

Plano e Contrato de Saúde

Luciano Silva Barreto¹

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda o direito à saúde complementar e a sua função social, tomando por inspiração os temas expostos, discutidos e debatidos durante o “Curso de Direito em Saúde Complementar”, ministrado pela Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro (EMERJ), nos dias 15, 22, 29/07 e 02/08.

O sistema de Saúde Suplementar é composto pelas inúmeras operadoras de planos privados de assistência à saúde, disciplinadas Lei nº 9.656/98 e sob o controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/09.

É de sabença comum que o Estado não possui condições de arcar com as despesas para o pleno atendimento médico à população e os seus serviços não são suficientes para o suprimento da crescente demanda.

A estimativa de gastos com a saúde, na esteira do estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), corresponde a cerca de 5% do total das despesas das famílias brasileiras, cujo percentual reflete a média nacional. Contudo, não leva em consideração a renda, a localização e não inclui as pessoas que utilizam o sistema público de saúde, cujas despesas com atendimento médico são diminutas.

Assim, pode ser bem mais elevado o gasto efetivo com a saúde de uma família que opta pela utilização do sistema privado, aliando-se a necessidade cada vez mais premente de contratar um plano ou seguro saúde; sobretudo, diante da má qualidade dos serviços médicos prestados pelo setor público.

¹ Juiz de Direito da 9ª Vara Criminal - Capital.

Alguns dos palestrantes procuraram fazer a distinção entre plano e seguro saúde, podendo-se observar que é de natureza meramente operacional; ou seja, no último, o usuário tem liberdade de escolha, podendo consultar médicos e hospitais não conveniados com a operadora, permitindo maior flexibilidade, mas apresenta o inconveniente, dependendo do tipo de seguro contratado, de o valor reembolsado vir a ser muito aquém do preço da consulta. Já o primeiro, é mais vantajoso por proporcionar ao usuário a opção por médicos conveniados, pois o reembolso é total. Outra diferença significativa é que as seguradoras não podem administrar diretamente hospitais ou clínicas médicas.

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, esse direito é assegurado pela Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 196, preceitua: “[...] 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 a sua promoção, proteção e recuperação [...]”.

No texto constitucional, a saúde passou a integrar o Sistema de Seguridade Social. Instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), alternativa de atenção e cuidados que não consegue ser suficiente para a efetivação do direito à saúde a toda a população. Assim, milhões de brasileiros buscam os serviços de planos e seguros de saúde, para poder obter o “verdadeiro” acesso a essa garantia constitucional, a um custo compatível com o nível de renda de cada um.

A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A proteção dos direitos sociais no âmbito legislativo é relativamente recente na evolução histórica da humanidade. A preocupação do Estado

com a proteção social² de seus cidadãos em sua acepção mais ampla faz parte da grande evolução ocorrida no século passado.

Rebuscar o curso evolutivo da previdência social no decorrer dos tempos é importante para confrontar os seus institutos vigentes no presente com o passado e aprimorar suas bases para o futuro, sem descartar as boas iniciativas que frutificaram e como forma de prevenção do insucesso.

Nessa linha de compreensão, é o posicionamento do magistrado e doutrinador Sérgio Pinto Martins, ao citar a lição de Waldemar Ferreira, de que “[...] nenhum jurista pode dispensar o contingente do passado a fim de bem compreender as instituições jurídicas dos dias atuais [...]”.³

O olhar investigativo para o passado, inequivocamente, pode trazer subsídios inestimáveis para uma interpretação mais consentânea com a realidade, mesmo que se tenha constituído uma nova ordem jurídica, consoante verbera Wagner Balera, *in verbis*:

*O estudo da seguridade social, assentado num tempo determinado – o presente – não inibe o nosso interesse acerca da história constitucional que, embora seja disciplina não-jurídica (no entender de Santi Romano), nos fornece válidos critérios de interpretação da nova ordem constitucional.*⁴

Releva enfocar o papel dos mecanismos adotados pelos Estados, inclusive, alguns deles com status de direitos e garantias fundamentais, consagrados como direitos subjetivos dos indivíduos, a exemplo do nosso ordenamento jurídico constitucional, que qualifica os direitos e garantias fundamentais como cláusulas imutáveis, incluindo expressamente entre eles, os direitos sociais (artigo 60, § 4º, IV, da Constituição Federal).

2 LEITE, Celso Barroso. *Apud* BALERA, Wagner. **A Seguridade Social na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989, p. 16. Proteção social consiste no “conjunto de medidas através das quais a sociedade assegura a seus membros um nível mínimo de condições de vida.”

3 *Apud* por MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo: Atlas, 2001, p. 28

4 BALERA, Wagner. **A Seguridade Social na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989, p. 15.

Os direitos sociais, integrando os direitos e garantias fundamentais dos cidadãos, carecem de prestações positivas dos entes federativos e demandam cada vez mais recursos disponíveis para seu atendimento, que não podem deixar de efetivá-los, sob o argumento simplório da inexistência de recursos públicos suficientes, sob pena de incorrerem em ofensa aos direitos protegidos.

A evolução da proteção social no Brasil não seguiu caminho diferente de outros países, observando-se que, inicialmente, foi exercida pela simples caridade e inspirada no sentimento cristão (a exemplo da fundação das Santas Casas de Misericórdia no século XVI, pelo Padre José de Anchieta. Ruy Carlos Machado Alvim nos dá conta da fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, por Brás Cubas, em 1543, e da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro de 1584, cuja finalidade era a de prestar atendimento hospitalar aos pobres.⁵), seguido pelo mutualismo (de caráter privado e facultativo), depois (pelo seguro social) e, na atualidade, procura-se implementar o sistema de seguridade social, como consagrado na Constituição de 1988.

O processo de transição no Brasil da simples beneficência (que tinha por inspiração apenas deveres meramente morais e religiosos), para a assistência pública foi muito lento, perdurando quase três séculos e a primeira normatização sobre assistência social, veio a lume pela Constituição de 1824.

A Constituição Imperial de 1824

Caracteriza-se como inovadora, por ter sido a primeira manifestação legislativa brasileira sobre assistência social, sobretudo, por ser elevada a nível normativo constitucional:

Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do

⁵ ALVIM, Ruy Carlos Machado. **Uma história crítica da legislação previdenciária brasileira**. RDT 18/12.

Império, pela maneira seguinte.

[...]

XXXI. A Constituição também garante os socorros públicos.

Demonstra alentada preocupação com as liberdades públicas, com nítido escopo de proteção dos indivíduos contra as investidas do Estado. Na sua concepção liberal, inaugura a assistência social pública, mas de forma insipiente, uma vez que nada de concreto assegurava aos cidadãos, desbordando de outros países mais antigos, inclusive da Europa, que já asseguravam, ao menos em nível normativo, algum benefício, a exemplo da lei dos pobres, londrina, do século XVII.

Afigura-se oportuno, sobre o tema em foco, trazer à baila o comentário de Ruy Carlos Machado Alvim, quando ressalta que “não teve maiores consequências práticas, sendo apenas um reflexo do preceito semelhante contido na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1793, a qual, o artigo 23, qualificava estes “socorros públicos” como “dívida sagrada”.⁶

Contudo, não pode deixar de ser reconhecida a sua importância histórica e pioneira, por ter incluído no seu seio a garantia de proteção social de um dos direitos humanos, inobstante não ter criado os mecanismos jurídicos necessários para a sua concreção efetiva.

É que o Brasil, à época, seguia fiel à linha dos demais países liberais e os direitos fundamentais eram restritos às liberdades públicas, sem a exigência efetiva de prestações positivas, bem como não havia instrumentos que pudessem ser empregados para tornar concretos tais direitos.

Nessa trilha evolutiva, foi editada a Lei nº 3.397, de 24 de novembro de 1888, a primeira de conteúdo previdenciário, prevendo a criação de uma Caixa de Socorros para os trabalhadores das estradas de ferro de propriedade do Estado. No ano seguinte, foram elaboradas outras normas instituindo seguros sociais obrigatórios para os empregados dos Correios, das oficinas da Imprensa Régia e o montepio dos empregados do Ministério da Fazenda.

⁶ Idem. Ibidem. P. 12

A Constituição de 1891 (Primeira Republicana)

Timidamente, dispensou apenas dois artigos nas suas disposições constitucionais acerca da proteção social, a saber:

Art 5º - Incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar.

Art 75 - A aposentadoria só poderá ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação.

A Carta Magna Republicana inaugurou a proteção social dos funcionários públicos, passando a lhes assegurar a aposentadoria, o que constitui um dos principais direitos da previdência social até os dias atuais. Malgrado uma boa parte da doutrina negue a existência de alguma regra de Previdência Social no texto republicano e apenas enalteça o seu valor histórico ao instituir a possibilidade de aposentadoria para os funcionários públicos, custodiada integralmente pelo Estado e sem a exigência de contribuição para a sua concessão.

No tocante à disciplina da matéria proteção social, a Carta da República deixou-a ao encargo do legislador infraconstitucional, que foi realçada por sua Emenda de 1.926, ao conferir competência ao Congresso Nacional para legislar sobre aposentadoria e reformas.

Durante sua vigência, foi propalada a legislação previdenciária, que repercutiu para evolução dos regimes de previdência social existentes no Brasil. A legislação sobre previdência era elaborada de forma esparsa e visava atender, quando possível, a setores predeterminados e como observa Ruy Carlos Machado Alvim⁷: prevalecia o favorecimento à classe dos servidores públicos que constituíam a grande massa de trabalhadores. E o Brasil vivenciava uma sociedade essencialmente agrícola. A única exceção dizia

7 Idem. Ibidem. P. 14.

respeito aos ferroviários, em razão do seu poder de organização, podendo deflagrar greves e pelo fato de exercerem uma atividade de suma relevância para a economia.

Nesse período, foram editadas diversas normas pelo Poder Legislativo, criando seguros sociais para várias categorias de servidores públicos, quando igualmente teve início o processo de industrialização das grandes cidades, sobretudo, São Paulo e Rio de Janeiro, o que propiciou a ocorrência de inúmeros acidentes de trabalho, por força das péssimas condições a que eram submetidos os trabalhadores, até que sobreveio o Decreto Legislativo nº 3.724, de 15 de janeiro de 1.919, tratando da proteção aos acidentes do trabalho.

Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923

Logo a seguir, foi editada a Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, chamada de “Lei Eloy Chaves”, instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários, que funcionaram por muitos anos em todo o território nacional. Grande parte da doutrina brasileira a situa como o marco inicial da história da Previdência Social no país. Contudo, esse fato sofre a crítica do Prof. Aníbal Fernandes, que o taxa de um forte conteúdo ideológico:

Tivemos o mutualismo como forma organizatória e como precedente precioso da Previdência Oficial. Sob tal prisma, os festejos oficiais que situam na Lei Elói Chaves (1923) o nascimento da Previdência brasileira têm caráter ideológico que deve ser desvendado: buscam transformar as conquistas sociais, logradas com lutas e a partir das bases, em benesses estatais. Sobre ser ainda, a afirmativa relativa ao surgimento da Previdência em 1923, uma inverdade histórica, seja pelos apontamentos, seja porque outras leis previdenciárias são anteriores a esta data (como nossa primeira lei acidentária que data de 1919).⁸

⁸ ALVIM, Ruy Carlos Machado. *Apud* FERNANDES, Aníbal. **Uma história crítica da legislação previdenciária brasileira**. RDT 18/21.

Inegavelmente a Lei Eloy Chaves serviu de umbral e inaugurou o período de grande evolução da previdência social deste país, por ter sido a responsável pela instituição e implantação das Caixas de Aposentadorias e Pensões.

As Caixas e os Institutos de Aposentadorias e Pensões

Após a Lei Eloy Chaves, foram instituídas outras Caixas em empresas de diversos ramos da atividade econômica, mas a vinculação ao regime previdenciário tinha por pressuposto a empresa e apenas algumas delas tinham acesso ao regime previdenciário reinante à época.

A proliferação do sistema de Caixa por empresas fez emergir pequenos regimes de Previdência, com a inconveniência de exigir um mínimo de segurados que eram indispensáveis ao seu funcionamento em bases securitárias, aliando-se ao elevado número de trabalhadores que continuavam à margem da proteção previdenciária, por não ocuparem postos de trabalhos nas empresas protegidas.

Paulatinamente, foi abandonada a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, dando azo ao surgimento dos famosos Institutos de Aposentadoria e Pensões por atividade profissional de seus segurados e não mais empresas determinadas, em decorrência do fortalecimento dos mecanismos de proteção social e da emergente e estável industrialização que, a seu turno, passou a exigir nova postura da legislação social, sobretudo, em consequência da atuação da classe trabalhadora.

Na década de 1930, entrou em cena o regime dos institutos, cujas fontes de custeio, obrigatoriamente, provinham de contribuições tripartites - o Estado, o empregador e o empregado - e que foram elevados a nível constitucional pela Carta Política de 1934, sendo que os recursos que cabiam ao Estado advinham das taxas de importação.

O primeiro instituto de previdência implantado em plano nacional, levando em conta a atividade econômica a que pertenciam os trabalhadores, foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, criado pelo Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933.

A diferença marcante entre as Caixas e os Institutos de Previdência consistia no espectro de abrangência dos segurados protegidos, pois, enquanto as primeiras restringiam-se aos trabalhadores de empresas determinadas, os últimos abrangiam categorias de profissionais conexas, mesmo que fossem de atividades econômicas distintas, o que propiciou a formação de grandes grupos de beneficiários, com abrangência nacional, o que não acontecia com as Caixas.

Outro fator distintivo traduz-se no fato de os Institutos de Aposentadoria e Pensões terem vínculo com órgãos do governo federal e se submeterem ao controle financeiro, administrativo e diretivo do Estado.⁹

As Constituições Federais de 1934 e 1937

Assinala Wagner Balera que “com a Constituição de 1934, a proteção social é um seguro para o qual contribuem tanto o trabalhador como o empregador e, em igualdade de condições com essas categorias, o próprio Poder Público”.¹⁰

O seu ponto marcante consistiu na consagração do modelo tripartite de financiamento do sistema de previdência social, em razão de ser custodiado por recursos advindos da União, dos empregadores e empregados, guardando, assim, identidade com o sistema contributivo adotado pela atual Constituição Federal (artigo 195, *caput*), abrindo a porta para o ingresso na era do seguro social e relegando ao abandono o estágio da assistência pública.

A Carta Política de 1934 foi a primeira a utilizar o termo “Previdência”, sem o adjetivo social, empregando a expressão “proteção social” em outros dispositivos, *v.g.*, no artigo 5º, inciso XIX, c, ao fixar a competência legislativa da União para a matéria de proteção social; no artigo 10, ao atribuir aos Estados a responsabilidade pela execução dos serviços de

9 ALVIM, Ruy Carlos Machado. Apud FERNANDES, Aníbal. **Uma história crítica da legislação previdenciária brasileira**. RDT 18/1

10 BALERA, Wagner. **A Seguridade Social na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989, p. 22.

saúde e assistências públicas; no artigo 121, § 1º, h, ao enumerar os riscos protegidos e instituir a contribuição tripartite e no artigo 170, § 3º, ao estabelecer a aposentadoria compulsória para os servidores públicos aos 68 anos de idade.

As prestações de assistência médico-sanitária e de previdência foram concebidas como direitos subjetivos públicos dos trabalhadores brasileiros.

Wagner Balera ressalta os benefícios conferidos pela Carta Magna de 1934 nos seguintes termos:

Os limites amplos da proteção social conferidos por aquela Lei Magna, aliados ao perfeito comando a respeito do custeio, fizeram da Constituição de 16 de julho o melhor de nossos modelos constitucionais. As conquistas sociais posteriores só vieram a reforçar as diretrizes traçadas por este Estatuto Fundamental¹¹.

A Constituição outorgada de 1937, de cunho notoriamente autoritário, representou um retrocesso no tocante à Carta anterior de 1934, mas não deixou de enumerar os riscos sociais cobertos pelo seguro social e, apesar de ter disciplinado a forma de custeio do sistema, não previu a utilização de recursos dos cofres da União.

No curso da sua vigência foi editado o Decreto-Lei nº 7.526, de 07 de maio de 1945, determinando a criação de um só Instituto de Previdência, denominado de Instituto dos Seguros Sociais do Brasil (ISSB), que não chegou a ser implantado por falta do interesse político.

A Constituição de 1946

Promulgada no período do pós-guerra, foi a primeira constituição brasileira a empregar a expressão “Previdência Social”, em substituição ao termo “Seguro Social” e incluiu as normas sobre Previdência Social no capítulo reservado aos Direitos Sociais, bem como elencou os riscos prote-

11 Idem. Ibidem. P. 24.

gidos nos incisos do seu artigo 157.

Não trouxe em seu corpo inovação substancial, a exceção da obrigação imposta aos empregadores de manterem seguro de acidente de trabalho em favor de seus empregados. Contudo, na sua vigência ocorreram grandes avanços no que se refere à legislação infraconstitucional, prevenindo a proteção social de toda a população, a exemplo da edição da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, de autoria do então Deputado Aluizio Alves, denominada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS).¹²

Antes da sua instituição já havia sido editado o Decreto nº 34.586, de 12 de novembro de 1953, determinando a fusão de todas as Caixas em única entidade, com o intuito de unificar o sistema, tanto do ponto de vista legislativo como administrativo.

A LOPS uniformizou o emaranhado de normas sobre Previdência Social, o que representava reclamo social de longa data. Entretanto, a unificação administrativa somente veio a ser implantada mais tarde, quando foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Representou significativo passo na direção da universalização da Previdência Social, malgrado haver deixado fora da proteção alguns trabalhadores (domésticos e rurais), pois teve o mérito de padronizar o sistema, aumentar as prestações oferecidas (auxílio-natalidade, funeral, reclusão e aposentadoria especial) e servir de norte no percurso ao sistema de seguridade social.¹³

A Emenda Constitucional nº 11, de 1965, passou a exigir uma contrapartida entre as contribuições e as prestações, consistente na obrigação de indicar a fonte para o seu custeio e vice-versa.

Em 1965, no âmbito legislativo, foi criado o Serviço Social Rural, visando à proteção de serviços sociais no meio rural e, mesmo tendo sido de diminuta efetividade, serviu para despertar a preocupação com os problemas da população afeta à atividade agrícola, até a criação do Fundo de

12 FEIJÓ COIMBRA, J. R. **Direito Previdenciário Brasileiro**. Rio de Janeiro: Ed. Trabalhistas, 1990, p. 50

13 ALVIM, Ruy Carlos Machado. *Apud* FERNANDES, Aníbal. **Uma história crítica da legislação previdenciária brasileira**. RDT 18/25.

Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), aperfeiçoado e implementado pelas Leis Complementares nº 11, de 25 de maio de 1971, e 16, de 30 de outubro de 1973.

A produção legislativa no curso da sua vigência, relacionada à matéria Previdência Social, foi consideravelmente incrementada e tinha por inspiração a LOPS e espeque nos anseios e expectativas de toda a população.

A Constituição Federal de 1967 e a sua Emenda nº 1, de 1969

A novidade trazida por ambas consistiu em incluir o seguro de acidente do trabalho no sistema previdenciário público, adotando as mesmas fontes de custeio e elevando à condição de norma constitucional o benefício do salário-família, instituído por lei infraconstitucional.

No dia 1º de setembro de 1977, foi publicada a Lei nº 6.439, instituindo o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), integrado pelas seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional Assistência Previdência Social (INAMPS), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV) e Central de Medicamentos (CEME), com o propósito de reunir todas as matérias e atribuições pertinentes à previdência social rural e urbana, abrangendo todos os servidores públicos federais quanto os das empresas privadas.

Na sua vigência, foram editadas as Emendas nº.s 7, 8 (de 1977) e 18 (1981); a primeira autorizando a criação de um contencioso administrativo, para a resolução das questões previdenciárias; a segunda, disciplinando o custeio do sistema previdenciário; a última elevando à categoria de preceito constitucional a aposentadoria especial do professor aos 30 anos (homem) e aos 25 (mulher) de tempo de serviço.

A Previdência Social e a Constituição Federal de 1988

O novo estatuto político do país, promulgado em 1988, veio coroar o período de restauração do Estado Democrático de Direito, após longo lapso temporal de autoritarismo implantado pelos governos militares, fruto da ausculta dos anseios dos diversos segmentos da sociedade, caracterizada, assim, numa pluralidade política, econômica, social e religiosa. Resulta daí seu formato heterogêneo, embora deixe transparecer o seu intuito protetor a algumas corporações, conforme assinala o renomado jurista e professor Luís Roberto Barroso:

Na euforia – saudável euforia – de recuperação das liberdades públicas, a constituinte foi um amplo exercício de participação popular. Neste sentido, é inegável o seu caráter democrático. Mas, paradoxalmente, foi este mesmo caráter democrático que fez com que o texto final expressasse uma vasta mistura de interesses legítimos de trabalhadores e categorias econômicas, cumulados com interesses cartoriais, corporativos, ambições pessoais, etc.¹⁴

Por resultar das diversas correntes que nortearam sua elaboração, não apresenta um pensamento político dominante e costuma ser taxada de prolixa, chegando a ser mesmo casuística em algumas matérias. Contém várias normas programáticas, com o escopo de orientar a atuação legislativa e a administração pública; daí a necessidade de elaboração da legislação infraconstitucional, para a efetiva concreção do Estado Democrático de Direito.

A Constituição de 1988, conforme lição de Wagner Balera, instituiu um autêntico Sistema Nacional de Seguridade Social, consistindo num conjunto normativo integrado de um sem número de preceitos de dife-

14 BARROSO, Luís Roberto. “Temas de Direito Constitucional”. In: _____. **Doze anos da Constituição Brasileira de 1988**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p. 9.

rentes níveis de hierarquia e configuração,¹⁵ tendo por lastro primordial o trabalho, o bem-estar e a justiça social, para garantir a todos um mínimo.

O princípio reitor, consagrado no seu texto, foi o da universalidade de cobertura e do atendimento, no concernente ao sistema de seguridade social abraçado, com foco na dignidade da pessoa, nas suas vertentes da Assistência, Saúde e da Previdência Social, como forma de proteção social.

A Seguridade Social, nas espécies aludidas, deveria atuar de forma articulada e integrada; mas não é o que sucede na prática e o próprio texto constitucional faz evidente separação, por campo de atuação de cada uma.

Os serviços de saúde e de assistência social são acessíveis à população em geral, sem necessidade do adimplemento prévio de alguma obrigação, bem como não exige o custeio para a obtenção da assistência social, haja vista que os seus serviços são prestados a todos os que se encontrem em situação de necessidade. Já no que tange à Previdência Social, continua a prestação de seus serviços atrelada ao custeio prévio (artigo 195, *caput*) e limitado a algumas categorias de trabalhadores, com prevalência a dos empregados.

A saúde e a assistência social visam ao atendimento do que se convencionou chamar de mínimos sociais. A previdência social busca “[...] assegurar níveis economicamente mais elevados de subsistência, limitados, porém, a certo valor [...]”.¹⁶ E a separação das áreas que compõem o sistema de seguridade social, entre previdência, saúde e assistência tem como marco distintivo a abrangência de proteção.

A existência de regras jurídicas constitucionais destacadas sobre previdência social revela uma estrutura brasileira dotada de “[...] especificidades capazes de conformar um sistema próprio (um subsistema), um regime jurídico-previdenciário, dentro da totalidade do sistema de seguridade social [...]”¹⁷, realçando a sua organização em “caráter contributivo”. Con-

15 Idem. Ibidem. P. 11.

16 PULINO, Daniel. **A aposentadoria por invalidez no direito positivo brasileiro**. São Paulo: LTR. 2001, p. 33.

17 Idem. Ibidem. P. 34.

tudo, não conseguiu afastar-se completamente do regime de seguro social, uma vez que tem como pressuposto a necessidade de prévia contribuição dos trabalhadores expostos aos riscos sociais, mesmo vigorando o sistema de contribuição tripartite.

A proteção social conferida pelo sistema previdenciário implantado pela Carta Magna de 1988 recai direta e preponderantemente, sobre a figura do trabalhador e seus dependentes, sejam esses do setor privado, ou do público. E seu fim fora bem delineado por Daniel Pulino:

Garantir condições básicas de vida, de subsistência, para seus participantes, de acordo, justamente, com o padrão econômico de cada um dos sujeitos. São, portanto, duas idéias centrais que conformam esta característica essencial da previdência social brasileira: primeiro, a de que a proteção, em geral, guarda relação com o padrão-econômico do sujeito protegido; a segunda consiste em que, apesar daquela proporção, somente as necessidades tidas como básicas, isto é, essenciais – e portanto compreendidas dentro de certo patamar de cobertura, previamente estabelecido pela ordem jurídica – é que merecerão proteção do sistema. Pode-se dizer, assim, que as situações de necessidade social que interessam à proteção previdenciária dizem respeito sempre à manutenção, dentro de limites econômicos previamente estabelecidos, do nível de vida dos sujeitos filiados.¹⁸

A Emenda nº 20 reforçou o regime previdenciário contributivo e de cobertura limitada a certo valor e deu ênfase, por outro lado, aos regimes de previdência social complementares, de vinculação facultativa e sem limite de cobertura.

18 Idem. Ibidem. P. 45/46.

CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O setor da Saúde Suplementar no Brasil atende a mais de 60,1 milhões de beneficiários, por meio de 1.420 operadoras de planos de saúde.¹⁹ Este mercado está submetido à regulação pública específica, desde junho de 1998, quando foi promulgada a Lei nº 9.656, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde.

Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998

Os planos de saúde existiam desde a década de 40, mas somente vieram a ser disciplinados pelo legislador de forma específica pela Lei nº 9.656, 03/06/98, editada após muita pressão social e lenta tramitação no Congresso Nacional, conforme relata Trettel:

Ao condicionar a atuação da Administração à edição de lei, a Constituição também impôs o dever de legislar. Todavia, a proposição de legislação específica para o setor de planos de saúde pelo Poder Executivo e sua posterior votação pelo Congresso Nacional, tardaram e somente aconteceram depois de muita pressão social. A lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98) só entrou em vigor mais de dez anos depois da Constituição. Com a ausência de regulamentação criou-se um ambiente propício para que operadoras de plano de saúde cometessem abusos, sendo numerosos os conflitos com usuários. O setor, no que diz respeito aos parâmetros de prestação de serviços, formou-se segundo suas regras, sem regulação ou regulamentação do Estado.²⁰

O legislador teve a preocupação de conceituar o contrato de plano de saúde no artigo 1º, do aludido diploma legal:

19 IESS. **Saúde Suplementar. O que é? Para que serve? A quem se destina? Algumas propostas.** 2011.

20 TRETTEL, Daniela Batalha. Op. cit., p. 33.

Plano Privado de Assistência à saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente, escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Pelo que se extrai do dispositivo legal supra, os planos de saúde são definidos como serviço que garante a cobertura dos custos relativos à prestação de assistência à saúde, a um conjunto de pessoas filiadas, através do pagamento de prestações com valores estabelecidos em contrato, que tem por finalidade garantir a assistência à saúde, por prazo indeterminado e sem limite financeiro, mediante o atendimento efetivado por profissionais ou serviços de saúde, que podem ser livremente escolhidos pelo contratante, podendo a assistência ser médica, hospitalar ou odontológica, a depender do tipo de serviço contratado, que poderá ser integral ou parcialmente pago pela operadora, dependendo do que for avençado.

Os contratos de planos de saúde e de seguro-saúde são organizados com base no princípio da solidariedade, uma vez que todos os participantes contribuem para que alguns ou o próprio contribuinte possa utilizar o serviço, em momento futuro.

Nas palavras de Nilza Rodrigues de Almeida:

Muito embora o seguro-saúde e o contrato de plano de saúde sejam diferentes, apresentam pontos em comum, pois ambos são decorrentes de uma poupança de particulares. Ao invés de guardar dinheiro para o momento da doença, que pode até não acontecer,

*as pessoas fazem uma poupança conjunta, que é administrada pela prestadora.*²¹

Antes de a Lei nº 9.656/98 regulamentar os contratos de planos de saúde, os contratos de seguro-saúde eram regidos pelo Decreto-Lei nº 73/66 e pelos Códigos Civil e Comercial. Consubstanciavam-se em instrumentos em que o segurador se obrigava a pagar um prêmio ao segurado, quando da ocorrência de evento que causasse ofensa à saúde do contratante, divergindo dos contratos de plano de saúde, pois nestes as operadoras não são contratadas para pagar prêmio aos usuários, mas a arcar ou reembolsar as despesas do contratante, seja de forma integral, seja de forma parcial.

Outro elemento distintivo primordial diz respeito ao fato de que os contratos de seguro saúde eram regulados pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e os contratos de Planos de Saúde, são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na compreensão de Fernando Ferron, a distinção principal entre seguro-saúde e plano de saúde consiste em que o seguro-saúde visa a reembolsar as despesas pagas pelo segurado, o médico e o serviço hospitalar de sua escolha. A prestadora paga uma quantia preestabelecida no contrato. O seguro-saúde era pago pela SUSEP. O Plano de Saúde, mais usado atualmente, é o contrato que oferece opção de escolha de médicos, hospitais, mas dentro de relação previamente estabelecida pela operadora.²²

Os contratantes dos planos de saúde procuram segurança, previsibilidade e proteção contra eventuais riscos futuros. A importância destes valores objetivados na relação contratual foi acentuada pela renomada doutrinadora Cláudia Lima Marques:

Três valores são cada vez mais raros e, por isso, valiosos no mundo atual: segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros.

21 ALMEIDA, Nilza Rodrigues de. **Contratos de Plano de Saúde**. São Paulo: Edições Inteligentes, 2007, p. 71.

22 FERRON, Fernanda. **Planos Privados de Assistência à Saúde**. São Paulo: Livraria e Editora Universitária de Direito, 2002, p. 57.

Estes três valores são oferecidos no mercado através dos planos e seguros privados de saúde, os quais possibilitam a transferência legal de riscos futuros envolvendo a saúde do consumidor e de seus dependentes a serem suportados por empresas de assistência médica, cooperativas ou seguradoras, prometendo ao seu turno segurança e previsibilidade, face ao pagamento constante e reiterado das mensalidades e prêmios. A relação entre paciente e médico sempre foi caracterizada como uma relação de confiança. No mundo de hoje, parte da confiança (ides) vai ser transferida para o organizador destes planos e seguros, intermediados ou conveniados, na previsibilidade do financiamento leal dos eventos futuros relacionados com a saúde.²³

Com efeito, ao firmar o contrato de plano de saúde, o consumidor confia na operadora contratada, esperando ser atendido com presteza e eficiência, quando necessitar de assistência médico-hospitalar. Para tanto, opta por pagar mensalidade a uma pessoa jurídica administradora, em vez de fazer poupança do valor da prestação mensal, para utilizá-la quando de eventualidade, consoante realça a festejada autora acima citada:

Objetivo principal destes contratos é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes a futura necessidade de assistência médica ou hospitalar. A efetiva cobertura (reembolso no caso dos seguros de reembolso) dos riscos futuros à sua saúde e de seus dependentes, a adequada prestação direta ou indireta dos serviços de assistência médica (no caso dos seguros de pré-pagamento ou de planos de saúde semelhantes) é o que objetivam os consumidores que contratam com estas empresas. Para atingir este objetivo os consumidores manterão relações de convivência e dependência com os fornecedores desses serviços de saúde, por anos, pagando

23 MARQUES, Claudia Lima. **A abusividade nos contratos de assistência à saúde e de assistência médica no Brasil**. Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 22, nº 64, jul. 1995, p. 34-77.

mensalmente suas contribuições, seguindo as instruções (por vezes exigentes e burocráticas) regulamentadoras dos fornecedores, usufruindo ou não dos serviços, a depender da ocorrência ou não do evento danoso à saúde do consumidor e seus dependentes (consumidores-equiparados).²⁴

Os contratos de planos de saúde caracterizam-se como de modalidade de adesão, por não admitirem negociação direta entre o fornecedor e o consumidor, o que implica relação de superioridade da pessoa jurídica que monopoliza o poder de barganha, em detrimento do consumidor que se coloca em posição de hipossuficiente na avença, quebrando a paridade de armas, que deve ser garantida entre os contratantes, dando azo a práticas abusivas, que costumam desembocar no Poder Judiciário.

Nas lições de Daniela Batalha Trettel, os contratos de plano de saúde são considerados contratos cativos de longa duração:

Os contratos de planos de saúde também se caracterizam como contratos cativos de longa duração, em que o usuário dos serviços de saúde coloca-se em situação de dependência em relação à operadora, havendo a legítima expectativa de manutenção do vínculo contratual por tempo indeterminado. A esse tipo de contrato dá-se o nome de “contratos de trato sucessivo”.²⁵

Antes da regulamentação legislativa específica, mas precisamente até 1998, surgiu uma divisão quanto à legislação a ser aplicada aos contratos celebrados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98 e os celebrados posteriormente. Quanto a estes também eram divididos entre os celebrados antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), que eram regulados pelo Código Civil (com exceção dos contratos de seguro saúde, regulamentados pelo Decreto-Lei nº 73/66) e após a sua vigência.

²⁴ MARQUES, Claudia Lima. *Op. cit.*, p. 38.

²⁵ TRETTEL, Daniela Batalha. **Planos de Saúde na Visão do STJ e do STF**. São Paulo: Verbatim, 2010, p. 68.

O Superior Tribunal de Justiça, ao apreciar a matéria, decidiu que o Código de Defesa do Consumidor deveria ser aplicado aos contratos celebrados, mesmo antes da sua vigência, por constituírem os planos de saúde contratos cativos, de trato sucessivo, consoante bem retrata a lição de Daniela Batalha Trettel:

O Código de Defesa do Consumidor foi um divisor de águas na defesa do usuário de planos de saúde diante das práticas restritivas de direito das operadoras de planos de saúde. Em vigor a nova lei, começou o debate acerca da sua aplicabilidade aos contratos anteriores a ela. Contratos anteriores à vigência do Código de Defesa do Consumidor. O Superior Tribunal de Justiça entende que o contrato de plano de saúde é contrato de trato sucessivo, caracterizado pela prestação continuada no tempo, sendo o Código de Defesa do Consumidor aplicável aos fatos que ocorreram após a sua entrada em vigor. 'a questão fundamental a ser dirimida é sobre a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, considerando que o contrato é anterior. Mas, na minha compreensão, esta Terceira Turma já decidiu que nos contratos de execução continuada incide o Código de Defesa do Consumidor (Resp nº 331.860/RJ, DJ de 5/8/02), não sendo os fatos narrados anteriores a sua vigência (...) No mesmo sentido ainda os Recursos Especiais 244.847/SP, julgamento em 19/5/05, relator Ministro Pádua Ribeiro; 735.168/RJ e 986.947/RN, ambos julgados em 11/3/08 e relatados pela Ministra Nancy Andrigli.²⁶ (2010, p. 99)

Para os contratos de planos de saúde celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, pode incidir tanto a Lei de Planos de Saúde, quanto o Código de Defesa do Consumidor, ante a relação de complementariedade existente entre os dois diplomas jurídicos, na compreensão também da aludida doutrinadora:

²⁶ TRETTEL, Daniela Batalha. *Op. cit.*, p. 99.

*A Lei dos Planos de Saúde mantém com o Código de Defesa do Consumidor uma relação de complementariedade, descendo a minúcias do setor que não precisam e não devem estar no código, que se propõe uma lei que traga “perspectiva e diretrizes”. Não existe conflito de leis no tempo. Lei 9656/98 e CDC são aplicados concomitantemente aos planos de saúde. E havendo silêncio da lei específica, ou sendo esta inaplicável, aplica-se somente o Código, que trata indistintamente de todas as relações de consumo.*²⁷

Na visão da Professora Cláudia Lima Marques, deverá ser aplicada a Teoria do Diálogo das Fontes, o que implica a aplicação da norma que seja mais favorável ao consumidor, quando da existência de duas fontes normativas.²⁸

Entre os planos de saúde criados pelo artigo 10, da Lei nº 9.656/98, instituiu-se um tipo padrão, que deverá ser mantido e colocado à disposição dos usuários do serviço, providência louvável, levando em conta, que anteriormente à sua vigência, não havia um tipo *standard*, que pudesse ser utilizado como parâmetro e para a comparação com os demais oferecidos.

Foram criados cinco tipos de planos de saúde que delimitam a cobertura a ser garantida pelo contratado: a) plano de seguro referência b) plano ambulatorial c) plano hospitalar d) plano hospitalar com obstetrícia e) plano odontológico.

O plano padrão é o mais completo de todos e deve ser oferecido pela contratante obrigatoriamente aos usuários do serviço, englobando as doenças relacionadas no Código Internacional (CID), mas não cobre todos os procedimentos hospitalares, que são excluídos no próprio dispositivo legal, ressalvada a hipótese de manter o sistema de assistência à saúde por autogestão, ou quando opere apenas planos odontológicos, consoante a oportuna a visão da doutrinadora Nilza Rodrigues Almeida:

27 Idem, p. 70.

28 MARQUES, Claudia Lima. *Op. cit.*, p. 52.

O artigo 10 da Lei 9.656/98 estabelece o plano de seguro-referência. É o mais completo, inclui todas as doenças relacionadas pela Organização Mundial de Saúde, consultas e exames sem limitação de valor ou quantidade. O tratamento será realizado somente no Brasil; quando necessária a internação hospitalar, o padrão será enfermaria ou centro de tratamento intensivo. O plano inclui consultas e exames sem limitação de valor e quantidade. (...) O plano-referência não exclui doenças, todavia, exclui tratamentos como: clínico ou cirúrgico experimental; procedimento clínico para fins estéticos; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos tanto para tratamento domiciliar como medicamentos importados, fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados a ato cirúrgico; procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária; tratamentos ilícitos ou antiéticos; casos de cataclismas, guerras e comoções internas.²⁹

O plano ambulatorial permite que o usuário realize consultas médicas, exames e outros tratamentos ilimitadamente, mas não lhe dá direito a utilizar os serviços de apoio hospitalar por mais de doze horas, bem como não cobre qualquer tipo de internação, conforme bem observa Nilza Rodrigues de Almeida:

O artigo 12, inciso I, da Lei 9.656/98 diz que o beneficiário tem direito a consultas médicas em número ilimitado, exames e outros tratamentos, desde que feitos em ambulatório. Não terá direito à internação hospitalar, nem mesmo para procedimentos de diagnósticos, ou qualquer terapia que exija apoio hospitalar³⁰. (2002, p. 96)

29 ALMEIDA, Nilza Rodrigues de. *Op. cit.*, p. 94.

30 ALMEIDA, Nilza Rodrigues de. *Op. cit.*, p. 96.

As coberturas mínimas e obrigatórias contratadas são elencadas por Fabiana Ferron:

*Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, desde que não exijam estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas mas somente ambulatorial.*³¹

O plano hospitalar cobre a internação do usuário em clínicas básicas e especializadas e em centro de terapia intensiva, sem limite de tempo, de valor e quantidade, mas não cobre os serviços ambulatoriais, desde que não se trate de procedimentos especiais cuja necessidade se relacione à continuidade da assistência prestada na internação ou se trate de urgência ou emergência, consoante a mesma autora acima:

*Outra opção de plano segmentado, assegura ao beneficiário internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas e em centro de terapia intensiva, sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvados os relacionados com os procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade de assistência prestada na internação hospitalar e nos caso de urgência e emergência. O plano deve cobrir, ainda, uma série de eventos previstos nas alíneas do inciso II, do artigo 12 da Lei 9.656/98. As exclusões admitidas são apenas as descritas nos incisos do artigo 10, como por exemplo: tratamento experimental, procedimentos ou tratamentos para fins estéticos, bem como o uso de próteses ou órteses para esse fim, tratamentos ilícitos ou antiéticos.*³²

31 FERRON, Fernanda. *Op. cit.*, p. 40.

32 FERRON, Fernanda. *Op. cit.*, p. 41.

Trata-se de plano de caráter restrito, por não abranger a cobertura de assistência médica, nem a utilização de serviço ambulatorial pelos usuários, limitando-se a cobrir, de forma geral, as internações, incluindo cirurgias e outros procedimentos mais elaborados.

O plano hospitalar de saúde com obstetrícia possui regramento semelhante ao plano hospitalar, com o adendo de cobrir procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 (trinta) dias.

O plano odontológico poderá ser fornecido em conjunto com outra modalidade, ou isoladamente, devendo a contratante oferecer consultas e exames clínicos; radiologia; procedimentos preventivos; de dentista; de endodontia; periodontia; cirurgias orais menores realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

CONCLUSÃO

No decorrer deste trabalho, identificou-se que a Previdência Social no Brasil surgiu como forma de caridade, motivada pelo espírito religioso e teve início com a fundação das Santas Casas de Misericórdia: primeiro em Santos e depois no Rio de Janeiro.

Os contratos de planos e seguro-saúde são contratos de longa duração, de trato sucessivo, que implicam uma obrigação de resultado, pois se espera da empresa um ato preciso, um “prestar serviços médicos”, um “reembolso de quantias”, um “fornecer exames e medicamentos”. Por essa razão, cria-se expectativa de segurança ao consumidor, que acredita estar protegido.

As prestações pagas pelo consumidor, denominadas “prêmio”, são calculadas com base nos riscos assumidos pela empresa prestadora. Os planos de saúde, (de prestação de serviço e os de seguro médico) são atividades econômicas exercidas por empresas que, evidentemente, buscam como resultado de suas atividades o lucro.

Por essa razão, são oferecidos diversos tipos de cobertura e, por consequente, quanto maior a cobertura, mais elevadas serão as prestações a

serem pagas pelo consumidor.

O tema ganha contornos mais complexos, quando analisado o momento em que foram firmados os contratos de planos de saúde e seguro-saúde; se anteriores, ou posteriores à Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e à Lei nº 9.656/98 (que trata dos planos e seguros privados de assistência a saúde). Entendimentos do Superior Tribunal de Justiça e também do Supremo Tribunal Federal demonstram que o Código de Defesa do Consumidor não se aplica aos contratos firmados antes de sua vigência.

No entanto, os contratos de plano e seguro-saúde possuem características distintas, pois, conforme esclarecido, são contratos de trato sucessivo e seus efeitos jurídicos perpetuam-se no tempo, de forma continuada. Isso se deve ao princípio da conservação dos contratos de consumo de longo prazo, ou, na terminologia da professora Cláudia Lima Marques: “contratos cativos de consumo”.³³

Nesse passo, verifica-se que o contrato de seguro não é mero negócio jurídico com prazo indeterminado, mas se renova de tempos em tempos, uma vez que o prêmio corresponde à cobertura securitária que a operadora de seguros dispõe ao segurado em sua atualidade.

Ainda no magistério de Cláudia Lima Marques:

*Ao garantir aos consumidores a sua defesa pelo Estado criou a Constituição uma antinomia necessária em relação a muitas de suas próprias normas, flexibilizando-as, impondo em última análise uma interpretação relativizada dos princípios em conflito, que não mais podem ser interpretados de forma absoluta ou estaríamos ignorando o texto constitucional.*³⁴

Como não poderia deixar de ser, o entendimento acima se funda nas garantias constitucionais do ato jurídico perfeito e do direito adqui-

33 MARQUES, Claudia Lima. Op. cit., p. 60.

34 MARQUES, Claudia Lima. Idem.

rido. E não se leve ao oblívio que os valores fundamentais incrustados na nossa Carta Magna foram conquistados à custa de duras penas ao longo da história da humanidade, com o escopo de proteção dos cidadãos contra eventuais abusos, garantindo-lhes o mínimo necessário para preservação de uma vida digna, elevados ao status de cláusulas pétreas (artigos 60, § 4º, II, da CRFB/88).

Enfim, os contratos de seguros e planos de saúde ainda apresentam muita discussão e dificuldades para os usuários do serviço, carecendo de contínuo aprimoramento e de fiscalização eficiente dos órgãos de proteção aos consumidores e da profícua atuação do Poder Judiciário, para pôr cobro aos abusos cometidos pelas empresas que os operam. ♦

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nilza Rodrigues de. **Contratos de Plano de Saúde**. São Paulo: Edições Inteligentes, 2007.

ALVIM, Ruy Carlos Machado. **Uma história crítica da legislação previdenciária brasileira**. RDT. 2001.

BALERA, Wagner. **A Seguridade Social na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

BARROSO, Luís Roberto. **Temas de Direito Constitucional**. In: _____. Doze anos da Constituição Brasileira de 1988. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 7 jul. 2011.

BRANCO, Elaine Castelo. Disponível em: [http://www.abmp.org.br/congresso2008/teses/154715-TESE %20ABMP%20ok.doc](http://www.abmp.org.br/congresso2008/teses/154715-TESE%20ABMP%20ok.doc). Acesso em: 11 ago. 2011.

COSTA, Márcio Britto. **A inconstitucionalidade da Resolução CONSU nº 13, que limitou os atendimentos de urgência e emergência a 12 horas em ambulatório.** Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/17327/a-inconstitucionalidade-da-resolucao-consu-no-13-que-limitou-os-atendimentos-de-urgen+cia-e-emergencia-a-12-horas-em-ambulatorio>>. Acesso em: 09 ago. 2011.

IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho_ereendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em: 09 ago. 2011.

FEIJÓ COIMBRA, J. R. **Direito Previdenciário Brasileiro.** Rio de Janeiro: Ed. Trabalhistas, 1990.

FERRON, Fernanda. **Planos Privados de Assistência à Saúde.** São Paulo: Livraria e Universitária de Direito, 2002.

GRINBERG, Rosana. Disponível em: <http://www.advocaciaassociada.com.br/informacoes.asp?IdSiteAdv=2803&action=exibir&idinfo=1020>. Acesso em: 11 ago. 2011.

HOLMES, Anderson. *Irretroatividade da Lei.* Disponível em: <<http://cristianemarinhocivil.vilabol.uol.com.br/a62.htm>>. Acesso em: 09 ago. 2011.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COMPLEMENTAR. **Saúde Suplementar. O que é? Para que serve? A quem se destina? Algumas propostas.** 2011.

LEITE, Celso Barroso. Apud BALERA, Wagner. **A Seguridade Social na Constituição de 1988.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

MARQUES, Claudia Lima. **A abusividade nos contratos de assistência à saúde e de assistência médica no Brasil.** Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 22, nº 64, jul. 1995, p. 34-77.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo: Atlas, 2001.

PULINO, Daniel. **A Aposentadoria por invalidez no direito positivo brasileiro**. São Paulo: LTR, 2001.

ROCHA, Daniel Machado. **O Direito Fundamental à Previdência Social na Perspectiva dos Princípios Constitucionais Diretivos do Sistema Previdenciário Brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

SEGER, Mariana da Fonseca e MOLINARO, Carlos Alberto. **Concretização do Direito Fundamental à Saúde Os princípios da prevenção, precaução e regulação**. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Direito/71419-MARIANADAFONSECA_SEGER.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2011.