

Levantamento foi feito no plantão judiciário do Rio de Janeiro

De todas as ações judiciais envolvendo casos urgentes de saúde que chegam ao plantão judiciário do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ), metade é contra operadoras de planos. É o que revela levantamento feito pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro (DPRJ) entre fevereiro e maio de 2023.

No período, os defensores ingressaram com 662 pedidos de internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e de outras medidas para pacientes de emergência. Desses, 328 (49,5%) eram relacionados a negativas de atendimento pelos planos de saúde.

O plantão noturno da Justiça fluminense é um serviço para garantir atendimento ininterrupto para casos urgentes, quando não se pode esperar decisão judicial apenas no expediente normal. O funcionamento é das 18h às 11h do dia seguinte, diariamente. São consideradas ações urgentes as relacionadas a questões de saúde com risco de morte, busca e apreensão de crianças – desde que haja risco objetivo – e medidas protetivas de violência doméstica.

O estudo da DPRJ detalha que, em abril e maio, o número de ações contra planos de saúde foi maior que o ajuizado contra o estado e municípios. Em abril, foram 105 pedidos para atendimento na rede privada e 90 para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em maio, 84 e 72, respectivamente.

“Os planos de saúde insistem na demora para autorização de procedimentos e internação e costumam alegar carência, o que fere a Lei nº 9.656/1998”, explica a defensora pública Eliane Arese, coordenadora da DPRJ no plantão do TJRJ.

Caso recente

Um caso recente foi o do menino Davi Moura Leal Barreto, de 5 anos. Em julho, o plano de saúde contratado pela família quatro meses antes negou internação em UTI pediátrica, contrariando um laudo médico segundo o qual a criança apresentava quadro grave de broncoespasmo, com esforço respiratório, precisando de monitoração constante e dependente de oxigênio hospitalar.

O plano de saúde se dispôs a cobrir somente os gastos nas 12 primeiras horas de atendimento na emergência do hospital particular, sob o argumento de que o contrato ainda estava em período de carência.

A mãe de Davi, Jullyana dos Santos, procurou o plantão judiciário, e a DPRJ entrou com uma ação para exigir a transferência para UTI pediátrica. O pedido foi deferido pelo juiz de plantão. Foi ainda determinada uma multa de R\$ 1 mil por dia, em caso de descumprimento. A ordem judicial foi acatada pelo plano em poucas horas.

“Eu estava perdida, sem saber o que fazer, para onde ir, a quem recorrer. Meu filho deu entrada no hospital no sábado à noite, na emergência, mas necessitava de UTI pediátrica. Já no domingo, mesmo ele não estando na UTI, me disseram que haveria cobrança de mais de R\$ 8 mil, caso ele continuasse na emergência”, lembra Jullyana. “A Defensoria me ajudou muito. Davi foi transferido e ficou uma noite na UTI e depois permaneceu internado no quarto. Na quinta-feira seguinte, teve alta e está muito bem”, conclui a mãe.

A coordenadora da DPRJ, Eliane Arese, explica que, ao contrário do que acontece quando a ação é por providências da rede pública, as operadoras de planos de saúde costumam cumprir a determinação da Justiça. “Descumprimento é exceção.”

Carência de 24 horas

Na ação, a defensora destacou “o argumento abusivo” e “a conduta ilegal e inaceitável” da

seguradora, pois a legislação prevê “que o prazo de carência para a cobertura dos casos de urgência e de emergência é de, no máximo 24 horas, da celebração do contrato”. Ultrapassado esse período, “a operadora de saúde deve prestar integral atendimento e de forma imediata”.

A DPRJ explica que a ação terá desdobramentos, já que foi pedida também compensação pelos danos morais impostos à família, no valor de R\$ 19,8 mil, o equivalente a 15 salários mínimos. Como deixou de ser uma questão urgente, o julgamento cabe agora a uma vara cível.

Usuários de planos de saúde que precisem do serviço de plantão judiciário no Rio podem fazer contato com a DPRJ por email (link: dpplantaio@defensoria.rj.def.br), aplicativo Defensoria RJ ou presencialmente, na Rua Dom Manuel, s/nº, Centro do Rio de Janeiro.

Procurada pela Agência Brasil, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as maiores operadoras de planos de saúde do país, informou que, “em 2022, os planos de saúde cobriram mais de 60 milhões de consultas em pronto-socorro e 8,8 milhões de internações no Brasil. Portanto, os casos judicializados são exceções, e não regra”. A FenaSaúde acrescenta na nota que “a cobertura de procedimentos nos casos de urgência e emergência está sujeita às normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”.

Regulação

O Brasil tem 50,6 milhões de clientes de planos de saúde. É um custo que costuma pesar bastante no orçamento das famílias e empresas, muitas vezes com reajustes acima da inflação. No caso dos chamados planos coletivos (aqueles contratados por pessoas jurídicas e oferecidos a funcionários ou associados) que têm mais de 30 beneficiários, os reajustes são estipulados por livre negociação entre a contratante e a operadora ou administradora contratada. Essa modalidade de plano responde por mais de 82% do total.

Para os planos individuais ou familiares, que respondem por cerca de 17,5% do total de contratos, os aumentos são autorizados pela ANS. Em junho, a agência estipulou o [teto de 9,63%](#) para reajuste nas mensalidades. O percentual máximo autorizado pela ANS é mais que o dobro da inflação oficial acumulada em 12 meses. O Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) entre maio de 2022 e abril de 2023 foi de 4,18%.

De acordo com a ANS, a fórmula para cálculo do reajuste anual é influenciada principalmente pela variação das despesas assistenciais do ano anterior.

A ANS oferece uma [cartilha](#) com detalhes sobre prazos máximos para a realização de consultas, exames e cirurgias, após o período de carência.

Fonte: Agência Brasil, em 03.08.2023