

O número de ações movidas contra planos de saúde disparou em São Paulo. Somente nos três primeiros meses deste ano foram julgadas 117 ações por dia de usuários inconformados, por exemplo, com negativa de atendimento, rescisão do contrato por decisão da operadora ou aumento abusivo das mensalidades. Dados do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), mostram que, na primeira instância, foram 4.775 decisões no primeiro trimestre – dez vezes mais do que o registrado em 2011.

Na segunda instância, onde os recursos são analisados, a tendência não foi diferente. Foram 2.606 decisões, uma média diária de 28,9 – três vezes maior que a de 2011. “Essa é apenas a ponta do iceberg”, afirma o professor da FMUSP e coordenador da pesquisa, Mário Scheffer. Ele observa que apenas uma parcela da população tem acesso a advogados e à informação sobre os direitos que estão sendo descumpridos. “O mais dramático é o que isso representa: as pessoas ficam sem a assistência justamente no momento de maior necessidade, quando ficam doentes.”

O advogado Eliezer Domingues Lima Filho percebe em seu escritório a realidade indicada pela pesquisa. “Nos últimos dois anos houve um aumento expressivo de clientes que querem recorrer à Justiça, principalmente pessoas que contrataram planos por adesão.”

É o caso de Maria Izabel Musolino de Miranda, de 61 anos. “Ela estava em casa e recebeu um telefonema de um corretor, perguntando se não precisava de um plano. Foi o começo do problema”, recorda o filho, o representante comercial Marcelo Musolino de Miranda. Após uma oferta tentadora, o plano foi fechado para vários integrantes da família. Além de Maria Izabel, dois filhos (incluindo Marcelo) e um neto. “Ela se associou a uma instituição só para podermos fazer o plano.”

As condições eram ideais, com mensalidades razoáveis e uma cobertura considerada muito boa. Os problemas surgiram há três anos, um ano depois do telefonema. Maria Izabel, então com 59 anos, teria um reajuste na mensalidade de 164%. “Imagine o susto. Eu pagava para ela R\$ 470. Com a mudança, o valor subiu para R\$ 1.200”, recorda Musolino. Os reajustes dos demais integrantes do grupo foram mais altos do que os individuais, mas não tão expressivos.

“É um artifício comum para burlar a lei. Como a partir dos 60 os reajustes não são permitidos, operadoras aumentam de forma expressiva a mensalidade quando o usuário tem 58, 59 anos”, disse Lima Filho.

No caso de Maria Izabel, uma ação foi interposta, o reajuste da mensalidade, revisto para 7,5% e a operadora, condenada a devolver valores. “Imagine se eu não tivesse recursos para arcar com o aumento até que a ação fosse avaliada.”

### **Bomba-relógio**

Lima Filho atribuiu o aumento das ações sobretudo às características dos planos de saúde atualmente no mercado. “Não se vê mais planos individuais, que estão muito mais protegidos pela lei do que os coletivos e os por adesão.”

Para ele, o fenômeno era esperado. “Num momento isso iria acontecer. Os planos tentaram driblar a lei que regulamenta o setor, ofertando planos submetidos a regras mais flexíveis, sobretudo de reajuste de preços. Quando essa população começou a precisar de fato da assistência, viu que o ofertado é muito diferente do que foi vendido.” Scheffer tem avaliação semelhante. “Era uma bomba-relógio que agora começa a explodir.”

As estatísticas anuais não deixam dúvida. No ano passado, em São Paulo, foram 17.912 ações,

quase oito vezes mais do que as 2.267 de 2011. “Esse aumento não está relacionado com a evolução do número de pessoas que têm planos de saúde. Os indicadores do mercado ficaram praticamente estabilizados no período.”

Para o professor, os números são um alerta para o debate sobre planos populares, em estudo no governo, que prometem uma mensalidade mais baixa e uma rede de atendimento menor. “Isso não funciona. Um plano com rede de assistência ruim, com procedimentos muito limitados, deixa descoberto o consumidor justamente quando ele mais precisa.”

Já o diretor da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), Pedro Ramos, criticou o estudo. Ele afirma que os resultados refletem processos movidos por pessoas de classes econômicas mais privilegiadas. “São pessoas que compram serviços de uma rede de assistência, mas depois querem ser atendidas em hospitais que seus médicos indicam”, avalia. Para ele, o movimento é sobretudo fruto de uma ação mais agressiva de advogados. “Não existem os de porta de cadeia? Há também os de porta de hospital.”

Ramos diz que a judicialização provoca prejuízos significativos. “Chega a R\$ 1 bilhão por ano. Tem judicialização até para spa.” Mas reconhece que em muitos casos o pedido feito pelos usuários é procedente. Ele admite um erro das empresas ao terceirizar a venda. “Corretores prometem coisas, preenchem formulários e muitos detalhes não são explicados.”

### **Decisão de 1ª instância é mantida em 92% dos casos**

A Corregedoria-Geral de Justiça de São Paulo prepara um estudo, que deverá ser concluído até dezembro, sobre as causas do expressivo aumento das ações contra planos de saúde. Iniciado há poucos meses, o trabalho já descarta a possibilidade de atuação de uma eventual máfia de prestadores e advogados. “O número de decisões de primeira instância confirmadas no Tribunal de Justiça já indica que as queixas tinham fundamento”, afirma a juíza assessora da Corregedoria-Geral de Justiça, Maria Rita Pinho Dias. Pela avaliação feita até agora, 92% das decisões de primeira instância foram mantidas no julgamento do recurso.

Conduzido pelo Núcleo de Monitoramento de Perfis de Demandas da Corregedoria-Geral de Justiça, o estudo terá seus resultados apresentados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Defensoria Pública e ao Ministério Público.

“Nossa intenção é identificar os principais pontos de conflito e sugerir soluções”, diz a juíza Ana Rita de Figueiredo Nery, que conduz o trabalho com Maria Rita. Elas classificam o aumento de ações como vertiginoso. “É inegável haver tensão social nesta área tão relevante. Isso dá sinais de que o modelo atual apresenta deficiências e que ajustes são necessários”, diz Maria Rita.

Planos de saúde estão em terceiro lugar na lista de conflitos mais comuns analisados na Justiça Paulista. Em primeiro lugar estão os contratos e em segundo, os seguros em geral, aí incluído o contra Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Para Ana Rita, o impacto do aumento de ações contra planos é inegável – a começar na própria Justiça. “Estudos do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) indicam que cada ação tem um custo médio de R\$ 2.500 para os cofres públicos.” A juíza assessora, porém, observa que este não é o problema mais grave. “O acesso à Justiça envolve custos. Muito provavelmente há usuários que têm seus direitos violados e não recorrem à Justiça.”

### **Regulação**

A ideia do trabalho é apontar para ANS, por exemplo, caminhos na regulação para tentar reduzir os conflitos. “As decisões adotadas até agora são importantes para o usuário que procura a Justiça. Ele pode ter o dano reparado, o direito garantido. Mas o tema talvez merecesse uma avaliação que

extrapolasse o individual”, observa Ana Rita.

As duas juízas assessoras concordam que uma alternativa seria ações coletivas. Além de terem alcance para todos, elas também poderiam ajudar a prevenir futuros conflitos. “Por isso, apresentaremos também os resultados para a Defensoria Pública e o Ministério Público”, completa Ana Rita.

**Fonte:** [Repórter Diário](#), em 01.05.2017.