

Acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização: um estudo do estado de São Paulo

Access to health goods and services in health plans through the judicialization: a study of the State of São Paulo

Acceso a bienes y servicios de salud en planes de salud a través de la judicialización: un estudio del estado de São Paulo

Beatriz Cristina de Freitas¹
Dagmar de Paula Queluz²

Resumo

Objetivo: analisar o acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização, descrevendo o perfil das ações, implicações do direito à saúde e da gestão da saúde. **Metodologia:** pesquisa exploratória, descritiva, na qual foram analisados 513 acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo, de 2007 a 2017. **Resultados:** os resultados apontam negativas de coberturas (42,45%), e problemas relacionados a contratos (26,20%), reajustes (16,50%), rede credenciada (7,20%), aposentados e demitidos (7,00%) e danos morais (0,65%). Dentre as exclusões de cobertura, 46% dos beneficiários de planos de saúde buscaram acesso à cobertura para o tratamento de doenças ou eventos relacionados à saúde: medicamentos (28,7%), exames (18,5%), órteses e próteses (12,5%) e hospitalização (12,00%). Em 82% dos acórdãos, as decisões judiciais foram favoráveis aos beneficiários. **Conclusão:** a judicialização para acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde envolve principalmente negativas de cobertura (exclusões e limitações de cobertura) e conflitos contratuais (principalmente contratos antigos). Nos limites desta pesquisa, pode-se concluir também que há indícios de que os gestores da saúde suplementar precisam pensar em reorientar algumas de suas condutas, verificar falhas e disfunções, e observar possíveis lacunas de regras ou leis para a regulamentação de consumo no sistema de saúde suplementar de atenção à saúde, buscando assim minimizar a judicialização e alcançar práticas mais integrais de assistência à saúde nesse segmento.

Palavras-chave

Judicialização da saúde. Saúde suplementar. Direito à saúde. Políticas de saúde. Planos de pré-pagamento em saúde.

Abstract

Objective: to analyze access to health goods and services of health plans through judicialization, describing the profile of actions, implications of the right to health and health management. **Methods:** exploratory, descriptive research, in which 513 judgments of the São Paulo Court of Justice were analyzed, from 2007 to 2017. **Results:** the results indicate negative coverage (42.45%), and problems related to contracts (26.20 %), readjustments

¹ Doutora em Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil; pesquisadora colaboradora, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3042-4192>. E-mail: beatrizcristina.freitas@gmail.com

² Doutora em Clínica Odontológica, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil; professora associada, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2998-1178>. E-mail: dagmar@unicamp.br

(16.50%), accredited network (7.20%), retired and dismissed workers (7.00%) and moral damages (0.65%). Among the exclusions from coverage, 46% of health plan users sought access to coverage for the treatment of diseases or health-related events: medications (28.7%), exams (18.5%), orthoses and prostheses (12.5%) and hospitalization (12.00%). In 82% of the judgments, the court decisions were favorable to the users. **Conclusion:** judicialization for access to health goods and services from health plans mainly involves denials of coverage (exclusions and limitations of coverage) and contractual conflicts (mainly old contracts). Within the limits of this research, it can also be concluded that there are indications that health supplement managers need to think about redirecting some of their behaviors, verify faults and dysfunctions, and observe possible gaps in rules or laws for the regulation of consumption in the supplementary health care system, seeking as well to minimize judicialization and achieve more comprehensive health care practices in this segment.

Keywords

Judicialization of health. Supplementary health. Right to health. Health policies. Health prepayment plans.

Resumen

Objetivo: analizar el acceso a los bienes y servicios de salud de los planes de salud a través de la judicialización, describiendo el perfil de las acciones, las implicaciones del derecho a la salud y la gestión de la salud. **Metodología:** investigación exploratoria, descriptiva, en la que se analizaron 513 sentencias del Tribunal de Justicia de São Paulo, de 2007 a 2017. **Resultados:** los resultados indican cobertura negativa (42,45%), y problemas relacionados con los contratos (26,20%), reajustes (16,50%), red acreditada (7,20%), trabajadores jubilados y despedidos (7,00%) y daños morales (0,65%). Entre las exclusiones de cobertura, el 46% de los usuarios de planes de salud buscaron acceder a coberturas para el tratamiento de enfermedades o eventos relacionados con la salud: medicamentos (28,7%), exámenes (18,5%), órtesis y prótesis (12,5%) y hospitalización (12,00%). En el 82% de las sentencias, las decisiones judiciales fueron favorables a los usuarios. **Conclusion:** la judicialización para el acceso a bienes y servicios de salud de los planes de salud involucra principalmente denegaciones de cobertura (exclusiones y limitaciones de cobertura) y conflictos contractuales (principalmente contratos antiguos). Dentro de los límites de esta investigación, también se puede concluir que existen indicios de que los gestores de salud complementarios necesitan pensar en reorientar algunos de sus comportamientos, verificando fallas y disfunciones, y observar posibles vacíos en las normas o leyes para la regulación del consumo en la de atención complementaria a la salud, buscando así minimizar la judicialización y lograr prácticas más integrales de atención a la salud en este segmento.

Palabras clave

Judicialización de la salud. Salud complementaria. Derecho a la salud. Políticas de salud. Planes de prepago de salud.

Introdução

A Constituição Federal brasileira elevou a saúde a direito fundamental (1), criando as condições necessárias para a instituição de um sistema público de saúde (2) e facultando à iniciativa privada o exercício da assistência médica sob controle e fiscalização do Estado (2, 1). Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Estado assumiu a

proteção da saúde como direito fundamental inseparável do direito à vida, com o objetivo de oferecer acesso total e equitativo a toda a população (2).

No início do ano 2000, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde e com a função estatal de controle e fiscalização de planos e seguros de saúde, implantou uma nova etapa de regulamentação do setor. O sistema privado de saúde passou a obedecer às determinações e regulamentações da ANS (3), que definiu regras para as ações e práticas do setor e para a qualidade da atenção no sentido de garantir o interesse público (3).

Em 2019, o mercado de saúde suplementar já reunia cerca de 47 milhões de beneficiários, número que variou para mais ou menos, dependendo das flutuações cíclicas da economia do país e da variação das taxas de emprego/desemprego e renda familiar (4). A natureza desse segmento de atenção à saúde é mercantil-contratual, o que confere à demanda um caráter seletivo, vinculado à legislação específica como o Código de Defesa do Consumidor (CDC) (5) e a Lei nº 9.656/98 (6), que regulamentou planos, seguros de saúde e contratos. No entanto, muitos contratos antigos não se adequaram à nova regulamentação e se mantiveram alheios às previsões de cobertura e garantias implementadas pela Lei nº 9.656/98 (3). A referida lei somente se aplica aos contratos celebrados a partir de sua promulgação e aos contratos que tenham sido adaptados a sua regulamentação, e não aos beneficiários que optaram por manter os planos antigos inalterados (6).

O setor de assistência à saúde suplementar oferece uma grande variabilidade de planos e seguros de saúde, com vários tipos de segmentação da assistência à saúde como, por exemplo, hospitalar com ou sem obstetrícia, ambulatorial, ambulatorial com e sem obstetrícia, odontológico, dentre várias outras combinações. Para cada tipo de segmentação, há uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória, referentes às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde, que são descritos no Rol de Procedimentos editado pela ANS (7).

Importantes desafios se colocam aos gestores do segmento de saúde suplementar (8, 9), dentre os quais pode-se destacar o próprio Rol de Procedimentos; a persistência de contratos não adaptados à Lei nº 9.656/98 (com importantes limitações e exclusões de cobertura); aumento das contraprestações (8); a grande variabilidade da segmentação assistencial (7); o alto custo da incorporação tecnológica e o envelhecimento populacional (8); a seleção adversa (os mais propensos a utilizar os serviços são os que tendem a procurar por planos de saúde); o risco moral (sobreutilização de procedimentos

terapêuticos e diagnósticos) (8); e a exigência de coberturas ou prestações de serviços não previstas em contrato ou lei por meio de demandas judiciais (9).

A intensificação dessas demandas judiciais, chamadas de judicialização da saúde, tem ocorrido tanto no SUS (10-12), quanto no Sistema de Saúde Suplementar (10, 13), acentuando o debate em relação ao alcance do direito à saúde, o papel do Judiciário sobre a gestão da saúde pública e suplementar, e a efetivação das políticas de saúde (14).

No sistema público de saúde, os autores divergem quanto à compreensão dos motivos e efeitos da judicialização na gestão das políticas públicas de saúde (11, 12). Na saúde suplementar, destacam-se estudos sobre as coberturas assistenciais, o comportamento do Judiciário e o desequilíbrio econômico causado pela interferência do Poder Judiciário nas relações contratuais entre clientes e planos de saúde (13, 15).

O *Relatório Justiça em Números*, emitido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2017, aponta que os processos relacionados aos planos de saúde e seguros atingiram 427.267 processos em 2016, com um aumento de 46% em relação a 2015; sendo 56.105 processos relacionados aos planos de saúde como benefício trabalhista, um aumento de 53% em relação ao ano anterior (16).

Esse aumento das demandas judiciais referentes ao sistema de saúde suplementar levanta várias lacunas de conhecimento: os principais *motivos* das demandas judicializadas; as principais doenças associadas a essas demandas; as possíveis falhas do modelo de atenção à saúde praticado pelo mercado que culminaram na judicialização; e a estrutura legal que embasa a judicialização e possíveis impactos na gestão do setor.

Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar o acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização da saúde, descrevendo o perfil das ações e as implicações do direito à saúde para a gestão da saúde nesse segmento de atenção.

Metodologia

Tratou-se de estudo descritivo realizado com dados secundários de segunda instância, obtidos no sítio do Tribunal de Justiça de São Paulo³ (TJSP).

O Estado de São Paulo foi escolhido por ser o estado mais populoso, com o maior PIB nacional (17), com boa malha de prestadores de saúde e maior concentração de

³<http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultacompleta>

planos de saúde no Brasil, além de uma das maiores taxas de cobertura de planos e seguros de saúde entre todas as unidades da federação.

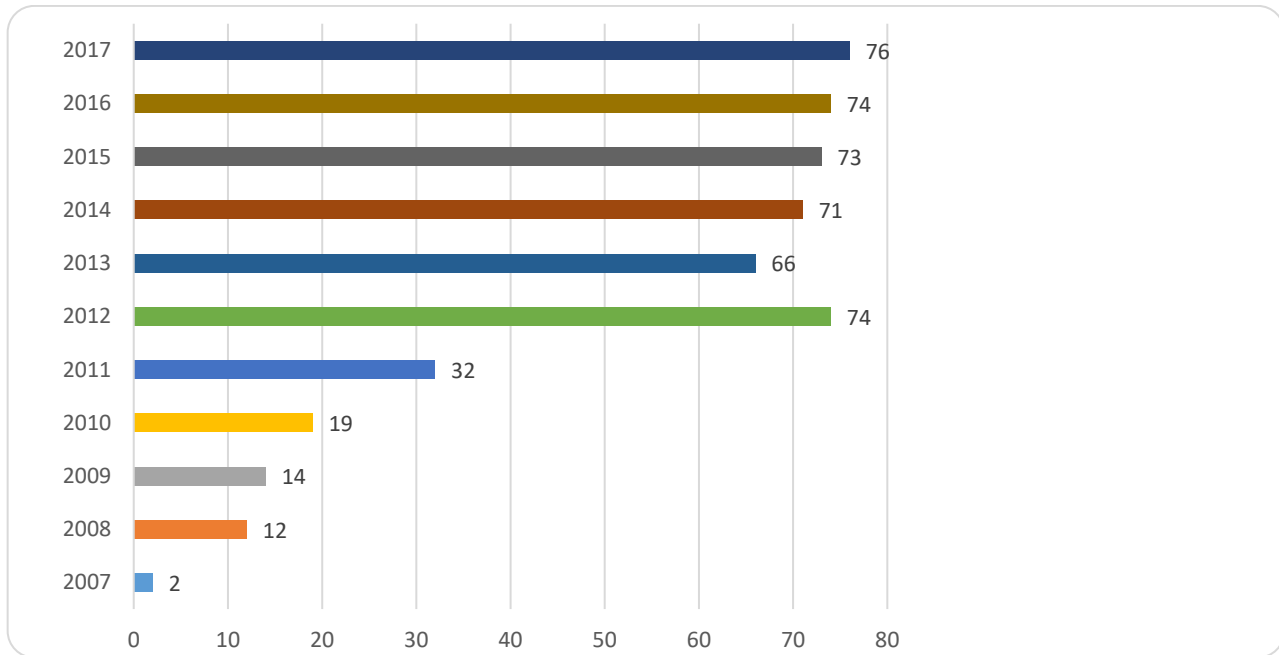
As informações coletadas tratavam-se de dados públicos, e o acesso aos acórdãos ocorreu por meio de descritores específicos: *planos de saúde, cobertura de saúde, tratamento, Plano, SAÚDE, PLANO, plano e contrato*. Foram identificados 51.352 acórdãos judiciais de segunda instância no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017. A amostra estimada, com margem de erro de 5% e 95% de confiança, foi de 382 acórdãos, mas, por decisão das autoras, foi estendida a 1% dos acórdãos judiciais de segunda instância, ano a ano, totalizando 513 acórdãos judiciais. A amostra foi selecionada aleatoriamente, por meio de sorteio por computador.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento construído para a pesquisa e as variáveis analisadas foram: ano; município (onde reside o autor da demanda judicial); sexo do demandante (masculino ou feminino); titularidade da ação judicial (individual, coletiva, ou empresarial); tipo de demanda requerida; (medicamentos, hospitalização, cirurgias, consultas médicas, exames complementares, entre outros); doença (doença ou condição de saúde justificada na ação); fundamentação legal da solicitação (legislação específica que embasou a ação); tipos de operadoras de saúde; tipo de contrato (contratos antigos anteriores à Lei nº 9.656/98 e contratos novos pós-regulamentação); e tipo de decisão (aceita ou negada). Os dados foram analisados por estatística descritiva (frequências absolutas e percentuais). A pesquisa foi avaliada por um Comitê de Ética em Pesquisa local, de acordo com as regras previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo dispensada da necessidade de aprovação por se tratar do uso de dados secundários, disponíveis na internet.

Resultados

Foram analisados 513 acórdãos judiciais de segunda instância e se observa um aumento de 132% no número de acórdãos entre 2011 e 2012 (Gráfico1).

Gráfico 1. Quantidade de acórdãos analisados (2007-2017)



Dentre os 645 municípios do estado de São Paulo, observou-se uma concentração de acórdãos judiciais em alguns municípios do estado (Tabela 1).

Tabela 1. Principais municípios identificados na análise dos acórdãos judiciais do estado de São Paulo (2007-2017)

Municípios	Acórdãos analisados no TJSP (n)	Total de acórdãos identificados no TJSP	População estimada por RA*
Grande São Paulo**	213	22.481	21.138.247
Campinas	62	4.411	4.031.910
Ribeirão Preto	41	2.675	1.393.674
São José dos Campos	33	5.644	2.489.629
Baixada Santista	29	3.890	1.831.884
Presidente Prudente	18	2.556	863.552
Bauru	14	1.442	1.124.232
São José do Rio Preto	13	1.100	1.534.351
Sorocaba	10	1.850	2.533.804
Araraquara	8	902	1.023.392
Barretos	6	454	435.471
Outros municípios***	24	870	-
Total	513	51.352	-

Fonte: Sistema Estadual de Análise de Dados SEADE- SP 2020.

* RA = Região Administrativa.

** Foram agrupados municípios que compõem a macrorregião de São Paulo.

** 24 acórdãos analisados se referiam a 8 municípios.

Em 55,7% das demandas, as ações foram movidas por mulheres; 44,3% por homens; e 10,2% por empresas do setor. A maioria dos processos foi movida individualmente

(89%). A titularidade individual das ações correspondeu a 92% dos acórdãos analisados. Os tipos de demandas mais observados foram agrupados por similaridade (Quadro 1) e envolveram principalmente as coberturas, com 42,45% das demandas.

Quadro 1. Principais tipos de demandas observadas nos acórdãos judiciais do estado de São Paulo (2007-2017)

Grupo de Demandas	Tipos de Demandas	n*	%
Coberturas	Exclusões de cobertura Limitação de cobertura Reembolso de despesas médicas realizadas	218	42,45
Contrato	Manutenção de aposentados em contratos coletivos Contratos antigos à Lei nº 9.556/98 Rescisão contratual Carência	134	26,20
Reajuste	Reajuste anual (por sinistralidade) Por mudança de faixa etária Coparticipação	84	16,50
Rede Credenciada	Descredenciamento de prestadores de serviços Falta de prestadores de serviços	37	7,15
Demitidos e Idosos	Manutenção de demitidos e idosos em contratos coletivos	36	7,00
Danos Morais	Danos morais e materiais	4	0,65

Fonte: elaboração própria, com dados do TJSP.

* Valor correspondente ao conjunto de tipos de demandas

As principais demandas referentes a negativas de cobertura foram as limitações de cobertura, com 36%, dentre elas temos a limitação de diárias em UTI, de internação psiquiátrica, de tratamentos seriados como de fisioterapia, fonoaudiologia, entre outras. As negativas de internação e negativas de cobertura por não constar no Rol de Procedimentos da ANS formaram 51%. 26,20% das demandas envolveram também reclamações sobre contratos, e dessas, 34% eram demandas referentes a contratos antigos, anteriores à Lei nº 9.556/98. Além disso, 16,50% das demandas envolveram reajustes; 7,15% eram sobre a rede credenciada; 7,00% eram demitidos e aposentados; e 0,65% eram danos morais, estando os tipos de demandas identificadas por grupo no quadro 1. Nem todos os acórdãos analisados trouxeram informações sobre o tipo de contrato e suas segmentações.

Entre os tipos de coberturas reclamadas (Quadro 2), os beneficiários buscavam acesso a cirurgias e tratamentos de doenças ou eventos relacionados à saúde, além de medicamentos, exames, órteses/próteses e internação.

Quadro 2. Tipos de coberturas excluídas ou negadas nos acórdãos judiciais do estado de São Paulo (2007-2017)

Tipos de coberturas negadas/ou excluídas	n (%)
Tratamentos/cirurgias	100 (46,0%)
Medicamentos	62 (28,7%)
Exames	40 (18,5%)
Órteses e Próteses	27 (12,5%)
Home Care	26 (12,0%)
Honorários de equipe médica	4 (1,68%)
Consulta médica	3 (1,2%)

Fonte: elaboração própria, com dados do TJSP.

* Valor correspondente ao conjunto de tipos de demandas

Dentre os exames mais reclamados pelos beneficiários de planos de saúde, 18,5% buscavam acesso ao PET Scan ou PET/CT (*positron emission computed tomography*), utilizado em oncologia para a detecção de tumores e suas metástases. O motivo da negativa de cobertura foi à ausência do exame no Rol de Procedimentos da ANS à época da solicitação. Também existem outras demandas para acesso a cateterismo, ressonância magnética, ultrassom, entre outros, negadas por estarem excluídas dos contratos ou em períodos de carência.

Dentre os medicamentos mais solicitados, destacam-se os antineoplásicos, com 58%; os medicamentos para tratamento da hepatite C, com 35%; e medicamentos para diabetes e medicamentos importados, ambos com 24%. As doenças mais citadas nos acórdãos judiciais estão relacionadas às neoplasias, com 41,68%, e doenças cardíacas, com 20,01% das demandas. Também importantes são as demandas para o tratamento da obesidade, com 18,31%, e diabetes, com 17,89% (Tabela 2).

Tabela 2. Doenças mais comuns citadas nos acórdãos judiciais do estado de São Paulo (2007-2017)

Doenças	n (%)
Neoplasias	150 (41,68%)
Cardiológicas	71 (20,0%)
Obesidade	66 (18,31%)
Diabetes	64 (17,89%)
Oftálmicas	22 (6,10%)
Transtornos mentais	9 (2,52%)
Infeciosas	9 (2,52%)
Osteomusculares	8 (2,31%)
Odontológicas	7 (2,10%)
Hepáticas	6 (1,89%)
Acidentes	2 (0,63%)
Total	422

Fonte: elaboração própria, com dados do TJSP.

* Um acórdão judicial pode mencionar mais doença.

A maioria das decisões judiciais (57%) teve sua fundamentação legal baseada nas determinações do Código de Defesa do Consumidor; 28% no entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo (Súmulas e Jurisprudências); e 15% na Lei nº 9.656/98.

Os tipos de planos de saúde e seguradoras mais envolvidos nos processos corresponderam a cooperativas médicas, com 38,5%; medicina de grupo, com 31%; autogestão, com 16,5%; seguradora de saúde, com 11%; e planos de entidades filantrópicas, com 3%. Em 82%, os acórdãos judiciais foram favoráveis aos beneficiários de planos de saúde.

Discussão

Os 51.352 acórdãos judiciais de segunda instância identificados no TJSP no período estudado trazem à tona os conflitos ocorridos entre beneficiários e planos de saúde. Note-se que são apenas acórdãos já transitados em julgado, quando não seria mais possível a apresentação de provas junto aos processos. Ainda existem muitos processos ajuizados em primeira instância, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça, nas Turmas Recursais e Turmas Regionais (16). A amostra aleatória analisada permitiu observar que as demandas judiciais dos planos de saúde no Estado de São Paulo têm aumentado ano a ano, e o entendimento do CNJ é de que a judicialização da saúde está consolidada no Judiciário brasileiro (16).

Nesse contexto, é possível observar um fortalecimento da intervenção judicial na saúde, e alguns fatores podem estar contribuindo para isso, dentre os quais podemos destacar a característica constitucional do direito à saúde e a dificuldade de efetivação da saúde integral nos planos de saúde devido aos custos e à segmentação dos planos oferecidos, além de um possível aumento no empoderamento social sobre os direitos à saúde e uma atitude positiva dos juízes em relação à efetivação dos direitos sociais (18). Segundo Schulze e Neto (14, p.45) o protagonismo do Judiciário em relação ao direito à saúde pode demonstrar que o serviço público, ou suplementar, não é prestado adequadamente – e por isso a busca pela efetivação do direito à saúde se apresenta pela via judicial – ou porque há abuso dos beneficiários na busca por um direito que não existe.

Nossos resultados apontam que a judicialização das demandas da saúde suplementar tem ocorrido em vários municípios do estado de São Paulo e apresentou uma concentração de acórdãos judiciais em alguns municípios, como a região da grande São Paulo, Campinas, Barretos, Ribeirão Preto, Jundiaí e Presidente Prudente. Essa concentração de ações judiciais também é observada pelo Índice Paulista de

Judicialização da Saúde (IPJS), um indicador criado a partir do Sistema S-codes da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para acompanhar a judicialização da saúde no sistema público de saúde (19).

A característica majoritariamente individual das demandas judiciais observada por esta pesquisa, também foi observada por outros pesquisadores em estudo realizado na cidade de São Paulo (15). Esse aspecto é relevante, já que a maioria dos contratos no estado de São Paulo é coletiva, compreendendo mais de 35 milhões de beneficiários. Em torno de 74,0% dos beneficiários de planos de saúde tem plano coletivo de saúde (4). Alves et al. (2009) apontam que uma justificativa para a ação individual pode ser a celeridade do processo, mas ressalta ainda que uma única ação coletiva poderia beneficiar muitos beneficiários de uma só vez, com impactos políticos e sociais mais significativos (20).

A individualização da ação judicial interfere na equidade das decisões judiciais (9). Apenas aqueles que ingressaram nos tribunais têm acesso ao benefício concedido, mesmo que o plano seja coletivo. A decisão judicial não ajuda a corrigir possíveis falhas de mercado em relação a outros beneficiários de planos de saúde que possuem as mesmas necessidades, nem é seu objetivo precípua. Porém, se o motivo da judicialização tem procedência, os demais beneficiários do plano coletivo não usufruem da decisão, acarretando muitas vezes um círculo vicioso de demandas individuais, de custos com honorários advocatícios e até concessões indevidas, conformando jurisprudências.

O perfil das demandas do setor de saúde suplementar requeridas judicialmente no estado de São Paulo se refere principalmente às coberturas contratuais (42,45%), contratos (26,20%), reajustes (16,50%), compreendendo 85,35% de todas as demandas analisadas. As justificativas para as negativas de cobertura envolvem: exclusões contratuais ou limitações de cobertura (limite de diárias em UTI, internação, e internação psiquiátrica, limite de tratamentos seriados como de fisioterapia, fonoaudiologia entre outras) e períodos de carência. Esse perfil de reclamações também foi observado por Trettel, Kozan e Scheffer na cidade de São Paulo (15).

Segundo o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) do IPEA (2011), na percepção dos entrevistados que têm ou tiveram plano de saúde, o principal problema desse segmento é o preço da mensalidade dos planos/seguros de saúde (39,8%), seguido pela indicação do problema de algumas doenças ou procedimentos não serem cobertos pelo plano de saúde (35,7%) (21).

A negativa de coberturas por planos ou seguros de saúde promove um forte impacto na vida dos beneficiários (15). São vários os motivos que torna o escopo das coberturas pouco claro, podendo confundir os beneficiários e induzir a ideia de que, ao adquirir um plano de saúde, terão cobertura integral de todas as suas necessidades de saúde e não a parte dela: a variabilidade da segmentação dos planos de saúde, os tipos de contratos (antigos e novos) e outras assimetrias de informação (9). A segmentação da assistência à saúde oferecida pelos planos de saúde por si só pressupõe uma interrupção e fragmentação das linhas de cuidado (9). No plano ambulatorial, as consultas de urgência, mesmo quando necessárias, não são seguidas da internação, deixando o beneficiário a arcar com as soluções para seus problemas de saúde (22). Além disso, as negativas de cobertura envolvem dilemas éticos importantes, pois resultam na fragmentação do cuidado, que é essencialmente centrado na lógica da demanda e da oferta do que foi contratado, e não conduzem à produção da saúde, baseando-se muitas vezes em exclusões contratuais. Esse é um ponto importante a ser destacado, pois a grande variabilidade de segmentação dos planos de saúde pode comprometer o acesso e a utilização dos serviços de saúde, bem como a integralidade do cuidado. Determinados eventos de saúde, se não identificados e tratados a tempo, podem gerar um maior número de resultados indesejáveis de saúde, aumentando a complexidade e o custo dos novos procedimentos.

Os argumentos para as negativas de coberturas, observados nos acórdãos judiciais analisados, referiram-se às exclusões contratuais, basicamente em contratos antigos anteriores à Lei nº 9.656/98 e não regulamentados. As limitações de cobertura em contratos antigos envolvem diárias de internação em UTI, limitações de tratamentos seriados como fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros; assim como coberturas de tratamento em caráter de urgência e emergência em períodos de carência e até limitações sobre condições pré-existentes do beneficiário (aquela que o consumidor ou seu responsável sabe ser portador na contratação do plano de saúde, mas não declara).

Os contratos anteriores à Lei nº 9.658/98, chamados contratos antigos, não trazem a possibilidade da incorporação tecnológica ocorrida ao longo do tempo, mesmo com o aumento anual das taxas mensais. São contratos de pessoas mais idosas, com maiores necessidades em termos de serviços de saúde. Esses contratos antigos, não adaptados à lei, também trazem importantes conflitos para a regulação desse mercado e para a judicialização da saúde, tendo em vista as dificuldades encontradas para conciliar os interesses dos beneficiários e dos planos de saúde (15). Nesta pesquisa, as demandas relativas a contratos antigos corresponderam 34% do grupo de demandas relacionadas a

contratos. Nem todos os acórdãos analisados trouxeram informações sobre o tipo de contrato e as segmentações assistenciais. Desta forma, não foi possível analisar a influência das diversas segmentações assistenciais na judicialização (Quadro 2). Observou-se também exclusões a procedimentos, tratamentos médicos ou exames médicos por não constarem do Rol de Procedimentos da ANS em contratos regulamentados. O Rol de Procedimentos definido pela ANS (Resolução Normativa nº 428, 7 de novembro de 2017) (23) é referência para cobertura mínima da assistência em planos e seguros de saúde, contratada a partir de janeiro de 1999. Apesar de ser revisto periodicamente, o Rol não consegue acompanhar a incorporação do desenvolvimento tecnológico e as novas terapias médicas disponíveis. Em outras palavras, o plano de saúde cobre apenas se o evento ou procedimento estiver no referido Rol e também de acordo com o tipo de segmentação do plano contratado. Tal condição de atendimento não é clara para os beneficiários de planos de saúde, o que permite uma forte assimetria de informações. Para os beneficiários de planos de saúde, não há clareza quanto ao atendimento de suas necessidades por tipo de doença, pois os contratos não especificam caso a caso. Muitas vezes os contratos cobrem o tratamento de determinada doença, mas podem excluir determinados exames, insumos, medicamentos ou procedimentos envolvidos. Um exemplo disso é a negativa de cobertura de *stents* ou órteses e próteses: o plano cobre a cirurgia, mas não cobre o *stent*. Essa assimetria de informação é uma falha importante de mercado que envolve o relacionamento entre beneficiários, planos de saúde, médicos e outros prestadores de serviços (15) e tem fortes implicações para a efetivação da judicialização de planos e seguros de saúde.

O Tribunal de Justiça de São Paulo já possui súmulas apresentando seu entendimento sobre esse assunto, entendendo que a negativa de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental, ou por não estar previsto no Rol de Procedimentos da ANS, é considerada abusiva (Súmula nº 102 do TJSP) (24). Por outro lado, é importante destacar que cada vez que um beneficiário tem garantida uma cobertura para a qual não contribuiu, os demais beneficiários terão que pagar, por ser esse um sistema de mutualidade intergeracional (10, p. 322), ou seja, o custo da sinistralidade (25) é dividido por todas as faixas etárias, aumentando o custo para todos. Planos de saúde são estruturados em cálculos atuariais que dimensionam a sinistralidade e definem o valor da contraprestação, levando em consideração vários critérios como faixa etária dos beneficiários, média das taxas de utilizações, custo operacional, entre outros (10, p.322).

Ao calcular o valor dos pagamentos mensais, os planos e seguros de saúde incluem todos os fatores relacionados ao custo da assistência (25), mas um custo é difícil de quantificar previamente: a inovação tecnológica. Esse custo – e a conduta dos consumidores (hiperutilização) – impõe um peso muito grande no equilíbrio atuarial dos planos de saúde (10), e muitas vezes o reajuste promovido pela ANS não alcança. A incorporação tecnológica envolve múltiplos atores, inter-relacionados de maneira complexa (indústria, empresas, beneficiários, prestadores de serviço, prescritores, indústria farmacêutica, entre outros) (9) e promove grande pressão empresarial, tanto no SUS (11) quanto na saúde suplementar (9). Ao contrário do que acontece na maioria dos mercados, nesse setor as novas tecnologias representam uma fonte de aumento de gastos e não de redução de custos, pois há sobreutilização de tecnologias para um mesmo evento. Por outro lado, as inovações também podem permitir o tratamento de doenças anteriormente incuráveis (15).

A Lei nº 9.658/98 estabelece que planos e seguros de saúde devam fornecer aos beneficiários coberturas para todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde. Para o Judiciário, a alegação de não cobertura por não aparecer no Rol de Procedimentos da ANS é equivalente à negação de serviço, colocando o consumidor em desvantagem, sendo considerado perverso e abusivo (25) de acordo com o CDC (artigo 51, IV, §1, I, II, III) (5). Os contratos devem dispor de forma expressa e direta as exclusões para determinadas doenças, caso contrário, a recusa de atendimento torna-se abusiva e arbitrária, constituindo uma afronta direta ao art. 6, inc. III com o art. 46 com o art. 54, § 4, do CDC (5). O direito à saúde dos beneficiários de planos e seguros de saúde está delimitado pelo seu contrato e tem amparo no CDC, fazendo com que as assimetrias de informações inerentes aos vários tipos de planos (segmentações assistenciais) e o alcance de suas coberturas favoreçam os conflitos.

Ao analisar as *doenças* citadas nos acórdãos judiciais, observou-se que a maioria são doenças crônicas, epidemiologicamente reconhecidas como grandes problemas de saúde pública, como neoplasias, doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes, e são as principais causas de morbimortalidade no estado de São Paulo, o que também foi observado por Scheffer (12, p.130). Ele aponta que a judicialização nesses casos pode ser indício de um transtorno de grande magnitude, pois diz respeito a questões de saúde que se apresentam com frequência na população. Também supõe que a dimensão das exclusões de coberturas é maior do que os casos que chegam à justiça e que muitas

famílias tendem a arcar com os custos particulares ou mesmo buscam atendimento na rede pública, o que sobrecarrega e onera o sistema público de saúde.

O perfil de doenças observadas na judicialização desse segmento de saúde reflete os frequentes problemas de saúde da população do Estado de São Paulo. Analisar dados epidemiológicos da região e o perfil etário da carteira de beneficiários pode auxiliar os gestores a compreender seus grupos de risco e focar a gestão da atenção à saúde a esses grupos prioritários. Como as neoplasias, doenças cardíacas e diabetes geralmente envolvem medicamentos de alto custo e o impacto do custo dessas coberturas pode representar uma parcela significativa de seu resultado anual, implicando necessariamente na solidariedade entre os beneficiários (25). Assim como o não atendimento dessas demandas, pelos planos de saúde, pode impactar ainda mais o sistema público de saúde.

A gestão das principais patologias dos beneficiários pelas operadoras de saúde permitirá maior gestão do cuidado, maior controle sobre serviços prestados e maior qualidade de vida aos beneficiários.

As demandas relacionadas a contratos, além das exclusões contratuais, envolvem também o aumento praticado nas mensalidades (anuais, coletivos e individuais, devidos à idade, e financeiros ou técnicos), aplicados aos planos de saúde e seguros, dependendo do tipo de contrato.

Há diferença entre os reajustes de contratos coletivos e individuais, e a existência de mecanismos diferentes de reajustes, um controlado pela ANS e outro pelas regras de mercado, o que gera conflito tanto para beneficiários quanto para operadoras (9). Além das diferenças de reajuste mencionadas, conflitos de reajuste por faixa etária e manutenção de idosos em contratos coletivos também são resolvidos muitas vezes judicialmente. Muitas operadoras não têm interesse em manter ou vender planos individuais para idosos, grupo etário com alta sinistralidade, e cujo valor do plano não pode exceder seis vezes o valor do plano da categoria mais jovem (9).

A ANS também regulamenta os preços no mercado de saúde suplementar, os reajustes anuais e os ajustes por mudanças de idade, mas, ainda assim, apesar do controle de preços, o reajuste é quase sempre considerado excessivo pelos beneficiários de planos de saúde. Isso ocorre porque, apesar do controle sobre o plano de saúde, o aumento tem sido sistematicamente superior à inflação oficial (9).

O reajuste dos preços é um fator sensível para beneficiários de planos e seguros de saúde e frequentemente culminam em litígios. Nesta pesquisa, compreendeu 16,50% dos acórdãos analisados. Os preços dos planos de saúde baseiam-se nos custos e na

frequência de uso dos serviços e procedimentos médicos, variando de acordo com a faixa etária, tipos de cobertura, quantidade e qualidade da rede credenciada (prestadores de serviços), cobertura geográfica, além de fatores moderadores como coparticipação.

Desta forma, pode-se observar que os efeitos da judicialização na saúde suplementar são tão complexos e impactantes quanto no sistema público de saúde (26). Azevedo et al. 2016 apontam que a percepção da judicialização por parte dos diversos atores da cadeia de agentes da saúde suplementar é diferente sob seu ponto de vista específico (9). Para os gestores, a concessão de assistência à saúde não prevista em contrato, de procedimentos executados fora da rede contratada, de procedimentos não previstos no rol de procedimentos da ANS, e de medicamentos não registrados na Anvisa ou em fase experimental promovem impactos importantes na gestão e no equilíbrio atuarial das operadoras. No entanto, segundo os beneficiários dos planos de saúde, a própria existência do rol de procedimentos da ANS seria questionável, pois não está previsto na Lei nº 9.658/98, e o objetivo na aquisição de um plano seria o acesso integral à saúde, não parte dela. A própria Resolução Normativa nº 428/ANS, de 07 de novembro de 2017, que atualizou e revogou resoluções anteriores, traz no seu artigo 1º que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados, conforme a Lei nº 9.658, de 3 de junho de 1998, ou seja, não traz expresso que as operadoras só devam cobrir o que está no referido Rol.

Todo o contexto apresentado acima ressalta as fortes implicações da judicialização da saúde suplementar para a efetivação do direito à saúde e também para a gestão da saúde nesse segmento. Do ponto de vista da estrutura de mercado, a saúde suplementar apresenta várias falhas de relacionamento com os beneficiários e prestadores, que podem facilitar o aumento das demandas judiciais.

Características intrínsecas desse mercado, no entanto, promovem a seleção adversa dos beneficiários, ou seja, existe a probabilidade de seleção de beneficiários doentes – os de maior risco de adoecer e que utilizam mais intensamente os serviços de saúde –, pois esses pacientes tendem mais a comprar planos de saúde do que outros (9).

Para driblar ou moderar o consumo, os planos de saúde desenvolveram mecanismos de microrregulação, buscando a redução do risco moral, que é a sobreutilização de serviços de saúde por quem tem plano de saúde. O resultado é frequentemente a fragmentação da assistência e a dificuldade na assistência integral à saúde (20). Outro

fator a se discutir são os serviços prestados de acordo com a lógica da demanda dos serviços contratados, e não na produção do cuidado. E é nesse espaço relacional que o plano de saúde promove a seleção de riscos, ou barreiras à entrada no sistema de saúde, excluindo aqueles com alto risco e alto custo (21). Mecanismos de gestão que envolvem microrregulação, como coparticipações, franquias e segunda opinião médica, podem auxiliar no controle do uso excessivo de serviços de saúde, mas geram muitos questionamentos entre os beneficiários (9).

As cooperativas médicas (38,5%), e as medicinas de grupo (31%) foram as operadoras mais envolvidas nos acórdãos judiciais analisados, dado também observado por Alves et al. (9). A maioria dos acórdãos judiciais analisados foi favorável aos beneficiários, em 82% dos acórdãos. Os juízes entenderam que a prática da operadora foi abusiva, além disso, contratos antigos, não adaptados à Lei nº 9.658/98, possuem cláusulas restritivas que atingem mais de 7,6 milhões de pessoas, permitindo a prática de negativas abusivas, reclamações e disputas legais por cobertura. Observa-se também, que nas ações de segunda instância, as operadoras de planos e seguros de saúde, na maioria das vezes, não conseguiram reverter a decisão de primeira instância, não oferecendo provas suficientes para a mudança ou reversão da decisão de primeira instância. Tal fato reforça as jurisprudências sobre o assunto. Por outro lado, já se observa em alguns acórdãos, que o Judiciário levou em conta o fato de o beneficiário estar solicitando judicialmente um benefício para o qual não contribuiu, tal iniciativa permite minimizar o impacto causado por abuso dos beneficiários que podem levar desequilíbrio às operadoras de saúde e ao mercado.

As operadoras de saúde operam baseadas em cálculos atuariais que dimensionam a sinistralidade com base nas receitas, custos assistenciais, faixa etária da população beneficiária, taxa de utilização de serviços, dentre outros. Quando um indivíduo tem garantida uma cobertura para o qual não contribuiu, outros terão que pagar, já que as operadoras utilizam um sistema de mutualidade e solidariedade intergeracional (26).

A fundamentação jurídica dos acórdãos baseou-se essencialmente nas determinações do Código de Defesa do Consumidor e no entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo (Súmulas e Jurisprudências) e menos na Lei nº 9.658/98 e no direito à saúde, apesar deste Direito estar previsto na Constituição Federal/88. Na saúde suplementar, as relações são contratuais, e o direito à saúde, previsto na Constituição, está intimamente atrelado ao segmento de atenção contratualizado, não havendo previsão

de saúde integral. As resoluções normativas da ANS não são mencionadas nos acórdãos, tendo em vista as brechas deixadas pelas regulamentações do setor.

Bahia et al. (26) discutem que, com a possibilidade de venda de planos *baratos* e *acessíveis* – com restrições de cobertura assistenciais e de tratamentos caros e complexos –, pode apresentar um efeito adverso e um incremento da judicialização da saúde. Por um lado, esses planos aumentam as despesas diretas de indivíduos e famílias pelo uso dos serviços de saúde; por outro lado, as empresas de seguro saúde integram parte da rede pública do SUS aos serviços credenciados pelos planos de saúde como uma das estratégias para a redução de custos com a assistência prestada aos seus beneficiários (27). Bahia et al. ainda ressaltam que o número de ações judiciais contra planos de saúde cresceu muito mais rapidamente do que o aumento de clientes (27).

Faz-se necessário ampliar o olhar dos gestores para as implicações mais profundas de todos os problemas mencionados e, a judicialização da saúde suplementar pode apontar os problemas inerentes à gestão da saúde e seu perfil pode mostrar onde estão os nós críticos desse sistema de saúde, que, ao não serem resolvidos administrativamente, se perpetuam em jurisprudências reforçando novas demandas. Mesmo não partilhando os princípios de integralidade que permeiam o sistema público de saúde, aos gestores da saúde suplementar faz-se necessário conhecer seus beneficiários, seu perfil etário, as doenças mais comuns por faixa etária. Esse conhecimento proporcionará condições para o gerenciamento do cuidado nos vários ciclos da vida, assim como o gerenciamento dos casos crônicos. A simples negativa de cobertura sob alegação de não constar no Rol de Procedimentos da ANS, além de fomentar a judicialização, deixa os beneficiários dos planos de saúde em condição vulnerável, fragmentando as linhas de cuidado.

O conhecimento do perfil das demandas judiciais, do comportamento do Judiciário e de possíveis falhas e disfunções no sistema de saúde suplementar pode auxiliar os gestores de saúde a promover uma reorientação das práticas de assistência à saúde nesse segmento. Uma possibilidade é a gestão da atenção à saúde populacional, a partir de um novo modelo de atenção à saúde específico para cada faixa etária, que permitisse o gerenciamento do cuidado em cada ciclo de vida e dos fatores de risco em toda a carteira de beneficiários. A outra possibilidade é ter um sistema de informação em saúde que permitisse o acompanhamento do cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade, bem como da eficácia e eficiência do atendimento prestado. Dessa forma, ao gerenciar o cuidado, os planos de saúde podem ter maior controle sobre os custos futuros; sobre os fatores de saúde e doença dos seus beneficiários; sobre a resolutividade dos serviços

oferecidos; e sobre o histórico do paciente e evolução do processo saúde-doença. Assim é possível melhorar a atenção oferecida e o controle da sinistralidade, e minimizar os gastos inerentes à judicialização.

Uma das limitações deste estudo foi o reduzido número de artigos sobre o tema na saúde suplementar, estando a maioria das pesquisas nacionais centralizadas no estado de São Paulo. Dados de outros estados seriam relevantes para ampliar a discussão e a comparação entre dados regionais e nacionais.

Conclusão

Pode-se concluir que as demandas judiciais dos planos e seguros de saúde do estado de São Paulo vêm aumentando ano a ano e tem ocorrido em vários municípios. Envolvem principalmente negativas de cobertura – exclusões e limitações de cobertura – e conflitos contratuais, principalmente em contratos antigos.

Nos limites desta pesquisa, pode-se concluir também que há indícios de que os gestores da saúde suplementar precisam pensar em reorientar algumas de suas condutas, possíveis falhas e disfunções no sistema de saúde suplementar, e até possíveis faltas de regras ou leis para a regulamentação de consumo neste segmento de atenção à saúde precisam ser observadas, buscando assim minimizar a judicialização e alcançar práticas mais integrais de assistência à saúde nesse segmento.

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado em 8 ago.2021]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp
2. Paim MJ et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet [online]. 2011 [citado em 8 ago.2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf
3. Brasil. Lei nº 9.961/2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas competências. [citado em 8 ago. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm
4. Agência Nacional de Saúde. Dados do setor 2021. [citado em 8 ago. 2021]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
5. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 2021 [citado em 8 ago.2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm

6. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Fornece proteção ao consumidor e outras medidas. 1990 [citado em 8 ago. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm
7. Agência Nacional de Saúde. Segmentação assistencial 2021. [citado em 8 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial>
8. Azevedo PF et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas [White Paper]. INSPER Centro de Estudos de Negócios. São Paulo; 2016.
9. Cechin J. 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar/Midiograf; 2020. 418 p.
10. Nobre MAB, Silva RAD (coords). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora Fórum; 2013.
11. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2010; 20(1):77-100.
12. Chieffi AL, Barradas RCB, Goldbaum M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? *BMC Health Serv Res.* 2017; 19(17):499.
13. Scheffer M. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo. *R. Dir. sanit.* 2013 mar./jun.; 14(1):122-132.
14. Schulze CJ, Neto JPG. Direito à Saúde. Análise à luz da Judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2015. 260p.
15. Trettel DB, Kozan JF, Scheffer MC. Judicialização em planos de saúde coletiva: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre conflitos entre beneficiários e operadoras. *R. Dir. São Paulo.* 2018 mar./jun.; 19(1):166-187.
16. Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Justiça em números 2017: ano base 2016. Brasília: CNJ; 2017 [citado em 20 abr. 2021]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoess/pj-justica-em-numeros>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010 [citado em 20 abr. 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
18. Carlini A. ANS e a efetividade de sua missão: dificuldades, perspectivas, controle efetivo de fornecedores. In: Nobre, MAB, Silva RAD (coord.). O CNJ e os desafios de realizar o direito à saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum; 2013. p. 19-31.
19. Siqueira PSF. Judicialização em Saúde no Estado de São Paulo. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015 [citado em 25 set. 2020]. Disponível em: <http://conass.org.br>

20. Alves DC et al. O papel da justiça nos planos de saúde e seguros de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(2):279-290.
21. Schiavinatto F (org.). Sistema de indicadores de percepção social (SIPS). Brasília: Ipea; 2011.254 p.
22. Mantini C. Análise da cobertura das próteses removíveis em operadoras exclusivamente odontológicas do Rio de Janeiro: contribuições para a integralidade [Dissertação]Universidade Federal Fluminense. Niterói: [s.n.], 2010.120p.
23. Agência Nacional de Saúde. Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017. [citado em 8 ago.2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg>
24. Tribunal de Justiça de São Paulo - TJSP. Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. [citado em 8 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/SecaoDireitoPublico/SecaoDireitoPublico/Sumulas>
25. Rezende PRV. Contratos de seguro saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e impacto econômico de acórdãos judiciais [Dissertação em Direito Empresarial]. Nova Lima: Faculdade de Direito Milton Campos; 2011.
26. Júnior LAPC. O mercado de saúde suplementar a busca do equilíbrio. in: Nobre MAB, Silva RAD. O CNJ e os desafios de realizar o direito à saúde. 2ªed. Belo Horizonte: Editora Fórum; 2013.
27. Bahia L et al. Planos privados de saúde com cobertura restrita: atualizando a agenda de privatizações no contexto da crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(12):e00184516.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

Submetido em: 27/10/21
Aprovado em: 06/02/22

Como citar este artigo

Freitas BC, Queluz DP. Acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização: um estudo do estado de São Paulo. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2022 jan./mar.;11(1): 183-202

<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i1.859>