



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ISABELLE ADJANE CIPRIANO BRAGA

**A JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA
ANÁLISE DAS DIVERGÊNCIAS JURISPRUDENCIAIS E DO IMPACTO DA LEI N.
14.454/2022**

FORTALEZA
2023

ISABELLE ADJANE CIPRIANO BRAGA

A JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE
DAS DIVERGÊNCIAS JURISPRUDENCIAIS E DO IMPACTO DA LEI 14.454/2022

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito. Área de concentração: Direito da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Sidney Guerra Reginaldo.

Dados Internacionais de Catalogação na
Publicação Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

Blj BRAGA, ISABELLE ADJANE CIPRIANO.

A JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR : UMA ANÁLISE DAS
DIVERGÊNCIAS JURISPRUDENCIAIS E DO IMPACTO DA LEI 14.454/2022 / ISABELLE ADJANE
CIPRIANO BRAGA. – 2023.

50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Sidney Guerra Reginaldo.

1. Direito do Consumidor. 2. Saúde Suplementar. 3. Direito da saúde. 4. SUS. 5. Rol de
procedimentos da ANS. I. Título.

CDD 340

ISABELLE ADJANE CIPRIANO BRAGA

A JUDICIALIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE
DAS DIVERGÊNCIAS JURISPRUDENCIAIS E DO IMPACTO DA LEI N. 14.454/2022

Monografia submetida à Coordenação do
Curso de Graduação em Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Direito. Área de concentração: Direito da
Saúde

Orientador: Prof. Dr. Sidney Guerra Reginaldo.

Aprovada em: 10/07/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sidney Guerra Reginaldo (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. William Paiva Marques Júnior
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Me. Matheus Casimiro Gomes Serafim
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Primeiramente a Deus, por ter me amparado e guiado nessa caminhada.

Aos meus pais, Neuma e Weibson, por serem os maiores exemplos de disciplina e amor que eu poderia ter.

A minha vó Zefinha, por ter me constrangido tanto com sua alegria, amor e fé ante as adversidades.

AGRADECIMENTOS

Minha trajetória no curso de direito não foi linear, tampouco fácil, mas, diante de todos os acontecimentos, se eu consegui o bacharelado foi graças às pessoas que estiveram comigo, tanto de forma direta quanto indireta, durante todos esses anos. A todos esses, declaro minha eterna gratidão, em especial:

A Deus, pela sua infinita bondade e graça, que permitiu a concretude desse momento e que me proporcionou tantas bençãos pessoais, acadêmicas e profissionais ao longo desses 5 anos.

Aos meus pais, Neuma Cipriano Braga e Weibson Braga Junior, por terem me proporcionado a melhor educação possível, assim como pelo amor incondicional de cada um por mim. Quem tiver o privilégio de conhecê-los, entende que fui imensamente abençoada com pais que me apoiam e compreendem nos momentos mais difíceis, e, a conclusão do curso de direito é um grande exemplo disso. Obrigada por sempre acreditarem no meu potencial e por me orientarem em cada passo que dei nesses últimos anos.

À minha avó Josefa Cipriano Tabosa (*in memoriam*), por ter me criado em conjunto aos meus pais e me ensinado tanto com sua vivência incrível de vida. Graças a ela, todo seu amor e apoio, posso afirmar que a neta da Zefinha é finalmente “doutora”.

Ao professor dr.. Sidney Guerra, por ter me orientado de forma tão sábia nesse trabalho e por contribuir tão fortemente para a comunidade acadêmica, seus ensinamentos enriquecem a educação brasileira em níveis extraordinários.

Ao professor William Paiva Marques Junior, do qual fui aluna na disciplina de Direito Civil em que ensinou o direito privado com uma didática que me encantou até os dias atuais e ao professor Matheus Casimiro Gomes Serafim, o qual me auxiliou desde o começo do curso a concretizar este sonho, por terem aceitado o convite para compor a banca de avaliação deste trabalho.

À desembargadora Lira Ramos, cujas sábias decisões e precedentes inspiraram a escolha do tema do presente trabalho, assim como a todos os membros do seu gabinete: Victor Farias, Aurilene Meireles, Rafael Aires, Yan Souza e Hadler Fernandes. A todos, minha eterna gratidão pelos ensinamentos jurídicos e por terem tornado a rotina judiciária um ambiente leve e acolhedor.

Às minhas primeiras amigas do curso de direito, Amanda Carvalho e Vicka Mariana, por cada risada compartilhada e pelo apoio nos momentos mais difíceis, desde os primeiros semestres.

Aos meus amigos de faculdade, em especial Pedro Júlio Roque, João Victor Soares, Marcela Pompeu, Bárbara Linhares, Maria Luiza e Yuusei Hoshino, por cada estresse compartilhado no ambiente da faculdade de direito, assim como por cada ensinamento, dica e risada.

Por fim, à Universidade Federal do Ceará, por toda a vivência universitária que me proporcionou.

“Bem, sei que é assustador sair de si mesmo, mas tudo que é novo assusta” (Clarice Lispector, “A Hora da Estrela”, 1977, p. 31).

RESUMO

Analise-se a evolução da discussão jurisprudencial acerca da taxatividade do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar culminando na sanção da Lei n. 14.454/22 e os seus respectivos impactos na relação contratual da saúde suplementar. Para isso, primeiramente, estuda-se a evolução histórica do ordenamento jurídico no setor da saúde, mais especificamente na cultura que embasou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a regulamentação da saúde suplementar por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse sentido, estuda-se a garantia do direito à saúde como fundamental estabelecida pela Constituição de 1988 e o contexto histórico que culminou nisso. Em seguida, analisam-se as decisões jurisprudenciais no âmbito do Superior Tribunal de Justiça acerca da natureza do rol de procedimentos estabelecido pela ANS, o qual gera divergência sobre sua taxatividade ou exemplificatividade. Por fim, compreende o contexto do advento da Lei 14.454/22 e em como sua sanção impacta o entendimento dos tribunais estaduais, os quais a utilizam como parâmetro para destacar a exemplificatividade do rol. Para a realização da presente pesquisa, utiliza-se de estudo qualitativo, de natureza bibliográfica e documental. Como resultado, entende-se que o subjetivismo acerca das enfermidades e dos seus respectivos tratamentos obsta a unanimidade do entendimento, de forma que a jurisprudência pátria tende a adotar a taxatividade mitigada, tendo em vista as particularidades da relação contratual entre beneficiário e empresa privada de saúde suplementar.

Palavras-chave: Direito do Consumidor; Direito à Saúde; Rol de Procedimentos da ANS.

ABSTRACT

The present study has the general objective of analyzing the evolution of the jurisprudential discussion about the exhaustiveness of the role of the National Supplementary Health Agency, culminating in the sanction of Law 14,454/22 and its respective impacts on the contractual relationship of supplementary health. For this, firstly, the historical evolution of the legal system in the health sector is studied, more specifically in the culture that supported the creation of the Unified Health System (SUS), as well as the regulation of supplementary health through the National Health Agency Supplementary (ANS). In this sense, we study the guarantee of the right to health as fundamental established by the 1988 Constitution and the historical context that culminated in this. Then, the jurisprudential decisions within the scope of the Superior Court of Justice are analyzed about the nature of the list of procedures established by the ANS, which generates divergence about its exhaustiveness or exemplariness. Finally, it understands the context of the advent of Law 14.454/22 and how its sanction impacts the understanding of state courts, which use it as a parameter to highlight the exemplary role. In order to carry out this research, a qualitative study, of a bibliographical and documental nature, is used. As a result, it is understood that subjectivism about illnesses and their respective treatments hinders the unanimity of understanding, so that the national jurisprudence tends to adopt mitigated taxation, in view of the particularities of the contractual relationship between beneficiary and private company of supplementary health.

Keywords: Consumer law; Right to health; List of ANS Procedures.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ORDENAMENTO JURÍDICO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	15
2.1 Contextualização da criação e desenvolvimento do ordenamento jurídico no sistema de saúde no Brasil.....	16
2.2 Exploração dos princípios constitucionais que embasam o sistema de saúde no Brasil	20
2.3 Estudo da criação e evolução dos órgãos reguladores no sistema de saúde.....	24
3. ANÁLISE DOS PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS SOBRE A TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS.....	30
3.1 Principais casos julgados sobre a taxatividade do rol da ANS.....	30
3.2 Os embargos de divergência.....	34
3.3 Influência da jurisprudência na interpretação da legislação.....	38
4. ANÁLISE DA LEI 14.454/22 E PERSPECTIVAS.....	42
4.1 Avaliação das mudanças promovidas pela Lei 14.454/22.....	42
4.2 Reflexões sobre a taxatividade do rol da ANS e seu impacto na proteção dos direitos dos consumidores.....	43
4.3 Impactos da Lei 14.454/2022 na prática jurídica dos tribunais.....	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 determinou em seu texto o acesso à saúde pelo cidadão brasileiro como um direito fundamental da pessoa humana, de modo que é dever incumbido ao Estado garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de políticas públicas de caráter universal e igualitário.

Tendo em vista as limitações do serviço de saúde pública, à época, o Texto Constitucional dispôs acerca da possibilidade de complementação dos serviços públicos pelas entidades privadas de saúde, por meio da celebração de convênios e contratos regidos pelo direito público e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Diante da atuação da saúde suplementar no país, e, visando a regulação da relação contratual entre o beneficiário e as operadoras de saúde, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde. Essa regulamentação tinha como fito resguardar o consumidor e a competitividade do mercado.

Nesse contexto, a autarquia delimitou um plano-referência que deveria ser cumprido por todas as empresas de saúde suplementar, cujo conteúdo consistia em oferecer a cobertura de todas as enfermidades contidas na CID (Classificação Internacional de Doenças). Sob esse viés, a instituição do plano garantia um produto padronizado e básico, o qual garante ao consumidor a cobertura contratual de custos e despesas oriundos de tratamentos de enfermidades contidas na lista da OMS (Organização Mundial da Saúde). (ANS, 2002)

Não obstante, o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS não obriga as operadoras a fornecerem todos os procedimentos possíveis para o tratamento das enfermidades, contudo, lista os procedimentos que baseiam a cobertura realizada pelas entidades privadas. Todavia, as particularidades de cada caso, bem como os avanços tecnológicos no setor da saúde, resultam em controversas acerca de como esse rol deve ser interpretado pelas operadoras.

Diante do cenário de negativas de cobertura de procedimentos para além do rol pelas operadoras de saúde, a demanda judicial acerca da saúde suplementar aumentou significativamente nos tribunais pátrios. Consoante estudo realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), o número de demandas judiciais do tema aumentou, entre 2008 e 2017, em torno de 130% a 200%, sendo o assunto “Plano de Saúde” um dos mais discutidos nos processos em primeira instância (CNJ, 2022).

Por conseguinte, a jurisprudência acerca de como o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela autarquia deve ser interpretado não é sedimentada nos tribunais

pátrios, incluindo os de instâncias superiores. A controvérsia reside na forma como o rol deve ser utilizado no que concerne à cobertura de tratamentos que excedem o texto disposto, ou seja, como as operadoras de saúde devem atuar nos casos não presentes no rol de procedimentos. A divergência tem como fundamento o anseio de resguardar o direito do consumidor, parte hipossuficiente da relação contratual, e a cautela acerca da atividade econômica das entidades privadas de saúde.

Ante o exposto, desenvolve-se pesquisa monográfica, que analisa, sob o prisma de análise jurisprudencial, o seguinte questionamento: o rol de procedimentos e eventos estabelecido pela ANS à luz da jurisprudência e da legislação pátria é taxativo ou meramente exemplificativo?

Assim, o objetivo geral é analisar a evolução da discussão jurisprudencial acerca da taxatividade do rol da ANS culminando na sanção da Lei n. 14.454/22 e os respectivos impactos na relação contratual da saúde suplementar.

Para tal, o presente trabalho monográfico se divide em três seções com seus respectivos objetivos específicos. A primeira seção consiste no estudo da evolução do ordenamento jurídico do sistema de saúde no Brasil, em que é discorrido acerca do contexto de criação e a forma como a história brasileira influenciou a perspectiva acerca do direito à saúde, assim como entender a evolução do Sistema Único de Saúde e da influência da saúde suplementar ao longo dos anos na garantia de direitos junto à saúde pública.

A segunda seção tem como fito analisar as decisões divergentes do Superior Tribunal de Justiça sobre a taxatividade do rol de procedimentos e eventos, através do estudo das argumentações realizadas, em sua maioria, pelo Ministro Luis Felipe Salomão, da Quarta Turma do STJ, e pela Ministra Nancy Andrighi, da Terceira Turma do STJ. Além disso, é abordada a posição dos tribunais de instâncias inferiores acerca da divergência de entendimento no Superior Tribunal de Justiça.

Por fim, a terceira seção dedica-se à análise crítica da Lei n. 14.454/22, através da avaliação das mudanças realizadas no tema em virtude da sua promulgação e do seu impacto prático nas decisões de tribunais estaduais, assim como dos argumentos que ensejaram sua propositura. Ademais, a seção busca a reflexão acerca dos direitos dos consumidores diante da taxatividade ou exemplificatividade do rol, tendo em vista a relação contratual entre beneficiário e empresa privada de saúde suplementar.

Para a compreensão do presente tema, realizar-se-á uma pesquisa bibliográfica e documental, de forma qualitativa. A técnica de documentação indireta consistiu na realização de uma revisão bibliográfica a partir de materiais já elaborados em estudos anteriores por

pesquisadores da área do direito da saúde como Lígia Giovanella (2002), Sueli Gandolfi Dallari (2008), Sarah Escorel (2012), Maria Stella Gregori (2021) e Jairnilson Silva Paim (2006), registrados principalmente em livros de leitura corrente, revistas acadêmicas, artigos científicos e livros de referência informativa.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ORDENAMENTO JURÍDICO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O ordenamento jurídico no sistema de saúde brasileiro é marcado, ao longo da história, pelas adaptações e transformações provenientes das mudanças políticas e socioeconômicas no país, as quais moldaram a atual legislação desse segmento jurisdicional que tem como base a valorização do direito da saúde como um direito inalienável da pessoa humana, de modo que é dever do Estado, por intermédio de políticas públicas, promover o acesso universal e igualitário às diversas searas desse setor.

Em suma, o direito à saúde foi negligenciado por todas as constituições brasileiras, com exceção à Constituição de 1988, sendo abordado apenas de forma esporádica e superficial pelas demais (DALLARI, 2008). Sob esse viés, a discussão sobre a saúde no Texto Constitucional era limitada, sem a devida abordagem que abrangesse à proteção e a promoção da saúde da população. O que se encontrava eram meras menções acerca de atribuição de competência exclusiva à União para legislar, bem como a proteção ao princípio instituído na Constituição de 1937 que garantia assistência médica aos trabalhadores (BRASIL, 1937).

No decorrer da história constitucional, o que se evidencia é um tratamento meramente exploratório, ou seja, a preocupação não era com o bem-estar do homem, mas sim a sua capacidade laboral, fator que se observa desde a época do império até os anos que antecedem a reforma sanitária¹. Além disso, é possível visualizar que nas primeiras décadas, o enfoque se dava na contenção de epidemias, mas não no tratamento dos enfermos de classes sociais mais baixas.

Durante o período colonial e nas primeiras Constituições brasileiras, tendo em vista o viés da época e o forte elitismo europeu inerente à corte portuguesa, era evidente um acesso à saúde voltado, majoritariamente, à prevenção de epidemias e ao cuidado das camadas sociais mais nobres, ou seja, o setor da saúde era exclusivo para uma classe social e com uma finalidade pré-definida, distante do conceito atual de universalidade e integralidade.

Na segunda metade da década de 1970, o movimento sanitário no Brasil se fortaleceu, buscando transformar o setor de saúde no país, o qual mantinha embasamento no

¹ Reforma Sanitária, nos palavras de Sergio Arouca (1988), é um “projeto civilizatório” contendo em si os valores que queremos para toda a sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária em pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição de riquezas. (Giovannella, 2012)

pensamento desenvolvimentista sem buscar a melhora na qualidade de vida dos cidadãos, ou, pelo menos, uma abrangência maior no atendimento a estes.

Por fim, mediante o fortalecimento desse movimento democrático que almejava a reforma no sistema de saúde vigente, a Constituição de 1988 inovou ao consagrar o direito à saúde como um direito fundamental da pessoa humana, conferindo-lhe qualificação como cláusula pétrea. É diante desse contexto histórico que o Brasil atualmente dispõe de diversos programas voltados para a garantia e qualidade dos serviços de saúde pública.

2.1 Contextualização da criação e desenvolvimento do ordenamento jurídico no sistema de saúde no Brasil.

No que concerne à prática médica na época colonial do país, bem como no início do império, tinha-se que a medicina erudita era praticada por um pequeno grupo de profissionais com formação europeia, incluindo médicos, cirurgiões e boticários. Todavia, esses profissionais pertenciam à elite, de forma que se concentravam nas maiores cidades para atender as classes mais privilegiadas. (GIOVANELLA *et al*, 2012)

Conseqüentemente, a prática médica se afastava dos mais pobres, os quais recebiam cuidados oferecidos pela solidariedade da comunidade, por meio de hospitais relacionados à ordem religiosa que se voluntariava à prestar serviços médicos a essa camada marginalizada da população.

A constituição de 1824 não se detinha ao direito à saúde, justamente por não ser uma prioridade do governo à época, se limitando a apenas chamar de "socorros públicos" (SILVA, 2017). Observando-se o contexto social, entende-se que, no período do império, ainda que com a independência brasileira e a constituição outorgada por Dom Pedro I, era tido uma preocupação voltada a solucionar a questão das crescentes epidemias que assolavam o país, ou seja, a socorrer o público brasileiro, mas não de garantir-lhes o direito à saúde propriamente dito.

Sob esse contexto de exclusão social, a população enfrentava diversas dificuldades advindas do estilo de vida, ambiente e das condições de trabalho. Os indivíduos pertencentes a estratos econômicos mais baixos, como indígenas, escravos e demais colonos, eram afetados com frequência por parasitas intestinais, doenças causadas por deficiência nutricional, além das numerosas epidemias, como a varíola, febre amarela, sífilis e malária, as quais se alastravam e assolavam a população brasileira.

Durante esse período, se destaca a implementação da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional, juntamente com a criação de um rol de doenças que deveriam ser notificadas de forma compulsória, com o fito de identificar rapidamente a fonte do contágio. Ambas as medidas refletem a preocupação com o coletivo, haja vista a crise sanitária vivida à época.

Sob esse viés, em 1891, o governo buscou aumentar o poder da Inspetoria Geral de Higiene sobre os Estados, ação que centralizaria os serviços da saúde para si (GIOVANELLA *et al*, 2012). Todavia, a constituição promulgada transferiu novamente para os municípios e estados as responsabilidades relacionadas à saúde.

Outro ponto a ser observado na Constituição de 1981 é a substituição do dispositivo que se referia à saúde como “socorros públicos” pelo termo “segurança individual” (SILVA, 2017). Essa mudança terminológica demonstra a tendência do Texto Constitucional em não apenas oferecer assistência em situações emergenciais, mas em evidenciar a proteção sanitária de cada indivíduo.

Não obstante, cabe destacar a atuação de Oswaldo Cruz na área da saúde pública no começo do século XX, ganhando destaque pelas mudanças realizadas na cidade do Rio de Janeiro, marcadas pelo controle da febre amarela assim como a peste na cidade (GIOVANELLA *et al*, 2012).

A intenção de Oswaldo Cruz, em 1907, era expandir as atuações realizadas nas doenças epidêmicas para doenças como a tuberculose, cujo índice de recorrência era alarmante na época, contudo o programa não teria saído do papel tendo em vista o entendimento do Estado que o combate a doenças como a tuberculose deveriam se restringir ao atendimento dos enfermos.

“Ao final da primeira gestão de Oswaldo Cruz na saúde pública, em 1906, a cidade do Rio de Janeiro não era mais a mesma. Tal qual a sua estrutura urbanística, seu perfil epidemiológico muito tinha se transformado. A febre amarela havia sido controlada, desaparecendo praticamente do obituário da cidade, da mesma forma que a peste. Contudo, algumas doenças que não foram alvo das grandes campanhas, como a tuberculose e as infecções intestinais, continuaram fazendo milhares de vítimas na cidade. Novamente escolhido para chefiar a saúde pública em 1907, Oswaldo Cruz proporia a criação de uma grande campanha contra a tuberculose, que, a seu ver, era a doença grave mais passível de ser controlada.” (GIOVANELLA *et al*, 2012, p. 293)

Apesar de não ter se efetivado, é evidente no pensamento de Oswaldo Cruz uma preocupação inovadora com a formação de uma medicina preventiva que ultrapassasse o combate às epidemias, de forma a abranger as diversas comorbidades que afetavam toda a população brasileira. Urge destacar a estreita relação da medicina preventiva com a diretriz da

integralidade, fundamental ao embasamento teórico do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual será abordada de forma mais detalhada posteriormente no presente estudo. Nesse sentido, Oswaldo Cruz já compreendia que a abordagem integral da saúde, baseada em políticas de prevenção e tratamento amplo, era essencial para a devida manutenção da saúde pública no país.

Nas constituições de 1934 e 1937, observa-se uma grande preocupação com os direitos sociais, de forma que foi garantida constitucionalmente a assistência à saúde para os trabalhadores. Não obstante, em 1937, foi determinado que seria competência privativa da união legislar acerca dos cuidados da saúde, fato que não interferia na determinação anterior, de 1934, em que a atribuição de cuidar da saúde e da assistência pública seria competência concorrente à União e aos Estados. (SILVA, 2017).

Importante ressaltar que no período supracitado, o qual compreende os anos de governo de Getúlio Vargas, foi estabelecida a instituição do Ministério da Saúde de forma autônoma do Ministério da Educação, ao qual inicialmente estava subordinado. Essa foi uma das primeiras conquistas do movimento sanitário, haja vista a concretude da crescente relevância do direito da saúde no país.

Apesar desse progresso, no período do regime militar, novamente o governo adotou a ideologia que interpretava a saúde como uma política pública que não agregaria no desenvolvimento do país. (GIOVANELLA *et al*, 2012). Assim, percebe-se que na Constituição de 1967 a preocupação com a saúde se restringiu novamente aos trabalhadores, seguindo padrão estabelecido nas constituições anteriores, ainda que tenha havido a criação de um ministério voltado apenas para a saúde. Ressalta-se que a saúde pública era responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto que a assistência médica era atribuída ao Ministério da Previdência Social.

No que concerne à melhoria das condições de saúde pública a partir do contexto acima, bem como no fortalecimento de diretrizes que priorizam o direito a vida, é mister estudar a reforma sanitária com o fito de compreender o seu impacto ideológico e prático na sociedade brasileira na década de 70.

O termo "movimento sanitário" é usado para descrever ação coletiva de profissionais da saúde e pessoas do setor na análise dos problemas de saúde por intermédio de práticas políticas, ideológicas e teóricas com o intuito de transformar o setor de saúde no país. Logo, visa melhorar as condições de saúde com base ao direito de cidadania.

Jarnilson Paim, autor brasileiro de grande relevância no cenário acadêmico da saúde coletiva, entendeu a reforma sanitária brasileira como um ciclo composto pelas etapas

de "ideia - proposta - projeto - movimento - processo." (PAIM, 2008). No movimento, destaca-se a importância de três vertentes: o movimento estudantil e o Cebes²; os médicos residentes; a área de docência e pesquisa.

É nesse contexto que, na segunda metade da década de 70, foram criados três grandes projetos que atuaram como a base do SUS: Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), que tinha como fito expandir os serviços de saúde previdenciários por meio do mapeamento e localização da necessidade de construção de unidades; o Projeto Montes Claros, que permitiu experimentar os princípios que até os dias atuais são diretrizes do Sistema Único de Saúde; e o Piass³ que implantou uma estrutura básica de saúde pública em pequenas comunidades na região Nordeste por meio dos princípios estudados no Projeto Montes Claros. (GIOVANELLA *et al*, 2012).

A experiência desses três projetos resultou em um modelo regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, tendo como principais diretrizes: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária.

A inovação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) foi incluir o direito à saúde como um dos direitos fundamentais da pessoa humana, estabelecendo-o como uma cláusula pétrea. Nesse contexto, o direito à saúde está intrinsecamente ligado à seguridade social, já que a saúde é tutelada por essa área (artigo 194). Em seu artigo 196, a constituição trata de forma específica acerca do direito à saúde, veja:

"Art. 194. 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."

Ainda, no art. 197, é conferida a qualificação de relevância pública às ações e serviços da saúde. Ao reconhecer esse caráter classificatório, a constituição atribuiu ao Poder Público o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços, por conseguinte são elencadas no art. 200 as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, conforme o preceito nacional (art. 198), é exigido que seja realizado o atendimento integral à saúde com prioridade em atividades preventivas que não prejudiquem os serviços assistenciais.

² O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) é uma instituição civil sem fins lucrativos, de âmbito nacional, fundada em 24 de setembro de 1976 com a missão histórica de lutar pela democratização da sociedade e pela defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Disponível em: <<https://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>> Acesso em: 28 de junho de 2023

³ Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), vinculado ao Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 28 de junho de 2023

2.2 Exploração dos princípios constitucionais que embasam o sistema de saúde no Brasil

O período pós-regime militar no Brasil foi marcado por um processo de reformas e redefinições do seu sistema público de saúde, cuja pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos encontrou respaldo no poder legislativo, situação em que o poder parlamentar incorporou o "Título VII - Da Ordem Social", ou seja, um capítulo que versa especificamente sobre seguridade social. Essa iniciativa demonstra a preocupação do legislador em zelar pelo bem-estar, igualdade e justiça na sociedade.

Com o fito de concretizar a política de saúde de forma material, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido no art. 4º da Lei n. 8.080, de 1990, como:

“Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
 § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
 § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.” (BRASIL, 1990)

Para além de conceituar o SUS, a Lei n. 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece os princípios e diretrizes que devem nortear o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Dentre esses princípios, destacam-se os seguintes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência, que busca assegurar o atendimento a toda a população brasileira; igualdade na assistência, garantindo que os mesmos serviços e tratamentos sejam disponibilizados a todos; integralidade na assistência, de forma que sejam ofertadas ações preventivas, curativas e de reabilitação; participação da comunidade, estabelecendo uma formulação de política democrática no setor da saúde; e descentralização político-administrativa, de modo que as ações seja coordenadas entre as esferas de governo.

Para os propósitos deste trabalho, serão analisadas as três principais diretrizes, as quais apresentam um panorama geral dos princípios subsidiadores do SUS: a diretriz da universalidade, da equidade e da integralidade.

“As noções de universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade que, por sua vez, está associado à ideia de justiça no pensamento dos principais filósofos. O universal é aquilo que é comum a todos. Essa ideia está presente no lema da Revolução Francesa e nas promessas dos socialistas utópicos.” (PAIM, SILVA, 2010)

Consoante Paim (2010), os princípios constitucionais da universalidade e equidade estão intrinsecamente ligados ao princípio da igualdade. Ao restringir esse conceito ao ramo da saúde, encontram-se propostas internacionais como o “estado do bem-estar social” (Welfare State), que busca, por exemplo, promover o assistencialismo e o intervencionismo, pautados principalmente na igualdade. No âmbito nacional, com a intenção de expandir a cobertura da saúde, foram implementados projetos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), o qual demonstra a atuação do governo em concretizar o direito de todos ao acesso à rede de saúde, bem como à paridade dos tratamentos e procedimentos, independente de qualquer fator subjetivo.

A diretriz da universalidade é o que embasa o dever estatal em garantir devidamente o atendimento de todos os cidadãos brasileiros, independente de custo ou natureza dos serviços necessários, ou seja, proibindo qualquer forma de discriminação. Sob esse viés, o governo é incumbido constitucionalmente de garantir, de forma igualitária, os serviços de saúde, bem como de buscar medidas que assegurem essa garantia. (AITH, BUJDOSO, NASCIMENTO, DALLARI, 2014)

Esse princípio garante que as condições socioeconômicas da população não interfiram no seu direito de ter acesso à saúde, pensamento que destoa do antigo raciocínio dos governantes do país, que, por longos períodos, valorizavam apenas o econômico em detrimento do bem estar dos cidadãos. Nesse sentido, Giovanella *et al* (2006, p. 369) aborda:

“O acesso universal implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social – inicialmente compostos por determinadas categorias profissionais e, posteriormente, pelos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho – aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário.”

Assim, é possível inferir que, a mudança de pensamento referente ao direito de acesso a saúde ser um direito que deve ser assegurado de forma universal, não se tratava de uma alteração no raciocínio de séculos atrás, mas com o estilo contributivo de seguro social que perdurava até a promulgação da Constituição de 1988. A partir da concepção de que o direito à saúde é um direito fundamental do ser humano que se tem a mudança de paradigma sobre a forma como a saúde pública no país deve ser tratada, qual seja como uma responsabilidade da sociedade como um todo.

Não obstante, o princípio determina que as despesas e financiamento dos serviços de saúde devem ser compartilhados solidariamente entre diferentes grupos sociais com rendas

variadas. Seguindo a lógica da diretriz, não há como um direito ser inerente a todo cidadão caso ele não seja universal, isto é, para que o direito seja respeitado e garantido, é necessária intervenção estatal que garanta que todos os segmentos sociais sejam cobertos pelos serviços de saúde, e, para que essa intervenção seja bem sucedida, é preciso a contribuição de toda a população no que concerne ao financiamento.

Embora tenha ocorrido um crescimento na seara da assistência médica suplementar do país a partir da aplicação de políticas públicas que visavam uma saúde mais universal, a proteção à saúde no Brasil não deve ser considerada como uma mera política residual. Ainda que o SUS possa vir a ser percebido aplicando certa seletividade, ele apresenta um papel preponderante na prestação de cuidados médicos no país.

Nesse sentido, não seria o SUS o principal responsável pela exclusão das classes médias do sistema público, já que a expansão do mercado de planos de saúde foi influenciada por fatores que se desenvolveram paralelamente ou anterior à própria criação do SUS (ALMEIDA, MATTOS, GIOVANELLA, 2002).

Adentrando mais na questão, é válido observar que os planos privados de saúde fornecem atendimento médico individual, não abrangendo ações coletivas. Dessa forma, as iniciativas preventivas, a promoção da saúde tradicionalmente associada ao serviço público, a cobertura de doenças endêmicas e crônicas, bem como o tratamento de emergências em larga escala, são exemplos de iniciativas inerentes ao setor público de saúde, demonstrando sua amplitude e importância ainda que com a crescente expansão do setor de saúde suplementar.

A equidade na saúde, conforme o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2002), tem o objetivo de investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acessos mais limitados, os quais não dispõem de tantos recursos, enquanto que, simultaneamente, não seja reprimida ou diminuída a demanda a camadas que já tem o acesso garantido. Tal princípio é importante porque não se pode ignorar a existência da desigualdade no âmbito da saúde, da mesma forma que não se pode ignorar o princípio da universalidade, ou seja, de que a saúde é um direito de todos, e não apenas dos que não tem os direitos garantidos por saúde suplementar.

“No caso da saúde, haveria que distinguir inicialmente as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde, o que remeteria para a separação, com fins analíticos, entre desigualdades nas condições de vida e saúde, de um lado, e desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde, de outro.” (ALMEIDA, 2002).

Na maior parte dos textos doutrinários, é possível observar que dois enfoques subjacentes buscam diferenciar o conceito de igualdade e de equidade, os quais são: o econômico e o da justiça.

No enfoque econômico, o que se busca é a distribuição mais eficiente dos recursos por meio de análises econômicas e modelos matemáticos. No âmbito internacional, esse viés é demonstrado por intermédio de políticas focalizadas numa postura "Robin Hood", ou seja, concentrando-se em remanejar os recursos dos mais abastados para as camadas mais marginalizadas (PAIM, 2006).

Já no que tange à ideia de justiça, se tem como base filósofos como Aristóteles, Hobbes, Rousseau, Kant, Hume, Marx e Engels, que enfatizam o entendimento de que a igualdade não é obrigatoriamente justa. Sob esse viés, a equidade busca corrigir aquilo que a igualdade possa prejudicar, atuando como mediadora quando a situação de igualdade se demonstra imperfeita quando o fim se é a promoção da justiça. (PAIM, 2006).

A reflexão que esses estudiosos buscam transmitir por meio da diretriz da equidade é: com base em qual padrão de justiça social as lógicas de distribuição de recursos no setor da saúde pelo governo são formuladas?

Por fim, a diretriz da integralidade refere-se a um conjunto de ações e serviços, os quais são contínuos e articulados, tanto preventivos quanto curativos, de forma a abranger tanto o individual quanto o coletivo, portanto são necessários em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Por conseguinte, a ideia central é que as ações direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças estejam integradas de alguma forma aos serviços ambulatoriais e hospitalares. Logo, é função dos profissionais de saúde e gestores do SUS organizar as práticas desses serviços para que aconteça tal integração, observando as articulações entre políticas econômicas e sociais para garantir de forma satisfatória a saúde para a população como um todo. (ALMEIDA, MATTOS, GIOVANELLA, 2002).

“Com base no princípio da integralidade e do agir em saúde, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde.” (MARTINS, P. H. C. A. *et al*, 2010).

Martins destaca a integralidade como uma imagem objetiva que descreve características desejáveis no sistema de saúde, suas instituições e práticas. Sob esse viés seria

um elemento norteador ao contexto do sistema de saúde, com o fito de motivar uma construção coletiva em defesa da saúde.

As iniciativas de promoção de saúde devem ser implementadas por meio de um articulado movimento de políticas sociais que lidem com os problemas enfrentados pelos mais diversos grupos populacionais. Nesse sentido, a promoção da saúde seria um processo de capacitação da comunidade para aprimorar sua qualidade de vida, de forma que não seria meramente responsabilidade do setor de saúde, mas sim uma responsabilidade da integração dos diversos setores governamentais (municipais, estaduais e federais) que devem articular políticas que visem a melhoria das condições de vida da população junto ao fornecimento de serviços essenciais para isso.

Em outros termos, não é adequado que os serviços de saúde sejam organizados apenas para tratar as doenças da população, embora tenham como dever cumprir esse papel, mas que devam ser estruturados para abordar de forma ampla as necessidades da população atendida.

2.3 Estudo da criação e evolução dos órgãos reguladores no sistema de saúde

A constituição impõe ao Estado Federal o dever de adotar políticas que tenham o objetivo de reduzir o risco de doenças e, simultaneamente, estabelece o campo em que o SUS deve atuar, atuando conforme a diretriz da integralidade com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma compartilhada entre os entes federativos. Sobre o tema:

“O princípio-guia de que saúde resulta de políticas sociais e econômicas impõe uma série de deveres ao Estado no tocante à integração das políticas públicas por elas serem as responsáveis pela formação de um Estado de desenvolvimento social que diminua as desigualdades e a miséria social, ‘promovendo a saúde no sentido de evitar riscos e agravos coletivos e individuais’.” (SANTOS, AMARANTE, 2010).

Em análise minuciosa ao art. 196 da Constituição Federal, observa-se que o legislador utilizou a primeira parte do artigo para determinar a prevenção de riscos à saúde, bem como promover a qualidade de vida, enquanto que na segunda parte do mesmo artigo estabelece o dever ao Estado de atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Quando o legislador afirma que a saúde é um resultado de políticas sociais e econômicas, atribui ao Estado a responsabilidade de construir uma coletividade com desenvolvimento social e com desigualdades reduzidas, uma vez que, dessa forma, ocorre a prevenção de riscos de danos coletivos e individuais. Ou seja, uma sociedade mais igualitária e com menos níveis de pobreza é uma coletividade mais saudável, com menos mazelas.

Nesse sentido, é importante destacar o conjunto de ações e serviços públicos de saúde que estão inclusos na definição trazida pela Lei n. 8.080 de 1990, a serem prestados por órgãos e instituições das três esferas de governo, consoante Giovanella *et al*, (2012):

- 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Levando em consideração que os problemas de saúde são, em sua natureza, variáveis, bem como demandam diferentes custos e maneiras de manejo, é necessário que seja devidamente planejado para que a distribuição de ações e serviços ocorra em diferentes níveis de atenção (hierarquização) de acordo com a necessidade de cada caso e levando em consideração as características da região afligida (regionalização).

Diante disso, em sua estrutura, encontram-se níveis em que há uma operação, de forma coordenada e articulada, no território brasileiro, para atender devidamente e de forma organizada todo o povo. No nível primário, encontram-se serviços que dispõem de tecnologias e profissionais capacitados para realizar procedimentos mais frequentemente requisitados, como vacinas, consultas clínicas e partos, por exemplo. Já em níveis mais específicos, encontram-se os ambulatórios e hospitais, que realizam procedimentos menos frequentes como cirurgias e transplantes de medula óssea. (GIOVANELLA *et al*, 2012).

Logo, os serviços de atenção básica, de primeiro nível, devem ser distribuídos em todo o território nacional, enquanto que os especializados devem seguir uma lógica de distribuição mais concentrada. Esse sistema hierarquizado e regionalizado funciona por intermédio de encaminhamentos; caso o usuário necessite, será encaminhado para uma unidade especializada e poderá retornar à sua unidade básica de origem para que seja devidamente acompanhado. É, portanto, um sistema com abrangência nacional, mas com competência constitucional distribuída nas três esferas governamentais, de modo que deve ser

organizado por uma rede regionalizada e hierarquizada, por meio de contratos, acordos e pactos intragovernamentais.

Quando a disponibilidade do SUS for limitada para atender as necessidades assistenciais de determinada região, nada obsta a atuação da rede privada de saúde para complementar os serviços públicos, principalmente no que concerne à utilização de hospitais e unidades de diagnóstico à saúde. Pelo contrário, o dispositivo constitucional prevê a suplementação pela iniciativa privada (BRASIL, 1988):

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

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

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

Essa atuação complementar da iniciativa privada ocorre por intermédio da celebração de convênios e contratos, conforme preceitua o direito público, sob as mesmas diretrizes que embasam o SUS.

É mister ressaltar que a previsão legal que estabelece constitucionalmente a complementaridade pela iniciativa privada no serviço público de saúde tinha intuito de evitar entraves à administração pública, que na época do constituinte contava com 70% dos serviços privados atuando como instrumentos complementares do serviço público (SANTOS, 2010). Todavia, a intenção inicial era que, com os avanços e o desenvolvimento do país, os quais permitiriam um maior financiamento da área da saúde, o setor público pudesse gradualmente superar a proporção anterior.

Com o objetivo institucional de promover a defesa do interesse público na área da saúde suplementar, por meio da regulação das operadoras e no estabelecimento de diretrizes que devem reger as relações entre as empresas do ramo e os consumidores, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

“Como marco legal do processo de regulação, portanto, entende-se o conjunto formado pela Lei nº 9.656/98 e a Medida Provisória (MP), que à época tomou a numeração 1.665. Esta MP, republicada várias vezes, leva atualmente o número 2177-44. Ao conjunto Lei + MP foi acrescido, em janeiro de 2000, a Lei nº 9.961, que criou a ANS e lhe deu as atribuições de regulação do setor. A regulamentação, que mediante a nº 9.656/98 teve início, aprofundou-se com a Lei nº 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas ainda existe um grande percurso na sua consolidação.” (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008 *apud* BRASIL, 1998; SALAZAR et al., 2003).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde criada pela Lei n. 9.961/00. Como autarquia pública, a ANS possui

autonomia administrativa, financeira e política em relação ao governo, ou seja, pode arrecadar recursos próprios e tem capacidade legal para implementar suas resoluções.

A regulamentação realizada por meio da ANS tinha como fito corrigir as discrepâncias relacionadas à seleção de riscos praticada pelas operadoras e resguardar a competitividade do mercado. As políticas governamentais tinham o propósito de garantir a prestação de serviços de qualidade aos beneficiários dos planos de saúde, coibir restrições no atendimento e proteger a autonomia dos profissionais da área.

No entanto a intervenção estatal visando corrigir o funcionamento do mercado sempre gerou controvérsias, algumas que perduram até os dias atuais. Algumas medidas realizadas pela ANS para exemplificar sua atuação no início consistiam em ampliar a abrangência dos serviços prestados pelas empresas de saúde suplementar, o seu registro, o monitoramento dos preços, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, a proibição de monopólio de atividades por uma única empresa, entre outros. Diante disso, pode se observar medidas que visam proteger o devido funcionamento do mercado, bem como resguardar o beneficiário que é a parte hipossuficiente da relação (ANS, 2002).

É de extrema importância ressaltar o que está determinado na diretriz da ANS (2002): o seu foco principal reside na defesa dos interesses dos usuários de planos privados de assistência médica. Isso tem embasamento no fato de que o usuário carece de mecanismos que possam coibir abusos contra seus direitos, de forma que sua capacidade de negociação é reduzida.

Em outras palavras, o usuário estaria à mercê dos planos das operadoras de saúde de forma incontestável. Além disso, o usuário não poderia controlar a qualidade do serviço ofertado por eles. As polêmicas rodeiam no fato de que a ANS não consiste em uma entidade de defesa do consumidor, mas que atua na remediação do desequilíbrio sistêmico que prejudica os beneficiários dos planos, uma vez que os abusos contra essa parte da população eram nítidos nos momentos prévios à regulação.

Nesse contexto, é importante destacar a trajetória da Lei n. 9656/98, a qual consiste no marco legal da regulação da saúde suplementar e que iniciou o processo que culminou na criação da ANS por meio da Lei n. 9.961/00. O descontentamento com a atividade da saúde suplementar por parte dos beneficiários exigia uma regulação forte da atividade econômica, que buscasse o cumprimento das garantias contratuais incorporadas de instrumentos mais flexíveis no esboço da assistência.

O projeto de lei aprovado em 1997 tinha o fito de oferecer segurança ao consumidor, além de garantir a competitividade do setor. Em seu texto, definia as condições

de ingresso, de operação e de saída do setor, ou seja, regulava realmente a atividade econômico-financeira determinando como deveria ser realizada desde o seu início ao fim.

Cabe destacar que essa lei já definia a cobertura que deveria ser fornecida pelas empresas de saúde suplementar, utilizando-se do plano referência, o qual era explícito e assertivo, exigindo a cobertura de todas as enfermidades contidas na CID (Classificação Internacional de Doenças).

Nesse sentido, as operadoras eram obrigadas pela lei a oferecer esse plano aos seus consumidores, os quais, respeitando o princípio consumerista da informação, escolheriam por si adquirir um plano de cobertura inferior. A instituição do plano referência era necessária para que as operadoras mostrassem o quão ampla era sua capacidade de cobertura, de modo que o consumidor realizasse sua escolha embasado em informações transparentes. (ANS, 2002)

Além disso, era uma medida que auxiliava a regular o mercado, já que diferentes operadoras eram obrigadas a oferecer o mesmo plano, qual seja, um produto padronizado. Portanto, as operadoras não podem excluir da sua cobertura contratual todas as doenças examinadas pelos profissionais que estejam presentes no rol da OMS, já que devem assumir de forma devida os custos e despesas oriundos do tratamento de enfermidades dos beneficiários em virtude da sua responsabilidade pelos serviços de assistência à saúde.

A oferta de planos menos abrangentes não exclui a obrigação contratual de que todas as doenças catalogadas pela OMS sejam cobertas, mas sim que nem todos os procedimentos serão custeados pela operadora, como por exemplo, caso o beneficiário contrate apenas um plano ambulatorial, não terá direito à cobertura dos custos de uma internação hospitalar.

Ademais, ressalta-se que nem todos os procedimentos são de cobertura obrigatória pela iniciativa privada, conforme disposto no texto da Lei n. 9.656/98 (BRASIL, 1998):

Destarte, os produtos e serviços de cobertura não obrigatória pelos planos de saúde, arrolados pelo art. 10, da Lei n. 9.656/98, são:

- “Destarte, os produtos e serviços de cobertura não obrigatória pelos planos de saúde, arrolados pelo art. 10, da Lei nº 9.656/98, são
- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII - (revogado);

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.”

Dessa forma, é possível analisar, sumariamente, as razões desses procedimentos listados acima não serem obrigatórios. Em primeiro lugar, cabe ressaltar os procedimentos de fins estéticos, ou seja, o fim não é a manutenção da saúde do usuário, mas sim o descontentamento com sua aparência, fator que não deve ser responsabilidade da operadora de saúde suplementar, a qual tem o dever de promover o bem-estar referente a saúde dos beneficiários.

Apesar disso, em virtude da ampla concepção de saúde e bem-estar, existem exceções, as quais se manifestam quando o descontentamento estético abala comprovadamente o psicológico do beneficiário, que deve apresentar laudo judicialmente para comprovar tal dano psicológico.

No que concerne aos demais, o ponto em comum consiste na proteção do equilíbrio econômico da iniciativa privada, uma vez que a atuação desregulamentada de medicamentos internacionais, por exemplo, poderiam comprometer a estrutura das empresas nacionais que são regidas por regras instituídas no território brasileiro. Outro exemplo é a ocorrência de cataclismos, guerras ou comoções externas, as quais se tratam de fatos abruptos e imprevisíveis que aumentariam exponencialmente a demanda de uso do setor da saúde suplementar, o qual poderia não ter como arcar estruturalmente com o aumento inesperado do público atendido.

Todavia, o aspecto subjetivo e individual de cada caso é um fator que altera essa compreensão, não sendo possível generalizar tais situações de forma irrecorrível. Por isso, a judicialização da saúde suplementar tem sido o meio utilizado por milhares de brasileiros em busca de cobertura para procedimentos que não estejam especificamente cobertos pelo rol de procedimentos da ANS.

3. ANÁLISE DOS PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS SOBRE A TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS

Considerando a ampla presença da saúde suplementar no contexto da saúde pública e a quantidade expressiva da população que é beneficiada por esta, bem como a proteção do direito do consumidor e a regulação do mercado pela ANS, é possível averiguar a existência de controversas acerca da forma como esse segmento da saúde pública é regido.

Diante disso, os tribunais brasileiros apresentam divergências quanto à forma que o rol de procedimentos estabelecido pela ANS deve ser interpretado. A controvérsia reside na questão da interpretação do rol supracitado, a qual pode ser taxativa, limitando-se a apenas o que está presente na lista, ou exemplificativa, atuando como um mero exemplo de como os procedimentos podem ser cobertos.

Essa discordância reside na complexidade de equacionar o direito fundamental da saúde com as obrigações inerentes às operadoras de planos, tendo como base as diversas situações clínicas que podem acontecer no cotidiano do setor.

3.1 Principais casos julgados sobre a taxatividade do rol da ANS

O posicionamento predominante nos tribunais brasileiros, incluindo do Superior Tribunal de Justiça, referente ao rol de procedimentos e eventos em saúde estabelecido pela ANS é de que o seu caráter se classifica como meramente exemplificativo⁴.

Por conseguinte, tribunais estaduais e a maior parte dos julgados do assunto no Superior Tribunal de Justiça, entendem que a lista elaborada seria apenas uma orientação, a qual não deveria ser interpretada de forma restrita. Essa interpretação flexível tem como base a garantia do pleno exercício do direito à saúde pelos beneficiários, desde que o procedimento ou evento seja justificado por um viés técnico e científico.

Em 2019, a Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça proferiu julgamento do Recurso Especial nº 1.733.013/PR⁵, sob a relatoria do Ministro Luis Felipe Salomão,

⁴ Convém destacar a Súmula 102 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento de sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPrivado/Sumulas.pdf>>

⁵ PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, POR EXPRESSA DISPOSIÇÃO LEGAL E NECESSIDADE DE HARMONIZAÇÃO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. CARACTERIZAÇÃO COMO RELAÇÃO EXEMPLIFICATIVA. IMPOSSIBILIDADE. MUDANÇA DO ENTENDIMENTO DO COLEGIADO (OVERRULING). CDC. APLICAÇÃO, SEMPRE

estabelecendo importante precedente para tribunais estaduais que entendiam pela taxatividade. Até então, o entendimento consolidado no Tribunal, especialmente na Terceira Turma, era no sentido de considerar o rol como exemplificativo. (REsp 1.733.013, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020). Em seu voto, o Ministro evidencia:

“Diante desse cenário, por um lado, não se pode deixar de observar que o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo representaria, na verdade, negar a própria existência do "rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população. Lamentavelmente, salvo os planos de saúde coletivo empresariais, subvencionados pelo próprio empregador, em regra, os planos de saúde, hoje em dia, são acessíveis apenas às classes média alta e alta da população.”

No caso concreto, a beneficiária do plano de saúde alega ter sido acometida por doença que causa desgaste nas vértebras e, conforme prescrição médica, necessitaria de cirurgia com utilização de materiais específicos utilizados em operações de *Percutaneous Kyphoplasty (PKP)*⁶, procedimento de caráter experimental e não previsto no rol de procedimentos da ANS. No entanto, a concessionária de saúde dispõe de procedimento alternativo, a vertebroplastia, o qual, segundo a parte autora, seria mais invasivo e defasado em comparação ao procedimento estrangeiro.

Por conseguinte, o entendimento pelo relator do processo supracitado é de que o rol de procedimentos e eventos existe para assegurar uma cobertura que seja mínima e uniforme nos planos de saúde e o poder judiciário. Ao relativizá-lo, comprometeria sua segurança jurídica diante de tantas exceções que ultrapassariam o parâmetro estabelecido. Assim sendo, o dever sob o rol seria de garantir apenas o mínimo que deve ser ofertado aos

VISANDO HARMONIZAR OS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL E SEGURANÇA JURÍDICA. PRESERVAÇÃO. NECESSIDADE. RECUSA DE COBERTURA DE PROCEDIMENTO NÃO ABRANGIDO NO ROL EDITADO PELA AUTARQUIA OU POR DISPOSIÇÃO CONTRATUAL. OFERECIMENTO DE PROCEDIMENTO ADEQUADO, CONSTANTE DA RELAÇÃO ESTABELECIDADA PELA AGÊNCIA. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS. INVIABILIDADE.

8. Recurso especial não provido.

(REsp n. 1.733.013/PR, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 10/12/2019, DJe de 20/2/2020.)

⁶ Percutaneous Kyphoplasty (PKP) Trata-se de um procedimento que é usado principalmente em operações para dilatar a vértebra e formar uma cavidade para que seja inserido preenchimento ósseo para recuperar e estabilizar a vértebra.

Disponível em: <https://www.cm-medtec.com/Product/Kyphoplasty-Balloon-Catheter.html?gclid=Cj0KCQjwqNqkBhDIARIsAFaxvwx41AL6Zk3NK5OZvWVOLqe7XKnyPOMEWOPyQxhUq9cAw9UlqcE1yO4aAm_GEALw_wcB>. Acesso em 28 de junho de 2023.

beneficiários, mas não abranger todos os procedimentos desejados por estes, de forma a observar o equilíbrio contratual estabelecido no código consumerista.

Não obstante, aduz que, conforme o art. 421, parágrafo único, do CC, com a redação conferida pela Lei n. 13.784/2019, a liberdade contratual deve ser exercida de modo a respeitar os limites da função social do contrato, valorizando o princípio da intervenção mínima:

“Nesse aspecto, leciona a doutrina que “o Código Civil postula pelo equilíbrio da contratação, independente da existência concreta de uma parte débil em determinado contexto. O equilíbrio é pressuposto inerente a qualquer contratação, como imperativo ético do ordenamento jurídico” (REsp 1.733.013, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2019, DJe 20/02/2020 apud FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. Contratos: teoria geral e contratos em espécie. 3. ed. Salvador: Juspodivm, 2013, pp. 233-234).

Em seguida, destaca que o modelo dos contratos das empresas privadas de saúde se baseia no mutualismo contratual, em que todos os beneficiários cotam a receita por meio do pagamento mensal individual, sendo o valor final utilizado para custear as despesas dos contribuintes. Consoante o entendimento acima, não poderia ser concedido todo tipo de procedimento sem atentar-se pelo respeito ao equilíbrio contratual, o qual existe de forma independente a hipossuficiência do usuário.

Entretanto, no voto em estudo, o Ministro destaca que, em face do princípio de acesso à justiça e do risco do estabelecimento ilegal de presunção absoluta pelos atos do ente público (*juris et jure*), existe a possibilidade de que uma decisão devidamente fundamentada determine a cobertura adicional a contratada pelo beneficiário quando o caso concreto exigir. Isso significa que diante de extrema necessidade, comprovações científicas da efetividade do procedimento e inexistência de outros meios, uma cobertura adicional pode ser determinada, desde que essa atitude não se banalize como regra no judiciário brasileiro.

Em contraponto ao entendimento anterior, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça proferiu julgamento em 2021 do Resp nº 1.876.630/SP⁷, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi. Nessa decisão, a turma demonstrou sua posição de reconhecer a natureza do

⁷ RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZATÓRIA C/C COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO CONFIGURADO. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE. AMPLITUDE DE COBERTURA. ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. NEGATIVA DE COBERTURA DE CIRURGIA DE MAMOPLASTIA BILATERAL. PROCEDIMENTO INDICADO PARA TRATAMENTO DE HIPERPLASIA MAMÁRIA BILATERAL. RECUSA INDEVIDA CARACTERIZADA. DEVER DA OPERADORA DE INDENIZAR A USUÁRIA. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. CIRCUNSTÂNCIAS NÃO DELIMITADAS NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DANO MORAL AFASTADO. JULGAMENTO: CPC/15.

17. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.

(REsp n. 1.876.630/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 9/3/2021, DJe de 11/3/2021.)

rol de procedimentos como exemplificativa, característica que foi enfatizada na própria ementa do julgado. Esse parecer reafirmou a divergência no âmbito do tribunal superior, a qual se refletiu em todos os tribunais do país.

No caso em análise, a paciente beneficiária do plano de saúde sofria com dores acentuadas na região dorsal e nos ombros, além da ocorrência de dermatite de repetição em razão da hipertrofia mamária, motivo pelo qual foi prescrita a cirurgia plástica de redução de mamas. O juízo de primeira instância do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo entendeu que, por não ter fim meramente estético, a cirurgia plástica em questão não poderia ser considerada uma restrição disposta no art. 10 da Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 9.656/98)⁸.

Em seu voto, a Relatora menciona o Recurso Especial n. 1.733.013/PR que definiu o rol de procedimentos e eventos como taxativo, reconhecendo a existência da divergência de entendimentos entre as diferentes Turmas:

Sucede, entretanto, que, ao julgar o REsp 1.733.013/PR, a Quarta Turma promoveu mudança do seu entendimento para decidir que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS tem natureza taxativa.

(...)

Instaurou-se, assim, a divergência entre a Terceira e a Quarta Turmas sobre essa questão complexa e de extrema relevância, pois seu deslinde condiciona a solução de diferentes outros pontos controvertidos relacionados aos contratos de planos de saúde, como o que ora se analisa. (REsp 1.876.630, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/03/2021, DJe 11/03/2021)

Tendo como base o art. 10 da Lei n. 9.656/98, a Relatora alega que as empresas privadas de saúde suplementar não podem restringir a cobertura de procedimentos e tratamentos para doenças que constam na CID, salvo as hipóteses elencadas na lei, porquanto seria abusivo ao colocar o consumidor em uma desvantagem exagerada.

Nesse contexto, afirma que existe disposição legal clara acerca das situações de exclusão de cobertura, elencadas na Lei Orgânica de Saúde. Logo, não caberia à Autarquia estabelecer demais hipóteses de exclusão de cobertura que não tivessem sido previamente definidas pelo legislador.

À ANS, portanto, incumbe detalhar os procedimentos e eventos listados pelo legislador nos incisos do art. 10 da Lei 9.656/1998 – como, de fato, o fez no § 1º do art. 20 da Resolução ANS 428/2017 – e definir a amplitude da cobertura para cada segmento de contratação – como, de fato, o fez nos arts. 21 a 24 da Resolução ANS

Os produtos e serviços de cobertura não obrigatória pelos planos de saúde, arrolados pelo art. 10, da Lei nº 9.656/98, são: I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; VIII - (revogado); IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

428/2017. (REsp 1.876.630, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/03/2021, DJe 11/03/2021)

Nessa perspectiva, a abrangência da cobertura da saúde suplementar deveria se estender a todos os procedimentos e tratamentos possíveis para as enfermidades listadas no CID (Classificação Internacional de Doenças). Isso se justificaria pelo fato de que não seria racional garantir a cobertura para todas doenças listadas, mas não o procedimento correspondente necessário para efetivar o tratamento. Para isso, caberia à ANS especificar os procedimentos e eventos que estão presentes nas hipóteses do art. 10 da Lei n. 9.656/98, ou seja, os casos de restrição de cobertura estabelecidos pela lei.

No que concerne à defesa dos direitos do consumidor, a Ministra evidencia a dificuldade do beneficiário da operadora de saúde em compreender, no momento da contratação, quais procedimentos serão cobertos pela sua adesão ao plano. Isso seria consequência da linguagem técnico-científica que dificulta a compreensão ao leitor que não apresenta expertise na área da saúde. Assim, o consumidor estaria sendo enganado, ao acreditar estar realizando contratação de um serviço que não lhe será ofertado por não estar presente no rol. Ante o exposto, a Terceira Turma manteve o entendimento de seus precedentes, ou seja, de que o rol de procedimentos e eventos da ANS seria meramente exemplificativo.

3.2 Os embargos de divergência

Em virtude da divergência do entendimento jurisprudencial da Terceira e da Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça, a operadora de saúde interpôs Embargos de Divergência em Recurso Especial n. 1.886.929/SP⁹ ao acórdão proferido pela Terceira Turma

⁹ EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDO NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDO PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

com o intuito de reformar a decisão que determinou o rol de procedimentos estabelecido pela ANS como meramente exemplificativo. Portanto, com o fito de uniformizar o entendimento na corte de justiça, nos termos do art. 266 do RISTJ, a Segunda Seção formou maioria para julgar o tema.

No âmbito da sua argumentação, o Relator Ministro Luis Felipe Salomão reitera sua posição em defesa da taxatividade do rol de procedimentos:

Destarte, por clara opção do legislador, extrai-se do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998, c/c o art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000, que é atribuição da ANS elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirá referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde.

(...)

Como visto, a redação do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.698/1998, antes mesmo da novel Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, que atualmente altera a sua redação, deixa nítida a vontade do legislador de atribuir a esse órgão a missão de elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que define a amplitude da cobertura. (EREsp 1.886.929, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/06/2022, DJe 03/08/2022)

O relator aduz em seu voto que determinar a natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde como exemplificativa resultaria na descaracterização da intenção inicial do plano básico de referência. Este foi instituído não apenas com o intuito de salvaguardar o direito de acesso à saúde da população, mas também para regular o mercado das operadoras de saúde.

Inicialmente, a regulação da ANS obrigaria as empresas privadas de plano de saúde a oferecer uma cobertura mínima aos seus usuários, contudo elas teriam liberdade para oferecer serviços mais abrangentes mediante o pagamento de um valor distinto, contanto que fosse devidamente informado ao cliente. No entendimento do ministro, considerar o rol como exemplificativo prejudicaria essa função que teria sido atribuída previamente à ANS, já que a cobertura estaria sendo fornecida de forma indiscriminada.

Ainda acerca da intenção do legislador, alega que não cabe ao poder judiciário transgredir a atribuição conferida por lei à ANS, uma vez que os critérios utilizados para as decisões sobre o tema tendem a ser pautados em pretensões morais do julgador, ou seja, tendem a ser arbitrários e subjetivos, de forma que refletiriam a perspectiva pessoal do magistrado incumbido de realizar o julgamento:

Nessa perspectiva, de um lado, penso ser importante pontuar que não cabe ao Judiciário substituir-se ao legislador, violando a tripartição de Poderes e suprimindo a atribuição legal da ANS ou mesmo efetuando juízos morais e éticos, não

14. Embargos de divergência a que se nega provimento. (EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.)

competindo ao magistrado a imposição dos próprios valores de modo a submeter o jurisdicionado a amplo subjetivismo.

Além disso, defende que a análise pela autarquia seria uma forma de proteger os usuários dos planos de saúde do mercado de fornecedores de serviços e produtos, já que adotam medidas que buscam prevenir a exposição a alternativas que não encontrem devida comprovação técnico científica assentada na comunidade científica.

No que tange à relação contratual, o ministro destaca o entendimento da Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça acerca da aplicação das normas do Código do Consumidor em planos de saúde, o qual é "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei n. 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018).”

Dessa forma, busca evidenciar a necessidade de equilíbrio na relação contratual entre operadora de saúde e usuário, vez que apresenta particularidades que o Código de Defesa do Consumidor não abrange de forma efetiva. Essa situação seria o que o ministro considera como uma das razões pela qual foi atribuída a ANS a elaboração do rol.

Sob esse viés, reitera princípios que regem a presente relação contratual, como o princípio da função social do contrato, disposto no art. 421 do Código Civil, bem como o princípio do equilíbrio econômico do contrato. Segundo defende, determinar a natureza exemplificativa do rol resultaria em prejuízos aos consumidores que teriam que arcar com reajustes nos valores das mensalidades, assim como na ausência de segurança da empresa em estipular o valor diante das crescentes requisições.

Sob outra perspectiva, a Ministra Nancy Andrighi, em seu voto-vista, defendeu o caráter exemplificativo do rol, retomando os argumentos apresentados nos precedentes da Terceira Turma sobre o tema. Nessa toada, busca argumentar com os pontos aduzidos pelo relator acerca da suposta subjetividade da natureza exemplificativa do rol de procedimentos:

“Daí se pode inferir também que o Poder Judiciário não decide sobre o tratamento, que é matéria técnica, afeta aos profissionais de saúde habilitados, mas, diante da prova constitutiva do direito do beneficiário acerca da necessidade do tratamento pretendido, decide sobre a obrigação – ou não – de cobertura pela operadora do plano de saúde, questão essa exclusivamente de direito. Não há, pois, invasão do julgador em seara técnica, ou mesmo manifestação ideológica, às cegas ou desprendida da prova dos autos; sequer há valoração superficial da hipótese, em ofensa ao precedente da Corte Especial (REsp 1.124.552/RS).” (EREsp 1.886.929, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/06/2022, DJe 03/08/2022)

A Ministra sustenta que, ao contrário do afirmado pelo relator, o caráter exemplificativo do rol de procedimentos não implica obrigatoriamente na cobertura de todo procedimento ou medicamento, uma vez que seria necessária a demonstração da imprescindibilidade do tratamento prescrito por profissional de saúde. Sob seu raciocínio, a demonstração técnica e científica da necessidade do tratamento no caso concreto seria fator de prevenção à tomada de decisões arbitrárias pelos juízes.

Ademais, no âmbito do direito administrativo, ressalta que ao declarar o rol como exemplificativo, não implica na invalidação do ato administrativo atribuído à ANS, tampouco incursão no mérito administrativo, já que em momento algum o Poder Judiciário estaria determinando a inclusão ou retirada de certo procedimento do rol, atuando como autoridade técnica responsável.

Dessa forma, a Ministra entende que, ao interpretar de maneira exemplificativa o rol em suas decisões, o magistrado está exercendo sua função de garantir a adequação da lista aos princípios presentes na Carta Magna, atitude que não deveria ser confundida com a atuação administrativa da ANS.

Outro ponto destacado no voto-vista de Andrighi é a importância da atualização dos serviços das operadoras de saúde diante dos avanços tecnológicos nos procedimentos e medicamentos existentes, com o intuito de fornecer aos seus beneficiários serviços modernos, efetivos e seguros. Para concretização disso, é mister a constante atualização do rol de procedimentos pela ANS, fato que não corroboraria com sua taxatividade, uma vez que estaria sendo alterado constantemente.

Ante o exposto, aduz:

“Por fim, os conceitos de “taxatividade, em regra”; “taxatividade mínima”; “taxatividade não absoluta” mais se aproximam da tese da exemplificativade, na medida em que o i. Relator, ao final, obriga as operadoras a custear procedimentos e eventos não listados no rol, porque concretamente demonstrados nos autos a imprescindibilidade e a eficácia dos tratamentos prescritos pelos médicos assistentes, como defendido no voto divergente. (EREsp 1.886.929, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/06/2022, DJe 03/08/2022)”

A Ministra conclui o voto-vista aduzindo que reconhecer a taxatividade do rol de procedimentos gera uma concepção errônea de negativa instantânea de tratamentos não dispostos no rol, sem a devida análise das particularidades do caso. Alega que, no voto divergente, o Relator admite a ocorrência de exceções quando evidenciada a imprescindibilidade do procedimento, sendo esse o requisito necessário para realização do

procedimento também no rol de natureza exemplificativa. Por fim, finaliza afirmando que seria “incoerente falar em taxatividade de um rol que é periodicamente alterado, para inclusão e exclusão de tecnologias em saúde.” (EResp 1.886.929, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/06/2022, DJe 03/08/2022)”

O julgamento dos embargos de divergência pela Segunda Seção do STJ teve desfecho no dia 08 de junho de 2022, no qual prevaleceu a tese de taxatividade mitigada do rol de procedimentos da ANS por meio da formação de maioria dos membros, de forma que o voto da Min. Nancy Andrighi restou vencido. Isso significa que o entendimento atual do Superior Tribunal de Justiça consiste em declarar o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar como taxativo em via de regra, admitindo exceções em determinadas situações.

No dispositivo da decisão proferida, a Segunda Seção estabeleceu a mitigação da taxatividade ao permitir a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo mediante alguns requisitos, *ipsis litteris*:

“Não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.” EREsp 1.886.929, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/06/2022, DJe 03/08/2022)”

Destarte, a concessão de cobertura de tratamento não contido no rol é limitada pela exigência de uma consulta prévia de órgãos com expertise na área da saúde nacional, bem como comprovação medicinal da eficiência do procedimento, além da imposição de que ele não tenha sido previamente indeferido de forma expressa pela autarquia.

3.3 Influência da jurisprudência na interpretação da legislação

Diante do reconhecimento da taxatividade mitigada do rol em sede dos embargos de divergência (EResp. 1.886.929/SP) supracitado, tem-se o precedente necessário para uniformizar a jurisprudência brasileira com o fulcro de garantir a segurança jurídica no que concerne à cobertura de tratamentos prescritos pelo especialista de saúde suplementar.

Por se tratar de um tribunal de precedentes¹⁰, as decisões do STJ são base de orientação para as decisões de magistrados de todo o território nacional. Em vista disso, os tribunais brasileiros foram norteados pelo entendimento adotado na instância superior de que o rol de procedimentos da ANS é taxativo, admitindo exceções quando obedecidos os ditames determinados.

Todavia, observa-se uma tendência nos tribunais inferiores de analisar o caso concreto e julgar a favor da cobertura mais ampla, pois constata-se a necessidade dos procedimentos nas suas respectivas situações, conforme pode ser observado na seguinte decisão proferida por magistrado da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará:

EMENTA: RECURSO DE AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE DIAGNOSTICADO COM EDEMA MACULAR CISTOIDE CRÔNICO. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO ORZUDEX. REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA. PREENCHIDOS. INTELIGÊNCIA DO ARTIGO 300 DO CPC/2015. PROBABILIDADE DO DIREITO. PERIGO DE DANO OU RISCO AO RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO PREVISÃO CONTRATUAL PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA. LAUDO MÉDICO QUE REVELA O RISCO À SAÚDE DO PACIENTE. INDICAÇÃO MÉDICA. PRECEDENTES DO STJ E DESTA EGRÉGIA CORTE. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO.

1- Conforme já relatado, trata-se de Recurso de Agravo de Instrumento interposto pela U. F. S. C. M. LTDA contra a decisão que deferiu o pedido de tutela de urgência em favor da autora, determinando que ré forneça o medicamento Ozurdex Intravitreo, conforme prescrição médica de pág. 14.

2- Tratando-se de decisão de caráter apenas liminar, analisar-se-á o presente recurso nos termos do art. 300 do CPC, "A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo".

4- A negativa do plano de saúde se deu especificamente por ausência de obrigação da cobertura do fármaco. Insta salientar que, o entendimento que vinha sendo adotado pela 3ª Turma do STJ, era no sentido de que o rol de procedimentos da ANS é meramente exemplificativo, de modo que eventual ausência de previsão contratual expressa para o referido tratamento não pode ser obstáculo para a sua recusa nos moldes indicados pelo médico assistente, conforme jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, estando a moléstia coberta pelo plano de saúde, incumbe ao médico assistente a indicação do tratamento mais eficaz, não cabendo à operadora do plano de saúde adentrar neste mérito, limitando as alternativas possíveis ao restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de se esvaziar o próprio objeto do contrato.

5- Por outro lado, o entendimento exarado pela 4ª Turma era no sentido de deliberar por uma modificação do entendimento quanto ao rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, considerando a taxatividade do rol.

6- Ante as divergências existentes no âmbito do próprio tribunal, de modo a uniformizar a sua jurisprudência, a 2ª Seção do Colendo Superior Tribunal de Justiça, na data de 08/06/2022, por maioria de votos, em sede de julgamento dos EREsps n. 1.886.929/SP e n. 1.889.704/SP, entendeu pela natureza taxativa do rol de procedimentos da ANS, ressaltando algumas exceções.

¹⁰ Disponível em <<https://www.stj.jus.br/sites/portallp/Comunicacao/Informacoes-a-imprensa/Informacoes-essenciais-sobre-processos#:~:text=O%20STJ%20C%20A9%20um%20tribunal,pa%C3%ADs%20na%20solu%C3%A7%C3%A3o%20de%20conflitos>>

7- A esse respeito, consoante disposição na própria decisão, foram fixadas algumas teses a serem avaliadas de acordo com o caso concreto, dentre elas os casos em que não houver substituto terapêutico efetivo e seguro já incorporado ao rol para tratar a moléstia.

8- Ademais, apesar das mudanças de entendimento do Superior Tribunal de Justiça, o referido decisum ainda não transitou em julgado, portanto, não há entendimento pacífico e precedentes vinculantes a nortear as discussões acerca da matéria, a qual também já foi levada a apreciação do Supremo Tribunal Federal, ainda sem decisão a respeito, portanto, não é possível afastar a probabilidade do direito alegado pela parte.

9- Assim, em que pese haver divergência quanto a matéria, assunto que somente poderá ser exaurido quando da análise do mérito da demanda nos autos de origem, não se pode desconsiderar que restou evidenciada a probabilidade do direito alegado pela parte autora, devendo prevalecer, nesse momento, a saúde e a vida da paciente.

10- O perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo também está evidenciado pois como expressamente indicado no relatório médico anexado aos autos, há risco da paciente perder a visão destacando-se a ausência de resposta ao tratamento com medicação tópica.

11- Diante desse contexto, em uma análise preliminar dos autos, passível de apreciação via agravo de instrumento, não tendo havido o trânsito em julgado do EREsp 1886929/SP, por meio do qual o C. STJ decidiu pela taxatividade, em regra, do referido rol, reputo ser mais prudente manter o entendimento que já vinha sendo adotado por esta Corte de Justiça, pois, por hora, ainda representa o mais adequado à preservação da saúde e eficácia do tratamento da parte autora. 12- Recurso conhecido e improvido.

(TJCE - Agravo de Instrumento - 0626575-85.2022.8.06.0000, Rel. Desembargador(a) JOSE EVANDRO NOGUEIRA LIMA FILHO, 4ª Câmara Direito Privado, data do julgamento: 30/08/2022, data da publicação: 30/08/2022)

A posição mais inclinada a reconhecer a abusividade da recusa adotada pelos tribunais demonstra a subjetividade inerente ao tema em questão, porquanto o entendimento, mesmo quando consolidado em instâncias superiores, não teria sido uniformizado em todo o país.

Isso se constata após minuciosa análise nas ementas de decisões que abordam o EREsp 1886929, as quais destacam a ausência de caráter vinculante no assunto, bem como a possibilidade de situações excepcionais: “A decisão proferida pelo STJ no bojo do EREsp 1886929 não possui caráter vinculante absoluto uma vez que "não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente (...) De acordo com o entendimento exarado pelo Superior Tribunal de Justiça, "somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente" (REsp 1.053.810/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi). (TJMG - Apelação Cível 1.0000.21.014832-6/003, Relator: Des. Rui de Almeida Magalhães , 11ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 01/03/2023, publicação da súmula em 02/03/2023)

Em resposta à ampla demanda social acerca da possível determinação do rol de procedimentos como taxativo, ocorreu a aprovação no plenário, em 03 de agosto de 2022, do Projeto de Lei n. 2.033/2022, de autoria do Deputado Cezinha de Madureira (PSD/SP), seguida pela sanção pelo presidente, à época, em 22 de setembro de 2022.¹¹

O projeto de lei culminou na Lei Ordinária n. 14.454/22, que tem como objetivo alterar a Lei Orgânica de Saúde para estabelecer hipóteses que permitam a cobertura de procedimentos e eventos que não estão inclusos no rol estabelecido pela ANS.

¹¹ Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2332541>>

4. ANÁLISE DA LEI N. 14.454/22 E PERSPECTIVAS

Em virtude da alta judicialização¹² e do entendimento conflitante do Superior Tribunal de Justiça, bem como uma opinião pública fervorosa contra a decisão, o Estado sancionou a Lei n. 14.454 (BRASIL, 2022), divergindo do entendimento mais recente de dois meses anteriores a sua sanção. A lei entende o rol como exemplificativo, ou seja, determina que é dever das operadoras cobrir exames, terapias e medicamentos não previstos inicialmente no rol de referência da ANS, desde que respeitando os requisitos previstos na mesma lei.

4.1 Avaliação das mudanças promovidas pela Lei n. 14.454/22

A primeira mudança realizada na Lei Orgânica de Saúde consiste na adição do art. 10, parágrafo 4, em que incumbe à ANS o dever de manter seu rol atualizado periodicamente. Portanto, a lei reafirma a competência da autarquia em editar a norma que estabelece os procedimentos a serem cobertos, incluindo transplantes e procedimentos de alta complexidade. Por conseguinte, no parágrafo 12, o legislador reitera a natureza do rol de procedimentos como uma referência básica para as operadoras de saúde, definição que sempre foi atribuída ao rol, uma vez que sua intencionalidade era garantir a cobertura mínima aos beneficiários.

Sobretudo, a referida lei estabelece, no parágrafo 13, a autorização de cobertura mediante requisitos constantes no seu texto, o qual difere dos requisitos propostos em sede da jurisprudência do STJ:

“§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome

¹² Foram identificados, em 2022, cerca de 460 mil novos processos judiciais sobre saúde no Brasil, sendo 164 mil sobre saúde suplementar, segundo o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A diretora da FenaSaúde mencionou ainda que o estudo judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de soluções”, realizado entre 2008 e 2017 pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), mostra que as demandas judiciais de saúde cresceram 130% no período enquanto as demandas por assuntos gerais cresceram 50%. Nos tribunais de segunda instância, o aumento no número de ações sobre saúde foi de 85%. Disponível em: <(

internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (BRASIL, 2022)

Sob essa perspectiva, os tratamentos não contemplados no rol terão cobertura autorizada desde que o usuário apresente comprovação científica da sua eficácia, ou, caso exista recomendação emitida pela CONITEC¹³ ou órgão de avaliação de saúde com renome internacional. Observa-se que há um relaxamento nos requisitos quando comparados à legislação anterior ou à jurisprudência do STJ, os quais enumeram mais condições para a garantia da cobertura pelas operadoras de saúde.

4.2 Reflexões sobre a taxatividade do rol da ANS e seu impacto na proteção dos direitos dos consumidores

A elaboração do rol da ANS não é realizada de forma arbitrária, tampouco ilógica, vez que a inclusão ou exclusão dos procedimentos é analisada criteriosamente por comitês técnicos que envolvem todos os atores participantes do campo de saúde suplementar, cuja finalidade é especialmente qualificar o rol da forma mais segura, racional e equilibrada possível (GREGORI, 2021).

Para tal, a ANS pondera a disponibilidade da rede de assistência e a qualidade clínica, por meio dos bons resultados, que o procedimento dispõe. Logo, o rol da ANS é, sobretudo, uma lista de procedimentos que são qualificados, seguros, eficazes e possíveis, sem comprometer as operadoras de saúde e nem a saúde dos beneficiários.

Contudo, a inovação tecnológica e os avanços realizados na área da saúde resultam na ausência de eventos e procedimentos constados no rol em razão da falta de atualização que acompanhe esse desenvolvimento no setor. Desse modo, a carência de frequência na regulação pela ANS, concomitante com a negativa recorrente de cobertura pelos planos de saúde resultam na alta demanda de judicialização do tema. (TRETTEL, KOZAN, SCHEFFER, 2018).

No que concerne à relação entre a saúde suplementar e a legislação consumerista, é mister destacar a súmula n. 469 do Superior Tribunal de Justiça:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.

Assim, o entendimento sumulado é pacificado no STJ e nos tribunais de todo o território nacional, de que as operadoras de saúde suplementar são reguladas pelo Código de

¹³ Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

Defesa do Consumidor. Isso significa que a Lei Orgânica da Saúde e o CDC devem ser aplicados de forma simultânea e harmônica nas situações advindas do setor privado de saúde.

Diante disso, qualquer que seja a natureza do rol de procedimentos, esta ainda deve observar a relação contratual entre a empresa privada de saúde e o beneficiário para que nenhuma das partes tenha vantagem indevida sob a outra. Cabe frisar que, conforme o CDC, o viés utilizado na análise do contrato é em busca de resguardar os direitos da parte hipossuficiente da relação, qual seja, o consumidor.

Nessa senda, é possível visualizar a preocupação do legislador em resguardar ambas as partes envolvidas na leitura do art. 10 da Lei n. 9656/98, uma vez que o dispositivo expõe situações em que há impossibilidade de cobertura em razão da onerosidade demasiada, assim como permite exceções quando preenchidos requisitos dispostos na mesma lei, independente da natureza do rol em discussão pelos poderes judiciário e legislativo. A limitação dos procedimentos tem base no ensejo de manter o equilíbrio financeiro do contrato de mutualismo.

Ante a resolução de conflitos entre usuários e empresas de saúde suplementar, é necessário que o magistrado busque, acima de tudo, a efetividade na concretização dos objetivos contratuais. Em outras palavras, o intuito é garantir ao usuário o acesso ao tratamento necessário por meio de procedimentos e medicamentos prescritos pelo profissional capacitado, visando a prevenção, manutenção e recuperação da saúde. No entanto, para tal, é preciso observar a conformidade com a legislação e os termos contratuais firmados entre as partes (GOMES, 2013).

Logo, entende-se que, independente da natureza do rol, seja exemplificativa ou taxativa, o magistrado deve observar violações de boa-fé objetiva no que tange à cooperação entre as partes, disponibilização de informações e à ausência de abusividades mediante a análise do contrato, do caso concreto e da legislação aplicável.

Apesar das diversas críticas acerca da taxatividade, um dos argumentos utilizados por quem a defende é a utilização do rol como uma ferramenta segura e estável para garantir a obtenção de direitos do consumidor e o cumprimento de deveres das operadoras de saúde. Aduz Gregori (2021) que, racionalmente, a natureza do rol é taxativa; caso o rol fosse criado apenas com caráter indicativo, não teria sido condicionado a sua elaboração por um órgão regulador. Para além disso, ele garante a exequibilidade dos contratos e a previsibilidade do cumprimento das obrigações mínimas das operadoras.

Nesse sentido, os defensores da taxatividade do rol entendem que, caso todo evento seja cabível de cobertura, as empresas privadas de saúde seriam surpreendidas

diariamente com novos procedimentos sem poder realizar um estudo prévio acerca dos custos e da viabilidade do seu fornecimento (TERRA, 2020).

Por outro lado, os defensores do rol exemplificativo acreditam que a natureza dinâmica do rol já determina sua incompatibilidade com a taxatividade. A lei determina de forma explícita a atualização periódica dos procedimentos cabíveis de cobertura, ou seja, a natureza do rol seria intrinsecamente mutável.

Ademais, afirmam que a taxatividade limitaria a disponibilidade de tratamentos inovadores, de alto nível tecnológico, principalmente em caso de existência de uma alternativa mais arcaica que substitua o procedimento almejado.

“Ao analisar a definição legal de Plano Privado de Assistência à Saúde, trazida pelo artigo 1º, inciso I, da Lei 9.656/1998, com a redação a este dispositivo conferida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, este consiste na “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” (LOPES, 2022)

Portanto, na visão dos que se opõem à taxatividade, a Lei Orgânica de Saúde atribuiria a cobertura pela assistência médica aos entes privados de saúde, visando, acima de tudo, a concretização do desejado pelo beneficiário, ou seja, o fornecimento do tratamento cientificamente efetivo disponível.

4.3 Impactos da Lei n. 14.454/2022 na prática jurídica dos tribunais

As alterações advindas da Lei n. 14.454/2022 buscam resguardar, acima de tudo, o consumidor brasileiro, porquanto apresentam um teor mais amplo de cobertura de não elencados no rol de procedimentos. Apesar das conclusões midiáticas acerca do tema¹⁴, observa-se que o dispositivo da lei não estabelece expressamente o rol como exemplificativo, apenas o consolidando como referência básica para as operadoras de saúde.

O entendimento de que a lei determina o rol como exemplificativo advém da extensão de cobertura menos burocrática do que nos termos¹⁵ do EResp 1.886.929, exigindo

¹⁴ “Publicada lei que derruba rol taxativo para cobertura de planos de saúde” por Agência Senado. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/09/22/publicada-lei-que-derruba-rol-taxativo-para-cobertura-de-planos-de-saude>>

¹⁵ - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii)

apenas a comprovação científica da sua eficácia ou a autorização de algum órgão de avaliação de saúde com grande reconhecimento, a nível nacional ou internacional.

Dessa forma, é importante frisar que persiste a possibilidade de negativa de cobertura pelos planos de saúde a procedimentos não contidos no rol, de forma que a judicialização para resolução dessas questões à luz das particularidades do caso ainda é o meio necessário para consolidação dos objetivos contratuais das partes envolvidas.

Insta salientar que a promulgação da lei supracitada resultou no arquivamento de ações que versavam acerca do assunto a âmbito de Supremo Tribunal Federal. A ADI¹⁶7193 e a ADPF 986, uma vez que a maioria do Plenário entendeu que o poder legislativo já havia sanado a questão¹⁷.

De toda forma, a lei, apesar de recente, é citada em diversos tribunais estaduais desde a sua promulgação, baseando um entendimento jurisprudencial mais voltado a reconhecer a natureza exemplificativa da lista de procedimentos que admitem cobertura.

O Magistrado do Tribunal de Justiça do Ceará, por exemplo, utiliza-se do art. 10 da Lei n. 14.454/22 para alegar a exemplificatividade do rol e defender a cobertura de procedimento não constante no rol de procedimentos:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DA PARTE RÉ. ALEGATIVA DA AUSÊNCIA DE COBERTURA DO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. ART. 10, DA LEI 14.454/2022. MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO. OLAPARIBE E AVASTIN. DEVER DE CUSTEIO INTEGRAL. COPARTICIPAÇÃO. INEXISTÊNCIA DE PACTUAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES NESTE SENTIDO. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA.

1. In casu, alega a parte ré há a ausência de cobertura contratual do tratamento, que o tratamento não estar no rol de procedimentos da ANS, que o rol de procedimentos da ANS é taxativo, que não houve abusividade e subsidiariamente, alegou que o custeio do tratamento fosse realizado mediante coparticipação extracontratual. Contudo tais argumentos não merecem prosperar. Explico.

2. Destaco que o rol da ANS exemplificativo e não taxativo, conforme o Art. 10, da Lei 14.454, de 21 de setembro de 2022, a qual estabelece a necessidade de cobertura pelo plano de saúde de tratamento ou procedimento que não estejam previstos no rol. A regra geral é de que o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Precedentes neste sentido.

haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

¹⁶ Ação Direta de Inconstitucionalidade e Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, respectivamente.

¹⁷ Disponível em <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=497353&ori=1>>

3. Portanto, uma vez tendo sido solicitado pelo médico responsável os procedimentos indicados à fl. 24, na busca da melhoria das condições de saúde da parte autora, é dever da operadora ofertar tais procedimentos. In casu, trata-se de fornecimento de medicamento para tratamento de câncer, hipótese em que a jurisprudência é assente no sentido de que o fornecimento é obrigatório.

4. Nesse sentido, conforme inteligência da Corte Superior, entendo que o pedido subsidiário do apelante, referente ao custeio do tratamento ser realizado mediante coparticipação extracontratual, é descabido, tendo em vista que a coparticipação não encontra-se devidamente estabelecida no contrato firmado entre as partes, portanto cabe a operadora custear inteiramente o valor despendido com o tratamento prescrito pelo médico assistente à parte autora.

5. Recurso conhecido e improvido. Sentença mantida. (TJCE - Apelação Cível - 0235750-68.2022.8.06.0001, Rel. Desembargador(a) MARIA DO LIVRAMENTO ALVES MAGALHÃES, 4ª Câmara Direito Privado, data do julgamento: 30/05/2023, data da publicação: 30/05/2023)

Não obstante, conforme o entendimento abaixo do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, O Magistrado entende que o rol não merecia ser qualificado como taxativo nem pelo julgado do EResp 1.886.929, vez que permite a cobertura de procedimentos não presentes no texto do rol, uma vez que atendidos os requisitos.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE ENDOMÉTRIO - FÁRMACOS NÃO CONTEMPLADOS PELO ROL DA ANS - ROL NÃO TAXATIVO - LEI NÚMERO 14.454/2022 - COMPROVAÇÃO DA EFICÁCIA DO MÉTODO TERAPÊUTICO PRETENDIDO - INEXISTÊNCIA DE ALTERNATIVA EFICAZ NO ROL DA ANS - NOTA TÉCNICA DO NAT-JUS - DIREITO À COBERTURA PLEITEADA - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS - ARBITRAMENTO POR EQUIDADE - AUSÊNCIA DAS HIPÓTESES PREVISTAS NO ARTIGO 85, §8º, DO CPC - NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DOS LIMITES QUANTITATIVOS ESTABELECIDOS NO ARTIGO 85, §2º, DO CPC - REDIMENSIONAMENTO DA VERBA HONORÁRIA - BASE DE CÁLCULO - VALOR ATUALIZADO DA CAUSA

- A rigor, o rol da ANS nunca mereceu ser qualificado como exaustivo/taxativo, nem mesmo à luz do acórdão com que o STJ, em 08/06/2022, julgou o EResp 1.886.929-SP, pois esse acórdão, embora haja renegado a tese do "rol exemplificativo" até então prevalente na Terceira Turma daquele Tribunal, não deixou de admitir que a operadora do plano de saúde deve, mesmo sem previsão contratual, cobrir "procedimento extra rol" em determinadas situações.

- A falta de taxatividade do rol da ANS não significa que ele possa ser simplesmente ignorado, como se não constituísse importante parâmetro para definir quais tratamentos devem ser cobertos pelas operadoras de plano de saúde.

- A recente Lei 14.454/2022 não abole a regra - que comporta exceções - de que, salvo disposição contratual em contrário, a operadora só é obrigada a cobrir o que está no rol da ANS.

- Por exceção, a operadora do plano de saúde deve, mesmo sem previsão contratual, cobrir procedimento "extra rol", conforme as balizas trazidas pelo §13 acrescentado ao artigo 10 da Lei 9.656/98, que exige comprovação robusta da eficácia do procedimento.

- A usuária de plano de saúde acometida de câncer de endométrio faz jus à cobertura

de imunoterapia com os medicamentos pembrolizumabe e levatinibe, demonstradas a eficácia desse método terapêutico, com base em evidências científicas, e a inexistência de alternativa eficaz prevista no rol da ANS.

- Impugnado pelo apelante o critério de fixação dos honorários, arbitrados por apreciação equitativa fora das hipóteses de previstas no artigo 85, §8º, CPC, cumpre redimensionar a verba honorária, para adequá-la aos limites quantitativos estabelecidos pelo artigo 82, §2º, do CPC - "mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa". (TJMG - Apelação Cível 1.0000.21.086815-4/002, Relator(a): Des.(a) Fernando Lins , 20ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 21/06/2023, publicação da súmula em 22/06/2023)

Destarte, o impacto da promulgação da Lei n. 14.454/22 é visível nos tribunais estaduais que demonstram uma maior segurança jurídica para decidir acerca do direito da saúde no que concerne à cobertura ampliada de procedimentos, desde que restando comprovada a imprescindibilidade do tratamento, seja por reconhecimento de órgãos avaliativos de saúde ou por comprovação científica da sua eficácia. Todavia, a discussão acerca da natureza do rol de procedimentos e eventos elaborado pela ANS ainda não foi completamente uniformizada no país, tampouco na produção doutrinária, conforme foi exposto no presente trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como propósito analisar as divergências jurisprudenciais e o impacto da inovação legislativa acerca da interpretação da natureza do rol de procedimentos e eventos estabelecido pela Agência Nacional de Saúde, seja taxativa ou exemplificativa, tendo em vista o respeito aos princípios que são base da saúde pública brasileira, à relação contratual entre beneficiários e operadoras de saúde e ao Código de Defesa do Consumidor.

Assim, na primeira seção do trabalho, evidencia-se a construção jurídica do direito à saúde, o qual só restou reconhecido como direito fundamental a partir da promulgação da Constituição de 1988. Tendo como base os estudos de Sarah Escorel (2012), vislumbra-se que, nas legislações anteriores a essa, o direito à saúde era negligenciado, sendo percebido por muitos governantes como um retrocesso ao desenvolvimento do país, desde o período imperial ao regime militar. Contudo, ante os diversos movimentos sociais relacionados à reforma sanitária, o constituinte da Carta Magna estabeleceu o direito à saúde como uma cláusula pétrea. Desse modo, é estabelecido constitucionalmente a atribuição ao Poder Público de regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde. Nesse cenário, foi criado o Sistema Único de Saúde por meio da Lei n. 8080/90, cujas diretrizes de atuação consistem em universalidade, integralidade e equidade.

Haja vista a variabilidade dos problemas de saúde pública, o SUS foi planejado para que a distribuição de ações e serviços do setor ocorra de forma hierarquizada e regionalizada. Assim, a sua estrutura foi elaborada visando o atendimento de forma coordenada e articulada para atender todo o povo brasileiro. Diante da sua ampla abrangência e da alta demanda pela sociedade de serviços voltados ao setor da saúde, a Constituição de 1988 permitiu, em seu art. 199, a atuação complementar da iniciativa privada na saúde pública, por meio de convênios e contratos. Contudo, a crescente participação da saúde suplementar no âmbito brasileiro exigiu a criação de um órgão que a regulamentasse, com o fito de promover a defesa do interesse público e de regular o mercado privado de saúde. Foi nesse contexto que foi criada a Agência Nacional de Saúde, pela Lei n. 9.961/00.

A lei, em seu dispositivo, institui um plano-referência que deve ser obedecido pelas operadoras de saúde suplementar, o qual exige a cobertura de todas as enfermidades contidas na CID. Essa medida se justifica na necessidade de nivelamento entre as diversas empresas privadas, bem como permitir que o beneficiário contrate um mínimo estabelecido pela autarquia. Assim, a ANS institui um rol de procedimentos e eventos de saúde, como uma cobertura mínima exigida aos planos de saúde. Contudo, as particularidades de cada caso

resultaram numa judicialização da saúde suplementar como meio do consumidor em buscar a efetivação do seu direito, tendo em vista o pedido de cobertura de procedimentos não contidos no rol.

Na segunda seção, foi estudado o entendimento jurisprudencial acerca da natureza desse rol mínimo definido pela ANS, em que foi observado divergência no âmbito das instâncias superiores. Para análise, foram abordados os processos de maior impacto a nível nacional sobre o tema, qual seja o REsp 1.733.013/PR, o REsp 1.876.630/SP e o EResp 1.886.929/SP. Nos processos supracitados, foi possível acompanhar os argumentos advindos dos relatores acerca da taxatividade do rol da ANS, em que a Segunda Seção do STJ decidiu, por maioria, em sede de embargos de divergência, reconhecer a taxatividade mitigada deste. Ou seja, a tese prevalecida foi de que o rol é taxativo, porém admite exceções quando presentes os requisitos constantes no dispositivo da decisão proferida.

Por conseguinte, foi visto a influência que a decisão da Segunda Seção do STJ teve nos tribunais estaduais, os quais não demonstraram uniformidade, uma vez que restou percebido a tendência de algumas cortes de justiça em reconhecer o rol como exemplificativo, conforme era o entendimento anterior da Terceira Turma do STJ, ressaltando a ausência de caráter vinculante na decisão proferida no bojo do EResp 1.886.929/SP.

Na terceira seção foi estudada a Lei Ordinária n. 14.454/22, resultado legislativo da apreensão da sociedade acerca da determinação do rol de procedimentos como taxativo pelo STJ. Portanto, foram analisadas as mudanças advindas da sua promulgação, cuja principal consistiu em diminuir os requisitos para que seja concedida a cobertura de procedimentos não contidos no rol. O texto da lei determina que a cobertura será autorizada mediante comprovação científica da sua eficácia, ou, de forma alternativa, recomendação emitida pela CONITEC ou por um órgão de avaliação de saúde internacional com renome.

Por fim, foi discorrido acerca da taxatividade e sua relação com os direitos dos consumidores brasileiros à luz da Constituição e do CDC. Para tal, foram abordados argumentos emitidos por estudiosos do assunto, como Maria Stella Gregori (2021), Josiane Araújo Gomes (2013), Hugo Chanete Lopes (2021) e Aline de Miranda Valverde Terra (2020).

Destarte, a discussão acerca do rol de procedimentos e eventos da ANS ainda não deve ser considerada como finda, uma vez que o entendimento não é sedimentado nem no âmbito dos tribunais estaduais nem na academia. O que se observa é uma dificuldade em padronizar um assunto que abrange subjetividades relevantes, as quais impactam não apenas o mercado de saúde privada, mas o bem-estar da população brasileira em geral.

REFERÊNCIAS

AITH, F.; BUJDOSO, Y.; NASCIMENTO, P. R. do; DALLARI, S. G. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v15i1p10-39. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804>>. Acesso em: 29 jun. 2023.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p.137-154, 2002. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676172/v26-n61-maioago-2002-137-154.pdf>> . Acesso em: 29 jun. 2023.

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Editora Fiocruz, 2003

BAHIA, L.; SIMMER, E.; OLIVEIRA, D. C. DE .. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 921–929, out. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BRASIL. Lei n. 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, Brasília.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Embargos de Divergência em Recurso Especial 1.886.929, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO. SP. 08 de junho de 2022. Diário de Justiça. 03 de agosto de 2022. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202001916776&dt_publicacao=03/08/2022>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial 1.733.013, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO. PR. 10 de dezembro de 2019. Diário de Justiça. 20 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201800740615&dt_publicacao=20/02/2020>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial 1.876.630/SP, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI. SP. 09 de março de 2021. Diário de Justiça. 11 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=122761985&tipo=5&nreg=2001255040&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20210311&formato=PDF&salvar=falso>>. Acesso em: 27 jun. 2023.

CEARÁ. **Tribunal de Justiça do Estado do Ceará** (Quarta Câmara de Direito Privado). Agravo de Instrumento, 0626575-85.2022.8.06.0000 CE. Relator: Desembargador José Evandro Nogueira Lima Filho. Julgamento: 30/08/2022. Disponível em: <<https://esaj.tjce.jus.br/cjsg/resultadoCompleta.do;jsessionid=70A59E0F3BEB76DC687EE00>>

741D2069C.cjsgl>. Acesso em: 04/07/2023.

CEARÁ. **Tribunal de Justiça do Estado do Ceará** (Quarta Câmara de Direito Privado). Apelação Cível, 0235750-68.2022.8.06.0001 CE. Relator: Desembargadora Maria do Livramento Alves Magalhães. Julgamento: 30/05/2023. Disponível em: <<https://esaj.tjce.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=3591829&cdForo=0>>. Acesso em: 04/07/2023.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil . **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>>. Acesso em: 29 jun. 2023.

GOMES, Josiane Araújo. Contratos de assistência privada à saúde: estudo sobre a intervenção judicial para a ponderação dos interesses das operadoras e dos usuários de planos de saúde. 2013. 285 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas)** - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013. Disponível em:< <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2013.308>>. Acesso em 29 jun. 2023.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. P. 25-1075.

GREGORI, Maria Stella. ANS: taxatividade do rol de procedimentos. **Revista Jurídica de Seguros**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 46-64, mai. 2021.

LOPES, Hugo Canhete. Análise sistemática sobre a natureza do rol de procedimentos da ANS. 2021. **UNISANTA Law and Social Science**, Vol. 10, N. 2. Disponível em: <<https://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/view/2956/2140>>. Acesso em: 29 jun de 2023.

MARTINS, P. H. C. A. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 1723-1731, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413->>. Acesso em: 29 jun. 2023.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109–114, 2010. DOI: 10.52753/bis.2010.v12.33772. Disponível em: <<https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772>>. Acesso em: 29 jun. 2023.

MINAS GERAIS, **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais** (Décima Primeira Câmara Cível). Apelação Cível, 1.0000.21.014832-6/003 MG. Relator: Desembargador Rui de Almeida Magalhães. Julgamento: 01/03/2023. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=D8157D1AB74A7FC91C465E124A605A78.juri_node1?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0000.21.014832-6%2F003&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>. Acesso em: 04/07/2023.

MINAS GERAIS, **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais** (Décima Primeira Câmara Cível). Apelação Cível, Cível 1.0000.21.086815-4/002 MG. Relator: Desembargador Fernando Lins. Julgamento: 21/06/2023. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=D8157D1AB74A7FC91C465E124A605A78.juri_node1?numeroRegistro=1&totalLinhas=1>

&linhasPorPagina=10&numeroUnico=1.0000.21.086815-4%2F002&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar>. Acesso em: 04/07/2023.

PAIM, Jairnilson . Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 15, n. 2, p.34-46, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200005>>. Acesso em: 29 jun. 2023.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. DO .; CAETANO, J. C.. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008.

PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. 180p.

SAÚDE suplementar pontua impacto de processos judiciais para equilíbrio do setor. **CNJ**. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-pontua-impacto-de-processos-judiciais-para-equilibrio-do-setor/>>. Acesso em: 04/07/2023

SANTOS, Nelson R. dos; AMARANTE, Paulo D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010

SILVA, M. E. de A. DIREITO À SAÚDE: EVOLUÇÃO HISTÓRICA, ATUAÇÃO ESTATAL E APLICAÇÃO DA TEORIA DE KARL POPPER. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 4–22, 2017. DOI: 10.21680/1982-310X.2016v9n2ID12251. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251>>. Acesso em: 29 jun. 2023.

TERRA, A. de M. V. Planos privados de assistência à saúde e boa-fé objetiva: natureza do rol de doenças estabelecido pela Agência Nacional de Saúde para fins de cobertura contratual obrigatória. **Revista Brasileira De Direito Civil**, 2020. Disponível em: <<https://rbdcivil.emnuvens.com.br/rbdc/article/view/537>>. Acesso em 29 jun. 2023.

TRETTEL, D. B., KOZAN, J. F., & SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista De Direito Sanitário**, 166-187, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p166-187>>. Acesso em: 29 jun. 2023.