



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM DIREITO E GESTÃO DE  
CONFLITOS - MPDIR**

**ACHERNAR SENA DE SOUZA**

**A OUVIDORIA COMO INSTÂNCIA PARA A GESTÃO  
ADEQUADA DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR:  
PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE TRATAMENTO DE  
DEMANDAS EXTRAJUDICIAIS JUNTO ÀS OPERADORAS  
DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO  
ESTADO DO CEARÁ**

**FORTALEZA  
2022**

ACHERNAR SENA DE SOUZA

**A OUVIDORIA COMO INSTÂNCIA PARA A GESTÃO  
ADEQUADA DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR:  
PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE TRATAMENTO DE  
DEMANDAS EXTRAJUDICIAIS JUNTO ÀS OPERADORAS  
DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO  
ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Direito e Gestão de Conflitos, da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como exigência parcial para a obtenção do título de Mestra em Direito e Gestão de Conflitos.

Orientadora: Clarissa Sampaio Silva

FORTALEZA  
2022

ACHERNAR SENA DE SOUZA

**A OUVIDORIA COMO INSTÂNCIA PARA A GESTÃO  
ADEQUADA DE CONFLITOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR:  
PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE TRATAMENTO DE  
DEMANDAS EXTRAJUDICIAIS JUNTO ÀS OPERADORAS  
DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO  
ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação julgada e aprovada para  
obtenção do título de Direito e Gestão de  
Conflitos, outorgado pela Universidade  
de Fortaleza.

Aprovada em: 29/08/2022

BANCA EXAMINADORA

---

Professora Doutora Clarissa Sampaio Silva  
(Orientadora / Universidade de Fortaleza – UNIFOR)

---

Professor Doutor Rômulo Guilherme Leitão  
(Membro / Universidade de Fortaleza – UNIFOR)

---

Professora Doutora Cristina Ayoub Riche  
(Membro / Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ)

---

Professor Doutor Fábio Campelo Conrado de Holanda  
(Membro / Centro Universitário 7 de Setembro – UNI7)

## AGRADECIMENTOS

À minha família, por toda inspiração e incentivo de sempre.

À minha orientadora, Clarissa Sampaio, por acreditar no potencial da pesquisa e dispor de seu tempo para direcionar e contribuir com o meu trabalho.

À Universidade de Fortaleza e toda a equipe do Mestrado Profissional em Direito e Gestão de Conflitos, por todo o suporte e conhecimentos compartilhados.

*“Life is very short, and there's no time  
For fussing and fighting, my friend”*

*The Beatles*

## RESUMO

O direito à saúde, nos termos da CF/88, engloba além da saúde pública, a saúde suplementar em cujo âmbito proliferam conflitos entre beneficiários e prestadores de serviços de saúde. A regulamentação de tal setor, ocorrida com a publicação da Lei nº 9.656/1998, e a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, não diminuíram o grau de litigiosidade, o qual continua a crescer. Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa consiste em entender o papel das Ouvidorias na gestão dos conflitos em saúde suplementar, de modo a propor um aperfeiçoamento de sua atuação através do uso de técnicas de mediação virtual durante o processo de comunicação com o beneficiário e da criação de um ambiente de construção de consenso no âmbito das Operadoras de Planos de Saúde, para o melhor tratamento das demandas. Para tanto, elaborada a partir de estudo exploratório, com abordagem qualitativa, esta dissertação discorre, inicialmente, sobre a regulamentação do mercado de saúde suplementar, desde a sua gênese, até o seu panorama atual, com o apontamento das possíveis causas dos conflitos instaurados. Em seguida, apresenta-se os métodos adequados de solução de conflitos disponíveis e a sua importância para a eficiência do mercado de saúde, com o aporte de informações sobre o instituto da Ouvidoria como ferramenta chave no processo de gestão de conflitos neste setor. Com base nas pesquisas realizadas e objetivando um melhor tratamento dos conflitos em saúde suplementar, propõe-se o modelo “OUVIR PARA CUIDAR” às Ouvidorias das Operadoras de Planos de Saúde no Estado do Ceará, com a utilização de técnicas de mediação virtual e a criação de um fórum de discussão interna para a construção de consensos, visando à prevenção e ao tratamento adequado de demandas. Conclui-se que o diálogo é peça chave para a paz, e as ouvidorias devem ser instrumento para que ela aconteça efetivamente.

**Palavras-chave:** saúde, planos de saúde, solução de conflitos, ouvidoria, mediação.

## ABSTRACT

The right to health, under the terms of CF/88, encompasses, in addition to public health, supplementary health, in which conflicts between beneficiaries and health service providers proliferate. The regulation of this sector, which took place with the publication of Law No. 9,656/1998, and the action of the National Supplementary Health Agency, did not reduce the degree of litigation, which continues to grow. In this context, the objective of this research is to understand the role of the Ombudsman in the management of conflicts in supplementary health, in order to propose an improvement of its performance through the use of virtual mediation techniques during the communication process with the beneficiary and the creation of an environment for building consensus within the scope of Health Plan Operators, for the best treatment of demands. Therefore, based on an exploratory study with a qualitative approach, this dissertation initially discusses the regulation of the supplementary health market, from its genesis to its current scenario, pointing out the possible causes of the conflicts established. Then, the appropriate methods of conflict resolution available and their importance for the efficiency of the health market are presented, with the contribution of information about the institute of the Ombudsman as a key tool in the conflict management process in this sector. Based on the research carried out and aiming at a better treatment of conflicts in supplementary health, the "LOUD FOR CARE" model is proposed to the Ombudsmen of the Health Plan Operators in the State of Ceará, with the use of virtual mediation techniques and the creation of an internal discussion forum for the construction of consensus, aiming at the prevention and adequate treatment of demands. It is concluded that dialogue is a key piece for peace, and the ombudsman must be an instrument for it to happen effectively.

**Keywords:** health, health plans, conflict resolution, ombudsman, mediation.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO CONTEXTO DA ORDEM JURÍDICA BRASILEIRA.14	
1.1 O direito à saúde e a regulamentação do mercado de saúde suplementar .....	14
1.2 O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar: criação, finalidade e competências .....	24
1.3 Contratos de planos de saúde: natureza jurídica, legislação aplicável, partes envolvidas e conflitos decorrentes .....	31
2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: TIPOS DE CONFLITO E POSSÍVEIS CAUSAS.....	39
2.1 A evolução da judicialização do direito à saúde no Brasil: números, possíveis causas e impacto.....	39
2.2 Principais conflitos em saúde suplementar .....	46
2.3 O Conselho Nacional de Justiça e a sua atuação na gestão dos conflitos de saúde em tramitação junto ao Poder Judiciário brasileiro .....	56
2.4 Métodos alternativos de solução de conflitos e a sua importância para a eficiência da judicialização do direito à saúde .....	62
2.4.1 Classificação e diferenças .....	63
2.4.1.1 Negociação .....	64
2.4.1.2 Mediação .....	65
2.4.1.3 Conciliação .....	67
2.4.1.4 Arbitragem.....	68
2.4.1.5 Construção de consensos .....	70
2.4.2 Métodos de solução de conflitos no âmbito das agências reguladoras .....	71
2.4.2.1 Métodos adotados pela ANS .....	73
2.4.2.1.1 ANS e Operadoras: termos de compromisso de ajuste de conduta .....	74



2.4.2.1.2 Operadoras e beneficiários por intermédio da ANS: notificação de intermediação preliminar - NIP .....	76
3 A OUVIDORIA E O SEU PAPEL NO PROCESSO DE GESTÃO DE CONFLITOS EM SAÚDE PRIVADA .....	79
3.1 A origem da ouvidoria no Brasil e a sua função social.....	80
3.2 A instituição da ouvidoria no mercado de saúde suplementar.....	87
3.3 Atribuições e competências das ouvidorias de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.....	93
3.4 A ouvidoria como ferramenta para a facilitação do diálogo e o aprimoramento do processo de gestão de conflitos sobre planos de saúde.....	97
4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: “OUVIR PARA CUIDAR” .....	102
4.1 Justificativa da proposta.....	102
4.2 Mediação virtual e a sua utilização pelas ouvidorias das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde .....	103
4.3 Comitê para a avaliação de demandas e construção de consensos no âmbito das Operadoras .....	105
4.4 Viabilidade.....	107
4.5 Estruturação .....	109
4.6 Benefícios institucionais .....	110
4.7 Benefícios sociais.....	111
CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS .....	117
ANEXO A .....	130
ANEXO B.....	131
ANEXO C.....	135

## INTRODUÇÃO

Apesar de sua indubitável importância, o direito à saúde, como direito social, somente foi positivado no Brasil em 1988, com a promulgação da atual Constituição da República Federativa do Brasil. A partir de então, diversos questionamentos a respeito da abrangência e extensão do direito à saúde passaram a ser formulados no país: em âmbito público, especificamente, no que se refere ao papel e às competências do Sistema Único de Saúde; e, em âmbito privado, no que tange à função social da Saúde Suplementar, notadamente da atividade desenvolvida pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais, por suas vezes, celebram contratos privados para a prestação de serviços assistenciais em favor dos consumidores.

Por não haver conclusões e respostas unânimes sobre os temas de direito à saúde propostos, tornou-se crescente a quantidade de conflitos submetidos à apreciação e julgamento do Poder Judiciário, fato que deu origem ao fenômeno conhecido como judicialização da saúde, objeto de análises e estudos contínuos do Conselho Nacional de Justiça e dos tribunais brasileiros, por originar milhares de novas demandas judiciais todos os anos, com crescimento superior a 100% (cem por cento) entre os anos de 2008 e 2017, e movimentar bilhões de reais nos processos de efetivação das tutelas jurisdicionais concedidas em favor dos assistidos<sup>1</sup>.

Além de movimentar a máquina estatal, a judicialização da saúde, seja pública, suplementar ou privada, tem gerado elevado custo processual, financeiro, orçamentário e, principalmente, social, na medida em que, devido ao volume de demandas e expressão financeira, acarreta o assoberbamento do Poder Judiciário, com prejuízo para a celeridade e eficácia dos processos; devido à imprevisão na concessão de tutelas e direitos, gera desequilíbrio econômico e financeiro nos orçamentos públicos e contratos celebrados entre

---

<sup>1</sup> CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça Pesquisa. Judicialização da Saúde no Brasil: o perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>.

particulares; bem como, em razão do estímulo à beligerância, afasta as partes envolvidas do ideal de segurança jurídica e paz social.

No contexto da saúde suplementar, um dos principais aspectos afetados pela judicialização da saúde tem sido a sustentabilidade do setor, o qual, composto pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde diuturnamente acionadas junto ao Poder Judiciário para prestar serviços para os quais não foram diretamente contratadas, sofre sério impacto econômico-financeiro, com o aumento dos preços das mensalidades pagas a título de contraprestação pelos serviços disponibilizados para recompor os custos; enfrenta a dificuldade de qualificação dos prestadores e estabelecimentos de saúde e, ainda, observa a retração no número de Operadoras em atividade no Brasil, com a consequente concentração do mercado.

Vale ressaltar que os valores despendidos com o pagamento de indenizações vultosas e o custeio de procedimentos não contratados poderiam estar sendo investidos em infraestrutura e aparelhamento dos serviços de saúde existentes, a fim de beneficiar a coletividade, e não somente àquele indivíduo que optou pela propositura de uma ação judicial individual.

Nesse contexto, crescentes são os esforços empreendidos para a tentativa de minimização e reversão da situação prejudicial causada pelo fenômeno da judicialização da saúde na esfera privada. No entanto, nenhuma das medidas já implementadas foi exitosa o suficiente para transformar o cenário nacional, de modo a aproximar as partes e permitir a redução do grau de litigância entre elas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem regulamentado mecanismos e instituições para a resolução adequada de conflitos em esfera administrativa pelas próprias partes, com a manifesta intenção de contribuir com a restauração das relações sociais e, por consequência, reduzir a quantidade de litígios, cujos desfechos são, em grande volume, determinados por terceiros alheios à relação, a exemplo dos magistrados que integram o Judiciário.

Dentre os institutos criados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar para o tratamento adequado de demandas, encontra-se a unidade organizacional específica de ouvidoria, cuja criação e manutenção é obrigatória por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Nos termos do Art. 1º, §1º, da Resolução Normativa de nº 323, de 3 de abril de 2013, o instituto da Ouvidoria foi criado para receber e tratar as manifestações dos clientes/contratantes de planos privados de assistência à saúde, com o objetivo de solucionar conflitos decorrentes da relação contratual existente entre as partes e prover as Operadoras de informações úteis para o aperfeiçoamento de seus processos de trabalho, de modo a sanar eventuais falhas e/ou deficiências em sua operação.

Com base nisso, a pesquisa desenvolvida, juntamente com o projeto de intervenção, busca analisar a importância das Ouvidorias instituídas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e da sua adequada utilização como ferramenta para a gestão de conflitos em saúde suplementar na esfera administrativa, de modo a contribuir, por consequência, para a minimização dos efeitos deletérios decorrentes do fenômeno judicialização da saúde. Isso, porque, restabelecida a relação entre as partes e criado o ambiente propício para a resolução de problemas de modo autônomo, na estrutura das próprias Operadoras e independente do Poder Judiciário, que possui rito formal, oneroso e burocrático, não haverá necessidade ou estímulo para desdobramentos das demandas para outras instâncias, sendo direcionadas ao crivo do Estado Juiz somente aquelas de caráter estrutural, de significado coletivo.

Para tanto, a fim de demonstrar a origem do atual cenário, o primeiro capítulo foi dedicado à apresentação do contexto histórico da positivação do direito à saúde e da regulamentação do mercado de saúde suplementar, com destaque para a criação e atuação institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar, encerrando com uma abordagem sobre os contratos de planos privados de assistência à saúde, cujas cláusulas são objetos de discussão diária junto ao Poder Judiciário.

Já no segundo capítulo, com o objetivo de identificar os tipos de conflitos em saúde suplementar e as suas possíveis causas, são apresentados dados numéricos relativos à judicialização da saúde no Brasil, com os impactos identificados através de pesquisa documental e bibliográfica; o papel do Conselho Nacional de Justiça na gestão dos conflitos de saúde em tramitação junto ao Poder Judiciário Brasileiro; bem como os métodos adequados de solução de conflitos já propostos para auxiliar na busca pela pacificação dos conflitos em saúde suplementar.

Por fim, no terceiro capítulo, a Ouvidoria é analisada desde a sua gênese enquanto instituto, com destaque para a sua função social, a fim de demonstrar a sua adequação e

importância como ferramenta para a facilitação do diálogo e o aprimoramento do processo de gestão de conflitos sobre planos de saúde, desde que bem utilizada pelas partes.

Assim, amparado em tais bases teóricas, este trabalho tem como escopo a apresentação da proposta de intervenção “OUVIR PARA CUIDAR”, a qual, pautada na construção de um novo modelo de unidade organizacional Ouvidoria no organograma das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde que atuam no Estado do Ceará, traz a mediação virtual e a criação de um fórum multidisciplinar para a discussão interna de demandas como instrumento para o tratamento adequado e a prevenção de conflitos em Saúde Suplementar, de modo a contribuir com o desestímulo à judicialização da saúde e, por consequência, com a pacificação e a sustentabilidade das relações entre Operadoras e seus clientes.

Com fulcro nas premissas apresentadas, a intenção é demonstrar, ainda, que as ouvidorias devem ser implementadas independente de determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, uma vez que, se bem estruturadas e com a adoção de técnicas adequadas, são fortes aliadas do negócio desenvolvido, em especial da relação entre Operadora e cliente.

Neste viés, o trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica de caráter exploratório para a análise qualitativa do contexto histórico e social no qual surgiu a saúde suplementar e, posteriormente, o fenômeno da judicialização da saúde, bem como dos institutos disponíveis para o tratamento adequado dos conflitos propostos, com vistas à pacificação social. Utilizou-se, também, documentos produzidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Conselho Nacional de Justiça, a exemplo de relatórios de gestão, para a análise acerca do volume e do perfil das demandas e conflitos existentes, bem como a legislação legal e infralegal existente, a fim de verificar a orientação do ordenamento jurídico brasileiro sobre a temática proposta.

# 1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO CONTEXTO DA ORDEM JURÍDICA BRASILEIRA

## 1.1 O direito à saúde e a regulamentação do mercado de saúde suplementar

Em um cenário internacional de pós-guerra, o mundo voltou a sua atenção para a necessidade de proteção e resguardo das gerações vindouras, através da reunião de diversos Estados-Nação que objetivavam o alcance do bem-estar e da paz mundial, o que resultou na criação da Organização das Nações Unidas - ONU, em 1945<sup>2</sup>.

Nessa toada, com o objetivo de promover o cuidado das questões de saúde a nível global, grande parte dos países que compunham a ONU promoveram a criação da Organização Mundial de Saúde – OMS, cujo documento de constituição, em 1946, definiu que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” e “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”<sup>34</sup>.

Assim, para assegurar a busca de objetivos comuns em prol do ideal de dignidade da pessoa humana, em Assembleia Geral, a ONU proclamou a Declaração Universal dos Direitos

---

<sup>2</sup> Nos termos do preâmbulo da Carta das Nações Unidas: “NÓS, OS POVOS DAS NAÇÕES UNIDAS, RESOLVIDOS a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que por duas vezes, no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla.[...]”. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/carta-das-nacoes-unidas>.

<sup>3</sup> Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

<sup>4</sup> Segundo Nicola Abbagnano (2007), saúde é: “É condição de bem-estar da pessoa nas suas diferentes funções: físicas, mentais, afetivas e sociais; não se identifica com a simples ausência de doença, mas com a plena eficiência de todas as funções: orgânicas e culturais, físicas e relacionais. [...] uma vez que o conceito de S. [saúde] deve ser entendido não só em sentido físico, mas também psicológico e moral, e que se identifica com a ideia de bem-estar em referência à pessoa na sua totalidade, compete situar o problema da S. no horizonte antropológico, que comporta o tratamento de questões não simplesmente médicas, mas propriamente filosóficas, como as de natureza e norma”.

Humanos<sup>5</sup>, reconhecendo, em seu art. 25, que todos os seres humanos têm direito à garantia de um mínimo existencial capaz de assegurar saúde para si e sua família.

Apesar disso, no Brasil, o direito à saúde somente foi previsto como garantia fundamental com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nenhum dos textos constitucionais anteriores elevou o direito à saúde ao patamar atual, de direito fundamental, inerente à condição humana.

Por outro lado, a despeito da inércia dos poderes públicos, segundo Carvalho e Cecílio (2007), a assistência privada à saúde no Brasil surge no final dos anos de 1920, através de organizações beneficentes com fundos de auxílio mútuo criadas pelos trabalhadores, os quais buscavam a formação de reservas financeiras para uso em caso de doenças, acidentes, morte e outros; movimento este que ganhou força em 1923, através do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, mais conhecido como Lei Eloy Chaves, que instituiu o dever de criação de caixas de aposentadoria e pensões por parte das empresas de estradas de ferro no Brasil, com o objetivo de conferir aos contribuintes o direito de socorro médico em casos de doenças, medicamentos a preço especial, aposentadoria e pensão para herdeiros em caso de morte<sup>6</sup>.

Em paralelo, no que se refere à saúde pública, igualmente, não havia complexidade de instituições e serviços voltados para a assistência à saúde. Na realidade, na década de 1920, o governo brasileiro ainda estava organizando os serviços de saúde pública, a princípio, voltados para medidas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, o que culminou com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública através da Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920<sup>7</sup>.

As ações de saúde privada no país continuaram evoluindo sem a devida regulamentação e, como não havia entrave para a criação de novos negócios, novos modelos de prestação de serviços foram surgindo, juntamente com os conflitos inerentes à falta de compreensão integral das partes acerca do novo cenário nacional que vinha se formando.

Em 1944, um grupo de funcionários do Banco do Brasil criou a Caixa de Assistência do Funcionários do Banco de Brasil (CASSI), a qual ficou conhecida como a primeira empresa de

---

<sup>5</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

<sup>6</sup> BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Art. 9º. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm)

<sup>7</sup> BRASIL. Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>

autogestão em saúde do Brasil, que, futuramente, se tornaria a primeira Operadora de Planos de Saúde na modalidade de autogestão, em funcionamento até hoje<sup>8</sup>.

Já as empresas de saúde privadas, criadas na modalidade de medicina de grupo, surgiram nos anos 50, no setor da indústria automobilística no ABC Paulista, por meio de contratos coletivos empresariais, para garantir a assistência médica dos funcionários deste setor da economia (PFEIFFER, 2008).

Somente em 1953, através da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, com competência para a regulamentação e tratamentos dos problemas atinentes à saúde humana<sup>9</sup>. Contudo, mesmo em tal momento de maturação do setor, ainda não há a regulamentação da saúde privada. À época, segundo aponta Marcilene do Vale (2020, p. 26), os seguros-saúde eram o único segmento de assistência médica à saúde regulamentado pelo governo brasileiro.

Posteriormente, em 1966, o Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões e criou o Instituto Nacional de Previdência Social, o qual cederia espaço para o Sistema Único de Saúde em matéria de assistência médica nos anos de 1990. Ato contínuo, o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, instituiu a possibilidade de prestação de serviços medicina no sistema de pré-pagamento, sujeita à regulação e fiscalização do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP<sup>10</sup>, formato este bastante semelhante ao que seria regulamentado posteriormente como atividade inerente à saúde suplementar. Com isso, este ramo de atuação passou a se desenvolver de forma expressiva.

Ainda na década de 60, a partir da união de médicos paulistas, surgiu a primeira União dos Médicos – Unimed, na cidade de Santos/SP, em formato cooperativista, o que, após a

---

<sup>8</sup> Sobre a história da CASSI, ver artigo publicado em: [https://www.cassi.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=151&Itemid=426](https://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=151&Itemid=426).

<sup>9</sup> BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/1920.htm).

<sup>10</sup> Art 135. As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares, sujeitas ao que dispuser a Regulamentação desta Lei, às resoluções do CNSP e à fiscalização dos órgãos competentes.



regulamentação da saúde suplementar, tornaram-se as Operadoras constituídas sob a forma de Cooperativas Médicas<sup>1112</sup>.

A popularização deste mercado foi tão significativa que, segundo Bahia e Viana (2002), nos anos de 1980, a saúde suplementar já contava com cerca de 15 (quinze) milhões de clientes de planos de saúde não regulamentados, sem contabilizar os trabalhadores vinculados às autogestões. Para os autores, esse fato revela a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativa aos parcos e ineficientes serviços assistenciais públicos ofertados, o que também é apontado e complementado por Scheffer (2010, p. 25-27), quando este afirma que, além da precarização da saúde pública, outros fatores históricos como a industrialização do país; a recessão econômica dos anos 80 e a maior oferta de serviços de saúde por empresas médicas privadas, também contribuíram com o fomento da saúde suplementar no Brasil; e pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2004, p. 434), quando esta explica que a saúde suplementar também ganhou espaço a partir da trajetória paradoxal da política de saúde pública adotada no Brasil nos anos 80, a qual, ao mesmo tempo em que possuía caráter universalizante, era marcada por exclusão social e redução de investimento público.

Com perspectiva complementar, defende Marques (2008) que a ausência de regulamentação da atividade das operadoras de planos de saúde também contribuiu para a proliferação de operadoras e de contratos de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar em todo o país, pois não havia exigências específicas para a atuação no setor, tampouco para a oferta dos serviços<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Dados disponíveis em: <http://memoria.unimed.coop.br/memoria/historias/detalhes/60>.

<sup>12</sup> Os tipos de operadoras em saúde suplementar estão regulamentados através da Resolução de Diretoria Colegiada ANS nº 39 de 27 de outubro de 2000. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mzgw>

<sup>13</sup> Em outra perspectiva, mas não menos importante, afirmam Paulo Faveret e Pedro Jorge de Oliveira (1990, p. 149-153) que as inovações financeiras que surgiram nos anos 80 propiciaram a aparição de, pelo menos, três instrumentos de financiamento ao acesso aos serviços de saúde no Brasil: planos de saúde individuais, os quais permitiam o acesso à saúde por parte das camadas médias da população; planos de seguro coletivos com a participação financeira de empresas privadas, em formato de benefício em favor de seus empregados, o qual apresentava maior capacidade de expansão; e as caixas de assistência próprias das empresas estatais, as quais já existiam anteriormente e continuaram a se fortalecer no referido período. Tais instrumentos, somados à capacidade de consumo das camadas médias da população, levaram à acomodação do sistema de saúde brasileiro ao aspecto dual público e privado, o qual alcançava não só a classe média, mas incluía as camadas mais baixas da população, as quais mantinham vida laboral ativa.

Por outro lado, igualmente como consequência de tal inércia legislativa, houve o crescimento desordenado do setor, o qual era composto por um rol extenso e diversificado de prestadores de serviços, sem qualquer padronização ou controle de qualidade: profissionais e estabelecimentos de saúde privados, que prestavam serviços mediante ajuste de contraprestação direta com os consumidores; seguradoras que ofereciam ao mercado contratos de seguro-saúde, os quais, por meio do pagamento de um prêmio fixo, ofereciam reembolso e/ou cobertura de procedimentos; operadoras de planos de assistência à saúde que ofertavam a prestação de serviços à população em geral, com contraprestação prefixada; e as operadoras de planos fechados de assistência à saúde, as quais possuíam como público alvo as pessoas naturais vinculadas a sociedades empresárias, indústrias, associações, sindicatos e entidades de classe.

Soma-se a isso a enorme assimetria de informações gerada entre operadoras e consumidores, que não possuíam parâmetros de atuação para desenvolver a atividade no país, tampouco buscaram construí-los de modo verdadeiramente democrático e colaborativo, desencadeando inúmeros conflitos no contexto da prestação de serviços privados de assistência à saúde e, mais tarde, a regulamentação efetiva das atividades desenvolvidas pelas Operadoras de Planos de Saúde<sup>14</sup>.

Na realidade, antes da Constituição Federal de 1988 e das normas regulamentadoras que surgiram na década de 1990, os beneficiários do sistema de saúde suplementar contavam somente com a restrita normatização conferida pelo Decreto-Lei nº 73/66 e pelo Código Civil de 1916, o qual era regido principalmente pelo princípio da autonomia da vontade, que, segundo SARMENTO (2010, p. 174), possui como origem a ideia de que o ser humano possui discernimento suficiente para realizar escolhas e deve ser livre para segui-las, desde que não ofenda o direito do outro.

---

<sup>14</sup> Segundo GOMES, 2020, p.80, mesmo após a promulgação da CF/88, com a elevação da saúde à condição de direito fundamental constitucional e a determinação de normatização do setor de saúde, o legislador infralegal se manteve inerte até 1998, restando à sociedade a regulação autônoma da prestação dos serviços de saúde, sem qualquer parametrização, o que causou imenso desequilíbrio nas relações entre beneficiários e Operadoras de Planos de Saúde, com a imposição da vontade destas, em detrimento dos anseios e necessidades dos consumidores.

Com a nova Constituição Federal, o direito à saúde foi positivado como garantia fundamental e direito social em favor de todos os cidadãos, expressamente reconhecido como de relevância pública e livre à iniciativa privada<sup>15</sup>.

Nesse contexto, por se tratar de matéria de relevância pública, isto é, considerada essencial e prioritária à comunidade, e, principalmente, após a vigência do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), foi necessário que o Poder Público passasse a controlar, fiscalizar e incentivar a saúde suplementar (MODESTO, 2005, p. 19), a qual, como afirma Figueiredo (2012), atualmente se trata de ramo do direito econômico que disciplina a atividade de prestação de serviços de assistência privada à saúde e as relações das partes envolvidas, sob regulação e fiscalização estatal.

Relata Josiane Araújo Gomes (2020, p. 83), que, apesar de o Código de Defesa do Consumidor ter auxiliado na limitação da atuação das Operadoras de Planos de Saúde, vedando a prática de condutas abusivas, a ausência de normas reguladoras específicas sobre o setor de saúde suplementar ainda era um entrave na década de 90, pois inúmeros institutos inerentes ao setor não eram alcançados pela legislação civil e consumerista existente à época, a exemplo dos prazos de carência para acesso aos serviços contratados, reajustes aplicáveis e hipóteses de rescisão contratual.

Mesmo assim, a regulação definitiva do setor pelo Poder Público somente veio a ocorrer no ano de 1998, com vigência da Lei dos Planos de Saúde, Lei nº 9.656/1998, seguida da MP

---

<sup>15</sup> Nos termos da CF/88, tem-se que: Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

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

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

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

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

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

nº 1.665 e, ainda, da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com a Lei nº 9.961/2000.

Sobre este cenário, Montone (2004) descreve que o projeto da Lei dos Planos de Saúde<sup>16</sup>, aprovado na Câmara Federal, foi objeto de intensos debates no Senado, os quais motivaram várias alterações para atender às reivindicações da sociedade. As modificações foram efetivadas por meio de medidas provisórias, após negociação prévia entre o Congresso e o Governo, as quais fixaram o início da vigência da referida norma para o dia 2 de janeiro de 1999 (GREGORI, 2007).

Inicialmente, a Lei dos Planos de Saúde regulamentava o sistema de saúde suplementar de forma dividida (CONASS, 2007, p. 41): a primeira parte da norma concentrava disposições de natureza eminentemente econômica, voltada para o registro e autorização de funcionamento das operadoras, com as regras sobre reajustes e atos de fiscalização; e a segunda parte para as regras de natureza assistencial, direcionada para a regulamentação das coberturas obrigatórias, da qualidade dos serviços e suas correspondentes normas de fiscalização (MONTONE, 2004).

Com isso, segundo aponta Marcilene do Vale (2020, p. 60), ao Ministério da Fazenda, através da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, competia a regulação dos assuntos de natureza econômica; e ao Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS e do Departamento de Assistência à Saúde – DESAS, a regulação dos aspectos assistenciais, seguida da criação do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, como órgão regulador.

De acordo com Ferreira Filho (2018), a Lei dos Planos de Saúde surgiu também para regulamentar questões que já vinham sido intensamente debatidas junto ao Poder Judiciário, agregando a ótica do Código de Defesa do Consumidor a esse setor da economia, tornando-se, assim, a principal norma competente para a balizar a solução dos conflitos decorrentes das relações de consumo de planos de saúde, inerentes à atividade desenvolvida pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Observa-se, assim, que a primeira tentativa efetiva de apaziguar os conflitos no setor consistiu na sua regulamentação.

---

<sup>16</sup> Projeto de Lei nº 4425, de 3 de março de 1994. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=221429>

No entanto, mesmo após intensos debates, a própria Lei nº 9.656/1998 também foi alvo de severas críticas logo após a sua publicação, por, em um primeiro momento, supostamente não privilegiar o interesse público, fato que levou à sua alteração substancial em seguida, conforme apresentam Carvalho e Cecílio (2007) em quadro comparativo publicado em 2007. A verdade é que o mercado de saúde suplementar nasceu em um palco de conflitos.

De toda forma, após a estabilização do texto da Lei dos Planos de Saúde, em 28 de janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS através da Lei nº 9.961/2000, a qual, a partir de 2001<sup>17</sup>, concentrou as competências de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde<sup>18</sup>.

Segundo a ANS (2002), a regulamentação da saúde suplementar, principalmente a exercida pela competente Agência Reguladora, tinha como objetivo geral corrigir e atenuar as falhas de mercado, como a assimetria de informação entre as partes envolvidas e a seleção de riscos, que acontecia em duas situações: quando a Operadora buscava garantir cobertura assistencial para riscos menores, com menor custo; e, do outro lado, quando o consumidor somente buscava a contratação de um plano de saúde, por já ter sido acometido de uma situação que lhe levaria ao maior consumo dos serviços contratados; fato que colocaria a contratação firmada em situação de maior risco.

Para tanto, a partir da publicação da Lei nº 9.656/1998, as operadoras que atuavam livremente no Brasil passaram a ter a sua atividade controlada pela ANS, com a exigência de autorização de funcionamento para atuar no mercado, bem como a subordinação às regras de intervenção e liquidação extrajudicial criadas pela Agência, com a necessidade de prestação de garantias financeiras, e profissionalização da gestão (CONASS, 2007, p. 41). O aspecto assistencial também passou a ser regulamentado fortemente.

Surgem novas classificações de contratos de prestação de serviços de saúde privada, a começar pelo aspecto temporal. Os contratos de planos de saúde celebrados até a data de

---

<sup>17</sup> Em 2001, através da Medida Provisória de nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, a Lei nº 9.656/1998 foi alterada de modo a separar o mercado de seguros do mercado de saúde suplementar, retirando a SUSEP do âmbito de regulamentação, controle e fiscalização deste setor.

<sup>18</sup> Lei nº 9.961/2000: Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

vigência oficial da Lei nº 9.656/1998, isto é, em data anterior à regulamentação do setor, passaram a ser classificados como contratos antigos, não regulamentados, protegidos pelos institutos do ato jurídico perfeito e da segurança jurídica efetivamente consagrados através da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931<sup>19</sup> e não alcançados pelas novas regras em vigor. Já os contratos celebrados sob a égide da Lei dos Planos de Saúde foram classificados como regulamentados, com dever de observância obrigatória às normas legais e infralegais publicadas, em especial às editadas pela ANS.

Em paralelo, através da Lei nº 8.080/1990, organizava-se o Sistema Único de Saúde. Assim, a possibilidade da prestação dos serviços de saúde pela iniciativa privada criou as bases de um modelo híbrido de atenção à saúde no Brasil, com a coexistência dos setores público e privado<sup>20</sup> regulamentados (GREGORI, 2011, p. 39). Àquele, de cobertura universal, sem necessidade de contraprestação específica, a ser cobrado do Estado. E o privado, semelhante ao mercado de seguros, no qual os beneficiários realizam aportes financeiros específicos para a obtenção dos serviços de assistência adequados a sua necessidade (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990; MINECUCCI, 2007).

Nesse contexto, cumpre destacar o que afirma Varella (2014, p. 122), sobre o financiamento da saúde suplementar:

“[...] o modelo atual se baseia no conceito de mutualismo, que vem da área de seguros: um grupo de pessoas se junta, se cotiza e gera uma receita através do pagamento individual de mensalidades; o valor total arrecadado é usado para pagar as despesas decorrentes do atendimento à saúde de integrantes desse grupo. Como são várias pessoas, os custos se diluem, o preço do plano se reduz e eles podem ter acesso a serviços que teriam dificuldade de custear individualmente”.

Conclui-se, assim, que todas as pessoas que integram a saúde suplementar são interdependentes, o que significa que a ação individualizada de um beneficiário<sup>21</sup> pode impactar no direito de acesso aos serviços de saúde contratados pelos demais.

---

<sup>19</sup> Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189>.

<sup>20</sup> O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema (BRASIL, 2007).

<sup>21</sup> “Beneficiário de plano privado de assistência à saúde, masc. Sin. Beneficiário; Consumidor; Consumidor de plano de saúde; Segurado; Usuário; Usuário de plano privado de assistência à saúde. Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. Notas: i) O beneficiário de plano privado de assistência à saúde pode ter contrato assinado com mais de uma operadora e/ou

Segundo dados divulgados pela ANS<sup>22</sup>, a saúde suplementar, até agosto de 2021, possuía aproximadamente 77.000.000 (setenta e sete milhões) de beneficiários, entre clientes de planos de saúde com cobertura médico hospitalar e clientes de planos de saúde odontológicos, ultrapassando a marca de 1.000.000.000 (um bilhão) de procedimentos realizados em 2020<sup>23</sup>.

Essa informação demonstra que, apesar de o Estado ter sido constitucionalmente incumbido do dever de prestação dos serviços de saúde, ainda não é capaz de atender à população em suas esferas de competência, seja no que se refere à vigilância sanitária; à vigilância epidemiológica; à saúde do trabalhador; ou à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica<sup>24,25</sup>.

Para sanar tais dificuldades, alguns autores defendem, inclusive, que o Estado e a legislação vigente visam transferir parte das responsabilidades constitucionais daquele, ameaçando o equilíbrio do setor de saúde suplementar, quando, na verdade, deveriam criar incentivos para o seu desenvolvimento, de modo que este pudesse se manter sustentável frente às inúmeras obrigações que lhes são impostas (CASTELI JÚNIOR; GIMENES; ZIROLDO, 2013).

Não se pode olvidar da participação crucial da saúde suplementar no enfrentamento da pandemia COVID-19, em que aproximadamente 48.000.000 (quarenta e oito milhões) de brasileiros, isto é, 25% (vinte e cinco por cento) da população nacional, tiveram o seu direito à saúde resguardado através da atuação das Operadoras de Planos de Saúde, com a sua respectiva rede de prestadores e profissionais, o que resultou em maior busca para a celebração de contratos de prestação de serviços de saúde privado, com o conseqüente crescimento do setor, conforme registra a ANS em seu Portal<sup>26</sup>.

---

em mais de um plano, cada qual constituindo um vínculo distinto; cada vínculo corresponde a uma tríade beneficiário-plano-operadora diferente. ii) Esse termo é o formalmente preferido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)” (BRASIL, 2017, p. 28).

<sup>22</sup> Dados disponíveis em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-setor-mantem-evolucao-em-agosto>

<sup>23</sup> Dados disponíveis em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-realizaram-1-3-bilhao-de-procedimentos-em-2020>

<sup>24</sup> A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre a abrangência e competências do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

<sup>25</sup> Segundo dados divulgados pela Agência Brasil, a maior parte dos brasileiros classificam a saúde no Brasil como “péssima, ruim ou regular”. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-06/para-89-dos-brasileiros-saude-e-considerada-pessima-ruim-ou-regular>

<sup>26</sup> Dado disponível no campo de acesso à informação, dados do setor: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>

Inferre-se, portanto, que a saúde suplementar desempenha papel essencial do contexto do sistema nacional de saúde, realmente digno de atenção e regulação eficaz, uma vez que, considerando a quantidade de pessoas atendidas e procedimentos realizados em âmbito privado, o Estado, que já apresenta dificuldades nesse sentido, não suportaria a assunção dos custos assistenciais dos beneficiários de planos de saúde através do Sistema Único de Saúde (CASTELI JÚNIOR; GIMENES; ZIROLDO, 2013). Pela mesma razão, este setor também merece maior cuidado para o tratamento dos litígios que surgem a partir de suas deficiências, com o objetivo de não prejudicar a sua manutenção e sustentabilidade.

Para tanto, é necessária melhor articulação entre a saúde pública e a saúde privada através da criação de políticas públicas coerentes com a legislação em vigor, em especial, as normas técnicas publicadas pela ANS, a fim de que não haja transferência de deveres constitucionais ao ente privado que, em essência, foi regulado para atuar na prevenção de doenças, bem como na recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da Lei nº 9.656/1998 e do contrato firmado com os beneficiários, ou seja, de forma previsível e limitada, consoante elucida o art. 35-F deste diploma normativo. Por outro lado, enquanto isso não acontece de forma suficiente, os agentes da saúde suplementar devem buscar o verdadeiro exercício de sua função social, aprimorando a sua atuação a partir do desenvolvimento adequado da relação de prestação de serviços privados de assistência à saúde, sobretudo no que tange ao seu contato com o consumidor, destinatário de seus esforços. Eis a motivação desta pesquisa.

## **1.2 O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar: criação, finalidade e competências**

Nos anos 90, em um contexto de crise sociopolítica<sup>27</sup>, na qual o Estado brasileiro foi questionado por sua incapacidade de atender às necessidades da população de forma satisfatória mesmo diante de sua estrutura acentuada, iniciou-se a fase em que a Administração Pública assumiu formato gerencial<sup>28</sup> e não mais tão intervencionista e burocrático como outrora.

---

<sup>27</sup> Segundo o plano diretor da reforma do aparelho do Estado (BRASIL, 1995, p. 9), no Brasil, o processo de crescimento da intervenção dos Estados na economia e em vários outros setores da vida social ensejou a instauração de uma crise nacional: "A crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado. Em razão do modelo de desenvolvimento que governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação".

<sup>28</sup> Conforme o plano diretor da reforma do aparelho do Estado: "A administração pública gerencial vê o cidadão como contribuinte de impostos e como cliente dos seus serviços. Os resultados da ação do Estado são considerados bons não porque os processos administrativos estão sob controle e são seguros, como quer a administração pública



Conforme afirma Maria Stella Gregori (2006), houve uma mudança no enfoque da gestão pública, com o direcionamento para o alcance de resultados, levando em consideração as premissas de economicidade e de eficiência na administração pública, a qual alcançou *status* constitucional.

Para a materialização do modelo brasileiro de Estado Regulador, a Constituição Federal de 1988 previu, em seu art. 174, as competências de normatização e regulação da atividade econômica, juntamente com as funções de fiscalização, incentivo e planejamento desta, e foi alterada pela Emenda Constitucional nº 19 de 1998, a qual, por sua vez, juntamente com os demais princípios que passaram a reger a Administração Pública (legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade), introduziu expressamente no texto constitucional o princípio da eficiência (art. 37, caput, CF de 1988), definido por Inocêncio Mártires Coelho (2009, p. 884) como a ordem para que os gestores da coisa pública empenhem os melhores esforços em sua atividade, otimizando a alocação dos recursos destinados pela sociedade para a satisfação de suas necessidades, de modo a praticar uma boa administração.

Surgem, então, as agências reguladoras de forma especializada e setorializada, com o papel de aproximar a Administração pública e o particular, para garantir a efetividade dos direitos individuais e coletivos previstos na Constituição Federal de 1988, por meio da sustentação de uma postura ativa, técnica e imparcial, através de ações de normatização; fiscalização; orientação; incentivo e planejamento<sup>29</sup>.

Segundo Alexandre Santos de Aragão (2004, p. 37),

A regulação estatal da economia é o conjunto de medidas legislativas, administrativas e convencionais, abstratas ou concretas, pelas quais o Estado, de maneira restritiva da liberdade privada ou meramente indutiva, determina, controla ou influencia o comportamento dos agentes econômicos, evitando que lesem os interesses sociais definidos no marco da Constituição e orientando-os em direções socialmente desejáveis.

Assim, foram conferidas competências às agências reguladoras que as aproxima dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário simultaneamente, mas de forma especializada, com

---

burocrática, mas porque as necessidades do cidadão-cliente estão sendo atendidas." BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, 1995.

<sup>29</sup> Constituição Federal de 1988: Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

vistas ao alcance de objetivos específicos em prol da sociedade. Nas palavras de Salvatori e Ventura (2012, p. 471-487), estes órgãos

“Atuam como poder executivo, quando fiscalizam atividades e direitos econômicos; como poder legislativo, quando publicam normas e procedimentos com força legal sobre o setor regulado; e como poder judiciário, ao julgar e impor sanções aos regulados”.

Sobre essa combinação de competências, defendem Menezello (2002), Ventura (2004), Nunes, Ribeiro e Peixoto (2007) que a delegação de atividades típicas do Poder Legislativo e Executivo às agências reguladoras é necessária, a fim de que estas realmente consigam cumprir seu papel de agente regulador, atendendo aos anseios de um setor específico da sociedade, uma vez que somente o uso de leis e normas gerais não são capazes de realmente defender e regular o interesse público (VENTURA, 2004, p. 144), pois não tratam das situações particulares inerentes a cada mercado e não promovem a elaboração de diretrizes mais adequadas para estes, o que é possível através de um órgão técnico e especializado, a exemplo das agências.

Além disso, afirma Di Pietro (2004) que a setorização confere capacidade às agências reguladoras de organizar e manter o equilíbrio do setor regulado, bem como de promover a resolução dos conflitos entre o poder concedente, os concessionários e os usuários dos serviços, o que é de fundamental importância para a subsistência de tais relações.

Nesse contexto, a primeira agência de regulação criada no Brasil foi a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), através da Lei 9427 de 26 de dezembro de 1996. Já a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) foi criada através da Lei 9.472, de 16 de julho de 1997, vinculada ao Ministério das Comunicações, com base no decreto 2338, de 7 de outubro de 1997.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por sua vez, foi criada em 1999, através da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, com competência para definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, dentre outras, normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde<sup>30</sup>, o que já representou avanço no setor de saúde no Brasil. Nessa toada, alguns meses depois, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) por meio da Medida Provisória de nº 1.928, de 25 de janeiro de 1999, posteriormente convertida na Lei nº 9.961/2000.

---

<sup>30</sup> BRASIL, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

A ANS foi criada como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde<sup>31</sup>, com atuação em todo o território nacional e competência para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde<sup>32</sup>, orientada pela finalidade institucional de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”<sup>33</sup>.

Nesse ponto, cumpre destacar que diferentemente das demais agências reguladoras criadas no país, a ANS não nasceu com a função de regular diretamente serviços públicos privatizados, mas uma atividade econômica originalmente privada, há anos estabelecida no Brasil sem regulamentação específica e marcada pela assimetria de informação entre os seus agentes, com o desafio de condicionar o exercício da livre iniciativa, da livre concorrência e do direito de propriedade à normatização de um novo mercado, com acesso e permanência que deixaram de ser livres e passaram a ser controlados<sup>34,35</sup>; o que demandou enorme esforço durante o processo inicial de normatização do setor para a conciliação dos interesses envolvidos e, principalmente, a observância das regras já estabelecidas na Lei nº 9.656/1998.

Destaca Montone (2004, p. 17) que o desafio de regular a saúde suplementar imputado à ANS era visível e incontestável, haja vista a atividade privada a ser regulada já existia e era extremamente complexa desde a sua gênese, bem como se tratava de um setor essencial como a saúde, sem qualquer regulação prévia pelo Estado; conclusão com a qual concorda Maria Stella Gregori (2007, p. 68).

---

<sup>31</sup> Segundo Cunha, “No âmbito da competência federal, por força do princípio da especialidade, a atividade administrativa de fiscalização do setor privado de saúde foi descentralizada por outorga da titularidade dessa função a uma entidade especializada na administração indireta, criando-se, por lei, a ANS, que passou a exercer efetivamente a titularidade de uma competência que, até então, se situava na administração centralizada (Ministério da Saúde”. CUNHA, Paulo César Melo da. *A Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2003.

<sup>32</sup> Art. 1º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

<sup>33</sup> Art. 3º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

<sup>34</sup> ANS. Relatório de Gestão - Diretoria de Fiscalização - 1999-2002/2003-2005.

<sup>35</sup> Sobre o tema, afirmou a própria ANS ainda que “A ANS, tal como a Agência de Vigilância Sanitária e suas congêneres, instituídas para regular monopólios estatais que passaram ao domínio foram privatizados, possui autonomia de orçamento e de decisão. Todas as agências reguladoras assemelham-se, quanto à estrutura, às dos setores de telecomunicações, de energia elétrica e de petróleo. Diferem, contudo, quanto à natureza das ações reguladoras. Pois as agências dos setores de comunicações e de energia voltaram-se para a formação e a diversificação dos mercados. As de saúde tinham a intenção de constituir mecanismos, estatais, mais afazeres de fiscalização e controle de preços”. Brasil. Ministério da Saúde. *Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde suplementar*. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

Um primeiro desafio normativo para a ANS referiu-se à definição precisa de suas funções reguladoras. Nos setores industriais, as agências seguiram os marcos da reforma do Estado, com o objetivo de formação e diversificação de mercados. Já a ANS, ao contrário, surgiu em função das falhas de mercado observadas na relação entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os consumidores, com a missão de corrigir tais imperfeições já existentes, com vistas à pacificação do setor (VALE, 2020, p. 71)<sup>36</sup>, encarnando, segundo Scheffer (2010, p. 41), um modelo jurídico de regulação que pressupõe a complicada intermediação entre o setor público e o setor privado.

Com base nisso, pontua Ribas (2009) que a ANS destina a sua atuação em prol da produção da saúde, através do mapeamento das relações entre os agentes que a promovem (Operadoras, estabelecimentos de saúde e consumidores), buscando intervir no setor de maneira acertada para a indução de condutas assistenciais favoráveis à construção de novos processos e práticas de micro e macrorregulação, com vistas ao aperfeiçoamento setorial, sendo de suma importância ressaltar que, quando se trata de oferta, o sistema de saúde brasileiro é garantido sobretudo por serviços privados, constituindo-se em um dos maiores mercados de prestação de serviços de saúde no mundo<sup>37</sup>. Logo, devido à sua importância, não restaram dúvidas a respeito da necessidade de promover sérios esforços regulatórios em favor da saúde suplementar, com foco no desempenho do sistema de saúde, de modo a fomentar uma prestação de serviços de assistência eficiente, justa e adequada para atender aos anseios e sanar as carências da população, como defendem Louise Pietrobon, Martha Lenise do Prado e João Carlos Caetano (2008).

Para tanto, nos termos da Lei nº 9.961/2000, a ANS foi criada com autonomia administrativa, materializada pela possibilidade de modulação independente de seus instrumentos de gestão; autonomia financeira e patrimonial, com previsão de receitas de arrecadação própria, a exemplo das Taxas de Saúde Suplementar cobradas das Operadoras de Planos de Saúde<sup>38</sup>; autonomia em suas decisões técnicas, caracterizada pelo método de eleição

---

<sup>36</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

<sup>37</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

<sup>38</sup> Resolução Normativa ANS nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, a qual dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

de seus dirigentes e ingresso de seus servidores; bem como amplo poder normativo definido em lei, o qual abrange ações de regulação, controle e fiscalização sobre saúde suplementar.

Definidas tais características, a sua lei de criação também definiu as matérias de competência da ANS, as quais, segundo Cechin (2008, p. 39), podem ser agrupadas da seguinte forma: a) controle das condições de ingresso e retirada das Operadoras de Planos de Saúde e seus produtos do mercado, com a edição de normas sobre registro e autorização de funcionamento; b) definição de segmentações e condições de acesso à coberturas assistenciais contratadas; c) regulamentação de aspectos econômico-financeiros das Operadoras e seus produtos; e d) ações de fiscalização e controle.

Desse modo, em consonância com o disposto na Lei nº 9.656/1998, a ANS, através dos atos praticados por suas diretorias técnicas, estipula e controla a obrigação de registro e obtenção de autorização de funcionamento das empresas que desejam atuar como Operadoras de Planos de Saúde, bem como possui competência determinar o encerramento de suas atividades, por meio de liquidação extrajudicial<sup>39</sup>; define as características dos contratos de prestação de serviços celebrados entre Operadoras e clientes<sup>40</sup>; elabora o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o qual consiste em referência para fins de cobertura assistencial dos planos de saúde<sup>41</sup>; estabelece parâmetros de qualidade para os serviços e agentes que integram o setor; regula a aplicação de reajustes sobre o valor das mensalidades do plano de saúde contratado e as regras de rescisão contratual; bem como cria mecanismos e instrumentos para promover a gestão e a resolução adequada dos conflitos existentes entre Operadoras, estabelecimentos de saúde e consumidores, a exemplo da unidade organizacional de ouvidoria<sup>42</sup>; dentre outras competências.

Nesse ponto, merece destaque o pensamento de Augusto e Bernardo Dahinten (2021), quando afirmam que, graças à ANS, a atividade das Operadoras de Planos de Saúde é efetivamente regulada, de modo que lhes resta pouco espaço para a prática de atos de discricionariedade e liberdade, em prejuízo dos consumidores. Ademais, com a atuação da ANS também há redução da assimetria de informação entre as partes, na medida em que a Agência

---

<sup>39</sup> Resolução Normativa de nº 316, de 30 de novembro de 2012, a qual dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde.

<sup>40</sup> Instrução Normativa nº 23, de 02 de dezembro de 2009 da DIPRO ANS.

<sup>41</sup> Atualmente materializado pela Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.

<sup>42</sup> Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013.

disponibiliza uma gama de informações sobre o mercado de saúde, sobre seus atores, produtos, serviços, bem como no que se refere a direitos e deveres dos contratantes. Por conseguinte, a multiplicidade e o aumento do número de reclamações no setor podem ser creditados, ainda que em parte, ao momento jurídico-constitucional de direitos em que se vive, bem como ao conhecimento ampliado da população sobre as questões relacionadas aos serviços de saúde disponibilizados no mercado, mas não à ausência de regulamentação.

As diretorias que compõem a ANS são<sup>43</sup>: Diretoria Colegiada; Diretoria de Desenvolvimento Social (DIDES); Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE); Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO); Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e Diretoria de Gestão (DIGES).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, destaca-se a Diretoria Colegiada (DICOL), à qual cabe a edição das normas de competência da ANS, e a Diretoria de Fiscalização (DIFIS), a qual, nos termos do art. 11 da Resolução Regimental nº 01/2017 ANS, tem como atribuição e competência mais abrangente a fiscalização das Operadoras de Planos de Saúde em prol do cumprimento da legislação vigente, bem como, de forma mais específica, a promoção de medidas que visem à mediação efetiva dos interesses dos agentes regulados, para a resolução consensual dos conflitos instaurados.

Sobre o tema, cumpre ressaltar que os atos de fiscalização são praticados pela ANS de forma contínua e de duas maneiras: reativa e ativa. À luz do relatório de gestão publicado pela própria Agência em seus primeiros anos de atuação<sup>44</sup>, a fiscalização reativa é aquela que depende de estímulos externos para acontecer, isto é, é praticada a partir das denúncias de infração à legislação registradas por terceiros, sejam consumidores, prestadores de serviços ou, até mesmo, outras Operadoras. Já a fiscalização proativa é exercida de ofício pela Agência, a partir do estudo das informações coletadas das Operadoras e do mercado diariamente, com o objetivo de inibir condutas, corrigir comportamentos e defender o interesse público em saúde suplementar, visando, ainda, a redução do volume de demandas inerente à fiscalização do tipo reativa.

---

<sup>43</sup> A estrutura organizacional da ANS está prevista na Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017, com as suas respectivas alterações.

<sup>44</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. Relatório de Gestão - Diretoria de Fiscalização - 1999-2002/2003-2005.

Em ambos os casos, conforme elucidam as Resoluções Normativas nº 323, de 03 de abril de 2013<sup>45</sup> e nº 483, de 29 de março de 2022<sup>46</sup>, a ANS estimula a resolução consensual dos conflitos instaurados antes da lavratura de qualquer auto de infração, seja junto aos beneficiários, como é o caso do atendimento realizado pelas unidades organizacionais de ouvidoria e do procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar – NIP<sup>47</sup>, os quais serão melhor estudados nos próximos capítulos, ou no âmbito da própria Agência, durante a efetivação de seus ciclos de fiscalização<sup>49</sup>, o que denota a oportunidade que as Operadoras de Planos de Saúde detém para mitigar riscos e solucionar conflitos, com e sem a intervenção da Agência.

### **1.3 Contratos de planos de saúde: natureza jurídica, legislação aplicável, partes envolvidas e conflitos decorrentes**

Segundo informações prestadas pela ANS<sup>50</sup>, em análise do perfil das demandas de reclamação registradas pelos consumidores de planos de saúde, verifica-se que mais de 99% (noventa e nove por cento) delas versa sobre temas regulados através das normas de editadas pela Agência e do contrato de prestação de serviços de assistência médica celebrado entre as partes, o que, conforme pesquisa apresentada pelo Conselho Nacional de Justiça<sup>51</sup>, também

<sup>45</sup> Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MjQwNA==>

<sup>46</sup> Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE0Mw==>

<sup>47</sup> Resolução Normativa nº 483/2022. Art. 5º O procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde - operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual. Parágrafo único. A NIP é classificada em: I - NIP assistencial: a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial; e II - NIP não assistencial: a notificação que terá como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

<sup>48</sup> Segundo a ANS, a NIP tem alcançado índice de resolução de demandas superior a 90%, de forma ágil e eficiente. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-10-anos-da-nip-ferramenta-para-resolucao-de-conflitos-entre-beneficiarios-e-planos-de-saude>.

<sup>49</sup> Resolução Normativa nº 388/2015. Art. 45. Considera-se ciclo de fiscalização o período semestral de acompanhamento de todas as demandas processadas no procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP. §1º A contagem do período do primeiro ciclo de fiscalização se dará a partir da data de vigência da presente resolução, contando-se os demais subsequentemente. § 2º O ciclo de fiscalização servirá de base para o cálculo do indicador de fiscalização.

<sup>50</sup> A ANS traz em seu Portal informações gerais consolidadas sobre o mercado de saúde suplementar e as atualiza periodicamente. Dentre os dados compilados, consta o perfil das demandas instauradas pelos consumidores em face das Operadoras, junto à ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> . Acesso em: 13/12/2021.

<sup>51</sup> Pesquisa disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/contendo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf> . Acesso em: 13/12/2021.

acontece perante o Poder Judiciário. Tal constatação faz surgir questionamentos a respeito da possível captura<sup>52</sup> da ANS para a defesa de interesses econômicos das Operadoras de Planos de Saúde, em detrimento do interesse público na assistência suplementar à saúde, o qual, nos termos do art. 3º da Lei nº 9.961/2000, deveria ser a sua finalidade institucional.

Ocorre que, consoante será demonstrado no capítulo seguinte, segundo pesquisa realizada pelo CNJ, a grande origem dos conflitos em saúde suplementar reside no desconhecimento da população e do Judiciário a respeito das normas que regem a prestação dos serviços de assistência médica e odontológica em saúde suplementar. Pode-se afirmar, assim, que o estudo dos contratos de planos de saúde é imprescindível para a análise dos conflitos decorrentes de suas disposições.

Segundo Francisco Amaral (2002), a declaração de vontade destinada a produzir efeitos de constituir, modificar ou extinguir relações jurídicas consiste na definição de negócio jurídico, o qual é materializado pelo contrato e regulamentado pelo Código Civil Brasileiro. Por conseguinte, diante do conceito de Plano Privado de Assistência à Saúde previsto no art. 1º, I, da Lei nº 9.656/1998, infere-se que o contrato de plano de saúde é um negócio jurídico que, para ser válido, deve possuir: agentes capazes, isto é, Operadoras de Planos de Saúde devidamente registradas junto à ANS e contratantes civilmente aptos para a prática dos atos da vida em sociedade; objeto lícito, possível, determinado ou determinável, qual seja, a prestação de serviços de assistência à saúde de acordo com a legislação vigente; e forma prescrita ou não defesa em lei<sup>53</sup>, o que obsta a comercialização de produtos que não se enquadrem nas definições previstas na Lei nº 9.656/1998, por parte das Operadoras.

Nos termos do art. 1º, da Lei nº 9.656/1998,

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: 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

---

<sup>52</sup> Thiago Delazzari Melo (2010), em sua dissertação de mestrado defendida junto à Universidade Federal de Pernambuco, define tal instituto como a possibilidade de a regulação vir a favorecer os entes regulados economicamente mais fortes, os quais, em prol da proteção de seus interesses, capturam as Agências Reguladoras que, corrompidas, passam a aplicar inadequadamente ou, até mesmo, não aplicar a lei, distanciando-se de sua função regulatória, a qual deveria ter como objetivo real a promoção da satisfação do interesse público.

<sup>53</sup> Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, art. 104.



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;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Do mesmo modo, os contratos de planos de saúde também se enquadram na definição de contrato de consumo, conceituado por Tartuce (2012, p. 219), como “negócio jurídico pelo qual alguém que desenvolve atividade de forma profissional fornece produto ou presta serviço a um destinatário final, fático e econômico, denominado consumidor, mediante remuneração direta ou vantagens indiretas”, com natureza de contrato de adesão<sup>5455</sup>, uma vez que, a rigor, não permitem negociação livre e irrestrita de seus termos e cláusulas entre as partes.

Em definição simples, Josiane Araújo Gomes (2020), conceitua o contrato de plano de saúde como negócio jurídico típico de consumo, em que a Operadora se compromete com a prestação de serviços médico-hospitalares em favor do consumidor contratante que, por sua vez, tem o dever de adimplir as contraprestações mensais negociadas, de acordo com a cobertura contratada. É, ainda, um contrato de adesão, pois a sua elaboração é feita de forma prévia e unilateral por parte da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com as determinações da legislação vigente, cabendo ao contratante aderir ou não à proposta

<sup>54</sup> Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo. Lei nº 8.078/1990.

<sup>55</sup> Sobre essa modalidade de contratação, preleciona Marques que o contrato de adesão é “aquele cujas cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pelo parceiro contratual economicamente mais forte (fornecedor), *ne varietu*, isto é, sem que o outro parceiro (consumidor) possa discutir ou modificar substancialmente o conteúdo do contrato escrito”. MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 6. ed. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 76. Já Caio Mário elucida que “chamam-se contratos de adesão aqueles que não resultam do livre debate entre as partes, mas provêm do fato de uma delas aceitar tacitamente cláusulas e condições previamente estabelecidas pela outra. [...] Normalmente, ocorre este contrato nos casos de estado de oferta permanente (v. nº 188 supra), por parte de grandes empresas concessionárias de serviços públicos ou outras, ou que estendam seus serviços a um público numeroso, quando já têm pronto, e oferecido a quem deles de utiliza, seu contrato-padrão, previamente elaborado e às vezes aprovado pela Administração”. PEREIRA, Caio Mário da Silva, Instituições de direito civil. Vol. 3. Rio de Janeiro, Editora Forense, 2010, p. 62/63.

formulada sem a possibilidade de discussão ou alteração significativa de seu conteúdo, enquadrando-se no conceito previsto no art. 54, do Código de Defesa do Consumidor.

Os termos dos contratos de prestação de serviços de assistência à saúde são regulados direta e detalhadamente pela Lei nº 9.656/1998 e pela ANS, através de suas normas de regulação, sobretudo as Resoluções Normativas de nº 85/2004 e 195/2009, bem como da Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) ANS nº 23/2009, com atenção especial para o Anexo II, que prevê o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, com todos os temas de previsão obrigatória nas minutas a serem confeccionadas para viabilizar a prestação de serviços de assistência médica em saúde suplementar.

Nesse ponto, é importante destacar a fala de Ribas (2009, p. 109), quando esta afirma que os contratos de planos de saúde, pela relevância pública de seu objeto, são “dirigidos ou ditados” pela legislação vigente e pela regulação produzida para o setor, mas sem afastar ou aniquilar a liberdade de contratação da iniciativa privada. Defende a autora que, na realidade, o dirigismo contratual imposto pela regulamentação visa resguardar a equidade e promover o equilíbrio das partes na relação de consumo, de modo a viabilizá-la. Mesmo assim, tal estratégia não tem se mostrado realmente eficaz para a redução e a resolução dos conflitos em saúde.

À luz do art. 16 da Lei dos Planos de Saúde, os contratos de prestação de serviços de assistência médica e/ou odontológica devem dispor de forma clara e expressa sobre: as condições para contratar os produtos ofertados; o início da vigência do plano; prazos de carência; faixas etárias e condições de reajuste de mensalidades; condições para a perda da qualidade de contratante; procedimentos e eventos em saúde cobertos e não cobertos pelo plano contratado; tipo de contratação; mecanismos de regulação aplicáveis<sup>56</sup>; eventuais bônus, descontos ou condições de agravamento de preço das mensalidades; área geográfica de abrangência do produto contratado e o número de registro do plano na ANS. A partir dessa premissa, o Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde detalha como as

---

<sup>56</sup> Os mecanismos de regulação disponíveis para a saúde suplementar estão previstos e regulamentados através da RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU Nº 08 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzA3>.

disposições contratuais devem ser descritas pelas Operadoras nos instrumentos que se prestam à comercialização de seus produtos. Não há muito espaço para discricionariedade.

A referida lei também estabelece em seus artigos 10 e 12 as coberturas mínimas obrigatórias a serem ofertadas através dos planos de saúde, de acordo com as segmentações assistenciais contratadas<sup>57</sup>, e os procedimentos e eventos em saúde que não estão abrangidos pela saúde suplementar, quais sejam: tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvadas as exceções previstas expressamente no texto da norma; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e atendimentos solicitados em situações de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. Isso porque, por definição e origem, os contratos de planos privados de assistência à saúde possuem aspectos comuns com os contratos de seguro, através dos quais, à luz do Código Civil Brasileiro, art. 757, “o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados”.

Tanto é verdade que, em sua redação inicial, com as alterações conferidas pela Medida Provisória de nº 1.730/1998, o art. 5º da Lei nº 9.656/1998 estabelecia a competência da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP para regular as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e a sua respectiva atividade econômica<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Dispõem sobre as coberturas assistenciais a serem comercializadas pelas Operadoras de Planos de Saúde a Lei nº 9.656/1998 e a Resolução Normativa nº 85/2005 ANS, as quais definem as segmentações em: ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, referência e odontológica.

<sup>58</sup> Lei nº 9.656/1998: Art. 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:

(Vide Medida Provisória nº 1.730-7, de 1998) (Vide Medida Provisória nº 1.908-18, de 1999)  
(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Sobre as características jurídicas do contrato de seguro, Caio Mário (2010, p. 411-412), defende que este é bilateral, pois gera direitos e obrigações para ambas as partes; oneroso, haja vista que gera benefícios e vantagens para os contratantes; aleatório, em vista da assunção de riscos pela parte contratada sem a exata correspondência a título de contraprestação individual; consensual, bastando a manifestação de vontade das partes para a concretização; e por adesão, uma vez que as cláusulas desse tipo de contrato são formatadas previamente por uma das partes para a adesão das demais; características estas também se aplicam aos contratos de planos de saúde.

Nesse contexto, a má gestão de conflitos em saúde suplementar se apresenta prejudicial à sustentabilidade do setor, pois representa uma ameaça ao estudo de predição de riscos realizado durante a sua concepção, como também à lógica mutualista que o norteia, a qual, segundo Mendes (1997), é uma característica dos seguros em que grandes prejuízos de alguns segurados são absorvidos pelas contribuições de uma coletividade, ou, em outras palavras, é uma operação aleatória na qual um grupo de indivíduos, suficientemente grande e sujeito a um risco comum, reúne-se com o fim de repartir entre eles os prejuízos sofridos por parte do grupo.

Para a saúde suplementar, esse princípio se traduz na dispersão de custos e riscos entre uma coletividade, em que os beneficiários de planos de saúde deixam de correr um risco individual para assumirem um risco coletivo, funcionando a operadora como gerente do negócio<sup>59</sup>. Por consequência, como defendem DIAS e CAMINHA (2015), a satisfação de

---

III - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta Lei; (Vide Medida Provisória nº 1.801-14, de 1999) (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A SUSEP contará, em sua estrutura organizacional, com setor específico para o tratamento das questões concernentes às operadoras referidas no art. 1º. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A SUSEP ouvirá o Ministério da Saúde para a apreciação de questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares. (Vide Medida Provisória nº 1.665, de 1998) (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

<sup>59</sup> Em outras palavras, leciona SAMPAIO (2010): “Obviamente, para que tudo não se resume a uma espécie de jogo, uma verdadeira “roleta”, e mesmo para que não haja desequilíbrios futuros, a contraprestação inicial a cargo do consumidor - relativa ao momento da contratação - deve ser fixada pela operadora levando em consideração critérios técnicos atuariais, particularmente a lei dos grandes números. Assim, a ideia que preside os planos de saúde é a de reunir um grande número de pessoas expostas aos mesmos eventos (riscos à sua saúde) e, mediante o estabelecimento do equilíbrio entre as suas prestações e o dispêndio da Operadora, garantir-lhes o atendimento

pretensões individuais em conflito, sem uma análise macro do cenário envolvido, pode prejudicar o alcance legítimo de outros objetivos, uma vez que os recursos disponíveis são finitos.

Essa lógica, todavia, não é senso comum. Conforme afirma Josiane Araújo Gomes (2020), para os consumidores, o contrato de plano de saúde se presta a suprir as deficiências do Poder Público, devendo conceder o acesso aos serviços de modo abrangente, posto que possuem natureza essencial e função social. Em consonância com tal afirmativa, explica Dráuzio Varella (2014, p. 21) que,

“existe uma dificuldade, por parte do consumidor, de entender o papel da saúde suplementar que é, conceitualmente, o de complementar o que já existe, que é o SUS. O consumidor do plano de saúde entende que a saúde suplementar substitui o SUS, que ela é substitutiva, e não complementar”.

Sobre a função social dos contratos de planos de saúde, Josiane Araújo Gomes (2020, p. 183) rememora de que forma assertiva que esse princípio não se presta a amparar todo e qualquer pedido em face das Operadoras de Planos de Saúde, de modo a exigir-las a prestação de serviços irrestritos. Na realidade, como a prestação de serviços de assistência à saúde consiste em típica atividade de mercado, que necessita de lucro para a sua existência, é preciso reconhecer a eficácia horizontal do direito à saúde como requisito para o regular exercício da autonomia privada, mas não para impedir o ajuste das limitações contratuais, desde que o objeto do contrato não seja, naturalmente, esvaziado.

Conforme preleciona Virgílio Afonso Silva (2014, p. 52), uma das principais mudanças no âmbito do direito constitucional, que contribuíram para o movimento de constitucionalização do direito, consistiu no reconhecimento de que os cidadãos, em suas relações horizontais entre si, podem ameaçar o exercício de direitos fundamentais uns dos outros. A partir de tal concepção, surge o conceito de eficácia horizontal de direitos fundamentais, dentre eles, o direito fundamental à saúde, o qual defende a força vinculante e a eficácia imediata dos direitos fundamentais nas relações entre indivíduos, a fim de dirimir conflitos entre particulares e restabelecer a dignidade daqueles eventualmente prejudicados na relação.

---

médico, hospitalar ou odontológico, se e quando necessário, custo a ser absorvido, repita-se, pelo fundo comum, formado pelas contribuições da respectiva carteira de consumidores”.

Para equilibrar tais premissas, defendem Luciano Benetti Timm e João Francisco Menegol Guarisse (2014) que o princípio da função social, em um contexto econômico, deve ser interpretado não somente sob a ótica de quem é beneficiado com a sua aplicação, como também sob prisma de quem é afetado por ele, a fim de não prejudicar a sociedade na qual a relação está inserida.

Vale ressaltar que, nos termos da Lei nº 9.656/1998, art. 35-G<sup>60</sup>, o Código de Defesa do Consumidor é de aplicação subsidiária às disposições específicas do mercado de saúde, não se sobrepondo a tais normativos<sup>61</sup>. Por conseguinte, para a correta análise acerca de direitos e obrigações em saúde suplementar, principalmente no que se refere ao critério de vulnerabilidade dos contratantes e à prática de condutas abusivas, não basta a edição de novas lei e regulamentos: deve-se educar a sociedade a esse respeito, bem como efetivamente observar a legislação regulatória e específica vigente, de forma sistematizada com as normas de aplicação geral, de modo a garantir entendimento entre os envolvidos e, inclusive, a segurança jurídica das relações.

Esse é o primeiro passo para promover uma adequada gestão de conflitos em saúde suplementar, os quais, segundo a ANS (2002), além de numerosos, versam majoritariamente sobre: cobertura e exclusão de procedimentos; cobrança ou coberturas para portadores de doença preexistente; exigências para a admissão do pacientes; condições de validade e de rescisão do contrato de plano de saúde; prazos de carência; regras de relacionamento entre operadora e consumidor; normas de atendimentos de urgência e emergência; abrangência geográfica do plano de saúde; cobertura para doenças crônicas e degenerativas; transferência de contratos entre operadoras, dentre outros itens.

---

<sup>60</sup> Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.

<sup>61</sup> Josiane Araújo Gomes (2020, p. 101), discorda desta aplicação somente subsidiária, pois defende que o contrato de plano de saúde é uma espécie de contrato de consumo, o que atrairia a incidência direta das disposições da Lei nº 8.078/1990 sobre a relação estabelecida entre as partes. Do mesmo modo, se manifestam, ainda, Maria Stella Gregori, em O Código de Defesa do Consumidor aplica-se aos planos de saúde. In: Revista de Direito do Consumidor. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, ano 20, n. 78, abr-jun/2011, p. 339/351, p. 346; e Marques e Schmitt, em MARQUES, Cláudia Lima; SCHMITT, Cristiano Heineck. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia (et al). Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde. (Biblioteca do direito do consumidor v. 36). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, p. 71-158, p. 139).

## 2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: TIPOS DE CONFLITO E POSSÍVEIS CAUSAS

Feita a devida introdução a respeito da origem do setor de saúde suplementar, as suas bases normativas e as premissas que regem os instrumentos jurídicos os quais ditam o exercício da atividade econômica das Operadoras de Planos de Saúde, impende direcionar o presente estudo para a análise dos conflitos que compõem o fenômeno da judicialização da saúde e seus efeitos, com vistas à propositura de alternativas para a sua melhor gestão.

### 2.1 A evolução da judicialização do direito à saúde no Brasil: números, possíveis causas e impacto

Segundo dados divulgados pelo CNJ (CNJ, 2019), durante o período compreendido entre os anos de 2008 e 2017, o número de ações judiciais relativas à saúde teve incremento de 130% (cento e trinta por cento), enquanto o montante de processos judiciais em tramitação cresceu 50% (cinquenta por cento).

Em dados mais atualizados, o CNJ informou que, durante o período compreendido entre 2015 e 2021, houve a propositura anual de aproximadamente 400.000 (quatrocentos mil) novos processos relativos ao direito à saúde, dentre os quais 130.000 (cento e trinta mil), isto é, 32,5% (trinta e dois vírgula cinco por cento), se prestam à discussão de contratos de planos e seguros saúde, com estimativa de procedência integral superior a 40% (quarenta por cento)<sup>62</sup>. Observa-se, assim, a materialização do fenômeno da judicialização da saúde.

Para Luís Roberto Barroso (2011, p. 276),

“[j]udicialização significa que algumas questões de larga repercussão político ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo

---

<sup>62</sup> Dados veiculados em notícia publicada no dia 28 de abril de 2022, através do Portal do CNJ, “Saúde suplementar responde por 130 mil demandas judiciais anualmente”, disponível em: <https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-responde-por-130-mil-demandas-judiciais-anualmente/>. Acesso em: 16/05/2022.

de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro”.

Sobre a judicialização no Brasil, acrescenta o ministro Barroso (2011) que a estrutura e as disposições da Constituição de 1988, hiper analíticas e abrangentes, transformaram o Poder Judiciário em verdadeiro poder político, de acesso gratuito e inafastável por inteligência de seu art. 5º, XXXV, o qual garante a qualquer cidadão o direito de buscar o Poder Judiciário para a defesa de seus direitos, o que, por consequência, possibilita e estimula a propositura de novas demandas.

Por outro lado, não é a simples inafastabilidade do Poder Judiciário que enseja o volume de ações judiciais propostas. Em consonância com o que afirma Barroso, Diogo Bacha e Silva (2013, p. 138), Natassia Monte Lima, Francisco Gomes Pierot Júnior e Cláudio Moreira do Rêgo Filho (2021) defendem que o fenômeno da judicialização no Brasil deve ser compreendido em um contexto de crise democrática representativa, a qual se inicia pela falta de coerência entre os atos do Legislativo e os anseios de seus representados, isto é, as leis não refletem a vontade da população; se desenvolve através da omissão no tratamento de questões não pacificadas, as quais continuam gerando discussão e conflito por não terem sido solucionadas na seara competente, no próprio Legislativo; e culmina com a inércia e/ou ineficiência na realização de políticas públicas por parte do Poder Executivo, o que denota que, na verdade, a judicialização reflete a ineficiência dos demais poderes, principalmente daquele com função precípua de legislar, cujos efeitos se tenta reverter junto ao Judiciário. E não é diferente no âmbito da saúde suplementar.

Dentre as causas da judicialização da saúde privada, Milton Augusto de Brito Nobre (2011, p. 363) aponta as deficiências do Sistema Único de Saúde, o descumprimento dos contratos de planos de saúde por parte dos agentes envolvidos, a ausência de um regramento mais consistente a respeito dos direitos e obrigações das partes (o que não se confunde com quantidade de normas, mas com robustez) e, principalmente, o efeito do processo de judicialização da política e das relações sociais; raciocínio a partir do qual se pode inferir que, se os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário tivessem outro tipo de atuação, provavelmente, haveria a propositura de ações judiciais com outras características, menos individuais, com foco na coletividade.



Conforme elucidada Geraldo Luiz Vianna (2013, p. 26), ao analisar decisões judiciais sobre saúde suplementar e considerar a crise representativa vivida no Brasil, verifica-se facilmente a existência de determinações de caráter ativista, as quais demonstram clara discricionariedade judicial. A questão é que muitas de tais decisões não possuem o amparo normativo devido e atentam contra o princípio da segurança jurídica, quando, no caso concreto, o magistrado deveria conceder ou negar tutelas judiciais com base no direito posto, sem viés paternalista ou intenção de afastar cláusulas contratuais em favor de demandas individuais que rompem o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, prejudicando todo o sistema, o qual é mutualista e interdependente (MELO, 2013, p. 8).

Essa postura decorre, muitas vezes, da equivocada recepção de teorias da interpretação no Brasil que Lenio Streck (2012, p. 38) denomina “pós-positivismo” ou “neoconstitucionalismo” à brasileira, a partir da qual o magistrado supostamente teria liberdade para julgar as demandas colocadas sob o seu crivo de acordo com a sua convicção pessoal:

“[...] a noção de discricionariedade, vinculada à jurisdição, aparece no contexto de teorias positivistas e pós-positivistas a partir do momento da “descoberta” da indeterminação do direito. Isso se dá, basicamente, porque, como bem demonstra Losano, no século XX “a razão é substituída pela vontade, a relação entre a norma e a sentença assume um aspecto completamente diverso. A decisão do caso concreto já não depende das racionais leis da lógica, mas da vontade do juiz”. Assim, da Escola do Direito Livre, passando pela Jurisprudência dos Interesses, pelo normativismo kelseniano, pelo positivismo moderado de Hart, até chegar aos autores argumentativistas, como Alexy, há um elemento comum: o ato de que, no momento da decisão, sempre acaba sobrando um espaço “não tomado” pela “razão”; um espaço que, necessariamente, será preenchido pela vontade discricionária do intérprete/juiz (não podemos esquecer que, nesse contexto, vontade e discricionariedade são faces da mesma moeda). Esse fator também pode ser demonstrado do seguinte modo: todas essas teorias e propostas metodológicas do século XX nada mais fazem do que superar o positivismo exegético-primitivo. Esse é um ponto absolutamente fundamental: não há nenhuma novidade em afirmar que, no momento da decisão, o julgador possui um discricionário “espaço de manobra”; ou, ainda, que “já não estamos sob a égide do juiz boca da lei”; enfim, todas essas “descobertas” estão presentes na trajetória teórica que se desenvolve desde as primeiras décadas do século XX. Portanto, é preciso estar alerta para certas posturas típicas do pós-positivismo à brasileira, que pretende colocar o rótulo de novo em questões velhas, já bastante desgastadas nessa quadra da história, quando vivenciamos um tempo de constitucionalismo democrático. Ainda hoje presenciamos defesas vibrantes de ativismos judiciais para “implementar” e “concretizar” os direitos fundamentais, tudo isso sempre retornando ao mesmo ponto: a ideia de que, no momento da decisão, o juiz tem um espaço discricionário no qual pode moldar sua “vontade””.

Com isso, surge um novo desafio: a enorme diversidade de decisões judiciais sobre o mesmo assunto, gerando insegurança jurídica, instabilidade e congestionamento de recursos para julgamento, especialmente quando há parca, inespecífica ou, até mesmo, inexistente fundamentação jurídica para justificar tantos posicionamentos divergentes (STRECK, 2012).

Conforme analisam Galhote e Pozzi (2014, p. 106-108), os tribunais brasileiros ignoram as normas específicas em saúde suplementar publicadas pela ANS e julgam muitos casos com base no princípio da dignidade da pessoa humana e no Código de Defesa do Consumidor, os quais deveriam ser de aplicação subsidiária, sob a ótica do princípio da especialidade. Do mesmo modo, são ignorados os preceitos que regem os contratos de seguro, dos quais se originam e se assemelham os contratos de planos de saúde, conforme já pontuado no capítulo anterior.

Para que um seguro seja viável, é necessário que o risco por ele coberto seja segurável, sendo temerária a interpretação de que é possível segurar todo e qualquer tipo de risco, especialmente o risco não estimável. Nestes termos, para a sustentabilidade da relação segurada e a efetiva cobertura do sinistro é necessário que sejam satisfeitos os seguintes requisitos: risco de ocorrência imprevisível e futura; isenção de comportamento do segurado, o qual não pode agir de modo a alterar a probabilidade de ocorrência do sinistro; agrupamento dos segurados de acordo com o seu perfil, em grupo homogêneo com relação ao prêmio a ser pago, para viabilizar a análise com relação ao risco do grupo; risco remoto de sinistro com todos os segurados ao mesmo tempo e baixo impacto na probabilidade de sinistro, caso um venha a utilizar a cobertura contratada; o sinistro não deve gerar custos indefinidamente; o valor dos custos da cobertura deve ser calculável de acordo com as informações e premissas conhecidas, bem como deve ter um limite, a fim de que a contraprestação seja calculada de forma sustentável, de modo a permitir a comercialização do produto (FORENSE, 2013, p. 76).

Ocorre que a contratação dos planos de saúde nem sempre acontece em tais condições, principalmente, quando se leva em consideração os problemas de assimetria de informação e, conseqüentemente, seleção adversa<sup>63</sup> que influenciam negativamente essa atividade, uma vez que, no caso dos planos de saúde, de um lado, as Operadoras possuem extrema dificuldade em mapear o risco real de sinistro a que o consumidor está submetido, além de serem proibidas de precificar seus produtos considerando informações de gênero e hábitos de vida<sup>64</sup> e, de outro, os

---

<sup>63</sup> Conforme afirma Teixeira Júnior (2018, p. 10), “Se a companhia conhecesse o risco para cada pretense segurado, haveria um preço individual para cada proponente e o problema da seleção adversa estaria resolvido, mas ocorre que essa informação possuiria um custo proibitivo para a seguradora ensejando, em contrapartida, a seleção adversa. Porém, o fenômeno da seleção adversa transfere o custo aos possíveis segurados, causando, como já visto, uma “subsecuritização” entre as pessoas de baixo risco e uma “supersecuritização” entre aqueles de alto risco”. Por isso, quando a legislação específica em saúde suplementar cria mecanismos para mitigar tais efeitos, e o Poder Judiciário, em um contexto de judicialização da saúde, não os respeita, há enorme risco de insustentabilidade para todo o sistema, o que as Operadoras de Planos de Saúde, via de regra, não conseguem controlar.

<sup>64</sup> ANS. RDC nº 28, de 26 de junho de 2000 e suas alterações.

consumidores tendem a não escolher os produtos disponíveis no mercado mais adequados às suas necessidades próprias e às do grupo, gerando um desequilíbrio de expectativas entre as partes contratantes, o que, naturalmente, culmina em conflito.

Outra situação que influencia negativamente a saúde suplementar é um problema definido em teoria econômica como “risco moral”, o qual consiste na possibilidade de o beneficiário de plano de saúde passar a adotar outros comportamentos após a contratação do plano de saúde, os quais não adotaria caso não o tivesse contratado, a exemplo da realização de procedimentos desnecessários e da judicialização de pleitos para os quais não possui direito de cobertura, invertendo a lógica de utilização do plano em caso de direito e necessidade, para a utilização por disponibilidade.

Para Scherffer (2010, p. 17), o risco moral também é facilmente identificado na relação direta entre o prestador do serviço de saúde (médico, laboratório, clínica e hospital) e o consumidor, o qual é muitas vezes induzido a realizar procedimentos sem serventia assistencial efetiva, de modo a favorecer somente o faturamento do profissional ou estabelecimento de saúde executante. Outro fator que contribui para o desperdício, segundo Varela (2014, p. 15), é a ocorrência da prestação do serviço de saúde de forma desconectada, sem acompanhamento clínico integral e alinhado, o que leva, muitas vezes, à repetição de consultas e procedimento de forma desnecessária.

Com o objetivo de minimizar esse tipo de efeito, várias medidas estão previstas na legislação vigente e podem ser utilizadas pelo mercado, a exemplo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde pela ANS, com o seu caráter taxativo<sup>65</sup>; da oposição de prazos de carência carências<sup>66</sup>; da cobertura parcial temporária<sup>67</sup>; da previsão de coparticipação e outros mecanismos de regulação<sup>68</sup>. Contudo, diuturnamente, o Poder Judiciário e, agora, o Poder Legislativo, vêm ignorando e flexibilizando tais premissas sob a alegação de proteção do consumidor vulnerável, estimulando ainda mais a judicialização para a flexibilização das regras contratuais firmadas<sup>69</sup>.

---

<sup>65</sup> Atualmente materializado através da Resolução Normativa nº 465/2021 ANS e suas respectivas atualizações.

<sup>66</sup> Lei nº 9.656/1998, art. 12, V.

<sup>67</sup> Lei nº 9.656/1998, art. 11.

<sup>68</sup> Resolução CONSU nº 8/1998.

<sup>69</sup> Apesar de a legislação específica publicada pela ANS prever expressamente o caráter taxativo do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, há divergência jurisprudencial a respeito, conforme se verifica nos processos EREsp nº 1886929 / SP e EREsp nº 1889704 / SP, cujo julgamento está suspenso, nos termos anunciados em

Por outro lado, pouco se utiliza dos institutos já existentes, a exemplo da Ouvidoria, como instrumento para educar as pessoas, estabelecer um diálogo franco sobre o tema, conhecer de perto os clientes e, de fato, mitigar litígios decorrentes, em regra, da realidade de assimetria de informação que assola o mercado. Há limitações contratuais legítimas, mas as pessoas não as conhecem e não as respeitam, o que acaba por tornar letra morta as resoluções técnicas editadas com o objetivo de melhor regular a saúde suplementar.

Segundo Fátima Nancy Andrighi (2011, p. 63-79) e Scheffer (2010, p. 36), a própria regulamentação da saúde suplementar desencadeou a propositura de novas demandas por parte dos consumidores que não entenderam e/ou recepcionaram bem os novos institutos criados pela Lei dos Planos de Saúde e a ANS com vistas à sustentabilidade do mercado, a exemplo dos reajustes das contraprestações pecuniárias, dos prazos de carência e do próprio Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, o qual estabelece a cobertura mínima obrigatória para oferta aos consumidores por parte das Operadoras.

Há, então, dois tipos de judicialização da saúde: a propositura de ações para a garantia de direitos já reconhecidos em lei e/ou no contrato celebrado entre as partes; e a instauração de processos para discutir direitos não positivados, a exemplo do acesso a procedimentos e tecnologias não listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ANS e do fornecimento de medicações sem registro junto à ANVISA (SCHULZE E NETO, 2015). De um lado, há as Operadoras que buscam a máxima eficiência na prestação dos serviços de saúde, mediante a obtenção de lucro, e, de outro, o consumidor contratante, que, ao contratar um plano de saúde, deseja ter acesso a todo serviço de saúde de que venha a necessitar, o que acaba ocasionando a busca pela tutela jurisdicional na tentativa de equacionamento dos interesses das partes envolvidas no processo.

Nas palavras de Eduardo Tomasevicius Filho (2021), essa situação assemelha-se a um jogo de “soma zero”, pois eventual negativa de cobertura assistencial acaba sendo revertida por meio de uma ação judicial, a qual, por sua vez, enseja resposta por parte das Operadoras que,

---

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/23022022-Ministra-Nancy-Andrighi-vota-pelo-carater-exemplificativo-da-lista-da-ANS--novo-pedido-de-vista-suspende.aspx>. Do mesmo modo, a despeito da vigência da Resolução CONSU nº 13/1998, o Poder Judiciário afasta as regras para atendimentos em situações de urgência e emergência, ainda que os consumidores estejam em cumprimento de prazos de carência para procedimentos cirúrgicos e internações, conforme entendimento já sumulado através da Súmula 597 STJ, replicado em nos seguintes processos: AgInt no REsp 1953846 / SP; AgInt no AREsp 2017487 / RN; AgInt no REsp 1.815.543/RJ e outros.

ao buscar a compensação das despesas realizadas, é vista de forma negativa pelos demais consumidores. Há a formação de um ciclo vicioso ruim, com o enfraquecimento do ideal da autonomia da vontade e, em paralelo, o abarrotamento do Judiciário com causas individuais, as quais beneficiam somente uma parcela mínima da população.

Como os recursos disponíveis são finitos e, na saúde suplementar, advêm da contribuição financeira única e exclusiva dos beneficiários, quando um consumidor infringe à lógica de atendimento de acordo com os contratos celebrados e desequilibra o fundo comum pelo uso de um serviço assistencial que não lhe competia, há necessariamente um desfalque em detrimento daquele que vem cumprindo regularmente com as suas obrigações perante a relação estabelecida.

Nesse sentido, ressaltam Eduardo Rocha Dias e Uinie Caminha (2015) que, ao se buscar intervenção judicial nos contratos de planos de saúde depois de sua celebração, não se pode olvidar que esse tipo de contrato já é regulado pelo Estado em sua gênese, o que significa que a judicialização não deve se prestar à transformação dos direitos e obrigações constituídos, mas à garantia de sua observância, principalmente, porque os efeitos desse tipo de externalidade não pode mais ser remediada durante a vigência do contrato, é um risco não assumido previamente pelos agentes do negócio, mas suportado por eles e pelos futuros consumidores desse tipo de relação, o que pode se desdobrar em impedimento para o desenvolvimento social.

Conforme elucida Varella (2014, p. 151), “a margem das operadoras tem diminuído e gira atualmente em torno de 2% a 3%. Há operadoras com margem operacional negativa. Essa realidade não permite revestimentos e traz dificuldades para o setor”. As pessoas, entretanto, não são estimuladas a verificar esse tipo de informação, é preciso mudar.

Como defende o Ministro Marco Aurélio Melo (FORENSE, 2013. p. 110),

“é fundamental que o julgador, ao examinar as questões atinentes aos contratos celebrados entre usuários e plano de saúde, leve em consideração o mutualismo e a estrutura técnico-econômica, tendo sempre presente a ideia de que a concessão de benefícios não cobertos e a criação de novos direitos sem amparo contratual desfalcarão o fundo mútuo, formado pelas contribuições da coletividade de segurados, que será diretamente atingida por aquela decisão. É preciso não esquecer que os abusos e os excessos de alguns segurados, ao fim e ao cabo, serão custeados pelos demais segurados que fazem uso dos planos com parcimônia e prudência”.

No entanto, somente a adoção de tal metodologia não basta. É igualmente necessário dispensar maior atenção para os tipos de conflitos registrados, a fim de delinear alternativas para a sua resolução efetiva.

## **2.2 Principais conflitos em saúde suplementar**

Até 2013, haviam sido identificados apenas dois estudos científicos a respeito da temática das ações judiciais movidas pelos consumidores em face das Operadoras de Planos de Saúde, os quais concluíram que mais de 50% das demandas propostas possuíam cunho assistencial (OLIVEIRA e FORTES, 2013).

Segundo Scheffer (2010, p. 89), dentre os motivos frequentes de conflitos no sistema de saúde suplementar, estão as exclusões de cobertura; a oposição de condições para o atendimento; descredenciamentos de prestadores; cláusulas contratuais e reajustes de mensalidades, lista com a qual concorda Maria Stella Gregori (2019, p. 123-143), acrescentando a informação de que esse rol temático também é recorrente nas demandas registradas pelos consumidores junto à ANS, na esfera administrativa.

Nesse ponto, é interessante pontuar que esses tipos de conflito já eram registrados antes mesmo da regulamentação do setor de saúde suplementar, e que a legislação vigente teve como objetivo principal a sua pacificação, consoante registrado no primeiro capítulo desta pesquisa. No entanto, como não houve o devido empenho para informar e educar as pessoas a respeito, tampouco promover o cumprimento das disposições normativas criadas, não houve o desenvolvimento social e cultural necessário à neutralização dos conflitos, e as pessoas passaram a questionar a própria legislação regulamentadora junto ao Poder Judiciário.

Conforme afirma Varella (2014, p. 14), quando o consumidor se depara com uma negativa de atendimento ou um mecanismo de regulação que lhe imponha a satisfação de condições para acesso ao serviço assistencial pretendido, ele “acha que a burocracia restringe o seu direito de acesso ao plano, o que gera conflito, além de fazer com que ele não se sinta acolhido em um momento de fragilidade”, comportamento este que é estimulado pela má judicialização, com a formação de uma jurisprudência precária e pouco especializada, mas que, de outra maneira, não é desencorajado pelos agentes do mercado, os quais muitas vezes não se esforçam para aproximar os seus clientes, prestando-lhes informações boas, úteis e seguras, dando-lhes alternativa e amparo, nos momentos de fragilidade.

Ao analisar os temas de saúde suplementar mais debatidos junto ao maior tribunal estadual do país, o Tribunal de Justiça de Estado de São Paulo – TJSP, Robba (2017) informa que, seguindo a tendência observada no restante do Brasil, este tribunal também julga com maior frequência demandas de natureza assistencial relativas à cobertura e reembolso, descredenciamento de prestadores e, em matéria não assistencial, direito de aposentados e demitidos, reajuste de mensalidades e cancelamento de contrato. Contudo, segundo pesquisas realizadas por Scheffer, Trettel e Kozan (2015, p. 140), bem como por Guazzeli (2013) junto ao mesmo tribunal, não há análise aprofundada a respeito da legislação específica que rege os contratos de planos de saúde para a definição dos impasses, tendo sido identificada, ainda, a presença de ativismo judicial em muitos julgados.

Guazzeli (2013) informa que o julgamento das demandas analisadas junto ao TJSP concentra a discussão nos seguintes pontos: o direito social do consumidor frente ao interesse patrimonial das Operadoras; a transferência do dever constitucional de garantia da saúde do ente público para o ente privado; a abusividade das cláusulas dos contratos de planos de saúde frente às possibilidades de limitação regulamentadas; o tratamento prescrito pelo profissional assistente em contraposição à análise feita pelas equipes de auditoria das Operadoras; a declaração de doença pré-existente em oposição à má-fé do beneficiário; bem como a aplicação dos institutos do direito adquirido e do ato jurídico perfeito, em oposição à possibilidade de adaptação dos planos antigos, não regulamentados. E pontua que, a despeito do que observou em diversos julgados, nem a Constituição Federal de 1988, nem a Lei dos Planos de Saúde obrigou às Operadoras à observância do princípio da integralidade, sendo a sua atividade regida por normas de direito público, embora haja o reconhecimento de sua inegável relevância pública. Logo, não é possível ignorar a legislação especializada e a divisão de competências instituídas pelo ordenamento jurídico brasileiro para o Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar.

De modo semelhante, Mariane Paiva Norões (2018, p. 59) analisou os números da judicialização da saúde suplementar junto ao Tribunal de Justiça do Estado do Ceará – TJCE e verificou que, durante o período compreendido entre os anos de 2016 e 2017, houve um aumento de 306,5% (trezentos e seis vírgula cinco por cento) processos sobre planos de saúde em julgamento de segunda instância, o que denota o avanço da judicialização no Estado.

Dentre os principais temas discutidos pelo tribunal durante o ano de 2017, Mariane Paiva Norões identificou: a garantia de cobertura de procedimentos assistenciais; o reembolso de despesas médicas em rede não credenciada; a manutenção de planos de saúde para aposentados e demitidos; a manutenção de planos de saúde individuais após o óbito do beneficiário titular e a aplicação de reajustes por mudança de faixa etária. Ato contínuo, a autora observou que, em 2017, 38,89% (trinta e oito vírgula oitenta e nove por cento) dos processos foram julgados sob a prática de ativismo judicial, em manifesta ofensa ao princípio da separação dos Poderes, prejuízo à relação contratual entre os envolvidos na prestação dos serviços de saúde e lesão aos próprios beneficiários, tendo em vista a demanda por serviços não contratados enseja o aumento dos preços dos produtos de saúde para a efetivação da cobertura.

Apesar disso, estes tribunais e até mesmo o Superior Tribunal de Justiça, que deveria exercer o papel de guardião das leis federais, uniformizando a sua interpretação no país, vêm sumulando entendimentos que contrariam às disposições normativas legitimamente vigentes.

O TJSP, ao arripio das regras previstas na Lei nº 9.656/1998 e na Resolução Normativa nº 465/2021 ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ANS), bem como dos institutos do ato jurídico perfeito, direito adquirido e segurança jurídica consagrados na saúde suplementar através da ADI nº 1931 e, ainda, das orientações do CNJ, publicou as Súmulas internas de nº 90, 91, 92, 93, 95, 96 e 97<sup>70</sup>, as quais simplesmente ignoram as premissas que regem os contratos de planos de saúde e as coberturas através deles contratadas, os estudos de medicina baseada em evidências e as técnicas para a incorporação de novas tecnologias, e colocam o médico assistente em posição de soberania, o que se revela absolutamente temerário para todo o país.

---

<sup>70</sup> Súmula 90: Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “home care”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer. Súmula 91: Ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária. Súmula 92: É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário (Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça). Súmula 93: A implantação de “stent” é ato inerente à cirurgia cardíaca/vascular, sendo abusiva a negativa de sua cobertura, ainda que o contrato seja anterior à Lei 9.656/98. Súmula 95: Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico. Súmula 96: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento. Súmula 97: Não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf>



Do mesmo modo, o TJCE também sumulou entendimentos relativos à saúde suplementar, dentre os quais se encontra a Súmula 40<sup>71</sup> que considera irregular a limitação de atendimento em situações de urgência e emergência sob a justificativa de que há prazo de carência pendente de cumprimento. Este entendimento, baseado na Súmula 597 do STJ, simplesmente ignora a existência do parágrafo único do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998<sup>72</sup> e a Resolução CONSU nº 13/1998<sup>73</sup>, a qual dispõe de forma específica sobre a cobertura assistencial nos casos de urgência e emergência e a limita, quando há prazo de carência pendente de cumprimento por parte do consumidor.

O Superior Tribunal de Justiça também fixou entendimentos sobre temas de saúde suplementar através das Súmulas 302, 469 (cancelada), 597, 608 e 609<sup>74</sup>. Destas, duas se distanciam dos preceitos da legalidade e segurança jurídica: a Súmula 302, quando afasta a autonomia das partes e a formação do ato jurídico perfeito nos casos dos contratos de planos de saúde antigos, não regulamentados, considerando abusiva a cláusula contratual que prevê limitações para as hipóteses de internação; e a Súmula 597, quando deixa de considerar o disposto no parágrafo único do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998 e na Resolução CONSU nº 13/1998, para conferir direito de acesso integral às coberturas assistenciais em situações de

---

<sup>71</sup> Súmula 40 TJCE. É abusiva a negativa de cobertura por plano de saúde em atendimento de urgência ou emergência a pretexto de estar em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei nº 9.656/98. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2021/01/doc-6-revisao-de-sumulas-atualizacao-em-dezembro-2020.pdf>

<sup>72</sup> Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

III - de planejamento familiar. (Incluído pela Lei nº 11.935, de 2009)

**Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.**

<sup>73</sup> Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzAw>

<sup>74</sup> Súmula 302. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. Súmula 469 (cancelada). Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Súmula 597. A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação. Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Súmula 609. A recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita se não houve a exigência de exames médicos prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado.

urgência e emergência para os consumidores que ainda estão em cumprimento de prazos de carência.

Não se pode olvidar que, além dos entendimentos sumulados, o STJ fixa teses através de precedentes qualificados em temas repetitivos, a exemplo do que ocorreu com os temas 952<sup>75</sup> e 1016<sup>76</sup>, através dos quais foi reconhecida a legalidade da aplicação de reajuste por mudança de faixa etária em planos individuais e coletivos; e o tema 1034, o qual legitimou as condições assistenciais e de custeio do plano de saúde que devem ser preservadas em favor de beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998<sup>77</sup>. Com esse movimento, é esperado que demandas registradas para a discussão das referidas temáticas sejam neutralizadas nas instâncias inferiores, o que ainda não ocorreu para a matéria assistencial.

No início da confecção deste trabalho, restava pendente de julgamento o tema de maior relevância para a saúde suplementar: a natureza do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde criado e constantemente atualizado pela ANS, se taxativa ou exemplificativa, com a definição a respeito da possibilidade de as Operadoras de Planos de Saúde serem obrigadas a prestar serviços não previstos na referida lista, isto é, não contratados pelo consumidor<sup>78</sup>.

O julgamento deste tema no STJ teve início em setembro de 2021, mas foi suspenso em fevereiro de 2022, após pedido de vista do ministro Villas Bôas Cueva diante da divergência entre os votos do ministro Luís Felipe Salomão, o qual defendeu o caráter taxativo do Rol, e da ministra Nancy Andrichi, que defendeu a sua natureza exemplificativa.

Em seu voto, o ministro Luís Felipe Salomão esclareceu que a Lei nº 9.656/1998, a Lei nº 9.961/2000 e as resoluções normativas publicadas pela ANS preveem expressamente o caráter taxativo da lista disponibilizada pela Agência para a determinação dos procedimentos a

---

<sup>75</sup> Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=952&cod\\_tema\\_final=952](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=952&cod_tema_final=952)

<sup>76</sup> Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=1016&cod\\_tema\\_final=1016](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1016&cod_tema_final=1016)

<sup>77</sup> Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=1034&cod\\_tema\\_final=1034](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1034&cod_tema_final=1034)

<sup>78</sup> Processos EREsp 1886929 e EREsp 1889704, cujo julgamento foi suspenso em 23/02/2022, em vista de novo pedido de vista do processo. Notícia disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/23022022-Ministra-Nancy-Andrichi-vota-pelo-carater-exemplificativo-da-lista-da-ANS--novo-pedido-de-vista-suspende.aspx>

serem obrigatoriamente cobertos em favor dos consumidores de planos de saúde, consistindo em garantia para propiciar o direito à saúde de forma acessível, o que torna inviável a consideração de um caráter exemplificativo, visto que, sem a limitação do risco a ser coberto, as Operadoras teriam que encarecer sobremaneira o preço inerente à prestação dos serviços de saúde para fazer frente às despesas assistenciais passíveis de solicitação pelos contratantes, em manifesta quebra do equilíbrio da relação contratual que necessita ser pautada em critérios de segurança, efetividade e custo-benefício frente ao impacto econômico decorrente da atividade desempenhada. Além disso, também ressaltou o ministro que a elaboração do rol está embasada em diretrizes técnicas já reconhecidas e utilizadas internacionalmente, que não podem ser ignoradas para a manutenção do setor, como a Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS, os preceitos dos estudos de Saúde Baseada em Evidências – SBE e a própria necessidade de preservação do equilíbrio econômico-financeiro da saúde suplementar em prol dos consumidores, os quais dependem deste setor.

Em contraposição, a ministra Nancy Andrichi defendeu a natureza exemplificativa do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde por considerar que a Lei nº 9.656/1998 impõe a garantia de cobertura para o tratamento de todas as doenças listadas na CID-10, excepcionadas apenas as hipóteses de seu art. 10, razão pela qual a ANS, em seu exercício normatizador e regulador, não poderia limitar coberturas e procedimentos não limitados originalmente pela lei. Ademais, considerando o disposto no Código de Defesa do Consumidor, a ministra defendeu que a oposição de um rol de cobertura taxativo ao consumidor contratante seria lhe exigir a renúncia antecipada de direito a eventual tratamento de doença listada na CID-10, uma vez que a lista proposta pela ANS é extensa, com linguagem técnica, ininteligível para pessoas leigas, as quais não conseguiriam, no momento da contratação, a avaliar os quase 3.000 (três) mil procedimentos previstos no rol, de modo a decidir conscientemente se aquele produto poderia de fato atender às suas necessidades futuras. Com base em tais argumentos, a ministra concluiu que, em matéria de assistência, deve sempre prevalecer a indicação médica e a orientação de que a lista publicada pela Agência é meramente exemplificativa.

Nesse ponto, cabe ponderar que nem mesmo o Sistema Único de Saúde, com dever de observância do princípio da integralidade, tem obrigação de prestar serviços de modo irrestrito, sem o crivo da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS<sup>79</sup>, a qual, no

---

<sup>79</sup> Art. 19-Q da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

momento de elaborar os seus relatórios analíticos, deve analisar necessariamente “as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso”<sup>80</sup> e “a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível”<sup>81</sup>. Sob esse prisma, exigir que o setor de saúde suplementar preste serviços com base única e exclusivamente no pedido médico não se apresenta sustentável.

Consoante elucida Varella (2014, p. 140), o rol publicado pela ANS “É uma medida precedida de estudos que envolvem a comprovação de aspectos como custo-efetividade, eficácia, utilização na prática médica, segurança e oferta da nova tecnologia”. A partir dessa premissa, não se pode incluir toda e qualquer tecnologia na referida lista, até porque, como defende Josiane Gomes (2020, p. 250), “caso as operadoras fossem obrigadas a cobrir os procedimentos vinculados a tais eventos imprevisíveis, estar-se-ia lhes imputando prestação excessivamente onerosa, totalmente ofensiva à existência do contrato” e, segundo Rezende (2008, p. 185-198), à concretização do direito à saúde para a coletividade de beneficiários, tendo em vista a lógica do mutualismo e a base atuarial que regem os contratos de planos de saúde.

O Congresso Nacional também entendeu de tal forma, quando publicou a Lei nº 14.307, de 3 de março de 2022<sup>82</sup>, a qual alterou a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Na ocasião, foi repisada a competência da ANS para a definição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde a ser utilizado na saúde suplementar, com amparo técnico em indicadores e parâmetros de avaliação econômica de tecnologias em saúde, a partir da instauração de processo administrativo com tramitação pública e participação da sociedade em geral.

Com isso, estimou-se que a tese a ser fixada pelo STJ iria considerar taxativa a lista de procedimentos obrigatórios em saúde suplementar, de modo a pacificar o entendimento sobre o tema e orientar a finalização das numerosas demandas propostas judicialmente para a obtenção extracontratual de coberturas assistenciais, pois, do contrário, este mercado seria

---

<sup>80</sup> Art. 19-Q, I, da Lei nº 8.080/1990.

<sup>81</sup> Art. 19-Q, II, da Lei nº 8.080/1990.

<sup>82</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14307.htm#art1)

submetido ao grave risco de precarização da prestação dos serviços de assistência à saúde para sustentar uma operação cada vez mais onerosa em decorrência dos efeitos da judicialização (TOMASEVICIUS FILHO, 2021), os quais, por orientação do art. 20 da Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro – LINDB, não podem ser ignorados pelos magistrados<sup>83</sup>.

Assim, após expressiva comoção de nível nacional, no dia 08 de junho de 2022, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ANS foi declarado, em regra, taxativo pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ<sup>84</sup>, ocasião em que se fixou o entendimento de que as operadoras de planos de saúde não estão obrigadas a cobrir tratamentos não previstos na lista editada pela Agência, ressalvados casos excepcionais em que há necessidade de tratamento por meio de procedimentos não previstos, mas sem substitutos terapêuticos, 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<sup>85</sup>.

Entretanto, apesar da expectativa gerada no sentido de que o referido julgamento se prestaria a apaziguar os conflitos existentes sobre o tema, inúmeras manifestações de discordância e repúdio passaram a ser veiculadas através dos mais diversos fóruns de

---

<sup>83</sup> Nesse sentido, manifesta-se Guilherme Valdetaro Mathias (2012, p. 110-116): “Assim, é fundamental que o julgador, ao examinar as questões atinentes aos contratos celebrados entre usuários e plano de saúde, leve em consideração o mutualismo e a estrutura técnico-econômica, tendo sempre presente a ideia de que a concessão de benefícios não cobertos e a criação de novos direitos sem amparo contratual desfaltarão o fundo mútuo, formado pelas contribuições da coletividade de segurados, que será diretamente atingida por aquela decisão. É preciso não esquecer que os abusos e os excessos de alguns segurados, ao fim e ao cabo, serão custeados pelos demais segurados que fazem uso dos planos com parcimônia e prudência. (...) as intrincadas e relevantes relações entre usuários e operadoras de planos de saúde são reguladas pela Lei 9.656/1998 (LGL\1998\100), sofrendo forte influência do Código Civil (LGL\2002\400) e do Código de Defesa do Consumidor. Os princípios da nova teoria contratual, mormente a boa-fé objetiva, são fundamentais para a resolução dos conflitos, pois, além de obrigar as partes – todas elas, usuários, operadoras, médicos e hospitais – atuarem com lealdade e cooperação, levam os julgadores a buscar as soluções que preservem o equilíbrio dos contratos e as justas expectativas das partes. É preciso, ainda, notar que o equilíbrio a ser preservado não é apenas aquele relativo à relação entre o usuário e o plano de saúde. Fundamental que se preserve o equilíbrio da relação entre o usuário e a coletividade (mutualismo), de modo a impedir os desfalques desnecessários e desarrazoados do fundo comum”.

<sup>84</sup> A sessão de julgamento foi transmitida ao vivo, através do canal do STJ na plataforma YouTube, no dia 08 de junho de 2022, e obteve aproximadamente 68.000 (sessenta e oito mil) visualizações. A reunião foi gravada e o vídeo disponibilizado em: <https://youtu.be/9CHVEXFnyMI>.

<sup>85</sup> Trecho extraído da proclamação final do julgamento, disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>

discussão<sup>86</sup>, dentre eles, o Congresso Nacional, cujos componentes se aproveitaram do contexto instalado e, principalmente, da proximidade das eleições para propor projetos de lei, visando à alteração da Lei nº 9.656/1998, a exemplo do PL nº 2033/2022.

O referido projeto tramitou em regime de urgência e culminou na publicação da Lei nº 14.454/2022<sup>87</sup>, a qual, por sua vez, reafirma a competência da ANS para a construção do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, ou seja, não nega a sua pertinência, mas, ao mesmo tempo, prevê que, havendo pedido médico para a realização de procedimentos não listados expressamente, a cobertura deverá ser concedida se houver comprovação de eficácia ou recomendação de órgãos de avaliação de tecnologias em saúde para o uso.

Surge, então, mais uma prova de que a judicialização da saúde e a simples criação de leis impensadas e de cunho eleitoreiro para gestão de conflitos não é medida eficiente, uma vez que as discussões e o volume de demandas em saúde suplementar não foram minimizados. Na realidade, diante das exceções à regra da taxatividade registradas pelo STJ e do flanco aberto pela Lei nº 14.454/2022, as ações judiciais continuam sendo protocoladas e as decisões liminares continuam sendo deferidas sob os mesmos fundamentos de outrora, isto é, os direitos previstos no CDC, o direito amplo à saúde e o argumento de que o Rol ANS é exemplificativo, e não taxativo<sup>88</sup>.

Outra situação bastante recorrente que prejudica o equilíbrio econômico da relação contratual em saúde suplementar são os pedidos judiciais de reembolso decorrentes do custo inerente à realização de atendimentos assistenciais particulares, isto é, junto a profissionais e/ou

---

<sup>86</sup> O Conselho Nacional de Saúde publicou nota pública de repúdio à declaração do STJ. Na oportunidade, veja-se: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2519-nota-publica-rol-taxativo-e-um-retrocesso-contrario-a-vida-e-ao-sus>. Também manifestaram descontentamento advogados que atuam na área, a exemplo do Dr. Wilson Kroner Campos em: <https://www.conjur.com.br/2022-jun-23/wilson-kroner-rol-taxativo-modulacao-efeitos>, e, principalmente, a população em geral, a qual, através de seus representantes eleitos, buscam a alteração da legislação vigente por meio da propositura de diversos projetos de lei, conforme noticiado pelo Senado Federal em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/06/13/projetos-pretendem-assegurar-procedimentos-fora-do-rol-taxativo-da-ans>

<sup>87</sup> Sobre o ato, manifestou-se a ANS no dia 21 de setembro de 2022, reafirmando a sua preocupação com a segurança dos beneficiários da saúde suplementar, tendo em vista que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde não se presta a limitar direitos, mas sim a analisar de forma criteriosa as coberturas assistenciais que efetivamente devem integrar a lista obrigatória, em uma relação custo-benefício coletivo. Notícia disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-1/periodo-eleitoral/posicionamento-da-ans-sobre-sancao-do-pl-2033>.

<sup>88</sup> A título de exemplo, encontramos as recentíssimas decisões proferidas há poucos dias em sede de julgamento de recursos de apelação e agravo de instrumento nos processos 0716711-04.2022.8.07.0000 (TJDFT); 0707506-79.2021.8.07.0001 (TJDFT); 0703653-32.2021.8.07.0011 (TJDFT); 5001082-85.2021.8.13.0687 (TJMG) e 0160634-64.2022.8.13.0000 (TJMG).

estabelecimentos de saúde não credenciados ao plano de saúde contratado. Isso, porque, conforme ressalta Josiane Gomes (2020, p. 288), as contraprestações financeiras pagas pelos beneficiários de plano de saúde são calculadas a partir de estudos atuariais que consideram as coberturas efetivamente contratadas e os valores negociados junto aos prestadores vinculados aos produtos comercializados. Logo, caso haja obrigação de prestação diversa, haverá o empobrecimento injustificado da Operadora, com o conseqüente enriquecimento sem causa do consumidor, uma vez que ele não realizou pagamento equivalente ao que serviço que pretende acessar.

Ressalta-se que as situações de desequilíbrio decorrentes da má judicialização de conflitos em saúde podem ensejar a liquidação das Operadoras pela ANS, a qual, enquanto Agência fiscalizadora, monitora a saúde financeira das operadoras e intervém sempre que há potencial comprometimento da continuidade e da qualidade do atendimento dos beneficiários contratantes, impondo-lhes medidas que se estendem desde a aplicação de penalidades como advertência; multa pecuniária; suspensão de exercício de cargo por parte de dirigentes; inabilitação temporária para o exercício de cargo em qualquer operadora de planos de assistência à saúde; inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos de qualquer operadora, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras; e cancelamento da autorização de funcionamento<sup>89</sup> e alienação da carteira da operadora<sup>90</sup>, as quais, em um primeiro momento, podem parecer prejudiciais somente às próprias Operadoras, mas resultam na concentração do mercado em poucas empresas, restando os consumidores sem poder de escolha pelo melhor serviço e atendimento.

Por conseguinte, diante da indiscutível necessidade de equilibrar interesses no âmbito da saúde suplementar para a sustentabilidade e manutenção do setor em prol de toda a sociedade, torna-se imperioso refletir sobre qual a maneira mais adequada de solucionar os conflitos a ele relacionados.

---

<sup>89</sup> Sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial das Operadoras de Planos de Saúde, consultar a Resolução Normativa ANS N° 316, de 30 de novembro de 2012. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MjMxNA==>

<sup>90</sup> Art. 2° da Resolução Normativa ANS n° 489, de 29 de março de 2022. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE00Q==>

<sup>91</sup> Sobre alienação de carteira, consultar a Resolução Normativa ANS N° 112, de 28 de setembro de 2005. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=OTk1>

Nesse contexto, o papel das instâncias extrajudiciais de tratamentos de demandas e resolução de conflitos, como as unidades organizacionais de ouvidoria, apresenta-se ainda mais importante e pertinente, na medida em que as soluções impostas por terceiros unilateralmente não estão se mostrando realmente benéficas para a resolução dos conflitos em saúde suplementar. É necessário haver uma mudança cultural, com a participação democrática dos envolvidos para a adequada gestão de seus próprios conflitos.

### **2.3 O Conselho Nacional de Justiça e a sua atuação na gestão dos conflitos de saúde em tramitação junto ao Poder Judiciário brasileiro**

Criado pela Emenda Constitucional nº 45, o Conselho Nacional de Justiça é o órgão responsável pelos controles administrativo, financeiro e disciplinar do Poder Judiciário, planejando, auxiliando e acompanhando as políticas públicas voltadas à melhoria dos serviços por este disponibilizados<sup>92</sup>. Nesse sentido, ao perceber o expressivo movimento de judicialização da saúde, com prejuízo para a dinâmica de atuação do Poder Judiciário e prestação dos serviços aos cidadãos, o CNJ passou a expedir recomendações e resoluções com vistas ao tratamento mais adequado e mais eficiente das demandas submetidas à avaliação judicial.

Em 30 de março de 2010, o CNJ publicou a Recomendação nº 31<sup>93</sup>, orientando os Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais à busca de apoio técnico, médico e farmacêutico para a apreciação das demandas de saúde; à melhor instrução das demandas para a tomada de decisão; à inclusão das matérias relativas a direito sanitário nos cursos de formação de magistrados; bem como à realização de seminários para estudo e mobilização da área da saúde, o que representou um primeiro passo para a melhora do processo de gestão desse tipo de conflito.

Poucos dias depois, em 06 de abril de 2010, através da Resolução nº 107<sup>94</sup>, o CNJ instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para o monitoramento e o auxílio na resolução das demandas de saúde, através da elaboração de estudos e propositura de medidas concretas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais em tramitação e à prevenção de novas demandas, o qual vem atuando fortemente até hoje, doze

---

<sup>92</sup> Regimento Interno do Conselho Nacional de Justiça Nº 67 de 03/03/2009. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=2453>

<sup>93</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>.

<sup>94</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173>



anos depois de sua criação, em prol de uma judicialização da saúde legítima e não prejudicial à população.

Em 29 de novembro de 2010, foi publicada a Resolução nº 125<sup>95</sup>, a qual consolidou o propósito de melhorar atuação do Poder Judiciário por meio da instituição da Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesses, estimulando o uso de mecanismos consensuais de solução de controvérsias, como a mediação e a conciliação, antes mesmo da alteração do Código de Processo Civil e da publicação de Lei de Mediação em 2015, com vista à qualidade dos serviços e à disseminação da cultura de pacificação social, o que representou um enorme avanço para a sociedade que, por sua vez, passou a ser estimulada a resolver as suas querelas de forma mais autônoma.

Ato contínuo, com o objetivo de qualificar as decisões judiciais em saúde, tornando-as mais técnicas e adequadas, foram publicadas as Recomendações nº 36 de 12/07/2011<sup>96</sup> e nº 43 de 20/08/2013<sup>97</sup>, as quais orientaram os tribunais à celebração de convênios com as Agências Reguladoras e órgãos especializados em matéria de saúde (ANS, ANVIDA, CFM e CFO) para manifestações técnicas em demandas propostas pelas partes, bem como à especialização de Varas para processar e julgar as ações de saúde pública e à priorização do julgamento dos processos relativos à saúde suplementar pelas varas competentes.

Além disso, em 2016, o CNJ, através da Resolução nº 238 de 06/09/2016<sup>98</sup>, determinou a criação de Comitês Estaduais de Saúde no âmbito dos Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais para a construção de consenso entre os diversos atores que participam da garantia do direito à saúde pública e privada e, ainda, a criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) com atribuição de elaborar pareceres técnicos em medicina baseada em evidências para a instrução das demandas judicializadas.

No Estado do Ceará, o Comitê Estadual de Saúde foi instalado em 22 de março de 2011 e promoveu a criação do NAT-JUS local em 2016, encontrando-se em pleno funcionamento através de reuniões mensais com os seus participantes, os quais apresentam propostas para a implementação e regulamentação de políticas públicas para a garantia do direito à saúde, com

---

<sup>95</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=156>

<sup>96</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/847>

<sup>97</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=1823>

<sup>98</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>

a produção de estudos e pesquisas e a divulgação dos materiais produzidos em meio digital para estimular a sua disseminação<sup>99</sup>.

Vale ressaltar que, devido a sua importância, os Comitês Estaduais de Saúde passaram por uma reestruturação através da Resolução nº 388 de 13/04/2021 do CNJ<sup>100</sup>, a qual lhes conferiu maior robustez, a fim de aprimorar a sua atuação junto aos tribunais brasileiros.

Paralelo a tais ações, para o enfrentamento da pandemia COVID-19, o CNJ publicou ainda as Recomendações de nº 66 de 13/05/2020<sup>101</sup>, nº 92 de 29/03/2021<sup>102</sup> e nº 100 de 16/06/2021<sup>103</sup>. As duas primeiras orientam que o Poder Judiciário atue de modo a adotar medidas para garantir os melhores resultados durante o período excepcional de pandemia, fortalecendo o sistema de saúde do país e preservando o direito à vida com isonomia e observância da legislação vigente. Já a recomendação mais recente orienta à priorização do uso de mecanismos de soluções consensuais das controvérsias, como a negociação, a conciliação e a mediação, com o apoio decorrente da implementação de Centros Judiciários de Solução de Conflitos de Saúde (Cejusc); fato que consagra a importância de tais mecanismos no gerenciamento das demandas de saúde em tramitação no país.

No entanto, as atividades do CNJ em prol da efetividade dos processos judiciais e da prevenção de novas demandas em Saúde Pública e Suplementar não se limita à publicação de recomendações e resoluções. Através do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – FONAJUS, há o monitoramento das ações judiciais que versam sobre saúde; a propositura de medidas concretas voltadas à otimização de rotinas processuais, à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário; bem como o estudo contínuo para a propositura de outras medidas voltadas para o cumprimento dos objetivos do Fórum Nacional<sup>104</sup>.

Assim, com o intuito de debater os principais problemas relativos à judicialização da saúde pública e suplementar, como também orientar a interpretação das normas de direito à

---

<sup>99</sup> No Portal do TJCE, há um espaço dedicado ao trabalho desenvolvido pelo Comitê Estadual de Saúde, o qual pode ser acessado de forma simples através do endereço eletrônico <https://www.tjce.jus.br/saude/>.

<sup>100</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3868>

<sup>101</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3318>

<sup>102</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3845>

<sup>103</sup> Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3988>

<sup>104</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/>

saúde, o FONAJUS realizou 5 (cinco) jornadas de direito da saúde (2014<sup>105</sup>, 2015<sup>106</sup>, 2019<sup>107</sup>, 2021<sup>108</sup> e 2022<sup>109</sup>), ocasião em que, afora o debate, foram apresentados e aprovados enunciados para a orientação dos magistrados no momento de avaliar e julgar as demandas.

Além disso, também foi criada a Plataforma E-NatJus<sup>110</sup> totalmente on-line e digital, com o objetivo de congregar os pareceres e notas técnicas elaboradas pelos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJUS) e pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) espalhados pelo país.

Com tais ações, o CNJ busca: minimizar a possibilidade de serem proferidas decisões judiciais conflitantes sobre os mesmos temas, as quais causam insegurança jurídica no país; estimular a produção de julgados mais técnicos e corretamente embasados; facilitar a obtenção de dados por parte dos agentes do conflito e, principalmente, reduzir a judicialização, uma vez que a sociedade já teria acesso à informação sobre os tratamentos e medicamentos não recomendados e não concedidos judicialmente. O desafio está na adesão dos magistrados e sua equipe técnica às orientações e entendimentos divulgados, como também no atendimento célere e eficaz das demandas propostas.

Em 2019, o CNJ promoveu a elaboração de relatório analítico propositivo chamado “Justiça Pesquisa”, através do Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, com o tema “Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução”. Dentre os inúmeros dados divulgados, o estudo realizado revelou que, ao contrário do que se pensa no imaginário popular, os Estados com maior índice de judicialização da saúde em um panorama per capita não estão concentrados no Sudeste, mas no Centro-oeste e no Nordeste, sendo, até 2019, os Estados do Mato Grosso do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Pernambuco os que concentram maior volume de ações judiciais com esse tema, o que reflete como o direito de acesso à saúde é tratado nestas regiões, o grau de eficiências das políticas públicas traçadas e, ainda, a como a sociedade interpreta a extensão desse direito social.

---

<sup>105</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/i-jornada-do-forum-nacional-da-saude/>

<sup>106</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/ii-jornada-de-direito-a-saude/>

<sup>107</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/iii-jornada-da-saude/>

<sup>108</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/iv-jornada-nacional-de-direito-da-saude/>

<sup>109</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/agendas/v-jornada-nacional-de-direito-da-saude/>

<sup>110</sup> Informações disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/forum-da-saude-avalia-ampliacao-da-plataforma-e-natjus/>

<b>TJ</b>	<b>REGIÃO</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>MÉDIA</b>
TJMS	Centro-Oeste	2,16	28,62	47,95	79,28	112,40	154,45	148,61	211,90	214,70	111,12
TJCE	Nordeste	11,29	10,72	15,86	28,00	46,55	52,63	165,75	65,19	310,68	78,52
TJRN	Nordeste	44,38	66,47	78,75	76,95	74,51	82,47	72,13	77,64	116,68	76,67
TJPE	Nordeste	25,48	28,13	36,61	92,13	132,55	59,62	53,94	63,88	66,09	62,05
TJMT	Centro-Oeste	66,12	77,85	64,86	72,61	67,60	83,02	46,18	45,23	33,58	61,89
TJSC	Sul	3,76	6,21	7,68	14,08	29,69	67,80	102,80	121,37	175,73	58,79
TJAL	Nordeste	14,13	38,35	35,09	60,94	35,41	19,27	48,58	87,38	85,05	47,13
TJMA	Nordeste	34,16	62,50	62,51	51,20	34,66	37,79	31,66	32,18	34,44	42,34
TJSP	Sudeste	9,08	18,74	22,55	33,46	37,86	44,57	48,47	47,72	52,03	34,94
TJRO	Norte	0,00	11,53	14,34	36,41	71,23	17,61	25,73	0,17	0,00	19,67
TJTO	Norte	0,07	0,29	3,00	7,27	12,18	16,97	31,09	38,10	38,70	16,41
TJRJ	Sudeste	114,98	24,72	0,14	0,09	0,25	0,70	1,10	0,73	1,03	15,97
TJAC	Norte	0,00	0,41	1,21	5,80	14,94	27,46	21,78	31,47	32,06	15,01
TJDFT	Centro-Oeste	0,00	0,04	0,11	0,38	0,93	1,54	4,67	19,65	87,61	12,77
TJMG	Sudeste	1,92	3,20	3,86	5,84	8,92	9,64	10,87	17,26	26,26	9,75
TJPI	Nordeste	0,22	0,22	0,22	0,38	0,72	1,25	2,09	1,28	1,89	0,92
TJES	Sudeste	0,09	0,23	0,25	0,28	0,81	0,62	0,79	1,16	1,67	0,65
<b>Total</b>		<b>24,40</b>	<b>20,34</b>	<b>19,97</b>	<b>29,59</b>	<b>35,71</b>	<b>35,95</b>	<b>45,41</b>	<b>43,68</b>	<b>67,04</b>	<b>35,79</b>

**Figura 55: Número de Processos Judiciais Relativos a Saúde (LAI)35 a cada 100mil Habitantes**

*Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados (número de processos relativos a saúde por UF) e dados Justiça em Números (número de habitantes dividido por 100.000).*

A pesquisa também revelou que os Estados de São Paulo, Ceará e Pernambuco, juntamente com o Distrito Federal, apresentam maior litigância relativa em saúde suplementar, o que reforça a necessidade de adoção de medidas efetivas para a gestão adequada de conflitos desta natureza nessas regiões, além das que já foram propostas e implementadas.

	<b>SUPLEMENTAR</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>% PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>
TJAC	451	659	59%	1110
TJAL	2.404	12113	83%	14.517
TJCE	53.729	11757	18%	65.486
TJDF	3083	402	12%	3.485
TJES	0	232	100%	232
TJMA	0	26.872	100%	26.872
TJMG	14.032	4.624	25%	18.656
TJMS	9.874	18.466	65%	28.340
TJPE	46.390	6.405	12%	52.795
TJPI	0	266	100%	266
TJRJ	27.827	32.113	54%	59.940
TJRO	2.717	265	9%	2982
TJSC	16.281	21.222	57%	37.503
TJSP	121.847	20.410	14%	142.257
TJTO	867	1.559	64%	2.426

**Figura 57: Distribuição regional de processos judiciais em 1ª instância**

*Fonte: Elaboração Própria.*

Em análise específica das decisões proferidas pelos tribunais do país, o estudo elaborado registrou que (CNJ, 2019, p. 115-152) há mais ações individuais do que coletivas; identifica-se pouco conhecimento e uso irrisório dos enunciados publicados nas jornadas de direito à saúde; há desconexão entre a fundamentação das decisões judiciais e as normas de direito sanitário específicas e relacionadas aos temas em discussão em manifesta ofensa ao princípio da deferência; há alta sensibilidade social e emocional sobre os temas de saúde; há complexidade da legislação específica que regula o direito à saúde; ainda é precária a disponibilização de informações estratégicas de saúde para os juízes; falta atuação interinstitucional por parte dos magistrados, que, em sua maioria, não se articulam com os órgãos responsáveis pelo manejo e garantia efetiva do direito à saúde nas esferas pública e privada; há baixa menção aos trabalhos dos NATs, CONITEC e ANS; como também são concedidas antecipações de tutela sem a solicitação de informações mínimas complementares.

Essa realidade também é retratada por Paulo Furquim de Azevedo (2021) em seu artigo que analisa o tema, o qual critica a falta de deferência das decisões frente ao que determinam as instituições oficiais e, por consequência, o alto nível de ativismo judicial sem embasamento técnico e específico em medicina baseada em evidências e técnicas de incorporação de novas tecnologias, o qual estimula a superveniência de novos conflitos, baseados nos resultados dos conflitos antecedentes. Ao que parece, os tribunais se esquecem de que o direito fundamental à

saúde não é absoluto e que o caráter relativo dessa garantia consiste no fato de que a sua tutela jurisdicional não pode ser interpretada de modo irrestrito e ilimitado (MARMELSTEIN, 2013), até porque, devido à sua natureza prestacional, a garantia do direito à saúde pressupõe custos, os quais, por consequência, dependem da disponibilidade de recursos financeiros para serem cobertos.

Nesse contexto, acertam Eduardo Rocha Dias e Unie Caminha (2015), quando apontam como possível medida para a melhor judicialização o uso de medicina baseada em evidências, a qual orienta a tomada de decisão através de critérios científicos, com vistas a reduzir o grau de incerteza em eficácia de tratamentos médicos e o risco de o consumidor sofrer intervenções desnecessárias e excessivamente onerosas.

Esta medida se revela ainda mais eficaz, quando aplicada por meio de decisões estruturantes, conforme propõe Fernando Alcântara Castelo (2017, p. 317-342), com ampla participação e colaboração dos envolvidos, “permitindo que sejam adotadas soluções holísticas, o que evita a tomada de decisões casuísticas, que no intuito de prestigiar o direito de uns, podem desorganizar as políticas públicas e acabarem sendo disfuncionais”.

Para tanto, é preciso que a sociedade retome a capacidade de diálogo e se empodere de seus próprios conflitos, a fim de resolvê-los sob uma ótica de autorresponsabilidade, sem a necessidade de terceirização da decisão para o Poder Judiciário, uma vez que este, sozinho, não é capaz de estabelecer a paz social na saúde suplementar.

## **2.4 Métodos alternativos de solução de conflitos e a sua importância para a eficiência da judicialização do direito à saúde<sup>111</sup>**

Em harmonia com parte das medidas que vêm sendo adotadas e estimuladas pelo CNJ, Perlingeiro (2014) defende que, para diminuir os processos judiciais vinculados à saúde, uma sugestão seria a reestruturação do atual modelo de gestão:

“Na verdade, não enxergo outras alternativas à judicialização exacerbada senão a busca por soluções a partir de uma reestruturação do atual modelo de gestão pública da saúde, o qual precisa passar a ter aptidão e credibilidade para evitar ou para compor,

---

<sup>111</sup> Este tema foi tratado no artigo intitulado “Agências reguladoras e a utilização de métodos democráticos para a resolução de conflitos: as práticas adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS”, para a conclusão do curso de Pós-graduação lato sensu, nível especialização, em Direito Empresarial da FGV DIREITO RIO. Partes do artigo foram transcritos neste tópico.

por si mesmo, os conflitos entre pacientes e autoridades e, em consequência, desestimular as demandas judiciais, principalmente as de caráter repetitivo”.

Filiada a esse mesmo entendimento, cumpre apresentar neste momento da pesquisa os principais métodos de solução extrajudicial de conflitos utilizados no Brasil para, em seguida, entender como as Ouvidorias podem atuar na gestão mais adequada de conflitos no âmbito das Operadoras de Planos de Saúde do Estado do Ceará.

#### *2.4.1 Classificação e diferenças*

Impulsionadas pelo princípio constitucional da eficiência, as práticas de solução de conflitos que prescindem da atuação direta do Estado-juiz ganharam valioso destaque no Brasil nos últimos anos. Como exemplo prático desse fenômeno, rememoram-se as recomendações e resoluções publicadas pelo CNJ, tratadas no tópico anterior, as quais, além de fomentar a realização de composições extrajudiciais, reorientaram as práticas tradicionalmente adotadas pelos tribunais brasileiros, com vistas à utilização de mecanismos consensuais de solução de controvérsias mesmo após a instauração de processos judiciais.

De maneira genérica, conforme defende Ricardo Soares Stersi dos Santos (SANTOS, 2004, p.14), as formas de resolução de conflitos podem ser classificadas em dois grandes grupos, quais sejam: as formas autocompositivas e as formas heterocompositivas. Os métodos autocompositivos são aqueles “em que as próprias partes interessadas, com ou sem a colaboração de um terceiro, encontram, através de um consenso, uma maneira de resolver o problema”, a exemplo da negociação. Já os heterocompositivos são aqueles em que “o conflito é administrado por um terceiro, escolhido ou não pelos litigantes, que detém o poder de decidir, sendo a referida decisão vinculativa em relação às partes”, conceito este no qual se classifica a arbitragem.

Por outro lado, independente de tal classificação, em todos os casos em que a discussão da controvérsia ocorrer em âmbito extrajudicial, as partes devem, necessariamente, estar de acordo no que se refere à escolha do método a ser utilizado, seja através de manifestação informal ou de manifestação contratual, registrada, por exemplo, mediante a aposição de cláusula arbitral no contrato que rege a questão a ser debatida.

Nessa toada, para a análise do tema proposto, este estudo traz os principais aspectos inerentes a cinco métodos de solução extrajudicial de conflitos: negociação; mediação; conciliação; arbitragem e construção de consensos.

#### 2.4.1.1 Negociação

Segundo Luiz Antunes Caetano (CAETANO, 2002, p. 99), negociação é “O ajuste entre duas (ou mais) partes, diretamente entre si, para um acerto, ou mesmo para a resolução de interesses controvertidos, satisfazendo-se mutuamente”. Desse modo, pode-se concluir que a negociação, em seu sentido amplo, é um dos instrumentos mais comuns, maduros e democráticos para o alcance da efetividade e do equilíbrio das relações humanas<sup>112</sup>.

Por outro lado, o fato de a negociação ser uma ferramenta comum não a torna simples ou de fácil manejo; a depender das partes e da questão envolvida, a negociação pode se tornar bastante complexa e, muitas vezes, inviável. Para contornar esse tipo de situação, Roger Fisher, William Ury e Bruce Patton (FISHER, URY E PATTON, 1994, p. 28), defendem que as negociações baseadas em princípios e argumentos técnicos tendem a ser mais eficazes por promoverem maior equilíbrio entre as partes<sup>113</sup>.

No setor de saúde, este mecanismo se revela bastante eficaz para a resolução de conflitos de caráter não assistencial, isto é, que não se refira à garantia de cobertura de procedimentos e eventos em saúde, em um cenário de baixo nível de assimetria de informação, uma vez que, em tal situação, as partes poderão discutir as suas ideias de forma mais equilibrada. Para as demais demandas, de natureza assistencial, a negociação pura não tem se mostrado como mecanismo bastante eficaz, tendo em vista a grande carga emocional envolvida. É preciso, então, agregar outras técnicas para a melhor gestão dos litígios.

---

<sup>112</sup> Segundo Nierenberg, 1991, p. 16), “Cada vez que as pessoas trocam ideias com o intuito de modificar suas relações, cada vez que chegam a um acordo, estão negociando. A negociação depende da comunicação, e ocorre entre pessoas que representem a si ou a grupos organizados”.

<sup>113</sup> Defendem os autores que a referida técnica de negociação está amparada em quatro pilares: separar o problema das pessoas; concentrar-se nos interesses das partes; criar opções de ganho mútuo e utilizar critérios objetivos para a discussão.



### 2.4.1.2 Mediação

Mesmo com a existência de técnicas para tornar a negociação viável e eficaz, é possível que as partes não consigam estabelecer um consenso ou sequer um diálogo para a resolução de conflitos sem o auxílio de terceiros.

Nesse contexto, surgem os demais métodos consensuais de resolução de controvérsias, desta feita, com a participação de uma ou mais pessoas, como é o caso da mediação, da conciliação, da arbitragem e da construção de consensos<sup>114</sup>.

No Brasil, a mediação ganhou destaque com a publicação da Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010 do CNJ e, principalmente, da Lei n. 13.140, de 26 de junho de 2015, a qual “dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública”, e a conceitua como “a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia” (art. 1, parágrafo único).

No entanto, a publicação de tais normas não demarca o surgimento da mediação do país. Em 2003, Célia Regina Zapparolli (ZAPPAROLLI, 2003) já defendia a ferramenta como um procedimento através do qual as partes buscavam a administração pacífica de um conflito, com o auxílio de um mediador, capacitado e imparcial, cuja função consiste em viabilizar a comunicação entre as partes, objetivando a construção de soluções eficazes.

O mediador não deve opinar ou influenciar as partes para que estas optem por determinado caminho. Na mediação, as partes são livres para resolver as suas questões, tanto no que se refere à escolha do método, quanto no que tange à solução a ser adotada. Nestes termos, defende Cilana de Moraes Soares Rabelo (RABELO, 2008, p. 54) que são objetivos da mediação: a busca pela solução dos conflitos; a prevenção de novas demandas; a inclusão e a paz social, figurando como objetivo principal a solução dos conflitos por meio do restabelecimento do diálogo.

---

<sup>114</sup> Diante da existência de tantas possibilidades para a resolução de conflitos, concordamos com Cláudio Vianna de Lima (LIMA, 2011, p. 84), quando defende que a escolha da ferramenta utilizada para se chegar ao consenso não deve ser arbitrária, mas deve observar qual o caminho mais adequado para cada controvérsia.

Além disso, para que o uso do método seja eficaz, conforme defende Tânia Almeida (ALMEIDA, 2002, p. 8), a sua utilização deve ocorrer quando as partes estiverem atuando de boa-fé, com disposição real para mudar as posturas anteriormente apresentadas<sup>115</sup>. Do contrário, mesmo com o auxílio de um terceiro para que as partes conversem sobre o problema que lhes aflige, não se chegará a nenhuma transformação e, por conseguinte, resolução.

A mediação consiste, portanto, em uma ferramenta de construção de consenso e amadurecimento para a resolução de questões pelas próprias partes, a partir de um canal de diálogo criado por um terceiro<sup>116</sup>, que, à luz do disposto no art. 2 da Lei n. 13.140, de 2015, deve ser orientada pelos princípios da imparcialidade do mediador; isonomia entre as partes; oralidade; informalidade; autonomia da vontade das partes; busca do consenso; confidencialidade e boa-fé.

Com relação ao procedimento a ser seguido pelas partes, importa esclarecer que, embora o processo de mediação não seja rígido, a Lei nº 13.140/2015 e o CNJ<sup>117</sup>, com base nesta, estabelecem um rito a ser observado em caso de mediação, o qual, em suma, é composto pelas seguintes etapas: na primeira reunião entre as partes envolvidas, o mediador deverá se apresentar e explicar as regras aplicáveis ao procedimento; se as partes concordarem com o prosseguimento da mediação, deve lhes ser dada a palavra para a exposição dos fatos e suas perspectivas, momento em que o mediador deverá manter escuta ativa e, se desejar, realizar perguntas para esclarecimento dos fatos. Expostos os fatos, o mediador deverá resumir as narrativas de ambas as partes, de modo a aclarar questões e, alcançada a compreensão do conflito, o mediador deve estimular a reflexão das partes para a busca de soluções. Por fim, caso sejam propostas e aceitas soluções, deverá ser redigido o competente termo para a formalização acerca da resolução da controvérsia.

---

<sup>115</sup> Para Maria Berenice Dias e Giselle Groeninga (DIAS, GROENINGA, 2001, p. 62), a mediação possibilita "a reorganização das relações de modo a contemplar o futuro".

<sup>116</sup> Segundo Lília Maia de Moraes Sales (SALES, 2007, p. 79), o mediador deve ser um terceiro imparcial que auxilia o diálogo entre as partes com o intuito de transformar o conflito apresentado, diminuindo a hostilidade entre os envolvidos, de modo a possibilitar o encontro de uma solução satisfatória. É papel do mediador auxiliar na comunicação, na identificação de interesses comuns e deixar as partes livres para explicarem a sua conduta e os seus sentimentos com relação ao litígio, com o objetivo de estimular a reflexão sobre o problema posto, para que a solução tenha origem a partir da manifestação das próprias partes, outrora adversas.

<sup>117</sup> Manual de Mediação Judicial do CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Organizado por André Gomma de Azevedo. 6a Edição (Brasília/DF:CNJ), 2016. P. 150.

Vale ressaltar que não há restrição com relação ao uso da mediação, seja na esfera judicial, seja na esfera administrativa. Na verdade, justamente em virtude da flexibilidade conferida pelo processo acima descrito, a mediação pode ser aplicada como ferramenta para a resolução de conflitos de diversas naturezas, bem como adaptada para o uso presencial ou virtual, por diversas instâncias, a exemplo das Ouvidorias; sendo o seu principal ponto de destaque a construção democrática do consenso pelas próprias partes.

Consoante elucida a Ministra Nancy Andrighi em sua fala durante a Conferência Inaugural das Atividades pedagógicas da Ouvidoria-Geral de UFRJ (2009), diferentemente do Judiciário, o qual se presta a analisar o passado, a mediação tem como o foco o futuro das partes envolvidas e suas relações, de modo a viabilizar a efetiva resolução do conflito e, porque não dizer, uma convivência pacífica entre elas, mostrando-se bastante pertinente para o uso na saúde suplementar.

#### 2.4.1.3 Conciliação

Esclarecidos os aspectos concernentes à mediação, cumpre pontuar que a conciliação também consiste em um processo de solução de conflitos autocompositivo, no qual as partes são auxiliadas por terceiros, por meio de técnicas adequadas, com o objetivo de se chegar a uma solução ou acordo. Contudo, nesta modalidade, o terceiro imparcial que presta auxílio às partes possui competência para opinar, sugerir e aproximá-las, visando a resolução do conflito através do consenso, o que, em virtude do maior grau de intervenção do conciliador, tende a propiciar o encerramento mais breve do litígio.

Segundo José Maria Rossani Garcez (GARCEZ, 2004, p. 54):

“No Brasil, a expressão conciliação tem sido vinculada principalmente ao procedimento judicial, sendo exercida por juízes, togados ou leigos, ou por conciliadores bacharéis em direito, e representa, em realidade, um degrau mais em relação à mediação, isto significando que o conciliador não se limita apenas a auxiliar as partes a chegarem, por elas próprias, a um acordo, mas também pode aconselhar e tentar induzir as mesmas a que cheguem a este resultado, fazendo-as divisar seus direitos, para que possam decidir mais rapidamente”.

Na mesma toada, Cristina Ayoub (RICHE, 2001, p. 26) também faz distinção entre o processo de conciliação e mediação com base na postura do terceiro facilitador, defendendo que, na mediação, o terceiro se posiciona como um "potencializador das sugestões trazidas pelas próprias partes para a solução de controvérsia". Já na conciliação, o terceiro não se apresenta somente como facilitador do diálogo entre as partes, mas como um terceiro

interventor, o qual poderá, com base no relato das partes, propor soluções para que estas componham amigavelmente.

Assim, defende Lília Sales (SALES, 2007) que a conciliação se apresenta mais eficaz e adequada para a orientação de conflitos que não envolvem profunda carga emocional, isto é, nos quais as partes não mantêm, não mantiveram ou não manterão relacionamento significativo ou contínuo, de modo que buscam um acordo de forma mais ágil, seja para resolver uma controvérsia comum ou um processo judicial. Em outras palavras, destinam-se, com maior adequação, à resolução de conflitos esporádicos e menos complexos, os quais permitem a intervenção de um terceiro de forma mais incisiva, sem causar prejuízo às partes envolvidas seja em curto ou a longo prazo.

De todo modo, segundo Braga Neto (BRAGA NETO, 2003, p. 19-32), as etapas do procedimento de conciliação são bastante semelhantes às etapas do procedimento de mediação: apresentação dos envolvidos; esclarecimentos iniciais a respeito das regras que regem o processo de conciliação; exposição dos fatos pelas partes; esclarecimentos sobre o conflito; criação de opções para a resolução do conflito com o auxílio e intervenção do conciliador e, se as partes chegarem a um consenso, a redação do acordo. As diferenças, portanto, consistem na participação diferenciada do terceiro, conciliador, o qual se posiciona de forma ativa perante as partes, opinando e direcionando as discussões para o consenso, como também a duração necessária para o êxito do tratamento de demanda, haja vista que, com a influência de um terceiro interventor, não envolvido com o litígio em discussão, em regra, encerra-se a discussão de forma mais rápida.

#### 2.4.1.4 Arbitragem

A exemplo das ferramentas para a resolução de conflitos acima indicadas, a arbitragem também é um método que, para ser utilizado, deve ser escolhido de comum acordo entre as partes envolvidas e conta com a participação de um terceiro para o encerramento do litígio. No entanto, nesse caso, o terceiro imparcial escolhido pelas partes não somente opina ou sugere soluções, como também decide a controvérsia, caso não haja composição livre e voluntária entre as partes.

Consoante afirmam Braga Neto e Lia Regina Castaldi (BRAGA NETO, Adolfo. SAMPAIO, Lia Regina Castaldi, 2007, p. 14), a arbitragem é um mecanismo de resolução de

conflitos aplicável às discussões sobre direitos patrimoniais disponíveis<sup>118</sup>, em que um terceiro imparcial é investido de poderes pelas partes para decidir a questão em decisão que se equivale a uma sentença judicial<sup>119</sup>. Não é exigida nessa hipótese a composição amigável para o encerramento do litígio.

No Brasil, a arbitragem se encontra regulamentada através da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, a qual, por sua vez, prevê expressamente que a Administração Pública, caso queira, também poderá se valer da arbitragem para a resolução de conflitos que envolvam direitos patrimoniais disponíveis.

No que se refere ao terceiro responsável pela resolução da controvérsia, cumpre esclarecer que, à luz do disposto no art. 13 da referida norma, o árbitro será escolhido de comum acordo entre as partes e poderá ser qualquer pessoa capaz para a prática dos atos da vida civil, confiável, observadas as vedações previstas no art. 14<sup>120</sup>.

A escolha do árbitro é fundamental para o processo de arbitragem, visto que, nos termos do art. 21 da Lei n. 9.307, a rigor, o procedimento de resolução da controvérsia obedecerá ao que as partes acordarem a título de regras procedimentais. No entanto, caso as partes não tenham definido os preceitos aplicáveis, caberá ao árbitro ou ao tribunal arbitral a disciplina do método eleito.

Independente do procedimento estabelecido, seja pelas partes ou pelo árbitro, importa destacar que, por força no art. 21, §2, da Lei n. 9.307, durante a arbitragem, “Serão, sempre,

---

<sup>118</sup> Segundo Cláudio Lima (LIMA, 1997, p. 92), “são patrimoniais os direitos relativos a bens que podem ser apreciados economicamente, quantificados em moeda. Disponíveis são os direitos que se referem a bens apropriáveis, alienáveis, que se encontram no comércio jurídico”. De outro modo, mas não de forma contrária, manifesta-se Eduardo Talamini (TALAMINI, 2017, p. 99) no sentido de que a “patrimonialidade também se configura pela aptidão de o inadimplemento ser reparado, compensado ou neutralizado por medidas com conteúdo econômico”.

<sup>119</sup> Lei n. 9.307 de 1996. Art. 31. A sentença arbitral produz, entre as partes e seus sucessores, os mesmos efeitos da sentença proferida pelos órgãos do Poder Judiciário e, sendo condenatória, constitui título executivo.

<sup>120</sup> Art. 14. Estão impedidos de funcionar como árbitros as pessoas que tenham, com as partes ou com o litígio que lhes for submetido, algumas das relações que caracterizam os casos de impedimento ou suspeição de juízes, aplicando-se-lhes, no que couber, os mesmos deveres e responsabilidades, conforme previsto no Código de Processo Civil.

§ 1º As pessoas indicadas para funcionar como árbitro têm o dever de revelar, antes da aceitação da função, qualquer fato que denote dúvida justificada quanto à sua imparcialidade e independência.

§ 2º O árbitro somente poderá ser recusado por motivo ocorrido após sua nomeação. Poderá, entretanto, ser recusado por motivo anterior à sua nomeação, quando:

a) não for nomeado, diretamente, pela parte; ou

b) o motivo para a recusa do árbitro for conhecido posteriormente à sua nomeação.

respeitados no procedimento arbitral os princípios do contraditório, da igualdade das partes, da imparcialidade do árbitro e de seu livre convencimento”, o que também torna a arbitragem um procedimento democrático, com ampla participação das partes. A grande diferença é que, ao final, não é redigido um acordo pelas partes, mas proferida uma decisão irrecorrível em âmbito extrajudicial por parte do árbitro, o qual atua como juiz de fato e de direito e não depende de homologação do Poder Judiciário para a solução definitiva da controvérsia (art. 18 da Lei n. 9.307).

Nestes termos, embora mais próxima da formatação em que se apresenta o processo judicial, a arbitragem ainda se apresenta como uma alternativa interessante frente à longa duração média dos processos judiciais e ao fato de que se trata de um procedimento escolhido de forma consensual pelas partes envolvidas, para a resolução de suas próprias questões. No entanto, no âmbito da saúde suplementar é pouco utilizada, seja porque não há muitas câmaras arbitrais especializadas e confiáveis em funcionamento, seja porque a natureza da maior parte dos conflitos em saúde é assistencial, em que se discute se o direito de acesso a coberturas é ou não disponível por derivar de uma garantia fundamental.

#### 2.4.1.5 Construção de consensos

Por fim, cabe registrar a proposta da construção de consensos que, a partir de estudos mais recentes, vem sendo aplicada como alternativa para a resolução adequada de conflitos complexos que envolvam um número expressivo de partes ou pessoas.

Conforme elucidam Alessandro Sales e Vlândia Pinto (2017, p. 447), esse mecanismo consiste na construção de um acordo colaborativo e consciente, no qual a solidariedade entre as partes figura como premissa, a partir de seis pilares:

“[...] 1) em qualquer tomada de decisão em que existam grupos ou organizações representados ou representando outros maiores, necessário se faz que se deixe clara a sua responsabilidade para com os seus representados e para com todas as partes envolvidas; 2) o diálogo entre as partes só deve começar quando todas as pessoas se identificam, expressam sua missão, estabelecem uma agenda de trabalhos e as regras que guiarão as conversações; 3) os grupos devem coletar informações básicas sobre o conflito que todo o grupo entenda como confiáveis (mesmo que interpretem de forma distinta); 4) os grupos devem encontrar soluções que permitam a todos vivenciar uma situação melhor do que se não tivessem alcançado essa solução; 5) quando as pessoas que estão envolvidas diretamente no diálogo representam outras pessoas ou grupos, é importante que seja elaborado um esboço do acordo realizado para que essas pessoas avaliem se realmente expressa a satisfação de todos; 6) os grupos devem “pensar à frente”, buscando prevenir obstáculos que possam surgir na implementação de suas decisões”.

A partir disso, o processo de construção do consenso deve admitir a existência de diferenças entre os envolvidos, bem como a possibilidade de elas não concordarem, de modo a desenvolver uma estratégia de inclusão de suas posições, interesses e valores, com o objetivo de definir soluções para o conflito, unânimes ou não, as quais devem ser formalizadas e ter as respectivas execuções acompanhadas para viabilizar a rediscussão do que restou decidido, se necessário.

No caso dos conflitos em saúde, verifica-se que a ANS já vem experimentando a construção de consensos através da celebração de Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta junto às Operadoras, os quais serão melhor tratados no tópico 2.4.2.1.1 deste trabalho. Além disso, não se pode olvidar o uso eficaz desta técnica como estratégia para o enfrentamento da pandemia COVID-19 no Estado do Ceará, o qual, a partir de reuniões sistematizadas com todos os agentes envolvidos na garantia do direito à saúde durante o referido período de exceção, conseguiu administrar os efeitos deletérios da crise sem que houvesse o colapso de suas estruturas públicas e privadas ou judicialização excessiva<sup>121</sup>.

Por outro lado, o uso desta ferramenta ainda não vem sendo bem explorado no âmbito interno das Operadoras de Planos de Saúde, as quais podem construir consensos entre os seus diversos setores e colaboradores, com o objetivo de diminuir a assimetria de informação que também existe entre eles e, com isso, prevenir e melhor tratar os litígios que afetam toda a organização, o que consiste justamente na segunda parte da proposta de intervenção formatada por meio desta pesquisa.

#### *2.4.2 Métodos de solução de conflitos no âmbito das agências reguladoras*

Realizada uma breve explanação a respeito dos principais métodos de resolução extrajudicial de conflitos utilizados no Brasil, cumpre repisar a inexistência de vedação legal para a ampla utilização destes por parte da Administração Pública, incluídas as agências reguladoras, como instrumento de pacificação social. Para tanto, basta que as partes envolvidas nos litígios apresentados assim permitam e desejem expressamente.

---

<sup>121</sup> Artigo de opinião publicado no jornal O Povo on-line em 29/03/2022. Disponível em: <https://mais.opovo.com.br/jornal/opiniaio/2022/03/29/alessander-sales-construcao-de-consenso-na-pandemia.html>

Na verdade, conforme afirmam Lara Caxico e Marlene Kempfer (CAXICO, KEMPFER, 2017, p. 44-45), “A reforma do Estado, ocorrida a partir de 1995, buscou o equilíbrio entre a participação democrática, o atendimento ao cidadão, a ampliação do mercado e a promoção da eficiência administrativa”. Assim, para que tal intento se concretizasse, foram criadas Agências Reguladoras, a exemplo da ANS, cuja “importante atuação de fiscalização para fazer cumprir as leis e regulamentos soma-se ainda à possibilidade de recorrer à solução extrajudicial de conflitos, atuações que destacam a característica gerencial das agências reguladoras”.

Tal afirmação vai ao encontro do que afirma Maria D’assunção Menezello (MENEZELLO, 2002), quando esta defende a possibilidade de as agências reguladoras se posicionarem como instrumentos de democracia participativa, em busca da defesa dos direitos, garantias e regras previstas na Constituição Federal e acrescenta que, conforme dito alhures, as agências funcionam órgão intermediário entre a sociedade e o Poder Público, realizando a função de um mediador de interesses, proporcionando uma maior flexibilidade e comunicabilidade entre eles.

O art. 1º, § 1º da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996 (com redação dada pela Lei nº 13.129/2015) confere à administração pública a prerrogativa de fazer uso do processo de arbitragem para solucionar conflitos relativos à discursão a acerca de direitos patrimoniais disponíveis. A Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015 autoriza e incentiva que a Administração Pública preveja e resolva seus conflitos por meio da conciliação e mediação (art. 32). Além disso, o novo Código de Processo Civil, instituído pela Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015, afirma que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar câmaras de prevenção e resolução administrativa de conflitos.

No âmbito das agências reguladoras, a ANS, através da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, recebeu a incumbência de se articular com os órgãos de defesa do consumidor, visando a proteção destes no âmbito das relações assistenciais de prestação de serviços (art. 4, XXXVI).

Isso ocorre, porque, como defende Ivo César Barreto de Carvalho (CARVALHO, 2013, p. 189):

“A realidade e a eficiência devem caminhar juntas no âmbito da Administração Pública moderna, a fim de que o cidadão possa participar e entender que ele também é parte integrante, e não elemento estranho, ao Estado. Tal aproximação se mostra ainda muito mais razoável nas agências reguladoras, tendo em vista a ausência nestas do componente político. Conceitualmente, estas autarquias não estão a defender



interesses de um determinado grupo político atuante no governo, mas de propiciar a prestação mais adequada e eficiente dos serviços públicos regulados”.

Ademais, conforme defende Carlos Alberto de Salles, alternativas à judicialização de conflitos em âmbito privado são priorizadas, porque promovem “celeridade, a confidencialidade, a especialização no tema a se decidir, a economia de recursos materiais e humanos, o menor grau de enfrentamento entre as partes, a flexibilidade, a maior participação das partes e a maior proximidade delas com o árbitro” (SALLES, 2011, p. 11). Por mais esse motivo, as agências reguladoras não poderiam deixar de trabalhar tais métodos em seus campos de atuação.

Corroborando com esse raciocínio, Luiz Ricardo Trindade Bacellar (BACELLAR, 2009, p. 59), quando elucida que o fato de as agências reguladoras serem tecnicamente especialistas em seu âmbito de atuação as torna ainda mais indicadas para solucionar conflitos referentes a temas que lhes tangenciam, pois propiciam a resolução da demanda de forma mais eficiente e positiva, em virtude do tipo de conhecimento que lhes é exigido. E, de forma complementar, Ivo César Barreto de Carvalho (CARVALHO, 2013, p. 191), quando explica que:

“No exercício do papel mediador de conflitos, as agências reguladoras, dada a alta tecnicidade no conhecimento da matéria objeto do conflito e a inexistência dos conhecidos entraves burocráticos inerentes ao Poder Judiciário brasileiro, propiciam decisões mais eficientes e com aplicabilidade mais imediata em relação às partes envolvidas. Ademais, a inexistência de custas é um motivador para que as partes envolvidas (usuário do serviço e entidade regulada prestadora do serviço) busquem tal caminho para a solução de seus conflitos”.

Nesse contexto, não se pode deixar de promover estudos a respeito das práticas para resolução consensual de conflitos no setor da saúde suplementar, principalmente quando se observa que, nos termos de José Menescal de Andrade Júnior (ANDRADE JÚNIOR, 2016, p. 67):

“A saúde suplementar traz consigo uma contradição. É um setor altamente regulado e detalhadamente dissecado pelos órgãos reguladores e fiscalizadores, o que, em princípio, faria supor que, com todo esse universo caudaloso de normas, não houvesse dúvidas e conflitos, não houvesse demandas judiciais. Mas não. Paradoxalmente, é alta a conflituosidade, é extremamente elevado o número de reclamações e ações de ordem administrativa e judicial que acometem as relações ensejadas pelos planos e seguros de saúde”.

#### 2.4.2.1 Métodos adotados pela ANS

Consciente de seu papel para a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a ANS busca promover a resolução de conflitos nas matérias de sua competência de duas

formas: 1) celebração de termos de compromisso de ajuste de conduta junto às Operadoras de Planos de Saúde; e 2) tratamento de demandas entre Operadoras e beneficiários através do procedimento de notificação de intermediação preliminar – NIP.

Assim, para complementar o estudo sobre o tema e propor alternativa inovadora em face do que já existe, passa-se à análise dos mecanismos já adotados pela Agência.

#### 2.4.2.1.1 ANS e Operadoras: termos de compromisso de ajuste de conduta

Consoante estabelece a Lei nº 9.961/2000 em seu art. 1º, cabe à ANS a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Por conseguinte, havendo indícios de ofensa à legislação vigente, com potencial prejuízo às instituições de saúde suplementar e à sociedade, a partir de atos comissivos ou omissivos das Operadoras, impende à Agência o exercício de seu poder de polícia, visando a correta apuração dos fatos para a tomada das decisões cabíveis.

Contudo, a despeito de tal dever institucional, não deve a ANS limitar a sua atividade à instauração de processos administrativos sancionadores em face das Operadoras, com a aplicação de penalidades na hipótese de identificação de prática de ato irregular. Além de tal possibilidade, cumpre à ANS a orientação do setor de saúde suplementar e seus respectivos agentes, com vistas à melhora dos serviços prestados em favor da sociedade.

Para tanto, a Lei nº 9.656/1998, em seu art. 29, e a Lei nº 9.961/2000, em seu art. 4º, XXXIX, preveem a competência da Agência para a celebração de termo de compromisso de ajuste de conduta junto às Operadoras, com eficácia de título extrajudicial, a fim de que estas cessem a prática das infrações identificadas em processos administrativos sancionadores e corrijam as irregularidades apontadas, mediante a indenização dos prejuízos delas decorrentes. Em contrapartida, durante a vigência do compromisso, a tramitação do processo administrativo sancionador será suspensa e, caso todas as obrigações instituídas no instrumento sejam cumpridas, o processo será extinto sem a aplicação de penalidades.

Vale ressaltar que não é a simples tramitação de qualquer processo administrativo sancionador<sup>122</sup> que autoriza a celebração de termos de ajuste entre a ANS e as Operadoras. Na

---

<sup>122</sup> Esse tipo de procedimento administrativo se encontra atualmente regulado através da Resolução Normativa nº 483/2022 ANS, disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE0Mw==>

verdade, à luz do disposto no art. 29-A, a celebração deste tipo de instrumento, em troca da não aplicação de penalidades, somente é possível “quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde” e não implique em restrição de direitos dos beneficiários contratantes.

Para o início das negociações do termo, a ANS deve realizar avaliação de conveniência e oportunidade, ocasião em que deverão ser observados os fatores tempo decorrido desde a prática da infração; reincidência; alcance do dano e razoabilidade da proposta diante da gravidade das condutas praticadas, conforme estabelece a Resolução Normativa de nº 372, de 30 de março de 2015<sup>123</sup>.

Satisfeitas as condições essenciais para a propositura do termo, as cláusulas deste passam a ser negociadas entre a Operadora e a ANS, que, por sua vez, acompanhará todas as ações estabelecidas para a declaração de seu cumprimento e conseqüente encerramento.

Esse instrumento se revela interessante na medida em que é construído de modo colaborativo pelos próprios agentes envolvidos, os quais definem estratégias e ações concretas a serem efetivadas a partir de um consenso público e formal, por meio do qual se espera que a origem da infração apurada seja sanada, de modo a não mais se repetir ou produzir efeitos deletérios ao mercado e, por consequência, não gerar mais conflitos de mesma natureza, seja na esfera judicial ou administrativa.

Por outro lado, o Termo de Compromisso e Ajuste de Conduta - TCAC ainda não tem se mostrado efetivamente capaz de mudar realidades e mitigar litígios no setor, tendo em vista o grande receio que as Operadoras têm de não conseguirem comprovar o cumprimento de todas as exigências previstas na Resolução Normativa nº 372/2015 ANS para o seu efetivo encerramento sem a aplicação de penalidades. Há baixa adesão ao instrumento, quando comparado ao volume de processos administrativos sancionadores instaurados diuturnamente,

---

123

Disponível em:  
<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mjk0OQ==>

principalmente, quando se verifica que, nos últimos 10 (dez) anos, a Diretoria de Fiscalização da ANS não conseguiu superar a marca de 15 (quinze) TCACs por ano<sup>124</sup>.

#### 2.4.2.1.2 Operadoras e beneficiários por intermédio da ANS: notificação de intermediação preliminar - NIP

Na esfera do conflito individual, a ANS estimula a resolução das questões registradas pelas partes envolvidas através da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP, que, por definição contida na Resolução Normativa de nº 483, de 29 de março de 2022, “consiste em um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de planos privados de assistência à saúde - operadoras, inclusive as administradoras de benefícios, constituindo-se em uma fase pré-processual”.

Instituída em 2010 através da Resolução Normativa nº 226 ANS, a NIP surgiu com a intenção de viabilizar a comunicação entre os beneficiários contratantes e as Operadoras de Planos de Saúde, a fim de que estes tivessem mais uma oportunidade de solucionar as suas questões pendentes, desta feita, sob a supervisão da Agência.

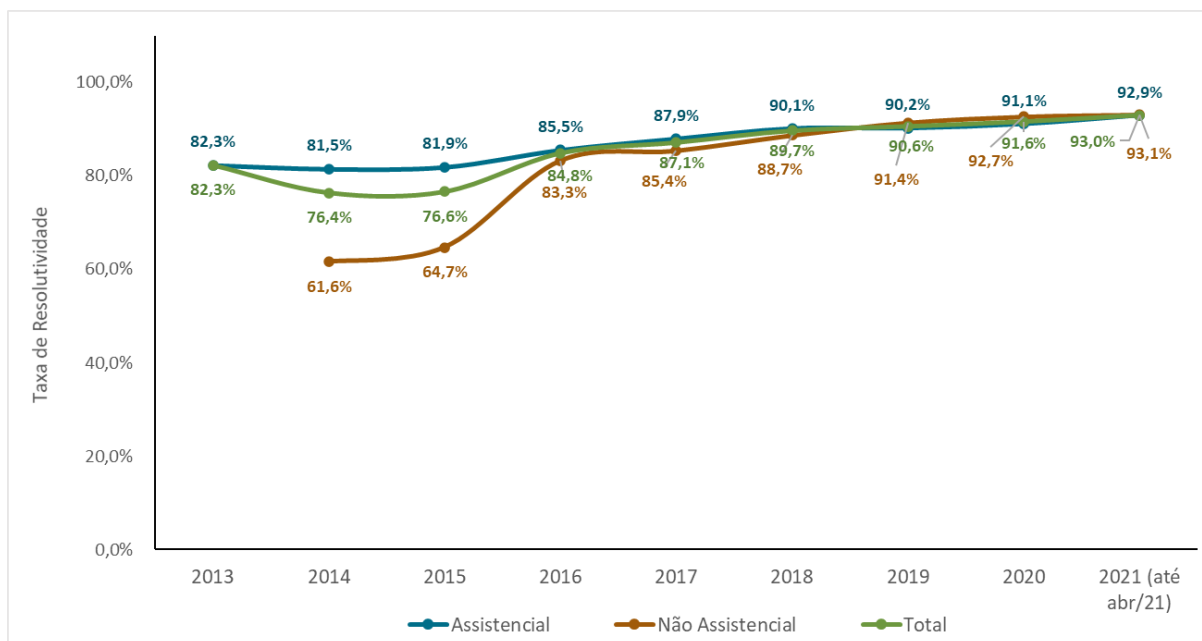
A partir do registro de uma reclamação do consumidor pelos canais de atendimento disponibilizados pela ANS, uma notificação on-line e automática é expedida à Operadora, a qual, por sua vez, dispõe do prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis para solucionar as questões de caráter assistencial junto aos beneficiários e do prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para a de natureza não assistencial, isto é, aquelas que não envolvam a garantia de procedimentos e eventos em saúde.

Segundo a ANS<sup>125</sup>, desde que começou a ser utilizada, a NIP apresentou significativos resultados positivos, ultrapassando a marca de 92% (noventa e dois por cento) de taxa de resolubilidade entre as partes, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador para apuração da conduta da Operadora em sede de atividade fiscalizatória, tampouco a aplicação de penalidades, veja-se:

---

<sup>124</sup> Dados disponibilizados pela própria ANS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/termos-de-compromisso/termo-de-compromisso-de-ajuste-de-conduta>.

<sup>125</sup> Dados apresentados em notícia divulgada no Portal da ANS em 15/09/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/oficina-para-operadoras-esclarece-processos-de-fiscalizacao>



Dados extraídos pela ANS em 15/09/2021. Fonte: SIF/ANS.

Apesar disso, os números relativos à propositura de demandas judiciais em saúde suplementar e ao próprio registro de reclamações perante a Agência ainda não tiveram melhora significativa, conforme dados já expostos nos tópicos anteriores.

No caso específico na NIP, essa constatação induz à conclusão de que as Operadoras de Planos de Saúde, de forma consciente ou não, não estão utilizando a NIP para identificar e solucionar as causas raízes das reclamações dos consumidores, com vistas a melhorar a prestação de seus serviços, mas sim como mecanismo de regulação das ações de saúde, a partir do qual determinadas coberturas contratadas e a correção de eventuais equívocos não assistenciais identificados somente são garantidas após o registro de reclamação perante a ANS, a título de reparação, com o objetivo de evitar a aplicação de penalidades.

Há, portanto, uma enorme perda de oportunidade de melhoria de processos e prestação de serviços, que poderia ser utilizada não somente para a redução de litígios, como para o seu tratamento adequado, de modo a fidelizar os clientes, os colaboradores, e atrair mais pessoas para a contratação de produtos, o que também estimularia a boa concorrência.

Por isso, esta pesquisa se propõe ao estudo do papel da Ouvidoria no contexto da saúde suplementar como âmbito para estabelecer uma melhor comunicação entre as partes, viabilizar o conhecimento a respeito das verdadeiras causas dos conflitos e promover a adequação dos fluxos e condutas necessárias para o melhor tratamento das demandas registradas pelos

beneficiários junto às Operadoras. Assim, construir-se-á um verdadeiro terreno fértil para boas práticas e estímulo à convivência pacífica entre os atores que compõem a saúde privada.

### 3 A OUVIDORIA E O SEU PAPEL NO PROCESSO DE GESTÃO DE CONFLITOS EM SAÚDE PRIVADA

A análise e a formulação de estratégias de resolução de conflitos pontuais, como parte das que já foram apresentadas ao longo desta pesquisa, são importantes para a garantia dos direitos individuais das partes envolvidas, mas não são suficientes para o desenvolvimento e a sustentabilidade da vida em sociedade, especialmente, no contexto da saúde suplementar, em que contratos de prestação de serviços individuais são celebrados e viabilizados a partir de uma lógica mutualista, pautada na interdependência de todos os contratantes.

É necessário repensar o formato de análise das querelas que envolvem o direito à saúde, a fim de viabilizar o tratamento de suas causas-raízes, e não somente de seus efeitos, de modo a prevenir novos desentendimentos, transformar a cultura de beligerância em cultura de paz e conscientizar operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e consumidores de que não há lados opostos nas relações contratuais estabelecidas, mas sim partes que possuem diferentes papéis, todos igualmente importantes e dependentes entre si.

Nesse contexto, demonstrado que as ferramentas e estratégias já criadas para o tratamento de conflitos em saúde ainda não conseguiram equalizar os interesses das partes no setor, o instituto da Ouvidoria se apresenta como canal alternativo interessante para auxiliar na busca de tais objetivos, uma vez que, conforme afirma Thalyany Leite (2020, p. 119), dedica-se à escuta de clientes internos e externos de maneira imparcial e organizada para identificar falhas e oportunidades de melhoria por meio do diálogo, sendo entendida como forma de controle social, mesmo diante da possibilidade de as instituições que a utilizam implantarem as suas próprias políticas de tratamento de demandas.

### 3.1 A origem da ouvidoria no Brasil e a sua função social

A ouvidoria no Brasil foi inspirada no modelo ombudsman da Suécia (1809)<sup>126</sup>, criado com o objetivo inicial de apurar as queixas apresentadas pelos cidadãos contra os órgãos da administração pública, e se fortaleceu após o fim da ditadura militar, com a redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual previu e incrementou a participação democrática do cidadão/consumidor em todas as esferas de poder, com a possibilidade de contribuição, de maneira direta e indireta, na administração das instituições, a partir da premissa registrada em seu art. 1º, parágrafo único, de que “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”.

Após 21 (vinte e um) anos de ditadura militar, a primeira Ouvidoria Pública do Brasil foi criada no dia 24 de março de 1986, pelo município de Curitiba/PR, com a missão institucional de receber reclamações, denúncias e sugestões dos cidadãos para a melhoria administração pública municipal, servindo de modelo para todo o país<sup>127</sup>.

Em seguida, com a valorização dos seres humanos e da figura do cidadão; a viabilização de sua participação na organização das instituições sociais; a criação de princípios e normas norteadoras das atividades desempenhadas pela administração pública direta e indireta; e a previsão de direitos para o consumidor na CF/1988 (Art. 5º, XXXII, e Art. 170, V), observou-se a formação de um terreno ainda mais fértil para a criação de ouvidorias como se conhece atualmente, tanto em âmbito público, como em âmbito privado. No entanto, esses não foram os únicos incentivos conferidos pelo legislador para a disseminação das ouvidorias no país.

Em 1990, diante do cenário de abusos e irregularidades praticadas por fornecedores de produtos e prestadores de serviços, os quais colocavam o consumidor em posição de extrema vulnerabilidade, foi publicado o Código de Defesa do Consumidor (CDC) através da Lei nº 8.078/1990. Este buscou, dentre outros objetivos, estimular a educação e informação de fornecedores e consumidores quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo, estipulando sanções administrativas para os casos de inobservância de

---

<sup>126</sup> De acordo com Vismona (2001, p. 11), Ombudsman é uma “*expressão de origem nórdica, que resulta da junção da palavra ombud (representante, procurador) com a palavra man (homem) e não comporta variação (de número ou de gênero)*”.

<sup>127</sup> Conteúdo disponível em: <https://www.curitiba.pr.leg.br/informacao/noticias/primeira-ouvidoria-do-brasil-foi-criada-em-curitiba-ha-29-anos>



suas orientações, a exemplo de multa pecuniária; suspensão de fornecimento de serviços; suspensão temporária de atividade e intervenção administrativa (Art. 56, CDC).

Nesse contexto, para melhor atender os consumidores, identificar os seus anseios e as falhas que os levaram à insurgência, e evitar os aspectos punitivos do CDC por meio do adequado tratamento das demandas, houve uma ampla divulgação do conceito de ouvidoria e da figura do ouvidor no país. O referido código passou a ser, então, considerado um marco na trajetória das Ouvidorias no Brasil (VISMONA, 2011, em *Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas*).

Ao verificar tal movimento, em 1995, pessoas que passaram a exercer o papel de ouvidor se uniram e promoveram a criação da Associação Brasileira de Ouvidores (ABO)<sup>128</sup>, a qual “tem por objetivo estimular e promover o conagraçamento e o relacionamento entre todos aqueles que exerçam a função de Ouvidor/Ombudsman no Brasil, como também os que atuam em atividades de defesa da cidadania, do consumidor e do meio ambiente”<sup>129</sup>.

Desta feita, o ouvidor/ombudsman passou a ser reconhecido como um representante dos cidadãos nas instituições públicas e privadas, apresentando os interesses destes de forma autônoma, com o objetivo de valorizar o relacionamento com os cidadãos, bem como promover a melhoria no fornecimento de produtos, na prestação de serviços e nos processos de trabalho, através da diminuição da assimetria de informação entre as partes envolvidas, em exercício de verdadeiro papel pedagógico dentro das instituições ao garantir o direito de petição por parte dos usuários contratantes dos serviços e produtos disponibilizados no mercado.

No ano 2000, através do Decreto nº 3.382, de 14 de março de 2000, criou-se o cargo de Ouvidor Geral da República e a função de Ouvidor Geral das policiais federais, o que

---

<sup>128</sup> Enquanto associação representativa, a ABO se compromete com: “I - a difusão da instituição da Ouvidoria como instrumento de aprimoramento democrático, defesa dos cidadãos e de efetiva representação dos seus direitos e legítimos interesses; II - o estímulo à criação de Ouvidorias e à contínua capacitação de Ouvidores/Ombudsman, seja na administração pública, seja em empresas privadas; III - a defesa da instituição, assim como dos profissionais que nela militam, contra abusos de qualquer natureza que possam prejudicar o livre exercício de suas funções; IV - a colaboração com autoridades e a comunidade em assuntos de interesse público; V - promoção de intercâmbio cultural, social e de experiências com entidades congêneres do país e do exterior; VI - promover a ética, a paz, a cidadania, os direitos humanos, a democracia e outros valores universais; VII - promover, realizar e fomentar seminários, encontros, palestras, e também estudos, pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo”. Disponível em: <https://www.abonacional.org.br/sobre-nos>.

<sup>129</sup> Texto da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman, disponível em: <https://www.abonacional.org.br/sobre-nos>.

representou grande reforço às instituições públicas que vinham criando células organizacionais de ouvidoria em suas esferas de atuação, a exemplo do que aconteceu no Estado de São Paulo que, através de sua Assembleia Legislativa, publicou a Lei nº 10.294, de 20 de abril de 1999, estabelecendo normas básicas de proteção e defesa do usuário dos serviços públicos prestados pelo Estado de São Paulo, dentre elas, a criação de ouvidorias para o atendimento da população.

Ato contínuo, através da Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004, foram criadas as ouvidorias de justiça, as quais significaram a presença de tal instituto nas três esferas de poder, consolidando-se como uma instância de controle e participação social com vistas ao aprimoramento da gestão pública.

Em paralelo, na área da saúde, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, e sob a perspectiva de que a gestão do SUS pode e deve ser realizada com a participação da população, foi criado o Departamento de Ouvidoria-geral do Sistema Único de Saúde, integrante do Ministério da Saúde, como um “canal transformador de estímulo à participação social, de disseminação de informações em saúde, de conscientização popular e de busca do equilíbrio e mediação entre o usuário e os gestores do SUS” (BRASIL, 2014). Com a criação da Ouvidoria-Geral do SUS, a população em geral pode registrar denúncias; reclamações; solicitações; perguntas; elogios e sugestões relativas aos serviços prestados pelo SUS, o que consagra os ideais democráticos previstos na CF/1988.

A consagração do instituto, todavia, ocorreu a partir da publicação da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (lei de acesso à informação), a qual instituiu o dever de divulgação de dados de interesse público, independente de solicitação por parte do usuário do serviço, em franco desenvolvimento das ferramentas de controle social. Formou-se, a partir de então, uma cultura de transparência institucional, fundamental para o exercício da democracia e para a garantia da participação dos cidadãos na gestão da Administração Pública.

Conforme elucida Rose Cyrillo (2015):

“Diante deste novo contexto, cabe destacar que o trabalho desenvolvido pela Ouvidoria não é de mera recebedora e repassadora de reclamações, denúncias e solicitações. Há todo um labor pedagógico e construtivista no ato de ouvir e informar o cidadão a respeito de seus direitos e deveres, tornando-o apto a buscar a melhor prestação do serviço possível, capacitando-o a identificar o órgão apropriado para a resolução do problema relatado, ao mesmo tempo que tais manifestações transformam-se em poderosos indicadores para que os órgãos gestores possam traçar suas prioridades de atuação e metas de trabalho, já que refletem os anseios e as angústias de uma comunidade que, de alguma forma, não está sendo atendida em suas

necessidades. [...] Da mesma forma que o ouvidor exerce o papel de porta-voz do público externo, é de se esperar que também canalize os anseios dos servidores de sua própria instituição como forma de tornar a administração interna mais participativa e aberta, criando um clima propício para a resolução de conflitos corporativos de forma não adversativa.”

Já na saúde suplementar, apesar de a ANS ter sido criada no ano 2000, com a finalidade institucional de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Art. 3º, Lei nº 9.961/2000), e conter, em sua estrutura básica, uma unidade de Ouvidoria com competência para “formular e encaminhar as denúncias e queixas aos órgãos competentes, em especial à Diretoria Colegiada, à Procuradoria e à Corregedoria da ANS, e ao Ministério Público”; e “dar ciência das infringências de normas de assistência suplementar à saúde ao Diretor-Presidente da ANS”, (Art. 19, Decreto nº 3.327, de 05 de janeiro de 2000), somente foi instituída a obrigatoriedade de implementação de unidades organizacionais específicas de ouvidoria por parte das operadoras de planos de assistência à saúde em 2013, a partir da publicação da Resolução Normativa nº 323, de 03 de abril de 2013, a qual será melhor trabalhada nos tópicos que seguem.

De todo modo, independente da cronologia dos fatos e da instância de atuação, as ouvidorias surgem como instrumento de aproximação entre os indivíduos e as instituições com as quais estes mantêm relações sociais, possibilitando o exercício da cidadania e a concretização dos princípios democráticos previstos na Constituição Federal em vigor.

Conforme elucidam José Roberto Rus Perez, Adriana Eugênia Alvim Barreiro e Eric Passone, organizadores do estudo sobre ouvidorias publicado pela Universidade de Campinas – UNICAMP em 2011, a transparência é pressuposto de governos democráticos, o que, no Brasil, restou consagrado com a mencionada Lei de Acesso à Informação. Nesse sentido, os cidadãos precisam de um canal que acolha as suas demandas, medeie a comunicação com o Estado e as instituições públicas e privadas, bem como viabilize o aprimoramento adequado da prestação de serviços e do fornecimento de produtos para atender aos seus verdadeiros anseios; papel este que, de acordo com o entendimento manifestado por Lília Sales (2006, p. 157) pode ser exercido pela Ouvidoria, uma vez que esta tem como objetivo “estabelecer o estreitamento de relações entre o cidadão usuário de um serviço e a administração, seja da empresa pública ou privada”, permitindo que usuário/consumidor seja um forte colaborador nos processos de

tomada de decisão e implementação de políticas capazes de garantir o regular funcionamento da instituição.

Para tanto, conforme defende a professora Lilia Sales (2006), a atividade das ouvidorias públicas e privadas deve ser regida pelos princípios da transparência; agilidade, sigilo; isenção no trato das demandas; uso de informações existentes e tratamento equânime em relação às partes. Transparência para ter e manter a autoridade necessária para exercer o seu trabalho através da construção de relações de confiança e credibilidade. Agilidade para atender à expectativa de eficiência do usuário do serviço. Sigilo das informações e fatos para preservar os dados e a imagem do cidadão, de modo a evitar novos conflitos. Isenção no trato das demandas para agir com independência, buscando a melhor solução para as partes, a despeito de crenças pessoais. Por fim, deve fazer uso de informações existentes e documentadas para atuar de modo seguro e isento, por meio do tratamento equânime das partes, com o objetivo de viabilizar a construção justa para a solução do conflito.

Além disso, para a persecução de seus objetivos institucionais, segundo Giangrande (2000), as ouvidorias no Brasil devem exercer as seguintes atribuições<sup>130</sup>: a escuta ativa e imparcial do cidadão; o acolhimento e a condução ética das reclamações, solicitações, denúncias, informações e elogios registrados; o recebimento das demandas por via eletrônica ou presencial; a análise das manifestações, com a busca de soluções efetivas para as questões propostas e a oferta de resposta aos cidadãos; a manutenção da confiabilidade no tratamento das demandas; a identificação de opções para o aprimoramento das questões suscitadas; a efetiva contribuição para a resolução dos problemas junto às partes envolvidas; o acolhimento e a intervenção nas demandas que infrinjam o código de ética das instituições; bem como a realização de recomendações às áreas de gestão da instituição para a concretização de ações corretivas e preventivas, visando a melhoria da prestação dos serviços e a solução definitiva das questões propostas.

Note-se que o ouvidor não exerce a função de delator. Na verdade, como esclarece Edson Luiz Vismona (2011), o verdadeiro ouvidor age como interlocutor que possui informações privilegiadas apresentadas pelas partes e as trabalha de forma objetiva, visando à melhora das

---

<sup>130</sup> A Classificação Brasileira de Ocupações – CBO traz as tabelas de atividades do ouvidor (Ouvidor 1423-40 – Ombudsman), dentre as quais se encontram: realizar escuta ativa, analisar demandas reclamatórias, mediar conflitos, estabelecer diálogos, cobrar ações, avaliar alternativas de soluções etc. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>

relações, mediante a equalização dos interesses das partes e a prevenção dos erros praticados para que não haja reincidência. Sob tal perspectiva, a figura do ouvidor exerce um duplo olhar na medida em que busca a garantia dos direitos dos cidadãos e, ao mesmo tempo, zela pela funcionalidade da instituição na qual está inserido, detendo enorme potencial de gerar transformações sociais e desempenhando notório papel pedagógico, pois atua mediante o esclarecimento das partes a respeito de seus direitos e obrigações, gerando autonomia e fomentando a análise crítica das relações estabelecidas.

Em harmonia com Vismona, Iasbeck (2010) defende que a ouvidoria “é um lugar de produção de sentido, de transformação de informações em outras informações e, portanto, um espaço de fabricação e transformação de ‘realidades’”. Isso, porque as instituições que possuem ouvidorias instaladas, e fazem bom uso delas, passam a entender melhor as necessidades de seus clientes e se utilizam destas informações para se desenvolver, comprometendo-se com o ideal de eficiência de forma ética e transparente, propiciando o enfrentamento adequado dos conflitos.

Nessa toada, a ouvidoria não se confunde com o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, criado por meio do Decreto nº 6.523, de 31 de junho de 2008. Apesar de ter como finalidade “resolver as demandas dos consumidores sobre informação, dúvida, reclamação, suspensão ou cancelamento de contratos e de serviços” (Art. 2º, do Decreto nº 6.523/2008), o SAC não possui como premissa a gestão adequada de demandas para promover a garantia de direitos dos cidadãos e a melhoria na prestação dos serviços colocados à disposição da sociedade.

A partir da análise das disposições do Decreto nº 6.523/2008, em cotejo com os princípios e atribuições das ouvidorias brasileiras, previstos nas suas respectivas normas de criação, infere-se que o SAC possui como objeto de trabalho solicitações de rotina, com script e soluções predefinidas, com vistas à realização de ações corretivas para os casos pontualmente apresentados, através de uma atuação operacional dependente e vinculada a outros setores da instituição. A ouvidoria, por sua vez, busca o tratamento de situações excepcionais, não resolvidas pelos canais tradicionais, por meio de ações corretivas e preventivas de alcance mais abrangente, de forma autônoma e independente, vinculada à alta gestão da organização. Portanto, em contraposição com a atuação operacional do SAC, a atuação da ouvidoria se revela

estratégica e, a rigor, mais eficaz, por permitir a produção de efeitos estruturais na organização, e não meramente pontuais, para a transformação do litígio e não o seu simples encerramento.

Segundo a Associação Brasileira das Relações Empresa-Cliente – ABRAREC, diferentemente do SAC, a ouvidoria tem como missão:

[...] promover, de forma permanente, o acolhimento ao cidadão, reconhecendo-o como pessoa, como sujeito pleno de direitos. Assim, deve ser percebida como agente de realização dos direitos do cidadão dentro da Instituição à qual pertence, atuando por meio da mediação e do diálogo aberto. Essa missão é determinante para que a Ouvidoria tenha seu foco no processo de interlocução entre o cidadão e a organização por ela representada, garantindo que as manifestações possam efetivamente contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, bem como o aperfeiçoamento de gestão. (ABRAREC, 2015, p. 14).

Nestes termos, a ouvidoria, em sua capacidade plena, possui o condão de redirecionar o foco da organização; promover processos educativos internos e externos; recomendar processos de qualificação, capacitação e treinamento; e fortalecer o comportamento ético dos colaboradores, uma vez que os estimula a agir em conformidade com os normativos vigentes, de modo a respeitar os direitos e deveres de todos os envolvidos na relação, seja ela pública ou privada. Conforme defende Frederico Lustosa Costa (1998), apesar de se tratar, em princípio, de um instrumento de defesa dos direitos do cidadão-consumidor individualizado, se bem administrado, o trabalho exercido pela ouvidoria pode se prestar à resolução de questões que extravasam o campo individual, o qual pode não ser exclusivo de determinada pessoa.

Para além disso, a ouvidoria se revela como verdadeiro instrumento do exercício da cidadania, que, conforme explica Cristina Ayoub (RICHE, 2014), envolve três elementos: o direito de ser informado, o direito de informar e o direito de expressar o pensamento, não sendo, pois, alheio à relação de consumo, mas sim diretamente ligado a ela (VISMONA, 2011), principalmente no contexto da saúde suplementar, mercado em que se operam contratos de adesão, nos quais os consumidores não possuem oportunidade efetiva de sugerir ou negociar cláusulas contratuais previamente.

Nas palavras de Cristina Ayoub (RICHE, 2014), a ouvidoria é um instrumento da democracia direta, o qual estimula a adoção de soluções coletivas e difusas a partir de demandas individuais, impulsionando o cidadão para a ação, tornando-o parte principal do processo de

mudança social<sup>131</sup>. Com a sua atuação, o indivíduo é legitimamente reconhecido como sujeito de direitos e obrigações, tem sua autoestima preservada e entende com mais clareza seu papel social, contribuindo para transformar a cultura de reclamação em uma cultura de participação. Por esta razão, acredita-se que o uso e o desenvolvimento pleno das ouvidorias internas privadas pode transformar a realidade da saúde suplementar no Brasil.

### **3.2 A instituição da ouvidoria no mercado de saúde suplementar**

Conforme registro realizado no primeiro capítulo desta pesquisa, nos termos da Lei nº 9.961/2000, a ANS foi criada na qualidade de agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, com finalidade institucional de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Art. 3º). Para tanto, no Art. 4º da referida norma, o legislador previu como competências da ANS, dentre outras, a articulação com os órgãos de defesa do consumidor, visando à proteção e eficácia dos direitos deste no âmbito da saúde suplementar; o zelo pela qualidade da prestação dos serviços de assistência à saúde e a fixação de normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas que desejem exercer a função de operadoras de planos privados de assistência à saúde no país.

Constata-se, assim, que, afora o papel de regulação econômica, assistencial e de fiscalização setorial, a ANS também exerce um papel bastante importante para a indução da qualidade do mercado de saúde suplementar.

Sob essa perspectiva, foi institucionalizada a obrigatoriedade de criação de unidades organizacionais de ouvidoria pelas operadoras de planos de saúde brasileiras, a partir da publicação da Resolução Normativa nº 323, de 03 de abril de 2013, a qual contém a obrigação de as operadoras criarem ouvidorias; as atribuições e competências de tais unidades organizacionais; os aspectos operacionais mínimos para a realização dos atendimentos e, ainda, os instrumentos que serão utilizados pela ANS para a fiscalização do funcionamento de tais setores.

---

<sup>131</sup> Na mesma direção, afirma Costa (2011, p. 13) que “As Ouvidorias exercem um papel fundamental nas sociedades democráticas, na medida em que asseguram a todos os cidadãos o direito de comunicar-se diretamente com instituições públicas e privadas”.

Criada com contribuições de consumidores, operadoras, gestores, prestadores de serviços e da sociedade em geral, as quais foram registradas por meio da Consulta Pública nº 50 da ANS<sup>132133</sup>, encerrada em 23 de outubro de 2012<sup>134</sup>, a referida resolução nasceu com a proposta de “assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do consumidor e de atuar como canal de comunicação entre a operadora e os clientes e usuários de seus produtos e serviços, inclusive na mediação de conflitos”<sup>135</sup>, inspirada pelas medidas que já haviam sido adotadas pelo Banco Central do Brasil, pela Agência Nacional de Energia Elétrica e pelas discussões que vinham sendo travadas no âmbito da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP para o mercado segurador.

Em sua exposição de motivos para a publicação da referida norma, defendeu a ANS que a existência de um relacionamento próximo e seguro entre as empresas e seus clientes representa um diferencial de competitividade e eficiência, permitindo à organização conhecer e avaliar o seu produto sob a ótica de quem o utiliza, o que pode ser viabilizado através de vários canais. No entanto, apesar das múltiplas formas de contato que já eram utilizadas na saúde suplementar para o exercício de tal relacionamento, frisou a ANS que o instituto da ouvidoria se apresenta como mecanismo mais democrático e eficaz para o consumidor, na medida em que, por meio de escuta ativa e qualificada, representa os seus legítimos interesses dentro da organização na qual está inserida.

Aduziu a Agência que a ouvidoria possui importante potencial de coleta e tratamento de dados e informações a respeito dos produtos e serviços ofertados, de modo a viabilizar o

---

<sup>132</sup> Nos termos da Resolução Normativa nº 242, de 7 de dezembro de 2010, em matéria de saúde suplementar, adota-se a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas, com o objetivo de: recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS e edição de atos normativos; propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições; identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; dar maior legitimidade aos atos normativos e decisórios emitidos pela ANS; e dar publicidade à ação da ANS (Art. 2º). A despeito disso, à luz do art. 3º da mesma norma, “as sugestões e contribuições recolhidas durante as consultas e audiências públicas e câmaras técnicas são de caráter consultivo e não vinculante para a ANS”.

<sup>133</sup> A ANS também explica o procedimento para a elaboração de suas normas em seu Portal, através de matéria disponibilizada em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/elaboracao-das-normas-da-saude-suplementar>.

<sup>134</sup> Material inerente à Consulta Pública nº 50 ANS disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-50>.

<sup>135</sup> Trecho extraído da exposição de motivos referente à proposta de resolução normativa que dispõe sobre a obrigatoriedade de instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria por parte das operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp50/cp\\_50\\_exposio\\_de\\_motivos.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp50/cp_50_exposio_de_motivos.pdf)



exercício de tomada de decisão de modo mais fácil e assertivo, genuinamente adequado aos interesses dos beneficiários da prestação dos serviços, razão pela qual deve estar diretamente vinculada à presidência ou ao representante legal da empresa, usufruindo de imparcialidade e autonomia em sua atuação.

Em consonância com este raciocínio, afirmou a ANS que o ofício exercido pelas ouvidorias não se confunde com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), sendo complementar, haja vista que, de forma mais atenta e qualificada, cabe ao ouvidor compreender o problema e as suas origens com a visão analítica de quem usa o serviço, para que possa buscar interação com as demais áreas da organização, com o objetivo de formular uma solução embasada que atenda o cliente e implique em melhorias para todos os envolvidos.

As vantagens advindas da implantação das ouvidorias na saúde suplementar, então, seriam: a aproximação com os beneficiários/clientes; a identificação de eventuais falhas nos processos internos de trabalho; a melhoria da qualidade no atendimento prestado; a construção de uma base de dados sobre a operação, o produto e/ou serviço oferecido, para uso interno, especialmente da alta direção; a maior integração das áreas com o compartilhamento das informações coletadas e, por consequência, a melhora do nível de excelência e imagem da operadora.

Reforçou a necessidade de criação das ouvidorias na área da saúde privada a constatação de que os canais de atendimento já ofertados ordinariamente pelas empresas não eram eficazes o bastante para atender os cidadãos e promover as mudanças internas indispensáveis ao regular funcionamento das empresas e ao bom desempenho do mercado. Relatou a ANS que, à época da propositura da resolução normativa em tela, os órgãos de proteção e defesa do consumidor e a própria Agência estavam com um excessivo número de demandas e reclamações para tratar, as quais deveriam ser resolvidas pelas próprias operadoras, por decorrer do exercício básico do dever de informação previsto no CDC. Logo, a alteração dessa dinâmica era cogente e realmente deveria ser realizada, sob pena de prejuízo para as atividades de regulação e fiscalização, as quais, de fato, representavam a razão do funcionamento da ANS.

Foi, então, submetida à consulta pública a minuta prévia de resolução normativa para a obrigatoriedade de criação e funcionamento das ouvidorias no âmbito das operadoras de planos de saúde, em 10 de setembro de 2012, com a expectativa de que esta se prestasse à melhoria dos processos de trabalho das operadoras, bem como estimulasse a diminuição do volume e a

racionalização das demandas encaminhadas diretamente à Agência, acrescentando Margareth Maurício Monteiro (2020) que a ANS também buscou a publicação da referida norma com o objetivo de assegurar a observância das normas vigentes e de possibilitar que a ouvidoria atuasse como facilitadora da comunicação entre beneficiários e operadoras, mediando conflitos.

A Consulta Pública nº 50 foi realizada durante o período compreendido entre o dia 18 de setembro de 2012 e o dia 23 de outubro de 2012, oportunidade em que foram recebidas 446 (quatrocentas e quarenta e seis) contribuições, das quais: 279 (duzentas e setenta e nove) foram encaminhadas pelas operadoras; 62 (sessenta e duas) por consumidores; 22 (vinte e duas) por gestores de saúde; 13 (treze) por prestadores de serviços e 70 (setenta) por parte da população em geral.

Segundo relatório expedido pela ANS<sup>136</sup>, 282 (duzentas e oitenta e duas) contribuições tinham como pleito a alteração da redação da minuta inicialmente proposta pela Agência, 68 (sessenta e oito) apresentavam pedido de exclusão de itens da norma e 96 (noventa e seis) se prestavam a registrar propostas de inclusão de novos dispositivos no texto. Todos os registros foram submetidos à análise das áreas técnicas da ANS, bem como à apreciação e deliberação da Diretoria Colegiada da Agência, a qual, por sua vez, entendeu pelo acolhimento integral de 174 (cento e setenta e quatro) contribuições, pelo acolhimento parcial de 101 (cento e uma) propostas e pelo não acatamento de 132 (cento e trinta e dois) pedidos. Além disso, houve o descarte de 39 (trinta e nove) materiais que versavam sobre matérias diversas da proposta na consulta.

Por implicar em necessidade de investimentos, explicou a ANS, que parte das sugestões apresentadas pela sociedade visavam discutir a necessidade de instituição de ouvidorias por todas as operadoras de planos de saúde em atividade. Isto, porque existiam, como ainda existem, operadoras odontológicas e operadoras de pequeno e médio porte<sup>137</sup>, as quais não possuíam centenas de milhares de beneficiários e, por isso, contavam com menos recursos disponíveis, bem como com uma estrutura de funcionamento e atendimento menos robusta.

---

<sup>136</sup> Relatório da Consulta Pública nº 50, disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp50/cp50\\_relatorio.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp50/cp50_relatorio.pdf)

<sup>137</sup> Nos termos da Resolução Normativa nº 518, de 29 de abril de 2022, considera-se: operadora de pequeno porte aquela com número de beneficiários inferior a vinte mil; operadora de médio porte a que possui número de beneficiários a partir de vinte mil e inferior a cem mil; e operadora de grande porte a que dispõe de número de beneficiários a partir de cem mil. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxNw==>

Para solucionar tal questão, a Agência permitiu que as tais organizações designassem somente um representante institucional para exercer as funções de ouvidor, sem a necessidade de criação de uma unidade organizacional de ouvidoria. Além disso, também concedeu a possibilidade de tais operadoras indicarem como representantes institucionais de ouvidoria as entidades de representação que integravam.

Sob o mesmo argumento de necessidade de estruturação, também foi solicitada a dilação do prazo concedido para o início da obrigação de implantação das estruturas no âmbito das operadoras. Face ao exposto, a Agência concedeu prazo de 180 (cento e oitenta) dias para organização das operadoras com mais de cem mil beneficiários e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para as demais.

No que se refere às informações de contato da ouvidoria, foi criticada a imposição de divulgação ostensiva, com a alegação de que tal conduta poderia estimular o mau uso do instituto, confundindo-o com os canais de atendimento regulares e suprimindo as demais instâncias necessárias de atendimento, o que acabaria por inviabilizar a persecução dos verdadeiros objetivos da unidade. A Agência, então, alterou a redação da norma original para facultar a divulgação da instituição de acordo com as políticas internas da operadora, desde que o canal não restasse inacessível aos beneficiários, o que, de fato, revelou-se interessante, na medida em que a ouvidoria deve atuar como uma instância superior e qualificada de atendimento, não sendo coerente permitir, muito menos estimular que o cliente tenha acesso à ouvidoria antes de ter contato com outras instâncias, a menos que realmente se trate de matéria alheia aos canais habituais de atendimento.

Houve questionamento a respeito dos prazos de retorno das demandas, a fim de esclarecer como as operadoras deveriam tratar as situações em que restasse inviabilizada a resolução em 7 (sete) dias úteis. Para essa situação, foi facultada a possibilidade de negociação do prazo com o consumidor, desde que não o prazo de 30 (trinta) dias úteis não fosse extrapolado, visto que um dos mais importantes pilares da ouvidoria é justamente a eficácia, composta pelo aspecto da agilidade e da utilidade da proposta de finalização do conflito.

Ademais, também foram direcionadas críticas para a determinação de que os colaboradores da ouvidoria exercessem o seu ofício em regime de dedicação exclusiva para o setor. Contudo, considerando que a alteração desta regra prejudicaria a independência e a

autonomia necessária ao bom cumprimento de seus objetivos institucionais, a determinação foi mantida pela Agência.

Interessante destacar que a ANS também recebeu sugestões para exigir das operadoras a comprovação de certificação do ouvidor para a qualificação das ouvidorias, mas não as acatou. Para tanto, a Agência defendeu que a certificação impactaria ainda mais a rotina e os recursos financeiros das operadoras, causando um embaraço na implementação do projeto, e afirmou que iria ofertar cursos de ouvidorias gratuitos para as operadoras, o que realmente fez, em franca demonstração de empenho e razoabilidade para a disseminação das ouvidorias na saúde suplementar e o alcance de bons resultados<sup>138</sup>.

Assim, a Resolução Normativa nº 323 foi publicada pela ANS em abril de 2013 e entrou em vigor no mês de outubro do mesmo ano. Pouco mais de 1 (um) ano depois, corroborando a importância do ato, a ANS foi premiada no 2º Concurso de Boas Práticas da Controladoria-Geral da União, na categoria “Aprimoramento das Atividades de Ouvidoria”, pelo projeto de Instituição Compulsória de Ouvidoria pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde<sup>139</sup>, ao lado da ANEEL - Agência Nacional de Energia Elétrica e do MS - Ministério da Saúde, que também apresentaram boas ações sobre o tema<sup>140</sup>.

Nesse contexto, revelam-se pertinentes as palavras de Margareth Monteiro (2020), quando afirma que:

“O normativo foi importante, visto que institucionalizou a Ouvidoria reconhecida como um canal indissociável do processo democrático, que em termos normativos e práticos deve assegurar o diálogo com cidadãos/consumidores, fomentar a participação e o controle sociais através do acesso à informação e zelar pela melhoria e eficiência na prestação de serviços”.

---

<sup>138</sup> Em junho de 2013, a ANS divulgou em seu Portal o I Curso de Capacitação para Ouvidores ofertado gratuitamente. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-organiza-i-curso-de-capacitacao-para-ouvidores>

<sup>139</sup> O arquivo de inscrição do projeto apresentado pela ANS está disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/images/stories/2015/Documentos/og-02-ans-premiado.pdf>. Através dele, a ANS descreveu a prática implementada, registrou o histórico de implementação, demonstrou os resultados alcançados, defendeu a relevância da prática para a sociedade e apresentou as evidências dos impactos positivos decorrentes dos atos praticados.

<sup>140</sup> Notícia veiculada através do Portal do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, vinculado ao Ministério da Economia. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com\\_content&view=article&id=935](https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com_content&view=article&id=935).

### **3.3 Atribuições e competências das ouvidorias de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde**

Com a vigência da Resolução Normativa nº 323, de 03 de abril de 2013, as operadoras de planos de saúde passaram a ter como obrigação a instituição de uma unidade organizacional de ouvidoria ou, no mínimo, um representante institucional com atribuições de ouvidor, em sua estrutura interna, com o objetivo de assegurar o cumprimento dos direitos dos beneficiários através do acolhimento e do adequado tratamento de suas manifestações, fornecendo subsídios para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e a correção de eventuais falhas identificadas (Art. 1º). A ouvidoria em saúde suplementar, assim, não se trata somente de mais uma instância de atendimento dos beneficiários de planos de saúde. Na verdade, ela nasce com a missão de impactar positivamente na rotina das operadoras, a partir da percepção do consumidor a respeito dos serviços que vêm sendo prestados.

Para tanto, o art. 1º, §2º da referida norma prevê que a ouvidoria é uma unidade de segunda instância, a qual deve manter a estrutura necessária ao devido acolhimento das demandas e, a rigor, atuar nos casos cuja resolução não foi obtida através das instâncias ordinárias de atendimento, seja em razão de sua natureza, complexidade ou por erros cometidos pelos setores responsáveis pelo contato inicial com o consumidor. A intenção do legislador com a criação de tal setor dentro das operadoras, conforme já exposto no tópico anterior, foi de disseminar uma cultura de autorresponsabilidade nas partes envolvidas na relação e minimizar o risco de desdobramento das demandas que podem ser solucionadas internamente para o Poder Judiciário, a ANS e os órgãos de proteção e defesa do consumidor.

Trata-se de mais uma oportunidade para que as operadoras reparem eventuais falhas/lacunas na prestação dos serviços, elucidem direitos e cumpram obrigações, trabalhem a relação estabelecida com os seus clientes e o mercado, minimizem os efeitos decorrentes da seleção adversa e do risco moral, de modo que possam se desenvolver de forma satisfatória e sustentável.

Sob esse prisma, também é estabelecido como dever das operadoras através da RN nº 323/2013: a realização de ampla divulgação da unidade de ouvidoria para a sociedade em geral, o que coaduna com o dever de informação previsto no CDC; a garantia de acesso à segunda instância de forma célere e eficaz, a fim de que o consumidor não se sinta estimulado a buscar outras instituições antes de manter contato com a empresa contratada; e a oferta de atendimento,

no mínimo, em dias úteis e horários comerciais, não sendo permitida a escolha de ligação telefônica onerosa como único canal de contato com o consumidor, visto que a ouvidoria, para cumprir com os seus fins institucionais também deve ter como premissa a acessibilidade.

Como as operadoras de planos de saúde brasileiras possuem tamanhos, público-alvo e características diversas, a ANS previu no art. 3º da RN nº 323/2013 os requisitos mínimos para a estruturação das ouvidorias em saúde suplementar do país, ressaltando a necessidade de apoio de todos os setores das operadoras para a disponibilização das informações essenciais à dinâmica de trabalho da unidade, uma vez que a ouvidoria deve ser vista como área meio dentro da organização, e não como setor responsável para corrigir e executar todas as atividades de todos os setores da operadora.

Nesse ponto, cumpre esclarecer que as atribuições operacionais das ouvidorias são as previstas nos artigos 4º, 6º e 7º da norma em comento, dentre as quais não se encontra elencada a prestação dos serviços assistenciais contratados pelos beneficiários, objeto principal da contratação dos planos de saúde. Na realidade, a rotina operacional do ouvidor e sua equipe deve contemplar: o acolhimento das manifestações de sua competência, registradas pelos beneficiários; a prestação de esclarecimentos e informações aos reclamantes; o fornecimento de resposta adequada às demandas registradas; o tratamento e a resposta das demandas encaminhadas pelos órgãos e associações de defesa do consumidor; a apresentação de relatórios estatísticos e analíticos dos atendimentos realizados ao representante legal da operadora, com recomendações de ajustes e melhorias para a instituição; a realização do cadastro da unidade de ouvidoria junto à ANS, com a identificação do ouvidor, seu substituto e os respectivos canais de acesso ao serviço; a manutenção de sistema de controle atualizado de demandas; bem como o encaminhamento dos relatórios elaborados de forma compilada, também chamado de Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias - REA-OUVIDORIAS, à ouvidoria da ANS, ao final de cada ano civil.

O REA-OUVIDORIAS, regulamentado pela Instrução Normativa nº 02, de 18 de dezembro de 2014<sup>141</sup>, é o documento mais importante de confecção obrigatória por parte das ouvidorias das operadoras de planos de saúde. É através dele que a unidade irá fornecer ao representante legal da operadora subsídios importantes para o aprimoramento das rotinas de

---

<sup>141</sup> Norma disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mjg2Ng==>

trabalho, sob a ótica de quem efetivamente consome o produto e remunera os serviços prestados pela empresa, como também municiará a ANS de dados necessários ao acompanhamento regulatório das operadoras ativas no país.

Para cumprir o fim a que se destina, o referido relatório deve ser elaborado anualmente, contendo as informações apuradas entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano (Art. 4º, da IN nº 02/2014 DICOL ANS), juntamente com as demonstrações estatísticas das demandas, de acordo com o manual de elaboração disponibilizado pela ANS<sup>142</sup>. Além disso, o material deve apresentar indicadores que se refiram à quantidade e à qualidade dos atendimentos prestados, sendo permitido o encaminhamento de outros, desde que acompanhados da devida ficha técnica para o devido esclarecimento a respeito dos parâmetros utilizados na medição.

Com o propósito de ser um instrumento que promova eficácia ao trabalho desenvolvido, o REA-OUVIDORIAS também deve conter recomendações corretivas e de melhoria para o âmbito interno da operadora, indicando o status de acompanhamento das demandas em tramitação para conhecimento. Entretanto, não há previsão normativa que confira caráter vinculante das recomendações propostas pela ouvidoria para os setores internos da operadora, responsáveis pela execução das atividades diárias que originam os conflitos relatados pelos consumidores. É nessa perspectiva que o presente trabalho se apresenta inovador e pertinente, conforme exposição trazida nos tópicos que seguem.

Contudo, antes de prosseguir para a análise da proposta de intervenção formulada através desta pesquisa, cabe explorar ainda o trabalho desenvolvido pela Ouvidoria da ANS, a partir do estudo técnico dos relatórios encaminhados anualmente por parte das operadoras.

Afora o acompanhamento de suas demandas próprias, relativas à prestação dos serviços de competência da ANS em favor da sociedade em geral, a Ouvidoria da ANS analisa e publica estudo anual sobre o impacto e a efetividade das ouvidorias no setor de saúde suplementar, fornecendo ainda mais subsídios para que os agentes desse mercado possam prevenir e melhor tratar as demandas propostas pelos clientes.

---

<sup>142</sup> Manual disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/anexosindicol02.pdf>

Conforme demonstram os 7 (sete) relatórios já publicados pela Agência relativos ao período compreendido entre 2014 e 2020<sup>143</sup>, anualmente, a ANS analisa: a situação de cadastro de ouvidorias por parte das operadoras em funcionamento no Brasil; o panorama e a qualidade do envio dos relatórios pelas instituições; os tipos de manifestações recepcionadas pelas ouvidorias, identificando os tipos de manifestantes e os tipos de operadoras responsáveis pelo tratamento; dados sobre os fluxos de trabalho das unidades e, ainda, as recomendações feitas pelas ouvidorias, com os seus respectivos *status* de implementação.

O REA-OUVIDORIA referente ao ano de 2014 (ANS, 2015) indicou a adesão de 93% (noventa e três por cento) das operadoras à RN nº 323/2013, com uma taxa de cobertura de beneficiários de 99,8% (noventa e nove vírgula oito por cento), demonstrando que a determinação da Agência foi bem recepcionada pelo mercado, principalmente pelas operadoras mais robustas, as quais, em sua totalidade, cadastraram unidades de ouvidoria junto à ANS.

Outro dado importante apresentado se refere à quantidade e à qualidade das recomendações e/ou propostas de melhorias registradas pelas ouvidorias das operadoras nos relatórios enviados. Segundo a ANS, 64% (sessenta e quatro por cento) das unidades descreveram as suas propostas, aparecendo com maior frequência os seguintes temas: melhorar a estruturação da unidade de ouvidoria e capacitação de seus colaboradores; promover melhorias na comunicação com os clientes; reforçar a importância da ouvidoria internamente; aumentar a capacidade de atendimento assistencial e atender às demandas propostas nos prazos regulamentados. Todavia, somente um pouco mais da metade das operadoras participantes informou que estavam com as suas recomendações em fase de implementação.

No decorrer dos anos, os dados foram se alterando, até que, em 2021, referente ao ano-base 2020, a ANS publicou o seu estudo analítico atualizado (ANS, 2021), indicando que a quantidade de operadoras em funcionamento havia sido reduzida de 1.425 (mil quatrocentas e vinte e cinco) para 1.170 (mil cento e setenta), bem como que o percentual de empresas com unidades de ouvidoria em funcionamento estava no patamar de 92,6% (noventa e dois vírgula seis por cento), abrangendo 99,9% (noventa e nove vírgula nove por cento) dos beneficiários, mantendo o padrão proporcional estabelecido no início do processo de implementação de tais unidades no mercado de saúde suplementar.

---

<sup>143</sup> Material disponibilizado e periodicamente atualizado pela ANS em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/canais\\_atendimento/ouvidoria-1/relatorios-e-pesquisas](https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria-1/relatorios-e-pesquisas)



Por outro lado, no que se refere à apresentação de recomendações de melhorias, somente 36% (trinta e seis por cento) das operadoras descreveram as suas propostas, o que representa brusca redução da atuação estratégica que pode ser empreendida por tais órgãos. Além disso, algumas proposições apresentadas no relatório publicado em 2015 ainda se repetem, a exemplo da necessidade de fortalecer a ouvidoria dentro das instituições e aumentar a divulgação dos canais de atendimento da unidade, havendo queda no percentual de propostas que estão sendo efetivadas, o que indica que o instituto não está sendo utilizado em sua capacidade plena por parte das operadoras.

Cabe ressaltar que, por meio da Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro de 2016, as Ouvidorias passaram a ser um canal de reanálise de demandas, uma nova oportunidade para mitigar riscos e propor melhorias, sem que haja intervenção da ANS para a solução do problema do beneficiário. Mesmo assim, apesar das boas intenções e das múltiplas atribuições das ouvidorias em funcionamento na saúde suplementar, a quantidade e a complexidade dos conflitos em saúde suplementar não estão sendo reduzidas, conforme demonstrado no segundo capítulo deste trabalho.

Entende-se necessário, pois, lançar um novo olhar sobre a atuação das ouvidorias na saúde suplementar.

### **3.4 A ouvidoria como ferramenta para a facilitação do diálogo e o aprimoramento do processo de gestão de conflitos sobre planos de saúde**

Por se tratar de uma unidade organizacional obrigatória, presente em mais de 90% (noventa por cento) das operadoras de planos de saúde ativas no Brasil, a ouvidoria se revela como ferramenta disponível e acessível aos agentes da saúde suplementar. Afora isso, em razão do dever de elaboração de relatórios anuais específicos, pertinentes à realidade de cada operadora, e da atuação estratégica da Ouvidoria da ANS, a qual analisa os dados registrados e encaminhados pelas centenas de ouvidorias de saúde suplementar cadastradas no país, já há uma enorme quantidade de dados analisados e compilados, prontos para serem trabalhados no âmbito interno das empresas, a fim de resolver e prevenir demandas, restaurando relações e aperfeiçoando as rotinas inerentes à prestação de serviços de saúde no país. A transformação social, contudo, não tem acontecido no nível esperado.

Ao analisar o teor das manifestações registradas, infere-se que, muitas vezes, o consumidor não deseja mudar de prestadora de serviços, mas, tão somente, ter os serviços melhorados, o que também deve ocorrer sob a perspectiva da Operadora que, a rigor, não tem intenção perder os seus clientes para a concorrência, visto que depende dos recursos financeiros transferidos através do pagamento das mensalidades para exercer o seu ofício. Identifica-se, então, uma aparente contradição a respeito do que as partes desejam e efetivamente praticam.

A situação é agravada quando se entende que a prestação de serviços de saúde não é um produto ou serviço comum: é o desdobramento de um direito social, previsto na Constituição Federal de 1988, de caráter relevante para a sociedade, que, por definição legal registrada no art. 1º da Lei nº 9.656/1998, tem prazo indeterminado, logo, deve ser sustentável e saudável.

Nesse contexto, o ouvidor na saúde tem uma missão bastante importante, pois deve identificar e buscar o equilíbrio dos interesses envolvidos na relação, considerando aspectos emocionais e valores distintos, representando os legítimos interesses dos cidadãos, com dignidade e respeito, de modo a proteger os seus direitos, esclarecer as suas obrigações e garantir a equidade nas relações constituídas, o que também favorece as operadoras na medida em que implica na mitigação dos riscos inerentes à sua atividade, previne a aplicação de penalidades administrativas por parte da ANS e dos Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, gera credibilidade e, ainda, fidelização de clientes, os quais, se tiverem o devido retorno de suas demandas, evitarão a busca pelo Poder Judiciário para a terceirização das decisões sobre as suas vidas.

Para o alcance destes objetivos, o ouvidor deve identificar os pontos de conflito e propor soluções para a melhoria das relações entre as partes. Essa atividade, todavia, não é viável se não for exercida de forma adequada, com a colaboração das partes e o devido apoio dos demais setores da organização.

Para auxiliar nesse desafio, o uso de técnicas de mediação por parte dos colaboradores das ouvidorias se mostra oportuno, considerando que compreender a manifestação do consumidor não é o bastante para a resolução da demanda. Na verdade, para uma atuação eficaz, a ouvidoria deve entender o que foi verdadeiramente registrado para “traduzir” as necessidades do cliente, juntamente com os riscos a elas atrelados, junto aos setores envolvidos naquela instância de prestação de serviços. Ato contínuo, deve compilar e trabalhar os motivos que geraram as divergências estabelecidas entre as partes para viabilizar um consenso ou, no

mínimo, um entendimento comum a respeito do ocorrido através do diálogo, de soluções construídas, e não impostas unilateralmente por uma das partes.

Consoante defende Cristina Ayoub Riche (2014), ao ouvidor cabe transformar a cultura de rivalidade, conflito e reclamação em cultura de participação, assegurando ao cidadão o direito de participação ativa na resolução de sua demanda, o que representa um viés do exercício da cidadania e implica em inclusão social, a qual também consiste em um dos objetivos da mediação, no entendimento da professora Lília Sales (2006 e 2010).

Com isso, ao utilizarem de técnicas de mediação como ferramenta para a resolução dos conflitos de saúde através da ouvidoria, as empresas poderão perceber como ganho a desmistificação do conflito como algo negativo, transformando as relações existentes em algo positivo e sólido. Ademais, poder-se-á descobrir o conflito real, a fim de atacar a causa raiz da situação, de modo a ajustar o que for necessário ampla e estruturalmente. Muda-se a perspectiva da competição entre as partes, do sentimento de vingança, para a cooperação, por meio da construção do sentimento de pertencimento, sendo pertinente lembrar que o ouvidor não possui autoridade para ordenar condutas de forma coercitiva. Na prática, a autoridade do ouvidor, na qualidade de facilitador do diálogo, é construída no processo de interação entre as partes, no ganho de confiança, e não no conteúdo literal das providências formalizadas.

Nessa linha, Antônio Semeraro Rito Cardoso (2005) defende que o ouvidor deve buscar profissionalização para exercer o seu ofício, sendo “indispensável o instrumental técnico da mediação de conflitos como complemento à sua formação, em busca da eficiência e efetividade das atividades da ouvidoria”, principalmente, porque os conflitos relatados podem ter dimensões objetivas e subjetivas, que devem ser consideradas em sua integralidade para a prevenção de novas demandas e podem ser identificadas por meio da correta aplicação de técnicas de facilitação de diálogo.

Concorda com esse raciocínio Thalyany Leite (2020, p. 188), quando afirma que

“O ouvidor, no âmbito interno, é legítimo para representar os interesses dos indivíduos que o procuram e que estejam em dissonância com a organização em que está instalada. Sendo assim, a ouvidoria e a mediação caminham juntas nas propostas e objetivos de manutenção da interlocução entre os cidadãos e instituição, com o fim precípua de produzir um diálogo efetivo e harmônico e para tanto o ouvidor deve se apropriar das ferramentas de comunicação utilizadas no mecanismo de mediação, agindo como facilitador do diálogo, conduzindo as partes para o melhor desfecho possível”.

Paralelo a isso, a ouvidoria também deve ser compreendida em sua dimensão estratégica, por meio da qual se reconhece que a sua função mais importante não é a apresentação de resposta às manifestações registradas de modo individual cotidianamente, mas a sua capacidade de transformação de dados em subsídios para a prevenção de novos conflitos, correção de condutas, aperfeiçoamento de processos de trabalho, mitigação de riscos e, por consequência, geração de resultados positivos para a organização.

Conforme analisa Margareth Monteiro (2020), ao tratar as manifestações dos clientes, as organizações poderão perceber os efeitos benéficos e maléficos da tomada de decisão; aferir como estão sendo executados os processos internos implementados; medir o engajamento dos colaboradores com os objetivos da instituição, bem como mapear as lacunas e as falhas praticadas perante o destinatário do serviço.

Além disso, a atividade desenvolvida pela ouvidoria, se valorizada como se deve, também auxilia a identificar tendências de consumo dos clientes para subsidiar futuros negócios e estimula a melhora dos processos internos, provocando a diminuição dos custos operacionais e emocionais decorrentes dos tratamentos das demandas, como também da quantidade de processos submetidos ao crivo do Poder Judiciário, os órgãos fiscalizadores e os órgãos de proteção e defesa do consumidor.

Nesta senda, a ouvidoria se reveste como um instrumento de gestão cada vez mais valioso, pois é capaz de mostrar como está a atuação da instituição e como ela é vista por seus clientes internos e externos, devendo atuar no sentido de induzir as mudanças necessárias com o objetivo de atingir o ideal de qualidade dos produtos e serviços ofertados ao mercado, bem como de satisfação dos clientes, o que, na perspectiva dos princípios e regras de governança corporativa<sup>144</sup> vigente é um dever, e não uma opção (VISMONA, 2011).

Conforme aduz Lília Sales (2006, p. 157),

“O Ouvidor está dentro da organização para buscar racionalidade. Deve entender o olhar de quem usa o serviço, vendo a empresa pelo lado de fora. Tal racionalidade é levada para dentro da empresa. Aí entra a mágica e o grande diferencial da ouvidoria em relação às outras áreas que cuidam do atendimento: o seu papel é estratégico. Parte da racionalidade, leiga por natureza, e elabora internamente para conseguir interagir com a organização”. [...] “Por mais ingênua que uma reclamação possa ser, ela sempre

---

<sup>144</sup> Sobre governança corporativa em saúde complementar, veja-se a Resolução Normativa nº 518, de 29 de abril de 2022, a qual dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxNw==>

deve ser levada em consideração. Não raro, uma grande inovação pode estar por trás de uma reclamação, seja nos processos internos da organização, nas diferentes formas de apresentar o produto e/ou na própria qualidade do produto”.

Por conseguinte, não é possível ignorar o potencial das unidades organizacionais de ouvidoria na saúde suplementar.

Assim, amparada nas bases teóricas ora apresentadas, esta pesquisa resulta no projeto de intervenção que segue, acreditando que as ouvidorias terão mais chances de exercer o seu devido papel dentro das Operadoras com o emprego de técnicas de mediação de conflitos, e, com isso, de ganhar credibilidade perante os colaboradores e os beneficiários, de modo a efetivamente conseguirem prevenir, tratar e mitigar conflitos, desestimulando o seu registro em outras instâncias, a exemplo do Poder Judiciário.

## 4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: “OUVIR PARA CUIDAR”

### 4.1 Justificativa da proposta

Segundo dados divulgados pelo CNJ<sup>145</sup>, a despeito das diversas medidas de prevenção e tratamento de conflitos que já vêm sendo implementadas em âmbito judicial e administrativo no Brasil, os números referentes à judicialização da saúde permanecem crescentes, acumulando, aproximadamente, 2,5 milhões de processos judiciais até 2020, entre demandas de saúde pública e saúde privada.

O impacto decorrente desta realidade põe em grande aflição a sociedade brasileira, tendo em vista que, em paralelo a todos os recursos e esforços empreendidos para o provimento de soluções individuais em âmbito judicial, não se alcançam soluções estruturais suficientes para a resolução dos conflitos em sua origem; fato que não contribui com a redução da litigiosidade das relações entre Operadoras de Planos de Saúde e seus clientes, mas a estimula.

Além disso, considerando os números de performance apresentados anualmente pelo CNJ, conclui-se que o Poder Judiciário brasileiro não possui a estrutura necessária para tratar todos os litígios submetidos à sua apreciação, observando os princípios da celeridade, economia e duração razoável do processo que são caros ao tratamento e à efetividade das demandas que versam sobre direito à saúde. Tanto é verdade que, em 18/06/2021, o CNJ publicou a recomendação de nº 100, a qual orienta que os magistrados com atuação nas demandas de saúde busquem, sempre que possível, a solução do litígio através de negociação, mediação e/ou conciliação, podendo se utilizar, inclusive, de outras estruturas interinstitucionais para a prevenção e solução de conflitos em saúde.

Nesse contexto, mostra-se fundamental e oportuno o aprimoramento da atuação das Ouvidorias nas Operadoras de Planos de Saúde, as quais, mediante o acolhimento e o tratamento adequado de demandas, podem contribuir não apenas com a sua resolução, como

---

<sup>145</sup> Dados disponíveis em: <https://www.cnj.jus.br/fux-defende-atuacao-interinstitucional-coordenada-e-permanente-para-enfrentar-judicializacao-da-saude/>

também com a sua prevenção, através do mapeamento das falhas de atuação das Operadoras, da promoção de efetivo diálogo interno para a sua adequação, bem como por meio da comunicação com o beneficiário, com o objetivo de esclarecê-lo e informá-lo devidamente sobre os seus direitos e obrigações.

## **4.2 Mediação virtual e a sua utilização pelas ouvidorias das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde**

Demonstrado o potencial e o papel institucional das Ouvidorias na saúde suplementar, especificamente, no âmbito das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, sugere-se o uso de técnicas de mediação virtual por parte das unidades organizacionais de ouvidoria durante o acolhimento e o tratamento das demandas registradas pelos clientes, junto às Operadoras que atuam no Estado do Ceará, como ferramenta para o seu adequado tratamento e mapeamento.

Comumente, as demandas de reclamação são registradas e tratadas perante as ouvidorias de grandes fornecedores/prestadores de serviços através de contato por e-mail ou telefone, sem qualquer contato visual, muito menos o tempo necessário para o entendimento e avaliação da real necessidade das partes envolvidas, não sendo possível, sequer, promover o diálogo para elucidar as partes a respeito do procedimento que está sendo instaurado, bem como os direitos e obrigações dos envolvidos.

Nesse contexto, com o uso de técnicas de mediação virtual, principalmente após o desenvolvimento tecnológico observado como efeito decorrente da pandemia COVID-19, objetiva-se a adoção de técnicas como a escuta ativa, rapport, brainstorming e parafraseamento para a facilitação do diálogo e a construção do consenso entre Operadoras e clientes.

Para tanto, considerando que a escolha da mediação para o tratamento de demandas deve ser acordada bilateralmente entre as partes, ao recepcioná-las, a ouvidoria deve selecionar os casos passíveis de aplicação do método e oferecer a opção ao consumidor para análise e abertura do procedimento, se com ele este anuir.

Ademais, considerando que as demandas que versam sobre o direito à saúde frequentemente possuem carga emocional envolvida, ocasião em que os promoventes, em maioria, não desejam ser respondidos através de “mais um e-mail”, a realização de reuniões virtuais, com o uso de ferramentas como Google Meet, Microsoft Teams, Zoom ou Webex,

também é sugerido como uma boa estratégia para a humanização das tratativas, viabilizando o exercício da empatia para a melhor compreensão das necessidades e expectativas dos envolvidos.

Vale ressaltar que, durante a realização das reuniões para a tratativa das demandas, tanto a Operadora, quanto o consumidor podem apresentar documentos para análise conjunta, a fim de esclarecer os direitos e obrigações inerentes à relação contratual estabelecida, com o intuito de informar devidamente as partes a respeito dos aspectos fáticos, contratuais e legais que tangenciam o conflito, bem como estabelecer as premissas para a sua resolução.

A importância de tal estratégia reside no fato de que, muitas vezes, há desconhecimento da legislação regulatória que rege a saúde suplementar e, principalmente, assimetria de informação no momento de trabalhar as demandas registradas em saúde, o que dificulta o seu tratamento, criando maiores entraves à sua resolução extrajudicial e, conseqüentemente, a “terceirização” de sua análise para o Poder Judiciário.

Além disso, também é comum que as pessoas consigam se expressar melhor oralmente, sentindo que estão sendo efetivamente ouvidas e compreendidas. Por esse motivo, a estratégia sugerida se releva muito mais eficaz para a persecução da realidade dos fatos do que o recebimento de manifestações escritas por diversos canais de atendimento, muitas vezes redigidas por terceiros, os quais não possuem o efetivo conhecimento a respeito do que motivou o conflito registrado e, então, não disponibilizarão as informações que a Operadora de Planos de Saúde realmente necessita para mitigar riscos, solucionar questões, aprimorar a sua atuação e manter clientes.

Espera-se, com isso, que o uso de técnicas de mediação virtual por parte das ouvidorias das Operadoras aproxime as partes, contribua com a humanização do tratamento dos litígios, possibilite a compreensão dos direitos e obrigações dos envolvidos e, principalmente, favoreça a construção do consenso em âmbito extrajudicial, com a conseqüente redução do volume de demandas individuais de saúde submetidas ao crivo do Poder Judiciário.

Para verificar e medir este resultado, a ouvidoria deve aplicar questionário específico, a título de pesquisa de satisfação, com as partes que aceitaram promover o tratamento do litígio com o uso de técnicas de mediação virtual. Assim, a partir da coleta de tais dados, será possível verificar o nível de eficiência e pertinência do método adotado, bem como estudar a



possibilidade de extensão de sua aplicação para outros conflitos registrados em face da Operadora.

De forma sucinta e esquemática, para o alcance dos objetivos apontados neste tópico, propõe-se o procedimento disposto no ANEXO I como fluxo para o tratamento das demandas e o termo apresentado por meio do ANEXO II, a fim de proteger as informações transacionadas entre os envolvidos, reforçando a confiança entre eles.

### **4.3 Comitê para a avaliação de demandas e construção de consensos no âmbito das Operadoras**

De forma paralela e simultânea à adoção do mecanismo acima sugerido, com foco na prevenção de novas demandas, propõe-se ainda a criação de um comitê interno, multidisciplinar, no âmbito das Operadoras de Planos de Saúde que atuam no Estado do Ceará, a fim de promover e analisar o mapeamento das reclamações registradas pelos clientes, objetivando a formulação de projetos para a correção das falhas operacionais identificadas durante a sua atuação e a minimização dos riscos inerentes à existência e não resolução dos conflitos instaurados.

O referido comitê será criado por meio da elaboração de uma resolução normativa interna, a qual estabelecerá os seus objetivos, finalidade, composição, competências e alçada, a fim de viabilizar a sua autonomia e o exercício de sua atividade de modo adequado.

Como as demandas em saúde, em sua maior parte, versam sobre questões de natureza assistencial, as quais envolvem não somente os aspectos de indicação clínica dos procedimentos e eventos em saúde reclamados, como também os seus custos, sugere-se que o comitê seja composto por profissionais da saúde especializados na área de atuação médica e/ou terapêutica a cujo pedido é inerente, bem como por um profissional do setor responsável pelas despesas assistenciais, com o objetivo de analisar aspectos de medicina baseada em evidências e viabilidade econômico-financeira do tratamento proposto.

O representante da assessoria jurídica e regulatória também deve compor as discussões, com o objetivo de elucidar a legislação inerente à matéria às partes, os seus direitos e obrigações, bem como expor os riscos legais e regulatórios decorrentes da adoção de uma ou outra estratégia.

Também é necessário promover a participação de um colaborador do setor financeiro, a fim de verificar a viabilidade econômico-financeira das ações propostas, e, ainda, um colaborador do setor de relacionamento com os estabelecimentos de saúde credenciados/referenciados, com o objetivo de identificar eventuais falhas e/ou lacunas na disponibilização dos serviços contratados.

Já o representante da ouvidoria deve se fazer presente para apresentar as demandas registradas pelos clientes; as principais falhas identificadas no processo de prestação dos serviços comercializados, com as recomendações de ajuste, e os resultados obtidos através da adoção do sistema de tratamento de demandas com o uso de técnicas de mediação virtual.

Por fim, o Presidente da empresa ou o seu representante/substituto imediato também deve comparecer para compreender e analisar onde estão os gargalos da prestação dos serviços da organização, de modo a melhor orientar os ajustes que devem ser feitos no programa de cultura organizacional, como também para conferir respaldo à atuação estratégica da Ouvidoria, a fim de que esta possa atuar com a sua capacidade plena.

Criado esse comitê mínimo e permanente, caso seja verificada a necessidade de participação de outros profissionais para a análise de novas demandas, estes devem ser convocados para a devida contribuição.

Para a devida análise das demandas, a ouvidoria deve selecionar os conflitos mais emblemáticos e construir a pauta para o debate em reunião conjunta. Esta, por sua vez, deve acontecer semanalmente ou, no mínimo, quinzenalmente, com a elaboração de projetos para a execução por parte dos setores da Operadora envolvidos no fluxo de atuação proposto.

Ato contínuo, para avaliar as ações do comitê, a ouvidoria deve prosseguir com as ações de tratamento e monitoramento das demandas registradas pelos consumidores, com o propósito de verificar o impacto da execução ou inexecução dos projetos criados durante as reuniões realizadas, sempre reportando os resultados à Presidência da organização. Desse modo, será possível avaliar o desempenho das estratégias e fluxos adotados, bem como traçar os ajustes indispensáveis para a evolução das tratativas.

Ademais, em atuação conjunta com o setor jurídico, responsável pelo tratamento das demandas judiciais, também poderá a ouvidoria medir o impacto de seu novo fluxo de trabalho,

bem como do trabalho desenvolvido pelo comitê, por meio do cruzamento das informações de registro de demanda: com a rastreio dos conflitos e seus respectivos promoventes, a ouvidoria pode identificar se o mesmo consumidor registrou a mesma reclamação em mais de um local e instância, como também o porquê de tal conduta, a fim de trabalhar a sua causa raiz.

Assim, por meio da execução de um trabalho cada vez mais integrado, profissional e estratégico, espera-se que as ouvidorias das Operadoras de Planos de Saúde que atuam no Estado do Ceará contribuam com a melhora dos índices de avaliação destas perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como promovam a paz social, por meio do desestímulo à judicialização da saúde.

Na oportunidade, para viabilizar a concretização do projeto, propõe-se a minuta de resolução normativa interna acostada por meio do ANEXO III.

#### **4.4 Viabilidade**

A adoção das medidas descritas nos tópicos anteriores se mostra viável na medida em que, no que tange ao aspecto normativo, há forte estímulo na legislação vigente para a criação, estruturação e atuação de células institucionais de ouvidoria no âmbito das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde com a sugerida abrangência de atuação. Conforme demonstrado alhures, em exercício de seu poder normatizador, com amparo na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal nº 9.961/2000, a ANS instituiu a obrigação de criação de células de ouvidoria nas Operadoras através da Resolução Normativa de nº 323/2013 não só com o objetivo de assegurar o cumprimento da legislação vigente, dos direitos e obrigações das partes, mas também com o intuito de promover um melhor tratamento para as demandas registradas, com a sua consequente prevenção.

Do mesmo modo, não há impedimento legal para a adoção de técnicas de mediação no tratamento de demandas em ambiente virtual, com a utilização de tecnologias da informação, o contrário. A própria ANS executa esse formato para o tratamento de demandas através da NIP. Basta que, para tanto, o rito previsto na Lei Federal de nº 13.140/2015 não seja maculado e os dados das partes não sejam violados, em descumprimento ao disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, a Lei Federal de nº 13.709/2018.

Nesse ponto, impende destacar que, embora as Operadoras de Planos de Saúde não precisem de consentimento expresso e específico de seus clientes para o tratamento de dados pessoais que sejam essenciais para o desenvolvimento de sua atividade, conforme prevê o art. 7º, II, da LGPD, como o rito da mediação para a solução de conflitos não é inerente à sua rotina de prestação de serviços de assistência médica e hospitalar, é prudente a assinatura de um Termo de Consentimento para Tratamento de Dados por parte do cliente que venha a participar do projeto, com o objetivo de resguardar as finalidades específicas do rito ora proposto, especialmente nas hipóteses de realização de reuniões gravadas. Assim, sugere-se o uso do modelo proposto no ANEXO II deste trabalho.

Superado esse aspecto, destaca-se igualmente que não é necessária a publicação de uma nova norma regulamentadora para a execução do projeto, uma vez que a legislação vigente, mencionada alhures, já cria o ambiente favorável à sua implementação. Logo, em termos de regulamentação, não há obstáculos para a efetivação da dinâmica proposta.

No que se refere à viabilidade econômico-financeira, ressalta-se que a proposta de intervenção em apreço não exige demasiado investimento inicial para a sua realização. Isso porque, no Estado do Ceará, todas as Operadoras de Planos de Saúde já possuem células de ouvidoria em sua estrutura organizacional. Logo, a proposta de intervenção, no caso concreto, consiste no aprimoramento da atuação de tais órgãos por meio da adoção de técnicas e estratégias que lhes possibilitem maiores e melhores resultados a curto, médio e longo prazo.

Caso a adoção dos novos fluxos de trabalho não se apresente possível para o contingente humano já vinculado a tais setores das Operadoras, uma vez que o procedimento de tratamento das demandas se tornará menos automatizado e mais estratégico, poderá ser feito um teste inicial para o mapeamento dos resultados das ações e, com os bons resultados obtidos, justificar a contratação de mais colaboradores para o tratamento adequado das demandas.

No que tange ao aspecto infraestrutural e, principalmente, aos custos de localização, cumpre esclarecer que, igualmente, não são necessários vultosos investimentos, uma vez que, em razão da imposição de medidas de isolamento social nos anos de 2020 e 2021, as Operadoras no Estado do Ceará já equiparam os seus setores e treinaram as suas equipes para a realização de reuniões virtuais, através do uso de recursos de tecnologia da informação. Assim sendo, já há a estrutura física e tecnológica necessária à execução do projeto.

Por outro lado, considerando que os colaboradores das ouvidorias ainda não possuem formação técnica e acadêmica em mediação de conflitos, faz-se necessário investir na capacitação profissional das pessoas que ficarão responsáveis pelo tratamento das demandas, a fim de que o seu acolhimento e tratativa sejam realizados de modo adequado e eficiente, minimizando os custos de negociação para a efetivação do projeto. Tal capacitação, todavia, é plenamente possível, haja vista que existem centros privados de formação de mediadores, bem como os cursos de aperfeiçoamento profissional periodicamente ofertados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Ceará e pelo Conselho Nacional de Justiça.

Por fim, cabe destacar que as Operadoras que atuam no Estado do Ceará estão buscando cada vez mais o tratamento e a resolução consensual dos conflitos registrados em seu desfavor, com o propósito de reduzir a litigiosidade nas relações com os seus clientes, minimizar os riscos e os custos inerentes à tramitação de processos judiciais e processos administrativos de fiscalização regulatória, bem como melhorar seus índices de avaliação junto à ANS.

Logo, como já existe disposição para a efetivação do projeto, os custos de execução são absolutamente factíveis, o que torna as propostas, então, viáveis.

#### **4.5 Estruturação**

Para dar início à implementação do projeto, é necessário debatê-lo junto aos dirigentes das Operadoras, a fim de buscar o seu apoio e autorização para a adoção dos novos fluxos de trabalho sugeridos. Em seguida, ultrapassada essa primeira etapa com retorno favorável, é necessário o diálogo com as equipes de trabalho para a efetivação das novas rotinas.

Em termos de infraestrutura, a ouvidoria da Operadora precisará de um sistema de registro e mapeamento das demandas, com vistas à sua rastreabilidade, cruzamento e adequado tratamento; de computadores e equipamentos de áudio e vídeo para a realização dos encontros virtuais; e da capacitação dos colaboradores para a execução das técnicas de mediação.

Capacitadas as equipes, definidos os fluxos de trabalho e ajustado o sistema para a análise dos dados inerentes às demandas, a ouvidoria deverá filtrar os conflitos passíveis de mediação, entrando em contato com os consumidores, a fim de propor o tratamento de suas reclamações com a utilização de técnicas de mediação. Ato contínuo, o comitê multidisciplinar para a análise

das demandas e a construção de consenso deve ser criado por meio de regimento, bem como convocado para a análise dos dados coletados.

Nas hipóteses de composição amigável, a ouvidoria deve elaborar minuta de acordo escrito para a assinatura das partes e posterior cumprimento, cabendo-lhe, em seguida, o dever de acompanhamento de sua execução. Se não houver consenso, a ouvidoria deve registrar as razões para a impossibilidade de composição, a fim de que seja possível trabalhar as causas em momento oportuno.

Tratados os conflitos, a ouvidoria deverá elaborar relatório consubstanciado, identificando as principais queixas dos consumidores, como também eventuais falhas encontradas no processo de atuação das Operadoras. Feito isso, as informações devem ser submetidas ao crivo do comitê multidisciplinar criado, com o objetivo de formular projetos de ação para os devidos ajustes internos.

Para o sucesso dos projetos, a implementação deve ficar a cargo de quem possua efetiva competência para a realização das ações sugeridas, mediante o apoio de toda a operadora, o que deve ser fiscalizado e estimulado pela ouvidoria, em interlocução contínua com os responsáveis pelo implemento das ações.

#### **4.6 Benefícios institucionais**

Com a adoção das medidas propostas, as Operadoras de Planos de Saúde que atuam no Estado do Ceará buscarão a melhora da comunicação com os seus clientes e a adequada resolução dos conflitos instaurados, o que deve lhes acarretar como benefício direto o aumento de seus níveis de credibilidade perante as suas respectivas carteiras de beneficiários e a sociedade, juntamente com uma maior fidelização destes com relação aos produtos comercializados, uma vez que os consumidores se sentirão mais ouvidos e acolhidos com relação às suas necessidades, ainda que não obtenham retorno positivo para todos os pleitos registrados em sede de reclamação.

Além disso, ao promover a interlocução de diversos setores internos para o compartilhamento e o tratamento das demandas, as Operadoras alcançarão melhores níveis de engajamento entre os colaboradores, com uma maior compreensão a respeito das funções e

atividades exercidas por cada setor; fato que favorecerá a coesão entre as equipes e, certamente, a harmonia institucional para o enfrentamento dos desafios diários.

A partir do diálogo externo (clientes) e interno (colaboradores) para a análise das fragilidades identificadas durante o processo de tratamento dos conflitos, as Operadoras também terão a oportunidade de adequar fluxos e procedimentos, de modo a mitigar riscos, prevenir demandas administrativas e judiciais, bem como obter melhores resultados operacionais e, principalmente, regulatórios, tendo em vista a melhora esperada no índice de desempenho da saúde suplementar (IDSS ANS)<sup>146</sup>, o qual integra o Programa de Qualificação das Operadoras desenvolvido pela ANS, bem como no índice geral de reclamação (IGR), igualmente integrante do referido programa, o qual reflete o nível de satisfação dos beneficiários com a Operadora contratada.

Conclui-se assim que, através de medidas simples, as Operadoras podem atingir expressivos e importantes resultados com o auxílio de suas equipes de ouvidoria.

#### **4.7 Benefícios sociais**

Afora os benefícios institucionais acima apresentados, espera-se como resultado da implementação deste projeto de intervenção significativos benefícios sociais, na medida em que, desde a sua gênese, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde exercem relevante papel diante da ineficiência do Sistema Único de Saúde, sendo de suma importância, portanto, não apenas a sua existência, como também a prestação adequada dos serviços que colocam à disposição da sociedade.

Com o tratamento extrajudicial adequado dos litígios, acredita-se que os agentes da saúde suplementar reduzirão despesas com o pagamento de indenizações e os cumprimentos de tutelas jurisdicionais, oportunidade em que poderão direcionar mais recursos humanos e financeiros em prol do aparelhamento dos estabelecimentos de saúde responsáveis pela execução dos procedimentos e eventos em saúde contratados pelos beneficiários. Assim, haverá mais geração de empregos, melhor remuneração dos profissionais e maior possibilidade de acesso a serviços de qualidade no âmbito da saúde suplementar.

---

<sup>146</sup> Resolução Normativa nº 505, de 30 de março de 2022 ANS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2NQ==>

Ademais, o aperfeiçoamento dos processos internos das Operadoras que implementarem as boas práticas sugeridas, com o incremento de suas performances, também induzirá a adoção de melhores práticas por outras Operadoras de Planos de Saúde, promovendo um ambiente de boa concorrência no mercado, o qual favorece a sociedade, uma vez que amplia o leque de opções para a escolha de consumo consciente e segrega as empresas que não prestam bons serviços.

Vale ressaltar que, se o projeto funcionar bem no âmbito específico da Ouvidoria, pode ser facilmente replicado para alcançar outras demandas tratadas pela Operadora, a exemplo das NIPs, das reclamações registradas junto aos setores de atendimento e aos órgãos de proteção e defesa do consumidor, bem como durante a tramitação de ações judiciais já conhecidas (com citação formalizada), apresentando-se como forte aliado para a construção e manutenção de um ambiente favorável às relações firmadas entre Operadoras, beneficiários e demais agentes da saúde suplementar.

A verdade é que todos têm a ganhar com as medidas sugeridas, as quais contribuem não apenas com o desenvolvimento da saúde suplementar, como também de todos os demais aspectos inerentes ao convívio social, haja vista que não há dignidade humana sem paz social e o devido acesso à saúde.



## CONCLUSÃO

Após análise do contexto histórico da saúde suplementar, dos conflitos inerentes a esse mercado e das estratégias já propostas para a sua resolução pelas mais diversas instituições, verificou-se através desta pesquisa que a alteração da legislação vigente, mesmo quando realizada pelos representantes eleitos pela sociedade, não é capaz de promover a paz social entre as partes envolvidas<sup>147</sup>.

Os exemplos mais claros e evidentes sobre isso em matéria de saúde suplementar são (1) a própria Lei nº 9.656/1998, a qual foi criada com o objetivo de estabelecer parâmetros de atuação e, com isso, apaziguar os ânimos dos consumidores na década de 90, mas que tem sido apontada pelos autores como fonte de litígio desde a sua gênese; e (2) a Lei nº 14.454/2022, a qual foi publicada com a intenção de declarar exemplificativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ANS, de modo que os consumidores não fossem prejudicados com eventual discussão a respeito da obrigatoriedade de cobertura de determinado procedimento/tratamento, mas que, no fim, somente criou mais divergência e atrito entre os agentes da saúde suplementar, os quais não concordam com a fragilização do procedimento de avaliação das novas tecnologias em saúde, colocando em risco a segurança e a integridade dos beneficiários.

Do mesmo modo, apesar de estabelecer o fim de uma querela, uma decisão judicial por si só não tem se apresentado capaz de solucionar a origem da divergência entre os demandantes, tampouco de restaurar as suas relações, o que é de extrema necessidade para a saúde suplementar, visto que esta promove a garantia do direito à saúde através da celebração de contratos de adesão de trato sucessivo, que se protraem no tempo, sem prazo determinado, conforme elucida o conceito previsto no art. 1º, I, da Lei nº 9.656/1998.

Na verdade, o fenômeno da Judicialização da Saúde tem sido uma das maiores pautas de discussão no CNJ e nos diversos Tribunais de Justiça do Estados, os quais não conseguem dar vazão e conferir a devida prestação jurisdicional a todas as demandas registradas, seja pela

---

<sup>147</sup> Alusão à lei dos planos de saúde, a qual não foi capaz de dirimir os conflitos travados antes da regulamentação da saúde suplementar, consoante já exposto no primeiro capítulo.

quantidade de processos incompatível com o contingente de serventuários da Justiça; seja pela complexidade das causas propostas, acompanhada de falta de amparo técnico; ou, seja pela indiferença deliberada a respeito dos efeitos econômicos das decisões proferida.

Nesse contexto, formas alternativas e extrajudiciais de resolução de conflitos passaram a ser utilizadas pelos agentes da saúde suplementar e vem se revelando como ferramentas de grande valia para a sustentabilidade das empresas e relações estabelecidas, a exemplo da negociação, da mediação, da conciliação, da arbitragem e da construção de consensos de modo geral e, de modo específico, do Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta – TCAC (ANS e Operadora) e da Notificação de Intermediação Preliminar – NIP (Operadora e consumidor). No entanto, ainda não há a utilização de tais ferramentas de forma suficiente para a efetiva composição dos interesses das partes, o que têm acontecido com a atividade desempenhada pela unidade organizacional de ouvidoria, a qual, em muitas Operadoras de Planos de Saúde, funcionam somente como segundas instâncias de atendimento.

Implementada em caráter obrigatório para as operadoras de planos de saúde em atividade no Brasil pela ANS em 2013, a ouvidoria se propôs estabelecer novos parâmetros de atendimento para os beneficiários dos serviços ofertados na saúde suplementar, oportunizando o tratamento qualificado de suas manifestações, em nome da eficácia, da sustentabilidade do setor e da paz social. Apesar disso e, ainda, da adesão massiva das operadoras à proposta, de acordo com os estudos estatísticos e analíticos realizados pela Agência, as referidas instituições não estão conseguindo exercer as suas funções de forma plena, muito menos alcançar os resultados esperados.

Não é feita a divulgação necessária do trabalho das ouvidorias, como também ainda não houve a devida mobilização da alta gestão e dos demais setores internos das operadoras de planos de saúde para garantir a efetividade das ações recomendadas pela unidade, a partir da análise qualificada da percepção do beneficiário sobre a prestação do serviço. Com isso, as querelas continuam se acumulando; recursos humanos e financeiros continuam sendo desperdiçados; o Poder Judiciário, a ANS e os órgãos de proteção e defesa do consumidor continuam tratando demandas individuais, quando deveriam estar somando esforços para transformar realidades a nível estrutural; Operadoras estão encerrando as suas atividades por terem se tornado insustentáveis e inviáveis; e a cultura do litígio não é modificada.

Nessa perspectiva, a proposta de intervenção resultante desta pesquisa busca ressignificar a unidade de ouvidoria nas operadoras de planos de saúde ativas no país, através de um novo olhar sobre o trabalho que já vem sendo desenvolvido, de modo a não implicar em assunção de custos significativos de implementação, os quais poderiam desestimular a adoção das medidas.

Para viabilizar o verdadeiro entendimento dos aspectos objetivos e subjetivos das manifestações registradas pelos consumidores, aproximar as partes que integram a relação contratual existente e permitir o exercício da cidadania por meio da inclusão do consumidor no processo de resolução de sua demanda, propõe-se o uso de técnicas de mediação virtual para facilitar o diálogo efetivo entre as partes e a elaboração de soluções colaborativas para o conflito, de acordo com os critérios eleitos pela equipe de ouvidoria. Assim, será possível o melhor exercício de empatia com baixo custo de localização, visto que as partes não precisam de deslocar para tratar algo entre si.

Ademais, o ambiente de mediação virtual também proporciona maior segurança às partes, na medida em que elas não precisam estar na presença uma da outra, o que, em uma situação de discussão por um procedimento, pode ser um entrave para um ou para ambos os lados.

Paralelo a isso, para garantir a utilidade e a eficácia dos esforços empreendidos no tratamento das demandas propostas, recomenda-se a criação de um Comitê Interno Multidisciplinar para avaliação de demandas de clientes e construção de consensos no âmbito das operadoras, como forma de engajar os setores responsáveis pela correção das condutas irregulares identificadas e/ou implementação das melhorias sugeridas, bem como promover a construção das alternativas de resolução das demandas com bases sólidas, viáveis e realmente capazes de gerar mudanças positivas permanentes, permitindo ainda o acompanhamento dos projetos de transformação até as suas respectivas finalizações.

Com tal metodologia, a qual deve sempre ser validada e apoiada pelo Presidente da instituição ou seu substituto, entende-se que as Operadoras conseguirão melhor tratar as pessoas e suas demandas, prevenindo litígios, na medida em que as ações corretivas de conduta sejam efetivamente implementadas, como também melhor resolvendo-os, na medida em que a solução será proposta de forma democrática, construída com os atores que integram aquela relação.

Haverá benefícios institucionais, uma vez que as Operadoras conseguirão melhorar seus índices de performance no mercado de saúde suplementar, bem como benefícios sociais, visto

que a credibilidade perante o cliente, uma vez prejudicada com eventual conflito ou desentendimento, tende a ser recuperada, contribuindo com o fortalecimento das relações sociais a longo prazo.

Espera-se que, assim, as ouvidorias do mercado de saúde suplementar consigam cumprir os seus propósitos, contribuindo com a manutenção sustentável do setor e o seu respectivo desenvolvimento, o qual se revelou tão caro e essencial à sociedade brasileira por ocasião da pandemia COVID-19.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de Filosofia. Tradução da primeira edição brasileira por Alfredo Bosi; revisão e tradução dos novos textos por Ivone Castilho Benedetti. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 1026.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). REA-OUIDORIAS [recurso eletrônico] : relatório estatístico e analítico do atendimento das ouvidorias : ano base 2014 / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2015.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria. REA-OUIDORIAS 2021[recurso eletrônico]: Relatório do atendimento das Ouvidorias: ano base 2020. / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria. – Rio de Janeiro: ANS, 2021.

ALMEIDA, Tania. Século XXI - A Mediação de Conflitos e Outros Métodos Não-adversariais de Resolução de Controvérsias. In: Anais de Palestras proferidas em 2002. Rio de Janeiro: Secretaria Pro Tempore do Conselho de Câmaras de Comércio do Mercosul.

AMARAL, Francisco. Direito Civil: introdução. 4. Ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

ANDRADE JÚNIOR, José Menescal de. Gestão de Conflitos na Área de Saúde Suplementar: perspectivas das partes envolvidas, alternativas e efetivação dos direitos constitucionais nas relações privadas. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Profissional em Direito e Gestão de Conflitos, Fortaleza, 2016.

ANDRIGHI, Fátima Nancy. Os planos de saúde privados e o código do consumidor: principais questões geradoras de conflito entre planos de saúde e consumidores. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011, p. 63-79.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p. 37.

Assembleia Geral da ONU. (1948). "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A). Paris. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS RELAÇÕES EMPRESA CLIENTE-ABRAREC. Comitê de Ouvidorias. Manual de Boas Práticas em parceria com a Associação Brasileira de Ouvidores-ABO. Disponível em: [http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs\\_pb.pdf](http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf).

AZEVEDO, Paulo Furquim de. JUÍZES DE JALECO: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL. Revista de Análise Econômica do Direito | vol. 1/2021 | Jan - Jun / 2021 DTR\2021\3489

BACELAR, Luiz Ricardo Trindade. Solução de controvérsias pelas agências reguladoras. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

BAHIA, Lígia; VIANA, Ana Luiza. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002. Disponível em: <https://www.novaconcursos.com.br/arquivos-digitais/erratas/16543/21446/assistencia-suplementar.pdf>.

BÁRBARA KIRCHNER CORRÊA RIBAS. PROCESSO REGULATÓRIO EM SAÚDE SUPLEMENTAR: Dinâmica e Aperfeiçoamento da Regulação para a produção da Saúde. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós- Graduação em Direito, do Setor de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Estado do Paraná.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. In: COUTINHO, Jacinto Miranda; FRAGALE, Roberto; LOBÃO, Ronaldo (Orgs.). Constituição e ativismo judicial: limites e responsabilidades da norma constitucional e da decisão judicial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

BRAGA NETO, Adolfo. Alguns aspectos relevantes sobre a mediação de conflitos. In: SALES, Lília Maia de Moraes (Org.). Estudos sobre mediação e arbitragem. Rio de Janeiro – São Paulo – Fortaleza: ABC, 2003.

BERTACHINI, Luciana. Convergências da Ouvidoria e Bioética na defesa dos Direitos Humanos. III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITO (Direitos Humanos e Bioética: Democracia, Ética e Efetivação dos Direitos). Disponível em: <http://www.lo.unisal.br/direito/semidi2014/publicacoes.aspx?livro=DHBIO>

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Art. 9º. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm)

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010. Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2579>. Acesso em 14/08/2018.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Azevedo, André Gomma de (Org.). Manual de Mediação Judicial, 6a Edição (Brasília/DF:CNJ), 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada ANS nº 39 de 27 de outubro de 2000. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=Mzgw>

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Ouvidoria-geral do SUS: um espaço de cidadania / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 28 p.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, 1995.

BRASIL, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).

BRASIL. Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/11920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/11920.htm).

BRASIL. LEI Nº 9.307, DE 23 DE SETEMBRO DE 1996. Dispõe sobre a arbitragem. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9307.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9307.htm).

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm).

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm).

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm).

BRASIL. LEI Nº 13.105, DE 16 DE MARÇO DE 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm).

BRASIL. LEI Nº 13.140, DE 26 DE JUNHO DE 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei no 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto no 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei no 9.469, de 10 de julho de 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13140.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13140.htm).

BRASIL. Medida Provisória de nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/MPV/2177-44.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del0073.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0073.htm). Acesso em 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANS. Relatório de Gestão - Diretoria de Fiscalização - 1999-2002/2003-2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAETANO, Luiz Antunes. **Arbitragem e mediação**: rudimentos. São Paulo: Atlas, 2002.

CARDOSO, Antonio Semeraro Rito. Ouvidoria x mediação: reflexões sobre um conflito. Revista Cliente S.A., p. 61-2, jul. 2006. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/images/stories/pdf/artigo003.pdf>

CARVALHO, Eurípedes Balsanuf, CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/37707233.pdf>.

CARVALHO. Ivo César Barreto de. O PAPEL DAS AGÊNCIAS REGULADORAS COMO PROPULSORAS DE MUDANÇA SOCIAL. R. Fac. Dir., Fortaleza, v. 34, n. 2, p. 173-196, jul./dez. 2013 BRASIL, Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988.

CASTELO JÚNIOR, Clóvis; GIMENES, Rafaela Okano; ZIROLDO, Rodrigo Romera. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. O mundo da saúde, São Paulo, v. 37, n.2, 2013.p. 2016-221. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/102/11.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/11.pdf).

CASTELO, Fernando Alcântara. DIREITO À SAÚDE E DECISÕES ESTRUTURAIS: POR UMA JUDICIALIZAÇÃO MAIS RACIONAL E EFICIENTE. Revista de Processo | vol. 274/2017 | p. 317 - 342 | Dez / 2017 DTR\2017\6803.

CECHIN, José. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça Pesquisa. Judicialização da Saúde no Brasil: o perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>.

CONASS. Saúde Suplementar. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, v. 11, 2007. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colc\\_progestores\\_livro11.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colc_progestores_livro11.pdf).



COSTA, Fernando Ferreira. Construindo a Ouvidoria no Brasil: Avanços e Perspectivas. Prefácio. PEREZ, José Roberto Rus; BARREIRO, Adriana Eugênia A.; PASSONE, Eric. Organizadores. Campinas- SP: Unicamp, 2011. 200 p. Disponível em: [https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/contruindo\\_ouvidoria\\_brasil\\_07102011\\_PUBLICATI ON\\_NEW\\_FILE.pdf](https://www.ouvidoria.unicamp.br/Pdf/contruindo_ouvidoria_brasil_07102011_PUBLICATI ON_NEW_FILE.pdf)

COSTA, Frederico Lustosa da. A ouvidoria como instrumento para a efetividade da ação pública e a promoção da cidadania. Programa de Estudos e Pesquisas em Reforma do Estado e Governança. Texto da palestra Ouvidoria/ombudsman: um salto de patamar competitivo na percepção do cidadão/cliente, apresentada no II Seminário Nacional de Ouvidores/Ombudsman, realizado pela FGV/EBAP e ABO/RJ no Rio de Janeiro em 21/11/1997. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 163-170, jan./fev. 1998.

CRUZ, Helio Jayme Martins Fróes Cruz. Autorização de Funcionamento: importância para o mercado de saúde suplementar. Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, modalidade Profissional, na área de concentração Regulação em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, 2004.

CUNHA, Paulo César Melo da. A Regulação Jurídica da Saúde Suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2003.

CYRILLO, Rose Meire. Ouvidorias: um aporte necessário. Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Brasília, n. 9, 2015. p. 204.

DAHINTEN, Bernardo Franke; DAHINTEN, Augusto Franke. O mercado da saúde suplementar e a proteção do consumidor: reflexões em homenagem ao vigésimo aniversário da ANS. Revista de Direito do Consumidor. vol. 137. ano 30. p. 145-169. São Paulo: Ed. RT, set./out. 2021.

DIAS, Eduardo Rocha; CAMINHA, Unie. Saúde privada e a medicina baseada em evidências como fonte de critérios orientadores da intervenção judicial. Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça, v. 9, n. 31, p. 80-109, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/55283>.

DIAS, Maria Berenice; GROENINGA, Giselle. A mediação no confronto entre direitos e deveres. In: Revista do Advogado, São Paulo, n. 62, mar. 2001.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Limites da função reguladora das agências diante do princípio da legalidade. Maria Sylvia Zanella di Pietro (coord.). Direito Regulatório: temas polêmicos. Belo Horizonte: Fórum, 2004.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Revista Planejamento e Políticas Públicas. Rio de Janeiro, n. 3, 139-162, 1990. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp\\_3\\_Universalizacao.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp_3_Universalizacao.pdf).

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Curso de Direito de Saúde Suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro, 2012.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. Curso de Direito de Saúde Suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Ed., 2006.

FISHER, Roger; URY, William; PATTON, Bruce. Como chegar ao sim. 2. Ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

FUNDAÇÃO ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - ENAP. A ouvidoria como espaço de excelência para a resolução de conflitos. Resolução de Conflitos Aplicada ao Contexto das Ouvidorias. Brasília: ENAP, 2018.

GALHOTE, Guilherme Luiz Bilotti, POZZI, Cláudia Elisabeth. Judicialização da saúde e dignidade da pessoa humana: o acesso aos tratamentos experimentais em planos de saúde privados. Iniciação Científica CESUMAR - jan./jun. 2014, v. 16, n. 1, p. 99-110 - ISSN 1518-1243

GARCEZ, José Maria Rossani. Negociação, ADRS, Mediação e Arbitragem. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

GIANGRANDE, Vera. O Ombudsman na Iniciativa Privada e o Exercício da Ética. In: VISMONA, E. L.; MARQUES, J. B. A.; OLIVEIRA, J. E.; CLEMENTE, J.; PINTO, O. de Lara; WADA, R. M.; LYRA, R.; GIANGRANDE, V.; JUNQUEIRA, V. (Orgs.). A Ouvidoria no Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Brasil; Associação Brasileira de Ouvidores, 2000. p. 31-42.

GOMES, Josiane Araújo. Contratos de Planos de Saúde / Josiane Araújo Gomes. - 2.ed. - Leme, SP: Editora Mizuno, 2020.

GREGORI, Maria Stella. DESAFIOS PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE. Revista dos Tribunais | vol. 1004/2019 | p. 123 - 143 | Jun / 2019 DTR\2019\29300

GREGORI, Maria Stella. A saúde suplementar no contexto do estado regulador brasileiro. Revista de Direito do Consumidor | vol. 59/2006 | p. 109 - 126 | Jul - Set / 2006 DTR\2006\425.

GREGORI, Maria Stella. Planos de Saúde: a ótica de proteção do consumidor. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

GREGORI, Maria Stella. O Código de Defesa do Consumidor aplica-se a planos de saúde. In: Revista de Direito do Consumidor. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais. 2011. ano 20, n. 78, abr-jun-2011, p. 339/351.

GREGORI, Maria Stella. Planos de Saúde: a ótica de proteção do consumidor. Biblioteca de Direito do Consumidor. Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

GREGORI, Maria Stella. Relatório de Gestão. Relatório de Gestão - Diretoria de Fiscalização - ANS. 1999-2002/2003-2005. Agência Nacional de Saúde. Material para Pesquisa. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/relatoriodegestao\\_1999\\_2005.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatoriodegestao_1999_2005.pdf).

GUAZZELLI, Amanda Salis. A busca da justiça distributiva no Judiciário por meio das relações contratuais: uma análise a partir dos planos de saúde, 143f. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico e Financeiro) Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/premio2013/amanda.pdf>.

IASBECK, Luiz C. A. Ouvidoria é comunicação. *Organicom - Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas*, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 14-24, 2010.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos/Ministro Marco Aurélio Melo...[et al]; Luiz Augusto Ferreira Carneiro, coordenador. Rio de Janeiro: FORENSE, 2013.

LEITE, Thalyany Alves. GESTÃO DE CONFLITOS E SAÚDE NO BRASIL: uma coalizão entre ouvidorias e mediação de conflitos no meio hospitalar/Thalyany Alves Leite. - 2020, 271f. Tese (Doutorado) - Universidade de Fortaleza. Programa de Direito Constitucional (Dinter Ciesa/Unifor), Fortaleza, 2020. Orientação: Lília Maia de Moraes Sales.

LIMA, Cláudio Vianna de. A Lei de Arbitragem e o artigo 23, XV, da Lei de Concessões. In: *Revista de Direito Administrativo* – 209. Jul./set. 1997.

LIMA, Natassia Monte; Júnior, Francisco Gomes Pierot; Filho, Cláudio Moreira do Rêgo. Da concessão indevida da tutela de urgência em situações conceitualmente não emergenciais e seu impacto na judicialização da saúde suplementar. *Revista de Direito e Medicina*. vol. 8. ano 3. São Paulo: Ed. RT, jan.-abr. 2021.

MARMELSTEIN, George. Curso de direitos fundamentais. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MARQUES, Cláudia Lima; SCHMITT, Cristiano Heineck. Visões sobre os planos de saúde privada e o Código de Defesa do Consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima (et al). *Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde*. Biblioteca do direito do consumidor. v. 36. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MATHIAS, Guilherme Valdetaro. O Código Civil e o Código do Consumidor na Saúde Suplementar. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org.). *Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 110-116.

MENDES, J. J. S. 1997. Bases técnicas do seguro. São Paulo: Manuais Técnicos de Seguros, 1997.

MENDES, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional/Gilmar Ferreira Mendes, Inocêncio Mártires Coelho, Paulo Gustavo Gonet Branco. – 4. ed. Rev. E atual. – São Paulo: Saraiva, 2009.

MENEZELLO, M. D. C. Agências reguladoras e o direito brasileiro. São Paulo: Atlas, 2002.

MELO, Thiago Dellazari. A "captura" das agências reguladoras: uma análise do risco de ineficiência do estado regulador/Thiago Dellazari Melo. - Recife : O Autor, 2010. 126 folhas. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Pernambuco. CCJ. Direito, 2010. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/3967/1/arquivo407\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/3967/1/arquivo407_1.pdf)

MIRANDA, Lara Caxico Martins, KEMPFER, Marlene. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL E AS POSSIBILIDADES PARA A SOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS EM AGÊNCIAS REGULADORAS NO BRASI. Rev. de Formas Consensuais de Solução de Conflitos. e-ISSN: 2525-9679. Maranhão. v. 3. n. 2. p. 37 – 55. Jul/Dez. 2017.

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. Reforma do Estado, formas de prestação do serviço ao público e parcerias público-privadas: demarcando as fronteiras do conceito de serviços públicos, de relevância pública e serviços de exploração econômica para as parcerias público-privadas. In: Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, n. 2, maio-jun-jul, 2005. Disponível em: <https://fliphtml5.com/fdns/dlhz>.

MONTEIRO, Margareth Mauricio. A ouvidoria e sua contribuição na saúde suplementar: a RN 323/13 da ANS / Margareth Mauricio Monteiro. – 2020. 134 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas, Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais. Orientador: Márcio Grijó Vilarouca.

MONTONE, Januário. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. In: MONTONE, Januário e CASTRO, Antonio Joaquim Werneck de (Orgs.). Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Série A, Textos Básicos de Saúde, vol. 3, tomo I. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

NIERENBERG, Gerard. El negociador complete. Madri: Espasa Calpe, 1991.

NOBRE, Milton Augusto de Brito. Da denominada judicialização da saúde: pontos e contrapontos. In.: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011. NORÕES, Mariane Paiva. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO E DE MEDIAÇÃO E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESTADO DO CEARÁ / Mariane Paiva Noroes. 2018. 205 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Em Direito Constitucional Fortaleza, 2018. Orientação: Eduardo Rocha Dias.

NUNES, E.; RIBEIRO, L. M.; PEIXOTO, V. Agências reguladoras no Brasil. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Org.). Sistema político brasileiro: uma introdução. São Paulo: Editora Unesp, 2007. p. 183-206.

OLIVEIRA JAC, Fortes PAC. De que reclamam afinal? Estudo das ações judiciais contra uma operadora de plano de saúde. Rev Direito Sanit. 2013; 13(3):33-58.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Carta das Nações Unidas, 1945. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/carta-das-nacoes-unidas>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>.

PERLINGEIRO, R. Desjudicializando as políticas de saúde? Revista Acadêmica da Faculdade de Direito do Recife, Recife: v. 86, n. 2, p. 3-10, jul. 2014. Disponível em: <<https://livros-e-revistas.vlex.com.br/vid/desjudicializando-as-politicas-saude-693850949>>.

PEREIRA, Caio Mário da Silva, Instituições de direito civil. Vol. 3. Rio de Janeiro, Editora Forense, 2010.

PEREIRA, Luiza Helena. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, no 7, jan/jun 2002, p. 82-121

Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 9(2), 2004, p. 434.

PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. Planos de saúde e direito do consumidor. In: MARQUES, Cláudia Lima (et al). Saúde e Responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde. (Biblioteca do direito do consumidor v. 36). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

PIETROBON, Louise, PRADO, Martha Lenise do, CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 767-783, 2008.

RABELO, Cilana de Moraes Soares. Meios democráticos de solução de conflitos no âmbito das agências reguladoras – ARCE: um estudo de caso / Cilana de Moraes Soares Rabelo. - 2008.113 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.

REZENDE, Paulo Roberto Vogel de. Cálculo atuarial, mutualismo, equilíbrio econômico e plano de saúde: uma abordagem sobre dois julgados. In: PIRES, Danielle S.; AGUIAR, Livia C.; SOUZA, Jordana M. (Coord.). Judicialização da Saúde Suplementar. Belo Horizonte: Unimed – BH Cooperativa de Trabalho Médico, 2008. p. 185-198.

RICHE, Cristina Ayoub. Lei de Arbitragem nº 9.307/96 - Uma solução alternativa para os conflitos de ordem jurídica. Rio de Janeiro: UniverCidade, 2001.

RICHE, Cristina Ayoub. Ouvidoria, Direito de Solidariedade e de Fraternidade. Scientiarum Historia, Rio de Janeiro, n. 7, p. 1-9.

RIBAS, Bárbara Kirchner Corrêa. Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde. 2009. 224 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, p. 4, 2009. Disponível em: [https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19112/BarbaraKirchner\\_MestradoUFPR\\_Dissertacao%20vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/19112/BarbaraKirchner_MestradoUFPR_Dissertacao%20vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

ROBBA, R. Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo. [dissertação online]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2017 [citado 20 jun. 2020] Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-0108095624/publico/RafaelRobba.pdf>.

SALES, Alessandro Wilckson Cabral. A construção de consensos de conflitos socioambientais como instrumento de gestão ambiental integrada da região do Cocó em Fortaleza/CE. 2017. 165 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal do Ceará, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/23052>

SALES, Lília Maia de Moraes. Ouvidoria e mediação: instrumentos de acesso à cidadania. Pensar, Fortaleza, v. 11, p. 154-167, fev. 2006.

SALES, Lília Maia de Moraes. Mediação de conflitos: família, escola e comunidade. Porto Alegre: Conceito Editorial, 2007.

SALES, Lília Maia de Moraes. Mediar: um guia prático para mediadores. Rio de Janeiro, GZ Editora, 2010. 3. ed rev. atual. e ampl..

SALLES, Carlos Alberto de. Arbitragem em contratos administrativos. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2011.

SANTOS, Fausto Pereira dos. A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar. 2006. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309148/1/Santos\\_FaustoPereirados\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309148/1/Santos_FaustoPereirados_D.pdf)

SANTOS, Ricardo Soares Stersi dos. Noções gerais da arbitragem. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 11, set./out./nov., 2007. Disponível em: [http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo\\_sarlet\\_1.pdf](http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/rere-11-setembro-2007-ingo_sarlet_1.pdf).

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEREIDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In: KEINERT, Tânia Margarete Mezzoto; BASTOS DE PAULA, Silvia Helena; BONFIM, José Ruben de Alcântara (Orgs.). As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. Disponível em: <https://issuu.com/institutodesaude/docs/acoesjudiciais>.

SAMPAIO, Aurisvaldo. Contratos de Plano de Saúde: regime jurídico e proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 40). São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010, p. 198/199).

SARMENTO, Daniel. Direitos fundamentais e relações privadas. 2. ed. 3ª tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SALVATORI, Rachel Torres e VENTURA, Carla A. Arena. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. O&S, Salvador, v. 11, n. 62, 471-487, julho/setembro, 2012. [www.revistaoes.ufba.br](http://www.revistaoes.ufba.br).

SCHAPIRO, Mário Gomes. Estado, Economia e Sistema Financeiro: Banco de Desenvolvimento como opção regulatória e como estrutura de governança. In: LIMA, Maria Lúcia Labate Mantovanini Pádua Lima (Org.). Agenda Contemporânea: direito e economia - 30 anos de Brasil, tomo 2. São Paulo: Saraiva, 2012, v. 2, p. 120-152.

SCHEFFER, Mário. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil/Mário Scheffer, Lígia Bahia. - São Paulo: Editora UNESP, 2010. 156p. - (Saúde e cidadania).

SCHEFFER, Mário César; TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira. Judicialização na saúde suplementar. In: LOZER, Andréa Carlesso et al. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/conhecimento\\_tecnico\\_cientifico\\_ANS\\_2015.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/conhecimento_tecnico_cientifico_ANS_2015.pdf)>.

SCHULZE CJ, Neto JPG. Direito à saúde análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2015.

SILVA, Diogo Bacha e. Ativismo no controle de constitucionalidade: a transcendência dos motivos determinantes e a (i)legítima apropriação do discurso de justificação pelo Supremo Tribunal Federal. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2013, p. 138.

SILVA, Joseane Suzart Lopes de. Planos de Saúde e boa-fé objetiva: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. 2. ed. rev. ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2010.

SILVA, Virgílio Afonso. A constitucionalização do direito. Os direitos fundamentais nas Relações entre Particulares. 1ª ed., 4ª tir., 2014.

SOUZA, Achernar Sena de. Agências reguladoras e a utilização de métodos democráticos para a resolução de conflitos: as práticas adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Artigo para a conclusão do curso de Pós-graduação lato sensu, nível especialização, em Direito Empresarial da FGV DIREITO RIO. 2018.

STRECK, Lenio Luiz. Verdade e consenso. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 38.

STRECK, Lenio Luiz. O que é isto – decido conforme minha consciência. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

TALAMINI, Eduardo. A (in)disponibilidade do interesse público: consequências processuais (composições em juízo, prerrogativas processuais, arbitragem, negócios processuais e ação monitoria) – versão atualizada para o CPC/2015 (LGL\2015\1656). Revista de Processo, v. 264, ano 42, p. 83-107 São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2017.

TARTUCE, Flávio. A teoria geral dos contratos de adesão no Código Civil. Visão a partir da teoria do diálogo das fontes. In: MARQUES, Cláudia Lima (coord.). Diálogo das fontes: do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012, p. 205/232, p. 219.

TEIXEIRA JÚNIOR, José Borges. O DEVER DE DECLARAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE NOS CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA: UMA ANÁLISE ECONÔMICA DA JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Revista de Direito Privado | vol. 86/2018 | p. 157 - 189 | Fev/2018. DTR\2018\10702.

TOMASEVICIUS FILHO, Eduardo. Contratos de planos de saúde: um jogo de “soma zero”. Revista de Direito Civil Contemporâneo. vol. 28. ano 8. p. 199-215. São Paulo: Ed. RT, jul./set. 2021.

TIMM, Luciano Benetti; GUARISSE, João Francisco Menegol. Análise econômica dos contratos. In: TIMM, Luciano Benetti (org). Direito e economia no Brasil. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

VARELLA, Drauzio. A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil/Drauzio Varella e Mauricio Ceschin. - 1ª ed. - São Paulo: Paralela, 2014.

VALE, Marcilene Moreira Batista do. Gestão de Conflitos na Saúde Suplementar: uma proposta de fomento à construção de ambientes de consenso. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Profissional em Direito e Gestão de Conflitos, Fortaleza, 2020.

VENTURA, C. A. A. As Agências Reguladoras e seu papel na reestruturação do setor de telecomunicações: um estudo comparado da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) - Brasil e da Federal Communications Commission (FCC) - EUA. 2004. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VIANNA, Geraldo Luiz. Judicialização da saúde suplementar: a concepção do “direito como integridade” contra a discricionariedade judicial. 2013. Pouso Alegre-MG: FDSM, 2013, p. 26.

VISMONA, Edson Luiz. et al. A ouvidoria no Brasil. São Paulo: ABO, 2001.

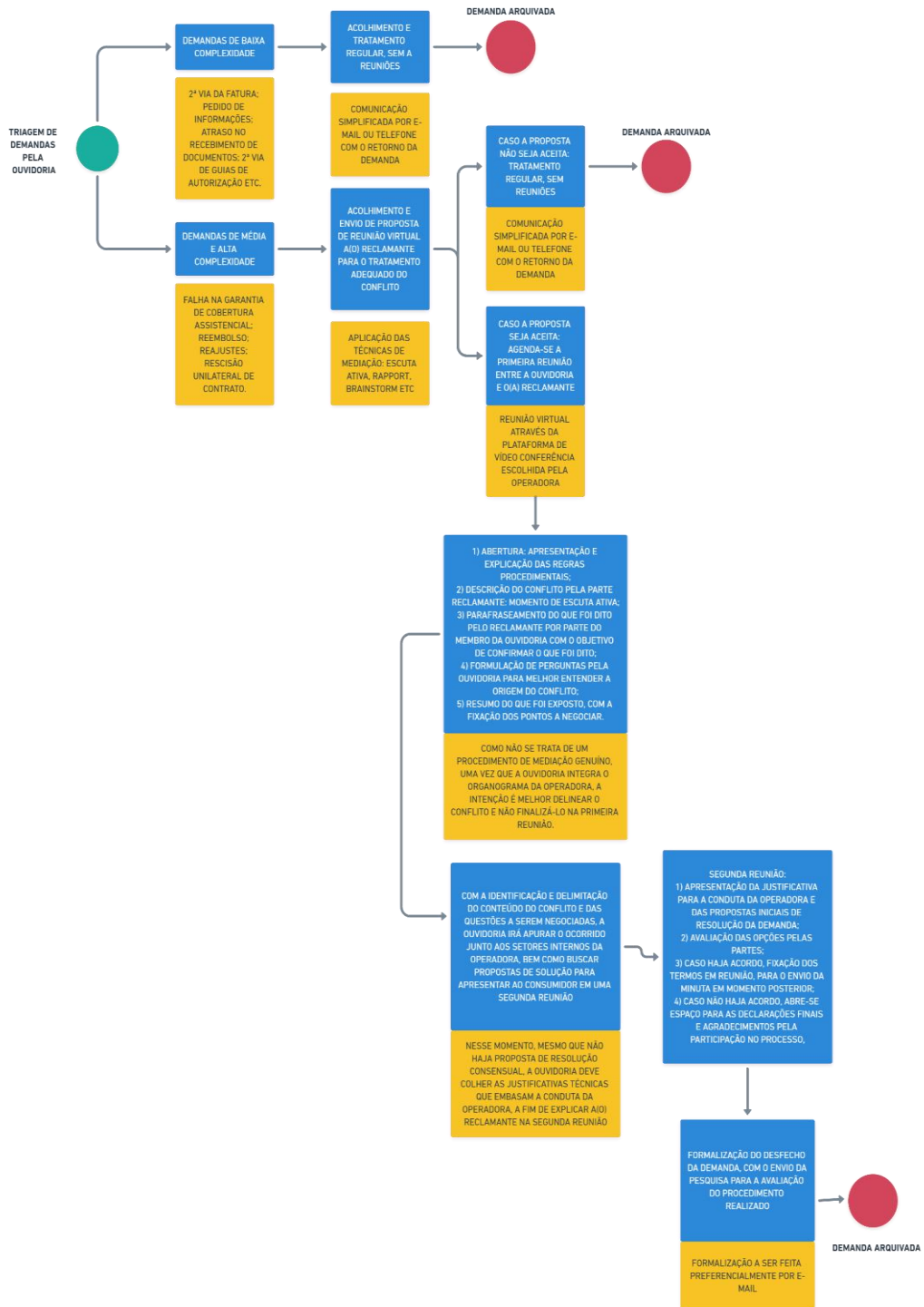
VOLPI, Edna Lucia, FORNAZARO, Maria Inês, SAMPAIO, Maria Lumena Balaben. Mediação e Ouvidoria. In Construindo a Ouvidoria no Brasil: avanços e perspectivas/organizadores: José Roberto Rus Perez, Adriana Eugênia Alvim Barreiro e Eric Passone. – Campinas, SP: UNICAMP/Ouvidoria, 2011. 200 p.



ZAPPAROLLI, Célia Regina. A experiência pacificadora da mediação: uma alternativa contemporânea para a implementação da cidadania e da justiça. In: MUSZKAT, Malvina Ester (Org.). Mediação de conflitos: pacificando e prevenindo a violência. São Paulo: Summus, 2003.

ZIROLDO, Rodrigo Romera, GIMENES, Rafaela Okano e CASTELO JÚNIOR, Clóvis Castelo Júnior. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. Revista: O mundo da Saúde. São Paulo, 2013; 37(2):2016-221.

# ANEXO A



## ANEXO B

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS SENSÍVEIS**

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao manifestar sua aceitação para com o presente termo, o Titular consente e concorda que a Operadora XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, com sede na Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, doravante denominada Controladora, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realize o tratamento de tais dados, envolvendo operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

#### Dados Pessoais

A Controladora fica autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do Titular:

- Nome completo;
- Nome empresarial, quando aplicável;
- Data de nascimento;
- Número e imagem da Carteira de Identidade (RG);
- Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- Número e imagem da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- Número do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), quando aplicável;
- Fotografia 3x4;
- Estado civil;
- Nível de instrução ou escolaridade;

- Endereço completo;
- Números de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail;
- Banco, agência e número de contas bancárias, se necessário;
- Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador;
- Informações sobre pedidos de assistência médica e tratamentos de saúde realizados através do Controlador em favor do Titular.

### Finalidades do Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados pessoais e sensíveis listados neste termo tem como finalidade:

- Possibilitar que a Controladora identifique e entre em contato com o Titular para fins de tratamento das demandas registradas junto aos setores de atendimento, Ouvidoria, ANS, Poder Judiciário e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor.
- Possibilitar que a Controladora elabore contratos, termos aditivos e instrumentos de acordo junto ao Titular;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados na elaboração de relatórios e fornecimento de produtos e serviços;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados para a emissão de Notas Fiscais e documentos financeiros correlatos;
- Possibilitar que a Controladora utilize tais dados para manter banco de dados para fins de pesquisa acadêmica sobre métodos extrajudiciais de gestão de conflitos.

### Compartilhamento de Dados

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais e sensíveis do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709.

### Segurança dos Dados

A Controladora responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais e sensíveis de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o Controlador comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular.

### Término do Tratamento dos Dados

A Controladora poderá manter e tratar os dados pessoais e sensíveis do Titular durante todo o período em que estes forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas neste termo. Dados pessoais e sensíveis anonimizados, sem possibilidade de associação ao indivíduo, poderão ser mantidos por período indefinido.

O Titular poderá solicitar via e-mail ou correspondência ao Controlador, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais e sensíveis não anonimizados do Titular. O Titular fica ciente de que poderá ser inviável ao Controlador continuar o fornecimento de produtos ou serviços ao Titular a partir da eliminação dos dados pessoais e sensíveis.

### Direitos do Titular

O Titular tem direito a obter da Controladora, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa e observados os segredos comercial e industrial, de acordo com a regulamentação do órgão controlador; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

### Direito de Revogação do Consentimento

Este consentimento poderá ser revogado pelo Titular, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao Controlador.

\_\_\_\_\_/CE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Assinatura do titular dos dados**

## ANEXO C

RESOLUÇÃO NORMATIVA INTERNA Nº 00XX, DE XX DE XXXXXXXX DE 2022.

*Institui o Comitê Interno Multidisciplinar para avaliação de demandas de clientes e construção de consensos para o tratamento adequado de conflitos, e dá outras providências.*

O Conselho de Administração da XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, no uso de suas atribuições, de acordo com o art. XX, do Estatuto Social e Regulamento Interno, em reunião realizada em XX/XX/2022, aprovou a seguinte Resolução Normativa Interna (RNI) a ser cumprida por todas as áreas, e eu, Presidente do Conselho, determino sua publicação.

### CAPÍTULO I DA CRIAÇÃO E COMPETÊNCIA

Art. 1º Esta Resolução Normativa Interna (RNI) institui o Comitê Interno Multidisciplinar (CIM) no âmbito da XXXXXXXX para avaliação de demandas de clientes e construção de consensos para o tratamento adequado de conflitos, com seu objetivo, competências, diretrizes e estrutura.

Art. 2º Caberá aos diretores da Operadora a efetiva instalação do CIM, mediante a expedição de atos ordinatórios internos com a indicação dos colaboradores designados para compor o grupo técnico de trabalho.

Art. 3º O CIM terá por finalidade institucional a promoção do tratamento adequado dos conflitos decorrentes das relações estabelecidas entre a Operadora e seus clientes, visando a sua resolução e prevenção, bem como a elaboração de projetos para o aprimoramento das rotinas de trabalho da empresa com o objetivo de adequá-las à legislação vigente.

Art. 4º Compete ao CIM:

I - propor políticas internas e diretrizes gerais aos setores da Operadora para a prevenção e o tratamento adequado dos conflitos decorrentes de suas respectivas atividades;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos de acordo a serem celebrados entre as partes envolvidas nas demandas propostas;

III - elaborar cartilhas e informativos a respeito da legislação de saúde suplementar vigente, que constituirão referência básica e obrigatória para a atuação dos colaboradores no âmbito de suas competências;

IV - elaborar projetos para a correção das falhas de conduta e rotinas de trabalho identificadas a partir do tratamento das demandas registradas pelos consumidores e clientes;

V - fiscalizar a execução dos projetos previstos no inciso IV;

VI - estabelecer parâmetros e indicadores de performance para os setores com base no índice de resolução e prevenção de conflitos;

VII - deliberar sobre a criação de subgrupos de trabalho técnico, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

VIII - normatizar os conceitos de demandas repetitivas e demandas de alto risco para a Operadora;

IX - autorizar alçadas de acordo para que os setores possam solucionar as demandas sem a necessidade de avaliação colegiada;

X - elaborar informativos e cartilhas a serem enviadas aos clientes para a devida instrução a respeito de seus direitos e obrigações;

XI - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde prestados pela Operadora no âmbito da assistência à saúde suplementar.

## **CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

Art. 5º O CIM será dirigido pelo(a) Presidente da Organização ou seu Representante Substituto(a), devendo contar também com o Ouvidor(a) da Operadora; um membro da Assessoria Jurídica Interna; um membro da Auditoria Médica; um membro do Financeiro; um membro do Atendimento do Cliente e um membro do setor de Relacionamento com Prestadores em caráter permanente, além da participação pontual de representantes de outros setores, quando for conveniente.

Parágrafo único. O CIM contará, ainda, com subgrupos técnicos de trabalho, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6º Os membros do CIM serão indicados pelos diretores responsáveis por cada setor.

Art. 7º Compete a cada membro do CIM o estudo dos temas suscitados nas demandas elencadas para análise conjunta, bem como a propositura de ações e melhorias para a sua resolução e prevenção.



Art. 8º Definidas as diretrizes de atuação e elaborados os projetos de melhoria, cada membro do CIM será responsável pela execução e fiscalização das ações em seu respectivo setor.

### **CAPÍTULO III DAS DIRETRIZES**

Art. 9º Os indicadores de resultado e performance estabelecidos pelo CIM deverão compor a avaliação de desempenho dos colaboradores para fins de progressão de carreira.

Art. 10 O CIM deverá se reunir periodicamente, com frequência mínima mensal, sem prejuízo da realização das reuniões extraordinárias que se fizerem necessárias à melhor condução de suas atividades.

### **CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 11 Todas as partes interessadas devem assumir o compromisso de agir dentro das conformidades e melhores práticas de *Compliance* a exemplo do Pacto Global da ONU, Instituto Ethos e do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, devendo ter uma conduta íntegra e atuar em conformidade com as boas práticas, valores, diretrizes e procedimentos da XXXXXXXXXXXX, inclusive de acordo com os códigos de ética e de conduta por esta determinados.

Art. 12 Todos são responsáveis pela disseminação e fortalecimento da cultura de Tratamento Adequado de Demandas, Gestão de Riscos e Controles internos.

Art. 13 As diretrizes expostas nesta Resolução Normativa Interna devem ser observadas e cumpridas por todos e as consequências, em caso de descumprimento, serão tratadas em conformidade com o Estatuto Social, Regimento Interno, Regulamento Interno, Códigos de Condutas e demais normativos, sem prejuízo das responsabilidades cíveis e criminais dentro do ordenamento jurídico brasileiro.

Art. 14 Esta Resolução Normativa Interna instituindo o CIM da XXXXXXXXXXXX entra em vigor na data de sua aprovação.

Presidente