
SAÚDE SUPLEMENTAR E A RECUSA DE COBERTURA DENTRO DO PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL NOS CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA: BREVE ESTUDO À LUZ DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ

**Tailine Fátima Hijaz
Henrique Furlanetto V. Miranda
Danielle Daminelli Zanatta
Maria Anselma Mariott Colombo**

ISSUE DOI: 10.21207/1983.4225.228

RESUMO

Trata-se de estudo acerca da recusa de cobertura pelas agências de saúde suplementar dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência ou emergência, mediante análise da jurisprudência do STJ. Analisa o direito à saúde no texto constitucional e na legislação pertinente à matéria. Traça aspectos gerais acerca dos planos de saúde. Por fim, colaciona alguns julgados do Superior Tribunal de Justiça e tece sucintas considerações sobre cada um. Concluiu-se que a maioria dos julgados do STJ considera abusivas as cláusulas que restringem os direitos dos consumidores com relação à cobertura para este tipo de atendimento.

Palavras-Chave: Saúde suplementar. Carência contratual. Urgência. Emergência. Superior Tribunal de Justiça.

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que o atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado essencialmente na Constituição Federal de 1988 (doravante CRFB/88). Com efeito, é com a CRFB/88 que pioneiramente a saúde é tida por direito de todos, cabendo ao Estado, por meio de políticas públicas em geral, cuidar da assistência pública de saúde e da efetiva prestação de assistência médica e hospitalar.

Porém, analisando o texto constitucional em vigor, vê-se que além desse sistema público de saúde, há também um setor tido por suplementar, que fora expressamente reconhecido pela CRFB/88, mas que também deve seguir as diretrizes do sistema público, dado a relevância da prestação desse serviço.

Em que pese tal setor suplementar ter as suas atividades fortemente regulamentadas atualmente, sobretudo pela Lei 9.656/98, e pela Lei 9161/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), muitos dos planos privados de saúde continuam estabelecendo, por meio de suas cláusulas contratuais, uma série de limitações de cobertura, afora o fato da dificuldade de entendimento por parte dos consumidores do que estaria efetivamente sendo comprado quando estes adquirem um plano de saúde.

Diante da situação brevemente exposta, o presente artigo tem como objetivo realizar um breve estudo sobre a saúde suplementar e a recusa de cobertura, dentro do prazo de carência contratual, nos casos de urgência ou emergência, à luz da jurisprudência do STJ.

Para tanto, este estudo encontra-se dividido em três partes: primeiramente busca-se discorrer a respeito do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, explicitando as principais diferenças entre o sistema público e privado de saúde. A segunda parte tratará de aspectos gerais acerca dos planos de saúde. Já a terceira parte apresentará um estudo à luz da jurisprudência do STJ acerca da recusa de cobertura dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência ou emergência.

Registre-se que neste trabalho foi utilizado o método dedutivo teórico, por meio de pesquisa documental (legal e bibliográfica), compre-

endendo a pesquisa qualitativa. Na pesquisa bibliográfica utilizou-se de livros e dados jurisprudenciais do STJ que versam sobre o tema, os quais forneceram as bases teóricas para o trabalho.

1 O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO: SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO

O atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado na Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos, cabendo ao Estado “cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas”²⁷⁶.

Conforme Alves *et al*²⁷⁷, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma combinação do público e privado, sendo composto por três sub-setores:

- 1º) O público, com serviços financiados e prestados pelo Estado;
- 2º) O privado (lucrativo e não lucrativo), financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos e privados;
- 3º) O de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras (em geral, de forma parcial) com diferentes níveis de preços e subsídios.

Examinando o texto da CRFB/88, verifica-se, inicialmente, que o direito à saúde se encontra previsto no artigo 6º, de forma genérica, ao lado dos demais direitos sociais. O constituinte originário ainda optou por reservar uma seção específica sobre a matéria nos artigos 196 a 200.

²⁷⁶ PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. In **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v.18, n.4, Rio de Janeiro: 2008.

²⁷⁷ ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Lígia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. In: Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/06.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2011.

O artigo 196 estabelece que 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 (grifo nosso).²⁷⁸

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve o seu texto final incluído nos debates do Congresso Constituinte de 1987/1988²⁷⁹, ostentou importância fundamental para a criação de um sistema público de saúde no Brasil. Esse movimento social reconhecido constitucionalmente originou o Sistema Único de Saúde (SUS).²⁸⁰

Na CRFB/88 o Sistema Único de Saúde é assim caracterizado:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

[...]

²⁷⁸ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 7 mai. 2010.

²⁷⁹ Em consonância com o exposto por Vieira (2010), esta pesquisa adota a nomenclatura “Congresso Constituinte”, vez que não houve a convocação exclusiva de uma Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da CRFB/88, mas somente a concessão de poderes constituintes ao Congresso Nacional.

²⁸⁰ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: MARTEL, Leticia de Campos Velho (Org.). **Estudos contemporâneos de direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 309-335.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.²⁸¹

Dois anos após a promulgação da CRFB/88, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – a qual, segundo seu primeiro artigo, pretende regular “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado”²⁸².

A lei ainda estabelece a estrutura e o modelo de organização e atuação do SUS, isto é, um organograma institucional que tem como uma das suas principais atribuições a “formulação da política de medicamen-

²⁸¹ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 7 mai. 2010-a.

²⁸² BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jun. 2010.

tos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (artigo 6º, VI)²⁸³.

Já o artigo 2º do mencionado dispositivo normativo, ratificando o entendimento da CRFB/88 acerca da matéria, expressa que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”²⁸⁴.

Ao lado desse sistema público de saúde, há também um setor tido por suplementar, que fora expressamente reconhecido pela CRFB/88, mas que também deve seguir as diretrizes do sistema único de saúde anteriormente expostas.

Figueiredo²⁸⁵ acrescenta, no mesmo sentido, que “além dos serviços públicos de saúde que todos têm garantido (art. 196 da CF), aqueles que quiserem tratamento diferenciado dos postos à disposição pelo Estado podem contratá-lo com os particulares (art. 199 da CF)”.

Confira-se o último dispositivo constitucional citado pelo autor:

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.²⁸⁶

De forma sistematizada, Mascarenhas assim caracteriza as diferenças entre os dois sistemas²⁸⁷:

²⁸³ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jun. 2010.

²⁸⁴ BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jun. 2010.

²⁸⁵ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP ed: 2006. p. 119.

²⁸⁶ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 7 mai. 2010.

²⁸⁷ MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Defendida em 31 ago. 2007. Disponível em:

Quadro 2.1 | SUS e Sistema Supletivo: Diferenças entre os Sistemas

	SUS	Sistema Supletivo
Financiamento	Público	Privado e público – pontos de intersecção – renúncia fiscal, filantropia e outros.
Atendimento (atenção básica)	Territorializado	Conforme rede contratada – podendo chegar a nacional
Acesso	Universal	Condicionado à contratação (individual ou coletiva)
Acessibilidade (disponibilidade)	Tempo longo de espera para consultas, exames e procedimentos.	Atendimento distribuído entre a rede credenciada, pode permitir agilização do atendimento (não emergencial).
Cobertura	Integral	Limitada ao rol de procedimentos fixado pela ANS
Focalização	Foco em gestantes, hipertensos e diabéticos.	Não tem programas específicos, oferecendo programas de prevenção e promoção para crônicos – foco em redução de custos
Abrangência	184,2 milhões de habitantes	36,9 milhões de beneficiários
Atendimento na rede pública		Ressarcimento ao SUS

Fonte: Elaboração própria (2006)

Conforme Pietrobon:

O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público. Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público – neste caso, o sistema privado

complementa a cobertura de determinados serviços.²⁸⁸

A literatura especializada indica que, de início, o crescimento dos planos privados de saúde ocorreu à margem de um regramento formal, com limitações de cobertura e dificuldades de entendimento por parte dos consumidores do que estaria efetivamente sendo comprado quando estes adquiriam um plano de saúde.²⁸⁹

Assim, a norma utilizada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre usuários e operadores era o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Com isso, ocorreu um aumento de pressão exercida sobre o Estado por parte dos usuários dos planos de saúde e das associações de defesa dos consumidores, para que fosse exercida uma efetiva fiscalização sobre esse mercado.²⁹⁰

Com o tempo, essas limitações foram sendo questionadas, gerando ações judiciais e reação do Legislativo através de projetos de lei para a regulamentação desse mercado. Após longo tempo de tramitação, em 1988 foi aprovada a Lei 9.656, modificada logo a seguir pela Medida Provisória 1665, de 1998, disciplinando as condições para operação de planos de saúde no Brasil.²⁹¹

Além disso, a Lei 9161, de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora do setor de saúde suplementar. Em poucas palavras, pode-se dizer que a ANS visa defender o interesse público no que se refere à assistência suplementar à saúde.

²⁸⁸ PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. In **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v.18, n.4, Rio de Janeiro: 2008.

²⁸⁹ NUNES, Francisco Pizzette. A eficácia do direito à saúde nas relações jurídicoprivadas. In: **Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI** (2009). Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/2013.pdf>. Acesso em: 01 out. 2011.

²⁹⁰ ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/06.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2011.

²⁹¹ MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Defendida em 31 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-133803/pt-br.php>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

O artigo 4, da Resolução nº 1, da ANS, estabelece uma série de competências para essa agência, dentre elas:

- a) propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- b) estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- c) estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- d) expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- e) proceder à integração de informações com os bancos de dados do SUS;
- f) requisitar o fornecimento de quaisquer informações das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciados.²⁹²

2 ASPECTOS GERAIS ACERCA DOS PLANOS DE SAÚDE

Figueiredo²⁹³ conceitua plano de saúde como o pacto celebrado entre a entidade e o beneficiário, no qual esse se obriga ao pagamento de contraprestação pecuniária e periódica, ao passo que aquele se obriga a disponibilizar atendimento em rede médica específica, bem como a arcar com o ônus financeiro, tão somente, nas hipóteses em que ocorram eventuais enfermidades contratualmente cobertas.

²⁹² BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Lei n 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 04 jun. 2011.

²⁹³ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP ed: 2006. p. 118.

Conforme o artigo 1º, inciso II da Lei 9656/98, o mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta diversas formas de constituição de empresas e entidades, as quais podem atuar nas atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde.²⁹⁴

Segundo o *caput* desse mesmo artigo 1º, “Plano privado de Assistência à Saúde é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde [...]”.²⁹⁵

Nesse sentido, percebe-se que essa lei definiu, também, as características essenciais dos planos de saúde, os quais servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados, como os tipos de planos, as formas de contratação, a abrangência geográfica, dentre outras.

Os planos de saúde podem ser contratados por pessoas físicas ou por pessoas jurídicas. Em apertada síntese, os planos contratados por pessoas físicas são os planos individuais ou familiares e também aqueles operados por entidades de autogestão não patrocinadas, integralmente financiados pela contraprestação dos seus beneficiários.²⁹⁶

No caso do plano individual ou familiar, é assinado um contrato entre o indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar). De outro lado, os planos contratados por pessoas jurídicas são denominados planos coletivos e são também conhecidos como planos de saúde de empresas ou planos próprios de empresas.²⁹⁷

A legislação estabelece dois tipos de cobertura que um plano de saúde pode oferecer. São elas: a cobertura integral do plano-referência ou a cobertura integral por segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico). A cobertura geográfica, ou seja, as localidades em que o beneficiário poderá ser atendido, devem ser especi-

²⁹⁴ BRASIL, **Lei 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 4 jun. 2011.

²⁹⁵ BRASIL, **Lei 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 4 jun. 2011.

²⁹⁶ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP ed: 2006.

²⁹⁷ *Ibidem*.

ficadas no contrato. Tal cobertura pode alcançar um Município (cobertura municipal), um conjunto de Municípios, um Estado (cobertura estadual), um conjunto de Estados ou todo o país (cobertura nacional). Existem alguns planos que oferecem também a cobertura internacional.

Em resumo, a Lei 9.656/98, juntamente com resoluções e decretos, regula o setor de planos de saúde, buscando um equilíbrio entre beneficiários e operadoras de plano de saúde. Com isso, determinaram-se os padrões de cobertura, conceituou-se de maneira objetiva as doenças pré-existentes e proibiram-se limites à quantidade de procedimentos e períodos de internação, dentre outras medidas.²⁹⁸

Nos planos de saúde o prazo de carência é o período, previsto em contrato, entre a assinatura do contrato e a efetiva possibilidade de uso dos serviços pelo segurado. Nesse intervalo, o consumidor paga as mensalidades, mas não tem direito de usufruir de todos os benefícios contratados junto ao plano de saúde.²⁹⁹

Em síntese, os prazos máximos de carências permitidos por lei são:

24 horas para os casos de urgência e emergência;
300 dias para partos;
180 dias para os demais casos;
24 meses para cobertura de doenças ou lesões preexistentes.³⁰⁰

Como mencionado, o prazo de carência para atendimento no caso de emergências ou de urgências nos planos de saúde é de, no máximo, 24 horas, a contar da assinatura do contrato. Entende-se por urgência a ocorrência de situação, fato ou circunstância resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo de gestação. Já por emergência compreende-se a ocorrência de situação, fato ou circunstância que impli-

²⁹⁸ *Ibidem*.

²⁹⁹ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP ed: 2006.

³⁰⁰ MESQUITA, Maria Angélica de. A regulação da assistência suplementar à saúde. *In*: **Regulação e Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

que risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. A avaliação da emergência deve ser feita pelo médico assistente.³⁰¹

No plano ambulatorial, o período de atendimento de situações de emergência ou de urgência é de até 12 horas. Ultrapassado esse período e havendo determinação do médico assistente para manutenção ou internação do paciente em ambiente hospitalar, a operadora deverá proceder aos encaminhamentos de remoção e internação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). No plano hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 horas da vigência do contrato.³⁰²

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1451/95, define como urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e emergência como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. Segundo esta Resolução, o médico possui total autonomia para a definição do que é ou não condição de urgência/emergência.³⁰³

3 RECUSA DE COBERTURA DENTRO DO PRAZO DE CARÊNCIA CONTRATUAL NOS CASOS DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA: BREVE ESTUDO À LUZ DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ

Como aventado na introdução, neste tópico busca-se colacionar alguns julgados do Superior Tribunal de Justiça que se revelaram muito importantes para tratar da temática referente à recusa de cobertura dentro do prazo de carência contratual nos casos de urgência e emergência. Ato contínuo, tece-se sucintas considerações sobre cada um.

O critério utilizado para tal intento cinge-se na escolha de determinadas palavras-chave pertinentes ao tema, quais sejam, “saúde su-

³⁰¹ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP ed: 2006.

³⁰² *Ibidem*.

³⁰³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. **Resolução nº 1451/95**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 3 set. 2011.

plementar”, “plano de saúde”, “carência”, “emergência” e “urgência”. Ao final da pesquisa virtual, que se deu no sítio oficial do STJ, chegou-se aos seguintes julgados: Recurso Especial nº 1.055.199 – SP, Recurso Especial nº 222.339 – PB, Recurso Especial nº 466.667 – SP, AgRg no Agravo de Instrumento nº 1.322.204 – PA e Recurso Especial nº 259.263 – SP.

O Recurso Especial nº 1.055.199 – SP³⁰⁴ foi interposto contra o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, tendo sido julgado pela Terceira Turma do STJ, em 03 de maio de 2011. De modo geral, o caso versa sobre a questão dos planos de seguros privados de assistência à saúde, no tocante à fixação do período de carência, em situações de urgência e emergência.

Dos fatos, consta que o recorrente, há menos de dois meses depois do período de vigência do contrato firmado, mas antes do decurso do prazo de 120 dias de carência estabelecido entre as partes, necessitou de atendimento hospitalar emergencial. Nesse sentido, alegou que o prazo de carência contratualmente estabelecido pela recorrida (empresa) para o caso de internação, por motivo emergencial ao qual se submeteu, é abusivo. Com fundamento no artigo 12, inciso V, alínea "c", da Lei nº 9.656/98, sustentou que a carência nos casos de urgência e emergência pode ser de no máximo 24 horas, quando implica risco imediato de morte e de lesões irreparáveis.

Atendendo ao pleito do recorrente, o STJ entendeu ser abusiva e ilegal qualquer cláusula contratual que limite o tempo de internação dos pacientes nos hospitais, modificando assim o sustentado pela sentença de primeira instância que considerava que o contrato deveria ser cumprido, independente desta cláusula de limitação de tempo.

Assim, com fulcro no entendimento do STJ, pode-se dizer que o prazo de carência contratualmente estipulado não prevalece diante de situações emergenciais provocadas por fato imprevisível, nas quais a recusa de cobertura frustraria o próprio sentido do contrato de seguro.

Além disso, os Ministros citaram os termos da Súmula 302/STJ, a qual indica que “é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”. Ao que se espera, enquanto a Súmula estiver em vigor, o entendimento do STJ será o mesmo e os resultados das decisões serão no sentido de ser abusiva a cláusula

³⁰⁴ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **REsp 1.055.199/SP**. T3. Min. Sidnei Beneti. j. 03/05/2011. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/ita.asp?registro=200801000258&dt_publicacao=18/05/2011>. Acesso em: 01 out. 2011.

contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do beneficiário.

Por essas razões, o Tribunal deu provimento ao recurso especial, julgando procedente o pedido e condenando a recorrida a custear as despesas hospitalares emergenciais, independentemente do prazo de carência.

Já no caso do Recurso Especial nº 222.339-PB³⁰⁵, interposto por Agassiz Almeida Filho em face da Unimed-João Pessoa Cooperativa de Trabalho Médico, a Quarta Turma do STJ, na lavra do Ministro Ruy Rosado de Aguiar, discutiu a questão relativa ao estabelecimento do prazo de carência fixado em contrato de plano de saúde para internação e a sua eventual prevalência em caso de urgência decorrente de acidente de trânsito.

Da análise do julgado, tem-se que o contrato firmado entre as partes é de adesão, e que os serviços de plano de saúde a serem prestados são regidos pelas normas de ordem pública, obedecendo às regras do Código de Defesa do Consumidor. Logo se vê que, nesse caso, não se aplicou a cláusula de carência quando se trata de internação de urgência.

Com efeito, a carência prevista no plano de saúde deixa de prevalecer quando do contexto físico intrínseco da pessoa, ou seja, quando algo que advém do seu organismo, decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, torna-se apto a causar danos físicos ou psíquicos inescusáveis ao usuário. O atropelamento ocorrido no caso foi interpretado por fator extraordinário, verdadeiro evento traumático e absolutamente alheio ao quadro clínico normal de um ser humano, não podendo ser evitado, muito menos previsível.

Assim, o Relator pontificou que quando a situação se tratar de internação de urgência, absolutamente contrária à vontade do segurado, o prazo de carência não pode prevalecer, sob pena de caracterização do desequilíbrio contratual em desfavor do postulante. Com base nessa interpretação, o recurso foi conhecido e provido, condenando a seguradora a cobrir integralmente as despesas relativas ao procedimento.

³⁰⁵ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **REsp 222.339 - PB**. T4. Min. Ruy Rosado de Aguiar. j. 28/06/2001. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=222339+&b=ACOR>. Acesso em: 01 out. 2011.

No Recurso Especial nº 466.667-SP³⁰⁶, impetrado no Superior Tribunal de Justiça, e julgado em 27 de novembro de 2007, o Ministro Aldir Passarinho Junior firmou entendimento no sentido de que, em regra, a cláusula que determina a carência para certos tratamentos de saúde não é abusiva, uma vez que inclusive são aceitas pelos contratantes de planos de saúde. Porém, o Ministro fez uma ressalva fundamental: tal regra deve ser reavaliada diante dos casos de urgência ou emergência.

Com efeito, é possível afirmar que, embora haja recusa de cobertura dentro dos prazos de carência contratual, nos casos de urgência ou emergência, por parte das operadoras de planos de saúde, o STJ tem avaliado essa recusa, considerando que o valor da vida humana deve se sobrepor às questões meramente comerciais.

Em situação semelhante, o mesmo Tribunal, por unanimidade, negou provimento ao Agravo de Instrumento nº 1.322.204-PA³⁰⁷ interposto por operadora de plano de saúde que negou cobertura para internação durante o período de carência do plano de saúde. Aduziram os Ministros que a cláusula de carência enfocada pela agravante não poderia, como não pode, sobrepor-se ao quadro de emergência/urgência apresentado pela paciente, que estava no pleno gozo de seus direitos de associada ao plano de saúde.

Para evitar transcrições desnecessárias, confira-se a ementa do caso em estudo:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO - NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICCIONAL - INEXISTÊNCIA - PLANO DE SAÚDE - CARÊNCIA - TRATAMENTO DE URGÊNCIA - COBERTURA DEVIDA - ACÓRDÃO RECORRIDO EM HARMONIA COM O ENTENDIMENTO DESTA CORTE - AGRAVO

³⁰⁶ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **REsp 466.667 - SP**. T4. Min. Aldir Passarinho Junior. j. 27/11/2007. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=466667&b=ACOR>. Acesso em: 01 out. 2011.

³⁰⁷ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **AgRg no Agravo de Instrumento nº 1.322.204 - PA**. T3. Min. Massami Uyeda. j. 05/10/2010. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=1322204+&b=ACOR>. Acesso em: 01 out. 2011.

IMPROVIDO.RELATOR EXMO. SR. MINISTRO
MASSAMI UYEDA

Ao apreciar o Recurso Especial nº 259.263 – SP³⁰⁸, julgado em 2 de agosto de 2005, a Terceira Turma do STJ reformou decisão proferida pelo juízo de primeira instância e, por unanimidade, deu provimento ao recurso. Em síntese, neste caso o recorrente mantinha contrato de seguro de saúde com a empresa recorrida desde julho de 1988, sem ruptura, verificando-se, apenas, renegociação contratual em 1995.

No dia 20 de setembro de 1996, vítima de roubo, foi baleado na face, mais precisamente, na região buco-maxilo-facial. Recebidos os primeiros atendimentos em hospital público, foi encaminhado ao hospital da empresa seguradora, em razão do convênio de que participava, ocasião em que lhe foi negado atendimento médico-hospitalar, ainda que emergencial, ressalte-se, sob o fundamento de que a parcela referente ao mês de julho de 1996 não havia sido quitada, não obstante tivessem sido adimplidas as referentes a agosto e setembro do mesmo ano.

Diante de tal situação, o STJ sustentou que, em que pese o entendimento oposto do tribunal de origem, é abusiva a cláusula que suspende o atendimento médico em razão da mora, independentemente de notificação prévia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto de várias reformas setoriais, visando o acesso universal e integral às ações de promoção e proteção à saúde. Porém, é sabido também que, na realidade, o Estado não conseguiu cumprir seu dever constitucional de zelar e prestar assistência à saúde da população, uma vez que a prestação desse serviço é insuficiente para atender a todos.

Em decorrência disso, houve expressa autorização constitucional à iniciativa privada para que prestasse serviços de assistência à saúde, de forma suplementar. Em 1998, a Lei nº 9.656 passou a regulamentar o

³⁰⁸ SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. REsp 259.263 - SP. T3. Min. Castro Filho. j. 02/08/2005. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?tipo_visualizacao=null&processo=466667&b=ACOR>. Acesso em: 01 out. 2011.

setor de saúde privada. Assim, as operadoras de planos de saúde, bem como os contratos firmados com os consumidores são regulados e fiscalizados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9.961/00), as quais, outrossim, estão vinculadas ao Ministério da Saúde e têm por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.

Além disso, tais serviços contribuem para o desenvolvimento das ações de saúde no país, através de suas resoluções e instrumentos competentes. Estas resoluções são direcionadas pela Lei nº 9.656/98, bem como, subsidiariamente, pelo Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/90.

No presente trabalho, verificou-se que a lei ainda permite a exigência do cumprimento da carência, mas determina os prazos máximos que podem ser impostos pelas operadoras aos seus contratantes. Com efeito, as regras para essa exigência estão legalmente amparadas pelo artigo 12, inciso V, da Lei nº 9.656/98. Observou-se que a carência é um período pré-determinado no início do contrato, durante o qual o segurado não pode usar integralmente os serviços oferecidos pelo plano ou seguro de saúde.

Dessa forma, da análise da jurisprudência, foi possível inferir que o STJ considera abusivas as cláusulas que restringem os direitos dos consumidores com relação à cobertura para esse tipo de atendimento, sendo ilegítima a recusa de autorização do serviço quando comprovada a urgência ou emergência inesperada e o risco para o paciente. É possível dizer, assim, que a maioria dos julgamentos do STJ têm tido um posicionamento favorável ao consumidor.

Importa assinalar que um dos grandes problemas enfrentados pelos consumidores ao assinarem um contrato com alguma empresa de plano de saúde é o fato de se depararem com cláusulas contratuais que determinam prazo de carência, onde as seguradoras se negam a cobrir em situações imprevisíveis, como nos casos de urgência e emergência.

Porém, é preciso ressaltar que o direito à saúde é direito público fundamental e subjetivo do cidadão e, nesse sentido, permite ao titular desse direito exigir do Poder Público (saúde pública) e do setor privado (contrato de plano de saúde) prestações materiais positivas de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/06.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2011.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *In: MARTEL, Letícia de Campos Velho (Org.). Estudos contemporâneos de direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 309-335.
- COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700020>. Acesso em: 30 jun. 2010.
- DELDUQUE, Maria Célia; OLIVEIRA, Mariana S. de Carvalho. Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à Saúde. *In: COSTA, Alexandre Bernardino. O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/ UnB, 2009.
- FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP ed: 2006.
- MASCARENHAS, Neil Patrick. **Análise de um processo em construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Defendida em 31 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-133803/pt-br.php>>. Acesso em: 04 jun. 2011.
- MESQUITA, Maria Angélica de. A regulação da assistência suplementar à saúde. *In: Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- NUNES, Francisco Pizzette. A eficácia do direito à saúde nas relações jurídicas privadas. *In: Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI* (2009). Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/2013.pdf>. Acesso em: 01 out. 2011.

-
- PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *In* **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v.18, n.4, Rio de Janeiro: 2008.
- VIEIRA, Reginaldo de Souza. **Partidos políticos brasileiros**: das origens ao princípio da autonomia político-partidária. Criciúma: Editora Unesc, 2010.