que demonstra grande diversidade no ramo do Direito, incluindo a Suprema Corte – Superior Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal, com vasta experiência acumulada na área da judicialização da saúde suplementar, conforme o Gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6 – O perfil dos entrevistados por varas ou ramos do direito das áreas de atuação

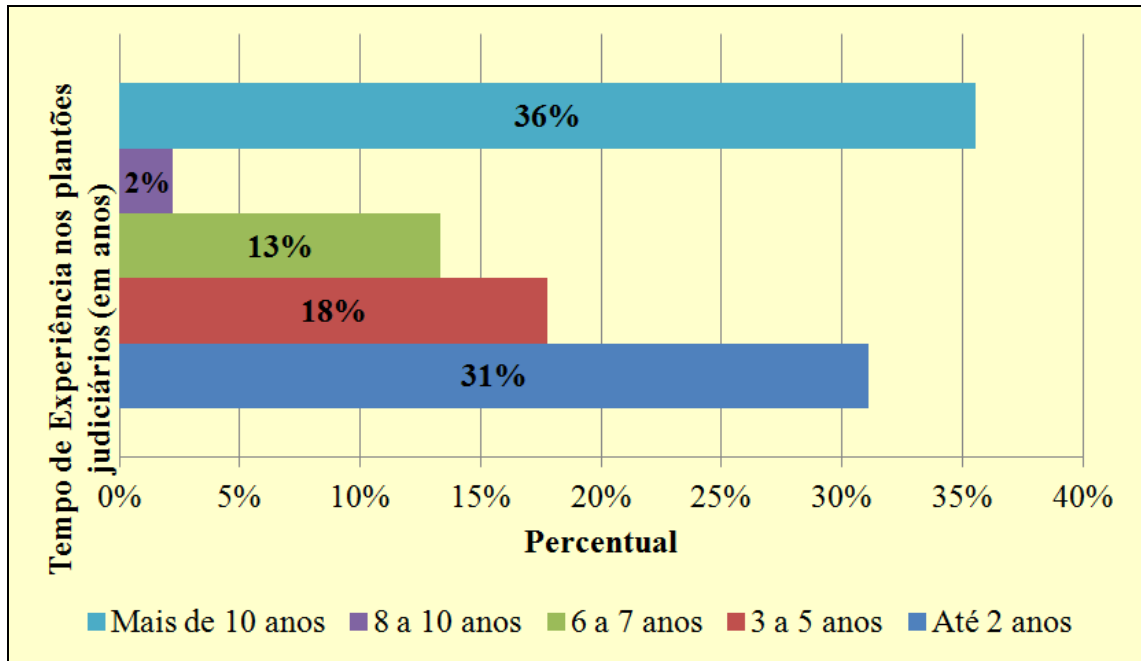


Legenda: Supremo Tribunal Federal (STF).

Fonte: A autora, 2015.

Para Gil (2012), a partir de uma interação social mais específica na busca de fontes de informação, é possível tratar de problemas humanos, com objetivos voltados para diagnóstico e orientação, o que certamente contou com a experiência dos entrevistados nos plantões judiciários. Nesse sentido, a maioria dos magistrados desta pesquisa tem experiência de mais de 10 anos nos plantões (36%), e 31% têm experiência de até dois anos, conforme o Gráfico 7, inferindo-se, assim, que os resultados foram precisos, obtidos a partir de uma realidade no campo litigioso inserido no cenário da saúde suplementar. Para o grupo de 2% dos magistrados, a experiência nos plantões limitou-se a 10 anos; para 13% dos entrevistados, a experiência na temática da saúde suplementar variou de 6 a 7 anos; e para 18%, a experiência variou de 3 a 5 anos.

Gráfico 7 – O perfil dos entrevistados por tempo de experiência nos plantões judiciários (em anos)



Fonte: A autora, 2015.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: SEGUNDA PARTE

5.1 A percepção da magistratura sobre o papel dos plantões judiciais na saúde suplementar

5.1.1 O papel fundamental do plantão judicial na tutela da saúde humana

Ao pesquisar os entendimentos dos magistrados sobre a judicialização da saúde suplementar nas mais variadas varas, câmaras e turmas do TJ-RJ e da Suprema Corte em Brasília (Quadro 1), evidenciou-se que a finalidade dos plantões judiciais é intervir, de forma célere e preventiva, nos conflitos de natureza de urgência ou emergência, de modo que assegure a proteção à vida, como bem maior tutelado pela Carta Magna de 1988. Assim, com base nos resultados obtidos neste estudo, constatou-se que 98% dos magistrados afirmaram que o papel do plantão judicial se concentra na intervenção de conflitos de natureza emergencial, fora do expediente normal forense, inclusive sábados, domingos e feriados. Por conseguinte, apenas 2% ressaltaram a importância de dirimir conflitos de natureza emergencial, sem desmerecer os impactos econômicos e financeiros, conforme Gráfico 8, a seguir. Esse entendimento foi consolidado, pelo Conselho Nacional de Justiça (2009, p. 2), que disciplinou como os casos de justificada urgência devem ser tratados em regime de plantão Judicial em 1º e 2º grau de jurisdição, tal como explicitado abaixo:

Art. 2º. O Plantão Judicial realiza-se nas dependências do Tribunal ou fórum, em todas as sedes de comarca, circunscrição, seção ou subseção judiciária, conforme a organização judiciária local, e será mantido em todos os dias em que não houver expediente forense, e, nos dias úteis, antes ou após o expediente normal, nos termos disciplinados pelo Tribunal (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009, p. 2).

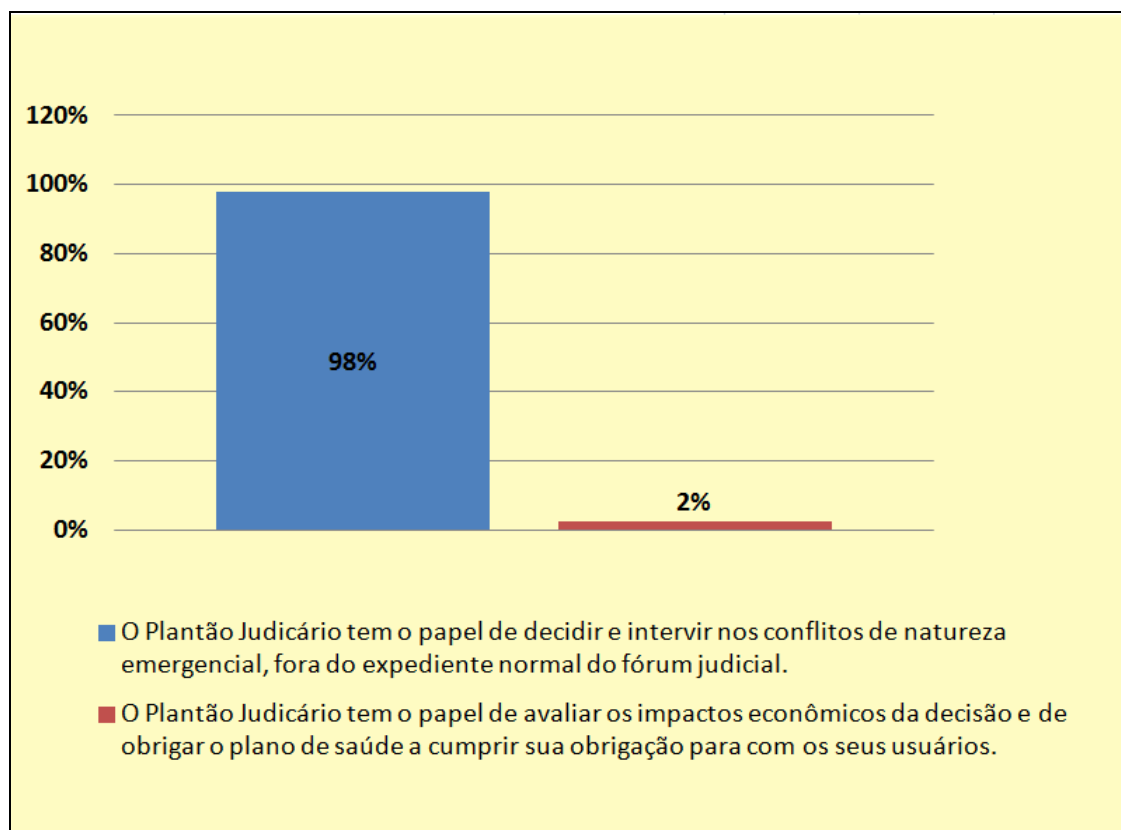
Quadro 1 – Distribuição de magistrados entrevistados por Vara, Câmara ou Turma do TJ-RJ, STJ-DF e STF-DF

Vara, Câmara ou Turma do TJ-RJ, STJ-DF e STF-DF	Freqüência de magistrados
10ª Câmara Cível	2
10ª Vara de Fazenda Pública	1
11ª Vara de Fazenda Pública	1
12ª Vara Cível	1
12ª Vara de Fazenda Pública	1
13ª Vara de Fazenda Pública	1
14ª Câmara Cível	1
15ª Vara de Família	1
16ª Câmara Cível	4
17ª Câmara Cível	2
18ª Câmara Cível	1
19ª Câmara Cível	2
1ª Câmara Cível	1
1ª Câmara Criminal	1
1ª Vara de Fazenda Pública	1
20ª Câmara Cível	2
23ª Vara de Juizado Especial Cível	1
2ª Câmara Cível	1
2ª Câmara Criminal	1
2ª Vara de Fazenda Pública	1
3ª Câmara Cível	1
3ª Vara Cível	1
3ª Vara de Fazenda Pública	1
3ª Câmara Cível	1
4ª Vara de Fazenda Pública	1
5ª Câmara Cível	1
6ª Câmara Cível	1
7ª Câmara Cível	3
7ª Vara de Fazenda Pública	1
Vara Criminal de Execução penal	1
1ª Turma de direito público dos Tribunais Superiores - STJ	1
3ª e 4ª Turmas de direito privado dos Tribunais Superiores - STJ	2
5ª Turma de direito criminal dos Tribunais Superiores - STJ	1
1ª Turma do STF	1
2ª Turma do STF	1

Legenda: Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ-RJ); Superior Tribunal de Justiça de Brasília (STJ-DF); Supremo Tribunal Federal de Brasília (STF-DF).

Fonte: A autora, 2015.

Gráfico 8 – O papel do plantão judiciário



Fonte: A autora, 2015.

Para Avila (2013, p. 2), “é justamente esse caráter de dever do Estado, que justifica a intervenção do Poder Judiciário para garantir efetividade aos direitos sociais, especialmente, ao direito à saúde”.

Assim, a pesquisa trouxe resultados empíricos que contemplaram o entendimento vigente dos magistrados sobre o dever do Estado na saúde como um provedor universal, especialmente, quanto ao direito à vida e à saúde em quaisquer momentos, inclusive naqueles fora dos expedientes normais forenses.

O papel dos plantões judiciários destaca a proteção à vida e à saúde do cidadão que apresenta lesão concreta ou risco de lesão, capaz gerar complicações que maculem o bem-estar e a dignidade da pessoa humana.

De outro lado, o cenário de urgência e emergência na saúde complementar abrange aspectos contratuais, como segmentação dos planos de saúde, períodos de carência e cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes. Todavia, no âmbito da judicialização, ao antecipar o julgamento pela brevidade que o caso concreto requer no plantão judiciário não se faz diferenciação sistematizada entre os direitos fundamentais

assegurados na Constituição Federal Brasileira de 1988 e os direitos contratuais dos usuários de planos privados de saúde.

Como as demandas nos plantões judiciais são variadas e não se esgotam apenas nos casos de planos privados de saúde, distintos critérios poderão escapar do senso comum e implicar posicionamentos que direcionam o dever contratual entre as partes, sem desmerecer as situações caracterizadas de urgência e emergência como base da análise judicial dessa relação jurídica.

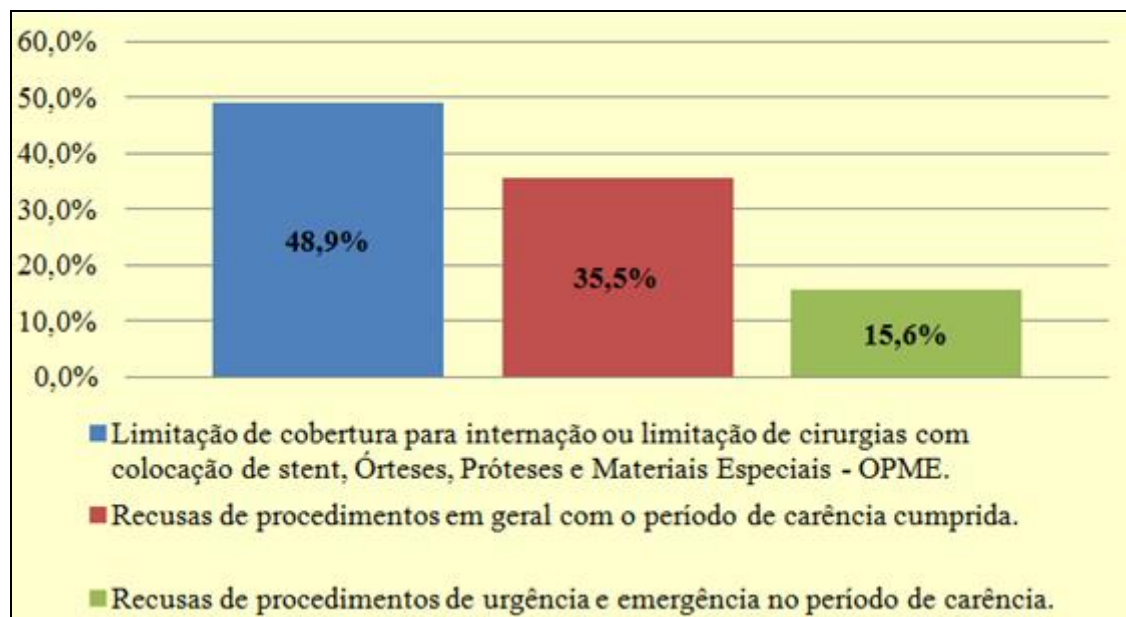
De modo geral, impende destacar que a saúde suplementar brasileira representa uma categoria de conflitos longe de serem pacificados, considerando a vicissitude política como elemento norteador do interesse público e suas práticas antagonistas representativas de interesses privados, tais como o modelo de regulação adotado pela ANS – ainda incipiente para solucionar distorções e tensões no mercado por colocar o consumidor em segundo plano.

5.1.2 Os tipos de conflitos nos planos e seguros privados de saúde no âmbito dos plantões judiciais

A pesquisa revelou que os conflitos de urgências ou emergências mais comuns na saúde suplementar, dentro da percepção de 48,9%; dos magistrados, são: limitação de cobertura para internação ou limitação de cirurgias com colocação de *stent*, órteses, próteses e materiais especiais (OPME); 35,5% dos entrevistados citaram recusas de procedimentos, em geral com o período de carência cumprida. Vale ressaltar que 15,6% dos entrevistados, percentual importante, destacaram que a incidência de recusas de procedimentos de urgência e emergência no período de carência foi também significativa nos plantões judiciais, conforme Gráfico 9, a seguir.

Segundo a Cooperativa de Trabalho Médico Ltda de Belo Horizonte (UNIMED-BH, 2008), as situações de urgência e emergência, na ótica do Poder Judiciário, são justamente os pedidos médicos de próteses, órteses, assistências e medicamentos, o que se assemelha aos resultados obtidos nesta pesquisa.

Gráfico 9 – Os conflitos de urgências ou emergências mais comuns na saúde suplementar



Fonte: A autora, 2015.

Parte dos resultados indica o fato de que o descumprimento contratual, quando a carência é cumprida pelo usuário de plano privado de saúde, é flagrante e traduz resistência da operadora em obedecer ao que foi pactuado em contrato. Evidencia-se a inobservância aos ditames da Constituição e do Código de Defesa do Consumidor, principalmente em relação aos normativos e leis especiais que regulam o mercado de planos privados de saúde, como aqueles que estipulam os prazos máximos de carência.

A Lei nº 9.656, de 1998 prevê, em seu art. 12, inciso V, alínea “c” (BRASIL, 1998), que o prazo máximo de carência será de 24 horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência, não prevendo quaisquer outros requisitos.

Contudo, a recusa de procedimentos de urgência e emergência no período de carência é regulada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), a qual limitou os atendimentos de urgência e emergência a 12 horas em ambulatório. O debate jurídico sobre a inconstitucionalidade dessa Resolução emana de restrição a direitos fundamentais, exercida por órgão regulador do Ministério da Saúde, qual seja o Conselho de Saúde Suplementar; este, a partir de função executiva e sem competência legislativa para tal, ampliou o prazo de carência nas situações de urgência e emergência de 24 horas para 180 dias, além de limitar a cobertura na saúde suplementar às 12 primeiras horas em regime ambulatorial e excluir as internações hospitalares.

De outro lado, mesmo após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano 2000, como órgão regulador específico da saúde suplementar, classificada como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2000), a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b) continua em vigor, mantendo a abusividade da carência de 180 dias para atendimento de urgência e emergência na saúde suplementar.

De acordo com Bahia e Scheffer (2010, p. 90), “as limitações de atendimento são impostas por cláusulas contratuais, mas também são autorizadas pela própria legislação vigente ou por normas editadas pela ANS”.

Como efeito, a carência superior a 24 horas para atendimentos de urgência e emergência deixa os usuários de planos de saúde expostos à própria sorte, buscando encontrar vagas em hospitais públicos, mesmo em situação de vulnerabilidade e de desequilíbrio pelo estado de doenças ou lesões características de urgência ou emergência.

De acordo com a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), o direito de cobertura nas situações de urgência e emergência vai variar de acordo com a segmentação contratada, períodos de carência e natureza da situação de urgência e emergência. Assim, o prazo máximo de carência para urgência e emergência será de 24 horas em caso de acidente pessoal que tenha origem externa como causa, excluindo os eventos crônicos e agudos de doenças causados por distúrbios fisiopatológicos intrínsecos, em períodos de tempo de atendimento, limitados ao tipo de contrato (segmentação), e períodos de carência, tal como o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – O direito de cobertura nas situações de urgência e emergência na saúde suplementar

Tipologia da situação de urgência e emergência	Direito de cobertura
Urgência por acidente pessoal no plano ou seguro do segmento hospitalar com ou sem cobertura obstétrica	Atendimento é integral após 24h da contratação do plano ou seguro privado de saúde
Urgência por outras causas diferentes de acidente pessoal com carência cumprida para plano ou seguro do segmento hospitalar com ou sem cobertura obstétrica	Atendimento é integral após 180 dias de carência para internação
Urgência por outras causas diferentes de acidente pessoal com carência para internação não cumprida para plano ou seguro do segmento hospitalar com ou sem cobertura obstétrica	Atendimento limitado até as primeiras 12 horas do atendimento, não garantindo cobertura para internação antes do cumprimento de carência de 180 dias
Emergência com carência para internação já cumprida para plano ou seguro do segmento hospitalar com ou sem cobertura obstétrica	Atendimento é integral após 180 dias de carência para internação
Emergência com carência para internação não cumprida para plano ou seguro do segmento hospitalar com ou sem cobertura obstétrica	Atendimento limitado até as primeiras 12 horas do atendimento, não garantindo cobertura para internação antes do cumprimento de carência de 180 dias
Plano ou seguro-referência sem ser caso de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doença e Lesão Preexistente (DLP)	Atendimento é integral após 24h da contratação do plano ou seguro privado de saúde
Plano ou seguro-referência sendo o caso de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doença e Lesão Preexistente (DLP)	Atendimento limitado até as primeiras 12 horas do atendimento, não garantindo cobertura para internação antes do cumprimento de 24 meses de CPT para a doença ou lesão preexistente declarada à época da contratação do plano ou seguro privado de saúde
Plano ou seguro do segmento hospitalar sendo o caso de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doença e Lesão Preexistente (DLP)	Atendimento limitado até as primeiras 12 horas do atendimento, não garantindo cobertura para internação antes do cumprimento de 24 meses de CPT para a doença ou lesão preexistente declarada à época da contratação do plano ou seguro privado de saúde
Urgência e emergência no plano ou seguro ambulatorial	Atendimento limitado até as primeiras 12 horas do atendimento, sem cobertura para procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar

Fonte: Resolução do CONSU nº 13, de 03/11/1998 (Adaptada) (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b).

Não obstante, há precedentes jurisprudenciais, ao contrário das restrições de tempo de atendimento previstas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), os quais ilustram a recusa indevida de cobertura nas situações de urgência e emergência, mesmo em prazos de carência e nos prazos de 24 meses impostos na Cobertura Parcial Temporária (CPT) em caso de doenças e lesões preexistentes, tal como nas ementas abaixo:

CONSUMIDOR. RECURSO ESPECIAL. SEGURO SAÚDE. RECUSA DE AUTORIZAÇÃO PARA A INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA. PRAZO DE CARÊNCIA. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA. DANO MORAL. Tratando-se de contrato de seguro-saúde sempre haverá a possibilidade de conseqüências danosas para o segurado, pois este, após a contratação, costuma procurar o serviço já em evidente situação desfavorável de saúde, tanto a física como a psicológica. Conforme precedentes da 3.ª Turma do STJ, a recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado é causa de danos morais, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito. Recurso especial conhecido e provido (BRASIL, 2005, p. 96, grifo nosso).

SEGURO - SAÚDE - DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA PREEXISTENTE - RECUSA DE COBERTURA - EXAME PRÉVIO OU MÁ-FÉ DO SEGURADO. É ilícita a recusa da cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente à contratação do seguro-saúde, se a Seguradora não submeteu a segurada a prévio exame de saúde e não comprovou má-fé (BRASIL, 2004b, p. 68, grifo nosso).

SEGURO - SAÚDE. DOENÇA PREEXISTENTE. AIDS. Omissa a seguradora tocante à sua obrigação de efetuar o prévio exame de admissão do segurado, cabe-lhe responder pela integralidade das despesas médico-hospitalares havidas com a internação do paciente, sendo inoperante a cláusula restritiva inserta no contrato de seguro-saúde. Recurso conhecido em parte e parcialmente provido (BRASIL, 2001d, p. 471, grifo nosso).

Uma vez que permanece em vigor a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), o direito de cobertura integral em 24 horas nas situações de urgência e emergência na saúde suplementar, dependerá do êxito de ações coletivas de controle de constitucionalidade, ou dos resultados promissores de ações judiciais individuais.

De fato, não é razoável que um usuário de plano privado de saúde, acometido por doença grave ou incapacitante, em situação comprovadamente de urgência e emergência médica ou odontológica, tenha atendimento limitado até às 12 primeiras horas de cobertura assistencial. Todavia, resta chamar atenção para o fato de que o atual modelo de saúde suplementar prevê a comercialização de produtos com coberturas segmentadas, o que dificulta o amparo contratual global quando há risco de perder a vida ou quando há necessidade imediata de atendimento integral de urgência e emergência por tempo indeterminado.

A Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b) dispõe que, quando houver necessidade de cobertura nas circunstâncias de urgência ou emergência, tal como trata o art. 35-D da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis aos pacientes, tais como aquelas provenientes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, a garantia da atenção e assistência pelos planos privados de saúde deverá ser no sentido de preservação da vida, de órgãos e funções, variando conforme a segmentação da cobertura contratada.

Contudo, a segmentação da cobertura assistencial nos planos privados de saúde varia desde ambulatorial (cobertura para consultas, exames e procedimentos ambulatoriais); hospitalar (cobertura para internação); obstétrica (cobertura para pré-natal, parto e ao recém-nascido); e plano referência (cobertura médico-hospitalar para todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos e os atendimentos de urgência e emergência), sendo permitido às operadoras oferecer diferentes combinações, tais como plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetria; plano com cobertura ambulatorial + cobertura odontológica; e ainda plano com coberturas e características superiores em relação ao plano referência, como acomodação em condições melhores e ainda com cobertura para procedimentos não obrigatórios (BAHIA; SCHEFFER, 2010).

Em contraponto à falta de razoabilidade de extrapolação do prazo legal de 24 horas, previsto no art. 12, inciso V. alínea “c” da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), para 180 dias, na saúde suplementar, em situações de urgência e emergência – à exceção de acidente pessoal no plano ou seguro do segmento hospitalar e no plano ou seguro referência, os quais exigem carência para urgência e emergência de 24 horas da contratação –, é preciso conjecturar se o usuário de plano privado de saúde que contrata um plano de segmentação de cobertura exclusivamente ambulatorial pode almejar internação hospitalar como um direito líquido e certo, considerando que não há previsão de cobertura contratual pelo valor pago neste tipo de produto. Isso significa também que uma operadora de planos privados de saúde com oferta de produtos de segmentação ambulatorial não pode ser onerada financeiramente daquilo que não foi contratado nem pactuado entre as partes. Se tal situação passar a vigorar por interpretação sistematizada do Poder Judiciário desequilibrará toda a carteira restante de beneficiários que, por sua vez, cumprem carência, comprometendo o atendimento dos demais.

Cabe lembrar que as várias segmentações ofertadas pelas operadoras estão previstas nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), e a relação jurídica delimitada ao objeto contratado entre as partes também deve ser analisada nos plantões

judiciários, adequando meios comprobatórios dos litigantes aos fins. Essa adequação é necessária para evitar imposição de adimplemento de obrigação contratual indevida, em nome de uma tutela que deveria ser papel do Estado e das centrais de regulação na busca por vagas e atendimento imediato na rede pública de saúde.

Não obstante, prospera a interpretação jurídica segundo a qual, em situações de urgência e emergência na saúde suplementar, tem-se que a Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), em seu art. 12, não estabeleceu nenhum outro requisito ou condição, senão o cumprimento do prazo máximo de carência de 24 horas, sendo, portanto, inaplicáveis as restrições previstas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b).

As respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, abrangem cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos de abrangência exclusivamente nacional – com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar – das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 deste mandamento legal (BRASIL, 1998).

O plano ou seguro referência é de oferta obrigatória pelas operadoras de planos privados de saúde em cada tipo de contratação (BRASIL, 1988), e garante a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar nas situações de urgência e emergência, salvo em situação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), segundo a qual somente após 24 meses haverá cobertura daquela natureza para doença ou lesão preexistente declarada à época da contratação (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b).

O plano ou seguro referência oferece cobertura integral aos atendimentos de urgência e emergência tanto para os acidentes pessoais quanto para eventos clínicos, após cumprimento de carência de 24 horas, além de facultar cobertura em todas as segmentações, a exceção da odontológica, e nos casos de doenças e lesões preexistentes declaradas à época da contratação dos planos ou seguros privados de saúde, conforme anteriormente citado. Nesses casos, a Lei 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998) estabeleceu que a Cobertura Parcial Temporária (CPT) abrange por período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos que têm relação exclusiva com as doenças ou lesões declaradas pelos usuários dos planos ou seguros privados de saúde ou seus representantes legais.

É interessante ressaltar que, após o cumprimento do período de carência de 180 dias, o usuário de plano ou seguro privado de saúde terá garantia de atendimento integral em casos de urgência e emergência, desde a admissão até a sua alta no plano ou seguro do segmento hospitalar com ou sem cobertura obstétrica. Em período de carência haverá limitação de cobertura até as 12 primeiras horas do atendimento, e no caso de CPT haverá uma espera de 24 meses para que o usuário ou segurado possa usar o produto contratado nas necessidades de tratamento da própria saúde ou de seus familiares dependentes.

Diante dos resultados desta pesquisa, a revisão da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR 1998b) atende o interesse público para redução da judicialização nos casos de urgência e emergência na saúde suplementar; dessa forma, a ANS como órgão regulador precisa propor mudanças para tais regramentos, de modo que a faculdade da oferta de um produto segmentado pelo mercado de planos privados de saúde não se sobreponha às garantias de preservação da vida nas situações de urgência e emergência, o que justifica a parceria público-privada eficiente como condição de continuidade assistencial.

Não obstante, no que se refere à parceria público-privada, interesses divergentes podem não alcançar o êxito esperado, tendo em vista que:

“as ambiguidades das relações público-privada na saúde são derivadas de conciliações elitistas e sedimentações excludentes de natureza econômica, política e cultural que impedem a efetivação do direito à cidadania” (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 110).

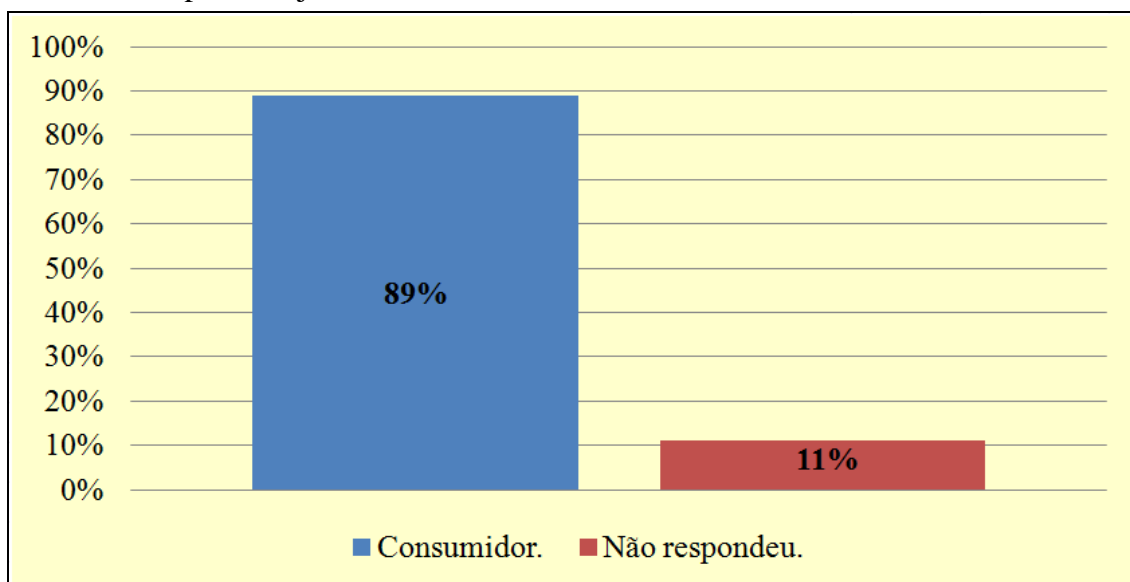
Para Rezende (2015, p. 90), “[...] o modelo de execução orçamentária deveria ser revisto, não para pôr de lado a preocupação com o equilíbrio macroeconômico, mas sim para incorporar preocupação com a qualidade da gestão pública”.

A partir dessa premissa, uma gestão pública de qualidade seria o diferencial para o alcance da excelência aos órgãos públicos e para a eficácia na concretização de políticas públicas propostas em parceria com o setor privado. No caso da saúde suplementar, as exigências da sociedade não estão conciliadas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), cuja preocupação se deteve em delimitar unicamente o tempo de atendimento em período de carência e Cobertura Parcial Temporária, quando presentes doença e lesão preexistente, de acordo com a segmentação contratada.

5.1.3 O consumidor de planos e seguros privados de saúde como protagonista nas decisões dos plantões judiciários

Quanto ao agente da saúde suplementar com maior percentual de deferimento nas decisões judiciais nos plantões judiciários, 89% dos magistrados entrevistados que responderam a esta pergunta alegaram que o consumidor é preponderantemente o maior favorecido nas liminares de plantões judiciários, em detrimento dos prestadores de serviço e operadoras de planos privados de assistência à saúde. 11% dos magistrados não responderam a essa pergunta, conforme o Gráfico 10.

Gráfico 10 – O agente da saúde suplementar com maior percentual de deferimento nos plantões judiciários



Fonte: A autora, 2015.

Os consumidores vêm vencendo as decisões dos plantões judiciários; também existe neste sentido muita crítica por parte do mercado de planos privados de saúde, uma vez que se discute o não cumprimento do contrato firmado entre as partes, sobretudo quando o contrato não prevê a cobertura reivindicada no Poder Judiciário, como nos casos de: planos ambulatoriais que não preveem internação hospitalar; procedimentos ou serviços solicitados fora da abrangência geográfica contratada; contratos em período de carência; cobertura parcial temporária para doenças e lesões preexistentes; inadimplemento do consumidor, entre outras.

Desse modo, para a literatura contrária a esses argumentos, pode-se destacar, como fundamentos de tais críticas, que:

Muitos consumidores recorrerem ao Judiciário para obter Direitos não previstos nos respectivos contratos, em regime de urgência – seja ela real ou criada; outros buscam esse Poder em razão da inexistência de regulação clara sobre determinados temas; e outros tantos, motivados pela insatisfação quanto a regras legítimas das relações contratuais. Assim, não é raro que no Judiciário sejam tomadas decisões favorecendo os consumidores e que para isso relevem os termos dos contratos, da regulamentação e até mesmo da lei. Argumenta-se que isso busca a justiça social; porém, não se percebe que essas decisões vão gerar, ao longo do tempo, um efeito exatamente oposto. Essas decisões socializam o custo do benefício concedido pelo Judiciário a um único indivíduo (benefício a que os demais usuários do plano não terão acesso) e criam insegurança para os agentes econômicos, o que, por sua vez, resultará em aumentos dos preços praticados e prejuízos aos consumidores, especialmente os éticos e conscientes de seus direitos e suas obrigações. O aumento dos preços pode ainda exacerbar o problema da seleção adversa no mercado de saúde suplementar e sobrecarregar o sistema público de saúde, que deverá ser responsável pelo atendimento desses ex-beneficiários desse plano de saúde (CECHIN *et al.*, 2008, p. 195-196).

A urgência real é a que se faz necessária pela agilidade do tratamento em atenção médica ao quadro clínico ou cirúrgico do consumidor de plano privado de saúde, diagnosticado como grave. Por vezes, a ausência da observação médica expressa de urgência pode não autorizar com brevidade algo previsto em contrato, surgindo talvez uma urgência criada. Essa urgência criada pode quicá decorrer do efeito de uma cadeia habitual de dificuldades de autorizações prévias pelas operadoras de planos privados de saúde em cobertura assegurada em contrato, bem como pode também surgir em virtude de cobertura não prevista em contrato, por clara abusividade e má-fé do consumidor ou de seu representante legal, e não de desconhecimento de ambos em relação às regras contratuais avençadas entre as partes.

A classificação de uma situação envolvendo a saúde como de urgência ou emergência e seus iminentes riscos pode ter interpretações similares ou distintas, as quais transcendem a competência médica destinada a esta finalidade, tal como descrito na passagem a seguir:

A apreciação que leva a considerar um estado ou uma situação de saúde como sendo uma ‘urgência’ ou uma ‘emergência’ é o resultado, na prática do médico como na do leigo, de uma combinatória plurifatorial complexa, na qual não entram somente elementos do conhecimento médico técnico. Essa combinatória é a conjunção de uma multiplicidade de fatores de natureza variada, tanto sociais quanto psicológicos, tanto coletivos quanto individuais, tais como, por exemplo: a idade do paciente, seu sexo, sua aparência, condição social, o tipo de mal do qual ele está padecendo, seu comportamento, o tipo de acidente sofrido, o número de vítimas, o grau de angústia e incerteza, a formação do médico, a eventual relação terapêutica existente entre ele e o doente (este é ou não ‘seu’ paciente) e também o próprio valor atribuído a um estado de saúde por parte de quem decide da sua ‘urgência’ ou ‘emergência’, quer

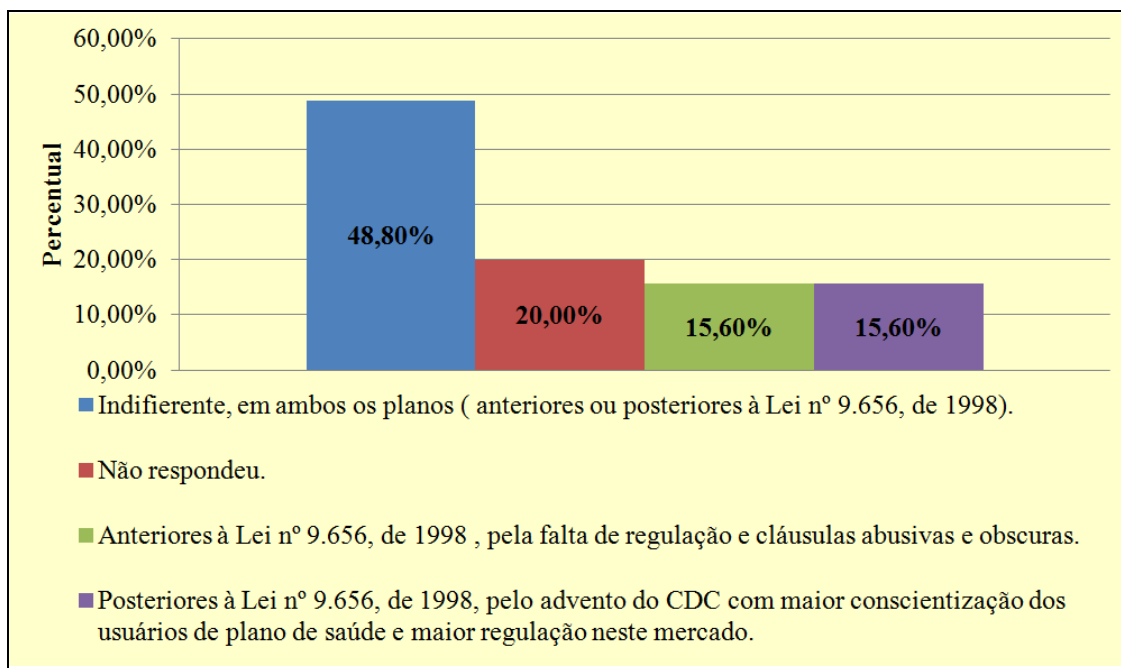
dizer, por parte de quem o valoriza como 'urgência'/'emergência' (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 29, grifos do autor).

As lacunas da regulação sobre os planos privados de saúde, seja por falta de arcabouço da legislação especial, seja por falta de revisão dos normativos vigentes por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, trazem insegurança jurídica para os contratantes e contratados, sobretudo quando se avaliam conflitos nos plantões judiciais por falta de clareza nos conceitos de urgência e emergência; limitação de coberturas contratuais em diferentes segmentações de planos; mecanismos de regulação usados no arbitramento das autorizações prévias; entre outros problemas. Alguns normativos e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar precisam ser revisados perante as mudanças correntes de um contrato sucessivo, e adaptados às novas tecnologias biomédicas e aos direitos consagrados como essenciais pela justiça; ao mesmo tempo também a própria justiça precisa se inteirar sobre a legislação especial do órgão regulador, direitos e deveres dos contratados.

5.1.4 As peculiaridades dos planos antigos e novos no contexto da judicialização da saúde suplementar

Em relação ao aspecto do início da vigência do marco legal dos planos privados de saúde, para 48,8% dos magistrados entrevistados não houve diferença sobre aumento de quantitativo da demanda em comparação com os planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998, havendo empate de 15,6% entre os que entendiam haver diferença de aumento da demanda entre planos novos e antigos, no que tange à Lei supracita, destacando-se 20% que não responderam à pergunta (Gráfico 11, a seguir).

Gráfico 11 – A predominância de conflitos na área de saúde suplementar, conforme marco da Lei nº 9.656 de 1998



Legenda: Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Fonte: A autora, 2015.

Não houve diferença quanto à predominância de conflitos entre os usuários de planos antigos e novos a partir da data da regulamentação dos planos privados de saúde, pois a informação, antes esparsa, vem se tornando global e instantânea pelos veículos de comunicação, aumentando a conscientização quanto aos direitos e reivindicação destes consumidores.

A Lei dos Planos de Saúde surgiu em 1998 a partir da promulgação da Lei nº 9.656, de 03 de julho de 1998, após oito anos de vigência do Código de Defesa do Consumidor, como uma norma complementar e não substitutiva do referido código (FARIAS, C.; FARIAS, T., 2011). A partir desse marco legal, surgem os planos novos de saúde, com ótica mais protetora para os consumidores, em sinergismo ao Código de Defesa do Consumidor.

Em contrapartida, os planos antigos são conceituados como:

[...] aqueles celebrados antes da vigência da Lei 9.656/1998 e que não foram adaptados às suas regras, estando, por isso, imunes à sua incidência. Esses planos são regidos pela legislação vigente à época da contratação, particularmente o Código de Defesa do Consumidor – ao menos aqueles contratados a partir de 11.03.1991 (SAMPAIO, 2010, p. 211).

As seguradoras e operadoras de planos privados de saúde praticavam muitos abusos no passado, e fez-se necessária intervenção mais direta do Poder Público a fim de proibir tratamentos restritivos, tais como exclusão de despesas progressivas de custos elevados e contratos com outras cláusulas abusivas (RIZZARDO *et al.*, 1999).

Vecina Neto e Malik (2014) apontam o fato de que as empresas operadoras de saúde não estavam sujeitas a qualquer regulação até 1998, quando as principais reclamações dos consumidores eram: reajustes etários e inflacionários nos preços dos planos; exclusões ou negativas sem justificativas de coberturas de procedimentos; negativas arbitrárias de autorizações; desvios nas condições de admissão, carências, validade e de rescisão de contratos; descredenciamento de prestadores de serviços; insuficiência regional na oferta de rede assistencial ou de procedimentos específicos.

De acordo com Rizzardo *et al.* (1999), a partir da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998) inúmeras mudanças ocorreram, principalmente em relação à definição de regras mais claras para as empresas, que passaram a ser corresponsáveis pela saúde populacional, sendo obrigadas a oferecer minimamente o que a Lei estabelecer.

No âmbito das transformações advindas da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), Rizzardo *et al.* (1999) enumeram: ampliação e inclusão de novas coberturas; introdução de medidas fiscalizatórias e punitivas para disciplinar as operadoras de planos privados de saúde; proibição de reajustes abusivos das mensalidades; estabelecimento de prazos máximos de carência, entre outras inovações.

Segundo Montone (2009), pelo sistema de carências anterior à regulamentação dos planos privados de saúde era permitido ajustar o custo de cada usuário no decorrer do tempo, considerando que a utilização dos serviços na saúde suplementar estava condicionada às carências e ao pagamento pontual, destacando-se prazos extensos de carências para internações cirúrgicas e exames de maior complexidade e custo.

Tendo em vista que as práticas abusivas eram maiores antes da vigência da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), acreditou-se que talvez as demandas de ações judiciais pudessem ser maiores antes deste marco legal; contudo, os resultados desta pesquisa constataram que, na percepção do grupo de magistrados entrevistados quanto à predominância de conflitos entre os usuários de planos antigos e novos, não existiu preponderância quantitativa entre ambos.

Duas das possíveis razões para a inexistência de diferença quantitativa de ações judiciais entre planos novos e antigos na saúde suplementar, de acordo com a percepção dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, são a conscientização progressiva dos consumidores

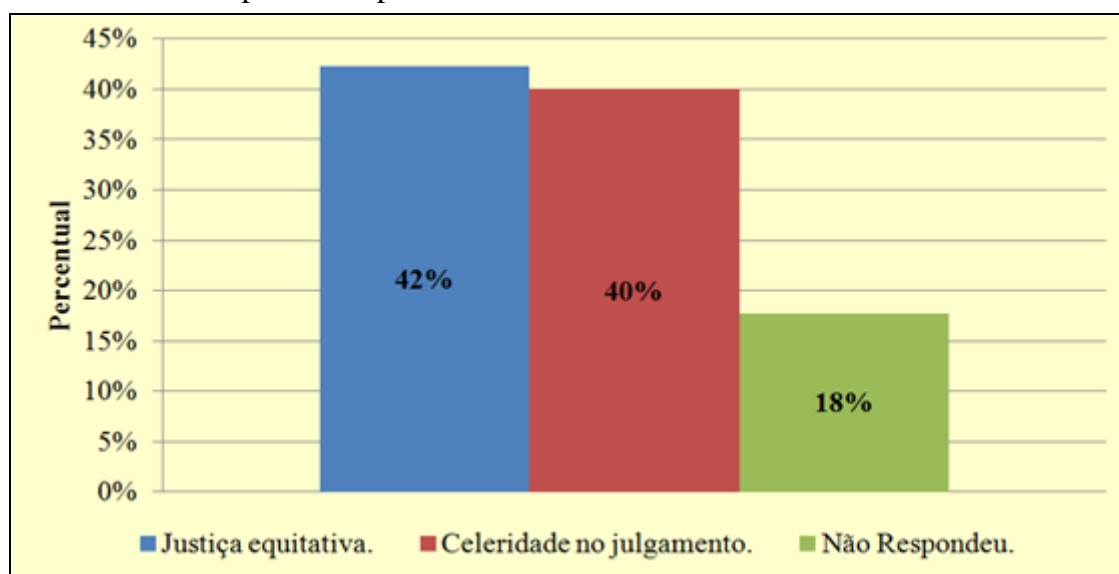
e a regulação setorial, que se tornou mais concreta com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Todavia, mesmo com tantos mecanismos disponíveis para busca própria de informações pelos consumidores na própria mídia ou na internet, não se prescinde do dever de informação a ser prestado pelas operadoras de planos privados de saúde, bem como do dever de zelar pela qualidade da regulação setorial exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

5.1.5 O processo litigioso positivo nos plantões judiciais para os usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde

Em relação às implicações positivas de recursos aos plantões judiciais na saúde suplementar para usuários, 42% dos magistrados entrevistados alegaram que são majoritárias a defesa de um direito e a igualdade perante as pessoas jurídicas, considerando que o consumidor é o ente mais vulnerável da relação com o mercado de planos privados de saúde. De outro lado, 40% desses entrevistados constataram que, quando o beneficiário recorre ao plantão judicial, há uma rápida decisão acerca da sua petição em juízo em caso de justificada urgência ou emergência. Contudo, 18% não responderam (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Implicações positivas de recursos aos plantões judiciais na saúde suplementar para os usuários



Fonte: A autora, 2015.

O usuário de planos privados de saúde representa a categoria mais vulnerável na relação de consumo, e torna-se ímpar o equilíbrio entre as partes por intermédio do Poder Judiciário; os resultados da amostra desta pesquisa indicam uma preocupação da magistratura brasileira com a isonomia como um critério de ponderação importante na hora do julgamento.

O quantitativo de ausência de resposta para essa categoria de pergunta pareceu ser inespecífico, sem relação causal subjacente ao objeto da indagação, o que sugere postura imparcial ou falta de opinião formada sobre o assunto, em relação ao grupo de entrevistados de 18% (Gráfico 12).

De acordo com Montone (2009, p. 19), “ao criar a cultura dos direitos do consumidor, elevou a temperatura do debate social em relação aos abusos dos planos de saúde”.

Nesse rumo de ideias, a Constituição Federal Brasileira de 1988 e o Código de Defesa do Consumidor robusteceram essa cultura que protagoniza o consumidor como parte frágil de uma relação contratual, coibindo abusos e desvantagens exageradas.

Tal comportamento abusivo do mercado de planos privados de saúde ignora a dimensão social e biológica do usuário e segurado de plano privado de saúde, considerando que:

O mercado privado, por sua vez, assumiu essa posição de *outsider* e sempre considerou sua atividade como uma atividade econômica como qualquer outra, sem responsabilidades em relação ao sistema de saúde, mas apenas com os serviços contratados por seus clientes. Foi uma expansão do conceito das farmácias, que deixaram de ser um estabelecimento de saúde, vendendo medicamentos como vendem qualquer dos outros produtos que oferecem, de sabonete a perfume (MONTONE, 2009, p. 15, grifo do autor).

A saúde como produto contratual tem especificidades que transcendem as atividades econômicas das sociedades empresárias operadoras de planos privados de saúde, o que reforça a necessidade de vigilância e fiscalização do Poder Público na defesa do interesse público e da sociedade civil. Contudo, interesses divergentes compõem a realidade da atividade privada na saúde suplementar, uma vez que:

Com relação ao *mercado* e à *regulação*, considera-se que a cobertura de planos e seguros de saúde continuará aumentando, com algum impacto das medidas reguladoras na satisfação dos usuários, embora com menos otimismo quanto à perspectiva de a ANS controlar preços, fiscalizar eficazmente e garantir direitos dos usuários (PAIM, 2009, p. 105, grifos do autor).

A atuação da ANS é muito comparada às entidades de defesa do consumidor; porém, sem desmerecer a atenção que deva fornecer ao segmento consumerista como polo mais

frágil, existe muita crítica quanto ao desempenho desta autarquia como saneadora do mercado em relação às garantias de direitos dos usuários, os quais buscam soluções judiciais para os problemas que poderiam ser revertidos administrativamente com maior rigor nas sanções contra as operadoras de planos privados de saúde.

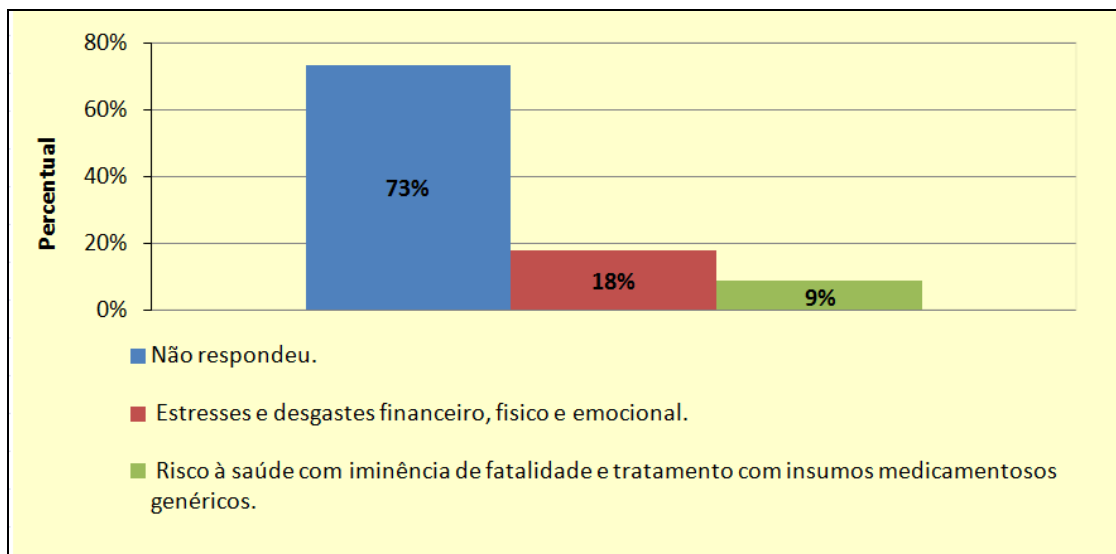
Para Barata (2009, p. 11), “[...] desigualdades sociais [...] são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho”.

São essas diferenças que se destacam nos consumidores que vão buscar os plantões judiciais, atribuindo-se situações desiguais em relação às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Essa busca por justiça equitativa e intervenção ágil em momento de urgência e emergência pode ser considerada um aspecto positivo da judicialização na saúde suplementar.

5.1.6 O processo litigioso negativo nos plantões judiciais para os usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde

Em relação às implicações negativas de recursos aos plantões judiciais na saúde suplementar para usuários, 73% dos magistrados entrevistados não responderam. Dentre os que responderam, 18% enfatizaram que a maior fonte de implicações negativas são estresses e desgastes financeiros, físicos e emocionais. No entanto, 9% citaram o risco à saúde com iminência de fatalidade e o tratamento com insumos medicamentosos genéricos como fatores geradores de impactos negativos que atingem os usuários (Gráfico 13).

Gráfico 13 – As implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os usuários



Fonte: A autora, 2015.

O quantitativo de ausência de resposta para essa categoria de pergunta pareceu ser inespecífico, sem relação causal subjacente ao objeto da indagação, o que sugere postura imparcial ou falta de opinião formada sobre o assunto, em relação ao grupo representado por 73 % dos entrevistados (Gráfico 13).

No entanto, o estresse do consumidor está relacionado a um efeito imediato da judicialização da saúde suplementar, considerando a vulnerabilidade e o momento da necessidade da parte interessada em receber um serviço negado ou dificultado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O receio do consumidor de vir a receber um tratamento desumanizado após judicializar reflete a possível angústia de passar por discriminações e racionamentos de ordem lucrativa pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

De outro lado, a judicialização assumiu importante função, pois vem ampliando as bases dos instrumentos contratuais, garantindo a prestação do cuidado, valorizando a vida e a dignidade humana (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2007).

A justiça contratual é aquela que, em conjunto com as leis de cunho solidário, proíbe a adoção de cláusulas abusivas em contratos com consumidores (SCHMITT, 2014).

As cláusulas abusivas ofendem a boa-fé do consumidor que, em situação de urgência e emergência, precisa de proteção ainda maior do que nas relações contratuais, nas quais não

estão presentes a angústia e a ansiedade adjacente à necessária atenção rápida para que não pereçam direitos importantes.

À luz de precedentes judiciais, concluiu-se que constrangimento, humilhação e dor psicológica ocorrem a partir da recusa ilegal de cobertura pela sociedade empresária que opera planos privados de saúde, especialmente em situação caracterizada como flagrante urgência que requer necessidade de atendimento médico, sendo esta recusa causadora de danos de natureza moral aos consumidores (SCHMITT, 2014).

O período de preparo para uma postulação judicial urgente demanda esforços imensuráveis aos consumidores e seus representantes legais, os quais muitas vezes tentam a sorte de encontrar vagas de atendimento no sistema público de saúde, pela rapidez de intervenção médica que os casos exigem.

O estresse diante de uma negativa de cobertura contratual nos planos privados de saúde pode inclusive agravar um estado de saúde já debilitado, sem falar da angústia capaz de também afetar os familiares do enfermo que necessita do referido cuidado e atendimento médico de urgência e emergência.

Pesquisas científicas recentes demonstram que o estresse mental ou emocional pode causar doenças cardiovasculares com repercussões nos diversos sistemas de forma aguda e crônica, associadas a eventos isquêmicos e arrítmicos mais relevantes na presença de disfunção vascular (LOURES *et al.*, 2002).

É muito cruel e frustrante deparar-se com uma negativa de atendimento em momento de dor, aflição, inconsciência, ou quaisquer outras situações periclitantes que expõem a vida do acometido aos mais variados riscos, pois o doente acreditava que após contribuir com o plano privado de saúde passaria a ter direito à assistência. Segundo Cohn *et al.* (2006, p. 130):

Configura-se [...] a reprodução da eficácia perversa das políticas sociais no país, num estranho movimento de afirmação/negação da saúde como um direito: o cidadão se transforma num carente, o direito em assistência e a saúde em atos médicos fracionados voltados para aquele momento daquele episódio do qual o paciente - vale aqui o termo - é um *portador circunstancial*. (grifos dos autores)

O atendimento fracionado remete à falta de vínculo e responsabilização de todo o sistema de saúde, que passa a tratar o usuário de plano privado de saúde como um ser carente de práticas assistenciais, à espera do que lhe é oferecido em mera circunstância, sem qualquer segurança de novo atendimento, impondo a busca de seus direitos no Poder Judiciário.

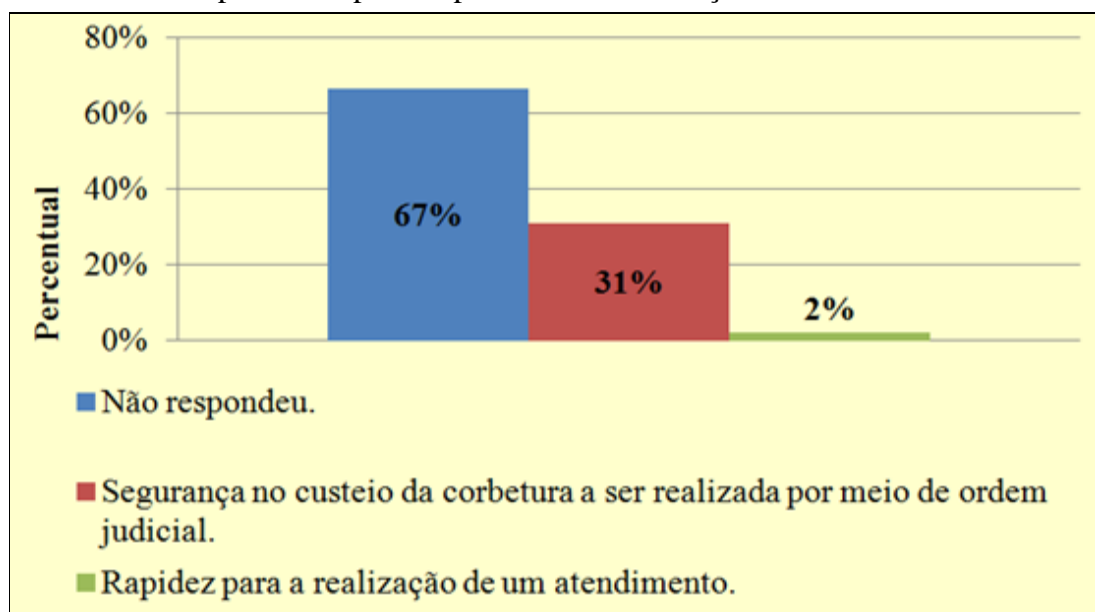
Dessa maneira, foram considerados aspectos negativos da judicialização na saúde suplementar vários estresses relacionados à busca por solução das demandas dos usuários de

planos privados de saúde nos plantões judiciários quando não recebem o atendimento médico esperado das operadoras de planos privados de saúde, além do comprometimento econômico de terem que lidar juridicamente com despesas extras com contratação de advogado e coleta de documentação, quando em estado de saúde delicado decorrente das situações de urgência e emergência.

5.1.7 O processo litigioso positivo nos plantões judiciários para os prestadores de serviços na saúde suplementar

Em relação às implicações positivas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços, 67% dos magistrados não respondeu à questão, enquanto 31% alegaram que o efeito mais positivo para estes segmentos funda-se na segurança do custeio da cobertura a ser realizada por meio de ordem judicial, ao passo que apenas 2% focalizaram a rapidez para a realização de um atendimento de urgência ou emergência (Gráfico 14).

Gráfico 14 – As implicações positivas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços



Fonte: A autora, 2015.

O quantitativo de ausência de resposta para essa categoria de pergunta pareceu ser inespecífico, sem relação causal subjacente ao objeto da indagação, o que sugere postura imparcial ou falta de opinião formada sobre o assunto, em relação ao grupo representado por 67% dos entrevistados (Gráfico 14).

Para os prestadores de serviços, a segurança da ordem judicial, no custeio dos procedimentos na saúde suplementar, evita futuras glosas das faturas e não recebimento do pagamento pelos serviços realizados nos usuários de planos privados de saúde, o que agiliza a efetivação do procedimento necessário em caso de urgência ou emergência.

A demora do pagamento aos prestadores de serviços pelo mercado de planos privados de saúde caracteriza um modelo predatório, em que raramente o fluxo de pagamento pela prestação de um serviço ocorria em tempo inferior a 60 dias, e também eram raras as garantias estabelecidas em contratos formais, especialmente entre empresas operadoras em relação aos prestadores (MONTONE, 2009).

A insegurança do pagamento aos prestadores pelo mercado de planos privados de assistência à saúde é elucidada na seguinte passagem:

Também era comum que o prestador fosse o verdadeiro financiador das liminares garantindo atendimento. O Judiciário impedia a “interrupção do tratamento.” O hospital mantinha o atendimento e a empresa, posteriormente, derrubava a liminar antes de efetuar o pagamento ao prestador, que não tinha a quem apresentar a conta (MONTONE, 2009, p. 26, grifos do autor).

O cheque caução começou a preponderar como obrigação exigida pelos hospitais, gerando obrigações aos usuários de planos privados de saúde (MONTONE, 2009).

A prática do cheque caução ou da assinatura de promissórias como formas de garantias de recebimento de créditos sobrecarregava os familiares e o próprio usuário de plano privado de assistência à saúde, obrigados ao adimplemento de obrigações vindouras com a internação e o tratamento hospitalar, caso as operadoras não repassassem aos prestadores de serviços os valores remuneratórios pactuados pelos serviços realizados.

Contudo, atualmente, o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940), teve o art. 135-A acrescido e publicado na edição de 29 de maio de 2012, do Diário Oficial da União, por meio da Lei nº 12.653, de 28 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a), criminalizando a exigência de cheque caução para atendimento médico de emergência.

Não obstante, a prática de assinatura de termos de responsabilidades impostos persiste em muitas instituições prestadoras de serviços de planos privados de assistência à saúde,

sendo os usuários expostos ainda às abusividades “camufladas” de termos de conhecimento prévio livre e esclarecido das normas e regras do local de internação hospitalar. Esse quadro exige da ANS esforços punitivos no sentido de coibir tais práticas, sobretudo em situações de urgência e emergência.

Os mecanismos de proteção do crédito dos prestadores de serviços não podem se sobrepor à proteção do consumidor vulnerável, levando-o à situação desfavorável de desequilíbrio contratual e desvantagem exagerada, conforme diploma legal consumerista previsto no Código de Defesa do Consumidor.

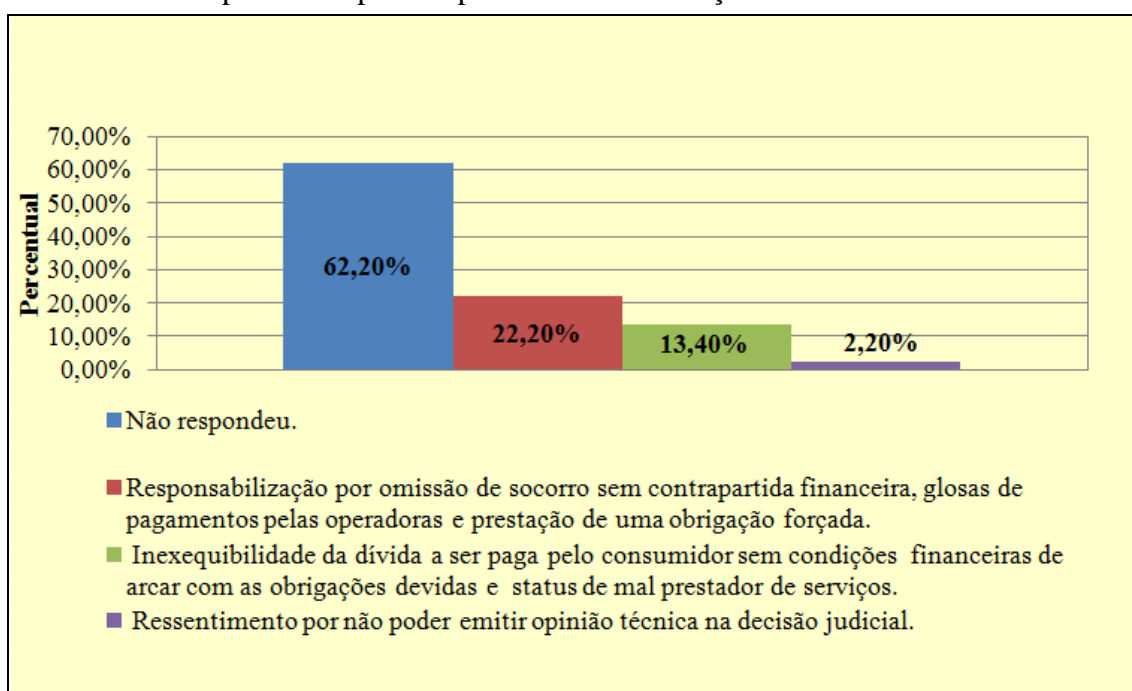
Além disso, com o advento da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), os contratos de assistência e seguro saúde regulados passaram a conferir naturalmente mais segurança também aos prestadores de serviço, restando formas mais exitosas de reivindicar a apresentação de regras mais claras por parte do mercado de planos privados de saúde. Assim, a partir desse arcabouço legal, houve também necessidade da regularização das sociedades empresárias que prestam serviços por intermédio das operadoras de planos privados de saúde. Certamente, a judicialização da saúde suplementar, quando impõe o cumprimento contratual de imediato, assegurando tratamento e cobertura aos usuários de planos privados de saúde, permite aos prestadores de serviços maior segurança no custeio dos procedimentos pelas operadoras, revelando, deste modo, aspectos positivos da judicialização para tais prestadores, na ótica dos magistrados entrevistados nesta pesquisa.

5.1.8 O processo litigioso negativo nos plantões judiciários para os prestadores de serviços na saúde suplementar

Em relação às implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços, 62,2% dos magistrados não responderam a esta pergunta. Em contrapartida, 22,2% argumentaram que os prestadores poderiam ser responsabilizados por omissão de socorro sem contrapartida financeira, glosas de pagamentos pelas operadoras, e prestação de uma obrigação forçada. Por sua vez, 13,4% dos entrevistados expuseram a inexequibilidade da dívida a ser paga pelo consumidor sem condições financeiras de arcar com obrigações devidas; além disso, em caso de judicialização, há o risco de o profissional vinculado às operadoras dos planos de saúde receber o *status* de mau prestador de serviços. Em prosseguimento, 2,2% dos magistrados alegaram que os prestadores

vinculados ao mercado de planos privados de saúde podem apresentar eventual ressentimento, por não lhes ser facultado emitir opinião técnica na decisão judicial (Gráfico 15).

Gráfico 15 – As implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços



Fonte: A autora, 2015.

O quantitativo de ausência de resposta para essa categoria de pergunta pareceu ser inespecífico, sem relação causal subjacente ao objeto da indagação, o que sugere postura imparcial ou falta de opinião formada sobre o assunto, em relação ao grupo representado por 62,2% de entrevistados (Gráfico 15).

A responsabilização civil e penal por omissão de socorro é uma realidade que pode abranger tanto as operadoras de planos privados de saúde quanto os prestadores de serviços que negam atendimento médico de urgência e emergência, o que exige maior sensibilidade e comprometimento de ambos os atores; estes não devem poupar esforços para preservar a vida humana, que está acima das relações contratuais.

A preocupação com o pagamento de procedimento ou serviço que se impõe em situação de urgência e emergência deve ser secundária às relações com o cuidado à vida, a fim de não macular a dignidade da pessoa humana. Contudo, o modelo biomédico fragmenta o cuidado humanizado, e a oferta da saúde em diferentes segmentações reforça esta prática na saúde suplementar. Todavia, entende-se que:

Seja qual for o modelo de gestão adotado, o fato é que a necessidade de ampliar o acesso e a efetividade da atenção à saúde, garantindo sua integralidade, universalidade e equidade, exigirá a superação do modelo atual, burocrático e corporativo, preparado para resistir e para imobilizar, mas incapaz de gerar os resultados que a sociedade exige (MONTONE, 2009, p. 182).

Assim, muito embora a concepção seja de mercado e de livre contratação, os princípios gerais, especialmente na área de saúde, são imperativos de observância por constituírem serviços de relevância pública, pautados na integralidade de uma prestação articulada de serviços públicos e privados, tornando-se necessária a participação do Poder Público e da sociedade organizada para maior controle e regulação desta finalidade (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2007).

A dificuldade de cobrança dos serviços dispensados na saúde suplementar pelos prestadores de serviços pode decorrer, sobretudo, do patrimônio negativo dos usuários de planos privados de saúde, restando a estes prestadores muitas vezes prejuízos financeiros, caso as liminares favoráveis aos consumidores tenham sido modificadas posteriormente no julgamento definitivo. A reputação da clínica e da rede de serviços que se recusarem a prestar assistência em situação de negativa de atendimento de urgência e emergência – pode também, quando na esfera judicial, prejudicar a captação de nova clientela, e até mesmo, no longo prazo e de maneira mais drástica, afetar financeiramente a sociedade empresária. A intervenção judicial nem sempre compreende as contrarrazões de uma competência técnico-profissional necessária para solução da demanda, e a imposição arbitrária de uma decisão judicial às vezes ignora o saber científico dos plantonistas médicos prestadores de serviços, os quais podem alegar motivações importantes para o não atendimento dos usuários de planos privados de saúde, a exemplo de: falta de vagas; risco de propagação de infecção hospitalar com superlotação de pacientes contaminados; precariedade na infraestrutura da unidade; transferência para outras unidades hospitalares de nível de atendimento inferior; divergência técnica de parecer entre especialistas; entre outras. Tais situações podem ocorrer nos prestadores de serviços, simultaneamente às negativas de cobertura por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, gerando mal-estar e ressentimento na equipe médica – e são resultado de uma relação mandamental impositiva e vertical, originária nos plantões judiciais que, por vezes, veem o objeto da lide na urgência e emergência sem certa cautela e bom senso.

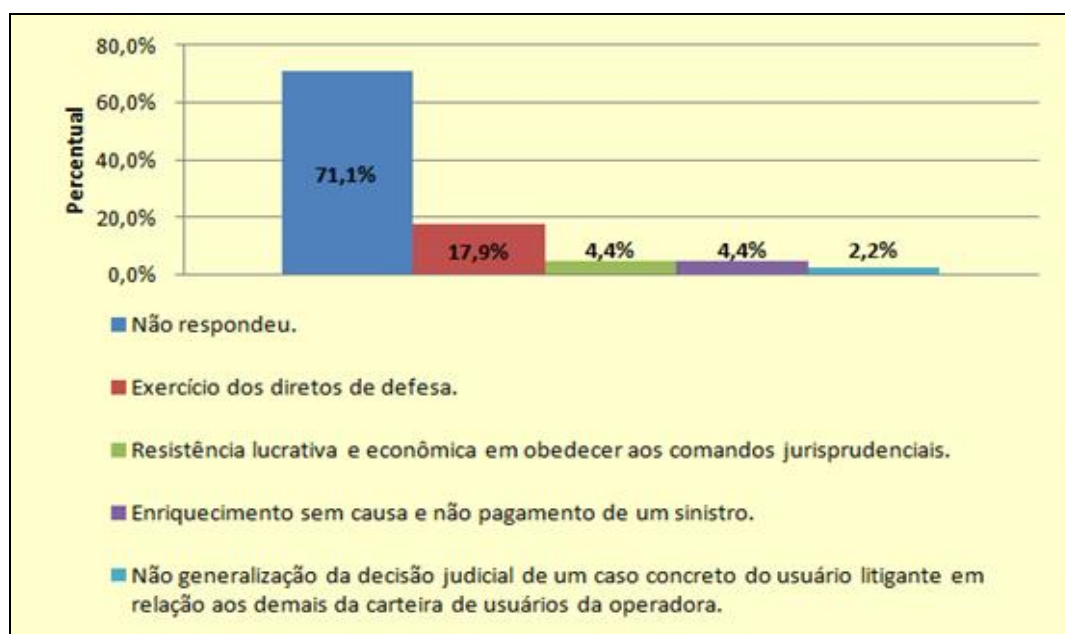
Acusações de omissão de socorro, dificuldades na cobrança dos procedimentos realizados nos usuários de planos privados de saúde, em determinados casos concretos, bem

como falta de diálogo entre a equipe médica que atendeu o usuário de plano privado de saúde e o plantão judiciário – foram apontadas pelo grupo de magistrados entrevistados como implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços.

5.1.9 O processo litigioso positivo nos plantões judiciários para as operadoras de planos privados de assistência à saúde

Em relação às implicações positivas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, 71,1% dos magistrados não responderam a esta indagação. De outro lado, segundo 17,9% dos entrevistados, ainda que os consumidores de planos privados de saúde ingressem com ação nos plantões judiciários, existe a possibilidade do exercício do devido processo legal, no qual a operadora vai usufruir do exercício dos direitos de ampla defesa e contraditório. Todavia, 4,4% dos magistrados admitiram que uma das implicações positivas para as operadoras é a resistência lucrativa e econômica ao comando jurisprudencial. Ao mesmo tempo, 4,4% dos entrevistados revelaram que algumas operadoras buscavam o enriquecimento sem causa por meio de não pagamento de um sinistro. Apenas 2,2% apontaram a não generalização da decisão de um caso favorável ao usuário litigante em relação aos demais beneficiários da carteira de usuários da operadora (Gráfico 16).

Gráfico 16 – As implicações positivas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde



Fonte: A autora, 2015.

O quantitativo de ausência de resposta para essa categoria de pergunta pareceu ser inespecífico, sem relação causal subjacente ao objeto da indagação, o que sugere postura imparcial ou falta de opinião formada sobre o assunto, em relação ao grupo representado por 71,1% de entrevistados (Gráfico 16).

Do ponto de vista positivo da judicialização para as operadoras de planos privados de saúde, foi referida a oportunidade de exercer direitos de defesa e contraditório, considerando o desenvolvimento do processo judicial no seu curso regular, o que amplia a capacidade de defesa nas relações contratuais com os usuários.

Outra questão apontada na pesquisa foi a resistência lucrativa e econômica em obedecer aos comandos jurisprudenciais por parte das operadoras de planos privados de saúde, as quais se recusam a regularizar suas práticas contratuais abusivas para os demais usuários. Embora seja desejável que se reduza o contencioso judicial, uma razão para tal resistência reside no fato de que, na prática, a obrigação de reparar o erro na assistência à saúde suplementar não resulta do poder regulatório que tem o papel de estabelecer punições do mercado (MONTONE, 2009).

Outra razão que também pode ser relacionada à resistência lucrativa e econômica em obedecer aos comandos jurisprudenciais, apresentada pelas operadoras de planos privados de saúde, é o efeito individual como consequência de a ação judicial se dar exclusivamente entre

as partes, não se estendendo o alcance de direitos individuais aos demais usuários. Cabe a cada consumidor lesado provocar individualmente o Poder Judiciário para obter a cobertura contratada ou fazer valer o prazo máximo de 24 horas em atendimentos de urgência e emergência, bem como o provimento declaratório de nulidade da cláusula contratual, a fim de tornar real o que está previsto no art. 12, inciso V, alínea “c” da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998).

De acordo com Oliveira (2014, p. 72), “os efeitos da declaração de inconstitucionalidade atingem apenas as partes litigantes. Pessoas na mesma situação devem propor suas próprias ações, para receberem idêntica decisão”.

Segundo Oliveira (2014), tais ações judiciais com efeitos individuais entre as partes são denominadas *inter partes*, e a ampliação destes efeitos pode decorrer de resolução do Senado Federal, suspendendo a norma, qualquer que seja a espécie, restando a partir daí o efeito *erga omnes*, conforme previsão do art. 52, inciso X, da Constituição da República Federativa Brasileira (BRASIL, 1988).

Diferentemente do efeito *inter partes* proveniente de uma ação judicial individual, o efeito *erga omnes* tem relação a todos, mesmo aqueles que não participaram das ações judiciais (CUNHA, 2009).

A partir das lições de Cunha (2009) e Oliveira (2014), depreende-se que quando se trata de decisão com efeito *erga omnes*, esta atinge todas as pessoas, independentemente de a decisão ser procedente ou improcedente, salvo quando improcedente por falta de provas.

Assim, o efeito *erga omnes* vincula a decisão judicial ou legislativa ao alcance de todos. Nesse sentido, quanto aos efeitos *erga omnes* de determinada decisão, tem-se que:

As decisões definitivas de mérito, proferidas pelo STF, nas ações diretas de inconstitucionalidade e nas ações declaratórias de constitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual, produzirão eficácia contra todos e efeito vinculante, relativamente aos demais órgãos do Poder Judiciário e a administração pública direta e indireta, nas esferas federal, estadual e municipal (art. 102, § 2º, da CF/1988). É o efeito existente no controle concentrado. Cumpre observar que, em se tratando de decisão de tribunal, esta deve ser tomada necessariamente pela maioria absoluta do Plenário ou do órgão especial (art. 97 c/c art. 93, IX, da CF/1988) (OLIVEIRA, 2014, p. 73).

Implica acrescentar que, segundo Oliveira (2014), o enunciado da Súmula Vinculante nº 10 não poderá ser violado, considerando ser expressamente destacado que:

Viola a cláusula de reserva de plenário (CF, art. 97) a decisão de órgão fracionário de tribunal que, embora não declare expressamente a inconstitucionalidade de lei ou

ato normativo do Poder Público, afasta sua incidência, no todo ou em parte (BRASIL, 2008, p. 1).

Logo, existem conflitos gerados por normas criadas, seja pelo Ministério da Saúde, seja pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, as quais contrariam a legislação consumerista, como o caso da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), em relação ao art. 12, inciso V, alínea “c” da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1988). Ambos os órgãos divergem sobre a questão do prazo de carência de 24 horas para as situações de urgência e emergência na saúde suplementar. Logo, para solução dos conflitos gerados, caberiam o controle de constitucionalidade concentrado pelo STF e/ou a mudança na legislação especial no âmbito do Senado Federal. Dessa forma, não ocorreriam lacunas ou impasses regulatórios que, na maioria das vezes, são arbitrados individualmente com efeito *inter partes*, não estendendo a devida segurança jurídica do prazo de carência de 24 horas para quaisquer situações de urgência e emergência a todos os usuários de planos privados de saúde, conforme previsão expressa do art. 12, inciso V, alínea “c” da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1988), considerando que a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 03/11/1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998b), editada pelo Ministério da Saúde e não revisada até hoje pela ANS, impõe condições para fruição de cobertura para urgência e emergência com limitação de tempo de atendimento nos termos da segmentação contratada, além dos períodos de carência e cobertura parcial temporária para doença e lesão preexistente.

O mercado de planos privados de saúde, com sua política de contenção de despesas, adquire mais vantagens com decisões cujos efeitos sejam *inter partes*, uma vez que o cumprimento da obrigação contratual fica adstrito às partes litigantes do processo judicial. Os efeitos individuais das decisões judiciais desfavoráveis às operadoras de planos privados de saúde, quando não estendidos aos demais usuários vinculados, vêm a contribuir para o enriquecimento sem causa destas sociedades empresárias, as quais poderiam de forma espontânea regularizar práticas abusivas de restrições de atendimento na saúde suplementar para toda carteira de usuários; contudo não o fazem, resistindo à legalidade contratual por ser esta economicamente mais onerosa. Dessa maneira, a judicialização se torna positiva para o referido mercado, quando se espera que apenas alguns usuários busquem a solução de seus conflitos no Poder Judiciário.

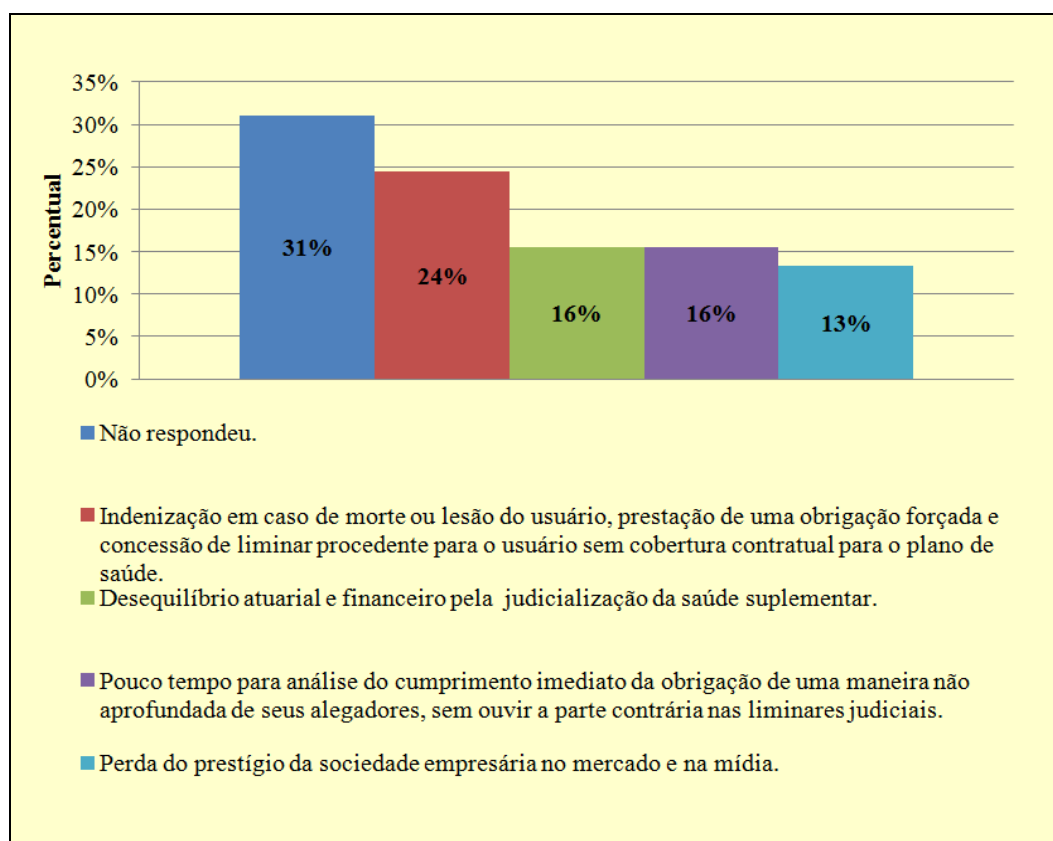
Embora não tenham sido resultados predominantemente revelados pela amostra dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, pode-se inferir que os direitos de defesa; a

resistência lucrativa e econômica em obedecer aos comandos jurisprudenciais; o enriquecimento sem causa de não pagamento de uma cobertura contratual; e os efeitos individuais de decisões judiciais que não se estendem a toda a carteira de usuários vinculados – foram apresentados como aspectos positivos da judicialização da saúde suplementar para as operadoras de planos privados de saúde. Conclui-se, assim, que tais condutas precisam ser saneadas pelo Poder Público de forma conjunta entre todos os agentes envolvidos, de modo que a ANS coordene as práticas efetivas com resultados promissores para a defesa do interesse público.

5.1.10 O processo litigioso negativo nos plantões judiciários para as operadoras de planos privados de assistência à saúde

Em relação às implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, 31% dos magistrados não responderam a esta questão. Por sua vez, 24% alegaram que, para a operadora de plano privado de saúde, a indenização em caso de morte do usuário, a prestação de uma obrigação forçada, e a concessão de liminar procedente para consumidor sem cobertura contratual para plano de saúde são situações negativas. Ao mesmo tempo, 16% dos entrevistados defenderam a ideia de que o desequilíbrio atuarial e financeiro pela judicialização da saúde suplementar representa uma implicação negativa; e outros 16% afirmaram que seria pouco o tempo para análise mais aprofundada do cumprimento imediato da obrigação imposta por meio judicial, sem ouvir a parte contrária nas liminares judiciais. Por sua vez, 13% salientaram que a perda do prestígio da sociedade empresária no mercado e na mídia é fator que desvaloriza a imagem da operadora, com reflexos negativos no mercado (Gráfico 17).

Gráfico 17 – As implicações negativas de recursos aos plantões judiciários na saúde suplementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde



Fonte: A autora, 2015.

O quantitativo de ausência de resposta para essa categoria de pergunta pareceu ser inespecífico, sem relação causal subjacente ao objeto da indagação, o que sugere postura imparcial ou falta de opinião formada sobre o assunto, em relação ao grupo de 31% dos entrevistados (Gráfico 17).

A indenização em caso de morte ou lesão ao usuário advém da responsabilidade civil e do dever de reparação em caso de dano provocado por ato ilícito.

Segundo o Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002, p. 169), “Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Os atos ilícitos cometidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde incluem desde espera prolongada em filas para atendimento, sem êxito na autorização de procedimentos que têm cobertura contratual, a lesões propriamente ditas, incluindo riscos que podem agravar estados de saúde previamente debilitados. Os danos causados podem variar de patrimoniais a morais, quando os usuários de planos privados de saúde desembolsam valores

diretamente às suas expensas para realização de procedimentos que tinham cobertura contratual e foram negados pelas operadoras, ou quando sofrem lesões como resultado de atos ilícitos por parte destas, além dos danos exclusivamente morais que vão desde angústia e ansiedade até dor psicológica pela aflição de não ter certeza de vir a receber o devido atendimento.

Além da indenização como consequência de ato ilícito proveniente da relação jurídica contratual, outro ponto negativo da judicialização para as operadoras de planos privados de assistência à saúde consiste na obrigação forçada de reparar dano, incluindo as eventuais prestações compulsórias de coberturas não contratadas, seja por entendimento dos magistrados de que houve complicação decorrente deste dano, seja porque de fato não havendo cobertura contratual entendeu-se que o objeto da lide poderia perecer de forma irreversível em seara de plantão judicial, em razão do caráter de urgência e emergência.

Liminares procedentes para os usuários de planos privados de saúde envolvem custos e despesas crescentes com a judicialização da saúde suplementar, os quais podem comprometer o equilíbrio atuarial e financeiro das operadoras, principalmente as de menor porte no mercado.

A análise célere dos plantões judiciais perante a dilação probatória reduzida pelo menor tempo que requer o julgamento referente à causa de urgência e emergência na esfera judicial de plantão – foi também outro ponto negativo da judicialização para as operadoras de planos privados de assistência, de acordo com alguns magistrados entrevistados.

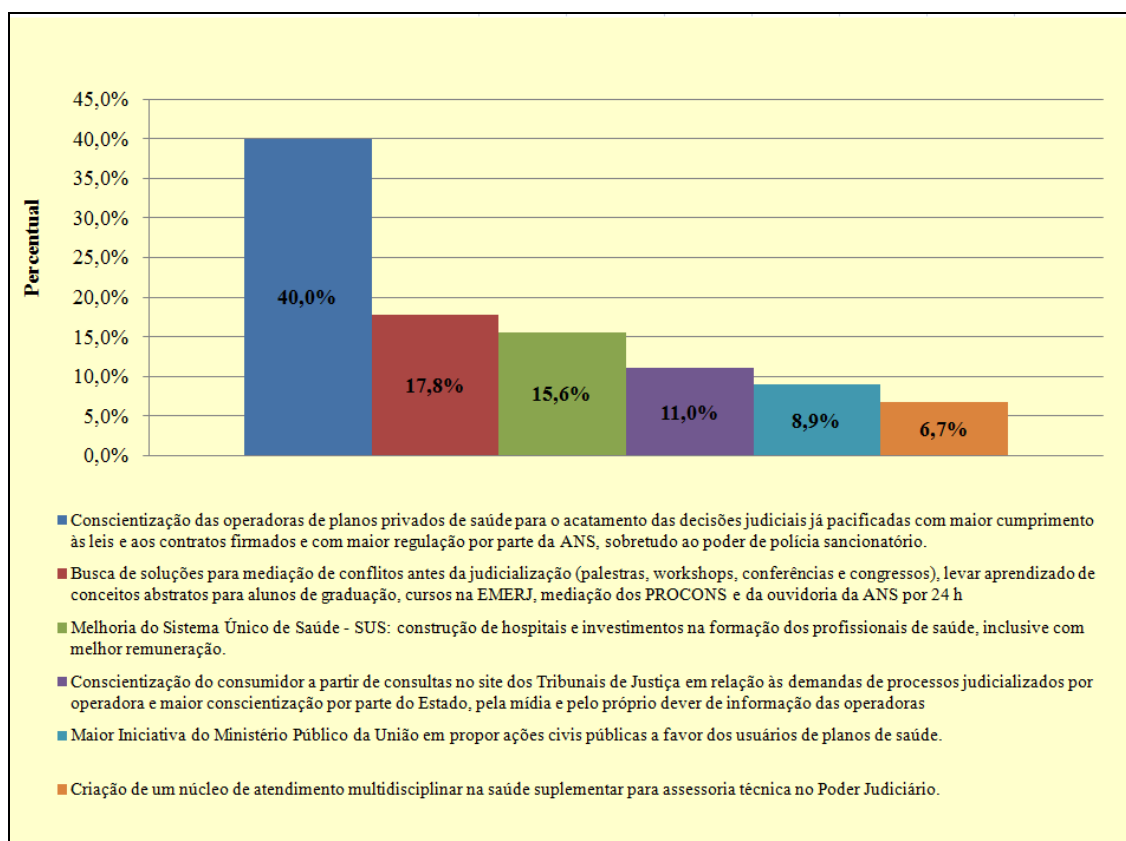
Por fim, quando a análise judicial se consolida como desfavorável às operadoras de planos privados de assistência à saúde, a reputação da sociedade empresária pode ser prejudicada a ponto de comprometer a viabilidade econômica, em consequência da diminuição da comercialização de produtos, ou mesmo em decorrência da portabilidade de usuários para outras operadoras concorrentes.

Assim, vários fatores podem impactar negativamente as operadoras de planos privados de assistência à saúde por efeito da judicialização, exigindo certamente que os magistrados considerem também os efeitos de suas decisões para os demais usuários da carteira, levando em conta o porte da operadora. É, sobretudo, importante que os magistrados se delimitem ao objeto contratado entre as partes, para não estender coberturas que não foram contratadas. – a exemplo de exigir internação hospitalar de planos privados de saúde exclusivamente ambulatoriais, ou mesmo dispensar do cumprimento de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT) alguns consumidores que judicializaram suas demandas, em detrimento de outros que cumpriram integralmente seus períodos de carência ou CPT e não judicializaram.

5.1.11 A desjudicialização na saúde suplementar sob a ótica da magistratura brasileira

No que tange às recomendações úteis para desjudicializar a saúde suplementar a fim de reduzir as demandas de ações no âmbito do Poder Judiciário, 40% dos magistrados acreditam na conscientização da área empresarial em relação ao acatamento das decisões judiciais já pacificadas, com maior cumprimento às leis e aos contratos firmados com maior regulação por parte da ANS, em especial o poder de polícia sancionatório; 17,8% dos entrevistados apontaram a busca de soluções para mediação de conflitos antes da judicialização: palestras; *workshops*; conferências; congressos; promoção de aprendizado de conceitos abstratos para alunos de graduação; cursos na EMERJ; mediação dos Procons; e criação de uma ouvidoria da ANS por 24 horas; 15,6% salientaram a implantação de melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS); a construção de hospitais, além de investimento na formação dos profissionais de saúde, inclusive com melhor remuneração; 11% afirmaram a necessidade de conscientização do consumidor a partir de consultas no *site* dos Tribunais de Justiça em relação à demanda de processos judicializados por operadora, bem como maior conscientização por parte do Estado, pela mídia e pelo próprio dever de informação das operadoras; 8,9% defenderam maior iniciativa do Ministério Público da União para propor ações civis públicas a favor dos usuários dos planos privados de saúde; e 6,7% defenderam a criação de um núcleo de atendimento multidisciplinar na saúde suplementar para assessoria técnica no Poder Judiciário (Gráfico 18).

Gráfico 18 – As recomendações úteis para desjudicializar a saúde suplementar



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ); Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON).

Fonte: A autora, 2015.

Scheffer (2013) enumera medidas que poderiam evitar as inúmeras ações judiciais, tais como: aperfeiçoar a legislação e a regulamentação específicas, assegurando o direito adquirido; estimular a transição dos contratos antigos para as novas regras da saúde suplementar; atualizar o rol de procedimentos da ANS em tempo menor, a fim de ampliar as coberturas obrigatórias; implementar as diretrizes clínicas e consensos terapêuticos; melhorar a arrecadação do ressarcimento ao SUS acerca da quantidade de recursos repassados ao Estado quando usuários de planos de saúde são atendidos na rede pública; expandir planos privados de saúde compatíveis com a capacidade de atendimento da rede credenciada; e revisar a relação entre o público e o privado na saúde brasileira, exigindo a transformação dos modelos assistenciais, do financiamento e da prestação de serviços.

De acordo com Carvalho (2010), existem algumas propostas para melhorar o intercâmbio e a cooperação técnica na área de saúde, tais como:

- a) aperfeiçoar os mecanismos de regulação do sistema de saúde a partir da dinâmica das relações entre profissionais e sociedade civil;
- b) incorporar novas tecnologias na área de saúde;
- c) realizar estudos sobre custos e modelos operacionais para implementar a eficiência nas despesas;
- d) combater o processo centralizatório-recentralizatório dos governos federais, incluindo os estaduais;
- e) desenvolver insumos humanos para a saúde a partir de incentivos remuneratórios, metas e educação continuada;
- f) melhorar a articulação com o sistema jurídico, abrangendo advogados, promotores e magistrados, no que tange à aplicação da integralidade ilimitada e sua relação com o princípio da escassez.

Na saúde suplementar, os mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência à saúde estão estabelecidos na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 08, de 03 de novembro de 1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998a).

É importante a definição de mecanismos financeiros de regulação nos planos de saúde a partir da definição de reajustes, limites, vedações e outras disposições gerais a serem observadas pelas operadoras de planos privados de saúde.

Quanto aos mecanismos assistenciais de regulação nos planos de saúde, torna-se fundamental a exigência do preenchimento de critérios previstos nas diretrizes de utilização reconhecidas pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, pelo Conselho Federal de Medicina, pelo Conselho Federal de Odontologia e pela Associação Médica Brasileira, quando envolverem divergência médica ou odontológica, definindo-se claramente as vedações normativas para coibir negativas de autorizações prévias desmotivadas ou sem fundamentação técnica, as quais venham a prejudicar os usuários de planos privados de saúde.

Entretanto, existem lacunas na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 08, de 03 de novembro de 1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998a), que dificultam as relações entre profissionais e a sociedade civil consumidora de planos privados de assistência à saúde.

Essas inúmeras lacunas compreendem: não delimitação das situações que envolvam o direcionamento do usuário de um prestador para outro conveniado que requeira uma justificativa expressa do médico assistente; não vedação da exigência de mecanismos de

autorização prévia para consultas e serviços ambulatoriais de diagnóstico; não disposição conceitual para os mecanismos de regulação assistenciais e financeiros; não vedação para a exigência da transcrição do pedido de procedimento médico ou odontológico não credenciado para as guias de autorização das operadoras de planos privados de saúde; inadequação do termo junta médica, considerando que este não contempla a junta odontológica; não previsão de tempos máximos para efetivar a autorização do pedido feito pelo médico assistente com interseções com a Resolução Normativa nº 259 de 17/06/2011 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011b), a qual dispõe sobre: prazos máximos para garantia de atendimento; ausência de regras claras para cobrança de fator moderador, em relação a consultas, exames e internações; não definição de fator restritivo severo; não vedação quanto à cobrança de fator moderador para tratamentos e procedimentos contínuos, como hemodiálise e quimioterapia; não diferenciação entre critérios de elegibilidade administrativa da contratação com os mecanismos de autorização prévia; não padronização dos conceitos de urgência e emergência; não previsão das situações que não integram o rol de procedimentos mínimos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre outras.

Por sua vez, tais lacunas da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 08, de 03 de novembro de 1998 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1998a), permitem o aumento da judicialização da saúde suplementar, pois informações ausentes, insuficientes, assimétricas ou esparsas prejudicam a conscientização dos consumidores e prestadores de serviços, submetidos em muitos casos a regras verticais, abusivas e obscuras do mercado de planos privados de saúde, as quais escapam da regulação normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Não é sustentável, nem no longo, nem no médio prazo, um modelo que tenha como preocupação básica o controle dos custos sem uma gestão da assistência, ou que se caracterize pelo repasse dos aumentos aos consumidores (CESCHIN, 2014).

A incorporação de novas tecnologias ao mesmo tempo em que aumenta os custos também moderniza os bens e serviços na saúde suplementar, tornando-os mais eficientes pela rapidez na resolução diagnóstica. Ocorre que tais custos podem ser reduzidos em longo prazo, considerando que

Há, portanto, uma mudança no modelo tecnoassistencial, marcada por interesses do mercado, na medida em que a motivação para incorporação de novas tecnologias de cuidado passa necessariamente pela análise do seu benefício para a operadora, como redutora de custos operacionais (FRANCO *et al.*, 2007, p. 106).

A gestão da assistência requer um modelo próprio que considere indicadores de qualidade assistencial e tenha seus custos controlados com base em protocolos reconhecidos pelas entidades representativas da saúde.

Todavia, quanto ao modelo de gestão existem óbices aos avanços sociais, tendo em vista que

O Estado brasileiro ainda não saiu do modelo burocrático de gestão, mesmo nas áreas de prestação de serviços altamente complexos, como na área de saúde. A maioria das instituições bem-sucedidas, [...], usa alguma forma de escapismo, entre as diversas desenvolvidas ao longo do tempo. Chamo de escapismos porque são soluções mais ou menos provisórias, que não atacam o centro da questão, mascarando as contradições do modelo burocrático brasileiro. O modelo burocrático de gestão exige um controle prévio e absoluto do processo, de como as coisas deverão acontecer, e não se importa com o resultado final real, com a efetividade das ações. Se o processo tem todos os carimbos necessários, a realidade pouco importa. A Constituição de 1988 jogou fora, com os entulhos do autoritarismo, todos os avanços em direção do modelo gerencial (MONTONE, 2009, p. 142).

Os escapismos apontados por Montone (2009) revelam discontinuidades dos programas e agendas institucionais, desvalorização das prioridades, e ações transitórias do Poder Público, responsáveis por mascarar o modelo de gestão burocrático e cartorial, despreocupado com a realidade paradoxal e conflitante na saúde suplementar.

Segundo Ceschin (2014), mudanças no modelo de gestão da saúde suplementar são necessárias para evitar a inviabilidade do setor, e devem abranger os seguintes tópicos: modelo de financiamento; gestão da assistência; comunicação e educação sobre a responsabilidade do usuário na correta utilização dos serviços; estímulo às práticas preventivas; tratamento das informações; modelo de remuneração dos prestadores e seus empregados; incentivos econômicos; avaliação e premiação do alcance de metas de qualidade; e educação que valorize a saúde, com destaque para a eficiência.

O enfrentamento do processo centralizatório/recentralizatório dos governos federal e estaduais, sugerido por Carvalho (2010) como proposta de intercâmbio e cooperação técnica na área de saúde a fim de implementá-la, precisa ser ponderado, uma vez que

Na prática, nem a descentralização nem a centralização extremada parecem possibilitar a governança ideal do sistema. O objetivo é estabelecer um acordo institucional que permita o equilíbrio na atribuição das prerrogativas, no nível de supervisão e de partilha de decisão, bem como na reversibilidade de cada escalão do governo (CONTANDRIOPOULOS; DENIS; DUBOIS, 2010, p. 225).

A União é a representante soberana da República Federativa do Brasil, com forte poder central herdado desde a época imperial, e mesmo após a proclamação da República

conservou-se esta característica de concentração de poder, especialmente na área financeira. Como resultado desse modelo concentrado de poder da União é possível observar seus impactos na saúde, pois

o modelo de gestão predominante no sistema público do Brasil, no SUS, apresenta características de centralização administrativa no poder executivo (governo), percebendo-se relutância em promover o aumento da autonomia nas organizações e da rede de saúde, dificultando o exercício de autoridade, responsabilidade e distribuição de poder, sobretudo acerca dos recursos financeiros e sobre a gestão de pessoal (VECINA NETO; MALIK, 2014, p.76).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde que integra o Poder Executivo (governo), portanto admitindo-se influências externas; embora exista autonomia qualificada das agências, não há a independência que caracteriza uma liberdade maior, própria da separação entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, conforme prevê o art. 2º da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988).

A melhora da articulação com o Poder Judiciário contempla especial atenção, para afastar eventual má-fé dos consumidores de planos privados de saúde que desejam receber vantagens indevidas por algo que não foi contratado, ou para identificar situações em que não foram cumpridos os requisitos de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT) em caso de doença e lesão preexistente, a fim de evitar a redução de investimento, empreendedorismo, comprometimento e desenvolvimento da saúde suplementar.

De outro lado, os usuários de planos privados de saúde podem obter direitos que tenham contratado por meios judiciais sem comprometer a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Isso exige, além da educação dos consumidores, defensores, advogados e promotores, maior clareza constitucional dos magistrados na intervenção de conflitos dessa natureza, para que aqueles não obtenham direitos não contratados, pelos quais não tenham efetuado pagamento correspondente.

A integralidade ilimitada trazida à baila por Carvalho (2010) não é compatível com a oferta segmentada da cobertura assistencial na saúde suplementar; existem limites para sua aplicabilidade, a fim de não prejudicar a mutualidade do sistema de saúde privado a partir da reivindicação de direitos inexistentes, quando não pactuados por meio de contrato entre as partes – por exemplo, exigir da operadora de planos privados de saúde cobertura para internação hospitalar quando se pagou apenas por cobertura ambulatorial. Outra razão para essa incompatibilidade está no fato de que

práticas de mercado não têm a responsabilidade legal de garantir a universalidade das ações e serviços de saúde como exigência proveniente de direito fundamental previsto na constituição brasileira. Portanto, como não há estratificação de atendimento na saúde suplementar, não há atenção primária de forma organizada e articulada a ponto de garantir a universalidade, equidade e integralidade do acesso a todas as ações e serviços de saúde nesse setor (PINTO, 2011, p. 162).

O mercado de saúde suplementar presta diferentes tipos de atenção, conforme se faculta a livre oferta e contratação das diversas coberturas, e suas segmentações dispostas na Lei dos Planos de Saúde - Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998).

A judicialização da saúde suplementar que concede vantagens indevidas, não previstas nos contratos, costuma incentivar, a partir de precedentes jurisprudenciais, novas ações judiciais que vêm a comprometer o sistema privado, quando não se observam as disposições contratuais firmadas entre as partes. Contudo, quando há dano por culpa das operadoras, o dever civil de indenizar pode extrapolar inclusive o que não foi contratado, como forma de compensar prejuízos aos quais estas tenham dado causa concreta, como rede de prestadores insuficientes; negativas de atendimentos devidos em consequência das quais tenham ocorrido complicações do estado de saúde ou agravamento de lesões dos usuários de planos privados de saúde.

Em contrapartida, 40% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa revelaram que, para reduzir a judicialização na saúde suplementar, as operadoras de planos privados de saúde devem realizar: o cumprimento dos enunciados das súmulas já pacificados pela Suprema Corte do Poder Judiciário; o cumprimento espontâneo de suas obrigações contratuais; e dos arcabouços legais pertinentes; além da regulação e do poder de polícia exercidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A educação continuada e a atualização acadêmica por meio de cooperação técnica entre todos os agentes da saúde suplementar, incluindo o sistema jurídico brasileiro, foram propostas trazidas por 18% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, enquanto 16% acreditam que a melhora do Sistema Único de Saúde seria outra razão para a possível desjudicialização da saúde suplementar, considerando que se reduziria a busca por cobertura privada na saúde, diminuindo como consequência os conflitos judicializados neste segmento.

Os contratantes, antes de adquirirem algum plano de saúde, devem realizar consultas aos dados presentes em sítios eletrônicos dos Tribunais de Justiça, conforme recomendado por 11% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa. Ressalta-se o cuidado que o promitente contratante deve ter antes mesmo da contratação, observando a quantidade de conflitos judicializados em cada sociedade empresária que comercializa planos privados de saúde.

Torna-se também imprescindível observar, por meio de pesquisas de qualificação que antecedem as vendas dos produtos ofertados, a reputação de seus vendedores no mercado.

Uma das funções do Ministério Público reside em propor ações civis públicas intrapartes, centralizadas naqueles grupos específicos que sofreram danos ou lesões, a partir de direitos contratados, concretizados como resultado dos efeitos da coisa julgada. Esse protagonismo do Ministério Público, limitado a classes, grupos ou categorias vulneráveis e hipossuficientes, se manifesta em propostas de desjudicialização individual, trazidas por 9% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa. Destaca-se nesse aspecto, maior busca ativa do mencionado órgão ministerial pelos direitos coletivos de interesse social, a fim de se reduzirem buscas isoladas para o mesmo pleito judicial coletivo.

Para 7% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, seria fundamental a criação de um núcleo de atendimento multidisciplinar na saúde suplementar para assessoria técnica no Poder Judiciário, como ocorre com as demandas do Sistema Único de Saúde no TJRJ. O desenvolvimento de um Núcleo de Assessoria Técnica (NAT), composto por grupos multidisciplinares de profissionais especialistas em regulação de saúde suplementar da ANS ou com experiência em diversas áreas nos setores público e privado, contribuiria para a desjudicialização da saúde suplementar.

Segundo Cavalcanti (2011), desde 2009, o Núcleo de Assessoria Técnica no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro funcionava anteriormente à implantação desta iniciativa pelo Conselho Nacional de Justiça em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Defesa Civil, em atuação importante na área de saúde, concedendo cerca de 2.800 pareceres aos magistrados e evitando fraudes nesse segmento.

Embora sejam reconhecidos o progresso e o pioneirismo do Núcleo de Assessoria Técnica no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, Defesa Civil e o referido tribunal para subsidiar as decisões judiciais na área de saúde pública, existem críticas quanto à possível falta de imparcialidade dos profissionais que o integram, considerando que:

Toda inovação tem o mérito de procurar resolver dilemas em aberto para problemas que antes se pensava sem uma solução. Com ela, novos dilemas e desafios também vêm à tona. No caso do NAT do Rio de Janeiro, por exemplo, o corpo técnico funciona dentro do Tribunal de Justiça em contato direto com os juízes e são oriundos da Secretaria de Estado. Se, de um lado, propicia-se mais rapidez para efetivar o direito fundamental à saúde; por outro, seria possível questionar se o fato de um dos principais demandados nas questões de saúde, o Estado, tiver um corpo técnico próprio para apresentar pareceres no interior do Judiciário não comprometeria o princípio da igualdade, o contraditório e a ampla defesa quando comparado ao cidadão enfermo que bate as portas do Judiciário à procura dos

médicos, remédios e tratamentos que não encontrou nos hospitais públicos (FERREIRA; COSTA, 2013, p. 220).

Também não é diferente o questionamento sobre a falta de imparcialidade na criação de um Núcleo de Assessoria Técnica voltado à resolução de conflitos judiciais da saúde suplementar. Esse Núcleo, caso venha a ser composto por operadoras de planos privados de assistência à saúde, nos remeteria imediatamente às necessárias precauções legais e ético-morais, para evitar conflitos de interesses do ente regulado no subsídio às decisões judiciais que tangenciam os interesses corporativistas do mercado e os direitos dos usuários de planos privados de saúde.

O cenário da judicialização da saúde suplementar acompanha a participação ativa e regular das operadoras de planos privados de assistência à saúde; estas vêm promovendo aulas nos programas de ensino das escolas de magistraturas, bem como palestras em eventos externos para a magistratura brasileira, sem controle externo do conteúdo disseminado pelo órgão regulador e sem articulação curricular mínima com órgãos públicos, tais como a ANS ou os institutos de defesa do consumidor, os quais deveriam ser referência no ministério dessas aulas e palestras, pois representam o Poder Público na defesa legítima do interesse público.

De outro lado, o Núcleo de Assessoria Técnica precisa ser normatizado entre as secretarias de estado e o Ministério da Saúde, a fim de ampliar o suporte técnico aos magistrados em todo o país, o que poderá incluir o direito regulatório da saúde suplementar, desde que a participação do Poder Público seja também coordenar os trabalhos, destacando a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no alcance desta finalidade.

Para Castro (2012), o Núcleo de Assessoria Técnica é uma alternativa para propiciar conhecimento técnico específico de profissionais quanto ao julgamento de ações que envolvem a questão da saúde na relação do Estado, facilitando a busca da solução dos conflitos identificados.

A funcionalidade do Núcleo de Assessoria Técnica evita a ocorrência de fraudes, uma vez que os magistrados com desconhecimento técnico e de boa-fé poderiam ser alvo desse tipo de conduta nos processos judiciais, e se deixarem iludir, em muitos casos de compra de medicamentos ou em outros pedidos onerosos desnecessários, faltando-lhes segurança e amparo técnico para tomada de decisões que, no desejo de salvar vidas, poderiam seguir suas intuições de forma equivocada (CASTRO, 2012).

Em contraponto, Castro (2012) corrobora Ferreira e Costa (2013) quando admite que existem fragilidades e dilemas éticos advindos do Núcleo de Assessoria Técnica, tais como: demora na liberação do parecer técnico; dificuldades para a operacionalização dos pedidos para internação noturna, fazendo menção à necessidade de esse Núcleo funcionar em plantão de 24 horas; e principalmente a pressuposição de que, em algumas circunstâncias, os profissionais que compõem este órgão ficariam mais a favor do Estado do que à parte autora representada pelos pacientes.

Em similar situação, os Núcleos de Assessoria Técnica, uma vez compostos por operadoras de planos privados de assistência à saúde, trariam à tona conflitos de interesses diversos do mercado, no que tange ao subsídio de despesas nas questões litigiosas da saúde suplementar. Logo, a competência e a composição dos Núcleos de Assessoria Técnica precisam ser regulamentadas rapidamente, a fim de impor limitações legais para que não ocorram desvios de finalidade, e devem ser implementadas na área de saúde suplementar, especialmente nas situações de urgência e emergência presentes nos plantões judiciais.

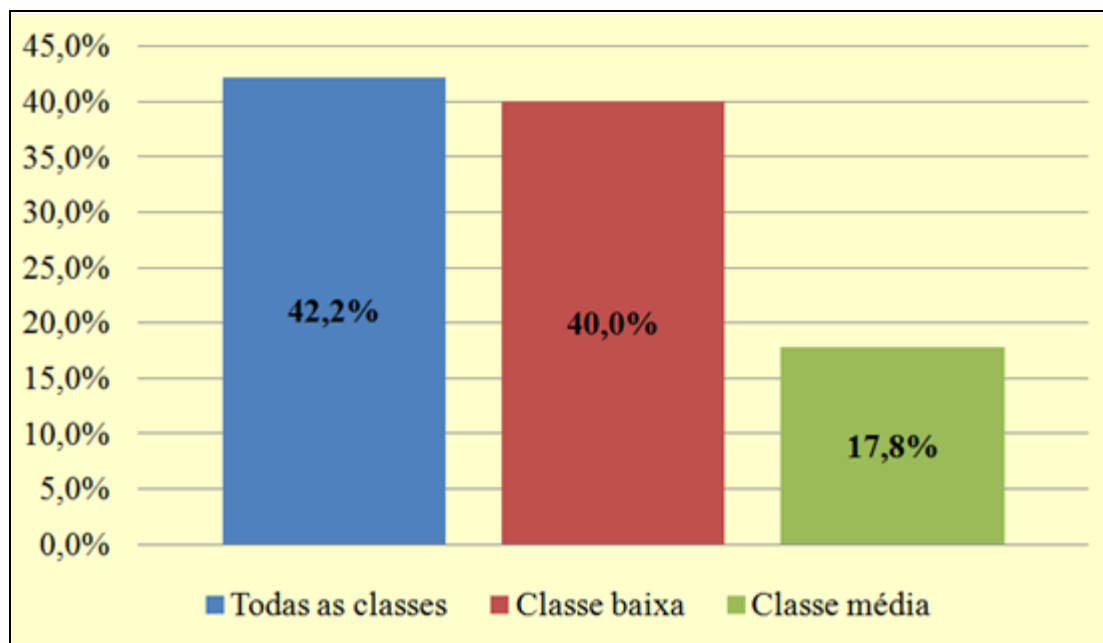
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: TERCEIRA PARTE

6.1 As características dos usuários e de suas ações contra os planos privados de assistência à saúde nos plantões judiciais

6.1.1 O perfil dos usuários dos planos privados de saúde que litigam nos plantões judiciais

Para 42,2% dos magistrados, não há um perfil predominante de consumidores que ingressam no plantão judicial, pois existe uma demanda equilibrada, na qual todas as classes ingressam com ações nos plantões. Em contrapartida, 40% dos entrevistados afirmaram que o maior número de litigantes nos plantões advém das classes mais pobres, enquanto 17,8% afirmaram que, sem dúvida alguma, há maior contingente da classe média (Gráfico 19).

Gráfico 19 – A caracterização do perfil ou classe social dos usuários dos planos privados de saúde que ingressam com ações nos plantões judiciais



Fonte: A autora, 2015.

Distintos setores sociais compõem os litigantes na seara dos plantões judiciais, o que enfatiza a frequência de todas as classes sociais, porque o mercado de planos privados de saúde expandiu-se em quase todos os segmentos, dispondo a saúde como direito e como serviço contratado, à exceção dos que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

Os planos privados de saúde são ofertados por alguns empregadores em forma de benefícios a seus empregados e colaboradores, o que tem relação com vínculo empregatício, e não apenas com a manifestação da vontade em contratar um plano privado de saúde. Dessa forma, relacionar plano privado de saúde com determinada classe social, bem como identificá-la no bojo dos conflitos de urgência e emergência na saúde suplementar, foi resultado de percepção empírica dos magistrados entrevistados nesta pesquisa.

A maior parte da população procura ter acesso aos serviços quando a doença se manifesta nas situações em que existem riscos reais e perceptíveis (COHN *et al.*, 2006).

Na saúde brasileira predominam as condições crônicas, cujos principais fatores responsáveis são as mudanças demográficas; as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida; o processo acelerado de urbanização; e as estratégias mercadológicas (MENDES, 2014).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1998), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou que tanto as pessoas de baixa renda quanto aquelas sem rendimento também dispõem de plano privado de saúde, quando receptoras de benefícios ou dependentes de titulares de planos, tendo o patrocínio de quem trabalha, tal como pode ser verificado no Quadro 3.

Quadro 3 – Os titulares no plano de saúde principal (exceto odontológico) por tipo de cobertura a que tem direito (exceto odontológica) segundo o responsável pelo pagamento do plano de saúde, o pagamento adicional pelo serviço e as classes de rendimento mensal familiar – Brasil – 1998

Titulares no plano de saúde principal (exceto odontológico)					
	Tipo de cobertura a que tem direito (exceto odontológica)				
	Total	Apenas consultas médicas	Apenas exames complementares	Apenas internações hospitalares	Consultas médicas e exames complementares
Total	16 162 992	193 917	7 796	98 349	757 478
SOMENTE EMPREGADOR	2 130 459	27 032	767	2 372	105 742
TITULAR ATRAVÉS DO TRABALHO	7 441 827	73 569	2 839	58 083	345 800
TITULAR DIRETAMENTE AO PLANO DE SAÚDE	4 935 750	72 712	4 190	32 378	227 666
OUTRO	1 642 422	20 604	-	5 516	78 270
SEM DECLARAÇÃO	12 534	-	-	-	-
PAGAMENTO ADICIONAL PELO SERVIÇO					
SIM	3 466 564	74 614	3 557	7 818	317 135
NÃO	12 675 678	119 303	4 239	90 531	440 094
SEM DECLARAÇÃO	20 750	-	-	-	249
CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (1)					
ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO	117 781	3 828	-	518	8 912
MAIS DE 1 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	434 315	12 581	211	1 555	44 720
MAIS DE 2 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS	716 497	22 322	943	2 285	76 501
MAIS DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS	2 140 461	49 083	507	12 816	155 172
MAIS DE 5 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS	4 541 190	61 826	3 615	22 206	244 072
MAIS DE 10 A 20 SALÁRIOS MÍNIMOS	4 053 462	28 664	1 383	25 544	156 366
MAIS DE 20 SALÁRIOS MÍNIMOS	3 392 121	9 322	631	27 517	50 944
SEM RENDIMENTO (2)	69 232	510	-	-	6 105
SEM DECLARAÇÃO	642 804	3 562	-	5 908	12 379

Notas: (1) Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá; (2) Exclui os titulares cuja condição na família seja de pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico; (3) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios de empresas.

Fonte: IBGE, 1998.

Para Mascarenhas (2002, p. 57), “o conceito de classes sociais é o elemento essencial, respaldado por análises conjunturais e despido de ortodoxias e visões messiânicas”.

De acordo com Haddad (1997), todas as sociedades de maneira geral têm hábitos consumistas e a classe dominada compra mais valores de uso, o que não significa necessariamente maior satisfação; esta só aumentaria se as necessidades permanecessem em nível constante ou aumentassem menos do que o poder aquisitivo em termos salariais.

A sociedade que consome planos privados de assistência à saúde não necessariamente está satisfeita com a prestação de serviços, e a judicialização reflete esta insatisfação, decorrente de necessidades mal atendidas pelo mercado.

Por conseguinte, cada vez mais aumenta o número de processos judiciais no Brasil em relação às demandas de saúde, o que pode coincidir com a evolução epidemiológica da

cronicidade de doenças que vão paulatinamente agravando as condições de saúde da população, além dos casos clínicos e cirúrgicos agudos repentinos.

O conceito de classe social tem relação com a renda, mas também com condições sociais, hábitos de vida e aspectos conjunturais que devem ser analisados para estratificar os segmentos sociais.

No tocante aos usuários de planos privados de saúde, não basta defini-los como pertencentes à classe social alta somente pela avaliação da contrapartida financeira para usufruir a cobertura de saúde contratada, pois a atenção requerida pode ser patrocinada pela sociedade empresária empregadora, integral ou parcialmente, ou mesmo ofertada por outro titular que não o usuário de planos privados de assistência à saúde.

Outro ponto importante é o fato de que existem vários planos privados de saúde com maior ou menor cobertura, a depender das escolhas e do poder aquisitivo dos interessados. Dessa forma, os contratos sofrem variação, desde as prestações mais básicas às mais sofisticadas, sendo melhores ou piores de acordo com o nível de satisfação envolvido.

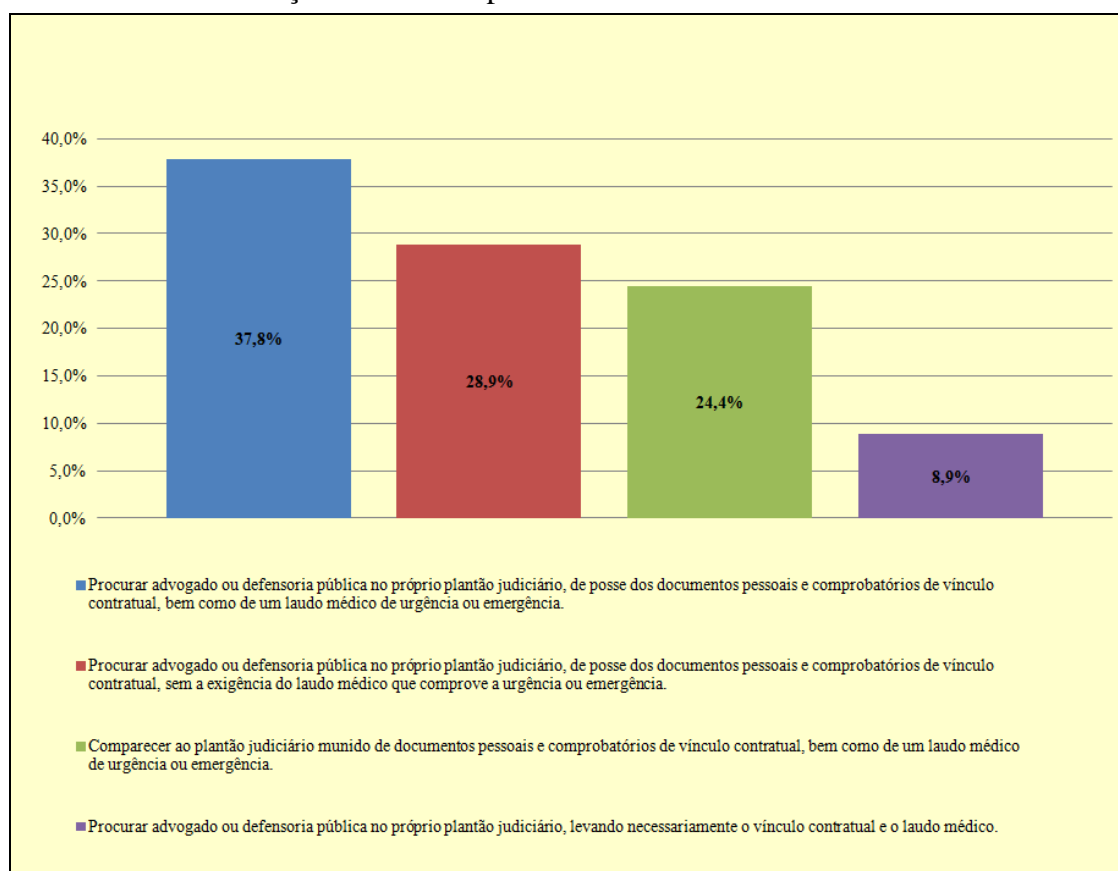
Por meio de ações diversas nos vários tribunais de justiça, é possível verificar que não apenas os contratos mais básicos são alvo de demandas dos usuários às operadoras de planos privados de saúde, mas também aqueles que têm mais cobertura e rede assistencial maior, o que não sugere grandes variações das classes sociais litigantes nos plantões judiciais, mas destaca a má prestação dos serviços pelo mercado como elemento fático de base de conflitos na saúde suplementar. Assim, no que concerne à judicialização da saúde suplementar, não parece haver busca maior ou menor pelos plantões judiciais conforme a classe social, mas sim em razão de falhas e insatisfação com os serviços contratados, agravadas pelo caráter de urgência e emergência da situação que põe em risco a vida e pelas lesões que podem tornar-se irreparáveis em consequência da demora do atendimento.

6.1.2 Orientações gerais para interposição de ações nos plantões judiciários

Acerca das orientações necessárias para interpor ação nos plantões judiciários, 37,8% dos magistrados consideram recomendável procurar um advogado ou a Defensoria Pública, munido de documentos pessoais e comprobatórios de vínculo contratual, bem como de um laudo médico que ateste a urgência ou emergência. Para 28,9% dos entrevistados, deve-se procurar um advogado ou a Defensoria Pública no próprio plantão judiciário, de posse dos

documentos pessoais e comprobatórios de vínculo contratual, porém não há necessidade de levar o laudo médico com a indicação de urgência ou emergência. Ao mesmo tempo, 24,4% afirmaram que o vínculo contratual é de suma importância, enquanto 8,9% alegaram que tanto o laudo médico quanto o vínculo contratual são de extrema importância para buscar assessoria de um plantão judiciário (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Os procedimentos de recurso aos plantões judiciários no enfrentamento de alguma negativa de cobertura de natureza urgente ou emergente de bens ou serviços na saúde suplementar



Fonte: A autora, 2015.

As demandas judiciais de saúde nos tribunais devem ser debatidas por toda a sociedade, pelo Poder Público e pelo mercado de planos privados de saúde.

A formulação de políticas para resolução de conflitos na saúde suplementar exige seriedade e compromisso de todos.

O melhor funcionamento dos serviços de saúde é um desafio tanto na área pública quanto na saúde suplementar.

Os pedidos de liminares referentes à assistência à saúde abrangem apoio e assessoramento de advogados ou defensores públicos, conforme as necessidades exigidas por certos casos clínicos ou cirúrgicos de urgência ou emergência.

De acordo com 28,9% dos magistrados, a exigência do laudo médico que atesta a situação de urgência e emergência dependerá do caso concreto. Ao mesmo tempo, os documentos pessoais e o vínculo contratual mínimo entre as partes, autora e ré, foram relatados como necessários para os três primeiros grupos de magistrados entrevistados – 37,8%; 28,9% e 24,4% –, cuja soma computa 91,1%, revelando a necessidade predominante de comprovar os dados pessoais da parte autora, bem como a exigência de evidenciar relação jurídica mínima entre os usuários e as operadoras de planos privados de saúde que litigam nos plantões judiciais.

Os documentos pessoais contemplam: documento de identidade oficial, original com foto; comprovante de residência atualizado; além daqueles específicos para os assistidos pela Defensoria Pública.

Em geral, os atendentes das Defensorias Públicas solicitam: documento de identidade do assistido ou de seu representante, se houver; comprovante de residência em nome do assistido – caso não esteja no nome deste, em nome de pessoa com quem resida, a qual deverá assinar declaração atestando que o assistido reside no imóvel localizado no endereço informado no documento comprobatório de residência; comprovante(s) de renda de todos os membros do núcleo familiar do assistido com idade acima de 16 anos, que trabalhem e convivam na mesma residência; no caso de falta de comprovante(s) de renda, o assistido deverá apresentar as três últimas contas de luz e telefone e as três últimas faturas de cartão de crédito, se as tiver; receita(s) médica(s) emitida(s) por profissional habilitado; laudo médico emitido por profissional habilitado (CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE, 2014).

No que tange à relação jurídica mínima, o assistido pode incluir o próprio contrato, de preferência, bem como os três últimos comprovantes de pagamento do plano privado de saúde ou a carteira do convênio com matrícula e validade atualizadas; e até mesmo o pedido médico ou a guia própria do convênio com validade de acordo com as suas regras.

A negativa de atendimento como prova documental não foi considerada relevante pela maioria dos magistrados entrevistados, considerando o cenário da boa-fé objetiva do consumidor e a dificuldade real de se obterem por escrito as recusas de atendimento médico na saúde suplementar em situações de urgência e emergência.

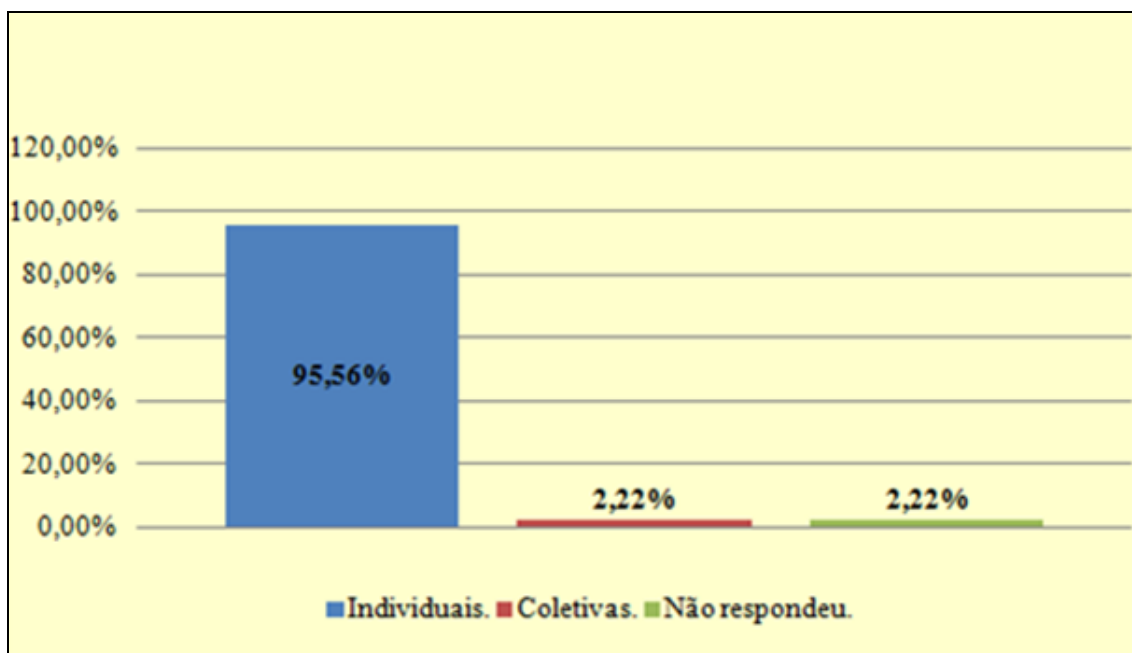
Dos magistrados entrevistados, 24,4% não chegaram a comentar sobre a necessidade da presença de advogados ou defensores públicos, mas destacaram a procura direta aos plantões judiciários, o que indica a importância destes órgãos na prestação de informações relativas aos pedidos de urgência e emergência a serem formulados judicialmente.

Não obstante, a assessoria dos profissionais advogados e defensores públicos foi bastante valorizada pela grande maioria dos magistrados entrevistados, a fim de proteger as vulnerabilidades de usuários de planos privados de saúde diante das práticas abusivas do livre mercado, especialmente nas situações de urgência e emergência, em sede de tutela antecipada a ser confirmada em sentença.

6.1.3 Os tipos de ações nos plantões judiciários

Os tipos de ações mais comuns nos plantões judiciários, segundo 95,56% dos magistrados, são as ações individuais, enquanto 2,22% apontaram as ações coletivas, e 2,22% não responderam (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Os tipos de ações mais comuns nos plantões judiciários – as individuais ou as coletivas



Fonte: A autora, 2015.

Segundo os magistrados entrevistados, as ações mais comuns relatadas foram as individuais, considerando as subjetividades dos pleitos da parte autora, consumidora de planos privados de saúde, em face das operadoras, aduzindo necessidades individuais de direito e fatos documentalmente comprovados.

Tais necessidades individuais estão vinculadas aos contratos pactuados entre as partes; são, portanto, legítimas as expectativas dos usuários de planos privados de saúde que desejam receber das operadoras um atendimento eficaz.

Quando há negativa de bens ou serviços contratados na saúde suplementar, indispensáveis para manutenção da vida, frustram-se expectativas legítimas de atendimentos médicos, uma vez que este mercado injustamente retarda, dificulta ou nega autorizações prévias, gerando insegurança, dor e sofrimento nos usuários de planos privados de saúde, diante da imprevisibilidade de males que possam agravar estados de saúde, críticos ou não.

Em contraponto, as ações judiciais coletivas de grupos específicos vulneráveis reúnem características semelhantes, levando-se em conta seus sujeitos, bem como as posições desvantajosas e de hipossuficiência; nessas condições, mostra-se relevante defender o interesse público e coibir alguma prática abusiva do mercado de planos privados de saúde.

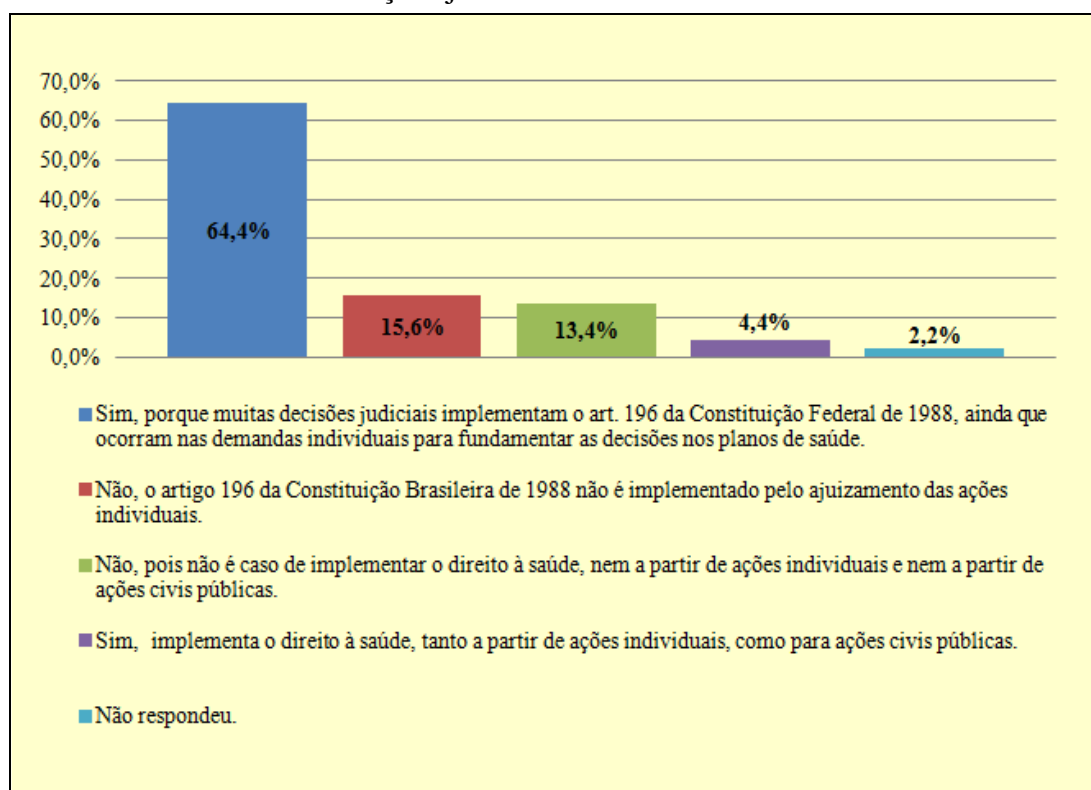
Assim, por suas características particulares de urgência e emergência, as ações mais comuns nos plantões judiciários foram as individuais, ligadas aos casos concretos de análise

rápida dos magistrados para viabilizar o próprio objeto do contrato celebrado, porquanto pareceu ser insignificante o resultado de 2,22% de entrevistados que não responderam.

6.1.4 As implicações das ações judiciais individuais e coletivas no âmbito da saúde complementar

A Constituição Brasileira de 1988 trouxe uma série de direitos e garantias sociais. Nesse sentido, na perspectiva dos magistrados, 64,4% acreditam que muitas decisões judiciais implementam o art. 196 da Constituição Federal de 1988, ainda que ocorram nas demandas individuais para fundamentar as decisões nos planos privados de saúde. De outro lado, 15,6% apresentam a ideia de que muitas decisões judiciais individuais não implementam o art. 196 da Constituição Federal de 1988. A ação coletiva tem papel bem relevante, visto que nos casos de planos privados de saúde, a decisão judicial delimita-se às partes contratuais, não sendo extensível a terceiros não contratantes. Em contrapartida, 13,4% dos magistrados, mesmo considerando que as ações judiciais não implementam um direito à saúde, justificaram o aspecto de que não se trata de um caso de implementar este direito. No entanto, 4,4% acreditam que as ações individuais nos plantões judiciários implementam o direito à saúde tanto a partir de ações individuais quanto a partir de ações civis públicas coletivas. Apenas 2,2% dos entrevistados não responderam a essa pergunta (Gráfico 22).

Gráfico 22 – A implementação do direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 como um direito social, em relação ao uso individual das ações judiciais



Fonte: A autora, 2015.

Muitas decisões individuais estão atreladas aos direitos coletivos, os quais poderiam ser sistematizados de maneira mais ampla por meio das ações coletivas, agrupando interesses em comum a fim de implementar o art. 196 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988).

De acordo com Brasil (1988, p. 76), “[...] Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...]”.

Indaga-se, portanto, se as ações judiciais individuais trariam essa amplitude de direitos para toda a sociedade civil, considerando os interesses particulares envolvidos das partes que figuram como autores individuais e fundamentam as ações desta natureza, pois não se vislumbram nestas os efeitos coletivos benéficos da coisa julgada. Dessa forma, se a saúde é direito de todos, como a justiça individual levaria o direito à saúde a todos?

Na realidade o direito à saúde não é tarefa exequível apenas pelo Poder Executivo, mas exige articulação também com os Poderes Judiciário e Legislativo, cada qual com sua atribuição legal.

Os entes competentes para interpor as ações coletivas estão previstos tal como a seguir:

A legitimidade de agir nas ações coletivas está restrita ao Ministério Público, à União, aos Estados, aos Municípios, ao Distrito Federal, às entidades e órgãos da administração pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados à defesa dos interesses e direitos protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor e, finalmente, às associações legalmente constituídas há pelo menos um ano e que incluam entre seus fins institucionais a defesa dos interesses e direitos protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor. Este é o rol de legitimados previstos no art. 82 da Lei n. 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e no art. 5º da Lei n. 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública) (LEITE, 2008, p. 5).

As ações judiciais coletivas têm vários representantes legitimados na defesa dos interesses dos consumidores; por serem alguns pleitos das ações individuais similares aos de ações coletivas, há relevância de coletivizar em vez de individualizar certas ações, para maior otimização e celeridade processual de resultados socialmente relevantes. Dessa forma, a coletivização das ações judiciais certamente contribuiria para a desjudicialização da saúde suplementar, ao reduzir as inúmeras ações individuais, ainda que estas apresentem motivos relevantes.

Todavia, o direito individual também implementa o art. 196 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), conforme uma maioria de 64,4% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, o que ressalta uma prerrogativa constitucional expressa no art. 5º, inciso XXXV, sendo um direito público e subjetivo de todo cidadão. Nesse sentido, considerando que a intervenção do Poder Judiciário pode assegurar cobertura de saúde suplementar em dimensão benéfica de efeitos somente entre as partes que compõem as ações individuais, há que se levar em conta que mesmo estas implementam o direito à saúde, ainda que no âmbito privado.

Na Carta Magna (BRASIL, 1988, p. 3), “[...] Art. 5º. XXXV- a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito [...]”.

Assim, à luz da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), não se restringem direitos como o de ingressar com ações individuais no Poder Judiciário, porque

desta forma, por meio da ação adequada, todo aquele – pessoa física ou jurídica – cujo direito (fundamental ou não) houver sido violado, ou ameaçado de violação, pode obter a tutela do Poder Judiciário. Esta, em consequência, tanto pode servir para reparar ou restabelecer o direito, como para prevenir seja este lesionado (CAMPOS, 2003, p. 3).

Não obstante, as ações coletivas também podem defender interesses e direitos individuais homogêneos ou de origem comum a consumidores ou outros grupos vulneráveis, desde que haja circunstâncias com natureza de relevância pública – tal como revela o enunciado da súmula nº 7 do Conselho Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2012), conforme previsão do Código de Defesa do Consumidor (CDC) – (BRASIL, 1990a) e da LACP - Lei de Ação Civil Pública (BRASIL, 1985):

O Ministério Público está legitimado à defesa de interesses ou direitos individuais homogêneos de consumidores ou de outros, entendidos como tais os de origem comum, nos termos do art. 81 °, III, c/c o art. 82 °, I, do CDC, aplicáveis estes últimos a toda e qualquer ação civil pública, nos termos do art. 21° da LAC 7.347/85, que tenham relevância social, podendo esta decorrer, exemplificativamente, da natureza do interesse ou direito pleiteado, da considerável dispersão de lesados, da condição dos lesados, da necessidade de garantia de acesso à Justiça, da conveniência de se evitar inúmeras ações individuais, e/ou de outros motivos relevantes (SÃO PAULO, 2012, p. 2-3).

Mancuso (2004) observa que o interesse de agir na ação civil pública se fundamenta no trinômio necessidade-utilidade-adequação, conforme cada interesse metaindividual envolvido. Em sentido estrito, os interesses difusos coletivos são essencialmente coletivos (art. 81, incisos I e II do parágrafo único do CDC), compreendendo sujeitos indeterminados (absolutamente, em se tratando dos difusos; relativamente, em se tratando dos coletivos em sentido estrito) e objetos indivisíveis (absolutamente, em se tratando dos difusos; relativamente, em se tratando dos coletivos em sentido estrito). De outro lado, os interesses individuais homogêneos são essencialmente ligados a uma categoria específica, (art. 81, inciso III do parágrafo único do CDC), sendo apenas coletiva a forma processual perante a homogeneidade da origem comum (MANCUSO, 2004).

Por sua vez, Perlingeiro (2012a) acredita que nem as ações coletivas e nem as individuais constituem institutos adequados à solução de conflitos de massa, cujo objeto seja o direito à saúde, o que vem ressaltar os princípios básicos do direito administrativo e da atuação jurisdicional em face da Administração Pública, na busca de soluções que se aproximem de real, isonômica e efetiva proteção judicial.

Não obstante, para 15,6% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, nas ações coletivas que envolvem interesses ou direitos difusos e cujas decisões judiciais tenham efeitos *erga omnes* (art. 103, inciso I c/c art. 81, inciso I do parágrafo único do CDC), todas as pessoas são alcançadas, em caso de procedência ou improcedência dos pedidos, salvo se as decisões judiciais que lhes forem advindas sejam improcedentes por falta de provas. Todavia, quando se trata dos instrumentos contratuais firmados individualmente, preponderam os

interesses particulares, distantes da implementação do art. 196 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), uma vez que outras pessoas não são alcançadas, senão as partes que compõem o processo judicial, sem relevância social derivada.

Nesse sentido, quando se tratar de interesses ou direitos difusos, a procedência do pedido judicial será para todos os indivíduos afetados, também fazendo coisa julgada em caso de improcedência para todos, não possibilitando ações individuais com o mesmo objeto.

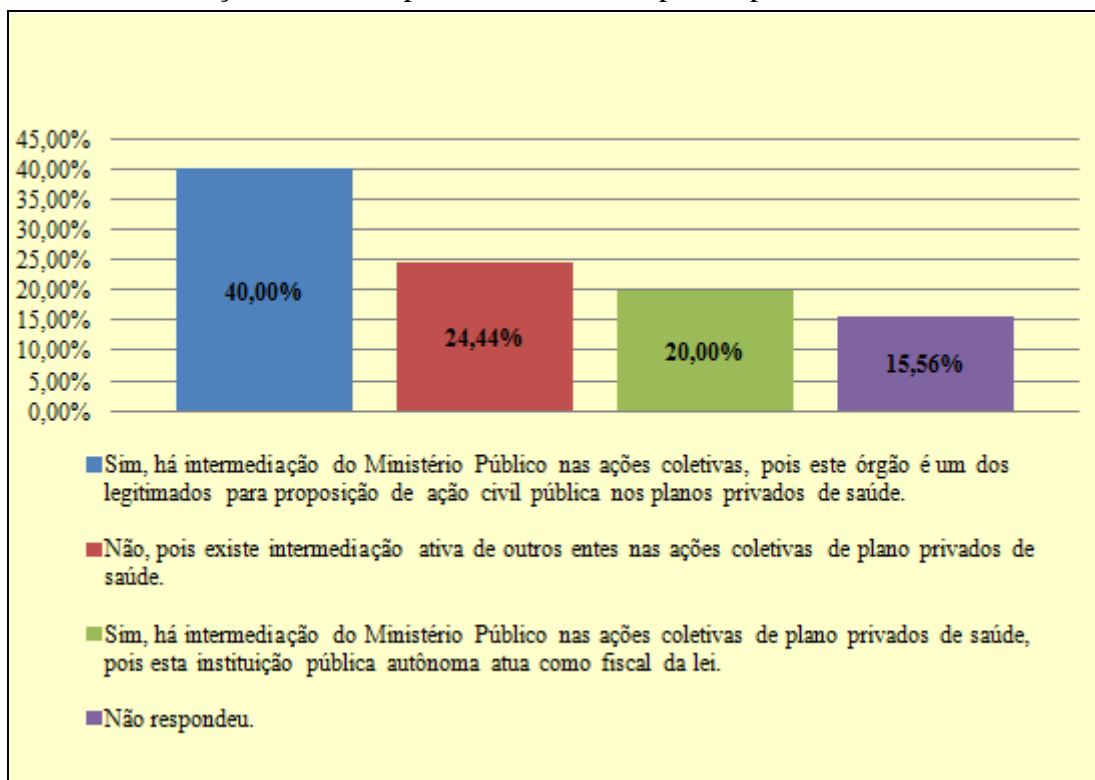
À luz do CDC, o efeito *erga omnes* vincula as decisões judiciais a todas as pessoas titulares de interesses ou direitos difusos, ao passo que quando este efeito se aplica aos interesses ou direitos individuais homogêneos resulta em coisa julgada para beneficiar todas as vítimas e seus sucessores apenas no caso de procedência dos pedidos judiciais (art. 103, inciso III do CDC).

De outro lado, para 13,4% dos magistrados, não se trata de implementar o art. 196 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), nem como resultado das ações individuais, nem como resultado das ações coletivas, porque não seria papel do Poder Judiciário implementar a saúde como política pública de acesso universal, mas sim como política do Estado. Em contrapartida, 4,4% dos entrevistados acreditam que tanto as ações individuais quanto as coletivas implementam o art. 196 da Constituição Brasileira, por permitirem o exercício da cidadania a partir do controle externo do Poder Judiciário, ao passo que 2,2% não responderam.

6.1.5 A atuação do Ministério Público nos plantões judiciários

Em relação à participação do Ministério Público nas ações coletivas de usuários de planos privados de saúde, 40% dos entrevistados apontaram o fato de que existe atuação bastante ativa deste órgão, que é legitimado para propor as referidas ações. 24,44% dos entrevistados afirmaram que não existe intermediação ativa do Ministério Público nas ações coletivas de plano privados de saúde, considerando a legitimidade de outros entes para propor este tipo de ação. De outro lado, 20% responderam que existe intermediação ativa do Ministério Público nas ações coletivas de planos privados de saúde, pois esta instituição pública autônoma atua como fiscal da lei. Por fim, 15,56% dos magistrados não responderam (Gráfico 23).

Gráfico 23 – A predominância da intermediação ativa do Ministério Público nas ações coletivas perante usuários de planos privados de saúde



Fonte: A autora, 2015.

O Ministério Público tem atuação na defesa dos interesses ou direitos difusos transindividuais de natureza indivisível, dos quais sejam titulares pessoas indeterminadas e relacionadas por uma circunstância de fato (art. 81, inciso I do parágrafo único do CDC).

O Ministério Público pode propor ações judiciais na defesa de interesses ou direitos coletivos transindividuais de natureza indivisível, dos quais sejam titulares grupos, categorias ou classes de pessoas, relacionados entre si ou com a parte contrária por meio de uma relação jurídica de base (art. 81, inciso II do parágrafo único do CDC), podendo também defender os interesses ou direitos individuais homogêneos (art. 81, inciso III do parágrafo único do CDC) de origem comum, quando é possível identificar os afetados por motivo semelhante na sociedade. Conforme 40% dos magistrados entrevistados, o Ministério Público tem participação ativa nas ações coletivas que também envolvem operadoras de planos privados de saúde, atendendo ao grau de importância que este órgão demanda pelos indivíduos, grupos, categorias ou classes de pessoas vulneráveis ou hipossuficientes, além de sujeitos indeterminados sofrendores de males inseridos na mesma circunstância de fato e relevância pública.

Em contraponto, 24,44% dos magistrados entrevistados revelaram que, por existir um rol de outros entes legitimados na propositura de ações coletivas, não se trataria de intermediação ativa do Ministério Público, mas simplesmente do cumprimento de suas atribuições legais. O Poder Público e outras associações legitimadas têm a faculdade de se habilitar como representantes de qualquer das partes, tal como prevê o art. 5º, § 2º da Lei nº 7.347 de 1985 (BRASIL, 1985).

A legitimidade de agir por meio de ações judiciais não contempla apenas o Ministério Público, envolvendo outros entes coletivos na titularidade ativa, considerando a relevância do bem jurídico a ser protegido.

De acordo com a Carta Magna (BRASIL, 1988, p. 3), “[...] Art. 5º. §6º. Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial [...]”.

Ao mesmo tempo, para 20% dos magistrados entrevistados, a intermediação ativa do Ministério Público existe pelo fato de este órgão atuar como fiscal das leis (*custos legis*), conforme prevê o art. 5º, § 1º da Lei nº 7.347 de 1985 (BRASIL, 1985).

Um grupo considerável de 15,56% dos magistrados não respondeu se haveria ou não intermediação ativa do Ministério Público nas ações coletivas, o que tanto pode indicar desconhecimento do exercício da defesa coletiva deste órgão ministerial no âmbito dos plantões judiciários, especialmente nas tutelas antecipadas a serem confirmadas por decisão judicial, quanto revelar possível inexpressividade das ações coletivas neste cenário.

Existem críticas sociais quanto à nova atuação do Ministério Público, mais evidente para a coletividade após a Constituição de 1988, bem como cobranças para a prestação de serviços efetivos e menos modestos. Além disso, nos últimos anos, esse órgão vem crescendo de forma desordenada, não compatível com sua infraestrutura, que se mostra prejudicada por insumos humanos por vezes insuficientes e desqualificados na formação profissional tangente à precária educação brasileira (MAZZILI, 2015).

A atuação modesta do Ministério Público em defesa de interesses sociais quanto aos planos privados de saúde, nas reiteradas demandas de reclamação dos consumidores, pressupõe que ações coletivas não alcançam grande parcela da população vinculada a tais planos. Nesse sentido,

No âmbito do Judiciário, são muito pouco exploradas as possibilidades de ações coletivas, a exemplo das ações civis públicas que podem ser movidas pelo Ministério Público. Sejam ações judiciais ou de controle social, elas devem

caminhar na perspectiva de soluções coletivas que considerem o sistema de saúde como um todo (SCHEFFER, 2006, p. 146).

Sem precedentes nas Constituições brasileiras anteriores, foi a partir da Constituição de 1988 que o Ministério Público se tornou um poder independente na estrutura do Estado, atuando como instituição permanente para desempenhar com autonomia suas funções essenciais à Justiça, responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (SILVA, 2013).

No caso da saúde suplementar, direitos contratuais e fundamentais confrontam-se em diversas ocasiões, nas quais o Ministério Público posiciona-se como instituição, com poderes para atuar e exigir providências resultantes das responsabilidades de terceiros que eventualmente possam ensejar determinadas cobranças na extensão de suas supostas culpabilidades. Dessa forma, torna-se essencial a presença de uma equipe de Ministério Público preparada tecnicamente de forma efetiva e disposta a resolver as questões que lhe cabem.

Não obstante, o Ministério Público vem evoluindo para modos de solução extrajudicial dos conflitos sociais, com atuação jurisdicional em caráter residual ou subsidiário (ALVES; ZENKNER, 2014).

Assim, são também comuns acordos de cooperação técnica entre Ministério Público e diversos órgãos da Administração Pública direta ou indireta. A exemplo do que ocorre na saúde suplementar, novos normativos podem surgir como imperativos necessários, a partir de reiteradas demandas de reclamação por parte de consumidores lesados, representados pelo Ministério Público, as quais exigem da Agência Nacional de Saúde Suplementar melhoria na sua atuação como órgão regulador.

Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, constitui aprimoramento institucional relevante integrar-se com o Ministério Público em acordos de cooperação técnica que permitam a seleção de prioridades e o enfrentamento de desafios nas agendas institucionais regulatórias, tal como se observa no Extrato de Acordo de Cooperação Técnica (ANEXO A). Os objetivos principais desse acordo firmado em 01/12/2015, com vigência de 24 meses, são: a) estreitamento do relacionamento institucional entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a fim de permitir mais rapidez e efetividade nas ações de prevenção, apuração e repressão às práticas prejudiciais ao mercado de assistência suplementar à saúde, adotadas pelas partes, em conjunto ou separadamente; b) fornecimento e intercâmbio de informações, documentos, estudos e

trabalhos técnicos, relacionados à regulação e à fiscalização do mercado de assistência suplementar à saúde, bem como à prevenção, à apuração ou à repressão de práticas lesivas a tal mercado ou aos seus partícipes; b) ampla cooperação técnica e científica no âmbito do mercado de assistência suplementar à saúde, por meio de desenvolvimento conjunto de estudos e pesquisas; d) desenvolvimento e aprimoramento das técnicas e procedimentos utilizados para fins de apuração, prevenção e repressão de qualquer prática de mercado considerada lesiva aos consumidores de planos privados de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015b).

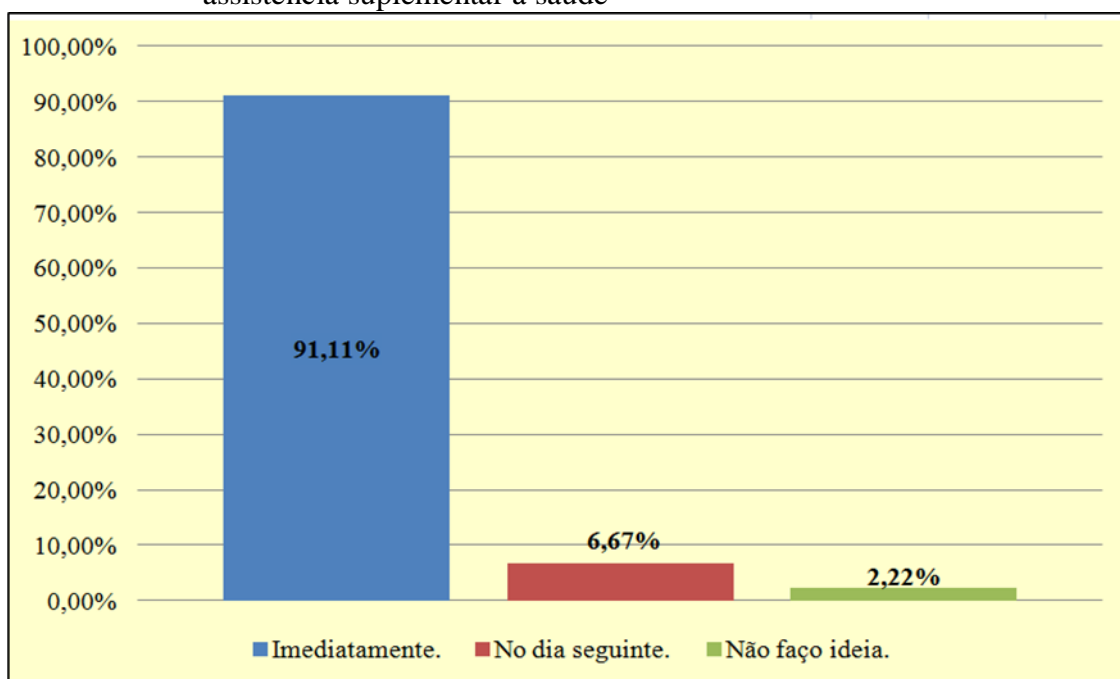
As ações conjuntas entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Ministério Público representam esforços recíprocos para aperfeiçoar a prestação de serviços públicos, além de ampliar o acesso às informações técnicas sobre o setor de planos de saúde. Contudo, resta ainda necessária maior transparência na divulgação dos relatórios finais que demonstrem a execução plena desses acordos em cada Estado brasileiro, bem como a concretização do interesse real em produção científica por meio de parceria com ambas as instituições, priorizando-se os servidores públicos no exercício de suas carreiras estatutárias.

Por fim, não se tem ideia da dimensão prática mensurável da atuação do Ministério Público no âmbito dos plantões judiciais para tratar das questões que ali são expressas exclusivamente para a saúde suplementar, sendo reconhecida predominantemente pelos magistrados entrevistados nesta pesquisa a atuação ativa deste órgão ministerial em circunstâncias cabíveis, especialmente nas ações coletivas.

6.1.6 A eficácia temporal das liminares nos plantões judiciais

A respeito do tempo estabelecido entre a decisão proferida no plantão e a realização da ordem judicial, 91,11% dos magistrados informaram que a liminar tem eficácia imediata, não havendo necessidade de publicação, pois o juiz determina a intimação por intermédio do oficial de justiça, e tanto os prestadores de serviços quanto às operadoras de planos privados de saúde terão que cumpri-la imediatamente. Para 6,67%, essa efetivação da decisão ocorre no dia seguinte, e 2,22% relataram não fazer ideia a respeito, pois nunca mensuraram em tempo real este tipo de ocorrência na prática (Gráfico 24).

Gráfico 24 – O tempo de publicação de uma liminar nos plantões judiciários, em relação às ações judiciais ordinárias para assegurar os direitos na assistência suplementar à saúde



Fonte: A autora, 2015.

A justificada urgência a que se reserva o exame das matérias nos plantões judiciários torna este serviço excepcional para apreciação de pedidos, cujas liminares têm processamento rápido por meio do cumprimento de mandado judicial realizado aos sábados, domingos, feriados, e quando não há expediente regular forense.

A Resolução nº 449 de 02/12/2010, que dispõe sobre funcionamento de plantão judiciário no Supremo Tribunal Federal (STF), não determina o tempo que levará a publicação de liminares em sede dos plantões judiciários, bem como a forma pela qual se processará a ordem judicial – à exceção do art. 5º, inciso II, o qual, ao mencionar mandado de segurança contra ato de autoridade coatora, de competência originária do STF, revela que os efeitos se operam durante o plantão ou no primeiro dia útil subsequente (BRASIL, 2010b).

A Resolução nº 71, de 31/03/2009 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009), ao dispor sobre o regime de plantão judiciário em primeiro e segundo grau de jurisdição, determina em seu art. 7º, §2º que quaisquer pedidos, requerimentos, comunicações, autos, processos, bem como quaisquer papéis recebidos ou processados no plantão judiciário, após devidamente protocolados, serão tramitados à distribuição ou ao juízo competente no início do expediente do primeiro dia útil imediato ao do encerramento do plantão; segundo tal determinação, as liminares concedidas em sede de plantão judiciário têm efeito imediato antes

mesmo deste encerramento. Assim, os resultados desta pesquisa demonstraram que 91,11% dos magistrados entrevistados confirmaram serem imediatos os efeitos das liminares concedidas nos plantões judiciários, enquanto 6,67% deles revelaram que tais efeitos se iniciam no dia subsequente ao encerramento do plantão, aproximando-se do regime de plantão judiciário do STF. Nesse regime compreendem-se duas circunstâncias temporais distintas, para concessão das liminares: durante o plantão ou no primeiro dia útil subsequente às providências judiciais adotadas.

Por fim, 2,22% de magistrados alegaram não ter conhecimento acerca do tempo de publicação, nos plantões judiciários, das liminares que venham a garantir a efetividade de determinados direitos na saúde suplementar.

Em geral, uma vez comprovada a urgência em regime de plantão, as ordens judiciais para obtenção das prestações jurisdicionais têm efeito imediato, e são delegadas pelos magistrados ao oficial de justiça.

Por sua vez, tanto o oficial de justiça quanto um serventuário ficam à disposição dos magistrados durante todo o período de plantão judiciário, sendo indicados por escala pública ou selecionados pelo próprio plantonista, conforme art. 6º, parágrafo único da Resolução nº 71, de 31/03/2009 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009).

Os plantões judiciários, por permitirem acesso à justiça fora do expediente normal dos tribunais, consolidam o art. 5º, inciso XXXV da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), segundo o qual a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito.

De acordo com Dias (2012), os plantões judiciários permitem acesso diário à justiça, pois são serviços públicos contínuos, destinados a atender a direitos fundamentais dos indivíduos, e têm como objetivo conhecer as postulações judiciais em situações de comprovada urgência que não possam ter apreciação durante o expediente ordinário do Poder Judiciário.

No transcorrer de atendimentos evidenciados de urgência ou emergência, os plantões judiciários asseguram medidas rápidas nas situações em que há perigo de dano ou risco à vida humana, amparadas por direitos plausíveis, além de examinar outras matérias em primeiro e segundo graus.

Os plantões judiciários têm previsão disposta por meio de regimentos dos tribunais ou juízos competentes, e realizam-se nas dependências dos tribunais ou fóruns, nos termos dos arts. 1º e 2º, ambos da Resolução nº 71, de 31/03/2009 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2009).

Os plantões judiciários ampliam o acesso à justiça para os casos urgentes, de forma ininterrupta, conforme previsão do art. 93, inciso XII, da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988).

Dessa forma, os plantões judiciários cariocas e de outros Estados brasileiros oferecem apreciação judicial mais rápida, com efeitos imediatos em tempo exíguo, garantindo o acesso do cidadão à justiça, inclusive em dias não úteis, além dos horários em que não há expediente regular nos fóruns e tribunais (Figuras 4 e 5).

Figura 4 – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período noturno



Fonte: A autora, 2015.

Figura 5 – Sala de espera do plantão judiciário anexo ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro no período noturno



Fonte: A autora, 2015.

A duração do processo judicial em um prazo razoável, a fim de oferecer justiça para solucionar os conflitos de forma célere, é requisito de qualidade importante.

Nas últimas décadas, o aumento do número de processos judiciais tem diversas causas, como revelado pelas experiências do Ocidente, tais como a revolução constitucional pós-guerras, as injustiças sociais exorbitantes, o acesso facilitado à justiça, e o irracionalismo dos sistemas processuais (DIAS, 2007).

Todavia, Ferreira e Costa (2013, p. 231) ressaltam que “as condições para judicialização, somadas a uma visão do Judiciário como legislador positivo – o ativismo judicial –, possibilitaram a judicialização excessiva [...] pelo Judiciário brasileiro”.

Ademais, a crescente judicialização é fomentada pela globalização da informação e pela conscientização pelos variados meios de comunicação que possibilitaram maior inclusão social e, conseqüente, empoderamento reivindicatório da população na busca de seus direitos.

De outro lado, os plantões judiciários não devem servir para condições que aumentem a judicialização desnecessária, ou como forma de abreviar a duração de um processo judicial que deva seguir seu curso em circunstâncias temporais regulares.

Assim, na condução dos processos por meio dos plantões judiciários, devem prevalecer o bom senso e a boa prática jurídica dos advogados e defensores públicos em favor da boa-fé dos seus contratantes e assistidos que buscam soluções para conflitos na saúde suplementar, para a melhor prestação jurisdicional capaz de dar celeridade a uma finalidade que se impõe em caso real de urgência e emergência devidamente demonstradas.

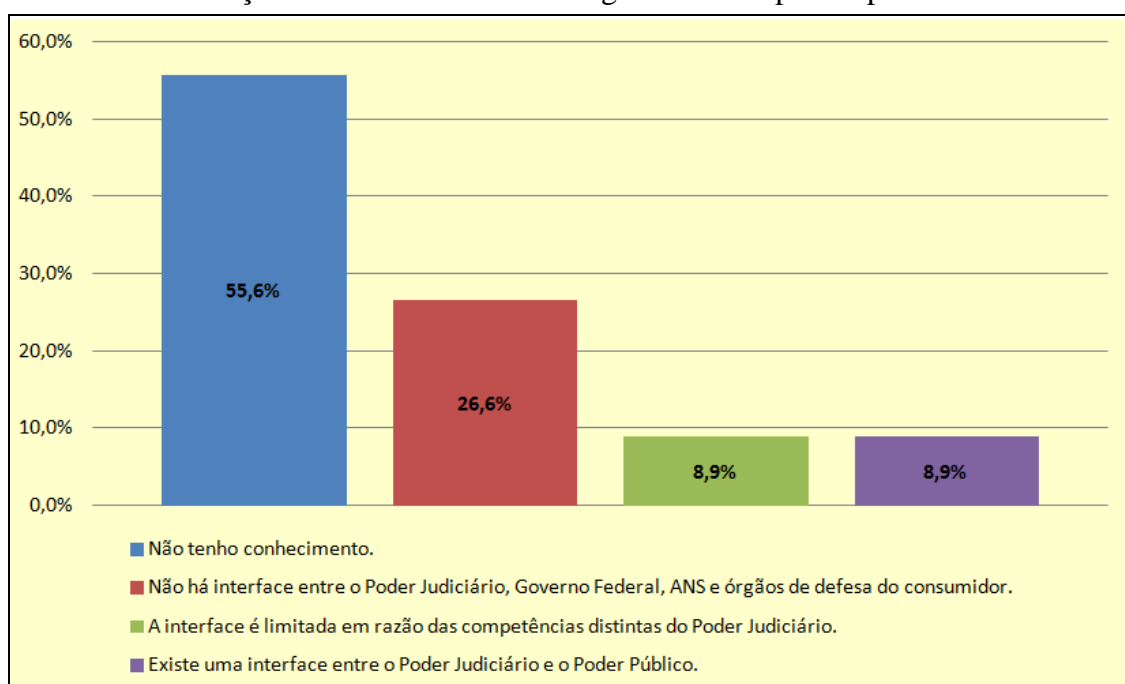
7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: QUARTA PARTE

7.1 A interface entre o Poder Judiciário, Governo Federal, ANS e órgãos de defesa dos consumidores na prevenção ou solução dos conflitos administrativos judicializados, em relação aos planos privados de assistência à saúde

7.1.1 A integração da ANS com outras instituições públicas perante o Poder Judiciário

A respeito da interface entre ANS, Poder Público, órgãos de defesa do consumidor e Poder Judiciário, 55,6% dos magistrados entrevistados informaram não ter conhecimento sobre este assunto, enquanto 26,6% afirmaram não haver interface entre os referidos entes. De outro lado, 8,9% ressaltaram que essa interface é limitada, enquanto outros 8,9% alegaram que existe realmente uma interface entre o Poder Judiciário e outros órgãos públicos (Gráfico 25).

Gráfico 25 – A interface entre ANS, outras instituições públicas e Poder Judiciário, em relação à máxima efetividade regulatória nos planos privados de saúde



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Fonte: A autora, 2015.

A atuação articulada entre a ANS, o Poder Público e órgãos de defesa do consumidor perante o Poder Judiciário representa um desafio à melhoria da defesa do interesse público.

A garantia de acesso à justiça como prerrogativa constitucional não desmerece esforços conjuntos para implementação de políticas que reduzam a judicialização na saúde suplementar.

As soluções administrativas são menos morosas e menos custosas do que a apreciação ordinária de casos no Poder Judiciário, mas exigem canais de atendimento e mediação de conflitos capazes de responder satisfatória e prontamente às reclamações entre as partes.

As informações dispostas nas carteiras de convênio de operadoras de planos privados de assistência à saúde não são reguladas por normativo próprio pela ANS, e a sua disposição incompleta aumenta a fragilização dos consumidores em situações de urgência e emergência. Não raro faltam informações relevantes, como o registro da operadora e do número do produto contratado, quando apenas se oferece um telefone 0800 de ligação gratuita, o qual normalmente não completa o sinal de chamada nos estabelecimentos dos prestadores de serviços próprios, credenciados ou referenciados. Os números de telefones disponíveis entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços na busca por autorizações prévias para procedimentos e exames médicos ou odontológicos prescritos – não são fornecidos aos consumidores, agravando o desespero destes em momentos de negativa de algum bem ou serviço da saúde suplementar, quando lhes restam apenas alguns telefones informados, na maioria das vezes inoperantes, ou reiteradas gravações telefônicas de fluxogramas de ramais que não respondem às demandas prontamente.

Em seguida, os atendentes dos prestadores de serviços verbalizam as negativas de atendimento aos consumidores que, desiludidos, desistem dos seus direitos contratados e passam a tentar a sorte de serem atendidos no Sistema Único de Saúde, o qual pode vir ou não prestar o atendimento que deveria ter sido proporcionado pela operadora de planos privados de saúde. Assim ilustra-se tal cenário, silenciado pela assimetria de informações e consolidado pelo Poder Público, o qual coloca em desvantagem não apenas o consumidor, mas também o próprio Sistema Único de Saúde, onerado para prestar serviços que deveriam ter sido dispensados pelas operadoras de planos privados de saúde.

Aos consumidores, resta assegurarem-se de posse dos contratos avençados com as operadoras, para a reivindicação de um direito contratado com atendentes dos prestadores de serviços, considerando as parcas informações dispostas nas carteiras de convênio de operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou no banco de dados dos sistemas eletrônicos destes prestadores. Muitos consumidores sequer têm a posse dos instrumentos

contratuais, quando não são os contratantes diretos, e precisam contar com a boa vontade de atendentes que se sensibilizam com o sofrimento alheio na busca por protocolos de negativa de atendimento com as operadoras, para fins de providências que ficam a cargo exclusivamente dos consumidores de planos privados de saúde.

Mostra-se clara a necessidade de uma política pública uniforme e eficaz no tratamento das informações contratuais, com a criação de um normativo específico para regulamentar a padronização das informações constantes nas carteiras de convênios dos planos, bem como a elaboração de prontuários eletrônicos dos produtos contratados por cada consumidor, os quais tenham interface com o Sistema Único de Saúde. Tais providências devem ser implementadas para fins de ressarcimento aos cofres públicos. O ressarcimento é um instrumento para coibir o enriquecimento ilícito das operadoras de planos de saúde, cujos contratantes buscam o SUS para atendimento. A cobrança se baseia no cruzamento de informações a partir do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) correspondente, gerando de imediato o repasse das verbas a serem alocadas nos estabelecimentos hospitalares públicos que prestaram atendimento aos usuários de planos privados de saúde.

Em 01/12/2015, reitera-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) firmaram acordo de cooperação técnica (ANEXO A), com vigência de 24 meses, destinado ao estreitamento do relacionamento institucional entre ambos, a fim de tornar mais rápidas e efetivas as ações de prevenção, apuração e repressão das práticas lesivas ao mercado de saúde suplementar. No acordo foram também instituídos o aperfeiçoamento e o intercâmbio do sistema informacional, a partir de subsídios, documentos, estudos e trabalhos técnicos relacionados a estes aspectos. Dois objetivos principais do acordo devem ser novamente destacados: a ampla cooperação técnica e científica no setor suplementar de saúde, por intermédio de ações articuladas entre estudos e pesquisas, e o desenvolvimento e fortalecimento dos instrumentos utilizados na apuração, na prevenção e na repressão de práticas lesivas ao mercado e aos consumidores na saúde suplementar, conforme Extrato de Acordo de Cooperação Técnica (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015b).

A celebração desse acordo de mútua cooperação técnica entre a ANS e o MPRJ tem objetivos adequados à missão institucional de ambos, pois compreende a execução de programas, estudos, pesquisas e outros eventos que priorizam a melhor prestação de serviços na saúde suplementar, especialmente quando se destacam as obrigações correspondentes delimitadas ao objeto da parceria pactuada.

Contudo, a publicação dos resultados, promissores ou não, de qualquer parceria deve ser difundida em canais transparentes que alcancem toda a sociedade civil, revelando, pois, a seriedade do cumprimento das metas estabelecidas na vigência dos respectivos acordos de cooperação técnica.

No que tange à interface mais ampla entre ANS, Poder Público, órgãos de defesa do consumidor e Poder Judiciário, com vistas à máxima efetividade regulatória na saúde suplementar –, 55,6% dos magistrados entrevistados informaram desconhecer acordos de cooperação técnica com esta finalidade ao passo que 26,6% revelaram ausência deste relacionamento interinstitucional voltado para melhoria das práticas regulatórias do mercado de saúde suplementar.

Todavia, 8,9% dos magistrados entrevistados informaram que, em razão das competências próprias do Poder Judiciário, existiria limitação deste órgão em concretizar interface com a ANS, o Poder Público e órgãos de defesa do consumidor, ao passo que, para igual percentual de entrevistados, existiria articulação interinstitucional entre o Poder Judiciário e o Poder Público.

De outro lado, alguns magistrados, quando questionados sobre a desjudicialização na saúde suplementar e outras pautas, relataram participação ativa e regular do mercado de saúde suplementar em seminários, palestras e eventos externos, tal como se verifica nas passagens transcritas a seguir:

[...] fazer conferência tipo workshop que muitas empresas fazem com os magistrados que lidam e também para os consumidores [...]. E25, Tema1, Pergunta 11.

[...] o CNJ tem se preocupado com a questão ética em virtude de muitas vezes estes tipos de eventos serem patrocinados por planos de saúde ou empresas que prestam serviços de planos de saúde, muito embora sejam importantes esses seminários para entendermos a realidade de hospitais dos planos de saúde, além da questão atuarial [...]. E37, Tema1, Pergunta 11.

[...] Na verdade já se tentou fazer reunião com os juízes, donos de planos de saúde e representantes da ANS. Está tendo discussões, inclusive, se determinadas reuniões como essas não influenciariam os juízes [...]. E16, Tema 3, Pergunta 1.

[...] Eu nunca recebi nenhuma correspondência da ANS, ou fui chamado para qualquer evento envolvendo a ANS. Muito pelo contrário, fomos chamados e eu já participei de muitos congressos patrocinados pelos planos de saúde [...]. E23, Tema 3, Pergunta 1.

[...] No Poder Judiciário, a gente acaba fazendo também alguns encontros com as operadoras de planos de saúde. Todavia, existe uma desconfiança de que o Poder Judiciário estaria quebrando esta imparcialidade, mas percebo que é muito difícil comprometer a imparcialidade do juiz, porque se precisa fundamentar a decisão [...]. E31, Tema 3, Pergunta 4.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) foi criado na estrutura do Poder Judiciário após a Emenda Constitucional nº 45, de 2004 (BRASIL, 2004a), destacando-se atividades de controle administrativo, financeiro e disciplinar da magistratura brasileira, tal como a seguir:

Art.103-B,§4º Compete ao Conselho o controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos juízes, cabendo-lhe, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura: [...] (BRASIL, 1988, p. 45).

Com o objetivo de zelar pelas melhores práticas e deveres funcionais do Poder Judiciário, o CNJ tem competências importantes que visam manter a imparcialidade dos julgamentos, permitindo que o interesse público prevaleça, além de outras atribuições que lhe forem conferidas pelo Estatuto da Magistratura.

Assim, cabe ao CNJ receber e conhecer as reclamações contra membros ou órgãos do Poder Judiciário, sem prejuízo da competência disciplinar e correccional dos tribunais de justiça, podendo avocar os processos disciplinares que estejam em curso e determinar remoção, disponibilidade, ou aposentadoria com subsídios ou proventos proporcionais ao tempo de serviço. Constitui também atribuição do CNJ aplicar outras sanções administrativas, sendo assegurada a ampla defesa, bem como representar ao Ministério Público no caso de crime contra a administração pública ou de abuso de autoridade, nos termos do art.103-B, §4º, incisos III e IV, respectivamente, da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004 (BRASIL, 2004a).

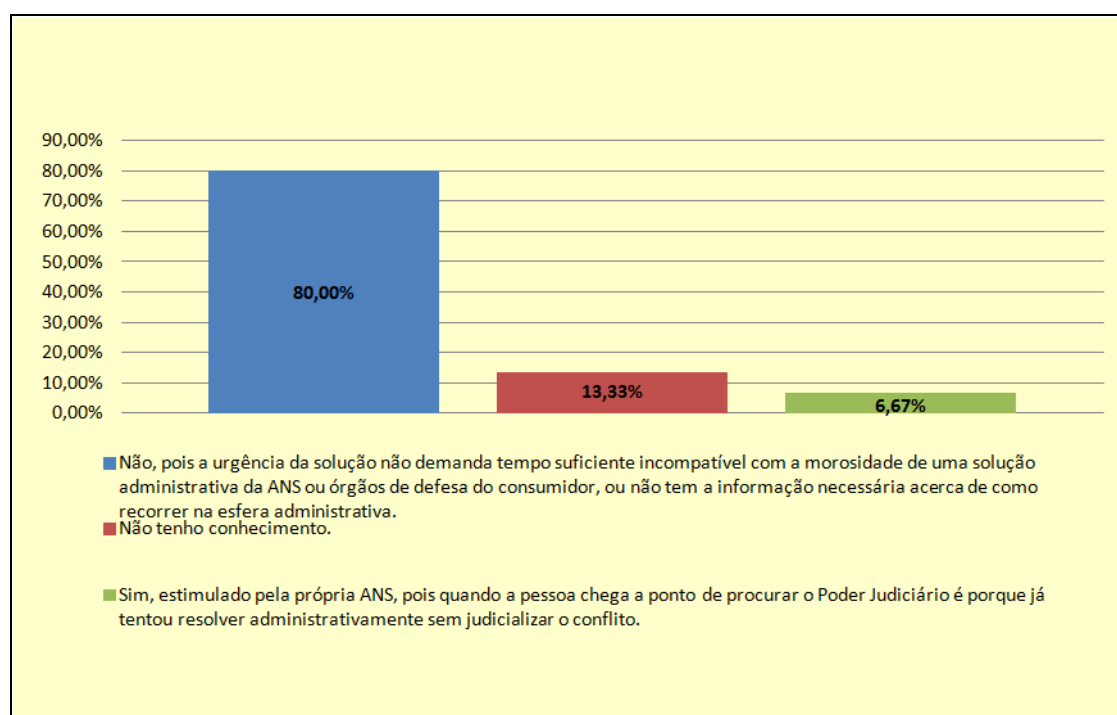
De outro lado, ante toda a competência relevante do CNJ, a atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde perante os tribunais brasileiros de justiça vem se tornando uma preocupação, quando ocupa um espaço inexplorado pelo Poder Público; este deveria figurar como protagonista na coordenação de parcerias, convênios, contratos, ou termos de cooperações técnicas que reduzam a judicialização na saúde suplementar.

Por sua vez, em razão da finalidade precípua constitucional da supremacia da defesa do interesse público nas relações de consumo presentes no mercado de saúde suplementar, não é recomendada a celebração de acordo de cooperação técnica entre o Poder Público e entidades privadas com ou sem fins lucrativos. No caso de controle externo realizado pelo Poder Judiciário, observa-se que, nas situações em que a operadora de plano privado de saúde escapa da fiscalização administrativa dos órgãos reguladores, poderá haver conflitos de interesses prejudiciais aos princípios da legalidade, impessoalidade e da moralidade administrativa.

7.1.2 O comportamento dos usuários de planos privados de assistência à saúde na busca de solução administrativa das demandas judicializadas na perspectiva da magistratura brasileira

Quanto à pergunta sobre a possibilidade de ações ingressadas no Poder Judiciário diretamente pelo representante legal do usuário sofrerem prévia busca deste agente, para o tratamento de suas pretensões, nos núcleos de fiscalização da ANS ou nos órgãos de defesa de consumidor –, 80% dos entrevistados ressaltaram que a urgência ou a emergência das soluções não demandam tempo suficiente, incompatível com a morosidade de uma solução administrativa esperada das operadoras de planos privados de assistência à saúde, da ANS ou dos órgãos de defesa do consumidor. Em outros casos, os usuários de planos privados de saúde não dispõem de informação necessária sobre a forma de recorrer na esfera administrativa. Em sequência 13,33% dos magistrados alegaram não ter conhecimento para responder a essa pergunta e 6,67% afirmaram haver estímulo pela própria ANS, pois quando alguém chega a ponto de procurar o Poder Judiciário é porque já tentou resolver administrativamente o conflito (Gráfico 26).

Gráfico 26 – As ações propostas diretamente pelo representante legal dos usuários no Poder Judiciário



Legenda: Agência Nacional de Saúde (ANS).

Fonte: A autora, 2015.

Para Araujo (2013), a partir de um estudo aleatório qualitativo das interpretações de quatro Juizados Especiais Federais do Rio de Janeiro (6º, 7º, 8º e 9º), nos períodos de 2008 a 2010 analisaram-se as demandas de Benefícios de Prestação Continuada (BPC) no sistema assistencial brasileiro, negadas administrativamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), contrapondo-se às concessões daquelas pela via judicial. Por conseguinte, como um dos resultados verificou-se maior ou menor rigor aplicado pelos magistrados aos elementos processuais. Além disso, observou-se crescente judicialização da política, das relações sociais e dos direitos sociais, bem como a apresentação do Direito como disciplina e prática social menos normativa. No estudo de Araujo (2013), no que tange à pretensão do requerente para o ingresso com ação judicial, mostrou-se a prevalência do entendimento de que é indispensável o prévio requerimento administrativo para a judicialização da demanda, em consonância com o posicionamento da 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial 1.310.042-PR (BRASIL, 2012d), de relatoria do Ministro Herman Benjamin, julgado em 15/5/2012.

Araujo (2013) traz à baila o fato de que, de acordo com o relator do referido julgado da 2ª Turma do STJ, equiparou-se metaforicamente o Poder Judiciário a uma agência do INSS, quando se prescindiu da exigência de prévio requerimento administrativo. Nessa ocasião, destacou-se que tal exigência não significaria obrigatoriedade de exaurimento de todas as instâncias administrativas para resolução da pretensão de buscar os Benefícios de Prestação Continuada (BPC); entretanto, para configurar a existência de interesse processual em ingressar com ação judicial nesse propósito, deveria haver prévia resistência administrativa à demanda do requerente.

Duas razões foram apontadas pelos magistrados como determinantes para que os demandantes dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) deixem de recorrer previamente à via administrativa do INSS: maior rapidez e melhor atendimento a partir de um perfil mais concessivo do Poder Judiciário (ARAUJO, 2013).

Para a pesquisa na seara da saúde suplementar, não há que se falar em resistência administrativa conferida pelas operadoras de planos privados de saúde ou pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando a questão do conflito é de natureza urgente ou emergente como condição para ajuizamento de ação no Poder Judiciário. Todavia, a fim de aperfeiçoar o papel do Poder Judiciário para outros assuntos não relacionados aos casos reais de urgência e emergência, a prévia atuação mais eficiente no âmbito administrativo seria mais adequada.

Não obstante, não pode a busca de tratamento administrativo configurar uma imposição prévia à propositura de ação judicial para quaisquer conflitos, especialmente ao contemplar a saúde como objeto de reivindicações em oposição às garantias normativas expressas, quando a Constituição Federal em seu art. 5º, inciso XXXV (BRASIL, 1988) destaca a impossibilidade de afastar a apreciação do Poder Judiciário em caso de lesão ou ameaça aos direitos.

Todavia, convém melhorar o atendimento prestado pelas operadoras de planos privados de saúde aos seus usuários, promovendo a proteção do consumidor. Ademais, os núcleos de fiscalização da ANS podem também aprimorar a regulação estatal, em atenção aos ditames constitucionais da lei de criação da ANS e das disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Na pesquisa de Araujo (2013), apresenta-se que os quatro magistrados entrevistados extinguem o processo sem resolução do mérito, quando a parte interessada ingressa com a ação diretamente no Poder Judiciário, a fim de obter os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) sem a resistência administrativa prévia do INSS.

A respeito dos resultados importantes da pesquisa de Araujo (2013), um dos magistrados entrevistados esclareceu que o conflito de interesses somente existirá se o demandante, por via administrativa, tiver sua petição indeferida ou se a autarquia se recusar a apreciá-la. O magistrado salienta que o exaurimento de todas as instâncias administrativas não seria necessário, considerando que a decisão administrativa desfavorável em primeira instância já lesionaria o direito dos demandantes. Para o entrevistado, a resistência administrativa como exigência para ingresso de ações no Poder Judiciário, com vistas aos Benefícios de Prestação Continuada (BPC), não violaria o art. 5º, inciso XXXV da Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) que dispõe sobre o princípio da inafastabilidade da jurisdição, segundo o qual nenhuma lesão ou ameaça de lesão ao direito poderá deixar de ser analisada pelo Poder Judiciário, pois, se o autor não realizou petição administrativa perante o INSS, não é possível falar em lesão de direito. Outra justificativa apontada por esse mesmo magistrado é o fato de que o princípio constitucional da inafastabilidade da jurisdição não seria afetado nas situações de indeferimento da petição administrativa para requerer benefícios previdenciários (ARAUJO, 2013).

Na pesquisa de Araujo (2013), um segundo magistrado argumentou maior conveniência de prévio requerimento administrativo para o demandante, a Administração Pública e o Poder Judiciário, a fim de gerar resolutividade e otimização dos resultados com a aplicação de atribuição administrativa primária da lei.

Quanto a esse entendimento, a aplicação dessa lei em caráter primário seria uma atribuição primordial da Administração Pública, pois ordinariamente não cabe ao Poder Judiciário aplicá-la em substituição ao Poder Executivo. Considerando, porém, a funcionalidade transversal decisória do Poder Judiciário como intérprete das leis e sua correta aplicabilidade, a literatura é controversa quanto à interferência ativa do Poder Judiciário nos demais poderes.

Desse modo, Abraham (2015, p. 90) observa que “[...] a voz do Poder Judiciário não é de natureza subjetiva e nem manifesta a vontade do magistrado, mas apenas ressoa em brado imperativo o que a Carta Constitucional contempla em seu texto”.

Um terceiro magistrado, na pesquisa de Araujo (2013), sustentou que, sem o prévio e efetivo requerimento administrativo, não há que se falar em lesão ou ameaça de direito subjetivo, o que impõe a extinção do processo sem resolução do mérito, por falta de interesse. O entrevistado chamou atenção para o fato de que não se pode transformar o Poder Judiciário em extensão de órgãos administrativos previdenciários.

Por fim, o quarto magistrado entrevistado na pesquisa de Araujo (2013) corrobora o entendimento do seu antecessor, destacando que o exaurimento da via administrativa não é exigível para o ingresso no Poder Judiciário.

Por sua vez, é discutível a capacidade limitada das instâncias administrativas no tratamento das questões conflituosas antes de recurso aos tribunais, embora se acredite por certo que muitos usuários de planos privados de saúde tentam solucionar suas negativas de cobertura por meio administrativo nas próprias operadoras, na ANS e nos órgãos de defesa dos consumidores (SCHEFFER, 2013).

Muito embora se reconheça o empenho da ANS na elaboração da Resolução Normativa nº 259 de 17/06/2011 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011a), que institui prazos máximos para garantia de atendimento integral nas coberturas contratadas na saúde suplementar, e ainda que no normativo esta autarquia federal, em seu art. 3º, inciso XIV, determine que nas situações de urgência e emergência o prazo de atendimento seja imediato, não se sustenta uma intermediação administrativa em caráter imperativo, definitivo e interventivo de resolutividade ágil, capaz de obrigar as operadoras de planos privados de saúde resistentes a prestarem serviço aos usuários que precisam de atendimento desta natureza.

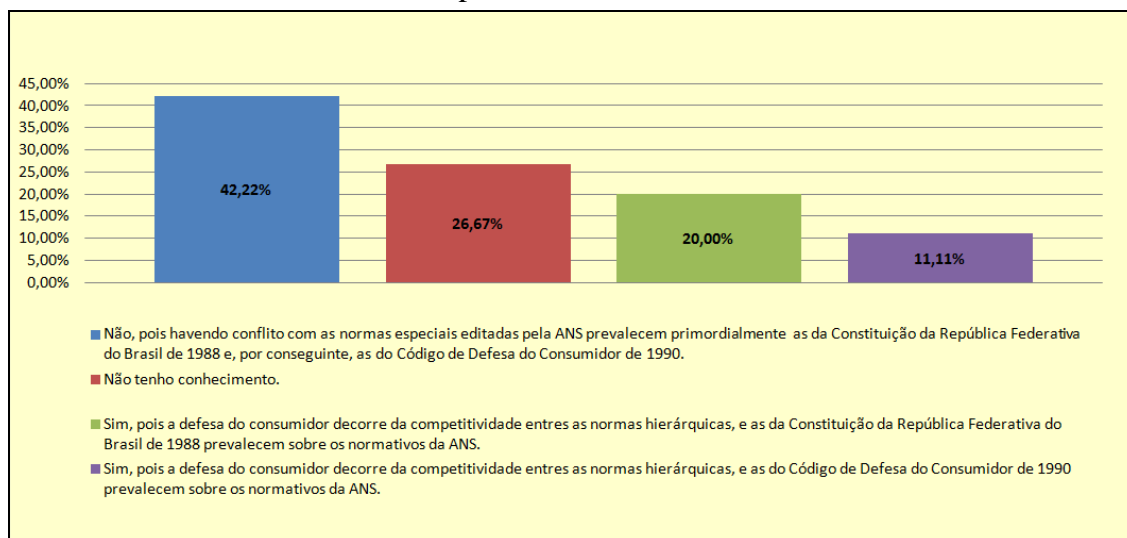
Quanto aos conflitos na saúde suplementar, principais objetos discutidos nesta tese, as provas da resistência administrativa, como a negativa da autorização prévia de procedimento ou serviço contratado em face das operadoras, nos plantões judiciários foram

predominantemente subentendidas nas situações de urgência e emergência, em função da gravidade das demandas concretas. Apresenta-se tacitamente ao crivo do Poder Judiciário a não necessidade majoritária da prova da negativa de atendimento, pela ênfase no contexto da boa-fé objetiva do consumidor vulnerável, à luz do Código de Defesa do Consumidor, bastando os laudos médicos da urgência e emergência do estado de saúde debilitado e a documentação mínima da relação contratual obrigacional entre as partes. Dos 45 magistrados entrevistados, na segunda pergunta do tema 2 (APÊNDICE E), referente à forma pela qual os usuários deveriam proceder para recorrer aos plantões judiciários no enfrentamento de alguma negativa de cobertura no plano privado de saúde, 10 magistrados abordaram expressamente o fato de que as provas das negativas de atendimento pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde são necessárias, mesmo nas situações caracterizadas como de urgência e emergência.

7.1.3 A relação hierárquica entre as normas gerais do Código de Defesa do Consumidor e as normas especiais da ANS nas demandas judicializadas

No que tange aos conflitos entre as normas do Código de Defesa do Consumidor e os normativos editados pela ANS, 42,22% dos magistrados se manifestaram negativamente, pois havendo conflito com as normas especiais editadas pela ANS, prevalecem primordialmente as normas da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, por conseguinte, as do Código de Defesa do Consumidor de 1990. De outro lado, 26,67% alegaram não dispor de conhecimento para responder a essa pergunta. Em sequência, 20% dos magistrados responderam positivamente, pois a defesa do consumidor decorre da competitividade entre as normas hierárquicas, e a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 prevalece sobre os normativos da ANS; enquanto 11,11%, apesar de responderem positivamente à questão, justificaram que a defesa do consumidor decorre da competitividade entre as normas hierárquicas, e as do Código de Defesa do Consumidor de 1990 prevalecem sobre os normativos da ANS (Gráfico 27).

Gráfico 27 – Os conflitos entre as normas do Código de Defesa do Consumidor e os normativos editados pela ANS



Legenda: Agência Nacional de Saúde (ANS).

Fonte: A autora, 2015.

A contratação de planos privados de saúde individuais ou coletivos constitui relação de consumo prevista no Código de Defesa do Consumidor (CDC).

A Lei nº 8.078 de 1990 (BRASIL, 1990a) é a norma geral que compreende a política nacional das relações de consumo pelo CDC, enquanto a Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) é a norma especial que regulamenta os planos e seguros privados de saúde.

Portanto, a ANS tem o dever de atuar em observação à aplicação subsidiária do CDC nas situações em que seja necessário suprir ou complementar a Lei nº 9.656 de 1998, tal como está previsto no art. 35-G (BRASIL, 1998), incluído pela Medida Provisória nº 2.177- 44 de 2001 (BRASIL, 2001c).

Entretanto, a doutrina minoritária adverte que há superioridade hierárquica das normas do Código de Defesa do Consumidor, à luz das lições de Claudia Lima Marques (2002), nas quais se ressalta que o art. 35-G da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) não está dogmaticamente correto ao determinar que o CDC (art. 48, ADCT/CF88) tenha somente aplicação subsidiária a normas de hierarquia infraconstitucional, tal como prevê a Lei nº 9.656 de 1998 (GREGORI, 2011).

A regulamentação especial trata de maneira específica as relações consumeristas travadas com as operadoras de planos privados de assistência à saúde, tornando mais eficaz o equilíbrio do mercado regulado, ao passo que o Código de Defesa do Consumidor visa

promover de maneira mais ampla a proteção legal em caso de lesões de direitos dos consumidores.

De acordo com Marques (2002 apud GREGORI, 2011), a aplicação subsidiária do CDC à Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) dificulta a interpretação desta lei e prejudica os interesses dos consumidores, considerando que ambos os normativos deveriam ter aplicação cumulativa e complementar. A Lei nº 9.656 de 1998 traz mais detalhes sobre os contratos de planos privados de assistência à saúde, enquanto o CDC é a norma principiológica e anterior à Lei especial, inexistindo, portanto, uma ordem de aplicação legal, pois tais leis não são antinômicas e seguem princípios similares.

Não obstante, os planos privados de saúde antigos e não adaptados às regras da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) estão regidos particularmente pela legislação do Código de Defesa do Consumidor (SAMPAIO, 2010).

Para Marques (2002 apud GREGORI, 2011), a doutrina majoritária estabelece que a Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) tem prevalência como lei especial e mais nova, devendo as normas do CDC serem utilizadas como lei geral principiológica a nortear a interpretação da lei especial, no que tange à defesa dos interesses dos consumidores, e em especial à interpretação de todas as cláusulas contratuais de maneira mais favorável a estes, conforme dispõe o art. 47 do CDC (BRASIL, 1990a).

Assim vem se posicionando também a interpretação sistemática da literatura relativa à área de saúde coletiva, o que não necessariamente reflete o posicionamento de 42,22% dos magistrados participantes desta pesquisa. Os entrevistados conferem à Constituição da República Federativa do Brasil e ao CDC vigente a supremacia de normas gerais em relação aos arcabouços normativos infraconstitucionais e especiais editados pela ANS, independentemente de se tratar de plano privado de saúde novo ou antigo, sendo tal supremacia determinante para a inexistência de conflitos entre estes tipos de normas (Gráfico 27).

Para 26,67% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, não foi identificado conhecimento revelado em relação aos conflitos entre as normas do Código de Defesa do Consumidor e os normativos editados pela ANS (Gráfico 27).

Para 20% dos magistrados nesta pesquisa, ainda que estes concordem com a justificativa de 42,22% dos entrevistados sobre a supremacia da Constituição da República Federativa do Brasil em detrimento dos normativos editados pela ANS –, existem conflitos entre normativos gerais e especiais, pois é natural a competitividade entre as normas, por

existir hierarquia no que se refere à norma que deve ser observada pelos aplicadores de direito.

Segundo 11,11% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, existem conflitos entre normativos gerais e especiais, o que coloca o CDC em posição de superioridade em relação aos normativos especiais editados pela ANS (Gráfico 27).

Da análise de dados extraídos desta pesquisa, percebeu-se que quase todos os magistrados entrevistados concedem às normas gerais superioridade em relação aos normativos infraconstitucionais (Lei nº 9.656, de 1998), bem como àqueles normativos especiais editados pela ANS (Gráfico 27), o que contraria as regras da doutrina jurídica comumente aceita, as quais determinam a supremacia de normas especiais sobre as gerais, ao equiparar o direito contratado na saúde suplementar ao direito fundamental mais amplo, assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988).

De acordo com Fellet (2014, p. 41), “[...] para que se configure um conflito normativo, as normas materialmente incompatíveis devem ser válidas. Caso contrário, estar-se-á diante de um conflito *aparente* de normas” (Grifo do autor).

Os conflitos entre normas podem ocorrer quando estas, ainda que válidas, são incompatíveis com comandos legais distintos, o que é o caso da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) e do CDC (BRASIL, 1990a), os quais, sendo normativos válidos, podem produzir efeitos distintos sem se harmonizarem subsidiariamente quando aplicados a casos concretos similares – a Lei leva em consideração a especialidade da norma e suas regras específicas voltadas para o equilíbrio do mercado de planos privados de saúde, e o Código contempla uma compreensão mais ampla e protetiva do consumidor.

A partir das lições de Bobbio (2014), tais conflitos que emanam entre duas normas são denominados antinomias, o que significa o encontro entre duas proposições incompatíveis, as quais não podem ser simultaneamente aplicadas, havendo a necessidade de eliminação de uma das duas.

De outro lado, é imperioso destacar que nem todos os magistrados entrevistados alegaram existir conflitos normativos entre o CDC (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), muito embora todos concordem com a justificativa de superioridade das normas gerais sobre as especiais.

Não obstante, Bobbio (2014) apresenta três aspectos para a solução das antinomias: o critério cronológico, o critério hierárquico e o critério da especialidade. O critério cronológico é aquele em que, diante de duas normas incompatíveis, prevalece a norma posterior a partir da regra geral segundo a qual, no direito, o último ato tem mais valor que o anteriormente

realizado pela mesma pessoa. O critério hierárquico é aquele em que, quando se trata de duas normas incompatíveis, prevalece a hierarquicamente superior, em razão do menor poder normativo da norma inferior. Por fim, o critério da especialidade ou da excepcionalidade da norma funda-se no princípio de que a lei especial deve prevalecer sobre a geral, pois em permanecendo a regra geral, esta resultaria em tratamento igual de pessoas pertencentes a distintas categorias, o que geraria uma situação de injustiça (BOBBIO, 2014).

De acordo com Bobbio (2014), a exigência fundamental de justiça é trazida pela prevalência da lei especial sobre a geral, por meio de um processo natural de diferenciação das categorias; da descoberta desta diferenciação pelo legislador; e de um processo gradual de especialização de leis, o qual consiste em conceder a cada um exatamente o que lhe pertence.

Nesse contexto, um exemplo claro de sobreposição da aplicação da lei especial é o caso da comercialização segmentada de plano exclusivamente ambulatorial que tem a oferta facultada pelo mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde, conforme art. 12, inciso I da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998). As operadoras que não cobrem as internações hospitalares por previsão expressa em instrumentos contratuais não deveriam jamais ser alvo de judicialização, quando esta é prolongada por meio de interpretações extensivas dos magistrados. Tais interpretações eventualmente podem exigir uma internação hospitalar que não foi pactuada em contrato, por analogia às regras gerais do CDC que remetem a inversão do ônus da prova ao segmento empresarial.

No caso da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), do CDC (BRASIL, 1990a) e da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), os magistrados citaram majoritariamente o critério hierárquico normativo em preponderância aos normativos especiais editados pela ANS. Contudo, nenhum dos entrevistados mencionou o critério da especialidade da norma que aborda um escopo de atuação específico da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) sobre a regulação dos planos e seguros privados de saúde, nem aludiu ao critério cronológico para solução de eventuais antinomias.

Em tese, no ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1998) deve preponderar em caso de antinomias, e o CDC (BRASIL, 1990a), desdobrando-se desta norma matriz, passaria a ter maior poder normativo do que a Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) e os normativos especiais editados pela ANS, o que corrobora as justificativas utilizadas pelos magistrados da presente pesquisa (Gráfico 27).

Ocorre que, pelos critérios temporais e da especialidade da norma, a Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), na qualidade de norma especial, seria superior ao CDC (BRASIL,

1990a), o qual deveria ser usado apenas subsidiariamente em caso de lacuna normativa, nos termos do art. 35-G (BRASIL, 1998), incluído pela Medida Provisória nº 2.177- 44 de 2001 (BRASIL, 2001c).

Para Bobbio (2014, p. 97), “[...] a lei especial deve prevalecer sobre a geral: ela representa um momento ineliminável do desenvolvimento de um ordenamento. Bloquear a lei especial frente à geral significaria paralisar esse desenvolvimento”.

No bojo das leis especiais, quando estas colidem com as gerais, há que se ter juízo ponderado de cada caso concreto, pois, considerando as inúmeras situações em que os consumidores se encontram em desvantagem exagerada diante das abusividades cometidas pelo mercado de planos e seguros privados de saúde, deve haver cautela no uso dos critérios enumerados anteriormente. Nesse sentido, Bobbio (2014) preconiza que existem antinomias nas quais não se pode aplicar nenhuma das regras pensadas, bem como há casos em que se podem aplicar simultaneamente duas ou mais regras conflitantes entre si, seja por falta de critério específico, seja por conflitos existentes entre os próprios critérios estabelecidos.

Todavia, de modo geral a especialidade da norma e sua relação com a norma geral devem integrar um sistema harmonioso de aplicação legal, complementando-se ambas no ordenamento jurídico brasileiro, eis que não se deve generalizar direitos específicos de uma categoria não previstos para as demais, ao mesmo tempo em que não se deve subtraí-los de quem não tem o dever legal de prestá-los. Isso porque a relação entre as normas incompatíveis leva em consideração o ponto de vista dos juristas e aplicadores de direito, os quais não necessariamente seguirão os critérios mais acima explicitados. Dessa forma, o critério da especialidade da norma não elimina totalmente a norma geral, tendo em vista que:

A situação antinômica, criada pelo relacionamento entre uma lei geral e uma lei especial, é aquela que corresponde ao tipo de antinomia *total-parcial*. Isso significa que quando se aplica o critério da *lex specialis* não acontece a eliminação total de uma das duas normas incompatíveis, mas somente daquela parte da lei geral que é incompatível com a lei especial. Por efeito da lei especial, a lei geral cai *parcialmente*. Quando se aplica o critério cronológico ou o hierárquico, tem-se geralmente a eliminação total de uma das duas normas. Diferentemente dos relacionamentos cronológico e hierárquico, que não suscitam necessariamente situações antinômicas, o relacionamento de especialidade é necessariamente antinômico. O que significa que os dois primeiros critérios aplicam-se *quando* surge uma antinomia; o terceiro se aplica porque vem a existir uma antinomia (BOBBIO, 2014, p.97-98, grifos do autor).

Logo, para correta aplicação da norma ao caso concreto, observar-se-ão os conflitos existentes entre as normas jurídicas, estabelecendo-se os critérios para solucioná-los sempre que necessário, a fim de afastar as aparentes contradições que prejudicam as exigências

fundamentadas pleiteadas pela sociedade consumidora de planos e seguros privados de assistência à saúde.

No entanto, para Lemos (2009), não existem critérios lógicos para resolver as antinomias que têm procedência clássica romana, não sendo imprescindível a resolução de conflitos normativos, uma vez que o sistema jurídico não será considerado contraditório ou inválido se existirem duas ou mais normas conflituosas de forma permanente, muito embora os legisladores, por razões diversas, optem por incorporar neste sistema as normas gerais, a fim de solucionar os conflitos normativos.

De acordo com Kelsen (2009), existe uma unidade do sistema ordenado e jurídico de normas no Direito, a partir de uma escala normativa supra e infraordenada e inter-relacionada, na qual uma norma, para pertencer a certa ordem jurídica, tem que se harmonizar com a norma superior que determina a sua produção.

A existência de norma jurídica contrária à norma que a precedeu e a originou não poderia ser considerada válida, incidindo a nulidade para normas jurídicas não válidas ou juridicamente inexistentes. Contudo, caso a ordem jurídica venha a conferir força de caso julgado a uma decisão judicial de última instância, revela-se não apenas a vigência da norma geral que predetermina o conteúdo da decisão judicial, mas também uma norma geral pela qual o próprio tribunal determina o conteúdo da norma individual que há de produzir (KELSEN, 2009).

A partir das lições de Kelsen (2009), depreende-se que a produção de conteúdo normativo nas decisões judiciais estabelece as condições para o ativismo judicial em prol da legitimidade e efetividade das normas.

De outro lado, Kelsen (2009) destaca que a validade de normas jurídicas individuais é apenas provisória, uma vez que por meio de determinado processo estas podem ser anuladas, ao contrário de uma norma individual produzida pelo tribunal de última instância em vias de transitar em julgado, a qual passa a ter validade definitiva.

A validade das normas no âmbito temporal, seja provisória, seja definitiva, se baseia no ordenamento jurídico a partir de uma norma geral preexistente, anterior à sua produção, a qual, ao determinar o conteúdo das normas jurídicas individuais, apresenta sentido de alternativa referida (KELSEN, 2009).

Nesse curso, os magistrados não podem afastar-se do ordenamento jurídico, e suas decisões judiciais, enquanto forem válidas, não podem ser contrárias ao Direito, por não corresponderem à norma geral que deve ser aplicada (KELSEN, 2009).

De acordo com Norberto Bobbio (2014), em sua obra *Teoria do Ordenamento Jurídico*, as antinomias, para existirem, precisam de duas condições: as duas normas em conflito devem pertencer ao mesmo ordenamento jurídico, e devem também ter o mesmo âmbito de validade, seja temporal, espacial, pessoal ou material.

Nesse rumo de ideias, as decisões dos magistrados devem pautar-se pela legalidade de uma norma superior e geral preexistente, capaz de legitimar os atos que consolidam as normas jurídicas individuais produzidas, quer de natureza provisória, quer de natureza definitiva, a fim de não interferir na separação de Poderes e, ao mesmo tempo, assegurar a força normativa da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988).

Dessa maneira, Kelsen (2009, p. 298) ressalta que “não se pode, portanto, falar de um conflito entre a norma individual criada por decisão judicial e a norma geral a aplicar pelo tribunal, criada por via legislativa ou consuetudinária”.

Para Kelsen (2009, p. 299), “[...] quando uma decisão de última instância transite em julgado [...], não pode impedir-se que entre em vigor uma norma jurídica individual cujo conteúdo não é predeterminado por qualquer norma jurídica geral”.

Segundo Kelsen (2009), ainda que a lei preceitue que uma decisão judicial somente pode ser contestada quando não está em conformidade ao Direito, para uma das partes processuais esta decisão pode ser contestada como legal. No entanto, essa é uma decisão a ser tomada pelo tribunal de recurso, o qual também poderá anular uma decisão em conformidade ao Direito, por meio de outra decisão com força de caso julgado.

Dentro dessa lógica, Kelsen (2009, p. 299) afirma que “[...] a possibilidade de predeterminar as normas individuais que hão de ser produzidas pelos tribunais através de normas gerais criadas por via legislativa ou consuetudinária é [...] limitada”.

Por sua vez, essa limitação não se justifica pelo argumento de que não existiriam normas jurídicas gerais, mas apenas normas jurídicas individuais, a partir da premissa de que antes das decisões judiciais não haveria direito algum, tendo em vista a ideia de que todo direito é direito dos tribunais (KELSEN, 2009).

À luz das ideias de Kelsen (2009), pode-se depreender que a produção de normas jurídicas individuais apresenta um sentido de alternativa referida em normas gerais e preexistentes; contudo, há maior liberdade decisória quanto ao seu conteúdo, no que tange às competências próprias dos tribunais de justiça, que poderão ou não se limitar às suas disposições na busca pelo direito que assiste a outrem.

Todavia, cabe destacar que a ideia central de Kelsen (2009) diverge de grande parte doutrinária, bem como dos preceitos romanos, pois considera que o conflito entre normas não

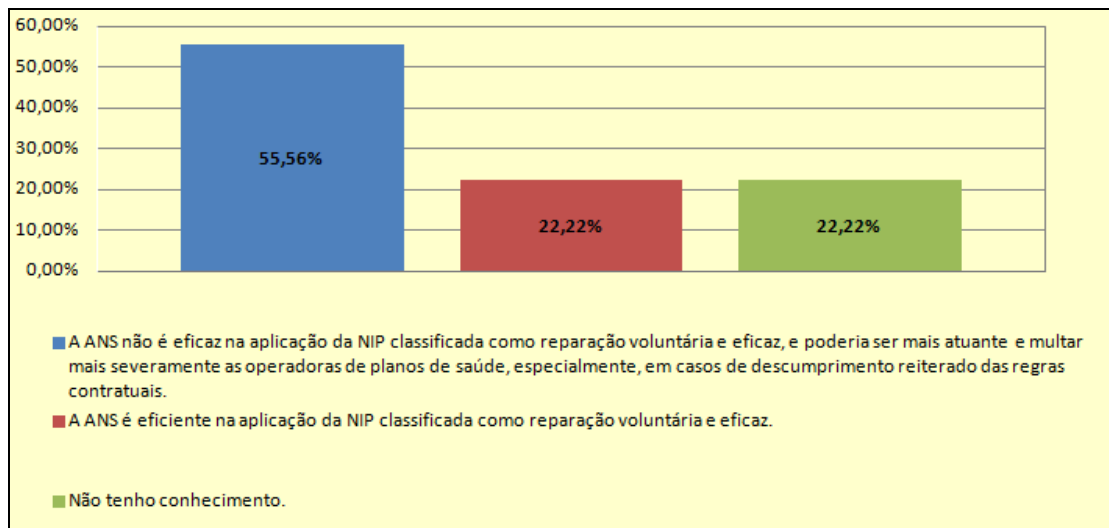
é nenhuma contradição lógica, sendo frequente encontrá-la no sistema de direito positivo, apesar de ser, na prática, indesejada (LEMOS, 2009).

Como efeito, no segmento de planos privados de saúde, em que pese a especialização das normas da saúde suplementar, a maioria dos magistrados entrevistados percebeu as normas gerais e preexistentes como preponderantes, ainda que não se tenha lacuna nas normas especiais, levando-se em conta a hierarquia normativa e sua unidade com as demais normas no ordenamento jurídico brasileiro.

7.1.4 A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) adotada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) classificada como Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) no âmbito da atuação das operadoras de planos privados de assistência à saúde na visão dos magistrados

Sobre o conhecimento da magistratura a respeito do procedimento administrativo denominado Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), quando classificada como Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), 55,56% dos magistrados afirmaram que a ANS é uma autarquia federal criada para resolver os conflitos entre usuários e operadoras de planos privados de saúde, porém acreditam que a aplicação deste instrumento não está sendo eficaz. Ao mesmo tempo, 22,22% entenderam que a ANS é uma autarquia federal criada para resolver conflitos entre usuários e operadoras de planos privados de saúde, sendo eficaz na aplicação da Notificação de Intermediação Preliminar quando classificada como Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz. De outro lado, 22,22% dos entrevistados alegaram não ter conhecimento suficiente para respaldar suas respostas (Gráfico 28).

Gráfico 28 – A percepção sobre o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) classificada como Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), e sua relação com a eficácia na aplicação de penalidades no âmbito administrativo da ANS para reduzir a reincidência de comportamento inidôneo das operadoras de planos privados de saúde



Legenda: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Fonte: A autora, 2015.

De acordo com o art. 2º da Resolução Normativa nº 343 de 17/12/2013, da ANS, o qual dispõe em especial sobre a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) em vigor até 14/02/2016, este procedimento consiste em mediar soluções que sejam consensuais entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2013).

Entretanto, a Resolução Normativa nº 343 de 17/12/2013 foi substituída pela Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, vigente a partir de 15/02/2016, a qual trata dos procedimentos adotados pela ANS para fins de estruturação e realização de ações fiscalizatórias (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Tanto a NIP quanto o procedimento administrativo preparatório à sanção compreendem a fase pré-processual, que pode ser instaurada de ofício ou mediante provocação, quando a ANS é cientificada do suposto ato infracional cometido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, em descumprimento aos dispositivos legais ou infralegais que disciplinam o mercado de saúde suplementar, de acordo com art. 4º, incisos I e II, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

As Notificações de Intermediações Preliminares são classificadas como: assistenciais, quando há alguma restrição de acesso à cobertura assistencial; e não assistenciais, quando se

referem a outros temas não assistenciais passíveis de intermediação, que afetam diretamente o usuário de plano privado de saúde nos termos do art. 5º, incisos I e II, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

As reclamações dos consumidores de planos privados de saúde chegam pelos canais de atendimento da ANS, e são registradas no procedimento da NIP a partir da apresentação do número de protocolo gerado pela operadora em seus postos de atendimento. Caso a operadora se recuse a fornecer o protocolo de atendimento, haverá o registro da reclamação, conforme art. 6º, parágrafos segundo e terceiro, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 da ANS (2015d).

A NIP é processada exclusivamente no endereço eletrônico da ANS² – no que tange à comunicação entre Agência e as operadoras de planos privados de saúde –, onde estas últimas poderão ter acesso às notificações recebidas e praticar atos que lhes sejam pertinentes, conforme art. 7º, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Independentemente do cadastro eletrônico anteriormente citado, os demandantes relacionados na NIP como parte interessada, seja o usuário de plano privado de saúde, seja seu interlocutor, terão acesso à situação da reclamação pelos demais canais de atendimento da ANS, a fim de obter vistas ou cópia dos documentos produzidos e anexados à NIP nos núcleos de fiscalização da ANS, sob a égide do art. 8º, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

A NIP apresenta as fases de notificação preliminar e de análise fiscalizatória. Uma vez recebida a demanda de reclamação pela ANS, a operadora será notificada para promover medidas necessárias destinadas a solucionar a queixa do usuário de plano privado de saúde em até cinco dias úteis na NIP assistencial, e em até 10 dias úteis na NIP não assistencial, nos termos do art. 10, incisos I e II, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

A operadora de planos privados de saúde será considerada notificada na data disponibilizada no espaço próprio do endereço eletrônico da ANS na internet³, iniciando-se o cômputo do prazo para solução da demanda da NIP em relação ao consumidor a partir do primeiro dia útil seguinte à data da notificação, conforme art. 10, parágrafos 1º e 2º, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

² www.ans.gov.com.br.

³ <www.ans.gov.com.br>.

A resposta da operadora de plano privado de saúde deverá demonstrar a solução da demanda ou a não procedência desta, sendo acompanhada de todos os documentos necessários, anexados em até dez dias úteis da notificação para a análise da demanda, incluindo a comprovação de contato com o usuário de plano privado de saúde ou seu interlocutor, conforme art. 11 e parágrafos seguintes da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

A demanda de reclamação do usuário de plano privado de saúde será considerada resolvida, caso o demandante informe que o conflito foi solucionado pela operadora no prazo de dez dias após o término do prazo para manifestação da operadora, ou caso o demandante não efetue a reclamação dentro do prazo estipulado pela ANS, de acordo com art. 12, incisos I e II, respectivamente e parágrafo terceiro, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

No âmbito da instauração da NIP, ainda que o usuário de plano privado de saúde não retorne o contato com a ANS a fim de comunicar que sua reclamação não foi solucionada, esta última poderá ser reativada a qualquer tempo com prosseguimento para análise fiscalizatória, de acordo com art. 12, parágrafo 1º, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Por sua vez, a partir da análise fiscalizatória das reclamações registradas na ANS pelos usuários de planos privados de saúde, por intermédio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), registram-se várias situações: ausência de solução das demandas por parte da operadora; registro de demandas não respondidas pela operadora tempestivamente em até 10 dias da notificação em comento; relatos de realização do procedimento no SUS; relatos de determinação judicial para resolução do conflito; demandas institucionais externas dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, do Ministério Público e do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor; demandas com características de infração de natureza potencialmente coletiva; e outras demandas instauradas de ofício pela ANS, conforme art. 13, incisos I a VII, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Após análise fiscalizatória proveniente das reclamações registradas na ANS pelos usuários de planos privados de saúde, por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), as demandas poderão se classificar em: (I) não procedente, quando não forem constatadas irregularidades da operadora; (II) resolvida por intermédio da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE); (III) não resolvida; (IV) usuário não pertencente à operadora; (V) demanda em duplicidade ou insuficiência de dados mínimos para identificação do

beneficiário, da operadora e da infração relatada, de acordo com art. 14, incisos I a VI, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

À luz do art. 16 da Resolução Normativa nº 388, de 25/11/2015, da ANS, as demandas de reclamação na saúde suplementar, classificadas como não resolvidas após a análise fiscalizatória, são encaminhadas para a lavratura de auto de infração, com abertura subsequente de processo administrativo sancionador (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Quando a reclamação do usuário de plano privado de saúde contiver indícios suficientes de violação da lei ou de existência de ato infralegal, ou quando não se classificar no procedimento da NIP, será configurada denúncia que vai resultar em notificação da operadora pelo órgão competente da ANS, o qual estabelecerá um prazo de 10 dias para a operadora apresentar resposta. Com ou sem resposta da operadora após término do prazo de dez dias da sua notificação em relação à denúncia daquele usuário, o órgão competente, a partir da análise dos documentos acostados aos autos do processo, poderá concluir por: arquivamento da demanda, caso não procedente; arquivamento da demanda por reconhecimento da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE); ou prosseguimento do feito, iniciando-se a etapa processual do processo administrativo sancionador, de acordo com arts. 17, 18 e 19, incisos I a III da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Em relação à percepção sobre o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), quando classificada como Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), quanto à obrigação das operadoras perante os usuários de planos privados de saúde, 55,56% dos magistrados definiram este procedimento como não eficaz no sentido pedagógico, cujo objetivo seria de reduzir o comportamento inidôneo e oportunista das operadoras, sobretudo em casos de reincidência destas no descumprimento de normas legais, regulamentares ou contratuais obrigatórias.

Em contrapartida, 22,22% dos magistrados entrevistados perceberam a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), classificada em Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), como medida administrativa eficaz, enquanto similar percentual de outro grupo de magistrados relatou desconhecimento sobre a matéria indagada na entrevista, alegando ser algo pouco divulgado ou muito específico da atuação administrativa da ANS.

A Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) compreende as medidas necessárias adotadas pela operadora para a solução da reclamação registrada pelos usuários de planos privados de saúde no âmbito da ANS, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente

causados e no cumprimento útil da obrigação, de acordo com art. 20 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Quando a Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) ocorrer no procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), apenas será reconhecida se a operadora adotar as medidas necessárias para reparação de eventual dano ou prejuízo causado ao consumidor, e se ocorrer o cumprimento útil da obrigação nos prazos de até cinco dias úteis para NIP assistencial, e de até dez dias úteis para NIP não assistencial, conforme art. 10 c/c art. 20, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Não obstante, para os demais casos, somente será reconhecida a Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) se a operadora adotar as medidas necessárias para reparação de eventual dano ou prejuízo causado ao consumidor, antes da lavratura do auto de infração ou de representação, de acordo com art. 20, parágrafo segundo, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Comparando-se os parágrafos primeiro e segundo do art. 20 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS, é possível constatar que os prazos dispostos no art. 10 desta resolução são aparentemente inócuos para classificar as medidas necessárias tomadas pela operadora como Reparação Voluntária e Eficaz (RVE). Tal observação se justifica, porque esse normativo da ANS flexibilizou parâmetros diferentes entre ambos os parágrafos do art. 20. O primeiro parágrafo do referido artigo se refere a limites de prazo, taxativos e fixados, para cumprimento útil da obrigação a partir das Notificações de Intermediações Preliminares (assistencial ou não assistencial), enquanto o segundo parágrafo reconhece a Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) da operadora para os demais casos, considerando prazos amplos e abertos como anteriores à lavratura do auto de infração ou da representação.

A problemática da extensão de prazo para o cumprimento da obrigação pela operadora de plano privado de saúde, no contexto da denúncia, reside na avaliação da urgência ou emergência do direito reclamado, bem como no fato de que não existe prazo para o fiscal ou servidor da ANS consolidar seu juízo de conveniência e oportunidade para efetivar tanto a lavratura do auto de infração quanto à lavratura da representação. Dessa forma, reitera-se que, com essa lacuna infralegal, a operadora passa a ter uma extensão do prazo para cumprir sua obrigação, de forma “útil” ou não, com a anuência do órgão regulador. Nesse contexto, o que se torna mais grave é a postergação da aplicação da sanção imediata, ou mesmo a hipótese de inexistência de sanção pela ANS, permitindo, desta forma, a reincidência de novas infrações aos mandamentos legais e infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar. Posto isso, entende-se, à luz do art. 17 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS, que

as demandas não enquadradas como Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) caracterizam-se como denúncia, ao apresentar indícios suficientes de violação da lei ou de ato infralegal, previstos no art. 20, segundo parágrafo da resolução em epígrafe. Qualquer situação que implique algo não classificado no procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) pode ser reconhecida como Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), antes das lavraturas do auto de infração e de representação. Quando configuradas denúncias de maior subsistência de irregularidades contra as operadoras, em relação aos mandamentos supra e infralegais que disciplinam o mercado de saúde suplementar, não há prazo limite taxativo para cumprimento útil da obrigação, nem reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados ao consumidor. São levados em conta o juízo de conveniência e a oportunidade da ANS para consolidar tais atos, bem como a falta de rigor no cumprimento dos prazos que ratificam a morosidade da Administração Pública como um todo.

Por conseguinte, após a fase pré-processual, quando o processo administrativo sancionador é instaurado tem-se como objetivo apurar infração aos mandamentos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, bem como aplicar sanção por intermédio da lavratura de auto de infração ou representação, conforme art. 21, incisos I e II, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

A lavratura do auto de infração ocorre quando são identificados indícios de infração aos mandamentos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, no exercício da atividade fiscalizatória de competência da Diretoria de Fiscalização da ANS, o que determinará a cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa diária, de acordo com arts. 22, 23 e 24, inciso VIII, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 da ANS (2015d).

A representação ocorre por competência correspondente regimental de qualquer órgão da ANS, a partir da identificação de indícios suficientes de infração aos mandamentos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, conforme art. 25 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Em prosseguimento à representação, o órgão técnico competente da ANS seguirá o rito próprio para instauração do devido processo administrativo, a fim de apurar os indícios de irregularidades e instruir o procedimento administrativo com os documentos pertinentes, conforme art. 25, inciso I da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

Posteriormente, na presença de indícios de infração ao arcabouço legal ou infralegal, a operadora de planos privados de saúde será notificada e terá um prazo de dez dias para manifestação. Após análise dos indícios de infração, a ANS poderá entender pela

insubsistência destes ou pela ocorrência de reparação voluntária e eficaz da conduta, e decidir por arquivar o procedimento, de acordo com art. 25, incisos II, III e IV, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

A ANS também pode lavrar a representação e intimar por diversos meios a operadora de planos privados de saúde, para que esta, no prazo de dez dias, apresente defesa. Após análise conclusiva acerca de haver ou não configuração da infração objeto de apuração, a ANS remeterá o processo administrativo à Diretoria de Fiscalização para emitir decisão de primeira instância, conforme art. 25, incisos V e VI, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS (2015d).

As operadoras de planos privados de assistência à saúde têm a opção de substituir a defesa no processo administrativo sancionador, bem como nos processos de representação, pelo pedido de pagamento à vista e antecipado do valor da multa pecuniária. Caso venham a optar por pagamento à vista, as operadoras farão jus a 40% de desconto sobre o valor da multa, que não poderá ser inferior e nem superior aos limites previstos no art. 27 da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, de acordo com art. 33, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Após recepção de tal requerimento das operadoras de planos privados de assistência à saúde pela ANS, a decisão será efetivada, e o órgão técnico competente que lavrou o auto de infração ou a representação tomará as medidas cabíveis para tornar viável o pagamento da multa, conforme art. 33, parágrafo quinto, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Se as operadoras de planos privados de assistência à saúde não pagarem as multas pecuniárias no prazo de trinta dias a contar da intimação feita pela ANS, a quantia devida será inscrita na dívida ativa em seu valor total, sem o desconto de 40%, e a operadora devedora será incluída no Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados de Órgãos e Entidades Federais (CADIN), conforme art. 33, parágrafo sexto, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

A única restrição normativa em relação ao Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), prevista na Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d), destina-se ao procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), para efeito de obtenção de desconto percentual de 80% sobre o valor da multa relativa aos casos de infração administrativa, caso as operadoras de planos privados de assistência à saúde realizem reparação posterior ao prazo previsto no art. 10,

incisos I e II daquela resolução, excetuando-se as demandas classificadas como denúncia, registradas pelos consumidores na ANS.

As restrições estabelecidas pela ANS para o reconhecimento da reparação de conduta no âmbito do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), com vistas à concessão dos 80% de desconto sobre o valor da multa aplicada às operadoras, são: demandas referentes à negativa de cobertura para os procedimentos de urgência e emergência; coberturas asseguradas por mandado judicial; constatação de que a cobertura dos procedimentos ocorreu no SUS; casos de procedimentos eletivos, ambulatoriais ou hospitalares, considerando o descumprimento de prazo previsto no art. 34 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015; situação hipotética de cobrança de valores indevidos ao usuário de plano privado de saúde, pela operadora, de forma direta, quando não houver a prova inequívoca da devolução em dobro da quantia paga, acrescida de juros e correção monetária; e infrações de natureza potencialmente coletiva, conforme art. 34, parágrafo segundo, incisos I a VI, respectivamente, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Não se afigura razoável à defesa do interesse público a concessão pela ANS do benefício do desconto de 80% sobre o valor da multa correspondente às infrações comprovadas em processo administrativo sancionador derivado do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), em relação àquelas operadoras de planos privados de saúde que eventualmente ultrapassem os prazos de providências estabelecidos no art. 10, incisos I e II, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d). Embora a operadora tenha ultrapassado o prazo de dez dias úteis – correspondente à Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) –, fixado no artigo 10, incisos I e II da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, se comprovada a solução da demanda do consumidor devidamente cientificado, esta operadora fará jus ao exorbitante desconto de 80% sobre o valor da multa apurada no auto de infração lavrado na ANS (2015d).

Dessa forma, ao permitir reparação posterior a partir do descumprimento de prazos fixados no art. 10, incisos I e II, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, com um bônus de 80% sobre o valor da multa aplicada, enfatiza-se a política de não penalização adequada das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como a renúncia fiscal desarrazoada adotada pela ANS quando há comprovação de irregularidade apurada em processo administrativo sancionador, especialmente no caso de denúncias. Ademais, para reconhecimento do Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz, utilizam-se conceitos muito

amplos, cujos referenciais de utilidade podem não denotar os reais benefícios a serem percebidos pelos beneficiários. Por conseguinte, essa prática poderá suscitar comportamentos oportunistas e inidôneos das operadoras de planos privados de saúde, encorajadas a não mais adimplirem espontaneamente suas obrigações contratuais, refletindo inúmeras reincidências infrativas e prejuízos aos consumidores de maneira generalizada.

Outro aspecto importante quanto à falta de razoabilidade de medidas punitivas eficazes para disciplinar as operadoras de planos privados de assistência à saúde – consiste na concessão de 20% de desconto sobre o valor da multa, caso estas operadoras resolvam substituir a apresentação do recurso a ser interposto, por requerimento de pagamento antecipado e à vista, após a decisão exarada pela ANS que reconhece a infração aos mandamentos legais ou infralegais do mercado de saúde suplementar, com aplicação de penalidade subsequente, conforme art. 41 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

De outro lado, é inovadora a implementação do ciclo de fiscalização expresso na Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, definido como o período semestral de acompanhamento de todas as demandas processadas no procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), a partir de sua vigência datada de 15/02/2016. A NIP funcionará como base para o cálculo do indicador de fiscalização, considerado como a média aritmética ponderada das demandas, assistenciais ou não assistenciais. Tais demandas são classificadas como ‘resolvidas’ pelo reconhecimento da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), ou como ‘não resolvidas’, sendo registradas durante o ciclo de fiscalização de acordo com, respectivamente, o art. 45, parágrafos primeiro e segundo e o art. 46, parágrafo primeiro da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Contudo, essa antecipação da lavratura do auto de infração pela ANS, sem prévia apuração fiscalizatória qualificada que contemple materialidade infrativa subsistente maior, no âmbito do procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) –, fragiliza o novo modelo de fiscalização de planos privados de assistência à saúde, sistematizado pela ANS. Tal fragilização ocorre porque se constroem indicadores de fiscalização que não computam dados concretos, como as multas pagas ou parceladas pelas operadoras de planos privados de saúde, mas consideram tão somente a não resolutividade informada pelo consumidor em um contexto fático probatório menor, o que predispõe aos inúmeros recursos e controles externos interpostos pelas operadoras, bem como à conseqüente derrubada do autoinfrativo. Dessa forma, torna-se possível desvirtuar o real impacto regulatório de

fiscalização trazido pela Resolução Normativa 388 de 2015, em razão da facilidade de se reformarem as decisões sancionatórias no âmbito dos prazos exíguos do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

Outro problema do novo modelo de fiscalização de planos privados de assistência à saúde, sistematizado pela ANS, consiste em, no cálculo de indicador da fiscalização, considerar como demandas resolvidas não somente aquelas de fato resolvidas, mas também aquelas reclamações registradas na ANS como arquivadas sem resposta dos consumidores após os dez dias subsequentes ao registro da reclamação na ANS, nos termos do art. 12 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

O não retorno da resposta do consumidor após dez dias subsequentes ao registro da reclamação na ANS, nos termos do art. 12 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, não necessariamente significa que o conflito foi solucionado; ainda assim, desconsiderando esta possível variável, computa-se um dado incerto no cálculo de indicador da fiscalização, inferindo-se presunção de resolutividade relativa que não compreende diligência posterior da fiscalização nessa situação, mas deixando a critério do consumidor, a qualquer tempo, avisar ou não à ANS que sua demanda de reclamação não teve solução pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Outrossim, esse modelo de fiscalização adotado pela ANS não considera as denúncias que têm indícios suficientes de violação aos mandamentos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar, conforme preveem respectivamente o art. 17 e o art. 46, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d). Nesse sentido, será construído um indicador de fiscalização sem ampliar a abrangência do escopo regulatório, com base em indícios de infração mínimos ou insuficientes nos moldes da NIP, facilmente passíveis de recursos administrativos reformadores ou protelatórios da decisão sancionatória a ser imposta pela ANS em face das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Outro fator importante a ser mencionado reside no fato de que no site oficial da ANS⁴ foram visualizadas 22 páginas, com última publicação postada por esta autarquia em 09/09/2015, e verificou-se que a Resolução Normativa nº 388 de 2015 não passou por câmara técnica e nem por consulta pública externa, impossibilitando a participação e a contribuição

⁴<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/participacao-da-sociedade>.

da sociedade civil e de entidades de defesa do consumidor, além de outras entidades representativas.

O plano semestral de intervenção fiscalizatória abrangerá as operadoras de planos privados de assistência à saúde a serem monitorados a cada ciclo de fiscalização, podendo-se acrescentar outras, a depender de circunstâncias fáticas relevantes capazes de comprometer o adequado funcionamento do mercado de saúde suplementar, de acordo com art. 48, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Além do plano semestral de intervenção fiscalizatória, as operadoras de planos privados de assistência à saúde podem ser submetidas a outras ações fiscalizatórias por parte da ANS, como visitas técnicas, diligências na sede da operadora ou nos escritórios regionais, estendidas às dependências de seus prestadores de serviços, compreendendo a rede própria ou qualquer outro local de atividade destas operadoras no período de cinco dias úteis, o qual poderá ser abreviado ou prorrogado conforme a necessidade de serviço, nos termos dos artigos 50 e 51 da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Na fase final do ciclo de fiscalização após a etapa diligencial (ciclo de acompanhamento), as operadoras de planos privados de assistência à saúde que não passarem para melhor faixa imediata ou não providenciarem os ajustes das irregularidades indicadas no relatório de diagnóstico do processo de fiscalização da ANS – sofrerão a aplicação de diversas medidas, tais como:

- a) afastamento do reconhecimento da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) em todas as demandas das quais forem parte, e afastamento da possibilidade do pagamento de qualquer multa com o benefício dos descontos previstos nos normativos vigentes no primeiro ciclo seguinte ao ciclo de acompanhamento, medidas que perdurarão enquanto as operadoras não migrarem no mínimo para melhor faixa seguinte do ciclo fiscalizatório ou não providenciarem reparos nas irregularidades do ciclo fiscalizatório, conforme art. 53, inciso I, §1º, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d);
- b) lavratura de auto de infração por não sanarem as irregularidades indicadas no âmbito da intervenção fiscalizatória, se as operadoras não migrarem, no

- mínimo, para melhor faixa seguinte do ciclo fiscalizatório, ou não providenciarem reparos nas irregularidades do ciclo fiscalizatório, no segundo ciclo após o ciclo de acompanhamento, conforme art. 53, inciso II, §2º, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d);
- c) instauração de regimes especiais a qualquer tempo e em qualquer ciclo, em situações de indícios de graves anormalidades técnico-assistenciais e/ou econômico-financeiras, de acordo com art. 53, inciso III, § 3º, da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d).

Destaca-se que esse novo modelo de fiscalização de planos privados de assistência à saúde, advindo da Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015d), trouxe a antecipação da lavratura do auto de infração estabelecido logo após o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), o qual tenha sido classificado como não resolvido pelas operadoras quanto às demandas de reclamação registradas pelos consumidores na ANS, em busca de uma solução mediadora. Contudo, essa norma, conforme anteriormente citado, prevê também a concessão de uma série de descontos às multas aplicadas às operadoras que cometerem infrações aos ditames disciplinadores do mercado de saúde suplementar, e decidirem efetivar pagamento antecipado e à vista, ratificando o reconhecimento da irregularidade cometida.

Assim, urge discutir as hipóteses de aplicação normativa da Reparação Voluntária e Eficaz, com a finalidade de evitar eventual impunidade em relação às operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou insatisfação dos consumidores que reclamam à ANS a fim de terem reparados seus direitos.

Para que a prática sancionatória exercida pela ANS tenha caráter pedagógico corretivo e preventivo no longo prazo, devem-se adotar restrições e prazos expressos em normativo próprio da fiscalização não só em relação aos casos enquadrados nas Notificações de Intermediações Preliminares – assistenciais ou não assistenciais –, mas também, e principalmente, em relação aos casos explícitos de denúncias fundamentadas, registradas no órgão regulador, a fim de avaliar, a partir do caso concreto, o cabimento do reconhecimento da eficácia do Instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) na reversão dos danos ou eventuais prejuízos causados aos consumidores. Nessa situação, consideram-se também os

embaraços e óbices que venham a causar aos usuários algum dano, ainda que exclusivamente moral.

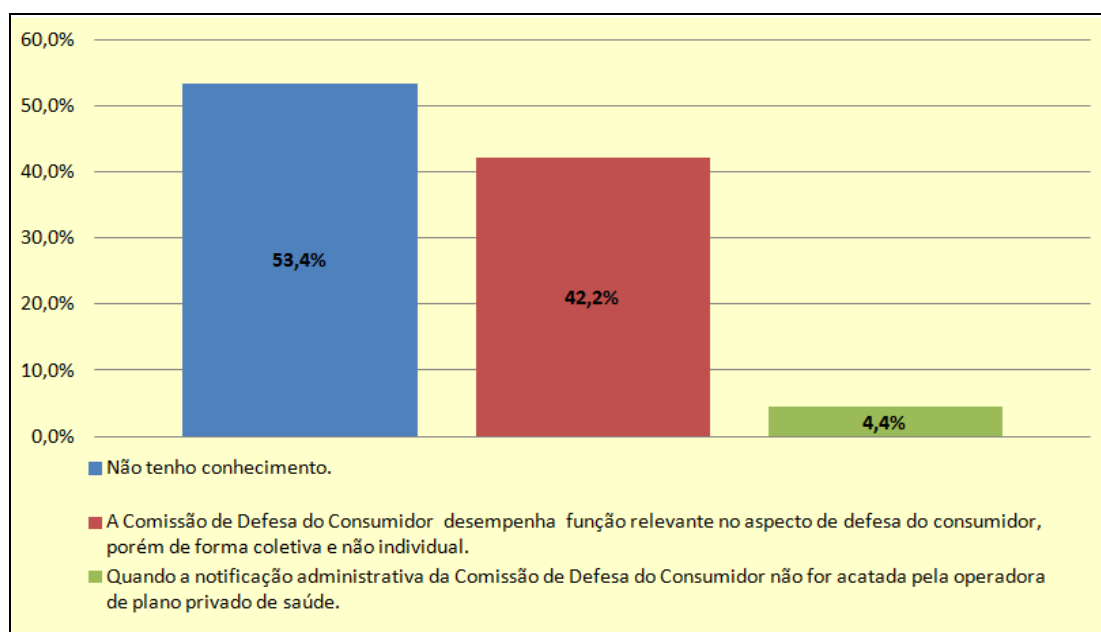
A Resolução Normativa nº 388 de 25/11/2015, da ANS, especialmente para os casos de denúncia aos indícios subsistentes de infração à Lei nº 9.656, de 1998, traz conceitos não delimitados quanto ao cumprimento útil da obrigação, o que, somado ao tempo de tramitação dos processos administrativos, reduz a efetividade da resolução da demanda do consumidor em relação à operadora de planos privados de saúde.

Logo, para tratar da melhoria do processo fiscalizatório no âmbito da saúde suplementar, não só as Notificações de Intermediações Preliminares precisam da resposta e do *feedback* do consumidor ou interlocutor reclamante, além de limites de tempo fixados em normativo para Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) por parte das operadoras de planos privados de saúde – mas também as denúncias recebidas pela ANS precisam estar subsidiadas por restrições e prazos expressos ao seu reconhecimento, de modo que não se torne a aplicação de sanções e da cobrança de multas pecuniárias um processo ineficaz, consoante o resultado apresentado para a maioria dos magistrados desta pesquisa (Gráfico 28).

7.1.5 A atuação da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro na percepção da magistratura brasileira

Quando indagados sobre as situações em que a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro recorre ao Poder Judiciário, 53,4% dos magistrados responderam não ter conhecimento, enquanto 42,2% informaram que a Comissão de Defesa do Consumidor chega a desempenhar uma função relevante no aspecto de defesa do consumidor, porém de forma coletiva, e não individual. De outro lado, 4,4% dos entrevistados afirmaram que o recurso à via judicial será necessário, quando a notificação administrativa da Comissão de Defesa do Consumidor não for acatada pela operadora de planos privados de assistência à saúde (Gráfico 29).

Gráfico 29 – As situações em que a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro recorre ao Poder Judiciário



Fonte: A autora, 2015.

A Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro é um órgão da Administração Pública sem personalidade jurídica, vinculado ao Poder Legislativo, e tem como objetivo defender direitos e interesses dos consumidores, conforme art. 26, parágrafo 19 do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. À luz dessa norma, destacam-se relevantes competências regimentais do referido órgão, tais como: a) adotar medidas administrativas de defesa do consumidor; b) apurar denúncias; c) defender os direitos e interesses dos consumidores em juízo; d) atuar na tutela coletiva na qualidade de representante substituto processual dos consumidores (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015).

A controvérsia jurídica a respeito de caber ou não à Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro o poder de representar os consumidores no âmbito judicial – deixa de existir quando sua legitimidade é amparada expressamente de forma específica pelo art. 82, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a), bem como pelo art. 26, § 19, alíneas “a” a “e” do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2015).

A defesa a título coletivo judicial e extrajudicial dos direitos e interesses do consumidor, prevista no art. 26, § 19, alínea “d”, do Regimento Interno da Assembleia

Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, foi acrescida da Resolução nº 1087 de 16/02/2006 oriunda do Projeto de Resolução nº 1249-A de 2005, de autoria da Deputada Cidinha Campos, dando ênfase à autorização expressa disposta no art. 82, inciso III, do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990a), e revogando as disposições ao contrário (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2006).

Essa defesa é necessária, pois o consumidor demonstra ampla vulnerabilidade em campos diversos – técnico; jurídico; científico; fático; socioeconômico; e psíquico –, sendo reconhecido como a parte mais frágil da relação de consumo, o que traduz uma situação de grande desvantagem. Contudo, a vulnerabilidade e a hipossuficiência não se confundem, pois, para o Código de Defesa do Consumidor (CDC), todos os consumidores são vulneráveis, mas nem todos são hipossuficientes (GIANCOLI; ARAÚJO JUNIOR, 2012).

Enquanto a vulnerabilidade do consumidor justifica a existência do CDC, sendo uma característica universal de todos os consumidores, a hipossuficiência é uma marca pessoal, restrita a alguns, o que legitima certos tratamentos diferenciados à luz do CDC (GIANCOLI; ARAÚJO JUNIOR, 2012).

O art. 6º do Código de Defesa do Consumidor dispõe sobre os direitos básicos do consumidor, entre os quais se encontra a possibilidade de este ter a defesa de seus direitos amparada pela inversão do ônus da prova no processo civil. Não obstante, a redação final desse normativo condiciona o direito do consumidor à discricionariedade do magistrado, que deverá aferir a plausibilidade da alegação e a hipossuficiência do demandante (BRASIL, 2011).

Entretanto, o Projeto de Lei nº 240 de 2011 veio a limitar de forma taxativa para o consumidor o direito da inversão do ônus da prova, pelo fato de especificar apenas determinadas situações, em detrimento de outros casos não previstos, nos quais o consumidor é presumido vulnerável ou hipossuficiente. Dessa forma, o referido projeto de lei foi rejeitado na Câmara dos Deputados pela Comissão de Defesa do Consumidor, com fundamento no parecer do Deputado Carlos Eduardo Cadoca (BRASIL, 2011).

A Comissão de Defesa do Consumidor atua tanto no âmbito administrativo quanto no âmbito judicial, e a prevenção de problemas contratuais também abrange uma de suas atribuições ao estabelecer uma série de recomendações no momento da adesão aos serviços oferecidos pelas sociedades empresárias.

Entre as recomendações importantes levantadas pela Comissão de Defesa do Consumidor incluem-se: ler atentamente o contrato; adotar cuidados tais como: (I) observar se a redação do documento é objetiva, concisa e legível, com fonte 12, no mínimo; (II) verificar

se o contrato contém linguagem coloquial; (III) confirmar a presença de cláusulas restritivas ao direito do consumidor, como o tempo do prazo de fidelidade e a multa rescisória, as quais deverão ser informadas previamente e apresentar destaque visual com fonte diferenciada e/ou negrito. Além desses cuidados, se a sociedade empresária não oferecer ao consumidor nenhum benefício ou vantagem, não se poderá impor uma multa contratual (COUTO, 2012).

As publicidades anteriores à contratação destacam-se para alcançar o objetivo da venda, e não são recorrentes após a concretização do negócio. Em relação aos planos privados de saúde, algumas operadoras investem nas ofertas de planos privados de saúde associadas a inúmeras vantagens, antes da adesão contratual, o que torna importante a vigilância do consumidor em todo o processo de pré e pós-venda, para exigir aquilo que foi pactuado em contrato.

Cabe ressaltar que 53,4% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa desconheciam as funcionalidades das Comissões de Defesa do Consumidor no âmbito da judicialização da defesa dos interesses do consumidor. Contudo, 42,2% observaram que a representatividade dessas comissões se dava por meio de ações judiciais coletivas de consumo, tal como prescreve o art. 26, § 19, alínea “d”, do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, e também por meio de disposições específicas do CDC. Nas respostas de 4,4% dos entrevistados foi enfatizada a atuação administrativa das Comissões de Defesa do Consumidor em que predominam atribuições de conciliação, intermediação e de diligência, ao se apurarem demandas justas e fundamentadas dos consumidores não atendidas pelas sociedades empresárias.

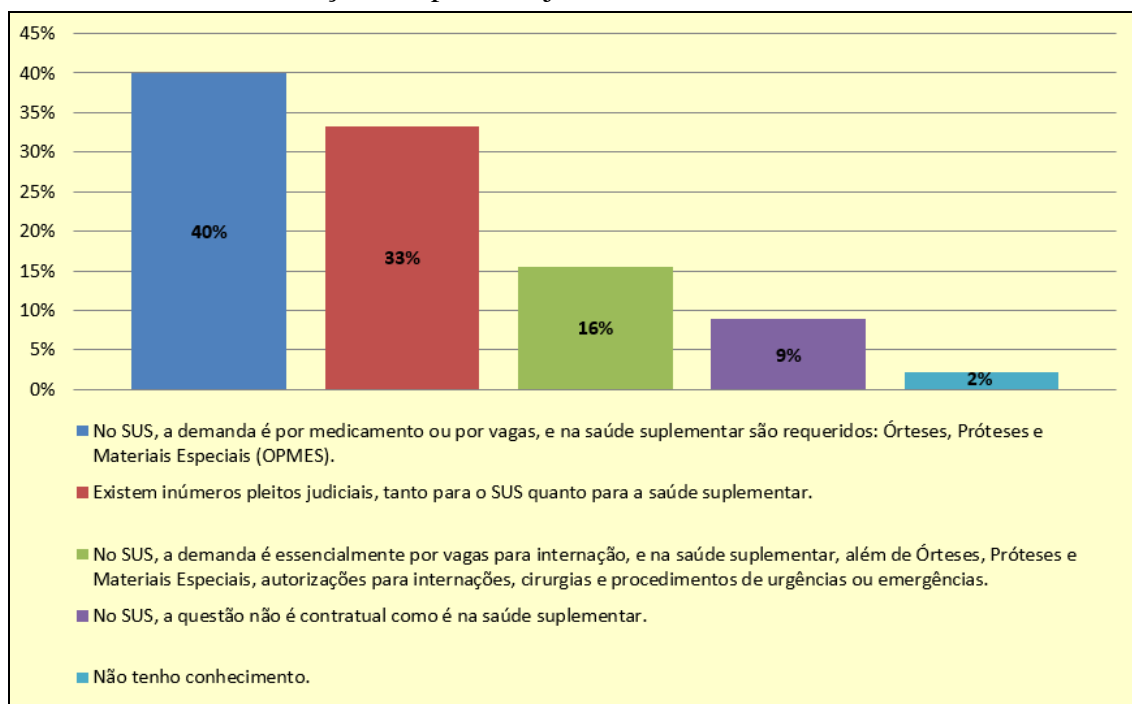
Outrossim, impende destacar que a proteção das demandas dos usuários de planos privados de saúde ocorreu também com os Procons estaduais e municipais, mas a atuação destes órgãos não foi suficiente para regulação das falhas de mercado, o que mostrou a importância da intervenção estatal, especialmente nas situações de exclusão de atendimento e nas mensalidades abusivas (PASSO, 2011).

7.1.6 A reivindicação nos plantões judiciários no contexto do SUS e da saúde suplementar

No que tange às principais diferenças na saúde suplementar com foco no objeto da reivindicação nos plantões judiciários no contexto do SUS e da saúde suplementar, 40% dos magistrados entrevistados informaram que, em relação ao SUS, as demandas predominantes

são por medicamentos ou por vagas; e na saúde suplementar são pleiteados órteses, próteses e materiais especiais (OPMES). Por sua vez, 33% dos entrevistados alegaram que existe todo tipo de pleito, tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar. De outro lado, 16% dos magistrados observaram que, no SUS, a demanda é essencialmente vagas para internação; e na saúde suplementar, além de órteses, próteses e materiais especiais, as demandas incluem as autorizações para internações, cirurgias e procedimentos de urgências ou emergências. Por fim, 9% dos entrevistados informaram que, no SUS, a questão não é contratual como se dá na saúde suplementar; e 2% informaram que não têm conhecimento para responder à pergunta específica (Gráfico 30).

Gráfico 30 – As principais diferenças na saúde suplementar com foco no objeto da reivindicação nos plantões judiciários no contexto do SUS



Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: A autora, 2015.

As questões de interesse dos demandantes do SUS são muito evidentes, e quando envolvem a judicialização é perceptível a participação da Administração Pública como uma das partes litigantes, havendo o predomínio do interesse público que transcende os limites das demandas individuais, e a necessidade de prova científica de base para concretizar o controle jurisdicional sobre a discricionariedade técnica (PERLINGEIRO, 2012a).

Na saúde suplementar, a prova científica de base não é menos importante que no SUS, porém há confronto entre os instrumentos contratuais pactuados por manifestação livre das vontades estabelecidas formalmente, predominando o interesse particular e a participação das operadoras e seguradoras de planos privados de assistência à saúde como partes litigantes, podendo a Administração Pública compor ou não a relação processual, direta ou indiretamente.

No SUS, existem problemas de equidade no acesso às políticas públicas, os quais persistem desde a sua implantação, e o mercado de saúde suplementar está distante de uma prestação completa de serviços, livre de falhas e de negativas de coberturas, mesmo estando estas previstas em contrato. Nessa relação híbrida, o sistema de saúde brasileiro é universal, embora seja excludente justamente por existirem disparidades de acesso dos seus usuários a inúmeros bens e serviços necessários a um atendimento médico satisfatório, integral, acolhedor, com vínculo profissional-paciente e com responsabilização. Nessa seara de conflitos cabe destacar que

[...] a política pública do SUS enfrenta dificuldades desde o seu nascimento até os dias atuais, passando por momentos de avanços e retrocessos, mediante a composição de forças entre os que defendem uma política privatizante e os que lutam pela universalização dos direitos sociais enquanto política pública. A garantia da saúde como um direito de cidadania, assim como toda a proposta da reforma sanitária brasileira concretizada na legislação do SUS, está na contramão da tendência neoliberal que, desde os anos 80, vem impondo ao Estado a redução de seu papel e, conseqüentemente, a não universalização do direito à saúde. Essa orientação que prevê o fortalecimento do mercado e a redução do Estado nas políticas sociais teve forte influência nos governos que se seguiram à aprovação do SUS nos anos 90. Essa conjuntura resultou em falta de recursos financeiros e impasses nas normatizações necessárias à implantação do SUS, com certeza retardando e/ou dificultando a sua expansão e a universalização do acesso a serviços e ações de saúde com a qualidade que os usuários têm direito (AGUIAR, 2011, p. 65-66).

Ferraz (2008b) constata que a ausência de vários fatores – educação mínima; conscientização do usuário sobre a relevância do tratamento da saúde; acesso a um sistema de saúde adequado, em condições básicas; e profissionais de saúde qualificados para tomada de decisões em relação aos pacientes – colabora muito para a ineficácia técnica produtiva, além de dificultar a alocação de recursos para o sistema de saúde.

Contudo, tantas desigualdades sociais e econômicas vêm a agravar o estado de saúde já debilitado da população carente que necessita de tratamento e medicamento em algum momento.

Por conseguinte, observou-se que, no SUS, o pedido judicial de medicamento e de vagas para a internação foi predominante para 40% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, enquanto órteses, próteses e materiais especiais foram considerados pedidos frequentes na saúde suplementar, dentro da esfera judicial.

A cobertura para medicamentos na saúde suplementar delimita-se aos períodos de internação hospitalar ou ambulatorial, conforme previsão e segmentação contratual, salvo disposições contratuais contrárias que estendam tal cobertura para uso regular, contínuo e domiciliar. No SUS, a assistência farmacêutica é integral, amparada por legislação infraconstitucional, de acordo com art. 6º, inciso I, alínea “d” da Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990b).

Existe uma lista oficial de medicamentos, e não raro ocorrem pedidos judiciais para que o SUS seja obrigado a fornecer medicamentos novos que não integram esta lista, não restando dúvidas de que o interesse geral extrapola a demanda judicial individual. Uma vez que o Poder Judiciário reconhece a necessidade da inclusão de medicamentos específicos na lista, seria correto não só que o SUS os entregasse ao autor da ação judicial, mas também que a referida lista fosse modificada, a fim de disponibilizar estes medicamentos a todos que se encontrassem em similar situação de adoecimento (PERLINGEIRO, 2012a). Por sua vez, a responsabilidade do Poder Público no fornecimento de medicamentos é bastante ampla, tendo em vista que

[...] o Poder Judiciário brasileiro vem se posicionando no sentido de que a responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é solidária entre as três esferas de poder, independentemente das atribuições/divisões administrativas ditas pela legislação infraconstitucional (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2007, p. 29).

Dessa forma, não é incomum que existam no SUS várias ações judiciais para prestação de assistência farmacêutica, uma vez que esta também integra a assistência geral da saúde, aumentando as possibilidades de recuperação de uma debilidade e o alívio de uma dor ou sofrimento.

Outro problema encontrado no SUS é a falta de vagas para internação; esta ausência pode estar relacionada a vários aspectos: a) superlotação de pacientes; b) precariedade de infraestrutura; c) insuficiência de insumos profissionais; d) pouca oferta de especialidade médica ou odontológica; e) privação de suporte pleno e específico para o porte de atendimento do estabelecimento hospitalar nas situações de urgência e emergência.

As políticas públicas mal geridas ou inexistentes estão relacionadas a esses problemas, tanto no SUS quanto na saúde suplementar, pois o não comprometimento e a inércia de ações governamentais responsáveis pelos serviços disponíveis e necessários à determinada realidade social – como a saúde, a educação, o trabalho, a segurança e outras áreas – vão ter influência na vida dos cidadãos.

A dificuldade de encontrar vaga em hospital público e a ausência do medicamento necessário constituem uma realidade dramática, que aflige e aumenta o desespero de cidadãos, especialmente aqueles que dependem exclusivamente do SUS e não têm a alternativa de tentar a sorte no acesso aos prestadores de serviços integrantes da rede dos planos privados de assistência à saúde, considerando que não necessariamente o que foi pactuado em contrato será cumprido corretamente.

De acordo com Gandini, Barione e Souza (2007), o problema relativo ao fato de a gestão administrativa do Poder Público não equilibrar a receita do que muito arrecada com o que muito gasta é provavelmente maior do que as questões jurídico-constitucionais, uma vez que esta defasagem não se justifica pela falta de normas disciplinadoras das despesas públicas.

Para melhorar os mecanismos de controle da gestão pública, a formação de uma agenda de trabalho é pressuposto elementar como política de Estado, e não de governo, agregando diferentes segmentos que compõem o Estado Nacional, com vistas a mudanças concretas tanto para o sistema de saúde quanto para o desenvolvimento da sociedade (PIERANTONI, 2010).

Segundo Pierantoni (2010), essa agenda implica traçar a definição e o conhecimento da capacidade gestora do trabalho na área de saúde, legitimando o reconhecimento de competências e instâncias de poder, a fim de implantar o modelo de gestão participativa entre todos os entes públicos – os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Dessa forma, justificar-se-ia incluir na agenda de prioridades do Estado Nacional maior integração com os governos e municípios, buscando não só o alcance de metas descentralizadas, a fim de solucionar a pouca oferta de leitos hospitalares, como também melhor distribuição de medicamentos no âmbito do SUS, inclusive para o tratamento de doenças raras e/ou graves.

Embora as faixas percentuais correspondentes a 40% e 16% dos magistrados desta pesquisa tenham apontado órteses, próteses e materiais especiais (OPMES) como demandas recorrentes na saúde suplementar, isso não significa que tais reivindicações não ocorram no Poder Judiciário em relação ao Sistema Único de Saúde. Contudo, tal percepção da

magistratura traduz a predominância de pedidos judiciais em relação ao atendimento da saúde suplementar no que se refere a insumos especiais diretamente relacionados aos procedimentos de alta complexidade, trazendo demonstrações empíricas de que há muita resistência das operadoras em autorizar as OPMES – seja por contenção de despesas com vistas a lucro desmedido, seja por desconfiança em relação à possível desvirtuamento da utilização dos referidos materiais por prática médica inadequada.

A cobertura para órteses, próteses e materiais especiais (OPMES) é obrigatória para as operadoras e seguradoras de planos privados de assistência à saúde, quando está relacionada aos procedimentos cirúrgicos, de acordo com art. 10, inciso VII da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

Algumas jurisprudências indicam a preponderância e a hegemonia do parecer técnico do médico assistente sobre a seleção da marca das OPMES, como a seguir:

*AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO ORDINÁRIA. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. FORNECIMENTO DE PRÓTESE ORTOPÉDICA. MARCA ZIMMER. NEGATIVA DE COBERTURA. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. I. Decisão *ultra petita* não verificada. A decisão concedeu a liminar nos termos em que requerida pela parte autora. II. Os contratos de planos de saúde estão submetidos às normas do Código de Defesa do Consumidor. Inteligência do art. 35-G, da Lei nº 9.656/98 e da Súmula 469, do STJ. Ademais, o art. 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/98, dispõe que somente poderão ser excluídos da cobertura dos planos de saúde os gastos com próteses, órteses e seus acessórios quando desvinculados ao ato cirúrgico. III. *Não há motivo para a recusa de cobertura pela operadora do plano de saúde da prótese ortopédica indicada pelo médico em marca específica (Zimmer), considerando os esclarecimentos do profissional no sentido da melhor qualidade e melhor adaptação do paciente com o referido material.* IV. Estando presentes os requisitos previstos no art. 273, do CPC, deve ser deferida a antecipação de tutela para determinar o fornecimento do material. AGRAVO DESPROVIDO (BRASIL, 2015, v. 1, p. 1, grifo nosso).*

*APELAÇÃO CÍVEL - MEDIDA CAUTELAR - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - IMPLANTE DE PRÓTESE ORTOPÉDICA IMPORTADA - INDICAÇÃO DE MARCA E FABRICANTE - PRODUTOS SIMILARES - ATENDIMENTO ÀS ESPECIFICAÇÕES DA PRÓTESE INDICADA - AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO - DIVERGÊNCIA ENTRE O MÉDICO E A OPERADORA - SITUAÇÃO NÃO COMPROVADA - RECUSA DE COBERTURA INJUSTIFICADA. I- Quando se recusou a cobrir a prótese ortopédica necessária ao tratamento da saúde da autora, não apresentou a requerida qualquer questionamento quanto à marca e ao fornecedor da prótese indicados na guia de internação por ela confeccionada, sendo certo que o direito de escolha dentre três marcas e fornecedores diferentes dos indicados somente pode ser invocado quando configurada a situação de que tratam a Resolução Normativa nº 211/10 da ANS, e a Resolução nº 1.956/2010 do Conselho Federal de Medicina, o que no caso, não ocorreu. II- *Não demonstrado pela operadora-ré que houve divergência quanto à prótese específica indicada pelo médico assistente, nem que as outras próteses oferecidas atendiam perfeitamente às características previamente especificadas no laudo médico, não se justifica a recusa à cobertura pretendida, sendo certo que não pode o juízo decidir sobre a questão, eis que se trata de matéria eminentemente técnica, estranha aos conhecimentos que um magistrado deve possuir* (BRASIL, 2013, v [s.n.], p. 1, grifo nosso).*

O tipo de tratamento que cabe a cada paciente é determinado pelo médico assistente, restando às operadoras e seguradoras de planos privados de assistência à saúde assegurar a cobertura contratada, sem interferir na autonomia médica para prescrever o que é mais adequado aos pacientes e suas condições patológicas.

No entanto, a Resolução nº 1.956, de 25 de outubro de 2010 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010) proíbe os médicos assistentes requisitantes de exigirem fornecedor ou marca comercial exclusivos, o que vem a contrariar o próprio exercício da autonomia médica em benefício do paciente.

Ao médico assistente, o dever seria determinar as características dos materiais, assim como os instrumentos compatíveis, necessários e adequados aos procedimentos requeridos, sendo-lhe expressamente vedado exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos, por tal procedimento violar o art. 3º da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.956, de 25 de outubro de 2010 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

De outro lado, quando as operadoras e seguradoras de planos privados de assistência à saúde se insurgem em relação às indicações médicas que prescrevem marcas de órteses, próteses e materiais especiais, resta clara a resistência contumaz da cobertura complementar de insumos essenciais ligados aos atos cirúrgicos que estão previstos no art. 10, inciso VII da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998) – cenário que prejudica não somente o livre exercício da medicina, mas todos os resultados clínico-cirúrgicos esperados da melhor evolução e do prognóstico dos pacientes atendidos.

Um estudo amostral, realizado com usuários de planos privados de saúde, sobre o acesso aos exames de alta complexidade revelou, entre outros resultados, a existência de dificuldades de acesso a tratamentos como implante, bem como a materiais cirúrgicos, em especial as próteses e órteses, além de restrições específicas de grau para cirurgias de miopia (PINTO, 2011).

Bahia, Simmer e Oliveira (2004, p. 924) ressaltam que “[...] a correspondência entre as lacunas de cobertura contratual dos planos de saúde e o uso complementar do SUS é evidente”.

Também assim corrobora Scheffer (2006, p. 147), ao observar: “é necessário, ainda, romper a noção de que o segmento dos planos de saúde e o SUS são dois sistemas que não se relacionam, diferença hoje reiterada no plano legal e institucional”.

Uma vez havendo cobertura para órteses, próteses e materiais especiais associados ao ato cirúrgico, por amparo da Lei nº 9.656 de 1998, não há por que as operadoras e seguradoras restringirem tais insumos em função da Resolução nº 1.956, de 25 de outubro de

2010 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), considerando a superioridade hierárquica daquela lei em disciplinar a matéria, bem como o livre exercício da medicina como preceito constitucional. As responsabilidades inerentes à medicina, como de resto a todo dever de ofício, não devem ser mitigadas em função de restrições de despesas do mercado de saúde suplementar, as quais venham a impedir a seleção de determinadas marcas de materiais em prol da saúde dos pacientes, ainda que estas sejam exclusivas.

A Resolução Normativa nº 387 de 28/10/2015, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015b), regulamenta também a cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos na saúde suplementar, corroborando as disposições da Resolução nº 1.956 de 25 de outubro de 2010 do Conselho Federal de Medicina (2010), no sentido de que cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente determinar as características como tipo, matéria-prima e dimensões das órteses, próteses, e dos materiais especiais necessários à execução dos procedimentos.

De acordo com o art. 22, inciso VI, parágrafo primeiro da Resolução Normativa nº 387 de 28/10/2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015c), a seleção das características das OPMES cabe aos médicos e cirurgiões-dentistas assistentes, e o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que atendam às características especificadas. Desse modo, para a ANS, os médicos e dentistas só podem indicar até três marcas de produtos referentes às OPMES, quando solicitados pelas operadoras de planos privados de saúde.

Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora de plano privado de saúde, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas financeiras arcadas pela operadora; o profissional requisitante pode recusar até três nomes de produtos indicados pela operadora. Cabe destacar que 33% dos magistrados entrevistados não especificaram diferença de pleitos nos plantões judiciais entre saúde suplementar e SUS; para as faixas percentuais de 40% e 16% dos magistrados, embora as OPMES tenham sido informadas como as requisições negadas mais comuns para quem tem plano privado de saúde, também podem existir casos semelhantes de negativas de OPMES no SUS, conforme narrado anteriormente, uma vez que se envolvem gestão de orçamento público, custos e benefícios para aquisição de tais insumos.

No SUS, quando há judicialização, admitem-se internações compulsórias, fornecimento de medicamentos e entrega de dinheiro para compra de medicamentos; porém

esta solução é imperfeita e parcial, considerando que a expropriação do bem público é restrita ao limite do interesse público e à necessidade de continuidade da prestação de um serviço essencial, além de ofender o princípio da igualdade, visto que proporciona benefícios somente aos demandantes da tutela judicial (PERLINGEIRO, 2013).

A assistência farmacêutica organizada possibilita viabilização do acesso ao que é disponibilizado para tratamento, revisões periódicas dos medicamentos selecionados, além de conscientização dos profissionais que os prescrevem e do Poder Judiciário em relação ao conhecimento do funcionamento dos programas, à importância do uso racional dos medicamentos, e à alocação mais eficiente dos recursos disponíveis, evitando a judicialização desnecessária (PEREIRA *et al.*, 2010).

De modo geral, a falta de medicamentos e de vagas disponíveis no SUS foi uma das questões mais judicializadas, de acordo com os magistrados desta pesquisa, demonstrando que insumos e serviços de alta complexidade, autorizações prévias e situações de urgência e emergência, como qualquer atraso ou não atendimento neste contexto, são recorrentes na saúde suplementar.

Em outra pesquisa, Scheffer (2013) analisou 782 decisões judiciais relacionadas à negação de coberturas assistenciais, propostas por usuários de planos e seguros de saúde e julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP), de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. A análise revelou que órteses e próteses, especialmente *stents*, marcapassos e próteses ortopédicas (de quadril, joelho, entre outras), foram os insumos mais negados pelos planos de saúde em 40,71% dos casos; seguidos de medicamentos, em 29,48%; exame diagnóstico, em 21,94%; materiais cirúrgicos, em 4,52%; e outros insumos, em 3,35%. Segundo análise de acórdãos do TJSP, medicamentos são negados também a usuários de planos privados de saúde, destacando-se a negativa prevalente para órteses e próteses, bem como para bens e serviços de alta complexidade, conforme corroborado pela maior parte dos dados obtidos. Para usuários do SUS, a questão dos medicamentos é apontada como objeto de reivindicação mais recorrente.

Na pesquisa de Scheffer (2013), as alegações predominantes usadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para justificar as negativas de cobertura aos usuários foram: a) procedimento não constante do rol de procedimentos da ANS; b) cláusula excludente no contrato para a cobertura solicitada, principalmente nos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998; c) necessidade de cumprimento de Cobertura Parcial Temporária de 24 meses para doença e lesão preexistente, alegada ou não na declaração de saúde integrante do contrato; d) não cumprimento dos prazos legais de carência; e) prestador hospitalar ou serviço

utilizado não credenciado pelo plano privado de saúde; f) tratamento médico fora das diretrizes clínicas, conforme auditoria realizada pelas operadoras; g) não obrigatoriedade da cobertura medicamentosa nos planos privados de saúde, sobretudo de uso ambulatorial, domiciliar e oral; h) não cobertura dos procedimentos solicitados considerados de finalidade estética, argumento estendido até para casos de reconstrução de mama após câncer e casos de redução gástrica decorrente de obesidade mórbida; i) não aplicação das regras do Código de Defesa do Consumidor para usuários de planos de saúde coletivos, por entendimento de que estes não seriam os contratantes diretos, mas versaria apenas uma relação pactuada entre as pessoas jurídicas contratante e contratada; j) não cabimento às operadoras de planos privados de saúde a garantia irrestrita à saúde, por se tratar de um dever do Estado. Todavia, esta pesquisa concluiu que 88,24% dos julgados foram favoráveis aos usuários de planos privados de assistência à saúde, obrigando as operadoras a arcarem com as coberturas negadas; 7,54% dos julgados foram contrários à cobertura aos usuários de planos privados de saúde; 4,09% foram parcialmente favoráveis; e 0,13% referiram-se a outras decisões.

Os resultados da pesquisa de Scheffer (2013) demonstram que o Poder Judiciário brasileiro se preocupa com a defesa dos direitos dos consumidores, valendo-se dos juízos de convicção necessários para pautar suas decisões confirmadas em segunda instância, pressupondo um afastamento dos apelos midiáticos e das justificativas infundadas do segmento empresarial, defensores da tese de que o Poder Judiciário sempre é favorável aos consumidores.

Para 9% dos magistrados entrevistados sobre as diferenças nas reivindicações apresentadas nos plantões judiciais, tanto em relação à saúde suplementar quanto ao SUS, os pilares contratuais dos planos privados de saúde constituíram os principais elementos distintos entre ambos os sistemas. Contudo, em situação de conflito de atendimento negado nas urgências e emergências médicas para usuários de planos privados de saúde, cabe elucidar que:

É possível supor que a dimensão da exclusão de coberturas é maior do que os casos que chegam à justiça. Como são situações urgentes, de vida e saúde, diante da negativa de cobertura os cidadãos e famílias tendem a arcar com os custos particulares ou mesmo buscam atendimento na rede pública, o que sobrecarrega e onera o sistema público de saúde (SCHEFFER, 2013, p. 130).

As negativas de atendimento pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que não são judicializadas podem suscitar o custeio particular direto do serviço ou a

tentativa de buscar atendimento no SUS, contribuindo para o enriquecimento ilícito do mercado de planos e seguros de saúde.

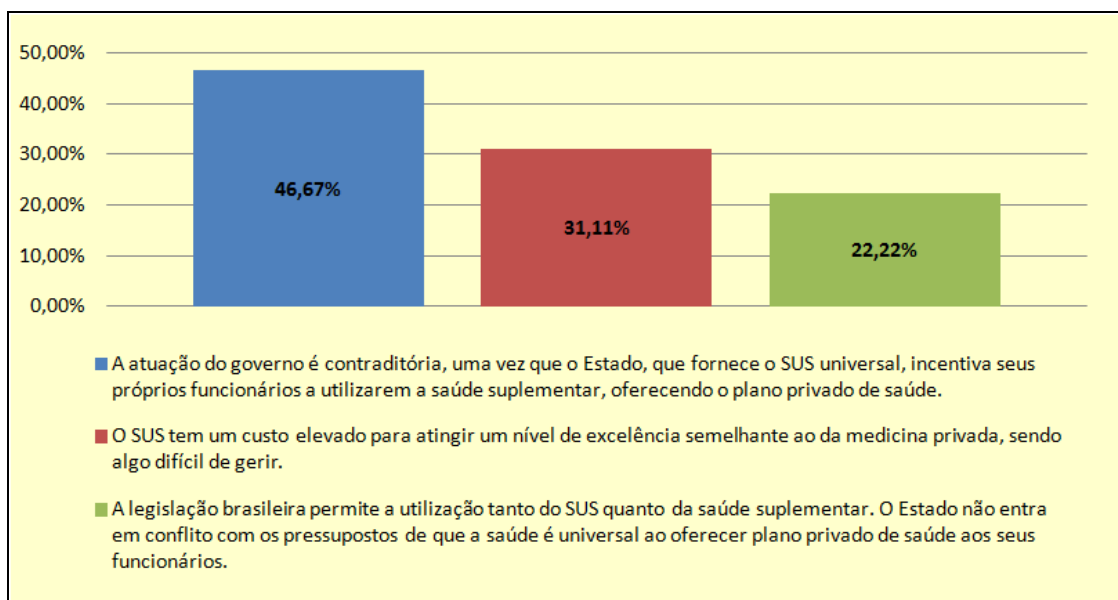
Como efeito, o enriquecimento ilícito das operadoras de planos privados de assistência à saúde repercute tanto nos orçamentos familiares, em razão dos pagamentos diretos aos atendimentos médicos negados, quanto nos gastos do SUS quando este atende usuários de planos em tais circunstâncias.

Quando entrevistados, 2% dos magistrados informaram ausência de conhecimento para responder o que diferenciaria o objeto de reivindicação entre saúde suplementar e SUS nos plantões judiciais.

7.1.7 A relação dos planos e seguros privados na universalidade do sistema nacional de saúde brasileiro

No contexto da universalização do acesso ao SUS e da crescente atuação governamental e dos sindicatos na busca por benefícios de planos privados de saúde para servidores públicos e associados, 46,67% dos magistrados desta pesquisa alegaram tratar-se de tema contraditório, em razão do reconhecimento do caos na saúde pública, além do fato de ser o próprio Estado – o ente que fornece o SUS universal – que incentiva seus funcionários e associados a utilizarem a saúde suplementar, oferecendo o plano privado de saúde. Para 31,11% dos entrevistados, o SUS tem custo elevado para atingir um nível de excelência semelhante ao da medicina privada, sendo algo difícil de gerir. Ao mesmo tempo, 22,22% alegaram que a legislação brasileira permite abertura para a utilização tanto do SUS quanto da saúde suplementar, portanto o Estado não entra em conflito com os pressupostos de que a saúde é universal, ao oferecer plano privado de saúde aos seus funcionários e associados (Gráfico 31).

Gráfico 31 – A avaliação do princípio da universalização do acesso ao SUS e a crescente atuação governamental e dos sindicatos nas buscas por benefícios de planos privados de saúde para servidores públicos e associados



Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: A autora, 2015.

A universalização da atenção à saúde pactuada pela seguridade social, expressa pela primeira vez na Constituição Federal de 1988, trouxe complexos desafios de consolidação, em razão das garantias formais de difícil operacionalização, decorrentes das disparidades sociais e econômicas brasileiras.

De acordo com Ferraz e Vieira (2009, p. 230), “[...] o Brasil está classificado entre os países de maior desigualdade de renda do mundo e que esse fator influencia os níveis de saúde da população geral”.

O Estado detém personalidade jurídica própria em relação aos seus direitos e deveres, por força de mandamento legal. No entanto, o Estado não se restringe a um sistema comum de normas, tampouco a ser mero provedor exclusivamente social e assistencialista.

Por conseguinte, os descontentamentos com as políticas públicas brasileiras requerem intervenção imediata do Poder Judiciário para enfrentar litígios neste segmento, considerando a natureza das diversas reivindicações fundamentadas. À medida que o avanço aos meios de comunicação trazia mais informação, os consumidores foram assumindo posições mais críticas e menos passivas no que tange às reclamações de seus direitos nas esferas pública e privada.

Para Rocha (2000, p. 97), “as políticas públicas são [...] a ação do Estado na mediação de interesses e do poder de diferentes sujeitos, o que implica vontade política no sentido de distribuir ou não o poder e de estender os benefícios sociais”.

O debate a respeito de planos e seguros privados de saúde constituir ou não benefícios sociais apresenta controvérsias, quando se avalia que há necessidade da contrapartida financeira de todos os interessados, para almejar a equidade tão longínqua aos bens e serviços de saúde.

É necessário um novo modelo de atenção que valorize a promoção da saúde e ao mesmo tempo ampare as demandas específicas de doenças, a partir de mudanças sociais e institucionais capazes de reorientar as políticas de saúde e a organização dos serviços públicos e privados (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

O modelo de atenção biomédico centrado na doença e em seus efeitos não estimula práticas de promoção à saúde e prevenção de moléstias, o que se agrava pelas variadas barreiras de acesso aos bens e serviços de saúde, tornando-se fundamental a implementação de políticas públicas eficazes e de fato disponíveis.

As políticas públicas classificadas como essenciais compreendem a concretização do mínimo existencial, derivado da certeza positiva em relação ao núcleo do princípio da dignidade da pessoa humana, não podendo esta concretização estar inteiramente sujeita aos propósitos do processo político (FONTE, 2013).

De acordo com Fonte (2013, p. 330), “[...] a fixação do mínimo existencial nos casos concretos depende de considerações empíricas que somente poderão ser feitas pelo julgador do caso”.

À luz da Carta Magna Brasileira de 1988, o direito à vida como mínimo existencial abrange a saúde; logo, não é difícil verificar que a saúde suplementar esteja sendo considerada inevitavelmente como uma extensão das prestações fundamentais do Sistema Único de Saúde, e que semelhante entendimento venha prevalecendo no âmbito dos plantões judiciais, quando o usuário consegue comprovar vínculo jurídico mínimo com as operadoras de planos privados de saúde.

Há dois parâmetros gerais que devem ser considerados pelos julgadores, com o objetivo de delimitar o mínimo existencial: a) o mínimo existencial deve corresponder às prestações que sejam passíveis de universalização; b) o mínimo existencial deve ter sua extensão delimitada pelo nível de tributação da sociedade, contemplando o esquema do seguro hipotético de Ronald Dworkin (FONTE, 2013).

Zavascki (2013, p. 140) acrescenta: “Para Dworkin, o limite é o que é universalizável, ou seja, o Direito Costumeiro”.

Os julgadores desta pesquisa se pautaram nos casos concretos individuais para decidir as situações caracterizadas como de urgência e emergência nos plantões judiciários, e consideraram a saúde como direito universalizado essencial e fundamental.

Todavia, as sociedades empresárias de planos privados de saúde não representam a magnitude das atribuições legais do Poder Público, e nem as substituem, independentemente de o cidadão ter ou não plano privado de saúde.

A saúde suplementar tem seu papel importante nas políticas públicas no sentido de que oferece cobertura para aquilo que foi contratado entre as partes, tornando-se imprescindível que o Estado invista no cumprimento efetivo de seu papel – sem onerar excessivamente aquilo que escapa do dever contratual das operadoras e, ao mesmo tempo, sem prescindir do seu dever de coibir práticas oportunistas de enriquecimento sem causa no mercado de planos privados de saúde –, a partir da competência normativa que lhe é vinculada, tal como ocorre no ressarcimento ao SUS, com fulcro no art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998.

A regulação da atividade privada pelo Estado e a supremacia do interesse público no campo da saúde tornam ímpar a discussão das suas formas de custeio, fomentando práticas de gestão que minimizem as desigualdades sociais. Desse modo,

[...] é necessário que o Estado atue no domínio econômico, sendo tal intervenção não só adequada, mas indispensável à consolidação e preservação do sistema capitalista. Se de um lado a Constituição assegura a livre iniciativa, de outro determina que as ações de saúde sejam mantidas por variadas fontes de custeio, sendo que, na composição destes princípios e regras, há de ser preservado e prepondera o interesse da coletividade (ARAÚJO, 2007, p. 131).

A gestão das políticas públicas dirigidas à promoção de melhorias nas formas de custeio da saúde exige vontade política, comprometimento, transparência e responsabilização orçamentária, com equilíbrio fiscal e maior independência do setor privado.

Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a regulamentação dos gastos tributários em saúde é reflexão relevante e necessária para a melhoria das políticas públicas, especialmente em relação à análise da renúncia relacionada às despesas com planos privados de saúde, de acordo com dados oficiais da Receita Federal do Brasil (RFB) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esses dados vêm demonstrar, no período de 2003-2012 (Tabela 2), uma estimada renúncia fiscal com gasto expressivo na área da saúde, considerando o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde, o que vem a traduzir uma

ineficiência do sistema de saúde (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014).

Tabela 2 – Proporção do gasto tributário com planos de saúde sobre o faturamento do mercado de planos de saúde (2003-2012)¹ – Brasil

Ano	Gasto tributário com planos de saúde (R\$ milhões)	Faturamento (R\$ milhões)	%
2003	3.102	28.743	9,3
2004	3.672	32.629	8,9
2005	4.239	37.270	8,8
2006	4.953	42.626	8,6
2007	5.688	52.206	9,2
2008	6.490	60.684	9,4
2009	6.409	65.810	10,3
2010	6.975	74.598	10,7
2011	7.767	84.657	10,9
2012	9.118	95.417	10,5

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2014), a partir de dados da Receita Federal do Brasil (RFB) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nota: ¹Soma da receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares e das operadoras exclusivamente odontológicas.

Há um crescente gasto tributário com planos privados de saúde por parte da população. Nota-se, em especial, que o igualmente crescente faturamento financeiro do mercado de planos privados de saúde é previsível e inversamente proporcional às receitas destinadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde, acirrando as desigualdades sociais de quem depende em exclusivo deste sistema, justo pelo fato de não ter acesso à saúde suplementar.

Os magistrados, quando indagados sobre o que pensavam a respeito de o próprio governo e os sindicatos incentivarem os servidores públicos e associados a adquirir planos privados de saúde, variaram entre três categorias de respostas: contradição, necessidade e naturalidade.

A contradição foi justificada por 46,67% dos magistrados, com alegação de que o incentivo do governo e dos sindicatos ao funcionalismo público civil ou militar ou a associados, para obtenção de plano privado de saúde, significava o reconhecimento do caos na saúde pública brasileira, especialmente quando o Estado figurava como o provedor do financiamento, em detrimento dos pressupostos constitucionais de acesso universal ao SUS.

O reconhecimento do caos estaria vinculado à lógica de mercado excludente, considerando que o direito à assistência universal aos bens e serviços na saúde passa a guardar relação com mecanismos de racionamento de gastos, cujo efeito é a deterioração da qualidade dos serviços públicos prestados. Dessa forma, encontram-se prejudicados os grupos sociais com maior potencial de organização na sociedade civil, tais como funcionários de indústrias, bancários e demais categorias, os quais almejam novas formas de financiamento da atenção à saúde, compreendendo a representatividade das cooperativas médicas e dos seguros privados de saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

O interesse pelo segmento privado na saúde passa a ter significado para todos os grupos sociais, não sendo diferente para o funcionalismo público civil ou militar e outros associados que comprovem vínculo com o Poder Público.

Para tanto, existe ampla divulgação de publicidades que atribuem inúmeras vantagens aos contratantes de planos e seguros de saúde, seja em qualidade, seja em economia. Tais publicidades induzem as expectativas de um suposto melhor serviço por menor custo financeiro, e vinculam a prerrogativa da segurança à prévia aprovação e à elegibilidade das operadoras por parte do próprio Poder Público, que além de fomentar a contratação no segmento de saúde suplementar, pode passar a figurar como parte dessa relação jurídica (Figuras 6 e 7 e Quadro 4, a seguir).

Nesse contexto, as publicidades oriundas do Poder Público, com vistas a incentivar a contratação de planos e seguros privados no funcionalismo público, apresentam diversos meios de divulgação: anúncio (Figura 6), carta (Figura 7) e Diário Oficial (Quadro 4), compreendendo todos os entes da Administração Pública – União, Estados e municípios, e contemplando variadas formas de custeio.

Figura 6 – Anúncio da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Saúde
Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Superintendência de Recursos Humanos

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Por favor, Identifique-se

VOCÊ É SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL?

Então este anúncio vai fazer um bem danado pra sua saúde.

Agora o Servidor Público, Civil ou Militar, do Estado do Rio de Janeiro pode ter um excelente plano de saúde. Pagando até 40% mais barato.*

A Aliança, uma das maiores administradoras de benefícios do país, foi credenciada pelo governo do Estado do Rio de Janeiro para oferecer planos em condições especiais para você, Servidor Público do Estado do Rio de Janeiro.

É assim: são planos das mais desafiadas operadoras de saúde e odontologia do país, que oferecem uma excelente rede de médicos, dentistas, hospitais, clínicas e laboratórios, outras vantagens...
É barato: preços até 40% mais baixos, se comparados a planos similares individuais.
É prático e seguro: você faz sua adesão exclusivamente por telefone, internet ou pelo posto de atendimento Aliança. E só paga depois do início da cobertura do seu plano.

Amil ASSIM Unimed RJ UNIODONTO

Central de Vendas Presencial
Rua da Ajuda, nº16 - Centro - RJ
Atendimento: Segunda a Sexta-feira

Mais informações:
www.aliancaadm.com.br/govrj

Fonte: A autora, 2015.

Figura 7 – Carta do Governo do Estado do Rio de Janeiro

A Aliança Administradora e o Governo do Rio de Janeiro trazem as melhores operadoras e seguradoras do Estado. Tenha cobertura com valores especialmente negociados para atender o servidor e seus familiares.

Valores menores que os dos planos individuais;
Ampla rede credenciada;
Planos nacionais e regionais;
Condições especiais de carências.

Consulte as condições especiais de carência no site.

Vendas realizadas:

ASSIM	a partir de R\$ 89,46 ¹
Golden Cross	a partir de R\$ 129,30 ²
SALUTAR	a partir de R\$ 74,79 ³
SulAmérica	a partir de R\$ 204,79 ⁴
Unimed RJ	a partir de R\$ 165,78 ⁵
Amil	a partir de R\$ 144,40 ⁶

Pessoalmente
Avenida Nilo Pecanha - nº 50
Edifício Rodolpho De Paoli - 3º andar - Sala 310
Rio de Janeiro/RJ
Atendimento de segunda a quinta-feira, de 8h às 18h e sexta-feira de 8h às 17h.
Tel: (21) 2532-5681
(21) 2532-5393
(21) 2532-5534

Pelo site
www.aliancaadm.com.br/govrj

Por telefone
3004 7009
(capitais e regiões metropolitanas)
0800 254 2622
(demais regiões)

Para adesão é necessária a comprovação de vínculo ao Governo do Estado do Rio de Janeiro. Planos de saúde e seguros-saúde coletivos com regras contratuais distintas dos planos e seguros individuais, segundo Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da ANS. Informações resumidas. Condições contratuais para telefones 3004 7009 (capitais e regiões metropolitanas) / 0800 254 2622 (demais regiões) ou pelo site www.aliancaadm.com.br/govrj. 1- Plano Rio Clássico da Assim Saúde, de 0 a 18 anos, acomodação em enfermaria, sem coparticipação. 2- Plano Golden Care 1 da Golden Cross, sem coparticipação, 0 a 18 anos, acomodação em enfermaria. 3- Plano Clássico Regional, sem coparticipação, 0 a 18 anos, acomodação em enfermaria. 4- Seguro-saúde Estado RJ da SulAmérica, de 0 a 18 anos, acomodação em enfermaria, sem coparticipação. 5- Plano Alta 02 com Dental da Unimed Rio, de 0 a 18 anos, acomodação em enfermaria, sem coparticipação. 6- Plano Medial 300 02 da Amil, de 0 a 18 anos, com coparticipação, acomodação em enfermaria.

Fonte: A autora, 2015.

Quadro 4 – Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal sobre os valores de ressarcimento de plano privado de saúde por renda (reais) e faixa etária (anos)

PORTARIA Nº 625, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2012

A MINISTRA DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 87, parágrafo único, II, da Constituição e o Anexo I do Decreto nº 7.675, de 20 de janeiro de 2012, e considerando o disposto no art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e na Portaria Normativa nº 5, de 11 de outubro de 2010, resolve:

Art. 1º Os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH nº 5, de 11 de outubro de 2010, deverão observar, a partir de 1º de janeiro de 2013, os valores per capita constantes do Anexo desta Portaria.

Art. 2º Excluem-se dos critérios estabelecidos nesta Portaria o Ministério das Relações Exteriores, no que tange a planos de saúde contratados para atender aos servidores no exterior, e o Banco Central do Brasil.

Art. 3º Fica sem efeito a Portaria Conjunta SRH/SOF/MP nº 1, de 29 de dezembro de 2009.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MIRIAM BELCHIOR

RENDA (REAIS) / IDADE	ANEXO									
	FAIXA 01	FAIXA 02	FAIXA 03	FAIXA 04	FAIXA 05	FAIXA 06	FAIXA 07	FAIXA 08	FAIXA 09	FAIXA 10
Remuneração ou Subsidio de 0000 - 1.499	00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 OU +
Remuneração ou Subsidio de 1.500 - 1.999	121,94	127,69	133,42	134,60	138,62	143,22	154,98	157,44	159,90	167,70
Remuneração ou Subsidio de 2.000 - 2.499	116,19	121,94	125,67	127,69	131,72	136,33	141,42	149,76	157,10	159,90
Remuneração ou Subsidio de 2.500 - 2.999	110,44	116,19	117,92	121,94	125,97	130,57	139,86	142,08	144,30	152,10
Remuneração ou Subsidio de 3.000 - 3.999	105,84	110,44	112,16	116,19	120,72	124,82	133,56	135,68	137,80	144,30
Remuneração ou Subsidio de 4.000 - 4.999	100,08	105,84	107,56	110,44	114,46	119,07	127,26	129,28	131,30	137,80
Remuneração ou Subsidio de 5.000 - 5.999	90,88	93,18	94,91	95,48	99,51	104,11	105,84	107,52	109,20	111,80
Remuneração ou Subsidio de 6.000 - 7.499	87,43	88,58	90,31	90,88	94,91	99,51	100,80	102,40	104,00	106,60
Remuneração ou Subsidio de 7.500 ou mais	82,83	83,98	85,70	86,28	90,31	94,91	95,76	97,28	98,80	101,40

Fonte: BRASIL, 2012d.

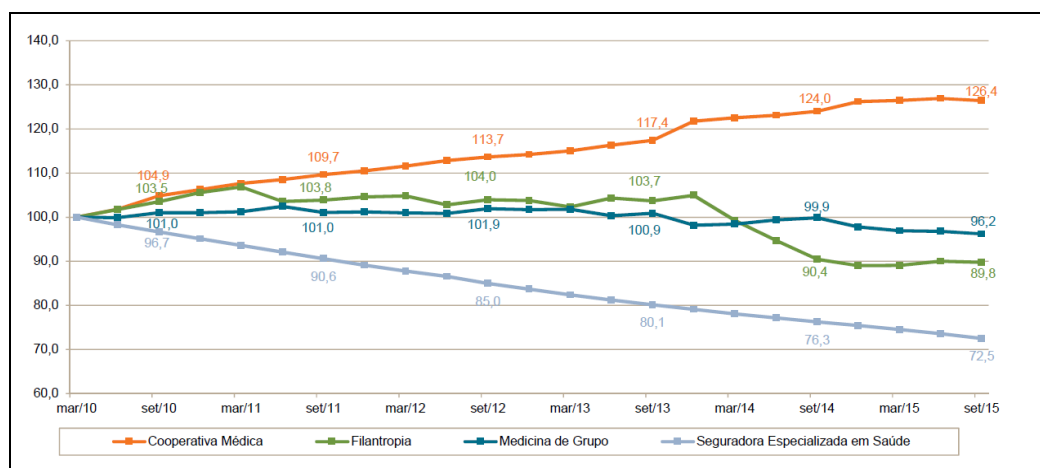
Nota-se que, a exemplo dos incentivos à contratação de planos privados de saúde proporcionados pelo Poder Público ao funcionalismo público, tanto o anúncio (Figura 6) quanto o conteúdo da carta postada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro aos servidores públicos civis estaduais (Figura 7) apresentam a informação atrativa de que a contratação coletiva abrange custo financeiro menor que o dos planos individuais ou familiares. Entretanto, não há prévia conscientização aos destinatários de que a contratação coletiva permite rescisão unilateral imotivada pelas operadoras nos planos coletivos, após um período de um ano, nos termos do art. 17, parágrafo único, da Resolução Normativa nº 195, de 2009 da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009); além disso, não há aviso de que a vedação à rescisão contratual unilateral é restrita aos planos individuais, conforme parágrafo único do art. 13, incisos II e III da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

Destarte, chama atenção o fato de que essas publicidades (Figuras 6 e 7) refletem possíveis interesses ocultos, avessos ao interesse público, e poderão como efeito ensejar cancelamentos em massa de planos individuais ou familiares, relativamente mais seguros do que os planos coletivos. Paralelamente a essa situação, conforme mostra o Gráfico 32, o mercado está deixando de comercializar planos individuais ou familiares para afastar-se do escopo regulatório e fiscalizatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar, passando a comercializar apenas planos empresariais e de adesão, os quais têm características contratuais mais prejudiciais aos consumidores, especialmente, em relação à rescisão unilateral de contrato por ordem da operadora, e à maior liberdade para o reajuste dos planos privados de saúde a partir das negociações coletivas.

De acordo com Figueiredo e Vecina Neto (2014), os reajustes dos planos individuais e familiares novos, posteriores à regulamentação na saúde suplementar, são controlados pela

ANS, responsável por fixar seus tetos máximos, cujo indexador é o dado obtido a partir da média ponderada dos reajustes em planos coletivos livremente negociados entre contratantes e operadoras de planos privados de assistência à saúde (Gráfico 32).

Gráfico 32 - O número - índice de beneficiários em planos individuais de assistência médica, segundo a modalidade da operadora (Brasil - junho/2010 – junho/2015)



Fonte: Caderno de informação da saúde suplementar – dados preliminares sujeitos a revisão, os quais podem incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo, referentes ao período de março de 2010 a setembro de 2015, adaptado do Sistema de Informação dos Beneficiários (SIB) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015a).

De acordo com Trettel (2010), a ANS não regula completamente o setor de planos de saúde no âmbito dos contratos coletivos e antigos contratados antes da Lei nº 9.656 de 03/06/1998, ou seja, antes da vigência desta em 02/01/1999, especialmente quanto a não aplicação do Código de Defesa do Consumidor como prática fiscalizatória e punitiva nos referidos contratos.

Como a regulação setorial no contexto da saúde suplementar brasileira prevê a possibilidade de não comercialização de planos individuais ou familiares, conforme art. 3º da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 19, de 25/03/1999 (CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1999), é admissível uma reflexão crítica à medida que os planos individuais vêm sendo paulatinamente substituídos por planos coletivos, a ponto de inaugurar um retrocesso regulatório, considerando a previsibilidade do retorno do cenário de insegurança contratual para os consumidores, à semelhança do que ocorria na época anterior à regulamentação dos planos privados de saúde.

Outro problema que poderá surgir com a predominância de comercialização de planos coletivos é a perspectiva de que somente os consumidores vinculados a uma pessoa jurídica

conseguirão ter plano privado de saúde. Nesse cenário, caso tais consumidores tenham que enfrentar rescisão unilateral por iniciativa da operadora, ou eventual desemprego lhes faça perder esse vínculo, haverá grande fluxo de pessoas com opção exclusiva para o SUS, considerando a escassa oferta de contratação de planos individuais ou familiares no mercado, bem como o pouco tempo assegurado para manutenção de plano privado de saúde aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aos aposentados, à luz dos artigos 30, parágrafo primeiro e 31, parágrafo primeiro da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), respectivamente.

Em razão dos vínculos instáveis e dos reajustes dos preços livremente negociados nos planos de saúde coletivos, agravados pela atual crise na saúde brasileira, torna-se preocupante o aumento de contingente de atendimento no SUS, bem como o acirramento das dificuldades de acesso e da disputa por ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, no âmbito da saúde pública.

De outro lado, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei nº 288 de 2012, que obriga todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde a comercializarem todos os produtos em todas as modalidades de contratação: individual ou familiar, coletiva empresarial, e coletiva por adesão (BRASIL, 2012c).

Todavia, considerando a livre iniciativa privada e a lacuna da Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1988) para determinar a obrigatoriedade de comercialização de planos privados de assistência à saúde pelas operadoras em todas as contratações, especialmente nas individuais ou familiares, verificam-se normas da ANS que permitem suspensões ou cancelamentos de comercialização destes planos, a pedido das operadoras de planos privados de saúde, conforme art. 12, incisos II e III, da Resolução Normativa nº 85, de 07/12/2004 da Diretoria Colegiada da ANS e suas alterações posteriores (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2004).

Por sua vez, o sistema de saúde no Brasil, como se percebe, apresenta um conjunto de segmentos heterogêneos que se relacionam de forma desarticulada, e ao mesmo tempo permite que consumidores e os próprios servidores públicos façam suas escolhas, sem, contudo, prescindir das prestações devidas pelo Poder Público no que tange à garantia de uma saúde universal e ampla, sem distinções formais de qualquer natureza.

Não obstante, o subsistema saúde da seguridade social tem característica redistributiva, pois, ainda que ampare toda a população, tem maior significado econômico para os mais carentes, excluídos dos custos dos serviços médicos que lhes caberiam, e necessitados de atendimento público (COSTA, 2008).

Quanto aos servidores públicos com diferentes níveis de remuneração, constata-se que a preocupação do governo foi utilizar os princípios constitucionais da seletividade e distributividade em favor dos mais carentes, por faixa salarial e por idade, no que se refere à participação da União no financiamento da assistência à saúde suplementar destes servidores e demais beneficiários segundo a Portaria Normativa da Secretaria de Recursos Humanos (SRH) nº 5, de 11 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010a), tal como redação a seguir estabelecida pela Portaria nº 625, de 21 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

Conforme procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal em relação aos valores de ressarcimento de plano privado de saúde (Quadro 4), é verificável que quanto maior for a remuneração ou subsídio do servidor público menor será o financiamento da assistência à saúde suplementar, no que se refere à participação da União, e vice-versa. Esse benefício é devido a todos os servidores, ativos, inativos e pensionistas, sendo de caráter indenizatório e realizado mediante ressarcimento, desde que comprovada a contratação particular de plano de assistência à saúde suplementar que atenda às exigências previstas no art. 26 da Portaria Normativa da SRH nº 5, de 11/10/2010, publicada no Diário Oficial da União de 13/10/2010 (BRASIL, 2010a).

As respostas de 31,11% dos magistrados entrevistados nesta pesquisa, sobre a necessidade de o governo brasileiro e sindicatos incentivarem o funcionalismo público e associados a contratarem planos privados de saúde, relacionaram-se à impossibilidade ou dificuldade de cumprir na prática os ditames constitucionais universais para atenção à saúde a um nível mensurável de padrão de qualidade excelente.

De acordo com 22,22% dos magistrados, não há problemas no fato de o governo brasileiro e os sindicatos promoverem incentivos para financiamento de planos privados de saúde a servidores públicos civis, militares, ou seus associados, em virtude de já existir previsão expressa no texto legal, no que se refere à liberdade contratual para iniciativa privada. Tais incentivos são percebidos pelos entrevistados como algo natural, compatível com a opção de cada usuário entre usar o SUS ou adquirir planos privados de saúde. As categorias de necessidade e naturalidade no âmbito do SUS, em relação à oferta de serviços pelo mercado de planos privados de saúde, encontram-se demonstradas na seguinte passagem:

[...] o Sistema Único de Saúde é visto como aparato público e cerne do Sistema Nacional de Saúde. É a base desse sistema sobre vários aspectos, tanto no sentido da organização geral da política de saúde e, portanto (tomando o âmbito governamental como campo de práticas de formulação), de decisão nuclear sobre o sentido do campo, como de práticas regulatórias, avaliativas, de financiamento e, inclusive, nucleares, na própria constitutividade das redes de cuidado. Nisso, os setores

privados entram para complementar: como quando o sistema único não tem capacidade de oferta de certos tipos de procedimentos, então vai-se ao “mercado de procedimentos” e se faz compras. O suplementar vem do reconhecimento de que há um setor privado com uma clientela de consumidores específica, a de consumidores do produto “plano de saúde”, apesar de continuarem sendo também clientela-cidadão do SUS (MERHY, 2012, p. 274).

Dessa maneira, o setor complementar da saúde no âmbito privado é entendido como necessário, quando o SUS não tem a oferta de determinados tratamentos, procedimentos e serviços importantes para continuidade assistencial e de finalidade diagnóstica para identificação de certos sinais e sintomas de doenças da população. De outro lado, o setor suplementar da saúde seria uma naturalidade, considerando a faculdade de pessoas físicas ou jurídicas consumirem planos e seguros de saúde privados, sem, no entanto, enfrentarem óbices para acesso aos bens e serviços do SUS.

O acesso sem óbices significa o alcance universal possível de todos os cidadãos brasileiros a uma ação ou a um serviço de saúde, sem restrição legal, econômica, física ou cultural (PAIM, 2009).

Todavia, o acesso aos bens e serviços do SUS não é equânime, em razão de dificuldades multifatoriais, e nem todas as demandas de atendimento conseguem ser supridas, o que acaba por criar dicotomia entre os usuários que dependem exclusivamente do SUS e aqueles que dispõem de planos privados de saúde, com ou sem intermediação de pessoa jurídica.

Portanto, o acesso aos serviços de saúde apresenta grandes desigualdades, especialmente em relação à distribuição de recursos, gerando tratamento diferenciado e não isonômico entre os mais necessitados (PAIM, 2009).

Por sua vez, uma das possíveis razões para esse cenário reside no fato de existirem serviços públicos de saúde com a mesma cobertura que a ofertada pelos seguros privados suplementares, o que afeta a universalidade dos sistemas nacionais de saúde, gerando desigualdades, como é o caso de países como Brasil, Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália e Grécia (SANTOS, 2011).

De outro lado, seguros privados complementares que ampliam o acesso aos serviços não cobertos nos sistemas públicos de saúde, ou que exigem copagamento a estes sistemas, a fim de proporcionar cobertura para medicamentos, serviços de saúde bucal e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica – são crescentes em países europeus, tais como: França; Luxemburgo; Dinamarca; Bélgica; Alemanha; Holanda; Áustria; Suíça, e Estados Unidos. Neste último país, alguns idosos que têm o *Medicare* o complementam com o seguro privado,

mas grande parte da população americana não tem renda para custear copagamento do seguro privado (SANTOS, 2011).

Quando o sistema de saúde é do tipo substitutivo, o consumidor deve optar entre o serviço público e o seguro privado de saúde, sendo este quadro comum na Alemanha, na Holanda e no Chile (SANTOS, 2011).

É cediço o fato de que, na prática, o modelo de atenção à saúde brasileiro é excludente e fragmentado, tendo em vista que:

[...] o acesso aos serviços é focalizado e seletivo para responder a uma determinada queixa, tecnologicamente atrasado e discriminatório, dirigido ao usuário de baixa renda que tem menor qualificação no setor formal da economia e à população excluída socialmente (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003, p. 815).

Esse cenário de desigualdade de acesso aos bens e serviços na saúde compreende diferentes concepções do SUS, as quais para Paim (2009) incluem: o SUS para pobres, pautado na ideia de proteção social simples e residual para aqueles que não podem resolver seus problemas no mercado; o SUS real, que reconhece o direito à saúde, mas está impregnado de clientelismo político nas instituições públicas e da gestão pública dependente do setor econômico e privado; o SUS formal, previsto na Carta Magna de 1988, em constituições estaduais e demais regulamentações infraconstitucionais, distante da realidade dos serviços públicos; e o SUS democrático, oriundo da Reforma Sanitária, que teria como papel primordial assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros.

Segundo Esmeraldi e Lopes (2015), o sistema privado de saúde assume grande relevância ao suplementar o serviço de assistência à saúde pública estatal, pois existe expressa previsão constitucional, associada às responsabilidades e aos mecanismos de controle inerentes ao Poder Público neste processo, especialmente em relação à garantia de que o serviço contratado será prestado pelo mercado privado.

Nos termos do art. 4º da Lei nº 8.080, de 1990, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, Administração Direta e Indireta e fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990b).

De acordo com a própria Lei nº 8.080, de 1990, com previsão expressa em seu art. 4º, parágrafo segundo, a iniciativa privada poderá participar das ações e dos serviços do SUS, em caráter complementar (BRASIL, 1990b).

Diferentemente do caráter complementar da iniciativa privada, nas ações e nos serviços do SUS destaca-se o segmento suplementar da saúde que, para Ribeiro, Piola e Servo (2007), representa os planos e seguros privados de saúde, sendo a vinculação um ato volitivo eletivo às expensas financeiras das famílias e/ou dos empregadores.

Esmeraldi e Lopes (2015) e Lottenberg (2007) percebem os planos de saúde como benefícios vinculados às sociedades empresárias e aos entes privados; o próprio legislador corroborou este significado, tratando como beneficiários o consumidor em geral e o usuário de planos ou seguros privados de saúde, uma vez que o termo “beneficiários” aparece disposto inúmeras vezes nos art. 8º, §3º, alíneas “a”, “b” e “d”; *caput* do art. 11; parágrafo único do art. 11; art. 12, inciso VI; art. 16, incisos V e VIII; art. 22, §2º; *caput* do art. 30; art. 30, §1º; *caput* do art. 31; art. 31, §1º e art. 35, §3º da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998).

O termo beneficiário é definido por Larousse (2007, p. 163) como “[...] Aquele, segurado ou dependente, que tem direito à prestação de serviços e benefícios”.

De outro lado, a Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998), acrescida da Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001 (BRASIL, 2001c), conceitua plano privado de assistência à saúde como:

[...] prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998, p. 1).

Para Santos (2009), não há diferenciação entre os conceitos de planos privados de assistência à saúde e seguros privados de saúde, visto que os efeitos são similares para o sistema de saúde como um todo, considerando a terminologia internacional “Private Health Insurance” (PHI) que abrange todo tipo de plano ou seguro privado.

A Lei nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) conceituou apenas os planos privados de assistência à saúde, e a terminologia detalhada referente aos seguros de saúde comercializados pelas sociedades seguradoras especializadas não está expressa na Lei nº 10.185, de 12/02/2001 (BRASIL, 2001a), que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde, e demais providências.

Não obstante, os seguros-saúde foram precipuamente instituídos pelo Decreto - Lei nº 73 de 21/11/1966, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as

operações de seguros e resseguros e estabelece outras providências. Conforme art. 129 do Decreto - Lei nº 73, de 1966, os seguros-saúde têm como finalidade oferecer cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar (BRASIL, 1966).

A cobertura para riscos assistenciais em saúde está compreendida na modalidade de seguro-saúde em que a livre escolha dos prestadores de serviços é condição obrigatória, e o pagamento das despesas cobertas por este tipo de seguro dependerá de apresentação da documentação médico-hospitalar que possibilite a identificação do sinistro, de acordo com art. 130, §2º e art. 132, respectivamente, do Decreto - Lei nº 73, de 1966 (BRASIL, 1966).

Todavia, nos planos privados de saúde, as características de livre escolha dos prestadores de serviços, bem como o reembolso das despesas de assistência médica e hospitalar pelos usuários, dependerão de expressa previsão contratual, não sendo condições obrigatórias como as estipuladas taxativamente para os contratos de seguros-saúde à luz do Decreto - Lei nº 73, de 1966 (BRASIL, 1966).

Impende, contudo, ressaltar que tanto os planos privados de assistência à saúde quanto os seguros-saúde estão subordinados à regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme as Leis nº 9.656 de 1998 (BRASIL, 1998) e nº 10.185 de 2001 (BRASIL, 2001a), a partir de competência que lhe é atribuída pela Lei nº 9.961, de 2000 (BRASIL, 2000).

Ante a diversidade dos resultados desta pesquisa, referentes à percepção da magistratura acerca do princípio da universalização do acesso ao SUS e sua relação com os incentivos que o Poder Público e sindicatos oferecem aos seus interessados para aquisição de plano ou seguro-saúde no âmbito privado –, as divergências se aproximaram, em apertada síntese, no pressuposto de que o SUS real de maneira geral carece de estrutura para cobrir e gerir todos os serviços de saúde para a população.

De outro lado, convém assinalar que, quanto à pluralidade de acesso básico da população aos serviços de saúde no Brasil, os sistemas de ‘clientela fechada’, caracterizados como aqueles de acesso restrito para atenção à saúde aos servidores públicos, civis e militares, são financiados com recursos públicos e contribuições dos próprios servidores (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Contudo, nos segmentos privados, a possibilidade de deduzir, na declaração de imposto de renda, as despesas com assistência médica, laboratorial, hospitalar e com planos de saúde, constitui também uma forma mais indireta de financiamento público, em cotejo à forma direta presente no segmento de provedores privados considerados autônomos, os quais

para terem acesso direto aos bens e serviços no ramo da saúde realizam pagamento no ato do atendimento (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Todavia, chama atenção o fato de que, embora não esteja claro se o Estado deva necessariamente configurar-se como provedor de todas as responsabilidades e prescindir da participação do mercado privado, a fim de atender aos anseios de contratação de parte da população com aptidão econômica para obtenção de serviços de saúde de boa qualidade – assiste-se à minimização e ao descaso na atuação estatal quanto ao exercício de sua função garantidora do direito que o cidadão tem de ser protegido contra a doença, à medida que se abrem espaços para a iniciativa privada (HAGUETTE, 1994).

Nesse contexto, Souza (2005, p. 37), observa que “a herança da concepção da saúde restrita à assistência médica e pertinente à esfera privada contrapôs-se à definição da saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.

Tanto o SUS, com as coberturas formalmente mais amplas como preceito constitucional universal, quanto à saúde suplementar, com as restrições contratuais fixadas por tipos específicos de planos de saúde, relacionam-se no âmago das escolhas dos serviços assistenciais oferecidos, ao atenderem perspectivas individuais distintas e/ou propósitos de empregadores para com seus empregados. O dever do Estado com as prestações do mínimo existencial previsto na Carta Magna de 1988 não se encerra com as buscas independentes por qualidade na saúde, seja com patrocínio direto ou indireto do poder público. Quanto ao modelo hospitalocêntrico, destaca-se a seguinte crítica:

A perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença, apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos à vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Do mesmo modo que o todo é sempre mais que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 147).

A saúde transcende o estado da ausência de doença, porque representa relação com aspectos que vão além do bem-estar físico, mental e espiritual, compreendendo uma infinidade de conceitos e parâmetros destinados a alcançar a felicidade ligada à plenitude da satisfação de uma escala de necessidades, pautada em projetos de vida traçados por cada ser humano inserido em seu ambiente, contexto social e cultural.

Assim, torna-se um desafio tratar a saúde de forma mais fortalecida pelo todo, e não pela lógica cartesiana que fragmenta as necessidades em partes, nas relações desumanizadas do modelo biomédico tradicional.

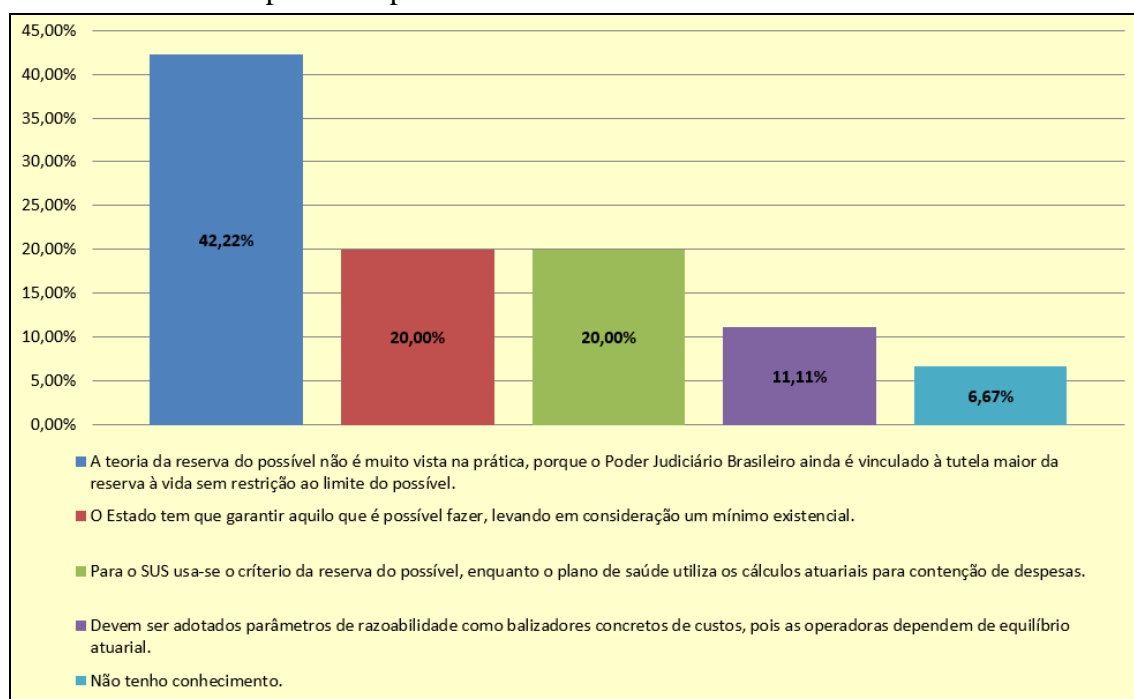
7.1.8 A teoria da reserva do financeiramente possível nos âmbitos da saúde pública e privada

Acerca da teoria da reserva do financeiramente possível nos âmbitos da saúde pública e privada, 42,22% dos entrevistados informaram que a teoria da reserva do possível não é muito aplicada, porque o Poder Judiciário Brasileiro ainda está vinculado à tutela maior da reserva à vida sem restrição ao limite do possível.

Enquanto 20% dos magistrados afirmaram que o Estado precisa garantir aquilo que é possível fazer, levando em consideração um mínimo existencial, outros 20% alegaram que, para o SUS, usa-se o critério da reserva do financeiramente possível, ao passo que, para as operadoras, os cálculos atuariais sobressaem a fim de racionalizar as despesas com os usuários de planos privados de saúde.

Em contrapartida, 11,11% informaram que deveriam ser adotados parâmetros de razoabilidade como balizadores concretos de custos, pois as operadoras dependem de equilíbrio atuarial, enquanto 6,67% alegaram que não dispõem de conhecimento para responder a essa pergunta (Gráfico 33).

Gráfico 33 – As decisões judiciais desfavoráveis para os consumidores, as quais giram em torno da teoria da reserva do financeiramente possível nos âmbitos da saúde pública e privada



Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: A autora, 2015.

De acordo com Gonçalves (2011), a teoria da reserva do possível tem sua concepção original no Tribunal Constitucional alemão, e seu sentido próprio resume-se àquilo que o indivíduo racionalmente pode exigir da sociedade, observando-se um limite básico na prestação social, eximindo o magistrado da seleção de prioridades de alocação de recursos à disposição do Estado.

Todavia, o Poder Judiciário tem possibilidade de atuar no controle da omissão estatal em favor de segmentos socialmente mais frágeis, sem usar como base o argumento contrário de interferência orçamentária, considerando que não se pode associar a reserva do possível exclusivamente à disponibilidade de orçamento para atender determinado direito (GONÇALVES, 2011).

Segundo Wang (2008), a escassez dos recursos orçamentários em relação aos custos dos direitos não pode compreender total supremacia aos direitos fundamentais, uma vez que se trata apenas de um dos elementos, mas não o único a ser levado em consideração. Contudo, a questão dos direitos à saúde compreende a delimitação das políticas públicas, especialmente quando:

O orçamento público é um ato essencialmente político que depende de lei. Portanto, não é crível que se imagine que a proteção individual dos direitos subjetivos dependa de vontade política do Poder Legislativo ou do Executivo quanto à elaboração do orçamento, pois seria o mesmo que esvaziar o princípio do Estado de Direito. Contudo, o que pode ser considerado, não para o reconhecimento do direito subjetivo, mas visando a conferir efetividade à execução da sentença ou da decisão de urgência, são os recursos humanos, materiais ou financeiros disponíveis pela Administração Pública, tais como: a falta de profissionais especializados, de leitos em hospitais, de aparelhagem para tratamentos e exames etc. Isso porque, em geral, a realização judicial dos direitos dos demandantes não pode atingir bens ou serviços necessários à continuidade de uma atividade pública essencial, impondo-se, assim, a busca de um equilíbrio entre os interesses privados e o interesse público (PERLINGEIRO, 2012b, p. 199).

Os custos das políticas públicas geram debates com inúmeros desafios aos planejamentos estratégicos do Poder Público, na busca de uma solução mais razoável, contínua, igualitária e efetiva, sem desmerecer o direito de cada cidadão, mas sem se desvincular do interesse público para não onerar demasiadamente a coletividade.

Desse modo, as políticas públicas contemplam as ações e programas para proporcionar efetividade aos comandos gerais impostos pela ordem jurídica, para os quais é necessária a ação do Estado, uma vez que não constituem fenômenos estritamente ligados aos direitos fundamentais prestacionais, embora exista forte relação entre ambos (FONTE, 2013).

A relação entre a ação do Estado e a política pública como regra geral tem sua execução dependente de gastos públicos, o que torna o processo político-jurídico o definidor de dispêndio público originado das políticas públicas (FONTE, 2013).

Para Trugilho (2008), há necessidade da intervenção do Poder Judiciário para assegurar controle das omissões das prestações devidas na saúde, a partir da rotineira invocação da teoria da reserva do possível pelo Poder Público, que se exige das prestações mais básicas e necessárias à sociedade civil. Nesse sentido, corrobora-se uma relação mais próxima da reserva do possível em relação aos direitos e garantias fundamentais, considerando que:

O princípio da reserva do possível é alvo de fervorosos debates entre juristas, pois, não obstante, tem sido invocado em várias circunstâncias, seja com escopo de justificar possíveis omissões estatais, ou mesmo para servir de parâmetro, visto que, nem sempre “o possível” é tão restrito como se deseja demonstrar. Principalmente porque há grande movimento internacional com intuito de efetivar os direitos e garantias fundamentais do homem (LEITE QUEIROZ; LIRA, 2012, p.1).

A saúde é um direito fundamental de garantia constitucional, e a sua efetivação é obrigatória pelo Estado; porém, nos planos privados de saúde, os contratos estabelecem as condições que deverão prevalecer entre as partes, afastando-se da natureza social e universal para acesso aos bens e serviços.

Cumprir destacar que grande parte dos magistrados entrevistados tratou a saúde como um direito fundamental no âmbito dos plantões judiciários, não importando a natureza social ou contratual constituída; dentro desta lógica priorizam-se a vida e a necessidade de evitar o risco de uma lesão ou doença grave.

De outro lado, quando a responsabilidade do não atendimento pelos planos privados de saúde é reduzida a um problema exclusivo do consumidor, aponta-se sério drama social na política de regulação destes planos, o que protagoniza o Poder Judiciário na intervenção dos conflitos.

Por sua vez, nos casos de urgência e emergência da saúde suplementar, a avaliação do vínculo contratual mínimo entre o usuário e a operadora de planos privados de saúde aparentemente é uma condição tão importante quanto à comprovação de um laudo médico assistencial que ateste situação de risco real de morte para o demandante, ou de agravamento de uma lesão ou doença. Não obstante, as disposições contratuais quanto às restrições específicas para as diferentes segmentações dos planos de saúde – inadimplência, períodos de

carência, ou Cobertura Parcial Temporária para doenças e lesões preexistentes – não foram compreendidas como óbices imediatos à demanda do usuário, pleiteada no plantão judiciário.

Em contraponto, vale ressaltar que, no contexto desta pesquisa, a teoria da reserva do possível foi atribuída por 20% dos magistrados às prestações obrigacionais, imputadas ao Estado para a concessão de acesso aos serviços e tratamentos no Sistema Único de Saúde, ao passo que as prestações devidas às sociedades empresariais ficaram limitadas a contratos de planos ou seguros de saúde. Ao mesmo tempo, outros 20% afirmaram que as obrigações prestacionais do Estado corresponderiam a um mínimo existencial, relacionado especificamente à teoria da reserva do possível.

Contudo, percebeu-se que, na prática, a teoria da reserva do possível não preponderou na maioria das decisões dos plantões judiciários, de acordo com 42,22% dos magistrados entrevistados, que entenderam não haver restrição ao limite do possível quando o maior bem tutelado é a vida humana em risco concreto. Essa situação converge para uma concepção doutrinária brasileira comumente afastada da concepção geral e material da sociedade e do Estado alemães, voltada para o prisma da essencialidade do que se pode exigir individualmente da sociedade, em razão da escassez de recursos e das inúmeras pretensões (GONÇALVES, 2011).

Segundo Trugilho (2008), a reserva do possível é inaplicável no Estado democrático de direito brasileiro, com base nos princípios da aplicabilidade imediata das normas constitucionais relacionadas aos direitos fundamentais e ao mínimo existencial, além das cristalinas disparidades sociais entre Brasil e Alemanha.

Dessa forma, a concepção da doutrina brasileira acerca da reserva do financeiramente possível costuma ser em sentido inverso à concepção originária alemã, a fim de possibilitar a determinação ao Estado de prestações relacionadas a um direito social compatível com a reserva do impossível, uma vez que se observam ingerências judiciais no âmbito político de elaboração e execução orçamentária, de acordo com as escolhas nas políticas públicas (GONÇALVES, 2011).

Assim, ao mesmo tempo em que se verifica a reserva do possível como uma invocação frequente argumentada pelo Poder Público que passa a não atender os direitos mais basilares da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, confirma-se também a tendência de um Poder Judiciário despreocupado com as ponderações orçamentárias, com as consequências de suas decisões judiciais, e com os impactos socioeconômicos nas políticas públicas. Apenas 11,11% dos magistrados entrevistados argumentaram a importância de

controlar os custos orçamentários das operadoras de planos privados de saúde, ao passo que 6,67% alegaram desconhecimento sobre a matéria.

Para Ferraz e Vieira (2009), o Poder Judiciário Brasileiro interpreta a saúde como um direito individual à assistência médica ilimitada, a partir de sustentabilidade restrita somente aos princípios constitucionais de equidade e universalidade, o que busca conceder atendimento ilimitado para alguns, em detrimento de serviços e ações como benefícios de outros.

Silva (2005, p. 12) observa que “[...] nenhum direito cuja efetividade pressupõe um gasto seletivo dos valores arrecadados dos contribuintes pode ser protegido de maneira unilateral pelo Judiciário sem considerações às consequências orçamentárias [...]”.

Por conseguinte, o tratamento da saúde, segundo o pilar principiológico da dignidade da pessoa humana, é um desafio crescente às atribuições e competências da Administração Pública, sendo fundamental a competência do Poder Judiciário para lidar com os detalhes da violação deste princípio, de acordo com o caso concreto.

Segundo um estudo transversal e a análise de dados eletrônicos de 558 acórdãos da segunda instância proferidos pelos Tribunais de Justiça dos Estados de Minas Gerais (TJMG), Rio Grande do Sul (TJRS) e Pernambuco (TJPE), comprovou-se maior frequência de ações individuais em comparação às ações coletivas. Semelhante quadro suscitou reflexões sobre possíveis aumentos de desigualdades oriundas de privilégios individuais, em contraposição ao direito à vida e à saúde nas esferas individual e coletiva (TRAVASSOS *et al.*, 2013).

Os resultados da pesquisa de Travassos *et al.* (2013) mostram a importância das ações coletivas, que abrangem maior quantidade de demandantes alcançados, pois nas ações individuais os efeitos da coisa julgada se estabelecem apenas entre as partes que litigam nos processos judiciais, conforme já explanado. Dessa forma, para maior eficácia e celeridade processual no âmbito judicial tem-se que:

Não é difícil perceber que a ação civil pública, ao propiciar o acesso à Justiça de um largo espectro de conflitos metaindividuais, não pode ter mitigada a eficácia *erga omnes* da coisa julgada que aí se produza, porque do contrário, ao invés de se pacificar o conflito, se acabará por prolongá-lo ou acirrá-lo, ante a previsível proliferação de comandos judiciais diversos, senão já contraditórios. Se na jurisdição singular é compreensível que a coisa julgada haja que se limitar aos que foram partes na lide; que os legítimos contraditores sejam citados (pessoal ou fictamente), a fim de que se sujeitem ao que afinal venha a ser julgado, podendo defender individualmente seus interesses nos processos, tal contexto não é aplicável às ações de finalidade coletiva, onde o bem tutelado é metaindividual e o autor da ação não é o titular do interesse objetivado, mas sim um representante institucional (uma associação ambientalista; o Ministério Público; um órgão estatal) (MANCUSO, 2004, p. 417, grifo do autor).

Por conseguinte, Willeman (2015) contrapõe o protagonismo do Poder Judiciário Brasileiro na interpretação e na aplicação da Constituição, pois a declaração de inconstitucionalidade apresenta eficácia restrita às partes processuais, o que possibilita ao STF, após decisões recorrentes, editar enunciados de súmulas com efeito vinculante, a fim de ampliar a autoridade de certa interpretação, quando na prática esta instância deveria favorecer a incorporação de atores não judiciais, na busca pela definição do significado constitucional.

Em um cenário de comandos judiciais diversos e até contraditórios, como revelado por Mancuso (2004), muito embora as decisões judiciais exijam motivação, os efeitos vinculantes dos enunciados de súmulas pelo STF asseguram maior extensão de direitos, isonomia pelas soluções homogêneas e segurança jurídica aos demandantes. No entanto, o critério quantitativo de esperar decisões reiteradas para consolidar tais entendimentos vinculantes pode prescindir de direitos singulares relevantes e essenciais, os quais por sua vez necessitam de uma análise mais qualitativa pelo Poder Judiciário, a fim de não se limitarem direitos de maior magnitude social apenas às partes processuais.

CONCLUSÕES

Os resultados desta pesquisa demonstraram que o papel dos plantões judiciários consiste na intervenção imediata para preservar os direitos perecíveis, com base nas necessidades demonstradas e na plausibilidade das alegações da parte autora. Nessa seara, o recurso ao Poder Judiciário é uma das possibilidades apresentadas ao consumidor que, ao se sentir injustiçado, ainda dispõe de expectativa de Direito para reverter restrições de atendimento no contexto da saúde suplementar brasileira.

A intervenção imediata dos magistrados nos plantões judiciários justifica-se pela importância da saúde para alcançar o bem-estar dos cidadãos, porque esta é indissociável à vida e à dignidade humana.

Outrossim, também foi justificado um desproporcional cenário de conflitos entre a magnitude do conhecimento e do poder econômico de uma sociedade empresária de planos privados de assistência à saúde e a vulnerabilidade, desconhecimento e boa-fé dos consumidores.

No âmbito da discussão acerca desse papel ímpar dos magistrados nos plantões judiciários, cabe destacar que a judicialização da saúde suplementar tem fatores imperativos de pleitos que dignificam a saúde como bem maior e prioritário, o que vem refletindo a hegemonia do consumidor neste tipo de ação presente nos plantões judiciários.

Existe interesse de todos os segmentos da população em usufruir de saúde com qualidade, e não é à toa que a dificuldade no financiamento da saúde centraliza uma das maiores preocupações do Poder Público, uma vez que nem sempre a oferta de serviços é compatível com a cada vez mais crescente demanda de usuários.

A longa trajetória histórica que contemplou todas as fases complexas, consolidadas até a Constituição Federal de 1988, representou uma série de conquistas sociais, sobretudo na saúde, com a ampliação do acesso a bens e serviços, ainda que se polemizem inúmeros debates controversos acerca da universalização formal como preceito constitucional, com acessos não equânimes ao Sistema Único de Saúde no território brasileiro.

O empreendimento progressivo do setor privado na saúde denota, cada vez mais, a incapacidade governamental de administrar a saúde com recursos públicos limitados no custeio de direitos sociais, sem prescindir das renúncias fiscais destas despesas médicas na vida particular do cidadão contribuinte de impostos, o qual, mesmo com alternativas legais

previstas de opção para a iniciativa privada, pode não ter a satisfação esperada na proporção dos investimentos adicionais aplicados.

Destarte, malgrado os descontentamentos com os planos privados de saúde se sobressaírem justamente nas horas de maior necessidade de acesso aos bens e serviços supostamente cobertos, não se assiste empiricamente a uma relutância grande da população na resignação destes serviços de saúde suplementares.

A urgência que a causa de proteção à vida requer, nas situações de análises judiciais breves, protagoniza os consumidores acima das questões balizadas por restrições contratuais, considerando que a saúde não é entendida pelos magistrados como fragmentada, pelo menos sob a complexidade célere que sustenta as decisões de análise imediata, como ocorre nas liminares.

A autonomia privada não é totalmente livre e, quando se fala em saúde como um produto de mercado, há contradição no fato de ofertá-la como algo comercializável, pois se trata de direito inalienável presente na Constituição.

Cada vez mais se torna importante rediscutir o modelo biomédico hegemônico e os efeitos do empresariamento da medicina com foco na remuneração por produção de serviços prescritos e prestados, para compensar desajustes entre operadoras e prestadores de serviços na saúde suplementar.

A questão da ética médica foi considerada por alguns magistrados entrevistados, especialmente na Vara de Fazenda Pública, quando estes analisaram a judicialização de pleitos de usuários no Sistema Único de Saúde e as prescrições médicas desvinculadas da real necessidade do quadro clínico do paciente.

Como perspectiva dos magistrados acerca das decisões dos plantões judiciários sobre ações urgentes ou emergentes, impetradas por representantes legais dos usuários, a garantia rápida do cumprimento forçado da obrigação pelas operadoras de planos privados de saúde torna-se necessária, em razão da presença de um risco efetivo caracterizado como urgência ou emergência, documentado pelo médico assistente.

Não obstante, foi destacada pelos próprios magistrados a existência de muitas críticas infundadas, quando se alega que a causa postulada pelos representantes legais dos consumidores de planos privados de saúde é definitivamente a favor destes, uma vez que à parte contrária em litígio sempre é permitido dar continuidade à ação judicial nas varas de distribuição ordinária, dentro do horário de expediente normal forense.

Dessa forma, seria possível, além dos recursos e ações autônomas judiciais previstas, a reversão das liminares originalmente procedentes para o consumidor, quando as operadoras

de planos privados de saúde conseguissem provar suas alegações nas ações judiciais regressivas, ou mesmo quando se estabelecesse o julgamento de mérito.

Uma segunda perspectiva importante da magistratura, revelada nesta pesquisa, é o fato de que o Código de Defesa do Consumidor se aplica a todos os instrumentos contratuais, independentemente da data de celebração dos contratos de planos privados de saúde, considerando a natureza de trato sucessivo que institui as prestações periódicas a serem cumpridas pelos contratantes por tempo indeterminado, não fazendo diferença se o plano é anterior ou posterior à Lei nº 9.656, de 1998. Essa situação pode ser reflexo da mudança de paradigmas que vem prevalecendo na literatura científica da saúde coletiva entre as normas jurídicas, pois se construiu a ideia de que aos contratos não regulamentados pela Lei nº 9.656, de 1998, se aplica o Código de Defesa do Consumidor, e aos planos de saúde novos aplica-se tão somente a Lei nº 9.656, de 1998, visto que, em relação a esse marco legal, em ambos os contratos, antigos ou novos, há superveniência do Código de Defesa do Consumidor, de conteúdo legal mais abrangente do que a lei especial de planos de saúde que regulamenta especificamente os contratos no segmento da saúde suplementar, a contrário *sensu* também do que se estabelece como regra jurídica, no que tange à prevalência da norma especial sobre a mais abrangente.

A supremacia do Código de Defesa do Consumidor, mesmo secundária aos mandamentos legais da Carta Magna de 1988, em relação à Lei nº 9.656 de 1998, bem como em relação a todos os normativos editados pela ANS no Poder Judiciário, mostrou-se clara nos resultados desta pesquisa, inclusive na pressuposição de conflitos de colisão de entendimento entre tais normas, sobressaindo a defesa do maior bem jurídico tutelado – a vida humana.

Um exemplo que reforça a perspectiva da magistratura em adotar o Código de Defesa do Consumidor como fundamento das decisões céleres nos plantões judiciais é a discussão da legalidade da Resolução do CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência, e baliza os conflitos entre os diversos agentes da saúde suplementar acerca dos direitos contratuais, interpretados com inúmeras controvérsias. Não obstante, o tratamento das questões deflagradas em cada caso sob conflito, e submetidas ao exame do Poder Judiciário, revelou outros problemas, como ineficiência regulatória diante da assimetria de informação, por falta de articulação entre os órgãos administrativos competentes.

A imparcialidade é um fundamento principiológico importante nas decisões dos magistrados, mas o atendimento ao consumidor nos plantões judiciais extrapola questões

princípios implícitas, como ocorre quando a vida está em perigo ou quando há risco de irreversibilidade de uma ferida ou lesão orgânica.

Admitir a exposição da vida humana a riscos inerentes à natureza urgente da demanda no Plantão Judiciário significaria perder o objeto da ação judicial em um curto período de tempo, quando não há farto conjunto probatório entre as partes litigantes no processo, o que muitas vezes é sustentado por um único laudo médico que atesta o caráter de urgência demandado pelo consumidor e uma declaração contrária da operadora de planos privados de saúde.

Não há dúvidas de que, assim como qualquer outro profissional, o magistrado tem suas experiências de vida comuns a qualquer cidadão, as quais se agregam ao seu processo de formação de ideias, juízos de valores e convicções importantes na hora de decidir conflitos das diversas naturezas.

Os elementos que vão ajudar no processo de convencimento do magistrado precisam ser provocados pelas partes, e o contexto da instrução das provas nos plantões judiciais é sumário, pelo risco de perecimento de um direito. Esse direito pode se aplicar em presença de uma lesão séria, capaz de comprometer a integridade e o funcionamento das funções vitais básicas de um indivíduo – enxergar, andar, falar e alimentar-se – ou mesmo quando há risco às vidas de um recém-nascido e da parturiente que não conseguiram, na rede do plano privado de saúde, vagas para internação na unidade de terapia intensiva neonatal e na maternidade, respectivamente, sem considerar que mesmo o parto a termo classificado como normal, se não atendido imediatamente, também implica situação de risco de morte.

Inúmeros conflitos na saúde suplementar não apenas envolvem os consumidores e operadoras de planos privados, mas também os prestadores que, tolhidos de algum direito, podem recorrer ao Poder Judiciário para postular suas demandas. Os prestadores de serviços são os demandados indiretos dos litígios entre usuários e operadoras de planos privados de saúde, considerando a busca rotineira de atendimento médico por intermédio de planos de saúde destes usuários. Geralmente, cabe aos prestadores de serviços informar que determinado serviço ou procedimento na saúde suplementar não foi autorizado pelas operadoras de planos privados de saúde.

Os procedimentos cirúrgicos urgentes ou emergentes regularmente recusados por indicarem órteses, próteses e materiais especiais negados pelas operadoras de planos privados de saúde – também são situações típicas em que os consumidores buscam pelos plantões judiciais, a exemplo dos *stents* usados para tratar a doença arterial coronariana.

Uma terceira perspectiva almejada pelos magistrados nesta pesquisa é a desjudicialização da saúde suplementar. Acerca de mecanismos que possam contribuir com a desjudicialização da saúde suplementar, as principais alternativas apontadas pelos magistrados foram:

- a) maior regulação dos planos privados de saúde por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar, seja através de programas de conscientização aos enunciados de súmula já pacificados pelos Tribunais de Justiça, seja pela própria edição de normativos especiais com base nestes entendimentos, sem desmerecer a necessidade regular de defesa do interesse público pela competência atribuída por meio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com maior ênfase no poder de polícia fiscalizatória;
- b) atualização sobre temas da saúde suplementar em diferentes modalidades de eventos técnicos e/ou científicos, como palestras; cursos; *workshops*; simpósios; seminários; congressos, bem como conferências em diferentes instituições, como escolas de magistratura; universidades; Procons; ANS; operadoras; etc.;
- c) investimento em maior disponibilização de acesso aos bens e serviços do Sistema Único de Saúde para todos os usuários, tanto no aspecto da infraestrutura adequada quanto no desenvolvimento e treinamento continuado de insumos humanos, com planos de ascensão de carreira e incentivos remuneratórios para os profissionais de saúde;
- d) adoção de práticas para redução de assimetria de informação, a partir de consultas eletrônicas nos sites dos Tribunais de Justiça, principalmente antes da contratação de planos privados de saúde pelos consumidores, a fim de que estes se conscientizem das demandas de processos judicializados;
- e) aumento da quantidade das ações civis públicas de competência do Ministério Público, proporcionando alcance coletivo de direitos aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

A desjudicialização requer cooperação e atuação integrada entre ANS, governo federal, órgãos de defesa do consumidor, operadoras de planos privados de assistência à saúde, Ministério Público, Tribunais de Justiça, e sociedade civil.

A desenfreada judicialização sem busca pela solução pacífica de conflitos na esfera administrativa sobrecarrega o Poder Judiciário e clama por soluções extrajudiciais mais eficientes por parte do órgão regulador de planos privados de saúde – o qual precisa potencializar seu poder de polícia sancionatório e fiscalizatório progressivo –, e não apenas por adoção de medidas administrativas reativas, como a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

A ANS implementou a Notificação de Intermediação Preliminar, que espera a demanda ativa do consumidor chegar pelos canais de atendimento daquele órgão; na prática, quando tal demanda indica a necessidade de abertura de processo administrativo, deixa de haver a solução automatizada consensual ágil esperada para resolução de impasses entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde, em razão do excesso de burocracia que este processo físico envolve.

Uma experiência positiva nos Tribunais de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em relação às demandas judicializadas no Sistema Único de Saúde, relatada pelos magistrados pesquisados, foi a criação do Núcleo de Assessoria Técnica (NAT), composto por grupos multidisciplinares de profissionais especialistas em saúde pública ou com experiência em diversas áreas no setor público que tratam das demandas de cunho técnico, como a análise preliminar que assessora o magistrado a verificar a pertinência da indicação de determinados tratamentos e medicamentos solicitados em juízo na área pública.

Igual parceria foi aventada pelos magistrados da pesquisa como uma das soluções para desjudicializar a saúde suplementar, uma vez que aprimoraria a tomada de decisão judicial; esta solução está sendo sutil e paulatinamente ocupada pelo mercado de planos privados de saúde, uma vez que este vem patrocinando vários eventos científicos em hotéis de luxo, *resorts* e em seminários periódicos, bem como eventuais palestras na própria Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ).

Diferentemente do que se esperaria quanto à maior atuação governamental de todos os entes públicos, com focos no interesse público e na integração de acordos de cooperação técnica, a fim de subsidiar os magistrados no tratamento das questões litigiosas entre consumidores e planos privados de saúde –, temas específicos da saúde suplementar vêm sendo discutidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sem protagonizar o consumidor.

Considerando que a política de saúde é livre à iniciativa privada, as condições de agravo à saúde que requerem atuação médica imediata, como as de urgência e emergência,

necessitam de maior atenção por parte do Poder Público, além de serem importantes ações conjuntas com maior participação da sociedade civil.

O controle da eficiência dessa atenção pode ser incentivado por maior publicidade das audiências públicas, iniciativa de órgãos como o Ministério Público, que tem a atribuição de atuar como fiscal da lei e exigir do Poder Público o cumprimento desta.

A ampliação de convidados para audiências públicas que discutem temas relevantes em relação ao consumidor de planos privados de saúde deve começar por mudanças nas formas de divulgação, incluindo representantes do órgão regulador, do Poder Judiciário, do Ministério Público, das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e não limitando a participação da sociedade civil apenas aos representantes das entidades de defesa do consumidor.

Assim como as consultas públicas ficam disponíveis nos sites eletrônicos oficiais de governo por determinado prazo, o chamamento para mecanismos de maior participação popular presencial, como as audiências públicas, necessita de maior divulgação e transparência, para o acesso de cidadãos usuários de planos privados de saúde de forma direta.

A participação direta dos cidadãos usuários de planos privados proporcionará aproximação da realidade e maior compreensão da atenção em urgência e emergência no cenário de conflitos da saúde suplementar.

O desespero nos momentos de urgência ou emergência requer cuidado e respeito à dignidade da pessoa humana, representada pelo consumidor, tanto da parte do prestador de serviços quanto da operadora de planos privados de assistência à saúde.

A pluralidade cultural e as diferenças do perfil socioeconômico dos detentores de planos privados de saúde não podem ser revertidas em preconceito ou discriminação na interlocução por parte dos agentes prestadores da assistência suplementar, e muito menos pelas sociedades empresárias de planos privados de saúde, que recolhem regularmente os valores monetários pagos pelos usuários ou por seus representantes legais.

O cenário ideal para solução de conflitos na saúde suplementar é o âmbito administrativo extrajudicial, que compreende o dever de informação por todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde antes mesmo de qualquer contratação entre as partes, além de Serviços de Atendimento aos Consumidores (SAC), acreditados e aptos a esclarecer dúvidas e preparados para receber as reclamações, sugestões ou elogios por meio de protocolos de atendimento 24 horas, de e-mail como acesso eletrônico opcional, e da disposição de um serviço de ouvidoria qualificado para solucionar as demandas não resolvidas pelo SAC.

Como parte integrante do dever de informação das operadoras de planos privados de saúde aos consumidores, torna-se essencial a adoção de uma política institucional de recursos humanos especializada, com programas de educação continuada dos atendentes telefônicos do *Call Center* e dos demais prepostos, por meio de certificações de excelência de atendimento e ascensão interna na carreira da sociedade empresária, com aumento da remuneração, o que poderá motivá-los continuamente para garantir o acesso oportuno em tempo adequado aos bens e serviços contratados.

A própria operadora de plano privado de saúde poderá prevenir a judicialização com o uso da metodologia de pesquisa de opinião e a implementação de práticas de melhorias sobre os serviços contratados, a partir do resultado das avaliações periódicas, como: análise da coleta das impressões de seus usuários em níveis ótimo, bom, regular e insatisfatório, em relação ao tempo de espera para ser atendido pela recepção; educação da recepcionista; interesse da recepcionista em prestar o atendimento; hospitalidade e explicações necessárias; limpeza do ambiente; aparência física das dependências do estabelecimento; conforto das dependências da unidade; acesso telefônico ao local (duração das músicas de espera e número de tentativas de ligação); e atendimento telefônico da central de atendimento.

O usuário poderá não só buscar informações de prevenção da judicialização, ao consultar informações e avaliações de operadoras de planos privados de saúde de grande, médio e pequeno porte, encontradas no site da ANS⁴, no espaço “planos e operadoras”, mas também verificar um *ranking* de desempenho deste segmento a partir do índice de reclamações registradas na ANS.

Outra fonte de busca, como rede de apoio do consumidor, é a própria página eletrônica das operadoras de planos privados de saúde, onde será possível avaliar a rede credenciada própria e a referenciada disponível; a abrangência geográfica oferecida; os locais de atendimento para serviços de alta complexidade; e os laboratórios existentes, sendo imprescindível a leitura criteriosa do instrumento contratual, de preferência com a assessoria de um profissional advogado, para dirimir todas as dúvidas antes da contratação.

Como fonte similar de pesquisa de avaliação das operadoras de planos privados de saúde, a busca de informações poderá ser feita nos *sites* de Tribunais de Justiça, e nos *sites* de órgãos de defesa do consumidor, a fim de subsidiar as escolhas adequadas dos planos privados de saúde. Os órgãos de defesa do consumidor divulgam o cadastro estadual de reclamações fundamentadas contra fornecedores de serviços e operadoras de planos privados

⁴ www.ans.gov.br.

de saúde; reclamações sobre diversas demandas poderão ser encontradas por cada sociedade empresária identificada, tais como:

- a) cobrança de multa acima do permitido pela legislação;
- b) cobrança indevida;
- c) danos materiais e pessoais ao consumidor;
- d) defeitos e/ou riscos à saúde e comprometimento da segurança;
- e) descredenciamento de rede de prestadores de serviços;
- f) falta de assistência técnica garantida;
- g) fila em banco; não cumprimento da oferta;
- h) problemas no orçamento, como serviço não solicitado, impreciso, incompleto, não fornecido, ou não cumprido; e não cobertura do plano privado de saúde;
- i) problemas de abrangência geográfica e reembolso;
- j) preço do produto ou serviço;
- k) problemas relativos a: emissão; reajuste anual de contrato de saúde com percentual elevado; reajuste por alteração de faixa etária (percentual elevado, sem previsão em contrato de percentual ou faixa etária); recusa ou mau atendimento; rescisão, substituição e alteração de contrato de saúde; problemas com acesso aos bens e serviços e dificuldade de serviço;
- l) cancelamento de serviço (retenção, demora e não envio do comprovante); resolução de demandas (ausência de resposta, excesso de prazo e não suspensão imediata da cobrança); e vício do produto ou serviço.

De outro lado, considerando que cabe à ANS regular e fiscalizar as operadoras de planos privados de saúde, e tendo em vista que não constitui atribuição específica da referida autarquia a defesa individual do consumidor, torna-se relevante protagonizar este último nos processos de defesa do interesse público.

Para o equilíbrio do mercado de planos privados de saúde, é importante a contemplação de normativos realmente aplicáveis e passíveis de fiscalização regular e periódica pela ANS. Assim, no que diz respeito aos plantões judiciais, a revisão da Resolução nº 13 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), que restringe o atendimento de urgência e emergência às 12 primeiras horas do evento, precisa ser reconsiderada, uma vez que seus termos se contrapõem à realidade do direito à saúde, o qual

não constitui um bem de consumo segmentado. Por conseguinte, tal resolução adota termos oponíveis às próprias nomenclaturas mais apropriadas do Conselho Federal de Medicina, no que tange aos conceitos mais adequados de urgência e emergência.

No campo da saúde suplementar, as implicações positivas e negativas, presentes no recurso ao Poder Judiciário, foram diversas para consumidores, prestadores de serviços e operadoras de planos privados de saúde.

Na sede de um juízo positivo, os consumidores têm as liminares imediatas favoráveis aos seus pedidos procedentes nos plantões judiciais, mas há todo um processo de desgaste físico e estresse emocional, subjacente em um momento de sofrimento em que a vida corre riscos, ou mesmo quando há possibilidade de ocorrerem lesões irreparáveis e geradoras de sequelas. Essa incerteza quanto ao acesso ao tratamento de saúde negado pelas operadoras na hora da necessidade, negativa que pode gerar uma fatalidade, bem como a despesa de um processo judicial litigioso foram aspectos negativos no recurso ao Poder Judiciário para os consumidores.

Outros aspectos negativos para os consumidores, na seara dos plantões judiciais, foram apontados pelos magistrados entrevistados nesta pesquisa: o tratamento abreviado incompatível à evolução da enfermidade e a cassação da liminar que acaba por suprimir a autorização judicial inicialmente concedida ao usuário de plano privado de saúde, quando se comprova nos autos a falta de procedência do pedido que lhe era favorável.

Para os prestadores de serviços, entre as implicações positivas de recurso aos plantões judiciais na saúde suplementar está o pagamento das faturas das despesas médicas e hospitalares por meio de uma ordem judicial imposta às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Como efeito dessa medida, há segurança com respaldo jurídico contra glosas e eventuais retaliações, como riscos de descredenciamentos unilaterais dos prestadores pelas operadoras.

A segurança trazida para os prestadores de serviços com o mandado judicial, em face das operadoras de planos privados de assistência à saúde, também está relacionada com a priorização da vida humana que não gere implicações éticas, penais e civis contra o profissional médico obrigado a prestar o atendimento em situações caracterizadas como de urgência e emergência. Em contrapartida, alguns magistrados entrevistados nesta pesquisa apontaram que, independentemente da ordem judicial, há ponderação quando o médico assistente justifica a inviabilidade do acatamento do mandado determinado pelo Poder Judiciário, por circunstâncias alheias e de força maior, tais como superlotação de pacientes internados e risco de infecção hospitalar.

De outro lado, as implicações negativas de recurso do usuário de planos privados de saúde aos plantões judiciários para os prestadores de serviços são as cobranças das despesas médicas e hospitalares, em caso de cassação de liminar, considerando o patrimônio menor de certos estabelecimentos hospitalares em comparação a algumas sociedades empresárias de planos privados de saúde. Quando a sentença não é favorável ao usuário de plano privado de saúde que teve a sentença não provida posteriormente, pode ser difícil ou impossível executar a dívida, em razão de eventual patrimônio negativo do devedor.

Outras implicações negativas para os prestadores de serviços são: falta de diálogo entre o médico assistente e o magistrado que efetuou o mandado judicial para prestar o serviço; glosas nos pagamentos pelas operadoras de planos privados de saúde; insegurança no atendimento médico forçado em situações críticas, como em caso de falta de vagas em leitos hospitalares; *status* de mau prestador de serviços médico-hospitalares; e responsabilidade por crime de desobediência em caso de resistência ao cumprimento do mandado judicial.

As implicações positivas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar, para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, são: resistência econômica lucrativa em obedecer aos comandos jurisprudenciais, em lugar do cumprimento espontâneo das obrigações contratuais a toda carteira de usuários vinculados; não generalização da decisão judicial favorável ao usuário litigante aos demais usuários da operadora; disponibilidade do Poder Judiciário para o exercício dos direitos de defesa e contraditório, e para resolução de conflitos.

As implicações negativas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar, para as operadoras de planos privados de assistência à saúde são: desequilíbrio atuarial e financeiro com aumento de custos não previsíveis, sobretudo como efeito de concessão de medidas liminares procedentes para usuários não cobertos pelos instrumentos contratuais; pouco tempo para análise do pedido judicial no âmbito de um plantão judiciário; análise judicial não aprofundada adequadamente em face de outras prioridades estabelecidas em juízo; obrigação forçada de acatar as liminares judiciais a qualquer tempo; prejuízos na imagem da operadora, bem como os resultantes das indenizações em caso de morte dos usuários com direitos previstos nos planos privados de saúde; abusividade e oportunismo dos usuários de planos privados de saúde conscientes da ausência dos direitos contratuais reivindicados; e óbices para executar as dívidas em ações judiciais posteriores, caso os usuários sejam comprovadamente os devedores das despesas médicas e estejam em condições patrimoniais insuficientes.

Quando se trata de plantão judiciário, o usuário de plano privado de saúde, por ser o autor da ação judicial, é predominantemente o mais vulnerável e dependente da intervenção judicial imediata na defesa de uma situação de risco à saúde, com disponibilidade de atendimento fora do expediente normal do Tribunal de Justiça. De outro lado, o recurso ao Poder Judiciário pelos usuários, ainda que seja um amparo seguro, pode eventualmente não ser a via adequada para a pacificação de um conflito na saúde suplementar, o que determina a atuação efetiva dos poderes regulatório e regulamentares da ANS na solução de questões importantes, a fim de desjudicializar questões que podem ser resolvidas administrativamente.

A resolução extrajudicial das demandas nos órgãos administrativos competentes evita a excessiva judicialização na saúde suplementar e prioriza as demandas necessárias para a intervenção do Poder Judiciário, otimizando a atuação decisória deste segmento estatal para situações além do descumprimento literal da lei pelas operadoras de planos privados de saúde, quando já se dispõe de enunciados de entendimentos judiciais sumulados e de arcabouço legal protetivo, amplo e especial em prol do consumidor.

Assim, os usuários de planos privados de saúde precisam ser orientados sobre a quem recorrer em situações de urgência ou emergência, e saber como agir prontamente no caso de terem algum direito dificultado ou negado arbitrariamente pelos prepostos das operadoras.

Concluiu-se que, nos plantões judiciários, em situações caracterizadas como de urgência e emergência, o fato de a saúde ser um direito fundamental, assegurado pela Constituição Federal de 1988, torna primordial o exame dos fatos e a análise judicial com base em casos concretos, à luz da microjustiça que reconhece a saúde suplementar como extensão do Sistema Único de Saúde, priorizando a vida humana como o maior bem tutelado acima das questões contratuais.

Por conseguinte, verificou-se que as medidas liminares concedidas nos plantões judiciários buscam a valorização da dignidade da pessoa que se encontra em situação de risco de morte ou de agravamento de lesões orgânicas, diante da iminência de perecimento de seus direitos fundamentais; este cenário torna a decisão judicial mais favorável aos usuários de planos privados de saúde.

Assim, o que vai caracterizar uma demanda de urgência ou emergência serão o laudo médico assistencial ou as situações excepcionais que se traduzem como tal, a critério do magistrado de plantão, o que preconiza a resolução extrajudicial das demandas nos órgãos administrativos competentes, sem prescindir da judicialização como um direito consagrado na Carta Magna de 1988 – direito este que não poderá ser violado ou impedido na solução de conflitos, quando for opção do cidadão que sofre uma lesão ou uma ameaça ao seu direito.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Marcus. Políticas Públicas e o Federalismo Fiscal Brasileiro. *In*: DOMINGUES, José Marcos *et al.* (org.). **Direito Financeiro e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: LMJ Mundo Jurídico, 2015. p. 85-103.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de informação da saúde suplementar**: beneficiários, operadoras e planos, ano 9, n. 2, p. 1-63. Rio de Janeiro, jun. 2015a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Extrato de acordo de cooperação técnica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 3, Brasília, DF, p. 87, 8 dez. 2015b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/12/2015&jornal=3&pagina=87>. Acesso em: 12 dez. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Planos de saúde**: guia prático. Dicas úteis para quem tem ou deseja ter um plano de saúde. Rio de Janeiro, 2011a. 39 p.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 85**, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2004. 26 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=ODgx>. Acesso em: 17 set. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa 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. Rio de Janeiro, 2009. 13 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>. Acesso em: 02 out. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa 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. Rio de Janeiro, 2011b. 3 f. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>. Acesso em: 02 out. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 343**, de 17 de dezembro de 2013. Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010. Rio de Janeiro, 2013. 8 f. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjY1Ng==>. Acesso em: 10 ago. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 387**, de 28 de outubro de 2015. Dispõe sobre atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2015c. 13 f. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>. Acesso em: 31 out. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 388**, de 25 de novembro de 2015. Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Rio de Janeiro, 2015d. 22 f. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNg==>. Acesso em: 29 nov. 2015.

AGUIAR, Zenaide Neto. O Sistema Único de Saúde e as leis orgânicas da saúde. *In*: _____. (org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. Cap. 2. p. 43-68.

ALMEIDA, Arlindo. Participação da iniciativa privada nas políticas de saúde. *In*: BAYMA, Fátima; KASZNAR, Istvan (org.). **FGV saúde e previdência social**. Desafios para a gestão no próximo milênio. São Paulo: MAKRON Books, 2001, p. 27-38.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p (Coleção Temas em Saúde).

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. 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.

ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ZENKNER, Marcelo. **Ministério Público**. Lei nº 8.625/1993. Coordenação de Leonardo de Medeiros Garcia. 4. ed. Bahia: Editora Juspodivm, 2014. 304 p. (Coleção Leis Especiais Comentadas para Concursos, v. 14).

ANDRADE, Monica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 7-38, jan./mar. 2009.

ANDRIGHI, Fátima Nancy. Os planos de saúde privados e o Código do Consumidor: principais questões geradoras de conflitos entre planos de saúde e consumidores. *In*: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 63-79.

ARAÚJO, Eugênio Rosa de. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde por parte das operadoras de planos de saúde privados na forma do art. 32 da Lei nº 9.656/98. **Revista Seção Judiciária Rio de Janeiro**, Direito Constitucional, Administrativo e Propriedade Industrial, Rio de Janeiro, n. 20, p. 123-131, ago. 2007.

ARAUJO, Tatiana Sada Jordão. **O acesso ao benefício de prestação continuada pela via judiciária**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. 116 p.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Regimento interno**. Disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/processo7.htm>. Acesso em: 15 ago. 2015.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução nº 1087, de 16 de fevereiro de 2006. Projeto de Resolução nº 1249-A de 2005, de autoria da Deputada Cidinha Campos. Adiciona alíneas ao § 19, do art. 26, do Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro**, RJ, 17 fev. 2006. Não paginado. Disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/processo7.htm>. Acesso em: 15 ago. 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

AVILA, Kellen Cristina de Andrade. O papel do Poder Judiciário na garantia da efetividade dos direitos sociais. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, DF, 20 fev. 2013. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.42130&seo=1>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mário. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 156 p. (Coleção Saúde e Cidadania).

BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BARROS, Flávio Monteiro de. **Manual de direito do consumidor**. São Paulo: Rideel, 2011. 262 p.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 516 p.

BOBBIO, Norberto. Política e moral. *In*: BOBBIO, Norberto; BOVERO, Michelangelo (org.). **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. Cap. 3. p. 159-215.

BOBBIO, Norberto. **Teoria do ordenamento jurídico**. 2. ed. Tradução de Ari Marcelo Solon. Prefácio de Celso Lafer. Apresentação de Tercio Sampaio Ferraz Junior. São Paulo: EDIPRO, 2014. 174 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. 118 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 nov. 2012.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 2391, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848.htm. Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 13524, 22 nov. 1966. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1966/73.htm>. Acesso em: 17 nov. 2012.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 22, de 18 de março de 1999. Acrescenta parágrafo único ao art. 98 e altera as alíneas "i" do inciso I do art. 102 e "c" do inciso I do art. 105 da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, p. 1, 19 mar. 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc22.htm#art2. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 23, de 2 de setembro de 1999. Altera os arts. 12, 52, 84, 91, 102 e 105 da Constituição Federal (criação do Ministério da Defesa). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, p. 1, 03 set. 1999b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc23.htm#art1. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 3, de 17 de março de 1993. Altera os arts. 40, 42, 102, 103, 155, 156, 160, 167 da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], p. 3209, 18 mar. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc03.htm#art1. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103-B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], p. 9, 31 dez. 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc45.htm#art2. Acesso em: 25 jun. 2015.

BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (vetado) e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], p. 10649, 25 jul. 1985. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347orig.htm. Acesso em: 23 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 12 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso em: 17 nov. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 18 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], p.15033, 27 set. 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9099.htm. Acesso em: 08 jan. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 04 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 03 set. 2012.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, p. 5, 29 jan. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], p. 3, Brasília, DF, 14 fev. 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LEIS_2001/L10185.htm. Acesso em: 23 ago.2015.

BRASIL. Lei nº 10.259, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre a instituição dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais no âmbito da Justiça Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, p. 1, 13 jul. 2001b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10259.htm. Acesso em: 08 jan. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil de 2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, p. 1, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 23 fev. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 12 maio 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11935.htm#art1. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Lei nº 12.653, de 28 de maio de 2012. Acresce o art. 135-A ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar o crime de condicionar atendimento médico-hospitalar emergencial a qualquer garantia e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 maio 2012a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112653.htm. Acesso em: 12 nov. 2014.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre a alteração da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, p. 38, 27 ago. 2001c. D.O.U retificado em Brasília, DF, 24 set. 2001. seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. Acesso em: 12 set. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Portaria nº 5, de 11 de outubro de 2010. Estabelece nova orientação aos órgãos do SIPEC sobre o ressarcimento das despesas com os planos de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 196, p. 43, 13 out. 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 625, de 21 de dezembro de 2012. Estabelece os procedimentos adotados pelos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, relativos à participação da União no custeio da assistência à saúde suplementar do servidor e demais beneficiários de que trata a Portaria Normativa SRH nº 5, de 11 de outubro de 2010, deverão observar, a partir de 1º de janeiro de 2013 em relação aos valores per capita de ressarcimento. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 247, p. 156, 24 dez. 2012b. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Legislacao/Portarias/2012/121228_materia_portaria%20625_ps.pdf. Acesso em: 13 maio 2015.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 240, de 2011**. Altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Rejeitado por votação na Câmara dos Deputados pela Comissão de Defesa do Consumidor. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=68C94C710AB8AF99AA11F44E7283C6F0.proposicoesWeb1?codteor=837988&filename=PL+240/2011.

Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Projeto de Lei nº 288, de 08 de agosto de 2012. Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1988, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a disponibilização de contratação nas modalidades individual ou familiar e coletiva. **Diário Oficial do Senado da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 08 ago. 2012c. Disponível em:

<http://legis.senado.leg.br/diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=08/08/2012&paginaDir eta=39667>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 2ª Turma. Recurso Especial nº 1.310.042 – PR (2012/0035619-4). Recorrente: Ideni Portela. Recorrido: Instituto Nacional do Seguro Social. Relator: Ministro Herman Benjamin. Brasília, **Diário da Justiça Eletrônico do Superior Tribunal de Justiça**: Brasília, DF, v. 2175, ed. n. 1057, p. 1020-1021, 15 maio 2012d.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 3ª Turma. Recurso Especial nº 263564 – SP (2000/0059869-0). Recorrente: Bradesco Saúde S/A. Recorrido: Telma Karnick Nahas. Relator: Ministro Humberto Gomes de Barros. 27 de abril de 2004. **Diário da Justiça Eletrônico do Superior Tribunal de Justiça**: Brasília, DF, p. 213, RJADCOAS, v. 57, p. 68, 17 maio 2004b.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 3ª Turma. Recurso Especial nº 657717 – RJ (2004/0064303-4). Recorrente: Otávio Albuquerque Ritter dos Santos. Recorrido: Sul América Aetna Seguros e Previdência S/A. Relatora: Ministra Nancy Andrichi. Brasília, 23 de novembro de 2005. **Diário da Justiça Eletrônico do Superior Tribunal de Justiça**: Brasília, DF, p. 374, RNDJ, v. 76, p. 96, 12 dez. 2005.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 4ª Turma. Recurso Especial nº 234219 – SP (1999/0092625-0). Recorrente: Andre Bela Toth (espólio). Recorrido: Bradesco Seguros S/A. Relator: Ministro Ruy Rosado de Aguiar. Brasília, 15 de maio de 2001. **Diário da Justiça Eletrônico do Superior Tribunal de Justiça**: Brasília, DF, p. 471, 20 ago. 2001d.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931 – DF (00001-000505/99-50). Requerente: Confederação Nacional de Saúde – Hospitais, Estabelecimentos e Serviços. Requeridos: Presidente da República e Congresso Nacional. Relator: Ministro Maurício Corrêa. **Diário da Justiça Eletrônico do Supremo Tribunal Federal**: Brasília, DF, p. 923, 28 maio 2004c. Disponível em:
<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=1741189>. Acesso em: 31 maio 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Enunciado da súmula vinculante nº 10. **Diário da Justiça Eletrônico do Supremo Tribunal Federal**: Brasília, DF, p. 1, v. 117, 27 jun. 2008. Disponível em:
<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=10.NUME.%20E%20S.FLSV.&base=baseSumulasVinculantes>. Acesso em: 31 dez. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Resolução nº 449, de 02 de dezembro de 2010. Dispõe sobre funcionamento de plantão judiciário. **Diário da Justiça Eletrônico do Supremo Tribunal Federal**: Brasília, DF, v. [s.n.], ed. extra, p. 1-2, 07 dez. 2010b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. 18ª Câmara Cível. Apelação Cível nº 1.0024.10.290509-8/001 – MG (2905098-46.2010.8.13.0024). Apelante: Unimed Para Minas Cooperativas de Trabalho Médico Ltda. Apelada: Edna Regina Guimarães. Rel. Des. João Cancio. Minas Gerais, 04 de junho de 2013. **Diário da Justiça**: Minas Gerais, v. [s.n.], p. 1-10, 06 jun. 2013. Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/115584596/apelacao-civel-ac-10024102905098001-mg/inteiro-teor-115584645?ref=juris-tabs#>. Acesso em: 28 jun. 2015.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 5ª Câmara Cível. Agravo de Instrumento nº 70062572912– RS (CNJ nº 0449854-97.2014.8.21.7000). Agravante: Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul. Agravado: Darlan Fagundes Barbosa. Rel. Des. Jorge André Pereira Gailhard. Rio Grande do Sul, 25 de março de 2015. **Diário da Justiça**: Rio Grande do Sul, v. 1, p. 1-11, 31 mar. 2015. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/178350511/agravo-de-instrumento-ai-70062572912-rs/inteiro-teor-178350521?ref=juris-tabs#>. Acesso em: 28 jun. 2015.

CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE (Brasil). Relação de documentos para realização de atendimento inicial. Rio de Janeiro: [s.n.], 2014. 1 f.

CAMPOS, Corine. **Direito de ação**: princípio da inafastabilidade da jurisdição. 05 maio 2003. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/1067/Direito-de-Acao-Principio-da-Inafastabilidade-da-Jurisdicao>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CARVALHO, Gilson. Comentários. In: CONTANDRIOPOULOS, André Pierre *et al.* **Saúde e cidadania**: as experiências do Brasil e do Quebec. Tradução de Santé et citoyenneté. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2010. p. 183-190.

CASTRO, Katia Regina Tinoco Ribeiro de. **Os juízes diante da judicialização da saúde**: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado profissional em Poder Judiciário) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. Evitar a moral? Desafios para a boa sociedade. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 46, p. 77-89, 1996.

CAVACO, Nanci Azevedo. **Consumismo é coisa da sua cabeça**: o poder do neuromarketing. Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2010. 96 p.

CAVALCANTI, Hylda. **Quando o Judiciário contribui para a melhoria da saúde dos cidadãos**. Brasília, DF: Agência CNJ de Notícias, 02 set. 2011. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/57533-quando-o-judiciario-contribui>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CECHIN, José *et al.* (org.). **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva; Letras & Letras, 2008. 302 p. (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar-IESS).

CESCHIN, Mauricio. Crise do modelo e pacto. *In*: VARELLA, Drauzio; CESCHIN, Mauricio. **A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil**. São Paulo: Paralela, 2014. p. 150-155 [Entrevista concedida a Drauzio Varella]

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 164 p.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução nº 08, de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 211, 04 nov. 1998a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3>. Acesso em: 10 out.2014.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução nº 13, de 03 de novembro de 1998. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 211, 04 nov.1998b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao?temaId=&diretoriaId=&relevancia=Relevância&assuntoId=&normaId=4&numero=13&revogada=1&palavra_chave=Digite+a+palavra-chave&publ. Acesso em: 10 out. 2014.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 57, 25 mar.1999. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg3#consu19>. Acesso em: 12 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.956, de 25 de outubro de 2010. Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 126, 25 out. 2010. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1956>. Acesso em: 17 jun. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recomendação nº 152, de 06 de julho de 2012. Altera a Resolução nº 71/2009, que dispõe sobre plantão judiciário, para excepcionar a divulgação antecipada dos nomes dos juízes plantonistas. **Diário da Justiça da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, n. 119, p. 40, 09 jul. 2012. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/resol_gp_152_2012.pdf. Acesso em: 08 jan. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011. Dispõe sobre recomendação aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. **Diário da Justiça da República Federativa do Brasil**: seção [s.n.], Brasília, DF, n. 129, p. 3-4, 14 jul. 2011. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_36.pdf. Acesso em: 21 ago. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Resolução nº 71, de 31 de março de 2009. Dispõe sobre regime de plantão judiciário em primeiro e segundo grau de jurisdição. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 64, p. 119, 03 abr. 2009. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_71.pdf. Acesso em: 07 jan. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, Damien; DENIS, Jean-Louis; DUBOIS, Carl-Ardy. Criar organizações para reformar os sistemas de saúde. *In*: CONTANDRIOPOULOS, André Pierre *et al.* **Saúde e cidadania**: as experiências do Brasil e do Quebec. Tradução de Santé et citoyenneté. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2010. p. 219-256.

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA (Brasil). *In*: UNIMED Belo Horizonte. **Judicialização da saúde suplementar**. Belo Horizonte, 2008. 227 p.

COSTA, Cezar Augusto Rodrigues. Direito em saúde suplementar. *In*: CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. **Judicialização da saúde, Parte I**: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. p. 104-110. (Série Aperfeiçoamento de Magistrados, n. 6).

COSTA, José Guilherme Ferraz da. **Seguridade Social & Incentivos Fiscais**. Curitiba: Juruá, 2008. 213 p.

COUTO, Rafael. Como evitar problemas. **Jornal da ALERJ**, Rio de Janeiro, n. 260, 16 a 30 nov. 2012. p. 5.

CUNHA, Paulo César Melo da. **Regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Coordenação de Marcos Juruena Villela Souto. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003. 398 p.

CUNHA, Sérgio Sérvulo da. **Dicionário compacto do direito**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 295 p.

DIAS, Gustavo Henrique Holanda. O plantão judiciário: garantia de acesso à justiça todos os dias. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3260, p. 1-5, 04 jun. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/21912/o-plantao-judiciario-garantia-de-acesso-a-justica-todos-os-dias>. Acesso em: 02 jun. 2015.

DIAS, Handel Martins. O tempo e o processo. **Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul (Ajuris)**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 108, p. 1-15, dez. 2007. Disponível em: <http://livepublish.iob.com.br/ntzajuris/lpext.dll/Infobase/121ab/12226/12a49?f=templates&fn=document-frame.htm&2.0>. Acesso em: 09 set. 2015.

DOMINGOS, Carlos. **Oportunidades disfarçadas**. Histórias reais de empresas que transformaram problemas em grandes oportunidades. Rio de Janeiro: Sextante, 2009. 303 p.

ESMERALDI, Renata Maria Gil da Silva Lopes; LOPES, José Fernando da Silva. **Planos de saúde no Brasil**. Doutrina e jurisprudência. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. 228 p.

EXAME PME. **Fazer melhor atendimento**. Como escolher o canal mais adequado para ouvir o que o seu consumidor tem a dizer. 43. ed. São Paulo: Abril, 2011. p. 76-79.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Coordenação de tradução, revisão técnica e prefácio de Izabel Magalhães. Brasília, DF: UnB, 2001. 316 p.

FARIAS, Carolina Steinmuller; FARIAS, Thélío Queiroz. **Práticas abusivas das operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Anhanguera Editora, 2011. 592 p.

FELLET, André Luiz Fernandes. **Regras e princípios, valores e normas**. São Paulo: Saraiva, 2014. 237 p. (Série IDP: pesquisa acadêmica).

FERNANDES, Bernardo Gonçalves; PEDRON, Flávio Quinaud. **O Poder Judiciário e (m) crise**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. 306 p.

FERRAZ, Marcos Bosi. Os desafios e as oportunidades que o futuro nos enseja. *In:_____*. **Dilemas e escolhas do sistema de saúde**. Economia da saúde ou saúde da economia? Rio de Janeiro: Medbook, 2008a. Cap. 6. p. 63-69.

FERRAZ, Marcos Bosi. O processo de decisão e a complexidade do sistema de saúde. *In:_____*. **Dilemas e escolhas do sistema de saúde**. Economia da saúde ou saúde da economia? Rio de Janeiro: Medbook, 2008b. Cap. 9. p. 79-83.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados Rev. Ciênc. Soc.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, Marcius da Costa. Saúde suplementar e o consumidor idoso: judicialização e conflitos de leis. *In: CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR*, 2011, Rio de Janeiro. **Judicialização da saúde, Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro**. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. p. 312-322. (Série Aperfeiçoamento de Magistrados, n. 6).

FERREIRA, Siddharta Legale; COSTA, Aline Matias da. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 36, p. 219-240, abr. 2013.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: Manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP, 2006. 526 p.

FIGUEIREDO, Luis Fernando; VECINA NETO, Gonzalo. A estrutura dos serviços privados de saúde no Brasil. *In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.)*. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 6, p. 85-101.

FINKELSTEIN, Maria Eugênia Reis; SACCO NETO, Fernando. Ações Judiciais. *In:_____*. **Manual de Direito do Consumidor**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 157-171.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2013. 354 p.

FRANCO, Túlio Batista *et al.* Prevenção e promoção como dispositivos para a construção de novos modos de produção do cuidado integral no campo da saúde suplementar. *In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de (org.)*. **Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 91-110.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 183-195.

FREITAS, Alexandre Borges de. Traços brasileiros para uma análise organizacional. *In*: MOTTA, Fernando Claudio Prestes; CALDAS, Miguel Pinto (org.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997. p. 38-54.

FUX, Luiz. **Tutela de urgência e planos de saúde**. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2000.

GALLIEZ, Paulo Cesar Ribeiro. **Princípios Institucionais da Defensoria Pública**. 5. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. 255 p.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. **Revista BDJur**, Brasília, DF, 2007. p. 1-57. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/16694>. Acesso em: 25 mar. 2015.

GARCIA, Leonardo de Medeiros. **Direito do Consumidor**. Código comentado e jurisprudência. 7. ed. rev. ampl. e atual. pela Lei nº12.291/2010, pela MP nº 518/2010, que trata sobre o cadastro positivo, e pelas novas súmulas do STF e do STJ. Niterói: Impetus, 2011. 600 p.

GIANCOLI, Brunno Pandori; ARAUJO JUNIOR, Marco Antônio. **Difusos e Coletivos: direito do consumidor**. Coordenação de Marco Antônio Araujo Junior e Darlan Barroso. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. 223 p. (Elementos do Direito, v. 16).

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 144 p. (Coleção Antropologia e Saúde).

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 200 p.

GONÇALVES, Thiago de Oliveira. Metodologia de análise comparativa da reserva do possível: evitando-se a “importação” equivocada do conceito. **Rev. Fac. Direito UFMG**, Belo Horizonte, n. 58, p. 311-346, jan./jun. 2011.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. Coordenação de Antonio Herman V. Benjamin e Claudia Lima Marques. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011. 240 p. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 31).

GUERRA, Sérgio. **Agências Reguladoras: da organização administrativa piramidal à governança em rede**. Belo Horizonte: Fórum, 2012. 238 p.

HADDAD, Fernando. Trabalho e classes sociais. **Tempo Social Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 97-124, out. 1997.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Direitos sociais. *In*:_____. **O cidadão e o Estado: a construção da cidadania brasileira 1940-1992**. Fortaleza: Edições UFC, 1994. p. 105-146.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224 p.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**: acesso e utilização de serviços de saúde. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/sb08_2.shtm. Acesso em: 10 set. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (Brasil). **Brasil em desenvolvimento 2014: Estado, planejamento e políticas públicas**. Coordenação de Cláudio Passos de Oliveira. Brasília, DF, 2014. 1 V (Coleção Série Brasil: o Estado de uma nação). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/web_bd_voll.pdf. Acesso em: 23 ago. 2015.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. Tradução de João Baptista Machado. 8. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. 427 p.

LAROUSSE (Brasil). **Dicionário Enciclopédico Ilustrado Larousse**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2007. 1856 p.

LEITE QUEIROZ, Pedro Ivo; LIRA, Daniel Ferreira de. A reserva do possível e a efetivação dos direitos e garantias fundamentais. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 102, jul. 2012. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12058. Acesso em: 17 set. 2015.

LEITE, Marcelo Daltro. **Ação individual e ação coletiva**. O fenômeno da unitariedade e a legitimidade de agir. 2008. Disponível em: http://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=3b60e73c-5753-4e9d-ae71-2062cd42f1bf. Acesso em: 23 jun. 2015.

LEMOS, Rafael Diogo D. O problema da coerência do sistema de direito positivo na visão de Hans Kelsen e Lourival Vila Nova. **Direito e Liberdade**, Mossoró, v. 10, n. 1, p. 153-170, jan./jun. 2009.

LOPES, Mauricio Caldas. **Judicialização da saúde**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. 257 p.

LOTTENBERG, Claudio. **A saúde brasileira pode dar certo**. Os caminhos para garantir um atendimento de qualidade, sustentável e acessível para toda a população. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 128 p.

LOURES, Débora Lopes *et al.* Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 525-530, 2002.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias**. 2010. 185 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. **Ação civil pública: em defesa do meio ambiente, do patrimônio cultural e dos consumidores**. Lei 7.347/85 e legislação complementar. 9. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004. 605 p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 277 p.

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002. p. 548-551 (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 1)

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 4. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002. p. 548-551 (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 1) apud GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. Coordenação de Antonio Herman V. Benjamin e Claudia Lima Marques. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. 240 p. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 31).

MASCARENHAS, Ângela Cristina Belém. Classes sociais, movimentos sociais e cidadania: velhos paradigmas, novas perspectivas. **Rev. Fac. Educ. UFG**, Goiânia, v. 27, n. 2, p. 48-58, jul./dez. 2002.

MAZZILI, Hugo Nigro. **Ministério Público**. 4. ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2015. 178 p.

MEDEIROS, Fabrício Juliano Mendes. **O ativismo judicial e o direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. 136 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. *In*: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (Org.). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 3, p. 32-49.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p. (Coleção Saúde Coletiva, 4).

MERHY, Emerson. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279. 2012.

MONTONE, Januário. **Planos de saúde: passado e futuro. 10 anos da Lei geral dos planos de saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2009. 196 p.

NUNES, Antônio José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011. 135 p. (Estado e Constituição, 12).

OCKÉ REIS, Carlos Octávio. Os deságios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

OLIVEIRA, Erival da Silva. **Direito Constitucional**. 13. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2014. 287 p. (Coleção Elementos do Direito, n. 1).

OLIVEIRA, Luís Cláudio Pereira de. **CODJERJ**. Código de Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro. Resolução 01, de 21 de março de 1975. Agora ficou mais fácil estudar para os concursos do TJ. 15. ed. Rio de Janeiro: AnLuiRenan, 2012. 215 p.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PASSO, Lucia Helena do. Fundamentos econômicos e atuariais de seguros e planos de saúde. *In*: CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. **Judicialização da saúde, Parte I**: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. p. 192-200. (Série Aperfeiçoamento de Magistrados, v. 6).

PEREIRA, Januária Ramos *et al.* Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3551-3560, 2010.

PEREIRA JÚNIOR, Jessé Torres. **O formato jurídico da gestão da saúde pública**: a opção do Ministério Público nº 520/10 por modelo empresarial, sob a perspectiva jurisprudencial. *In*: MP 520: aspectos jurídicos, econômicos e sociais na criação da empresa brasileira de serviços hospitalares. 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/informacao-e-comunicacao/artigos/gestao-empresarial-de-hospitais-publicos-desembargador-jesse-torres-14-03.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012 apud COSTA, Cezar Augusto Rodrigues. Direito em saúde suplementar. *In*: CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011, Rio de Janeiro. **Judicialização da saúde, Parte I**: saúde suplementar no direito brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. p. 104-110. (Série Aperfeiçoamento de Magistrados, n. 6).

PERES, José A. de Souza. Serviço público, interesse e bem comum. *In*: CASTOR, Belmiro Valverde Jobim *et al.* **Estado e Administração Pública**: reflexões. Brasília, DF: FUNCEP, 1987. p. 111-117.

PERLINGEIRO, Ricardo. Novas Perspectivas para a judicialização da saúde no Brasil. **Scientia Iuridica**, Braga, n. 333, p. 519-539, Tomo LXII. 2013. Disponível em: <https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=016013006095020021093123120126124029038020028004063010126024123075030119125031099124036118001032056056002117070112070104028088041061069087049097102087081083121102086017066015005084004076111098026007095116122087006101127068001100005083091107071009086093&EXT=pdf>. Acesso em: 24 set. 2015.

PERLINGEIRO, Ricardo. O princípio da isonomia na tutela judicial individual e coletiva, e em outros meios de solução de conflitos, junto ao SUS e aos planos privados de saúde. **Procuradoria Geral do Município**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 217-227, jul./dez. 2012a.

PERLINGEIRO, Ricardo. A tutela judicial do direito público à saúde no Brasil. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 184-203, jul./dez. 2012b. Disponível em: <http://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/9artigo41.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

PIERANTONI, Célia Regina. Formação e importância do capital humano em saúde. *In*: CONTANDRIOPOULOS, André Pierre *et al.* **Saúde e cidadania**: as experiências do Brasil e do Quebec. Tradução de Santé et citoyenneté. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 345-363.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. Marco teórico-conceitual. *In*: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Integralidade e saúde suplementar**: formação e práticas avaliativas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 17-46.

PINTO, Nádia Regina da Silva. **O acesso aos exames de alta complexidade nos planos de saúde privados na perspectiva dos usuários**. 2011. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

PIRES, Danielle da Silva. Urgência e Emergência: interpretação nos Tribunais. *In*: UNIMED Belo Horizonte. **Judicialização da saúde suplementar**. Belo Horizonte, 2008. p. 101-109.

REZENDE, Fernando. **A política e a economia da despesa pública**. Escolhas orçamentárias, ajuste fiscal e gestão pública: elementos para o debate da reforma do processo orçamentário. Rio de Janeiro: FGV, 2015. 166 p.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan.2007.

RIO DE JANEIRO (RJ). Defensoria Pública. Estado do Rio de Janeiro. **Edital de convocação de audiência pública, 2011**. Rio de Janeiro, 2011a. 4 p.

RIO DE JANEIRO (RJ). Defensoria Pública. Estado do Rio de Janeiro. Núcleo de Defesa do Consumidor-Tutela Coletiva. **Ata da audiência pública realizada no dia 17 de novembro, 2011**. Rio de Janeiro, 2011b. 7 p.

RIO DE JANEIRO (RJ). Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor do Rio de Janeiro (PROCON-RJ). **Breve histórico**. Você sabe o que é o PROCON? 2012. Disponível em: <http://www.procon.rj.gov.br/historico.html>. Acesso em: 06 jan. 2012.

RIZZARDO, Arnaldo *et al.* **Planos de assistência e seguros de saúde**: Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. 168 p.

ROCHA, Décio; DEUSDARÁ, Bruno. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Alea**: estudos neolatinos do programa de Pós-Graduação em letras neolatinas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, jul./dez. 2005.

ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes. O Judiciário como sujeito do processo das políticas públicas: função social e papel político. **R. Pol. Públ.**, São Luis, v. 4, n. 1/2, p. 97-120, jan./dez. 2000. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3696/1709>. Acesso em: 15 ago. 2013.

RUSSO, Juliana de Sousa Gouvêa; RUSSO, Marlo. O plano privado de assistência à saúde. *In*: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 179-206.

SAMPAIO, Aurisvaldo Melo. **O regime jurídico dos contratos de planos de saúde e a proteção do sujeito mais fraco nas relações de consumo**. Coordenação de Antônio Herman V. Benjamin e Claudia Lima Marques. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. 365 p.

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público - privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. 2009. 186 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Novos paradigmas na administração pública. *In*: _____. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2009b. p. 95-102.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. O pacto pela saúde 2006: o SUS pós-NOB e a possibilidade de inovação da gestão. Portaria n. 399, de 22 de março de 2006. *In*: _____. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas, São Paulo: Saberes Editora, 2009a. p. 79-90.

SÃO PAULO (Estado). Ministério Público do Estado de São Paulo. Conselho Superior. **Súmula nº 7**. Conselho superior altera súmulas de entendimento. 2012. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj9ts658ZrSAhVBkJAKHehJD4kQFggqMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.mpsp.mp.br%2Fportal%2Fpage%2Fportal%2Fnoticias%2Fpublicacao_noticias%2F2012%2Fdezembro_2012%2FConselho%2520Superior%2520altera%2520S%25C3%25BAmulas%2520de%2520Entendimento.pdf&usg=AFQjCNEHqn4pcfNHvzv36z1MLVin_WSIQ&sig2=ZH7y0Ze_M-WNesE1fsXNZw. Acesso em: 19 jan. 2015.

SCHEFFER, Mário. 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, mar./jun. 2013.

SCHEFFER, Mario César. **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**. 2006. 212 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062006-105722/>. Acesso em: 15 dez. 2015.

SCHMITT, Cristiano Heineck. **Cláusulas abusivas nas relações de consumo**. Coordenação de Antonio Herman Benjamin e Claudia Lima Marques. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. 272 p. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 27).

SCHULMAN, Gabriel. **Planos de saúde: saúde e contrato na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. 426 p.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304 p.

SILVA, Alexandre Assunção e. **Ministério Público: doutrina e regime Jurídico**. São Paulo: EDIPRO, 2013. 254 p.

SILVA, Francisco Viegas Neves da. Considerações sobre a judicialização do acesso à saúde. 2005. **Rev. Esc. Direito**, Pelotas, v. 7, n.1, p. 67-93, jan./dez. 2006.

SILVEIRA, Karyna Rocha Mendes da. **Tudo o que você precisa saber sobre planos de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2009. 69 p.

SLAIBI FILHO, Nagib. **Reforma da Justiça: notas à emenda constitucional nº 45, de 8 de dezembro de 2004**. Niterói: Impetus, 2005. 340 p.

SOUZA, Maria Hildete dos Santos Couto de. **A intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar**. As tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

STANCIOLI, Anderson Eduardo. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil**. 2002. 81 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

TOMÁS, Maria Carolina; XAVIER, Flavia Pereira; DULCI, Otavio Soares. Interface dos capitais humano, cultural e social na situação ocupacional e nos rendimentos dos indivíduos. *In*: AGUIAR, Neuma (org.). **Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 73-100.

TRAVASSOS, Denise Vieira *et al.* Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429. 2013.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde na Justiça: o direito à saúde está sendo efetivado? Estudo do posicionamento dos Tribunais Superiores na análise dos conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde**. 2009. 154 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de saúde na visão do STJ e do STF**. São Paulo: Editora Verbatim, 2010. 128 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 176p.

TRUGILHO, Diogo Lima. A inaplicabilidade da reserva do possível no estado democrático de direito brasileiro. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XI, n. 56, ago. 2008. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5033. Acesso em: 02 set. 2015.

TUNIS, Sean R. *et al.* Internists' attitudes about clinical practice guidelines. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia, v. 120, n. 11, p. 956-963, 1994.

ULRICH, Dave *et al.* Como fazer a transformação? *In*:_____. **Construindo os recursos humanos de fora para dentro**: a transformação do RH. Tradução de Heloisa Fontoura. Porto Alegre: Bookman, 2011. Cap. 5, p. 91-111.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 383 p.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Direito GV 8**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539-568, jul./dez. 2008.

WILLEMANN, Marianna Montebello. Controle de constitucionalidade na Constituição da República de 1934: revisitando a origem do quórum qualificado e da atuação do senado federal no modelo concreto-difuso de *judicial review*. **Rev. Dir. Procuradoria Geral Estado**, Rio de Janeiro, n. 69, p. 222-243, 2015.

ZAVASCKI, Liane Tabarelli. Um diálogo entre Dworkin e Perelman: reflexões sobre interpretação judicial e poder discricionário. *In*: ZAVASCKI, Liane Tabarelli; BÜHRING, Marcia Andrea; JOBIM, Marco Félix (org.). **Diálogos Constitucionais de Direito Público e Privado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora Ltda, 2013. p. 125-140.

APÊNDICE A – Convite para Participação da Pesquisa



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 Instituto de Medicina Social
 Programa de Pós-Graduação-Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva
 Área de Concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde

Excelentíssimo (a) Magistrado (a),

Gostaria de convidar Vossa Excelência para participar da pesquisa de doutorado intitulada “**A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciais.**” Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao programa de doutorado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), da doutoranda Nádia Regina da Silva Pinto, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos. O estudo tem por objetivos: analisar o papel dos plantões judiciais na intervenção de conflitos de usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde; discutir o papel dos plantões judiciais na intervenção de conflitos urgentes ou emergentes entre esses atores; analisar as perspectivas dos magistrados acerca das decisões dos plantões judiciais sobre ações urgentes ou emergentes, impetradas por representantes legais dos usuários; e identificar, no campo da saúde suplementar, as implicações positivas e negativas presentes no recurso ao Poder Judiciário. Com esta pesquisa espera-se compreender as perspectivas e juízos de valor dos magistrados acerca dos mecanismos para a desjudicialização das demandas impróprias encaminhadas ao Poder Judiciário, contribuindo para melhoria da vigente política regulatória dos planos privados de saúde e para a redução de processos ajuizados nos Tribunais de Justiça. A relevância pública desta pesquisa reside justamente no aporte de conhecimentos sobre a interpretação e a aplicação das leis pelo Poder Judiciário. A pesquisa poderá contribuir para as políticas de governo relativas à desjudicialização de demandas na saúde suplementar não solucionadas pacificamente nas esferas administrativas, como as próprias operadoras de planos privados de assistência à saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou os órgãos de defesa do consumidor. Trata-se de demandas relativas às situações de urgência ou emergência em que haja risco iminente de perecimento de direito, tais como risco de morte ou agravamento dos sinais e sintomas dos pacientes vinculados a planos privados de assistência à saúde. Paralelamente, a pesquisa pretende fornecer subsídios como instrumento regulatório da saúde suplementar, no intuito de preencher lacunas neste setor; valorizar a heterogeneidade das necessidades vitais de seus usuários; e fortalecer o exercício da cidadania nacional. Assegura-se a privacidade e o direito à não revelação de vossa identidade, se assim for manifestamente desejado por Vossa Excelência. Desde já agradeço vossa colaboração voluntária nesta pesquisa, e me coloco à disposição a qualquer tempo para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 7º andar, localizado à Rua São Francisco Xavier, nº 524, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP: 20550-900. Telefone: 55-21-2343-2152; e-mails: <nadia.pinto@bol.com.br> ou <nadiareg@ims.uerj.br>. Respeitosamente,

_____, ____/____/____.

 Nádia Regina da Silva Pinto

APÊNDICE B - Formulário de Caracterização dos Perfis dos Magistrados

Dados Pessoais		
Nome:	Sexo:	
Data de nascimento:	Idade:	
Cidade de Nascimento:	UF:	
Nacionalidade:	Data de chegada ao Brasil:	
Bairro Residencial:	Cidade:	UF:
E-mail:		
Informação Acadêmica		
Formação:		
Instituição da graduação:		
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado		
Instituição da pós-graduação:		
Informação da Magistratura		
<input type="checkbox"/> Juiz (a) <input type="checkbox"/> Desembargador (a) <input type="checkbox"/> Ministro (a) de Tribunal Superior <input type="checkbox"/> Ministro (a) do Supremo Tribunal Federal		
Nome do Tribunal:		
Foro da Comarca:		
Território da Região Administrativa:	Nº da Vara:	
Tipos de Varas, segundo o Código de Organização e Divisão Judiciárias do Estado do Rio de Janeiro (CODJERJ), <i>in</i> Oliveira (2012): <input type="checkbox"/> Cíveis / <input type="checkbox"/> Família / <input type="checkbox"/> Fazenda Pública / <input type="checkbox"/> Órfãos e Sucessões / <input type="checkbox"/> Registros Públicos / <input type="checkbox"/> Empresariais / <input type="checkbox"/> Direito da Infância, da Juventude e do Idoso / <input type="checkbox"/> Direito da Infância e da Juventude / <input type="checkbox"/> Criminais Exclusivas do Júri / <input type="checkbox"/> Criminais de Competência Genérica / <input type="checkbox"/> Criminal de Execução Penal / <input type="checkbox"/> Auditoria Militar / <input type="checkbox"/> Direito de Juizados Especiais Cíveis / <input type="checkbox"/> Direito de Juizados da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher / <input type="checkbox"/> Direito de Juizados Especiais Criminais / Demais Varas ou Câmaras ou Turmas: _____		
Tempo em anos de experiência nos plantões judiciários sobre a saúde suplementar		
<input type="checkbox"/> Sem experiência <input type="checkbox"/> Até 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 5 anos <input type="checkbox"/> 6 a 7 anos <input type="checkbox"/> 8 a 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos		

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Individual Estruturada**Tema 1: Percepção da magistratura sobre o papel dos plantões judiciários na saúde suplementar**

1. Qual é a opinião de Vossa Excelência sobre o papel dos plantões judiciários na intervenção de conflitos entre usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde?
2. Quais são os conflitos de urgência ou emergência mais comuns na assistência à saúde suplementar?
3. Para qual agente da saúde suplementar as decisões judiciais estão sendo mais favoráveis?
4. Os conflitos de urgência ou emergência são predominantes nos planos anteriores ou posteriores à Lei nº 9.656, de 1998?
5. Quais são as implicações negativas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para os usuários?
6. Quais são as implicações positivas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para os usuários?
7. Quais são as implicações negativas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços?
8. Quais são as implicações positivas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para os prestadores de serviços?
9. Quais são as implicações negativas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde?
10. Quais são as implicações positivas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para as operadoras de planos privados de assistência à saúde?
11. Que recomendações seriam úteis para desjudicializar a saúde suplementar a fim de reduzir as demandas de ações no âmbito do Poder Judiciário?

Tema 2: Características dos usuários e de suas ações em face dos planos privados de assistência à saúde nos plantões judiciários

1. Como Vossa Excelência caracteriza o perfil ou classe social dos usuários de planos privados de saúde que ingressam com ações nos plantões judiciários?
2. Como os usuários devem proceder para recorrer aos plantões judiciários no enfrentamento de alguma negativa de cobertura de natureza urgente ou emergente de bens ou serviços na saúde suplementar?
3. Quais são os tipos de ações mais comuns nos plantões judiciários – as individuais ou as coletivas?
4. O uso individual das ações judiciais implementa o direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição Brasileira de 1988 como um direito social?
5. No caso das ações coletivas existe predominância da intermediação ativa do Ministério Público perante os usuários de planos privados de saúde?
6. Em média quanto tempo leva a publicação de uma liminar nos plantões judiciários em relação às ações ordinárias para assegurar os direitos na assistência suplementar à saúde?

Tema 3: Interface entre Poder Judiciário, Governo Federal, ANS e Órgãos de Defesa do Consumidor na prevenção ou solução dos conflitos administrativos judicializados, em relação aos planos privados de assistência à saúde

1. Qual a interface entre ANS, Órgãos de Defesa do Consumidor e Poder Judiciário em relação à máxima efetividade regulatória?
2. As ações postuladas no Poder Judiciário diretamente pelos representantes legais dos usuários sofrem prévia busca de recurso destes agentes pelos núcleos de fiscalização da ANS ou órgãos de defesa do consumidor?
3. Existe conflito entre as normas do Código de Defesa do Consumidor e os normativos editados pela ANS?
4. Qual a impressão de Vossa Excelência sobre o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) classificada como instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) e sua relação com a eficácia na aplicação de penalidades no âmbito administrativo da ANS para reduzir a reincidência de comportamento inidôneo das operadoras de planos privados de saúde?
5. Após notificação administrativa da operadora de planos privados de saúde em que situações a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro recorre ao Poder Judiciário?
6. No Contexto do SUS, quais seriam as principais diferenças em relação à saúde suplementar com foco no objeto da reivindicação nos plantões judiciários?
7. Como Vossa Excelência avalia o princípio da universalização do acesso ao SUS e a crescente atuação governamental e de sindicatos na busca por benefícios de planos privados de saúde para servidores públicos e associados, respectivamente?
8. Quais são as circunstâncias das decisões judiciais desfavoráveis para o consumidor, as quais giram em torno da teoria da reserva do financeiramente possível nos âmbitos da saúde pública e privada?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ilustríssimo (a) Magistrado (a),

Gostaria de contar com a participação de Vossa Excelência na pesquisa de doutorado vinculada ao Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob o título “**A judicialização nas relações de consumo da saúde suplementar: a ótica dos magistrados acerca dos plantões judiciários**”, cuja justificativa é explicitar a ação do Poder Judiciário no tratamento das questões urgentes e emergentes apresentadas frequentemente na saúde suplementar. Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar o papel dos plantões judiciários na intervenção de conflitos de usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Vossa Excelência foi selecionado (a) por integrar a carreira de magistratura em efetivo exercício nos tribunais de justiça de qualquer ramo do Direito – público ou privado – com ou sem experiência nos plantões judiciários. Vossa participação não é obrigatória. A qualquer momento, V. Exa. poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Vossa recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretarão prejuízos. Se Vossa Excelência aceitar participar, estará contribuindo para a busca de alternativas propostas para a melhoria da política regulatória brasileira na sua interface com os serviços oferecidos para a sociedade civil na assistência suplementar à saúde.

Foram tomadas as medidas necessárias para minimizar potenciais riscos de constrangimento e indisponibilidade de tempo, a fim de conciliar esta pesquisa com o trabalho de V. Exa.

Vossa participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento de um formulário de caracterização de dados pessoais e na resposta a um roteiro de perguntas estruturadas, cujo tempo de duração é estimado em aproximadamente 30 (trinta) minutos. A metodologia é qualitativa, e o local de realização poderá ser o vosso gabinete de trabalho, ou outro local oportuno e mais conveniente para V. Exa. As entrevistas de conteúdo técnico-científico serão gravadas com registro de áudio, e realizadas pela própria pesquisadora responsável.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de vossa participação. Estes dados, após análise, serão publicados e registrados em forma escrita ou oral, para que sejam utilizados integralmente ou em partes, a qualquer tempo, pela pesquisadora responsável que subscreve a partir desta data.

A pesquisadora responsável comprometeu-se a tornar públicos, nos meios acadêmicos, científicos ou de interesse público, os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de magistrados (as) participantes.

Caso Vossa Excelência concorde em participar desta pesquisa, solicito que assine ao final do presente documento, que compreende duas vias: uma delas de V. Exa., e a outra, da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Ante o exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar.

_____, _____, de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

Para qualquer outra informação sobre o projeto Vossa Excelência poderá entrar em contato a qualquer tempo com a pesquisadora responsável, no endereço: Rua Hermengarda, nº 131, apartamento nº 304 – Méier – Rio de Janeiro – RJ-Brasil, CEP: 20710-010. Tel. 55-21-99216-5738; e-mails: nadia.pinto@bol.com.br ou nadiareg@ims.uerj.br ou nadiarpinto@gmail.com. Caso V. Exa. queira entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, o endereço é Rua São Francisco Xavier, nº 524 – sala 7.003 – D, Maracanã, Rio de Janeiro – RJ – Brasil, CEP: 20559-900. Tel. 55-21-2334-0235; ramal 108, e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

APÊNDICE E - Respostas dos Entrevistados**Tema 1 – Percepção da magistratura sobre o papel dos plantões judiciais na saúde suplementar**

PERGUNTA 1 - Qual é a opinião de Vossa Excelência sobre o papel dos plantões judiciais na intervenção de conflitos entre usuários com prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde?

E1 - O plantão judicial se presta para decidir conflitos de natureza emergencial.

E2 - O plantão judicial se presta a cobrir lacunas de demandas reprimidas que lhe são canalizadas. O plantão está sendo usado de forma equivocada, e deveria atuar apenas em medidas de urgência e emergência.

E3 - O papel desses plantões é garantir o exercício de direitos e obrigar o plano de saúde a cumprir efetivamente a prestação de direitos devidos aos consumidores.

E4 - O papel dos plantões judiciais é tutelar questões de urgência sem adentrar em questões mais profundas.

E5 - O papel dos plantões judiciais consiste em assegurar o direito à prestação de serviços à saúde.

E6 - O plantão judicial não é destinado a mediar nada. Existe para atender medidas de urgência geral, sempre que alguém estiver em risco à vida e à saúde, independentemente do inadimplemento contratual, nos casos de urgência.

E7 - O papel do plantão judicial é analisar, no caso de uma cirurgia de emergência, a viabilidade de uma concessão desejada e negada ao segurado.

E8 - O plantão judicial tem a função de solucionar apenas questões de urgência, não lhe cabendo mediação propriamente dita; sua finalidade é resolver somente aqueles conflitos de interesse que não podem esperar.

E9 - O plantão judicial serve para medidas urgentes que não podem esperar pelo dia seguinte.

E10 - O plantão judicial se torna imprescindível para situações que venham a envolver saúde, que é o bem maior que nós temos, e para conceder a tutela mais emergencial que se apresente.

E11 - Muitas operadoras de planos de saúde têm se esquivado do cumprimento dos deveres perante os consumidores, criando óbices desnecessários em relação à cobertura, e alegando não constatação da situação de urgência e emergência, embora para estas situações a Lei n^o 9656/98 estabeleça apenas 24 horas de carência. Dessa forma, se os consumidores não tivessem acesso ao plantão judicial, imagino que muitos destes já estariam cegos, mortos, ou com algumas mazelas.

E12 - O plantão judicial foi criado justamente para atender às questões de natureza urgente que necessitem de solução no período fora do horário normal de funcionamento do Judiciário.

E13 - Com exceção desses casos aleatórios de pessoas que vão procurar o plantão noturno, sem necessidade e sem a urgência imprescindível, eu julgo este plantão judicial noturno excelente no que se refere à relação entre consumidores e empresas de saúde privadas, a fim de antecipar a tutela para o serviço muitas vezes negado pelas operadoras dos planos de saúde.

E14 - O ideal seria a não intervenção do Poder Judiciário no atendimento da política de saúde, mas eu não acredito que nenhum país possa excluir o Judiciário da participação da vida do

consumidor, bem como dos conflitos que naturalmente surgem. Todavia, torna-se inadmissível que a omissão do Estado seja tamanha, a ponto de exigir uma intervenção tão permanente e intensa do Poder Judiciário.

E15 - O juiz tem que balizar 3 princípios: o mínimo existencial (se não for concedida a tutela antecipada, o demandante pode morrer); a razoabilidade (o demandante tem que se dirigir à rede oferecida no plano); a reserva do possível (avaliação do aspecto financeiro).

E16 - O plantão judiciário é fundamental, quando existe risco de dano, irreparável ou de difícil reparação, em relação à saúde.

E17 - O plantão judiciário é importante porque se dá fora do horário normal de expediente, para impor à operadora de plano de saúde a prestação de assistência a seu contratante, esteja ou não esta assistência prevista no contrato ou na lei.

E18 - Se ocorrer uma situação conflituosa entre plano de saúde e o consumidor, nada mais normal que o Poder Judiciário resolva este impasse, uma vez que as partes não conseguiram fazê-lo.

E19 - O Poder Judiciário pode intervir para garantir um procedimento na área de saúde, negado pela operadora de plano de saúde.

E20 - O plantão judicial é fundamental nesses casos, tanto no nível de plantão de saúde quanto no nível do SUS, porque os usuários de serviços à saúde recorrem a ele justamente para apreciar a medida do caráter de urgência.

E21 - Cabe ao Poder Judiciário analisar basicamente as medidas de urgência que estejam bem fundamentadas no sentido da necessidade daquele tratamento ou daquela internação hospitalar.

E22 - O papel do Poder Judiciário é fundamental, porque aos plantões judiciários geralmente chegam as questões de urgência.

E23 - Não vejo que o plantão judiciário seja essencialmente algo diverso do que já são as varas comuns. A única peculiaridade é exatamente o fato de que este plantão opera após o funcionamento das varas comuns, para a atendimento das situações de emergência.

E24 - Considero um absurdo a intervenção do Judiciário em um tema tão importante quanto a saúde pública; é evidente que esta intervenção só deve se dar quando houver um direito comprovado. É preciso analisar cada caso, a urgência ou não daquele pedido, pois há risco de a demora na decisão causar até a morte do demandante. Na dúvida, então, é preferível conceder a liminar, ou seja, acolher o pedido antecipadamente, determinando que o atendimento seja prestado, seja pelo Estado, seja pela operadora de saúde.

E25 - O papel do plantão judiciário é conceder liminares, resolver uma situação emergencial no primeiro momento, quando há conflito de interesses entre beneficiário, operadora e prestador de serviços.

E26 - O plantão judiciário é fundamental para a manutenção da saúde dos demandantes, porque nós temos muitos casos que são urgentes. Há operações que o plano de saúde repele, tais como próteses, órteses, *stents*, podendo mesmo chegar a divergir do que o médico indica. Também em situações de emergência onde há risco à vida, pode existir recusa ao atendimento por parte da operadora do plano de saúde, sob alegação de carência, mesmo quando se trata de situações em que há risco à vida.

E27 - O plantão judiciário tem o papel de cumprir todas essas questões que demandam uma prestação judicial de urgência, ou seja, dar pronto atendimento a situações em que o demandante necessita de apoio jurisdicional imediato. O plantão atende pessoas que necessitam de uma providência judicial quando os fóruns já estão com o expediente encerrado, sendo impossível o acesso à distribuição.

E28 - O plantão judiciário representa a justiça à disposição da saúde, nos casos de urgências que não podem ser resolvidos no expediente dos fóruns comuns. Nesse momento, o plantão

judiciário vai agir para autorizar internação, além de outras questões envolvendo a saúde, como medicamentos.

E29 - O plantão judiciário é essencial para resolver de imediato a questão da determinação da internação, ou para coibir a falta de atendimento premente para quem está passando necessidade.

E30 - O plantão judiciário tem funções específicas, só atua para atender a medidas urgentes. Se não se tratar de medidas urgentes deve-se procurar a justiça comum e aguardar o juiz natural da causa.

E31 - O plantão judiciário é necessário para colocar a vida e a saúde em primeiro plano, deixando as questões contratuais restritas a resoluções posteriores, e viabilizando o acesso da população que não teve atendimento adequado em uma situação de emergência.

E32 - O papel do plantão judiciário é atender às emergências e às urgências, por meio de intervenção judiciária em relação às recusas de atendimento por parte dos planos de saúde.

E33 - O papel do plantão judiciário é atuar de maneira que possa assegurar a sobrevivência, a vida e a saúde das pessoas que a ele recorrem em regime de urgência, para conseguir o atendimento garantido pela Lei nº 9656/98.

E34 - O papel do plantão judiciário é reprimir os absurdos praticados pelos planos de saúde nos casos específicos de urgência, privilegiando o direito à vida de pessoas que buscam o Poder Judiciário como última alternativa.

E35 - O papel do plantão judiciário é obedecer à letra do contrato e verificar se o beneficiário faz jus ou não ao atendimento, porque no momento que você concede um benefício extraordinário ao cidadão, acaba sacrificando o plano de saúde em relação aos demais usuários. Portanto, a meu modo de ver, o cidadão deveria buscar no SUS aquilo que não está compreendido no seu plano de saúde.

E36 - O papel do plantão judiciário é intervir em momentos críticos de saúde, avaliando a real necessidade de emergência, para que ninguém tire proveito de uma situação que não seja emergencial.

E37 - O plantão judiciário é o lugar de requisição de medidas de caráter de urgência, independentemente de ser feriado, sábado ou domingo. O plantão noturno é das 18 horas às 11 horas, de domingo a sábado.

E38 - O plantão judiciário tem dois papéis: em primeiro lugar, o papel mais psicológico de prestar justiça durante vinte e quatro horas, ou seja, a justiça presente sempre em caso de necessidade; em segundo lugar, o papel efetivo de prestar justiça em situações de extrema urgência, como em caso de dano à saúde ou risco de morte.

E39 - O plantão judiciário impede que haja um lapso na prestação de serviço, sendo fundamental nos horários de fechamento dos fóruns.

E40 - O papel do plantão judiciário é resolver situações de emergência fora do expediente dos fóruns, para atender pessoas em risco de vida ou pessoas que necessitam de tratamento emergencial ou urgente, às quais tenha sido negada a cobertura pelo plano de saúde.

E41 - Não tive experiência em relação a esses assuntos, mas penso que o plantão judiciário tem grande importância não só nos conflitos de saúde, mas em todas as questões urgentes que demandem a questão judicial.

E42 - Não tenho vivência muito grande nos plantões judiciários, mas estes criaram canais de interface com tribunais de justiça e alguns planos de saúde. O papel do plantão judiciário deve ser a mediação de demanda, e não deve ser interpretado como um balcão de atendimento das empresas de plano de saúde.

E43 - O papel do plantão judiciário é resolver a demanda pela intermediação do Poder Judiciário, ainda que esta prática não fosse tradicional ou do costume judiciário.

E44 - O plantão judiciário atua para apreciação de medidas cautelares, ou seja, medidas urgentes em que o usuário de plano de saúde realmente esteja com necessidade imediata de

atendimento médico e hospitalar, uma vez que o bem jurídico em foco é a proteção à vida e à saúde do paciente. Contudo, é preciso ter cautela, porque pode se verificar algum tipo de excesso; não existem só casos de recusa por parte do plano de saúde, mas também casos de abuso por parte do usuário.

E45 - Na verdade, o papel do plantão judiciário deveria ser excepcional; entretanto seu papel se estende em razão do excesso de casos de resistência da própria operadora do plano de saúde, seja em cumprir as obrigações contratuais, seja em atender de imediato aos casos de emergência em que há risco de dano à saúde ou risco de morte.

PERGUNTA 2 - Quais são os conflitos de urgência ou emergência mais comuns na assistência à saúde suplementar?

- E1** - Autorização para *stent*, problema de carência, e limitação de dias de internação.
- E2** - Autorização para internação, autorização para cirurgias, colocação de órtese e prótese.
- E3** - Autorização para *stent*, internação com prazo de carência, caso de urgência e emergência.
- E4** - Autorização para cirurgia com prótese e *stent*.
- E5** - Recusa à internação, caso de urgência e emergência e falta de vaga.
- E6** - Tem de tudo, normalmente recusa a atendimento em casos de risco à vida, acidentes, enfartes e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's), e prótese importada.
- E7** - Negativa de cobertura para internação.
- E8** - Internação, implantação de prótese e *stent*.
- E9** - Recusa ou negativa de plano para autorizar internação, cirurgias, procedimentos, *stents*.
- E10** - Internações ligadas a questões somáticas; acidentes traumáticos, como fraturas e choques de veículos; casos de doenças que seguem uma evolução, como o câncer.
- E11** - Internação, quimioterapia, às vezes *home care*, casos de medicamentos que o plano não queira cobrir.
- E12** - Cirurgias de urgência ou internações em centro de tratamento intensivo.
- E13** - Internação, limite de tempo de internação.
- E14** - Interpretação de cláusula; recusa no atendimento dos serviços e enfermidades que estejam previstas no contrato; internação; intervenções cirúrgicas; atendimento de emergência; atendimento de cirurgias específicas; *stents*; cirurgias vasculares.
- E15** - *Stents*, limitação de cobertura em plano ambulatorial, limitação contratual de internação em CTI.
- E16** - Segundo minha experiência são a questão do *stent* e a carência.
- E17** - Situações que precisam de atendimento urgente e às quais o plano de saúde não permite assistência.
- E18** - No caso, internação para alguma cirurgia, para algum problema cardíaco, colocação de *stent*; órteses; próteses; e materiais especiais (OPME).
- E19** - Internação, manutenção no CTI, e eventuais casos de transporte, porque só a ambulância pode transportar.
- E20** - Os mais comuns que se observam sempre são: internação; muitos casos de carência em situações de urgência e emergência, às quais o plano não pode negar cobertura.
- E21** - Cirurgias em situações que denotam caráter emergencial, questões de hemodiálise, questões de apendicite, parto emergencial.
- E22** - Negativa do pedido de cirurgias, como cirurgia neurológica, e recusa do atendimento a grávidas.
- E23** - Problemas de planos de saúde: recusa de autorização; recusas de cobertura; problemas de carência. Muitas vezes estamos diante de uma emergência dentro do período de carência, e o plano recusa a cobertura ou demora em dar autorização para circunstâncias que são emergenciais.
- E24** - Cirurgia, procedimentos cardiológicos, casos de exame e internação, cujo atendimento das operadoras restringem sob alegação de carência.
- E25** - Cirurgias de emergência, como remoção de apêndice, cirurgia bucomaxilar, etc.
- E26** - Negativa de colocação de *stent*; órtese; prótese; carência.
- E27** - Negativa de atendimento em situações de risco grave à vida das pessoas.

- E28** - Em regra, negativa de atendimento em situações de emergência, como risco à vida.
- E29** - Internação.
- E30** - Normalmente, negativa de atendimento de pedidos de internação.
- E31** - Os problemas não são muito diferentes de um plano para o outro: carência e negativa de cobertura.
- E32** - Parto com carência; atendimento de urgência; câncer; isquemias; e cardiopatias.
- E33** - Negativa de internação, colocação de órteses e próteses; necessidade de mediação em situações de urgência para viabilizar a cirurgia; e situação de parto de emergência.
- E34** - Cobertura de algumas cirurgias eletivas como as cirurgias bariátricas; colocação de *stent*; cirurgia de urgência; limitações de carência.
- E35** - Casos de parto e prazos de carência.
- E36** - Próteses; órteses; internações; câncer; quimioterapia – outros serviços básicos de atendimento à saúde.
- E37** - Internações; realização de exames de emergência; prazos de carência quando há risco à vida.
- E38** - Internações; procedimentos; autorização para internação; utilização de certos materiais que, segundo o plano de saúde, não estão cobertos pelo contrato.
- E39** - Casos de saúde e casos de cirurgia.
- E40** - Negativa de fornecimento de próteses, *stents* e órteses. Cobertura para tratamento cardíaco ou cirurgia neurológica, transplante de córnea. Negativa de cobertura para mulher grávida e para recém-nascido; cirurgias hiperbáricas; terapia de albumina; alimentos para crianças, como leites especiais.
- E41** - Negativa de autorização para exames; internação; procedimentos não cobertos.
- E42** - Cirurgias; recusas de internação; remédios, ainda que de maneira supletiva; próteses; órteses; e outras questões de cobertura de plano de saúde.
- E43** - Internação; leitos; medicamentos, negativa – sobretudo no SUS e nos planos de saúde – de uma série de obrigações assistenciais; tempo de internação, especialmente na UTI.
- E44** - Os mais comuns são problemas cardíacos com colocação de *stent*, quando o plano de saúde não recusa o atendimento, mas recusa a colocação da prótese.
- E45** - Internação; equipamentos específicos; órteses; e demais procedimentos cirúrgicos.

PERGUNTA 3 - Para qual agente da saúde suplementar as decisões judiciais estão sendo mais favoráveis?

E1- Beneficiário.

E2 - Consumidor.

E3 - Consumidor.

E4 - Consumidor.

E5 - Consumidor.

E6 - Consumidor.

E7 - Consumidor.

E8 - Consumidor.

E9 - Consumidor.

E10 - Consumidor.

E11 - Não informou.

E12 - Consumidor.

E13 - Consumidor.

E14 - Consumidor.

E15 - Consumidor.

E16 - Consumidor.

E17 - Consumidor.

E18 - Consumidor.

E19 - Consumidor.

E20 - Consumidor.

E21 - Consumidor.

E22 - Consumidor.

E23 - Consumidor.

E24 - Consumidor.

E25 - Consumidor.

E26 - Consumidor.

E27 - Quem mais obtém é o consumidor, aquele que se encontra em maior situação de risco e quase sempre consegue a medida que está a postular.

E28 - Em regra é o consumidor que é a parte mais fraca; nessa condição, é claro que, quando a questão se torna litigiosa, o Judiciário tem uma postura de proteção ao consumidor, com base no Código de Defesa do Consumidor (CDC).

E29 - Não existe questão favorável ou desfavorável, uma vez que existe o abuso do direito de postular. Às vezes pode-se ver pelo contrato que a pessoa está querendo obter vantagens indevidas, da mesma maneira que existem cláusulas abusivas no contrato. Então é preciso separar o joio do trigo.

E30 - No contexto geral é o consumidor. Normalmente, este tem levado mais vantagem, pois na dúvida a interpretação tem que ser mais favorável ao segurado; logo decide-se pelo lado do consumidor, e não do contrato.

E31 - Consumidor.

E32 - Usuário.

E33 - Consumidor.

E34 - O consumidor, por toda sua vulnerabilidade.

E35 - Consumidor.

E36 - Geralmente é o consumidor.

E37 - Pró-consumidor.

E38 - Consumidor que está em situação de urgência.

E39 - Pró-consumidor.

E40 - Pró-segurado.

E41 - É muito difícil saber, pois o juiz tem que avaliar a tutela antecipada e o *periculum in mora*.

E42 - Difícil dizer, mas trata-se de um desgaste muito grande.

E43 - Consumidor.

E44 - Penso que atualmente existe uma situação de equilíbrio, às vezes em benefício do consumidor e às vezes favoravelmente ao plano de saúde, pois se analisa muito se aquele tipo de procedimento está ou não previsto no contrato celebrado entre o usuário e o plano de saúde.

E45 - Na minha percepção, são os pacientes que têm levado vantagem e obtido vitória nessa demanda, em razão da situação de risco.

PERGUNTA 4 - Os conflitos de urgência ou emergência são predominantes nos planos anteriores ou posteriores à Lei nº 9.656, de 1998?

E1 - É irrelevante a data do contrato, pois o Código de Defesa do Consumidor (CDC) é a lei maior.

E2 - O Poder Judiciário não enxerga essa direção.

E3 - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).

E4 - Não sei responder.

E5 - Nos planos posteriores à Lei nº 9.656/98 (Planos Novos).

E6 - É indiferente.

E7 - Ocorrem em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).

E8 - Não tenho essa percepção.

E9 - Não tenho como te dar essa informação.

E10 - Não há uma resposta certa para essa pergunta.

E11 - Não saberia dizer.

E12 - Qualquer um deles (plano anterior ou posterior à Lei nº 9.656/98).

E13 - Predominam nos contratos novos.

E14 - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).

E15 - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).

E16 - Não tem muita diferença, não.

E17 - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98); o conflito é muito comum, mas me parece que os mais antigos têm mais volume de ação contenciosa, pois havia regras preestabelecidas que eram obedecidas. Com o advento do Código de Defesa do Consumidor (CDC) passou-se a não mais obedecer àquelas normas.

E18 - Quando eu fazia plantão, a predominância era nos planos anteriores à Lei nº 9.656/98, mas havia vários casos posteriores também.

E19 - Geralmente nos planos novos.

E20 - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).

E21 - Eu penso que em ambos os casos, porque a Lei favorece uma cultura de acesso ao Poder Judiciário, ou seja, apesar de a Lei de Plano de Saúde ter regulamentado questões mais restritas ao contrato de obediência, ao mesmo tempo conseguiu esclarecer um pouco o consumidor no sentido de conhecer seus direitos.

E22 - Depois da regulamentação, começou a se criar maior consciência dos direitos, sobretudo a respeito da valorização da boa-fé contratual e da nulidade das cláusulas contratuais abusivas.

E23 - Não sei dizer.

E24 - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98). É indiferente, o que se verificava mais era a urgência do atendimento, independentemente também do caso de carência.

E25 - Tanto faz (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98). A gente examina situações periclitantes em que há risco da vida e da saúde do demandante.

E26 - Nos planos novos, porque a discussão da carência é recorrente. Os planos antigos, embora contenham restrições, têm que se ajustar ao regramento do Código de Defesa do Consumidor (CDC),

E27 - Ocorre indistintamente, tanto faz (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).

E28 - Ocorre indiferentemente em um plano ou em outro (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98) para qualquer caso de urgência.

- E29** - Nos planos anteriores à Lei nº 9.656/98, pois esta cristalizou mais o direito do usuário no plano de saúde.
- E30** - Os conflitos naturalmente surgiram em maior frequência antes da Lei nº 9.656/98, quando havia falta de regulação e os contratos não tinham cláusulas muito claras.
- E31** - Não há diferença (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).
- E32** - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).
- E33** - Eu penso que é indiferente (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).
- E34** - Eu não sei dizer onde se dá o maior litígio.
- E35** - Nos planos anteriores à Lei nº 9.656/98.
- E36** - Nas decisões mais recentes (planos novos).
- E37** - Nos planos novos.
- E38** - Não sei dizer.
- E39** - Nos planos antigos, pois não se alterou significativamente a frequência desde o marco da Lei nº 9.656/98.
- E40** - Nos planos antigos, pois depois da Lei nº 9.656/98 reduziu-se bastante a frequência dessas demandas.
- E41** - Desconheço.
- E42** - Creio que é mais crítico no período anterior.
- E43** - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).
- E44** - Em ambos (plano anterior e posterior à Lei nº 9.656/98).
- E45** - Creio que nos planos posteriores à Lei nº 9.656/98.

PERGUNTA 5 - Quais são as implicações negativas de recurso aos plantões judiciais na saúde suplementar para usuários?

E1 - Estresse.

E2 - Não respondeu.

E3 - Desgaste pelo deslocamento do demandante até o plantão judiciário.

E4 - Fila gigante para ser atendido no plantão judiciário.

E5 - Risco para a saúde.

E6 - Não respondeu.

E7 - Desgaste emocional.

E8 - Não deveria haver necessidade de recorrer ao Poder Judiciário.

E9 - Demora diante da iminência de fatalidade.

E10 - Não respondeu.

E11 - Não respondeu.

E12 - Não respondeu.

E13 - Não respondeu.

E14 - Não respondeu.

E15 - Não respondeu.

E16 - Não respondeu.

E17 - Não respondeu.

E18 - Não respondeu.

E19 - Não respondeu.

E20 - Não respondeu.

E21 - Não respondeu.

E22 - Não respondeu.

E23 - Estresse e desgaste financeiro.

E24 - Não respondeu.

E25 - Não respondeu.

E26 - Não respondeu.

E27 - Não respondeu.

E28 - Não respondeu.

E29 - Não respondeu.

E30 - Não respondeu.

E31 - Abreviação do tratamento com uso de medicamento genérico no lugar de medicamento de marca registrada.

E32 - Não respondeu.

E33 - Desgaste e sofrimento muito grande.

E34 - Não respondeu.

E35 - Horários anômalos em madrugadas e feriados.

E36 - Não respondeu.

E37 - Não respondeu.

E38 - Não respondeu.

E39 - Não respondeu.

E40 - Não respondeu.

E41 - Não respondeu.

E42 - Risco de morte; liminar com uma distribuição posterior a juiz diferente do plantão judiciário; e cassação da liminar, caso o beneficiário não tenha razão.

E43 - Não respondeu.

E44 - Não respondeu.

E45 - Não respondeu.

PERGUNTA 6 - Quais são as implicações positivas de recurso aos plantões judiciários na saúde suplementar para usuários?

- E1** - Não respondeu.
- E2** - Defesa do consumidor.
- E3** - Satisfação imediata do direito do consumidor.
- E4** - Rapidez na decisão.
- E5** - Não respondeu.
- E6** - Direito de ser atendido.
- E7** - Não respondeu.
- E8** - A população sabe onde tem que buscar seus direitos.
- E9** - Não respondeu.
- E10** - Tutela positiva.
- E11** - Medida efetiva que é cumprida sob pena de multa alta.
- E12** - Liminar favorável para obter o procedimento.
- E13** - Assistência 24 horas, com defensor, promotor e juiz.
- E14** - Resolução de uma série de situações fundamentais e existenciais.
- E15** - Aplicação do nível de igualdade.
- E16** - Disponibilidade de atendimento no plantão fora do expediente normal.
- E17** - Satisfação na medida de urgência.
- E18** - Mérito de êxito ao recorrer ao Poder Judiciário.
- E19** - Conflito pacificado.
- E20** - Decisão costuma ser favorável com deferimento.
- E21** - Acolhimento de todos e tratamento daquela medida.
- E22** - Direito do consumidor atendido.
- E23** - Não respondeu.
- E24** - Acesso mais rápido à justiça.
- E25** - Possibilidade de recorrer e ter seu pedido deferido.
- E26** - Liminar efetiva obtida para cumprimento do contrato e da lei, evitando risco de morte.
- E27** - Resposta imediata do plantão judiciário.
- E28** - Não respondeu.
- E29** - Proteção do consumidor e da sua dignidade de pessoa humana, com prestação urgente de seu direito.
- E30** - Cláusulas contratuais interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.
- E31** - Confirmação da urgência do tratamento.
- E32** - Atendimento imediato com ordem judicial.
- E33** - Não respondeu.
- E34** - Obtenção de garantia de saúde e maior consciência do consumidor.
- E35** - Amparo com plantão judicial.
- E36** - Solução rápida para situação emergencial.
- E37** - Não respondeu.
- E38** - Obtenção de providências necessárias para urgência.
- E39** - Garantia do direito do consumidor.
- E40** - Liminar efetiva de cumprimento de obrigação favorável ao consumidor.
- E41** - Proteção judicial ao consumidor.
- E42** - Solução imediata.
- E43** - Resolução com presteza, atenção, sensibilidade, rapidez e eficiência.

E44 - Solução imediata da situação de emergência.

E45 - Velocidade no atendimento.

PERGUNTA 7 - Quais são as implicações negativas de recurso aos plantões judiciais na saúde suplementar para prestadores de serviços?

- E1** - Não respondeu.
- E2** - Não respondeu.
- E3** - Cobrança por parte do prestador à pessoa física que perdeu na sentença.
- E4** - Não respondeu.
- E5** - Os recursos só trazem prejuízo.
- E6** - Não respondeu.
- E7** - Não respondeu.
- E8** - Não respondeu.
- E9** - Não respondeu.
- E10** - Não respondeu.
- E11** - Não respondeu.
- E12** - Não respondeu.
- E13** - Não respondeu.
- E14** - Não respondeu.
- E15** - Ressentimento por não poderem emitir opinião técnica na decisão judicial.
- E16** - Não respondeu.
- E17** - Obrigação de prestar um serviço sem saber se receberá pela realização dele.
- E18** - Não respondeu.
- E19** - Não respondeu.
- E20** - Acusação de omissão de socorro.
- E21** - Não respondeu.
- E22** - Obrigação forçada de prestar o serviço.
- E23** - Ônus de pagar a conta financeira do paciente, quando a decisão judicial é improcedente para o beneficiário.
- E24** - Possibilidade de ocorrência de perdas e danos.
- E25** - Não respondeu.
- E26** - Obrigação forçada de cumprimento judicial.
- E27** - Não respondeu.
- E28** - Obrigação de salvar vidas sem contrapartida financeira.
- E29** - Não respondeu.
- E30** - Maioria dos consumidores não tem como pagar se houver essa obrigação.
- E31** - Glosas de pagamentos pela operadora.
- E32** - *Status* de mau prestador de serviços.
- E33** - Complicação da atuação médica em razão de falta de vagas, e crime de desobediência.
- E34** - Obrigação forçada da ordem judicial.
- E35** - Não respondeu.
- E36** - O hospital não tem muita opção.
- E37** - Não respondeu.
- E38** - Insegurança em relação a conseguir acatar a demanda.
- E39** - Não respondeu.

E40 - Não respondeu.

E41 - Não respondeu.

E42 - Não respondeu.

E43 - Não respondeu.

E44 - Não respondeu.

E45 - Não respondeu.

PERGUNTA 8 - Quais são as implicações positivas de recurso aos plantões judiciais na saúde suplementar para prestadores de serviços?

E1 - Não respondeu.

E2 - Não respondeu.

E3 - Não respondeu.

E4 - Não respondeu.

E5 - Não respondeu.

E6 - Não respondeu.

E7 - Não perde nada.

E8 - Não respondeu.

E9 - Não respondeu.

E10 - Cobertura assegurada por ordem judicial que cobre o procedimento.

E11 - Maior controle.

E12 - Não respondeu.

E13 - Respaldo judicial.

E14 - Respaldo para o hospital no custeio do atendimento.

E15 - Não respondeu.

E16 - Não respondeu.

E17 - Não respondeu.

E18 - Não respondeu.

E19 - Segurança do mandado judicial.

E20 - Não respondeu.

E21 - O prestador se sente mais seguro com a ordem judicial, até para futuramente não vir a ser descredenciado pela operadora de planos privados de assistência à saúde.

E22 - Não respondeu.

E23 - Não respondeu.

E24 - Não respondeu.

E25 - Não respondeu.

E26 - Não respondeu.

E27 - Não respondeu.

E28 - Não respondeu.

E29 - Priorização do bem à vida.

E30 - Não respondeu.

E31 - Não respondeu.

E32 - Não respondeu.

E33 - Não respondeu.

E34 - Não respondeu.

E35 - Ponderação sobre o não atendimento da ordem judicial, por intermédio de diálogo entre o médico assistente e o Poder Judiciário.

E36 - Não respondeu.

E37 - Não respondeu.

E38 - Não respondeu.

E39 - Não respondeu.

E40 - Ordem judicial que garante o pagamento do procedimento realizado pelo prestador.

- E41** - Maior segurança para os prestadores.
- E42** - Segurança para os prestadores de serviços a partir da decisão judicial.
- E43** - Resolução com presteza, atenção, sensibilidade, rapidez e eficiência.
- E44** - Segurança com respaldo jurídico para os prestadores de serviços.
- E45** - Segurança para os prestadores de serviços com decisão judicial a partir de atendimento deferido pelo juiz.

PERGUNTA 9 - Quais são as implicações negativas de recurso aos plantões judiciais na saúde suplementar para operadoras de planos privados de assistência à saúde?

E1 - Não respondeu.

E2 - Desequilíbrio atuarial, gerando desequilíbrio financeiro.

E3 - Não respondeu.

E4 - Aumento dos custos de empresa de plano privado de saúde.

E5 - Aumento de prejuízos.

E6 - Perda do prestígio da empresa e indenização em caso de morte do beneficiário de plano privado de saúde.

E7 - Concessão de liminar procedente a quem não estava coberto pelo plano privado de saúde.

E8 - Não respondeu.

E9 - Não respondeu.

E10 - Pouco tempo para análise do pedido judicial no âmbito do plantão judicial, além da questão da dúvida: *in dubio* pró-vida. Por conseguinte, o setor sofre consequências da tutela em favor do consumidor.

E11 - Não respondeu.

E12 - Não respondeu.

E13 - Não respondeu.

E14 - Não respondeu.

E15 - A maioria das operadoras de planos privados de saúde acaba perdendo.

E16 - Risco de morte dos usuários de planos privados de saúde, e a operadora pode perder o cliente que contribuiria por mais de 10, 15, e 20 anos.

E17 - Obrigação de prestar um serviço sem saber se receberá por sua realização.

E18 - Uso de má-fé e oportunismo do usuário de plano privado de saúde que não tem direito contratual.

E19 - Cumprimento imediato da obrigação pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

E20 - Desgaste das operadoras de planos privados de assistência à saúde, decorrente da quantidade de ações judiciais na mídia.

E21 - Não respondeu.

E22 - Obrigação forçada de prestar o serviço.

E23 - Não respondeu.

E24 - Judicialização da saúde suplementar.

E25 - Não respondeu.

E26 - Não respondeu.

E27 - A declaração da operadora não prevalece sobre a declaração do médico assistente do usuário de plano privado de saúde.

E28 - O plantão judicial não é usado em favor das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

E29 - Prejuízos admissíveis.

- E30** - A maioria dos usuários não terá como pagar essa obrigação, caso a ação judicial for posteriormente improcedente para eles.
- E31** - A operadora de planos privados de saúde pode ter que dar cobertura de serviços na saúde suplementar, além daquela prevista no contrato.
- E32** - Efeitos negativos.
- E33** - Descumprimento da ordem judicial.
- E34** - Obrigação forçada, imposta por ordem judicial para as operadoras de planos privados de saúde.
- E35** - Os planos são obrigados a pagar, por decisão judicial, e pode haver desequilíbrio econômico.
- E36** - As operadoras de planos privados de saúde se veem obrigadas a acatar liminar favorável ao consumidor.
- E37** - Não respondeu.
- E38** - Efeitos negativos.
- E39** - Cumprimento forçado da obrigação pelas operadoras de planos privados de saúde.
- E40** - Indenização e cumprimento forçado da obrigação pelas operadoras de planos privados de saúde.
- E41** - Cumprimento forçado da obrigação pelas operadoras de planos privados de saúde.
- E42** - Improcedência de uma decisão judicial por falta de aprofundamento no mérito da questão.
- E43** - Não respondeu.
- E44** - Decisão sem ouvir a parte contrária.
- E45** - Sem vantagens, pois não há elementos para ir contra as prioridades.

PERGUNTA 10 - Quais são as implicações positivas de recurso aos plantões judiciais na saúde suplementar para operadoras de planos privados de assistência à saúde?

E1 - Resistência economicamente lucrativa ao comando jurisprudencial, por parte das operadoras de planos privados de saúde.

E2 - Não respondeu.

E3 - Não respondeu.

E4 - Não respondeu.

E5 - Não respondeu.

E6 - Disponibilidade do Poder Judiciário para resolver conflitos.

E7 - Não respondeu.

E8 - Não respondeu.

E9 - Não respondeu.

E10 - Não respondeu.

E11 - Não respondeu.

E12 - Exercício dos direitos de defesa.

E13 - Não respondeu.

E14 - Não respondeu.

E15 - Não respondeu.

E16 - Deixar de pagar um sinistro.

E17 - Não respondeu.

E18 - Não respondeu.

E19 - Possibilidade de recorrer posteriormente.

E20 - Demonstração da abusividade do beneficiário com recurso posterior.

E21 - Relação de custo e benefício econômico ao cumprir apenas após medida judicial.

E22 - Não respondeu.

E23 - Não generalização da decisão judicial favorável ao usuário litigante aos demais beneficiários da carteira.

E24 - Não respondeu.

E25 - Não respondeu.

E26 - Dispensa do ônus de arcar com obrigação improcedente.

E27 - Não respondeu.

E28 - Não respondeu.

E29 - Possibilidade de busca de ressarcimento judicial na vara comum.

E30 - Não respondeu.

E31 - Enriquecimento indevido pelo fato de não cumprir as obrigações em relação ao usuário pagante.

E32 - Não respondeu.

E33 - Não respondeu.

E34 - Não respondeu.

E35 - Possibilidade de a operadora de plano privado de saúde também ser ouvida, desde que respeitados os termos do contrato.

E36 - Não respondeu.

E37 - Não respondeu.

E38 - Não respondeu.

E39 - Não respondeu.

E40 - Não respondeu.

E41 - Não respondeu.

E42 - Não respondeu.

E43 - Resolução com presteza, atenção, sensibilidade, rapidez e eficiência.

E44 - Não respondeu.

E45 - Não respondeu.

PERGUNTA 11 - Que recomendações seriam úteis para desjudicializar a saúde suplementar a fim de reduzir as demandas de ações no âmbito do Poder Judiciário?

E1 - Conscientização da área empresarial no que se refere à obrigação de as operadoras de planos de saúde acatarem as decisões já pacificadas; conscientização de ética médica sobre urgência e emergência.

E2 - Cumprimento da lei.

E3 - Prevenção do consumidor antes da contratação, por meio de pesquisa no site do Tribunal, onde se pode verificar o número do processo judicial, o que a operadora apresenta, e o descredenciamento da operadora que gere muitas ações judiciais para o prestador.

E4 - Tutela coletiva (ação do Poder Judiciário no sentido coletivo, via Ministério Público e Defensoria Pública como ação civil pública); facilidade para pessoas vulneráveis tomarem atitude; veiculação da informação na mídia para conscientizar os direitos do consumidor.

E5 - Obrigação de os planos reverem sua postura e prestarem melhores serviços; punição efetiva por parte da (ANS), a fim de impedir que os planos de saúde recusem atendimento; trabalho de conscientização por parte do Estado.

E6 - Cumprimento do contrato pelas operadoras e fiscalização efetiva pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

E7 - Controle mais efetivo por parte da Agência Nacional de Saúde, com cobrança de multa das operadoras que se negarem a cumprir o que se estabelece contratualmente.

E8 - Necessidade de construir um Fórum apropriado para representação efetiva da população, do consumidor, reunindo representantes do Estado, da agência reguladora e dos planos privados de assistência à saúde.

E9 - Padronização dos contratos principalmente para que o consumidor tome ciência do que tem direito, mas com iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

E10 - Maior comunicação entre o titular do plano e a empresa de seguro saúde; maior capacidade por parte desta em deferir a requisição do consumidor, pois a tutela de saúde é de emergência, exigindo das operadoras uma resposta mais rápida; transmissão de maneira adequada dos direitos do consumidor; e contratação de pessoas capacitadas para trabalhar nas operadoras.

E11 - Cumprimento mais efetivo da Constituição, da Lei de Planos de Saúde e do Código de Defesa do Consumidor.

E12 - Melhoria do sistema público de saúde.

E13 - Boa prestação de saúde pública.

E14 - Implantação de políticas de saúde que de alguma forma diminuam a necessidade de acesso e os conflitos.

E15 - Fornecimento de subsídio aos juízes para que estes tomem decisões mais coerentes sem perder de vista a proteção do mais fraco; capacitação do juiz para apreciar melhor esse tipo de demanda; criação de um comitê técnico previsto na Recomendação nº 136 do Conselho Nacional de Justiça.

E16 - Garantia do cumprimento da lei; maior relação ética entre as mídias e os planos; estruturação interna, mais diálogo entre planos de saúde, médicos e hospitais; e boa estruturação dos planos e seus médicos.

E17 - Construção de hospitais; investimentos nas formações de médicos; real prestação de serviço público de saúde de qualidade.

E18 - Promoção de conciliação e mediação; medidas para solucionar esses conflitos, convênios com a Secretaria Estadual de Saúde, com os Tribunais de Justiça, com o Núcleo de Assessoria Técnica; participação em eventos e em Congressos na Saúde Suplementar.

E19 - Aperfeiçoamento da consciência individual; maior controle e maior legitimação dos serviços, além de fornecimento de explicações.

E20 - Maior atuação do Poder Público em todas as esferas; programação de vários eventos em escolas de magistratura como a EMERJ; no nível privado, maior conscientização em relação aos planos; maior discussão por toda a sociedade; interligação entre diversos campos da ciência: Psicologia, Filosofia, Sociologia.

E21 - Movimento no sentido de aprofundar a matéria. Creio que seria necessário melhorar os serviços administrativos, bem como proporcionar melhor remuneração a todos; oferecer maior transparência nas redes referenciadas para acesso ao tipo de titulação – formação em que faculdade, especialidade; divulgação de informação; melhor avaliação do credenciado ao plano de saúde.

E22 - Produção de um contrato que de fato garanta os direitos do consumidor, a partir daquilo que este está pagando.

E23 - Fortalecimento das instâncias administrativas, bem como de todas as outras instâncias e órgãos de controle, aplicação de sanções; fornecimento de proteção adequada ao consumidor; exigência de melhor atuação das autarquias, cuja eficácia seria fundamental.

E24 - Criação de condição para obter o atendimento médico; mais leis; mais médicos; melhor remuneração para os médicos; obrigação de o plano de saúde oferecer mais vagas e não relutar em atender.

E25 - Clareza contratual dos planos de saúde; conferências tipo *workshop* organizadas por empresas com os magistrados e também palestras com os consumidores; esclarecimento geral da população; e medidas de políticas sociais.

E26 - Cumprimento do contrato e formação de uma equipe multidisciplinar para prévia análise dos pedidos judiciais, principalmente em relação a medicamentos, à luz da experiência exitosa do NAT no TJRJ; análise prévia dos pedidos; maior ligação da Defensoria Pública com as Secretarias de Saúde do Estado e do Município.

E27 - Melhoria do processo de educação dos consumidores, que devem estar aptos a compreender aquilo que estão contratando, com todos os efeitos e consequências, exigindo uma demonstração completa e adequada do que está sendo oferecido.

E28 - Melhoria dos hospitais; melhoria do SUS; aumento do número de leitos dos hospitais; fornecimento de medicamentos mediante prescrição médica, e não criação de embaraços às internações.

E29 - Bom senso por parte de prestadores de serviços, usuários e operadoras; maior gabarito tanto dos usuários de serviços quanto de concursos; mais treinamento para aumentar o poder de interpretação das cláusulas, com rapidez, boa-vontade e educação, melhorar a gestão com seriedade no emprego das verbas.

E30 - Resolução pacífica, sem processo judicial, a partir da área de intermediação ou mediação de conflitos prévios, por meio dos Procons, do Poder Judiciário com capacidade de entender as situações e com certo poder de decisão, e de um representante de plano de saúde.

E31 - Mediação pelo Poder Judiciário, além de prevenção; consideração de casos específicos a fim de viabilizar medidas resolutivas do caso concreto e pegar todos os casos específicos e tentar viabilizar medidas de forma preventiva e multifacetária; possibilidade de a Agência Nacional de Saúde Suplementar elaborar normas e resoluções com a participação de todos os entes da regulação; promoção do NAT como uma entidade imparcial capaz de dar orientação ao magistrado, com o patrocínio do Poder Executivo; trabalho de prevenção de saúde realizado pelas operadoras.

E32 - Possibilidade de a operadora atender o cidadão sem o viés contratual, a partir do viés humano, moral, social e ético; conscientização dos próprios planos e colaboração da Agência Nacional de Saúde Suplementar; transformação de decisões judiciais em resoluções administrativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

E33 - Maior utilização do NAT para o setor privado, porque normalmente as pessoas com condições financeiras mais satisfatórias têm acesso a médicos de melhor gabarito, e o NAT é utilizado tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto para os planos de saúde; encontros periódicos com o setor regulado, com a participação do CREMERJ e da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

E34 - Busca de melhor qualidade do serviço público; aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do sistema informatizado, para que se conheça o histórico do usuário; maior organização das operadoras de planos de saúde, com controle do Ministério Público em ações coletivas ou inquéritos em serviço público em prol dos direitos do consumidor; mais controle e fiscalização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar; adoção de medidas preventivas para assim evitar que as pessoas judicializem.

E35 - Busca de conciliações, a fim de evitar que as ações cheguem ao Poder Judiciário, uma vez que o acesso à justiça ficou muito fácil com o Código de Defesa do Consumidor, o que veio a sobrecarregar o Poder Judiciário.

E36 - Obrigação de os planos de saúde cumprirem as decisões do STJ, principalmente as que são reiteradas pelos Tribunais de Justiça; imposição do princípio da dignidade humana e da sua integridade física tanto para os planos de saúde quanto para o Estado; promoção de reuniões periódicas entre a ANS e os tribunais para incorporação das posições consolidadas entre ambos.

E37 - Proposta de seminários, conferências e palestras envolvendo todos os atores da saúde suplementar. Entretanto, o Conselho Nacional de Justiça tem se preocupado com a questão ética, em virtude do fato de muitas vezes esses tipos de eventos serem patrocinados por planos de saúde ou por empresas que lhes prestam serviços, muito embora sejam importantes estes seminários para entendermos a realidade de hospitais vinculados aos planos de saúde, além da questão atuarial; busca de medidas alternativas para solucionar conflitos por intermédio da mediação, que constitui um canal importante; promoção de seminários pela EMERJ; oferecimento de aprendizado de conceitos abstratos e jurídicos para alunos de graduação.

E38 - Promoção de seminários, palestras, etc.

E39 - Maior observância dos planos de saúde no que tange à elaboração do contrato, bem como ao cumprimento deste contrato e da lei; maior informação da mídia para o consumidor, além da necessidade de o governo esclarecer a população sobre os seus direitos.

E40 - Criação de ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar que funcionasse 24 horas, inclusive em horário de pico das 6 às 11 horas da manhã. A Agência Nacional de Saúde Suplementar receberia os laudos médicos comprovando a necessidade dos tratamentos médicos e, posteriormente, encaminharia uma notificação diretamente para a operadora; se esta não cumprisse o necessário atendimento seria multada ou suspensa.

E41 - Melhoria da regulação administrativa; padronização da jurisprudência com o atendimento administrativo, criando um conceito básico; estabelecimento de diálogo entre consumidores, agências reguladoras e prestadores de serviços regulados pela própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, tornando desnecessária a judicialização em muitos casos; adoção de medidas mais racionalizadas, com incorporação dos entendimentos jurisprudenciais nas práticas administrativas, inclusive nos normativos da ANS.

E42 - Promoção de palestras com responsabilidade civil médica; adoção de mediadores em regulação com finalidade de instruir e orientar; simplificação do canal de contato entre o consumidor, o plano de saúde e o médico como profissional da área.

E43 - Mudança de mentalidade dos entes envolvidos na prestação de serviços em geral – planos de saúde, grandes empresas, instituições financeiras, Poder Público, INSS, SUS, etc. –, para que estes não operem resistência às pretensões dos demandantes. A saúde é urgente e não pode esperar; isso se aplica tanto a qualquer tipo de prestação positiva do Estado quanto aos

planos de saúde, pois quando as pessoas estão acometidas de doenças fatais não adianta conceder a tutela judicial depois.

E44 - Criação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de um mecanismo de atuação especialmente nos grandes centros e nas grandes capitais como Rio de Janeiro e São Paulo, para resolver litígios, sem necessidade de judicialização. Embora a ANS tenha o comando sobre os planos de saúde, com atuação mais positiva para evitar a judicialização, atualmente, em caso de negativa de plano de saúde, os demandantes procuram diretamente o Poder Judiciário.

E45 - Maior participação e atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com medidas que assegurem atendimento eficaz e rápido, bem como suporte 24 horas por dia para situação de emergência, uma vez que se trata do órgão encarregado de fiscalizar e aplicar multa.

Tema 2 - Características dos usuários e de suas ações em face dos planos privados de assistência à saúde nos plantões judiciários

PERGUNTA 1 - Como Vossa Excelência caracteriza o perfil ou classe social dos usuários de planos privados de saúde que ingressam com ações nos plantões judiciários?

- E1 - Classe média.
- E2 - Predomínio da classe mais pobre.
- E3 - Todas as classes, pessoas mais pobres com planos mais básicos.
- E4 - Classe média, classe C.
- E5 - Eu não vejo como estabelecer uma distinção de classe social dentro de um contrato de plano de saúde, porque há planos de saúde de todos os preços.
- E 6 - Classe média baixa e população mais pobre.
- E7 - Classe média.
- E8 - População de baixa de renda e de renda média.
- E9 - População de baixa renda e classe média baixa.
- E10 - População de classe mais baixa.
- E11 - Classe média e população de baixa renda.
- E12 - Independe de classe.
- E13 - Em regra, as classes D e E (sempre os mais pobres).
- E14 - A classe social é irrelevante.
- E15 - 70% de classe média baixa usa o plano de saúde de segunda linha, e na hora em que precisa não tem assistência.
- E 16 - Perfil muito variado.
- E17 - Classe média baixa. São aqueles que fazem um plano de saúde com cobertura pequena e depois querem mais do que têm direito.
- E18 - Qualquer pessoa de classe média, não há perfil definido.
- E19 - A classe média, pois as classes baixas C e D recorrem ao SUS.
- E20 - A classe média que tem plano de saúde.
- E21 - Pessoas carentes e hipossuficientes.
- E22 - Geralmente são as pessoas necessitadas.
- E23 - Atinge todas as classes de forma igualitária.
- E24 - Geralmente classe média e população de baixa renda.
- E25 - Todas as classes, mas a maioria de classe mais baixa.
- E26 - Todas as classes.
- E27 - Todas as classes.
- E28 - Geralmente é a população mais humilde, com plano de cobertura mínima.
- E29 - Classe média baixa.
- E30 - Todas as classes.
- E31 - Classe média.
- E32 - Classe média.
- E33 - Classe média alta e baixa.
- E34 - Classe média alta, talvez C e D.
- E35 - População carente, de baixos recursos.
- E36 - Todas as classes: pobre, rico, e classe média baixa.
- E37 - População mais carente.
- E38 - Classe média baixa, excepcionalmente a classe média alta.
- E39 - Não deve ser a classe muito baixa, porque infelizmente seus representantes não têm plano de saúde.
- E40 - Todas as classes.
- E41 - Várias classes na sociedade.

E42 - Anteriormente era uma classe muito elitizada; hoje está se popularizando, incluindo outras classes.

E43 - Atendo indistintamente pobres e ricos, mas a maioria são pessoas mais carentes que demandam atendimento.

E44 - Não há faixa predominante.

E45 - Classe menos favorecida e classe média.

PERGUNTA 2 - Como os usuários devem proceder para recorrer aos plantões judiciários, no enfrentamento de alguma negativa de cobertura de natureza urgente ou emergente de bens ou serviços na saúde suplementar?

E1 - Formular a pretensão por intermédio de advogado particular ou procurar a Defensoria Pública do plantão judiciário, levando a prova de que é associado ao plano e, de preferência, apresentando os três últimos recibos de pagamento.

E2 - A classe mais favorecida deve procurar advogado; a pessoa com dificuldade financeira deve procurar Defensoria Pública que atende no próprio plantão.

E3 - Comprovar que o associado corre risco de morte, adicionar os documentos pessoais deste, levar o contrato e as três últimas faturas pagas.

E4 - Procurar um advogado; se não tiver condições de contratar algum, procurar o defensor público presente no regime de plantão judiciário da sua região administrativa.

E5 - Procurar advogado ou a Defensoria Pública; nos juizados em causas abaixo de vinte salários mínimos não há necessidade de assistência por advogado, basta o segurado provar que possui plano de saúde e está com o pagamento em dia; no caso de plano empresa, provar de que está empregado, adicionar prova da recusa, relatório médico e prova da urgência.

E6 - Apresentar toda documentação que tiver, especialmente identidade, contrato, carteirinha e comprovante de parcelas pagas.

E7 - Procurar um advogado ou procurar o plantão judiciário no período das 18 às 11 horas da manhã; aqueles que não tiverem advogado devem procurar a Defensoria Pública, um serviço que funciona muito bem.

E8 - Dirigir-se ao plantão judiciário, com a mínima documentação e a carteira do plano, de preferência acompanhada de comprovante de pagamento e da negativa do plano.

E9 - Procurar um advogado e, no caso de ausência de condições financeiras, procurar a Defensoria Pública no plantão, levando o pedido médico da urgência e do risco.

E10 - Deve procurar um advogado ou a Defensoria Pública presente no plantão com o magistrado. O mais importante é levar a cópia do contrato e a cópia do pagamento do último boleto.

E11 - Se a pessoa tiver recursos poderá pagar um advogado e propor uma ação ao juiz do plantão judicial que funciona 24 horas aqui na capital e também no interior; no caso de população carente, esta deverá recorrer à Defensoria Pública. Levar documentos médicos, o contrato, e o boleto em dia.

E12 - Procurar um advogado ou então a Defensoria Pública no plantão judicial, levando laudo médico que ateste a necessidade de urgência. Todavia, em caso de risco de morte não é obrigatório apresentar o laudo médico, mas é preciso demonstrar que o estado de saúde é grave e, se possível, trazer a prova da negativa do plano de saúde.

E13 - Deve dirigir-se ao plantão judiciário, porque lá se encontra um defensor público, trazendo os documentos básicos de identificação – original e cópia de RG e CPF –, além de comprovante de residência; carteirinha do plano; comprovante de pagamento do plano em dia, boleto ou contracheque; e contrato.

E14 - Procurar alguém que possa orientar juridicamente ou buscar o serviço de Defensoria Pública. Normalmente, é preciso trazer um laudo médico e a negativa da cobertura por parte do plano de saúde.

E15 - Trazer laudo médico; carteirinha do plano de saúde, de preferência apresentar o último comprovante de pagamento para mostrar que não há motivo para a negativa de atendimento, uma vez que a cobrança está paga em dia.

E16 - Deve comparecer ao plantão judiciário ou enviar alguém em seu lugar, levando a carteirinha do plano de saúde; de preferência trazer o comprovante de pagamento do último

mês; e principalmente apresentar um laudo médico indicando a necessidade de atendimento urgente em razão de risco à vida.

E17 - Dirigir-se ao plantão judiciário, onde se encontram também os defensores que fazem os requerimentos, tendo em mãos a apólice do seguro e o pedido médico.

E18 - Contratar um advogado ou recorrer à Defensoria Pública.

E19 - Comprovar ao plantão judiciário documentos de requisição do serviço médico, por intermédio do advogado ou o do defensor.

E20 - Apresentar um laudo médico que ateste com clareza aquela situação emergencial, além de um comprovante de pagamento da última prestação devida ao plano de saúde.

E21 - Procurar a Defensoria Pública presente em todos os plantões judiciários, levando a carteira de plano de saúde, e o contrato, se tiver.

E22 - A pessoa carente deve procurar a Defensoria Pública; é essencial a apresentação de laudo médico. Normalmente, o médico nem escreve risco de morte, mas informa que a cirurgia é essencial.

E23 - Quem tem condições pode contratar um advogado. A Defensoria Pública tem plantão 24 horas aqui no Poder Judiciário; deve-se também trazer o contrato.

E24 - Comparecer com ou sem advogado e protocolizar a petição.

E25 - Contratar um advogado que compareça ao plantão judicial e entre com um pedido de liminar; provavelmente será exigida a apresentação do contrato. Não há necessidade de alegação de risco de morte, nem de prova da negativa de atendimento. É sempre indicada a comprovação do pagamento, caso a negação ao pedido tenha citado inadimplência.

E26 - Comparecer ao Fórum munido de RG, CPF e atestado médico, provando a situação de emergência, além da carteira de plano de saúde e do comprovante de pagamento das três últimas parcelas.

E27 - Procurar a Defensoria Pública ou constituir um advogado, trazer o laudo médico para evitar desde logo um ônus indevido.

E28 - Constituir um advogado para pleitear, ou procurar a Defensoria Pública, trazendo documentos pessoais – RG, CPF– e comprovante de residência, além da apresentação da negativa de atendimento, que é indispensável.

E29 - Procurar um advogado ou a Defensoria Pública; trazer o contrato, documentos pessoais e o laudo médico que caracteriza a urgência.

E30 - Procurar a Defensoria Pública de plantão, em caso de necessidade, ou contratar um advogado.

E31 - Procurar um advogado ou a Defensoria Pública; trazer o laudo médico que informa a necessidade de intervenção médica.

E32 - Procurar um advogado ou a Defensoria Pública.

E33 - Apresentar o laudo de urgência e emergência; o comprovante de que está em dia com o pagamento mensal; a negativa do atendimento; e o contrato.

E34 - Procurar um advogado ou defensor público, trazendo a prova de adimplência com o plano de saúde; o contrato; o pedido médico com indicação de urgência; e, se necessário, algum exame comprovando aquela necessidade.

E35 - Procurar um defensor público ou advogado; apresentar documento médico para provar a alegação, além do comprovante de boleto pago.

E36 - Levar laudo médico comprovando risco à saúde, além dos documentos necessários.

E37 - Levar laudo médico, com referência ao risco ou urgência, além dos documentos necessários.

E38 - Procurar um advogado ou a Defensoria Pública que fica no plantão judiciário, levar o laudo médico, a alegação de que houve recusa para autorização da internação, além da especificação da urgência.

E39 - Comparecer ao plantão judiciário, que funciona das 18 horas até as 11 horas do dia seguinte, e procurar um advogado, ou um defensor público. Levar o contrato, o laudo médico e vários documentos.

E40 - Levar documentos de identidade, o laudo médico que determina a necessidade do medicamento ou tratamento, especificando a urgência e o risco de morte; o boleto pago; e a negativa de atendimento.

E41 - Trazer documentos que comprovem a possibilidade jurídica, tais como contrato e cláusulas de cobertura.

E42 - Procurar a Defensoria Pública ou advogados particulares, apresentando cópia do contrato.

E43 - Procurar advogado ou Defensoria Pública, além da apresentação de prova documental.

E44 - Procurar advogado ou, em caso de falta de recursos monetários, procurar a Defensoria Pública; levar atestado médico indicando o tipo da doença, o tipo e a urgência de tratamento. É importante levar uma autorização escrita do pedido, bem como da negativa do atendimento, embora muitas vezes não seja preciso este tipo de documento.

E45 - Procurar um advogado ou a Defensoria Pública, levando o comprovante do vínculo com o plano e a recusa escrita, ou qualquer testemunha que ateste a negativa do atendimento. Comprovar necessidade da intervenção cirúrgica ou do atendimento médico. É útil trazer o comprovante de pagamento do boleto de cobrança, para evitar discussões.

PERGUNTA 3 - Quais são os tipos de ações mais comuns nos plantões judiciários – as individuais ou as coletivas?

- E1** - Individuais.
- E2** - Individuais.
- E3** - Individuais.
- E4** - Individuais.
- E5** - Individuais.
- E6** - Individuais.
- E7** - Individuais.
- E8** - Individuais.
- E9** - Individuais.
- E10** - Individuais.
- E11** - Individuais.
- E12** - Individuais.
- E13** - Individuais.
- E14** - Individuais.
- E15** - Individuais.
- E 16** - Individuais.
- E17** - Individuais.
- E18** - Individuais.
- E19** - Individuais.
- E20** - Individuais.
- E21** - Individuais.
- E22** - Individuais.
- E23** - Individuais.
- E24** - Não respondeu.
- E25** - Individuais.
- E26** - Individuais.
- E27** - Individuais.
- E28** - Individuais.
- E29** - Individuais.
- E30** - Individuais.
- E31** - Individuais.
- E32** - Individuais.
- E33** - Individuais.
- E34** - Individuais.
- E35** - Individuais.
- E36** - Individuais.
- E37** - Coletivas.
- E38** - Individuais.
- E39** - Individuais.
- E40** - Individuais.
- E41** - Individuais.
- E42** - Individuais.
- E43** - Individuais.
- E44** - Individuais.
- E45** - Individuais.

PERGUNTA 4 - O uso individual das ações judiciais implementa o direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição Brasileira de 1988 como um direito social?

E1 - Sim, porque muitas decisões judiciais invocam o art. 196 da Constituição Federal de 1988, mesmo nas demandas individuais, para fundamentar as decisões em relação aos planos de saúde.

E2 - Não.

E3 - Sim, se a gente for analisar como um todo, os plantões devem atender tanto à saúde pública quanto à saúde suplementar.

E4 - Sim, porque é uma decisão que vai ter repercussão em toda a esfera de saúde do Estado.

E5 - Não, pois a tutela que vai ser satisfeita será a individual.

E6 - Sim, com certeza, pois o direito à saúde é um direito social que o Estado deve prestar. É uma questão coletiva, mas de interesse individual.

E7 - Sim, muito, com controle efetivo.

E8 - Não acredito que isso ocorra, nem nas ações civis públicas, nem nas de interesse individual; não é papel do Poder Judiciário, não é papel do Ministério Público.

E9 - Sim, com certeza.

E10 - Não, se apenas uma pessoa ganha em juízo apenas ela faz jus ao direito.

E11 - Não, pois o ideal a meu modo de ver é que sejam ações coletivas, mas a tutela individual tem o seu papel e sua importância.

E12 - Penso que sim. É como se a pessoa fosse um graõzinho tentando fazer prevalecer o seu direito, que está na lei.

E13 - Sim, pois na verdade a Constituição da República, quando estabelece a questão da saúde o faz para todos os cidadãos, não estabelece para aquele caso ou para outro; porém eu penso que individualmente o demandante, ao vir ao Poder Judiciário, está implementando esse direito previsto, pois a ação coletiva tem atribuição para tanto.

E14 - Não, pois na minha maneira de pensar essa atuação deveria ser do Estado, e não da iniciativa individual.

E15 - Penso que sim. O art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é a base jurídica e legal para essas demandas individuais, mas reconhecemos que talvez não seja o caminho ideal, como no caso Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), uma vez que não existe protocolo clínico. Dessa forma, as sentenças de casos individuais deveriam também ser coletivas.

E16 - Sim, implementa. O fato de a pessoa vir individualmente não significa que haverá um prejuízo para todos.

E17 - Sim, pois a ação se apresenta individualmente, mas pode vir a ser de natureza coletiva.

E18 - Não implementa, pois não está querendo resolver o problema da sociedade, uma vez que está resolvendo um problema individual do autor da ação.

E19 - Sim, porque o art. 5º e art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 diz respeito a direitos sociais, aqueles a serem prestados pelo Poder Pública às famílias e à sociedade.

E20 - Sim, com certeza. O direito à saúde está fundamentado no art. 196 e art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. O direito fundamental não é um favor.

E21 - Não, pois entendo que a ação coletiva tem um papel justamente de efetivar o cumprimento de uma decisão de cunho obrigatório, socialmente relevante. A ação individual não traz a dimensão de uma ação coletiva para recepção de um direito social, interposta por uma categoria prejudicada. Julgo que existe um papel bem relevante da ação coletiva nesse sentido.

E22 - Sim, acredito. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, os valores de seu mandamento, principalmente o art. 5º e art.196, foram normas e princípios que já se aplicavam imediatamente.

E23 - Sim, porque as ações afirmam as garantias constitucionais de saúde, embora esses conflitos devessem ser tratados pelas agências reguladoras.

E24 - Sim, porque se o cidadão que procura o plano de saúde está exercendo o direito, uma vez que paga o plano.

E25 - Não, pois o consumidor está apenas exercitando os direitos dele, ainda que esteja implementando um direito estabelecido pela lei.

E26 - Sim, porque na verdade se trata de uma ordem constitucional, e é um meio de cumpri-la quando não é acatada pelo plano de saúde. E também é uma das formas de implementar o direito à saúde a partir da judicialização individual. Não podemos imaginar um direito à saúde sem internação, medicamentos e tratamentos.

E27 - Não, porque a justiça nunca fez distinção em atender o caso individualizado ou o coletivo.

E28 - Sim, a regra geral é a ação individual com base na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que assegura o direito à saúde. Se for um caso coletivo, o MP poderá ingressar uma ação civil pública em prol da sociedade.

E29 - Sim, na medida em que o consumidor vai procurar o Poder Judiciário e vai ter o atendimento.

E30 - Sim, porque cria precedentes sobre determinados assuntos.

E31 - Não, se o consumidor não expressar na petição inicial.

E32 - Não, pois nesse caso está até afastando esse direito, uma vez que a saúde é para todos integralmente.

E33 - Sim, sem dúvida nenhuma, uma vez que representa um direito à solidariedade humana.

E34 - Sim, seria uma maneira de garantir o acesso ao direito à saúde.

E35 - Sim, sem dúvida.

E36 - Sim, é claro. Vem ao encontro do previsto no art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

E37 - Não respondeu.

E38 - Sim, basicamente pode-se invocar o preceito constitucional, mas também o direito à vida, porque a saúde de cada um é um direito de personalidade.

E39 - Sim, porque é lutar por esse direito à saúde. Ao mesmo tempo poderá estender esse direito à coletividade, uma vez que o plantão só trata de medida de urgências em casos específicos, e não de forma genérica.

E40 - Sim, estaria implementando, mesmo dando liminares em plantão judiciário.

E41 - Penso que sim, pois nos plantões judiciários existe uma derivação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, gerando esta proteção. Penso que as ações em sua maioria estão associadas, sempre invocando o direito social à saúde, o que inclui as individuais.

E42 - Sim, implementa. Talvez até de forma mais eficaz do que as ações coletivas, pois a demanda individual tem um papel a cumprir.

E43 - Sim, pois a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 tem muitas promessas, cabendo ao Poder Judiciário torná-las completas, ressaltando-se que este só age mediante provocação.

E44 - Não, pois penso que o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 se dirige muito mais às ações movidas contra o próprio Estado, como as que envolvem os medicamentos. Nos casos de planos de saúde, as pessoas têm um sinal contratual, o que eventualmente se transfere para as operadoras de planos privados de saúde. E, ao mesmo tempo, trata-se de um direito individual requerer o atendimento.

E45 - Sim, estaria implementando, ao tentar exercitar um direito que deveria ser concedido sem que houvesse necessidade de recorrer ao controle do Poder Judiciário para buscar a sua efetivação, pois se trata de direito previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

PERGUNTA 5 - No caso das ações coletivas, existe predominância da intermediação ativa do Ministério Público perante os usuários de planos privados de saúde?

E1 - Não, pois nesse caso o Ministério Público estaria tratando a saúde como relação individual.

E2 - Não, pois isso cabe à Defensoria Pública.

E3 - Sim, porque o Ministério Público, os promotores de justiça e suas associações atuam como fiscais da lei, uma das funções principais deste órgão. Essa atuação como fiscal da lei pode se dar em ações coletivas, pleiteando um direito que vai afetar várias pessoas ao mesmo tempo.

E4 - Não, o Ministério Público só interfere nas ações coletivas.

E5 - Não posso atestar.

E6 - Sim, são comuns ações civis públicas interpostas normalmente pelo Ministério Público.

E7 - Sim, muito. A atuação do Ministério Público é excelente, é fundamental.

E8 - Sim, o Ministério Público exerce o papel de mediação.

E9 - Sim, em ação coletiva é mais comum a ação do Ministério Público.

E10 - Não respondeu.

E11 - Sim, a predominância é de que o Ministério Público seja um dos legitimados para ação civil pública.

E12 - Não tenho experiência para responder.

E13 - Desconheço. Que eu saiba não tenho nenhuma ação promovida pelo Ministério Público sobre saúde suplementar, à exceção das ações de improbidade administrativa.

E14 - Penso que sim, uma vez que o Ministério Público é um órgão fiscalizador.

E15 - Sim, o Ministério Público vai sempre figurar nessas ações, seja como fiscal, seja para acompanhar o bom andamento destas.

E16 - Não, porque nesses casos a competência é da vara empresarial. Qualquer ação coletiva tem intervenção do Ministério Público.

E17 - Sim, pois normalmente o Ministério Público pode tomar essa iniciativa.

E18 - Não tenho a menor ideia, pois no plantão judiciário só se examina a questão de liminar.

E19 - Não, porque as ações coletivas pela Lei nº 7.437/85 hoje podem ser legitimadas também por Comissões Legislativas, Defensorias Públicas e outras associações.

E20 - Sim, vem acontecendo, mas julgo que de maneira mais modesta do que poderia ser, porque o Ministério Público, em virtude dessa legitimidade conferida pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tem muito o que fazer; porém, entendo que estamos avançando bastante.

E21 - Sim, eu entendo, porque o Ministério Público é legitimado para essas ações coletivas.

E22 - Não, embora haja tutela coletiva nessas ações individuais de plantão, penso que não.

E23 - Sim, pois as estatísticas mostram que, no Brasil, ações coletivas, em sua maioria, são propostas pelo Ministério Público. Há algum tempo podem ser propostas pela Defensoria Pública, por órgão como o Código do Consumidor (CDC), e por Assembleias.

E24 - Sim, quando deveria caber ao Estado verificar falhas nessa prestação de serviço.

E25 - Sim, existe, porque o Ministério Público atua em todas as ações coletivas. Agora a Defensoria Pública já tem legitimidade para ajuizar ação coletiva.

E26 - Sim, porque o Ministério Público exerce a atribuição de fiscal da lei e tem a função de ingressar com a ação civil pública quando há lesão de direitos de uma série de pessoas.

E27 - Sim, pois as ações coletivas vêm tomando grande impulso nos tempos mais recentes.

E28 - Não, pois não é comum, uma vez que as ações coletivas são propostas no pleito normal do Fórum.

E29 - Sim, mas eu vejo poucas ações. Quando eu fazia plantão eram comuns as ações individuais, pois o Ministério Público trata mais de ação civil pública, que alcança parcela maior da população.

E30 - Não, porque normalmente essas ações estão a cargo do defensor público. De modo geral, o Ministério Público atua na área criminal, salvo exceções.

E31 - Sim, embora o Ministério Público não seja um caminho exclusivo para propor uma ação civil pública.

E32 - Sim, o Ministério Público é bastante atuante nesses casos, sobretudo quanto aos direitos individuais e coletivos, principalmente se os planos não tiverem cumprido suas atividades contratuais.

E33 - Sim, o Ministério Público é atuante; este órgão desempenha papel realmente efetivo nessa área.

E34 - Sim, nas ações coletivas, o Ministério Público vai atuar como autor ou fiscalizador.

E35 - Sim, o Ministério Público tem sido bastante presente como sujeito ativo para levar ao Poder Judiciário as ações coletivas desse campo.

E36 - Sim, o Ministério Público tem que se pronunciar sempre, sobretudo quando estiver em pauta o interesse do incapaz.

E37 - Não sei, porque não recebi nenhuma ação do Ministério Público.

E38 - Sim, mas eu penso que o Ministério Público tem exercido timidamente seu papel de tutela coletiva; deveria enfatizar a realização de seminários, palestras e encontros, tendo maior aparelhamento com o recurso humano. Penso que a tutela coletiva é uma das grandes soluções para não fragmentar os problemas que compreendem grande número de pessoas, e para encontrar uma solução rápida e fácil.

E39 - Não, pois no caso específico de plano de saúde, o Ministério Público não deveria agir, só interferindo quando se tratasse de pessoa incapaz.

E40 - Não, o Ministério Público só vai agir quando o interesse for coletivo e difuso. No caso da ação popular trata-se de ação civil pública.

E41 - Não respondeu.

E42 - Sim, pois na maioria das vezes há intermediação do Ministério Público, além de existirem outros legitimados.

E43 - Sim, embora exista uma discussão a respeito da competência do Ministério Público para patrocinar ou não essas ações. Entretanto, penso que o Ministério Público não só pode, como deve atuar em defesa dessas pessoas, além da Defensoria Pública.

E44 - Sim, pode haver, uma vez que o Ministério Público tem essas atribuições, mas geralmente quem está atuando é a Defensoria Pública, pois a atuação do Ministério Público é muito mais voltada para as ações coletivas.

E45 - Não tenho condições de avaliar.

PERGUNTA 6 - Em média quanto tempo leva a publicação de uma liminar nos plantões judiciais em relação às ações ordinárias para assegurar os direitos na assistência suplementar à saúde?

E1 - É imediata, pois é por intimação pessoal, por intermédio de um oficial de justiça.

E2 - Imediatamente.

E3 - O cumprimento da liminar é imediato.

E4 - É imediata. O juiz decide, e o oficial vai cumprir.

E5 - Em horas.

E6 - É uma intimação para cumprir na hora.

E7 - No máximo em 72 horas.

E8 - É uma intimação para cumprir imediatamente.

E9 - É imediata.

E10 - A liminar deve ser cumprida em 24 horas.

E11 - A efetivação é imediata.

E12 - Não há publicação no plantão, é intimação. O oficial sai daqui, leva o mandado e intima. São horas.

E13 - Na mesma noite, porque independe de publicação. O oficial de justiça vai até os hospitais.

E14 - A liminar é imediata. Normalmente essas providências são implementadas por determinação judicial e cumpridas por um oficial de justiça.

E15 - A liminar é imediata no plantão. O oficial de justiça vai cumprir e intimar o plano de saúde. Normalmente quase todos os planos mantêm assistência de plantão, e também se costuma intimar os hospitais onde as pessoas estão internadas.

E16 - Na verdade nós julgamos ali na hora, expedimos o mandado, e imediatamente o oficial de justiça vai cumprí-lo.

E17 - É muito rápido. Assim que o juiz concede a liminar, quando esta é publicada já foi cumprida.

E18 - Imediatamente. O oficial de justiça de plantão vai fazer a intimação da parte.

E19 - É rápido. Não precisa publicar, a intimação é imediata.

E20 - A liminar é cumprida na hora por um oficial de justiça.

E21 - É imediata. É cumprida no próprio plantão.

E22 - No dia seguinte.

E23 - Seu cumprimento é imediato. Não depende de publicação.

E24 - A liminar é cumprida de imediato. Se for à noite, a liminar será cumprida na manhã do dia seguinte.

E25 - Não faço ideia.

E26 - A medida liminar não é publicada. O cumprimento da ordem judicial é quase que imediato, por meio do oficial de justiça.

E27 - O cumprimento é imediato, e independe de publicação.

E28 - A decisão proferida no plantão judicial é imediata.

E29 - Não tem publicação. A intimação é pessoal.

E30 - Normalmente o juiz dá a decisão e há um oficial de justiça de plantão, que passa imediatamente por *fax* a ordem judicial. Para os planos de saúde existe uma central que atende em qualquer horário, e o oficial de justiça vai intimar.

E31 - O plantão não exige uma publicação, uma vez que tem uma estrutura própria e o oficial de justiça comunica a decisão.

E32 - A intimação é emitida imediatamente. O oficial de justiça leva, ou então o próprio advogado; se o oficial de justiça não for atendido, o juiz vai mandar a polícia. Essa intimação não precisa de publicação.

E33 - A liminar sai na hora. É questão de minutos. Às vezes pode ser até por telefone. A prioridade é garantir a vida e a saúde.

E34 - Publica-se posteriormente, mas há obrigação legal de todas as operadoras de planos de saúde terem um representante para receber os mandados judiciais, em determinado endereço informado ao sistema de plantão judicial.

E35 - Normalmente, a tutela de urgência não pode esperar. É imediatamente tornada pública por comunicação ao plano de saúde. O juiz determina seu cumprimento, por intermédio do oficial de justiça.

E36 - Na mesma noite, a intimação de justiça é cumprida pelo oficial, pois a liminar tem que ser cumprida imediatamente.

E37 - No prazo de uma a três horas, por meio de oficial de justiça.

E38 - No mesmo dia. O oficial de justiça de plantão leva o mandado e intima.

E39 - Na hora. A decisão é tomada, e o mandado de intimação é cumprido pelo oficial de justiça.

E40 - A liminar é cumprida por intermédio do oficial de justiça no próprio plantão, na hora.

E41 - Não é preciso esperar publicação, pois é cumprida pelo oficial de justiça.

E42 - Não precisa publicar. O cumprimento é imediato por intermédio do oficial de justiça.

E43 - Liminares são cumpridas imediatamente e comunicadas pelo oficial de justiça, que informa o teor da decisão.

E44 - Não precisa de publicação. A liminar é cumprida imediatamente, por meio do oficial de justiça, que autoriza o cumprimento da decisão, sendo automático, questão de horas.

E45 - Não precisa publicar. É por intermédio do oficial de justiça. Intima-se na hora.

Tema 3 – Interface entre Poder Judiciário, Governo Federal, ANS e Órgãos de Defesa do Consumidor na prevenção ou solução dos conflitos administrativos judicializados, em relação aos planos privados de assistência à saúde

PERGUNTA 1 - Qual a interface entre ANS e Órgãos de Defesa do Consumidor perante o Poder Judiciário em relação à máxima efetividade regulatória?

E1 - A interface fica complicada em função da ação de competência, porque estamos tratando da Justiça Estadual.

E2 - A ANS e o Poder Judiciário se articulam muito bem.

E3 - Não tenho como dizer.

E4 - Não sei te responder.

E5 - A ANS, sinceramente não vejo interface nenhuma.

E6 - Tornar cada vez mais claros os direitos e deveres de ambas as partes é sem dúvida o objetivo de todos os envolvidos dos contratos à saúde.

E7 - Criação de um Comitê pelo CNJ para resolver esse problema de judicialização da saúde.

E8 - Não vejo. São ilhas que, imagino, se comunicam de maneira bem insipiente.

E9 - Não faço a menor ideia.

E10 - Nos órgãos constitutivos do consumidor que não estão conseguindo cumprir sua função, e depois nas agências reguladoras que não estão regulamentando as operadoras, deixando grande volume de demanda.

E11 - Deveria ser melhor. Não sei.

E12 - A ANS procurar regular a atividade de saúde suplementar, mas o Poder Judiciário estadual nem tem competência para fazê-lo, porque esta competência é de autarquia federal e tem que ser exercida por um juiz federal.

E13 - Nunca vi a ANS atuando nos processos acerca da saúde dos consumidores, pelo menos nas ações individuais de fato.

E14 - Eu vejo a atuação, mas em pontos específicos, quando há violação do interesse coletivo.

E15 - Em termos de agências reguladoras, especificamente da ANS, não há muita comunicação, não há muito contato, até porque se trata de um órgão federal, e nossa justiça é um órgão estadual. O que eu sei e o que percebo é uma intenção de melhorar com a edição de atos normativos.

E16 - Na verdade já se tentou promover reunião com os juízes, os donos de planos de saúde e os representantes da ANS. Discute-se também se determinadas reuniões como essas não influenciariam os juízes.

E17 - O Poder Judiciário tem tentado fazer a interface, mas não me parece que tem havido boa vontade dos demais órgãos, principalmente da ANS.

E18 - Qualquer forma que surgir de interface é bem-vinda, porque os fins justificam os meios. A ANS está interessada.

E19 - Nossa grande interface são o advogado e o defensor público; do ponto de vista administrativo, não tem grande atuação.

E20 - Hoje, quando o juiz vai decidir se o procedimento é obrigatório ele pode consultar o site da ANS, ainda que o advogado não tenha informado. Entendo que a ANS é fundamental, porque vem tentando equilibrar e equacionar esses dois lados para a audiência, a fim de que todos participem.

E21 - Confesso que nunca estudei a fundo essa pareceria e não sei se realmente ela consegue intermediar. Não sei o grau de eficácia.

E22 - Talvez essa parceria seja uma das soluções ou possibilidades. Os índices estão crescendo. São alarmantes. O Poder Judiciário fica à mercê. Alguma coisa tem que ser feita.

- E23** - Eu nunca recebi nenhuma correspondência da ANS, ou fui chamado para qualquer evento envolvendo a ANS. Muito ao contrário, fomos chamados e eu já participei de muitos congressos patrocinados pelos planos de saúde.
- E24** - Não tenho conhecimento disso, não.
- E25** - Não existe parceria com o Poder Judiciário.
- E26** - Eu não tenho suporte para responder.
- E27** - Há dez anos não havia. Pode ser que tenha evoluído.
- E28** - Eu desconheço.
- E29** - Não tenho conhecimento.
- E30** - Eu não sei se existe essa pareceria.
- E31** - Essa interface exige vários níveis, como o recebimento de decisões judiciais, o consumidor e a operadora que vai executar o serviço.
- E32** - Eu não vejo nenhuma interface. Não tenho notícias de que a ANS não viria tratar conosco, mas iria tratar com a Suprema Corte.
- E33** - Não vejo nenhum movimento nesse sentido. Há enfoque do que o Poder Judiciário não está preocupado com esse tipo de interface.
- E34** - Não vejo essa parceria e julgo que não é a principal alternativa. Penso que são importantes as associações interessadas, a agência reguladora e o Ministério Público. A solução do Poder Judiciário pode ser a busca de mutirões.
- E35** - Penso que funciona bem, atuando em audiências públicas como amigos da Corte (*amicus curiae*), uma vez que o juiz não tem conhecimento médico enciclopédico.
- E36** - Não sei se existe parceria com a ANS.
- E37** - Existe debate com alguns planos de saúde, inclusive com a ANS. Além de reuniões e palestras, melhorando a integração dos últimos anos. Mas em relação ao âmbito privado, não tenho ideia. Nunca fui chamado.
- E38** - Não tenho a menor ideia.
- E39** - Não sei.
- E40** - Desconheço.
- E41** - Não conheço. Sei que o CNJ está articulado uma discussão em todo o sistema de saúde para ajudar o juiz a ter mais assistência técnica e conhecimento.
- E42** - Existe, mas eu não tenho conhecimento disso na prática, porque não vi nenhuma ação que tivesse notado essa parceria.
- E43** - A ANS representa resistência a essas pretensões lógicas do Poder Judiciário e da equidade da justiça. E a lógica do administrado é a da legalidade da economia. A parceria depende de mudar a cabeça da administração como um todo, não da ANS, pois a administração não tem a preocupação que o juiz tem.
- E44** - Desconheço que exista esse tipo de parceria. Atualmente, os órgãos de proteção ao consumidor têm procurado mais o Poder Judiciário.
- E45** - Oficialmente, esta parceria não existe na lei, mas nos congressos realizados no Rio de Janeiro vejo uma preocupação constante por parte de órgãos de defesa do consumidor e de planos de saúde, além dos órgãos classistas que cuidam dos magistrados do Rio de Janeiro. Nesses fóruns do Rio de Janeiro há representantes dos planos de saúde; médicos; organizações envolvidas com venda de órteses; empresários; e também o pessoal da ANS.

PERGUNTA 2 - As ações postuladas no Poder Judiciário diretamente pelos representantes legais dos usuários sofrem prévia busca de recurso destes agentes pelos núcleos de fiscalização da ANS ou órgãos de defesa do consumidor?

E1 - Sim, às vezes a própria ANS recomenda ser socorrido no Poder Judiciário.

E2 - Não, eu julgo que isso é o que estamos querendo.

E3 - Não, porque em caso de urgência não dá tempo. Agora, nas ações ordinárias em que não há o caso de morte, não se procura.

E4 - Não, creio que as pessoas vêm direto para cá.

E5 - Não vejo os demandantes recorrerem antes à ANS, até porque muitas vezes são situações de urgência. As pessoas não podem perder tempo procurando outras instâncias.

E6 - Não.

E7 - Não vejo e não conheço.

E8 - No plantão não, pois é situação de emergência, quando o Procon está fechado e a ANS também.

E9 - Não, nunca vi. Esses órgãos de proteção acabam procurando as agências para que estas regularmente determinem a situação.

E10 - Julgo que não procuram por falta de informação.

E11 - Não sei.

E12 - Dificilmente procuram, porque é uma fatalidade que ocorre em dado momento e exige pronto atendimento.

E13 - Não. Nunca vi atuando em processo aqui comigo.

E14 - Não, porque a urgência da solução está fora das agências reguladoras. Os órgãos de defesa do consumidor vão ter que recorrer ao Poder Judiciário se o cumprimento não for voluntário, e como esse cumprimento já se mostra impossível do ponto de vista da disposição da qualidade daquela empresa para o cumprimento da obrigação, o único recurso que resta é o Poder Judiciário.

E15 - Não.

E16 - Não, embora muitos procurem o Procon, mas é raro, porque não é exigível.

E17 - Acredito que não. A pessoa não é atendida e vem logo ao Poder Judiciário.

E18 - Não sei.

E19 - Não, aliás, é um problema; os juízes reclamam, pois quando precisam da intervenção das agências reguladoras em alguns casos encontram dificuldade, pelo fato de estas não responderem, não atenderem ou não saberem agir.

E20 - Em certas situações algumas pessoas até recorrem. Mas acredito que em situações graves se vem direto ao Poder Judiciário, porque não dá tempo de esperar a resposta.

E21 - Vejo muito pouco esse tipo de prova.

E22 - Não, vêm direto para cá.

E23 - Eu diria que não. Você está em uma situação de emergência e quer uma solução para aquele momento. Você não quer uma multa do Procon. A atuação da ANS vai ser uma solução meramente sancionatória, uma vez que o poder de polícia não é idêntico ao poder jurisdicional do Poder Judiciário, que impõe qualquer tipo de comportamento a qualquer pessoa.

E24 - Procurar o Procon é recorrer a um órgão apenas administrativo. Ele não tem capacidade de obrigar nada. O único que obriga é o Poder Judiciário, por isso normalmente o demandante vem direto para cá.

E25 - Não faço ideia. Eu não posso responder a você. Como vou saber sobre isso?

E26 - Claro que não. Se eu fosse buscar alguma coisa na ANS para alguém com risco de morte, esta pessoa poderia morrer.

- E27** - Em geral não, porque não dá tempo, em razão da urgência.
- E28** - Não, é desnecessário, porque você está lidando com a urgência, e a lei não exige que você procure outra esfera administrativa.
- E29** - Não, eles vêm direto para cá, por falta de informação e porque não obteriam a mesma efetividade que o juiz vai dar.
- E30** - Claro que não, pois é direito constitucional.
- E31** - Muito difícil. No Procon, geralmente o usuário procura o atendimento operacional.
- E32** - Muito raro. Eu nunca vi. Muita gente nem sabe que existe a ANS, e o Procon tem eficácia executiva.
- E33** - Nunca percebi isso.
- E34** - Pouco provável, porque a questão vai surgir de maneira urgente.
- E35** - É comum tentarem o Procon, e quando não conseguem vão direto para a justiça.
- E36** - Sim, apesar de não termos condição de saber sobre isso. Quando alguém chega a ponto de recorrer ao Poder Judiciário já procurou tudo o que podia. Acredito que todo mundo tenta resolver administrativamente, sem entrar com ação, pois se trata de algo complicado. Sai caro. Tem custo. Creio que quando você chega a clamar pelo Poder Judiciário é porque esgotou todos os meios administrativos. Geralmente se procura resolver com o próprio plano de saúde.
- E37** - Nunca vi. Nunca me disseram isso, porque normalmente no plantão da urgência não dá tempo.
- E38** - Em matéria de saúde, não.
- E39** - Não sei.
- E40** - Em situação de emergência não tem como procurar essas instâncias administrativas. Não dá tempo.
- E41** - Não sei.
- E42** - Penso que não, pois é medida de urgência que tem que ser tomada.
- E43** - A pessoa vai ao Poder Judiciário quando quiser, independentemente de esgotar as vias administrativas.
- E44** - Nesses casos específicos, as pessoas procuram cada vez mais o Poder Judiciário, para uma solução rápida.
- E45** - A impressão que tenho é de que as pessoas procuram diretamente o plantão judiciário pela situação de urgência, quando não dá tempo de esperar. Deveriam procurar o plantão da ANS, mas como este não existe, vêm direto ao plantão judiciário.

PERGUNTA 3 - Existe conflito entre as normas do Código de Defesa do Consumidor e os normativos editados pela ANS?

- E1** - Podem existir conflitos, mas aparentes.
- E2** - Às vezes sim.
- E3** - Sim, existe, mas não sei dizer especificamente.
- E4** - Não estou preparada para responder isso.
- E5** - Existe sempre a possibilidade. É mais interpretação de lei, até porque os direitos à vida e à dignidade humana são garantias constitucionais, e nada além está acima, nem a legislação está acima da Constituição.
- E6** - Não, se houver conflitos, prevalecerá o Código de Defesa do Consumidor.
- E7** - Não, eu creio que não. Não conheço.
- E8** - Às vezes há. Não tenho a mínima dúvida de que o Código de Defesa do Consumidor prevalece à Lei nº 9.656/1998.
- E9** - Nunca vi também.
- E10** - Em alguns casos nós poderíamos ter a presença de conflitos, e em outros, não.
- E11** - Não respondeu.
- E12** - Cada um se posiciona de alguma forma, porque o Direito não é matemático. É uma simplificação do julgador. O julgador deve sempre ponderar e amenizar os princípios, dentre os quais falaria mais alto o princípio constitucional de prevenção da vida.
- E13** - Não estou lembrando agora. Eu nunca vi uma resolução da ANS que limite a internação, mas o Código de Defesa do Consumidor estabelece o que é considerado cláusula abusiva passível de anulação.
- E14** - Pode existir, caso se trate de um conflito aparente, e cabe ao Poder Judiciário dirimi-lo.
- E15** - Eu entendo que sim. A interpretação é para a jurisprudência. A defesa do consumidor prestigia sempre o interesse deste perante os normativos da ANS.
- E16** - Às vezes. Primeiro você tem a Constituição. Se a lei for contrária, não se aplica a lei. Se o normativo for contrário à lei, não se aplica o normativo.
- E17** - Existe, mas não sei dar exemplos agora. Normalmente o Código de Defesa do Consumidor prevalece.
- E18** - Não, a ANS não criaria normas conflituosas em relação à lei.
- E19** - Absolutamente, porque a defesa do consumidor prevalece em relação às normas da ANS, porque o consumidor é vulnerável. A defesa do consumidor está prevista na própria Constituição. Então não se interpreta a resolução da ANS. Interpreta-se a própria Constituição.
- E20** - Em minha mente, agora não. É uma questão de interpretação. O juiz tem que utilizar a hermenêutica e a ciência da interpretação.
- E21** - Se existe o Código de Defesa do Consumidor, não vejo conflito. Eu aplico o Código de Defesa do Consumidor, então não me preocupo muito com essa especialidade.
- E22** - Não conheço muito bem a regulamentação da ANS, mas o Código de Defesa do Consumidor é um código muito usado para proteger os hipossuficientes. Afastamos a regulamentação da ANS e aplicamos o Código de Defesa do Consumidor.
- E23** - Não posso falar.
- E24** - Se houver algum conflito, prevalece o Código de Defesa do Consumidor, que regula a relação entre o consumidor e o prestador de serviços.
- E25** - Não faço ideia, pois o Código de Defesa do Consumidor vai sempre predominar como uma lei processual.
- E26** - Seria inimaginável um regramento emanado pela ANS que seja contrário ao Código de Defesa do Consumidor, pois o que prepondera é este último, ainda mais em caso de emergência que envolve direito à vida.

- E27** - São interpretações várias, em uma hora prevalece um, e em outra hora prevalece outro.
- E28** - As normas da ANS são feitas também em defesa do consumidor. Então é razoável que a regra não colida com o Código de Defesa do Consumidor, pois o mais comum é usar o Código de Defesa do Consumidor.
- E29** - Não vejo, pois o Código de Defesa do Consumidor é o que predomina.
- E30** - Confesso que não sei dizer se há conflito, mas se existir, posso afirmar com certeza que as normas e princípios do Código de Defesa do Consumidor prevalecem.
- E31** - Não tenho como justificar, mas existem muitos conflitos. Eu diria que nas resoluções técnicas, a ANS prevalece.
- E32** - Na realidade não, porque o Código de Defesa do Consumidor tem todas as soluções, e há preponderância de que o atendimento ao consumidor seja prioritário.
- E33** - Sim, existe, mas prevalece o Código de Defesa do Consumidor.
- E34** - As resoluções da ANS não têm força vinculante e nem força de lei, não podendo inovar. Se contrárias à lei, não podem ser aplicadas.
- E35** - Em regra não, as normas se conciliam. Entretanto, se houver um conflito, sempre prevalecerá o Código de Defesa do Consumidor. A lei da ANS só prevalecerá em caso de lei especial, porque é lei específica.
- E36** - Não tenho conhecimento sobre a ANS, mas se houver conflitos sempre prevalecerá o Código de Defesa do Consumidor.
- E37** - Sim, existem alguns conflitos em relação ao princípio da boa-fé e às cláusulas.
- E38** - Atualmente sim, mas não lembro quais são.
- E39** - Também não sei. Eu creio que não existem conflitos.
- E40** - Se a resolução da ANS for contrária ao Código de Defesa do Consumidor, o juiz não vai cumprir e não vai considerar. O que prevalece é o Código de Defesa do Consumidor.
- E41** - Essa questão tem que ser examinada em cada caso, para maior integração.
- E42** - Não tenho muito conhecimento dos normativos da ANS.
- E43** - Todas as relações jurídicas são suscetíveis de confronto; o conflito de normas é um dos temas mais preciosos do Direito e pode se resolver de algumas formas: prevalência da lei mais antiga, prevalência da lei especial, ou prevalência da lei mais justa. Em caso de conflito frequentemente aposto na lei mais justa, ainda que esta seja recente.
- E44** - Pode ocorrer eventualmente, mas se houver conflito o Código de Defesa do Consumidor prevalece, uma vez que atos normativos da ANS têm hierarquia normativa inferior.
- E45** - Eu não tenho ciência, mas prepondera sempre o Código de Defesa do Consumidor.

PERGUNTA 4 - Qual a impressão de Vossa Excelência sobre o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), classificada como instituto da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), e sua relação com a eficácia na aplicação de penalidades no âmbito administrativo da ANS para reduzir a reincidência de comportamento inidôneo das operadoras de planos privados de saúde?

E1 - Não tenho experiência para afirmar com autoridade a respeito da eficiência e da eficácia, mas tudo que venha a ajudar a ordem jurídica é válido.

E2 - Não sei como funciona a parte administrativa da ANS.

E3 - Teoricamente, julgo bem interessante. Agora, não sei como funciona na prática. Não sei se está funcionando.

E4 - Não tenho conhecimento.

E5 - Não sei como os planos de saúde estão se comportando.

E6 - Não tenho opinião formada sobre o assunto, porque é uma função regulatória que não chega normalmente ao Poder Judiciário, mas em princípio eu julgo válido.

E7 - Creio que a operadora não está pensando no consumidor. Ela está pensando no próprio bolso. Se a pessoa procurar a ANS ou o Poder Judiciário, só então a operadora começará a pensar se vai atender ou não. Dessa forma, julgo importante o procedimento da NIP, classificada como Instituto da Reparação Voluntária Eficaz, para proteger o consumidor.

E8 - A questão é que a ANS é uma agência reguladora que obviamente tem que mediar, fazer mecanismos. Não tenho nenhuma dúvida, mas é necessário haver mecanismo sancionatório para conter a reincidência.

E9 - Penso que é bom resolver em primeiro lugar o conflito, além de fazer um termo de ajuste de conduta com a agência, para reparar. Fiscalização, multa, penalização, intervenção, entre outras, julgo medidas importantes.

E10 - Eu julgo válido, importante, mas ainda não é o mecanismo utilizado pelas agências, na medida em que nós temos um grande número de demandas que envolvem, exatamente, o descumprimento de regras contratuais e legais por parte das seguradoras de saúde, uma vez que a ANS não está penalizando estas últimas adequadamente.

E11 - Penso que o procedimento ainda é tímido, poderia ser mais rigoroso, deveria haver mais multa contra as operadoras.

E12 - Penso que a ANS é um órgão estatal criado para essa função. Eu não sei em que nível a ANS pune determinadas operadoras. Isso não é divulgado, e realmente não sei.

E13 - Confesso que não tenho conhecimento das medidas aplicadas pela ANS, referentes aos planos de saúde.

E14 - É ineficaz, porque não vejo resultados práticos. Cada vez mais aumenta o número de pessoas que se dirigem ao Poder Judiciário.

E15 - Eu não domino muito esse assunto, mas, particularmente, penso que qualquer iniciativa para diminuir os conflitos deve ser considerada.

E16 - Penso que deveria atuar mais. Essas agências reguladoras deveriam funcionar melhor, punir mais e estabelecer mais regras. Assim, evitariam o excesso de ações judiciais. Então, dependendo da situação, julgo mais válido.

E17 - Me parece que a ANS não pune realmente as operadoras de planos de saúde. Aquilo é mais *pro forma*, quem pune realmente as operadoras de planos de saúde é o Poder Judiciário quando impõe multa pelo não cumprimento das decisões.

E18 - É sempre bem-vinda qualquer medida voltada à paz no mercado, à paz entre o consumidor e o plano de saúde.

E19 - Não quero dizer nada sobre isso. É uma atuação administrativa.

E20 - Não vejo isso como algo ruim. Ao contrário. Vejo isso como algo excelente, porque precisamos muito mais de medidas preventivas do que de medidas corretivas. O problema é que acabamos sempre mais na correção do que na prevenção.

E21 - Se há reincidência de conduta, obviamente esse mecanismo se tornou ineficaz, e com certeza será mais um conflito a ser judicializado.

E22 - Penso que é válido, mas teria que haver uma discussão maior no âmbito do Ministério Público, pois dificilmente a operadora de plano de saúde vai se arrepender de questão que é contratual, uma vez que, se fizer isso, vai ter que reparar todos os outros usuários. Vai ter que rever todos os contratos, e é difícil que isso ocorra, reservada ou administrativamente.

E23 - Eu diria que a ANS exercita bem esse poder. Agora, não vai funcionar diante de uma situação de urgência e emergência, e então se procura o Poder Judiciário para obter a liminar.

E24 - Todo acordo vai realmente diminuir o recurso à justiça. Agora, esse acordo está se dando de forma prejudicial ao consumidor. Isso porque a sanção foi uma multa irrisória. Evidentemente, é previsível que a empresa continue violando aquelas normas em lugar de sanar o problema com maior recurso.

E25 - Não faço ideia de como funciona, mas a julgar pelo número de ações que temos aqui não deve funcionar muito, não.

E26 - O que precisa ser observado é se a operadora está sendo recorrente; devemos mensurar se vale a pena realizar sucessivos acordos, uma vez que essa prática pode fazer com que as operadoras não tenham mais cumprimento de obrigação.

E27 - É exatamente para evitar essa demanda judicial que se vai ao mediador, embora este não exerça o papel de juiz nessas circunstâncias. O papel do mediador é conciliar os interesses conflitantes, mas somente o juiz tem o poder de decidir.

E28 - Em regra geral não seria só a ANS, mas os demais órgãos reguladores do Brasil teriam um papel preponderante na solução desses problemas, e as multas deveriam ser mais severas. Todavia, o que se percebe é que as multas demoram a ser aplicadas, e a fiscalização é um pouco frouxa. Maior rigor nesses pontos coibiria a reincidência.

E29 - A resolução é para aplicar multa.

E30 - Julgo que é um mecanismo bom, porque as pessoas vão ter um portal de acesso.

E31 - Quando se trata de uma reclamação reiterada na ANS, chama-se a operadora, e se resolve a questão sem aplicação de multa. No Poder Judiciário, promovem-se também alguns encontros com as operadoras de planos de saúde. Todavia, existe desconfiança de que o Poder Judiciário estaria quebrando sua imparcialidade. Percebo, no entanto, que é muito difícil comprometer a imparcialidade do juiz, porque é preciso fundamentar a decisão.

E32 - Julgo estritamente ineficaz, porque se realmente as multas fossem impostas isso resolveria o problema de saúde no Brasil, mas parece que a fiscalização no nosso país não funciona.

E33 - Acredito que não seja eficaz, pois se houvesse firmeza na repartição desse aspecto, a fiscalização seria mais corretiva, e acredito que melhoraria.

E34 - Não respondeu.

E35 - É uma técnica de persuasão que vai orientar o seu segmento.

E36 - Penso que a operadora está interessada em tudo o que puder ser resolvido sem necessidade de grande mudança. A provocação é feita sob pena de multa diária.

E37 - Trata-se de uma questão natural, porque o normal é não praticar aquela conduta de infração. Se acontecer uma vez, não vai haver penalização. Agora, em caso de se repetir a conduta infracional, a ANS tem que aplicar multa.

E38 - Essa situação se resolve com a aplicação de multa severa, pois a multa não tem finalidade compensatória. Ela faz com que as operadoras sejam convencidas de que aquele tipo de procedimento não é aceitável. A multa simbólica perde o objetivo. Portanto, julgo que a fixação em valores consideráveis é importante.

E39 - Se a ANS aplicar multa alta, isso fará o plano de saúde cumprir o papel.

E40 - Não faço a menor ideia. Seria interessante se houvesse uma penalidade muito alta. Creio que funcionaria mais. Quando o prejuízo da operadora for grande ela vai mudar a conduta.

E41 - Não disponho de dados, eu julgo fundamental que a ANS cumpra seu papel para minimizar a judicialização; devem também se aperfeiçoar os modelos de sanção em caso de descumprimento.

E42 - A prevenção é sempre melhor. Entretanto, deveria existir um cadastro de reincidência nessa matéria, com funções mais severas.

E43 - É preciso aumentar as sanções em caso de descumprimento das obrigações. De qualquer forma a prevenção é o melhor meio de evitar conflitos e outros prejuízos.

E44 - Julgo excelente, porque evita a judicialização de saúde, e a ANS passa a ter conhecimento dos principais conflitos entre os usuários e os planos de saúde. Entretanto, medidas poderiam ser aprimoradas, sendo observado que as próprias operadoras de planos de saúde têm tido a preocupação de se adequar tanto às normas da ANS quanto às jurisprudências.

E45 - O objetivo não seria só punir, mas corrigir a partir de um incentivo ao cumprimento voluntário da obrigação; porém, a má utilização do instituto é possível, quando a operadora fica esperando ser acionada para cumprir a obrigação. Dessa forma, creio que no caso de descumprimento reiterado a obrigação reverteria, de forma mais rigorosa. Portanto, vejo a iniciativa como boa e útil, pois leva as próprias operadoras a perceberem onde precisam melhorar.

PERGUNTA 5 - Após notificação administrativa da operadora de planos privados de saúde em que situações a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro recorre ao Poder Judiciário?

E1 - Quando se verifica que a direção dada pela Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa não foi acatada.

E2 - Também não sei.

E3 - A Constituição prevê que associações de defesa do consumidor recorram ao Poder Judiciário.

E4 - Não sei.

E5 - Não sei informar.

E6 - Não sei, porque eu nunca vi uma Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa atuar.

E7 - Não conheço nenhum recurso da Assembleia daqui do estado para implementação do direito suplementar à saúde.

E8 - Até onde me lembro, o Procon e a atuação da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa são situações distintas, porque o Procon tem o poder administrativo de estabelecer multas, estando legitimado para ações civis públicas.

E9 - Nunca vi. Normalmente, os demandantes que aqui vêm são pobres.

E10 - Eu desconheço esse tipo de prática, então para mim fica difícil falar.

E11 - Eu não sei. Em relação à saúde suplementar, nunca recebi demanda da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa.

E12 - Também não sei dizer a você. Eu pelo menos nunca recebi ação da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa.

E13 - Nunca recebi nada da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa, seja ação individual, seja ação coletiva.

E14 - Eu tenho visto poucas vezes. Gostaria de ver uma ação mais efetiva de todos esses órgãos ligados à defesa do consumidor, a fim de compelir as concessionárias e as prestadoras de serviços a mudarem o comportamento, buscando equacionar administrativamente as soluções.

E15 - Não em área de saúde.

E16 - Nunca recebi ações da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa. A princípio haveria legitimidade para ambos defenderem o consumidor, mas creio que a função da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa se aplica mais no caso de criar normas.

E17 - Normalmente, a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa não recorre ou recorre muito pouco.

E18 - Não tenho a menor ideia. Nunca vi essa Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa recorrer ao Poder Judiciário.

E19 - Geralmente, a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa pode mover as ações coletivas, inclusive de interesse individual. Há muitas ações desse tipo assim.

E20 - Não sei. De repente, na vara especializada você consegue essa informação.

E21 - Muito poucas ações. Ainda mais sendo em plantão judiciário.

E22 - Nunca vi. Ainda mais sendo plantão.

E23 - Não sei desses trâmites. O que posso dizer é que efetivamente essa Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa vem desempenhando papel relevante nesse aspecto, mas invariavelmente de uma forma coletiva, e não individual.

E24 - Não sei.

E25 - Não faço ideia, no que tange ao âmbito administrativo.

E26 - O Ministério Público é muito mais atuante do que a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa.

E27 - Eu não tenho nenhuma experiência no trato com esse assunto.

E28 - Não é comum que a Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa ou o Ministério Público venham ao Poder Judiciário no plantão para salvar o direito do consumidor, pois, geralmente, quem vem são os consumidores na qualidade de pessoas físicas, com pleitos individualizados.

E29 - Nunca vi.

E30 - Eu, por acaso, até tenho atendido à Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa, mas é difícil que isso ocorra, não é comum no plantão judiciário.

E31 - Essa parte administrativa é difícil, porque o Poder Judiciário não tem conhecimento sobre este aspecto. Geralmente, as Comissões de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa não conseguem resolver administrativamente as questões, porque se trata de uma atuação muito difícil também.

E32 - A Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa recorre até com frequência, sendo bastante atuante, tendo a mesma legitimidade quando os direitos são transindividuais.

E33 - Eu desconheço.

E34 - Não respondeu.

E35 - O Procon e o Ministério Público são os órgãos mais ativos.

E36 - Essas entidades da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa não têm poder de decisão.

E37 - Eu não recebi nenhuma ação proposta por essas entidades, que são legitimadas para propor ações civis públicas relacionadas ao cumprimento do Código de Defesa do Consumidor.

E38 - Não deixamos tudo centralizado em uma única instituição: existem o Ministério Público e o Procon, que é o órgão vinculado à Assembleia Legislativa, para ampliar o leque, a fim de conseguir a tutela coletiva.

E39 - Não é comum que a Associação da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa recorra a um plantão judicial, pois esta Associação não age em casos de urgência efetiva, real e concreta.

E40 - Quando essas entidades da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa não conseguem resolver o litígio, propõem a ação ao Poder Judiciário.

E41 - Talvez a Associação da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa possa fazer as ações coletivas, e o plantão tem o papel importante nesse contexto geral.

E42 - É uma discussão muito grande. Questiona-se a legitimação dessas entidades da Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa, sobretudo nos tribunais superiores.

E43 - Claro que sim. Qualquer pessoa, até mesmo igrejas; porém não é qualquer pretensão que o Poder Judiciário deverá acolher, o juiz faz uma triagem para verificar se há vinculação com o plano de saúde.

E44 - A Comissão de Defesa do Consumidor da Assembleia Legislativa tem atuado bastante, especialmente no Rio de Janeiro. A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro tem legitimidade para discutir o interesse coletivo em cláusula de plano de saúde.

E45 - Penso que a atuação dessa entidade (ALERJ) é mais administrativa.

PERGUNTA 6 - No Contexto do SUS, quais seriam as principais diferenças em relação à saúde suplementar com foco no objeto da reivindicação nos plantões judiciais?

E1 - Quase 100% da demanda do SUS é por falta de vagas, e na saúde suplementar é por mais prótese e internação.

E2 - São demandas diferentes. A expectativa do cidadão em relação ao SUS é diferente da demanda do usuário de plano de saúde. No SUS predominam demandas em relação ao fornecimento de medicamentos, equipamentos, fraldas e leites. E na saúde suplementar prevalecem demandas relativas à cirurgia, internação, prótese e órtese.

E3 - A demanda do SUS é ligada à própria sobrevivência: problemas cardíacos; problema de menino que caiu da laje. A internação tem maior gama de pleito na saúde suplementar do que na saúde pública.

E4 - Não sei dizer quais são as diferenças.

E5 - No SUS e na saúde suplementar geralmente predomina o pedido de internação. No SUS geralmente pleiteia-se internação quando não há novas vagas, bem como fornecimento de medicamentos mais caros, que não têm distribuição constante.

E6 - Independentemente de se tratar do SUS ou da saúde suplementar, no plantão judicial o objetivo é sempre o mesmo: há risco à vida, há risco de morte.

E7 - Não há diferença. São os mesmos pedidos. Tanto na saúde suplementar quanto no SUS, as ações são repetidas. A internação é um pedido comum. E no SUS há mais demanda de medicamentos do que na saúde suplementar.

E8 - No SUS o que mais se vê é pedido de remédio. Na saúde suplementar, são questões de internação para parto, doenças crônicas e implantação de *stents*.

E9 - Penso que nenhum lugar do mundo consegue oferecer uma saúde suplementar gratuita e eficiente, pois o tormento da saúde é universalizá-la. No plantão, a demanda é sempre para internação e cirurgia de urgência.

E10 - No âmbito da saúde privada, nos planos de saúde, são os pleitos por internação; e no âmbito do SUS predomina a reivindicação de medicação.

E11 - No SUS predomina o pleito por internação; no hospital particular, o pleito por cobertura.

E12 - Normalmente ambos envolvem cirurgia e internação. Na saúde pública é sempre questão de vaga. Falta de vaga em CTI. Falta de vaga em hospital.

E13 - Com relação ao SUS, predomina a questão de vaga em hospital público. Quanto à operadora de saúde, a maior parte dos pleitos se refere à internação em hospital particular ou conveniado.

E14 - Não vejo diferença.

E15 - A única diferença é o vínculo contratual que existe na saúde suplementar e o vínculo de cidadania de unidade de recursos humanos que existe na saúde pública, mas não há diferença nos procedimentos, e os plantões quase sempre atendem aos mesmos pleitos: internação e vaga.

E16 - No SUS, o pleito é mais por medicamento e internação. Os motivos são diferentes. A principal diferença se dá em relação a medicamentos.

E17 - A situação é a mesma. Os procedimentos são idênticos.

E18 - Não, o objetivo é o mesmo; a pessoa que precisa do tratamento vai ao plantão judicial para se internar no setor público, ou para se internar no hospital particular, caso tenha plano de saúde.

E19 - Quando se trata do SUS, as demandas que chegam ao Poder Judiciário são por remédios.

E20 - No SUS há muito pedidos de medicamento, o que não se vê no plano de saúde. Só quando aquele medicamento for considerado uma quimioterapia, um tratamento específico,

fora isso não se vê. Até porque a Constituição Federal, quando garante o direito fundamental à saúde, abrange todos os tratamentos. O medicamento não é só remédio. Às vezes é um alimento para bebês, determinado tipo de leite que funciona como medicamento.

E21 - No SUS, mais ações pedindo medicamento, e na saúde suplementar mais ações pedindo internação.

E22 - Penso que não. Existem todos os tipos de pleito, e normalmente eles se misturam.

E23 - O maior dos conflitos entre o SUS e o Poder Público (SUS) se dá no plano dos medicamentos, sendo também grande problema a falta de vagas para internação. Entretanto, os hospitais públicos jamais serão trazidos ao Poder Judiciário por se negarem a fazer cirurgias. Nos planos de saúde, os conflitos seriam sobre os procedimentos cirúrgicos, como a colocação de *stents*.

E24 - Não, porque o Poder Judiciário vale tanto para o SUS quanto para saúde suplementar, na ótica do Direito.

E25 - São praticamente os mesmos, porém os recursos do SUS são menores.

E26 - No plantão lidamos com condições estritamente urgentes: vida e liberdade. Para todas as demais se usam as varas comuns originárias, tais como a Vara Cível ou a Vara de Fazenda (primeira diferenciação). Outra diferenciação está no fato de que a prestação de medicamento em regra não é abraçada pelos contratos privados de saúde, os quais só cobrem medicamento durante uma internação. A Secretaria de Saúde do Estado ou do Município é obrigada a prestar medicamentos em função do mandamento constitucional.

E27 - Não percebo nenhuma diferença, pois quem vai ao plantão judiciário é quem está em uma situação de muita angústia.

E28 - É indiferente, pois em regra o que se analisa é o estado do perigo; conforme o caso, transfere-se a obrigação de pagar para o Poder Público.

E29 - Não há diferença. A questão está na internação urgente, seja pelo SUS, seja pela saúde suplementar. Para o SUS pleiteia-se vaga, e a questão do Estado é mais difícil. Em relação aos planos de saúde, a questão maior é a internação, quando estes alegam que a cláusula não abrange aquele tipo de interesse.

E30 - No SUS, o que se pede é a questão do atendimento para cirurgia: cirurgias não eletivas; cirurgias eletivas que podem esperar; e cirurgia de emergência que não pode esperar. No plano de saúde, a situação fica mais individualizada. Você tem mais facilidade de cobrar os seus direitos.

E31 - No SUS, você não mostra nenhum instrumento de contrato, só a negativa de atendimento e a necessidade deste, ao passo que no plano particular é indispensável a existência do contrato.

E32 - No plano, é o contrato que obriga a dar assistência. No SUS não é o contrato, mas sim um dever público. A administração pública dá o atendimento, de acordo com o art. 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

E33 - A relação com o SUS é mais precária. No plano de saúde seria mais a questão de prótese e cirurgia. No SUS, são casos de rompimento de bolsa, de parto, e de medicamento em primeiro grau, normalmente. Reivindicação de cobertura de parto também existe no plano de saúde.

E34 - No plano de saúde e no SUS também é internação. Plano de saúde não tem cobertura de medicamento, e exame pode ser solicitado. Tudo depende do caso concreto.

E35 - Todos. Procedimento cirúrgico e internação. É mais comum em ambos, porém o SUS é muito mais burocratizado.

E36 - Penso que não há diferença nenhuma.

E37 - No SUS se solicitam mais remédios e internação. No plano de saúde se solicitam mais exames e cirurgias.

E38 - No SUS, é solicitação para cirurgia e medicamento. No plano de saúde, é pedido de internação e indenização por dano moral, que sempre vem relacionada com essa obrigação de fazer.

E39 - Eu nunca tive nenhuma ação contra o SUS; no plano de saúde, pleiteiam-se mais internação e cirurgia.

E40 - Pede-se muito medicamento no SUS; no plano de saúde, a demanda é por prótese.

E41 - Tenho impressão de que o que se pede na saúde suplementar é tratamento de emergência, e no SUS a demanda é por medicamentos e vagas na UTI, vagas em hospitais, próteses e órteses, em caráter liminar. Todavia, o plano de saúde tem restrições de caráter contratual.

E42 - Penso que remédios são o foco do SUS, enquanto as disputas envolvendo abrangência; cláusulas contratuais; fornecimento de *stents*; próteses; e cirurgias de urgência talvez ocorram mais nos planos privados.

E43 - O SUS faz milagres, porque não tem estrutura e há falta de leitos; no plano de saúde, a relação é privada.

E44 - No plano de saúde, o vínculo é contratual, discute-se se a cobertura está ou não prevista no contrato. Enquanto o SUS dá uma assistência universal, se a pessoa não tiver plano de saúde terá direito de ser atendida pelo SUS. No SUS predominam os pedidos de medicamento; em situações extremas, o pedido de internação e UTI, bem como a questão relativa à fila de transplante. No plano de saúde são mais comuns os casos de limitação de cobertura para colocação de próteses, mudança de plano, e casos de abrangência geográfica.

E45 - Basicamente em ambos se pede internação. No SUS, minha percepção é de que há mais demanda por internação e tratamento de emergência, e no plano de saúde são problemas de internação, cheque caução e carência.

PERGUNTA 7 - Como Vossa Excelência avalia o princípio da universalização do acesso ao SUS e a crescente atuação governamental e de sindicatos na busca por benefícios de planos de saúde privados para servidores públicos e associados, respectivamente?

E1 - É o reconhecimento do caos da saúde pública. Esta é tão inoperante e ineficiente que o governo estimula seus servidores a terem plano de saúde.

E2 - Em minha opinião, para atingir, no atendimento do SUS, um nível de excelência semelhante ao da medicina privada, o custo será insuportável, pois hoje o governo aplica em torno de 4% ou 3,5% de PIB em saúde, financiamento muito abaixo do necessário.

E3 - Seria ideal se o sistema realmente funcionasse. Se eles zelassem pelo sistema não levantariam a bandeira nacional, dando saúde suplementar para os funcionários públicos. Julgo que o custo do Poder Público com saúde é alto, daria para proporcionar uma saúde de qualidade, e a saúde suplementar não teria tanto espaço, ficaria mais ligada à parte estética, e não à sobrevivência.

E4 - Não é algo fácil de administrar esse tipo de custo. São gastos altos, e você tem orçamento previsto para essa área. Então o administrador tenta resolver de alguma forma mais eficaz.

E5 - O dever da assistência à saúde deveria ser prestado pelo Estado, ainda mais no contexto de seus funcionários e seus serventuários.

E6 - O acesso à saúde pública é universal. Quem precisa tem, pois nós temos prestações que não existem na Alemanha, por exemplo. O governo que é o Poder Executivo vai ser obrigado a dar remédio, e às vezes até suplemento alimentar: leites especiais tipo Leocad.

E7 - Recursos públicos são limitados, principalmente na saúde, em razão da inflação, da inovação tecnológica, tanto na área de medicamento quanto na própria área de saúde. Novos exames, novas cirurgias e novos tipos de tratamentos são muito caros, e o Estado não dá conta de tudo. Penso que não é questão controvertida o estímulo à adesão ao plano de saúde para servidor público.

E8 - Não sei se é natural, mas é contraditório. Eu penso que a saúde é pública. Então, temos que fortalecer o SUS. Parece-me contraditório ter a saúde privada que nós temos.

E9 - A universalização pressupõe que a saúde é para todo mundo mesmo. E tem que ser independentemente de a pessoa ter ou não verba, mas não faço a menor ideia do que está faltando para o SUS ser efetivo de certa forma.

E10 - Não tenho como avaliar, porque isso passa por uma checagem de recursos. Passa por um exame de saber o que é mais econômico para administração. Há muito tempo o Estado se perdeu no que tange à prestação de saúde pública, deixando de intervir na carreira do pessoal de saúde.

E11 - Creio que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 deixa bem claro o seguinte: SUS como sistema universal único; e saúde suplementar para aqueles que têm condições, os sindicalizados, os que podem ter um plano de saúde, considero válido.

E12 - Você tem no papel coisas belíssimas; não tenho os dados, mas de fato nós não temos como materializar e implementar toda aquela maravilha que existe no papel. A saúde pública é integral.

E13 - Eu enxergo como atestado de incapacidade do governo geral: Federal, Estadual e Municipal, um atestado de incapacidade de gerir a saúde pública.

E14 - No país tão conturbado como nosso, eu não gostaria de ficar opinando sobre política, porque quando se criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), não sei se foi correta ou não a sua utilização também para outra atividade que não a saúde.

E15 - O governo sabe que precisa de uma saúde suplementar, o problema está cada vez mais forte, porque o governo não dá conta de prestar sozinho a cobertura necessária.

E16 - É difícil, é uma questão muito política. Nos Estados Unidos, não se consegue atendimento na saúde pública, somente com plano de saúde. Em Cuba, a saúde pública é maravilhosa. O Brasil não é nem os Estados Unidos, nem Cuba, estamos em uma democracia, na qual a saúde pública cabe ao Estado, porém o atendimento não é satisfatório. Agora, se a ideia for destruir a saúde pública para forçar as pessoas a buscarem a saúde privada, essa linha de pensamento trará prejuízos ao cidadão de baixa renda, mais vulnerável, sem condição de arcar com o custo dos planos privados de saúde. A nossa Constituição prevê um sistema de saúde que tem de funcionar na medida do razoável, do possível; eu não julgo hoje que o nosso sistema de saúde tenha que pagar para alguém uma operação caríssima em Nova Iorque. É algo complicado.

E17 - Para mim, simplesmente o sistema não funciona; por isso, se você não tiver um plano de saúde, não vai ter bom atendimento no SUS.

E18 - Se existe possibilidade, a saúde suplementar pela rede privada é constitucional. Isso é legal.

E19 - Faz parte do sistema liberal que nós vivemos, são direitos, vejo como direito fundamental.

E20 - Me parece um pouco uma situação paradoxal, porque se o serviço público fosse tão excelente realmente não iria sugerir que seus funcionários tivessem serviços diferentes.

E21 - O Estado assume que não tem capacidade de implementar esse tipo de sistema; há uma total descrença no SUS, e esta lacuna vai ser preenchida pelo sistema privado. Penso que não tem uma saída. Não tem o que fazer. Faltam candidatos, existe má remuneração, além de inúmeros outros fatores.

E22 - Eu penso que, enquanto não houver uma mudança cultural, dificilmente vai ocorrer uma melhoria na saúde, sendo esta situação evidentemente contraditória.

E23 - Essa é a contradição que me parece resultar de uma abertura impossível de ser cumprida. Ninguém pode acreditar que, ao longo de cinquenta anos, o governo foi incapaz de dar saúde ao cidadão, por falta de vontade política, existindo hoje limitação orçamentária que o Poder Público não consegue superar.

E24 - Na verdade, o Estado não tem capacidade de atender à saúde de forma geral, delegando estes serviços para os planos de saúde. O ideal seria o Estado investir na saúde pública, para que não houvesse necessidade de pagar um plano de saúde. O Estado sozinho não tem condição de fornecer saúde.

E25 - Considero uma pouca vergonha, pois é o reconhecimento de que o SUS não funciona, porque se funcionasse, seus funcionários não teriam plano de saúde privado. Não é verdade? Todos eles recorreriam ao SUS. Considero que há uma falência total do SUS, e o plano de saúde toma este lugar.

E26 - Na verdade é um direito universal. Todos têm direito, mas existe um parâmetro, que chamamos de reserva do possível, o qual na realidade é um limitador: a verba pública. Não adianta dizer que todos têm direitos, se não houver meios de viabilizar essa prestação de serviços à saúde. Na medida em que a gente tem serviços prestados pelos planos de saúde, estes exercem importante função social, uma vez que estão mitigando o problema, ou seja, dividindo a prestação de serviço de saúde que é extremamente onerosa.

E27 - Na minha visão, não se trata de uma questão jurídica, pois foi resolvida pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, quando esta traçou a política de acesso à saúde universal. A partir daí, o problema se transforma em questão de gestão, à qual se podem dotar soluções como: convênios; terceirizações; fundações; cooperativas. O gestor que tem de encontrar resposta para esses enormes desafios, uma vez que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 diz que a saúde é universal. Todos respondem solidariamente: União, Estados e Municípios.

E28 - Nem sempre a situação do país impede que esse conceito maior seja colocado em prática. Isso porque as cidades são diferentes. Os orçamentos são diferentes. Os Estados têm suas peculiaridades, e colocar aquilo em prática não é um passe de mágica. Você tem que tomar medidas efetivas para implementar o necessário, e quando o governante percebe que não vai conseguir, ele tem que se valer de uma solução. Não pode deixar a população desamparada.

E29 - Considero lamentável, contraditória, porque existe falta de gestão para a saúde, falta de dinheiro. Não se paga bem ao médico público, e não se paga bem aos funcionários dos hospitais, como as enfermeiras. Aquele que vai nomear e aquele que tem a caneta não têm competência (ministro, secretária ou secretário) para indicar um bom gestor público, alguém com capacidade de garantir o bom funcionamento da administração pública estatal.

E30 - Na verdade, é uma situação interessante. Santo Agostinho dizia que quando você cuida do que é seu, cuida melhor, mas quando você cuida do que pertence a todos não se mostra tão zeloso. A verdade é essa.

E31 - Eu penso que tudo é uma questão de demanda econômica. A saúde pública se destina a determinada população, e a saúde privada se destina a outra. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é pela priorização dos direitos sociais. O que temos para essa questão econômica, de maneira imediata, é apostar na prevenção.

E32 - Só vai para o SUS o miserável que não tem condição de pagar um plano, porque quem vai se arrisca a parar em uma enfermaria onde não há higiene nenhuma. Todo mundo recorre ao plano, porque é menos arriscado que o SUS. No SUS as pessoas só vão para emergência, ou quando efetivamente não têm meios para procurar o médico. Então, eu vejo como um fracasso terrível a socialização da saúde.

E33 - O SUS não oferece o atendimento que deveria. Você só vai buscar o SUS se sua condição for muito miserável, porque em qualquer situação financeira um pouco melhor você vai se dar ao luxo de ter um plano. Não há garantia de atendimento pelo SUS. Qualquer plano de saúde simples que não atende muito bem ainda é um pouco melhor que o SUS. Isso porque a saúde oferecida pelo Estado está cada vez mais precária e ineficiente. Então, percebo como insatisfatória essa relação.

E34 - É o reconhecimento da ineficiência da saúde pública, mas não penso que a rede pública tenha que ser descartada. A meu ver, existe o reconhecimento de que a rede pública não funciona bem, considerando a política que é apresentada. Também há influência das operadoras de planos de saúde na busca pelo Poder Público.

E35 - Vejo que o SUS não dá conta de atender tanta gente. Então, essas entidades de classe visam ao melhor para seus integrantes. Acredito que essa seja a forma de vencer a burocracia estatal e conseguir uma prestação de saúde mais ágil, com mais flexibilidade, até porque a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 admite uma atuação coadjuvante entre iniciativa privada e iniciativa estatal.

E36 - É triste a situação em que o país não tem verbas para os hospitais. Se a situação do país fosse tão louvável, não teríamos tantas ações.

E37 - Com relação à existência de um serviço público e um privado, creio que é preciso haver estas opções, porém, julgo que o SUS não atende satisfatoriamente. O plano de saúde não pode deixar de ser opção. Tudo é uma questão gerencial.

E38 - Não vejo isso como uma coisa absurda, nem como o reconhecimento da falência do sistema, não podemos esperar que o governo faça tudo por nós. Devemos ter a pretensão de proteger a saúde com mais qualidade. O que não se consegue encontrar no serviço público é fornecido pelo plano de saúde, que nos dá um tratamento de ponta e inovador. O SUS está ruim. Está péssimo.

E39 - O SUS não está enfrentando bem o dever de prestar serviço de saúde para a população, e julgo que esta tem que procurar outros meios para garantir tratamento, o que é uma pena. O

sindicato está descrente de que o Estado vá prestar um serviço que é do SUS, e por isso procura o plano de saúde. Penso que isso demonstra uma deficiência na prestação de serviço em relação à saúde.

E40 - Julgo contraditório. Se o Estado tem o SUS, este deveria prestar um serviço de saúde eficiente para que ninguém precisasse de um plano de saúde particular. Só se fosse o caso de querer um padrão A e ser tratado por um plano de saúde de excelência, mas se eu não pudesse arcar com este custo, gostaria de dispor de um serviço de saúde tão maravilhoso para me atender de emergência. Logo, não seria ideal para ninguém pagar um plano de saúde. Já pago imposto, deveria ter acesso a um bom serviço de saúde.

E41 - Percebo que o sistema público é insuficiente para atender a todas as demandas. Daí a necessidade de modelos complementares.

E42 - Para mim, é prova cabal da falência do Estado e do sistema público, uma vez que o próprio setor público estimula a contratação do plano de saúde para seus servidores, comprovando que o sistema não funciona.

E43 - Para mim, são coisas naturais, porque poderíamos até pensar que a saúde e a educação deveriam ser tarefas exclusivamente públicas. Entretanto, nosso sistema jurídico não é assim, pois o mercado é acessível às empresas privadas. Eu penso que isso poderia ser um facilitador implementado, pois ambos os setores se complementam.

E44 - Eu não vejo nenhum problema de os servidores públicos, por meio dos seus órgãos de classes, contratarem um plano de saúde próprio, sem a participação do governo. O SUS tem uma faixa própria de atuação para a população mais humilde, mas ao mesmo tempo tem uma atuação importante no caso de doenças mais graves, quando estas não têm previsão em contrato, e o usuário do plano privado de saúde não pode exigir atendimento. Quem faz transplante no Brasil é o SUS. São os servidores que se associam e procuram os planos privados. O SUS brasileiro é excelente.

E45 - A percepção é de que o sistema público do SUS é insuficiente para atender a população. Nos países mais modernos também existem restrições para algumas doenças e limite de idade de atendimento.

PERGUNTA 8 - Quais são as circunstâncias das decisões judiciais desfavoráveis para o consumidor as quais giram em torno da teoria da reserva do financeiramente possível nos âmbitos da saúde pública e privada?

E1 - Saúde é algo individual, que depende de vários fatores. O Estado é obrigado a assegurar aos seus cidadãos o acesso ao serviço de saúde, e este acesso tem que ser garantido dentro do que é possível fazer. A decisão judicial desfavorável ao consumidor vai obrigá-lo a custear as despesas processuais, os honorários advocatícios, além de reembolsar a operadora pelos gastos desembolsados por esta. A teoria da reserva do financeiramente possível se aplica mais ao direito público do que à saúde suplementar.

E2 - É difícil executar a dívida. Não há como cobrar. Em relação à saúde suplementar, eu nunca vi uma ação indenizatória sendo cobrada do cliente ou do médico sobre o tratamento de saúde realizado.

E3 - Não é papel do SUS custear fertilização *in vitro*, implante de cabelo, coisas assim. Na saúde suplementar, não sei informar.

E4 - Nossa tendência aqui no Direito é considerar sempre o mínimo existencial. Na saúde suplementar, normalmente, é com base nos contratos.

E5 - Na verdade, devemos ter bom senso e ponderação também. Eu acredito que seja necessário haver uma comprovação de que o tratamento tem eficácia.

E6 - Essa reserva do possível, em matéria de direito à saúde, é concernente apenas ao aspecto financeiro. Isso não é aplicado no Brasil.

E7 - Eu penso que as decisões desfavoráveis não podem ser analisadas em percentual, uma vez que a decisão desfavorável ao consumidor sempre vai se dar no aspecto de um tratamento experimental, mas devemos olhar a vida em primeiro lugar.

E8 - Desconheço. Nunca vi, nem em pesquisa.

E9 - A reserva do possível é uma teoria bastante interessante, mas eu a vejo pouquíssimas vezes na prática.

E10 - Eu penso que o Poder Judiciário Brasileiro ainda está preso à ideia da tutela maior da reserva à vida, sem restrição ao limite do possível. Já vi isso na saúde pública e na saúde privada; no caso do remédio conhecido como Viagra, deve haver uma discussão sobre a necessidade de o Estado fornecer este tipo de medicamento quando há um problema de impotência. Até onde isso estaria dentro da ideia de lazer e até onde isso estaria dentro da ideia da dignidade da pessoa humana. Alguns entendem que o Estado tem que se voltar para a ideia de saúde quando relacionada à vida, e outros entendem que a ausência de uma vida sexual ativa vai trazer depressão e complicações para a vida. Já no âmbito privado, a análise é mais de cláusula contratual, do que foi contratado.

E11 - A reserva do possível só se aplica ao Poder Público, é o ônus deste poder. Com relação à operadora de plano de saúde, se estiver no contrato ela tem que dar cobertura.

E12 - A defesa dos entes estatais se baseia exatamente no fato de não haver recurso suficiente para realizar alguns tratamentos quando demandados ao SUS. Normalmente, quando isso ocorre na saúde suplementar pode significar pré-disposição à falência.

E13 - Infelizmente, mais do que se pensa, alguns se aproveitam da desgraça alheia a ponto de lesar os cofres públicos com ações contra o Estado, reivindicando em juízo insumos médicos em quantidade maior que a necessária.

E14 - Não vejo o Poder Judiciário proferindo decisões nesse sentido, tanto no que diz respeito à saúde pública quanto no que refere à saúde privada. Em relação ao custo-necessidade do paciente, vamos procurar saber o que pode ser atendido com remédios simples que não sejam tão caros para então decidir.

E15 - A maioria desses tratamentos no exterior não têm eficácia comprovada. Então, como você vai onerar os cofres públicos? Os planos de saúde dependem dos cálculos atuariais. O fundamento para essa negativa é a reserva do possível.

E16 - Está cada vez menor. Antigamente, tínhamos muito essa ideia de que a reserva do possível, princípio do possível, teria que ser aprovada pelo Estado.

E17 - A saúde pública vem em primeiro lugar. Se há previsão orçamentária ou não, o problema não é nosso. É do Poder Executivo, que tem que assegurar e arrumar verba.

E18 - Não é razoável um pleito que corresponda à metade do orçamento de todo o município.

E19 - Isso tem que ser visto com muito cuidado. Alguém vai sair perdendo, mas nós presumimos a favor do consumidor.

E20 - A teoria da reserva do possível não deve prejudicar o mínimo existencial, mesmo não sendo este o ideal frequentemente nem é concedido. Muitas vezes o ente federado, o Estado, a União e município tentam se esquivar de cumprir o mínimo existencial.

E21 - Penso que o princípio da reserva do possível é um instrumento de defesa, quando diante de um caso concreto seja possível atender à medida judicial, mas é um balizador que não tem eficácia no conjunto de ações, pois as ações mais recorrentes são aquelas que nós entendemos ter o Estado condição de financiar. Essa questão no plano de saúde se refere a uma massa falida em liquidação.

E22 - A reserva do possível é uma alegação que a Procuradoria sempre faz. Isso deveria constar no orçamento prévio, sob pena de comprometer o orçamento do Estado que estaria envolvido com outras questões. O argumento do plano de saúde é que aquele serviço não foi contratado ou que não foram cumpridos os prazos de carência.

E23 - Não há limite do possível, o que há é o desvio – a corrupção. O problema é fazer essa opção política pela saúde brasileira. Na questão de medicamento, eu acredito piamente que existe um limite do possível, por uma única razão: o possível é um conceito material. Não é um problema jurídico. Não tenho dúvida de que se deva fazer esse filtro, estabelecer esse controle e saber se realmente é possível no plano de saúde. O que está coberto é previsto pela cláusula contratual.

E24 - O Estado tem que fornecer o serviço de alguma forma, tem que solucionar.

E25 - Creio que no plantão judicial nunca vi.

E26 - Medicamentos e tratamentos que não são reconhecidos pela agência reguladora. Em caso de tratamentos extremamente onerosos, mesmo reconhecidos pela Agência de Vigilância Sanitária, optamos por outro tratamento ou medicamento mais barato, capaz de alcançar o mesmo objetivo terapêutico, ainda que seja com algum retardo ou não seja o mais moderno. Quando estamos diante de uma diferença muito grande de valores, o Poder Judiciário está atento para a questão da limitação orçamentária, até porque temos que colocar na cabeça que se trata de dinheiro público, e se você difere aquele tratamento caríssimo para um, são tantos outros que podem ficar sem.

E27 - A posição do STF é de que quando se está diante de uma política pública traçada na Constituição, esse tipo de argumento da reserva do possível, se não atender ao mínimo existencial, não pode prevalecer, seria ir de encontro à própria à Carta Magna de 1988.

E28 - É uma alternativa comum. O Poder Público alega a reserva do possível ou problema no orçamento. O Poder Executivo, embora tenha independência, autonomia e poder de determinar como vai aplicar seus recursos a partir de critérios de conveniência e oportunidade, não pode usar este argumento indiscriminadamente, quando prejudicial à sociedade ou ao consumidor. Logo, o princípio da reserva do possível não pode prejudicar a dignidade da pessoa humana, o direito à vida e o direito à saúde. Às vezes é necessário que o Poder Judiciário avance na sua competência e invada a competência do Poder Executivo para ordenar o cumprimento do mínimo existencial tendo em vista um bem maior.

E29 - Podem alegar, mas vão ter que cumprir a minha decisão, uma vez que a prioridade é o cidadão. O plano de saúde não pode realmente usar esse princípio.

E30 - Essa questão tem sido recorrente. O Poder Público pode alegar a reserva do possível, mas não consegue demonstrar essa situação, essa dificuldade orçamentária.

E31 - O Poder Judiciário não liga para isso, não. No caso de patologias incomuns, cujos remédios são muito raros e importados, normalmente você acaba gastando quase todo o orçamento de uma Secretaria Municipal de Saúde para um único caso, comprometendo o atendimento dos demais. A saúde pública vai resolver a questão de responsabilização orçamentária de um dos entes relativos, e na saúde privada a questão se resolve com repasse para a coletividade dos beneficiários.

E32 - É um argumento que só deveria ser usado em atendimento de grande porte ou com alcance geral à grande parte da comunidade. Se for levado em consideração o princípio da reserva do possível não vai haver atendimento.

E33 - O Poder Judiciário tem que intervir, porque na hipótese da reserva do possível não cabe o Código de Proteção do Idoso.

E34 - Não lembro. Julgo que a preocupação tem que ser com a coletividade, quando se trata de privilegiar uma situação individual em detrimento de outras vidas. No caso de plano de saúde, a questão é de falência, pois eu creio que as operadoras não estão sujeitas a esse regime, e sim ao regime específico de liquidação, no qual é nomeado um interventor.

E35 - A reserva do possível é uma análise que se faz no âmbito da situação desfavorável do Estado, para que este não seja punido quando na verdade não tem condições de prestar atendimento. Evidentemente, nunca se pode admitir que a justiça deixe de prestar uma assistência imediata. Quebra um plano de saúde, mas a pessoa não morre. Passa por cima de tudo. No SUS, prevalece o mesmo raciocínio, são os casos esporádicos de situações letais que excepcionalmente justificam o sacrifício social. Se a situação for urgente, a operadora terá que salvar a vida humana, é o valor mais alto.

E36 - O Estado sempre alega essa parte orçamentária, mas você tem que rebater com o argumento de que a saúde está em primeiro lugar, independentemente de qualquer alegação.

E37 - Para mim, essa reserva do possível não existe. No plano de saúde é aquilo que não está previsto no contrato.

E38 - A reserva do possível é alegada quando não há dinheiro no orçamento para atender todo mundo, e alguns magistrados são sensíveis a este tipo de argumento. O argumento da reserva do possível só deveria se empregar quando fosse demandado algo extremamente vultuoso.

E39 - Esses casos não passaram pelo plantão judicial.

E40 - São várias as situações contra o Estado e o município quando estes alegam o princípio da reserva do possível para recusar fornecimento de medicamentos e de fraldas, além de vaga na UTI. Os planos de saúde argumentam que não são o SUS e não têm essa obrigação.

E41 - Sabemos que há um orçamento limitado, e a partir daí discutem-se as prioridades e em que setores os recursos devem ser alocados. É preciso trabalhar um pouco com essa perspectiva, pois quem tem uma doença terminal não pode esperar que uma política pública resolva a situação; conseqüentemente, há muitas disputas entre os entes e a União, que é responsável. E na saúde suplementar tem-se por base o contrato.

E42 - O juiz leva em conta, na sua decisão, os efeitos e impactos econômicos decorrentes, uma vez que essas questões envolvem a saúde e, principalmente, a urgência do que está em jogo, que é a vida. Não há juiz no mundo que vá olhar se aquilo está dentro da cláusula. A interpretação judicial é feita de modo que a vida sobressaia.

E43 - É uma questão de previsão orçamentária. Planos e empresas privadas têm seus limites orçamentários. Em relação ao plano de saúde, quando um procedimento tem um preço demasiadamente alto em determinado hospital conveniado, transfere-se o usuário para outro hospital credenciado onde o custo seja menor. Todavia, considero aceitável o argumento levantado pelo Poder Público.

E44 - Na saúde suplementar, predomina o próprio contrato, quando eventualmente a cobertura que é pedida não está prevista: uma cirurgia plástica estética não tem previsão contratual, e não vai ser atendida. No Sistema Único de Saúde, são as limitações

orçamentárias – por exemplo, no caso de doenças muito raras, cujo atendimento é prestado em outros países, como nos Estados Unidos, existe o limite do razoável.

E45 - Percebo que são aqueles tratamentos de custos elevadíssimos ou tratamentos disponíveis em poucos lugares, no caso de doenças que não têm cura e cujo prognóstico seja desfavorável. Avaliar a utilização desse princípio é responsabilidade muito grande para o juiz. Nos planos de saúde, algumas vezes o gasto é muito maior, por isso existe o sistema atuarial no âmbito da previsão contratual.

ANEXO – Extrato de Acordo de Cooperação Técnica entre a ANS e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Nº 234, terça-feira, 8 de dezembro de 2015

Diário Oficial da União - Seção 3

ISSN 1677-7069

87



NÚCLEO ESTADUAL EM RORAIMA SERVIÇO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA

AVISO DE RETIFICAÇÃO

A Chefe do Serviço de Gestão Administrativa do NEMS/RR, torna pública a retificação no dispositivo do pregão eletrônico nº 01/2015, promovido para contratação de empresa para a prestação de serviço de locação de veículo com motorista, conforme segue:

7 - DA DEMANDA E DO ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS, item 7.1, alínea A, inciso II, onde se lê "... ficarão estacionados na garagem da CONTRATADA..." leia-se: "... ficarão estacionados na garagem da CONTRATANTE..."

Em 8 de dezembro de 2015
EDINAR VALENTE DE ANDRADE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

EXTRATO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

Registrador: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Acordo de Cooperação Técnica. Partes: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - MPRJ. Objeto: I - O estreitamento do relacionamento institucional da ANS e do MPRJ, de modo a imprimir-se maior agilidade e eficiência nas ações de prevenção, apuração e repressão às práticas lesivas ao mercado de assistência suplementar à saúde; II - O fornecimento e o intercâmbio de informações, documentos, estudos e trabalhos técnicos relacionados à regulação e à fiscalização do mercado de assistência suplementar à saúde, bem como à prevenção, apuração ou repressão de práticas lesivas a tal mercado ou aos seus respectivos participantes; III - A ampla cooperação técnica e cont-

tífica, no âmbito do mercado de assistência suplementar à saúde, por meio do desenvolvimento conjunto de estudos e pesquisas; e IV - O desenvolvimento e o aprimoramento das técnicas e dos procedimentos empregados na apuração, na prevenção e na repressão de práticas lesivas ao mercado e aos consumidores de assistência suplementar à saúde. Vigência: 24 (vinte e quatro) meses. Data de assinatura: 01/12/2015. Processo Administrativo nº 33902.133622/2015-01.

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 4/2015 - UASG 253003

Número do Contrato: 62/2012.
Nº Processo: 33902201201305.
PREGÃO SISPP Nº 11/2012. Contratante: AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE - SUPLEMENTAR. CNPJ Contratado: 6559953000325. Contratado: CPM BRAXIS S.A. Objeto: Prorrogação da vigência contratual por mais 12 meses, de 03/12/2015 a 03/12/2016. Supressão do percentual de 30% do item "Aviso Prévio Trabalhador" da Planilha de Formação de Preço. Acréscimo de cinco postos ao contrato, representando 20,66% do valor global do contrato. Revisão do valor contratual em razão da majoração da alíquota de recolhimento do INSS de 2% para 4,5% com fundamento na Lei nº 13.161/2015. Fundamento Legal: Lei: 8666/93. Vigência: 03/12/2015 a 03/12/2016. Valor Total: R\$5.770.107,85. Fone: 174253003 - 2015NE801918. Data de Assinatura: 30/11/2015.

(SICON - 07/12/2015) 253003-36213-2015NE800047

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2015 - UASG 253003

Número do Contrato: 62/2012.
Nº Processo: 3390269712201401.
PREGÃO SRP Nº 5/2014. Contratante: AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE - SUPLEMENTAR. CNPJ Contratado: 02593165000140. Contratado: GARTNER DO BRASIL SERVICOS DE PESQUISAS LTDA. Objeto: Prorrogação da vigência contratual por mais um período de 12 (doze) meses, de 16/12/2015 a 16/12/2016; retificação

de cláusulas contratuais. Fundamento Legal: Lei 8666/93. Vigência: 16/12/2015 a 16/12/2016. Valor Total: R\$509.100,00. Fonte: 174253003 - 2015NE801864. Data de Assinatura: 01/12/2015.

(SICON - 07/12/2015) 253003-36213-2015NE800047

EDITAL Nº 8, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2015 PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO RESULTADO FINAL DA PERÍCIA MÉDICA DOS CANDIDATOS DECLARADOS NA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD

O DIRETOR-PRESIDENTE DA AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), declarando a autorização concedida pela PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 304, DE 30 DE JULHO DE 2015, dos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde publicada no Diário Oficial da União em 31 de julho de 2015, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, regulamentada pelo Decreto 4.748, de 16 de junho de 2003, torna público o resultado final da Perícia Médica dos candidatos declarados na condição de Pessoa com Deficiência - PCD, conforme abaixo:

1- DAS RESPOSTAS AOS PEDIDOS DE REVISÃO: 1- DO RESULTADO FINAL

1.1 Relação final dos candidatos declarados na condição de pessoa com deficiência - PCD considerados aptos na Perícia Médica, na seguinte ordem: número de inscrição, nome do candidato, 1657517, IGOR MARCELLUS ARAUJO ROSA; 160752, MARCELLO RIBEIRO DE CARVALHO; 100094, NEYLTON RODRIGO SOARES.

1.2 Relação final dos candidatos declarados na condição de pessoa com deficiência - PCD considerados inaptos na Perícia Médica, na seguinte ordem: número de inscrição, nome do candidato, 163891, LUCIANA SILVA TAMBURINI; 160394, LUIZ RICARDO SILVA FERREIRA.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

DIRETORIA COLEGIADA
DIRETORIA DE GESTÃO
DIRETORIA ADJUNTA
GERÊNCIA-GERAL DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE FINANÇAS

EDITAL DE NOTIFICAÇÃO

O Gerente de Finanças da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), designado pela Portaria nº 6653 de 15 de outubro de 2014, publicada em 16 de outubro de 2014, no uso da competência que lhe foi delegada pelo Diretor de Gestão, nos termos da Portaria no 12, de 11 de maio de 2012, publicada em 14 de maio de 2012, tendo em vista o exercício pela ANS do poder de polícia que é legalmente atribuído, nos termos do art. 19 da Lei no 9961/2000, resolve NOTIFICAR a operadora qualificada no anexo, que se encontra em local incerto e não sabido, para efetuar o pagamento ou apresentar impugnação, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da intimação, que será considerada realizada 15 (quinze) dias após a publicação do presente edital, do crédito constituído pela presente notificação com seus acréscimos legais (art. 21 da Lei 9961/2000), referente à Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência à Saúde, prevista no art. 20, inciso I, da Lei no 9961/2000, sob pena de inscrição do crédito na Divida Ativa da ANS e ajuizamento da respectiva Execução Fiscal, bem como inclusão da operadora no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal - CADIN, no prazo de 75 (setenta e cinco) dias a contar da publicação do presente edital.

A base de cálculo e o número médio de beneficiários por plano de assistência à saúde por trimestre, e a alíquota é de R\$2,00 (dois reais) por exercício, sendo R\$0,50 (cinquenta centavos) por trimestre. Art. 20, I, c/c §2º do mesmo art. Lei 9961/2000 e RN 103. O pagamento deverá ser efetuado através da Guia de Recolhimento da União (GRU), que poderá ser emitida no portal www.ans.gov.br. Caso opte por oferecer impugnação, esta deverá ser formalizada perante a Gerência de Finanças da ANS, situada na Avenida Augusto Severo nº 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro, RJ, podendo ser renúncia através dos Correios.

Em 7 de dezembro de 2015.
WASHINGTON PEREIRA DA CUNHA

ANEXO

Processo Administrativo	Regist. ANS	Razão Social	CNPJ	Cidade	Ano	Valor R\$
33902.441032/2015-41	413863	DAYMED - ASSISTENCIA MEDICA LTDA	06834661000146	BRASILIA-DF	2012	76.419,98
33902.441930/2015-19	413189	OPENEG-OPERADORA ESPECIALIZADA EM MEDICINA DE GRUPO	0630284000136	SALVADOR-BA	2012	18.997,90
33902.441886/2015-38	408271	HEPAMEDICA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0333967000186	BELO HORIZONTE-MG	2012	17.178,83
33902.441852/2015-81	402346	CHIM SERV. ASSISTENCIA MEDICA LTDA	03992731000195	RIO DE JANEIRO-RJ	2012	31.805,35
33902.4410520/2015-16	333638	FAMED ASSISTENCIA MEDICA LTDA	66492053000124	SAO PAULO-SP	2012	4.898,49
33902.440893/2015-16	414183	CLINICA ODONTOLÓGICA MAXILLENTE LTDA	0784643000185	PORTO ALEGRE-RS	2012	8.519,16
33902.441906/2015-61	412937	ODONTOCLEAR PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	03987415000199	SALVADOR-BA	2012	73.750,80
33902.441891/2015-81	410107	ADRESS SÃO ANGELO ASSISTENCIA MEDICA S/C LTDA	0350879000130	SÃO PAULO-SP	2012	84.091,73
33902.441888/2015-17	409107	ODONTO PLANOS DE SAÚDE LTDA	03419264000128	CAMPINAS-SP	2012	29.152,15
33902.440672/2015-57	408381	POLICLINICA GRAMACO LTDA - EPP	00480866000170	DUQUE DE CAXIAS-RJ	2012	7.793,00
33902.442116/2015-01	406111	ODONTOPLASA ADM EM SAÚDE SOCIEDADE EMPRESARIAL LTDA	7153779000170	SOROCABA-SP	2012	563.305,37
33902.442091/2015-37	403300	ORAL GOLD PLANOS ODONTOLÓGICOS SA	18784405000129	BARUERI-SP	2012	9.936,35
33902.441865/2015-13	403303	IDEAL PARTICIPACOES LTDA	0715451000150	FLORIANOPOLIS-SC	2012	15.451,79
33902.441899/2015-12	368413	NACIONAL SAÚDE ASSISTENCIA MEDICA LTDA	0069403000016	MACAJUBÉ-PE	2012	20.434,17
33902.442152/2015-66	368130	SISTEMA GEBEMED DE SAÚDE LTDA	92518257000158	PORTO ALEGRE-RS	2012	13.698,48
33902.442138/2015-33	365936	PRO MASTER ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA S/C LTDA	0651130000173	PRACACA-SP	2012	163.305,37
33902.442087/2015-79	333368	COPI-CENTRO ODONTOLÓGICO PITANGUEIRAS LTDA	37506792000198	JUNDIAÍ-SP	2012	163.305,37
33902.441067/2015-81	416274	BELCA LIGHT PLANOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	08834377400010	PORTALEGRE-PE	2012	9.249,00
33902.441011/2015-81	415977	ARCADA ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA LTDA	04143881000150	JOÃO PESSOA-PB	2012	6.249,89
33902.442030/2015-70	343340	CAIXA DE ASSISTENCIA MEDICA E BENEFÍCIOS DA POLÍCIA CIVIL	37174687000191	BRASILIA-DF	2012	24.019,03
33902.441939/2015-81	417025	PAS - PLANO DE ASSISTENCIA À SAÚDE	08621851000107	PORTO VELHO-RO	2012	30.699,11
33902.442135/2015-39	414841	ODONTO - TIME ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA LTDA	86693215000150	HORIZONTE-CE	2012	384,77
33902.441876/2015-92	402541	PRISA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR S/C LTDA	03044952000124	SANTO ANDRÉ-SP	2012	50.263,28

GERÊNCIA-GERAL DE APRIMORAMENTO INSTITUCIONAL GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS

EXTRATO DE RESCISÃO

CONTRATANTE: Agência Nacional de Saúde Suplementar. CONTRATADO: ISABELA DE CASSIA DUTRA LEITE, matrícula SIAPE nº 206635. OBJETO: rescindir, a pedido, a contar de 07 de dezembro de 2015, o Contrato de Prestação de Serviços Técnicos Especializados, por prazo determinado - Classificação IV - ANS nº 152/2013, de acordo com o extrato de contrato temporário publicado no D.O.U. nº 233, Seção 3, pag. 137, de 02 de dezembro de 2015, nos termos da Cláusula Decima Quarta, Item 14.1, Inciso II, do referido Contrato, em consonância com o art. 12, Inciso II, da Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/interatividade/leite>, pelo código 00032015120800087

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

Espécie: 3º Termo Aditivo ao TC-PAC nº 91/2012. Compromitentes: Fundação Nacional de Saúde, por meio Superintendência Estadual do Maranhão, CNPJ: 26.989.350/0001-01, situada à Rua do Apicum, 243, Centro - na cidade de São Luis/MA e o Município de Santa Quitéria do Maranhão, CNPJ:06.232.615/0001-20, situado na Avenida Cel. Francisco Moreira, nº 45 - Centro. Objeto: Prorrogar a vigência do TC-PAC até 09/11/2016, por solicitação do comprometido. Data de assinatura: 04/12/2015. Processo: 25100.010.089/2012-67.

Espécie: Termo Aditivo nº 2/2015 ao Convênio Nº 776852/2012. Convenientes: Concedente: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Unidade Gestora: 255000, Gestão: 36211. Conveniente: POÇOS PREFEITURA, CNPJ nº 14.242.200/0001-65. Prorrogação de Vigência. Valor Total: R\$ 255.431,78. Valor de Contrapartida: R\$ 5.431,78. Vigência: 31/12/2012 a 28/06/2016. Data de Assinatura: 02/12/2015. Signatários: Concedente: VICENTE JOSE DE LIMA NETO, CPF nº 379.853.455-15. Conveniente: OTTO WAGNER DE MAGALHAES, CPF nº 252.842.587-20.

(SICONV(PORTAL) - 07/12/2015)

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.