

A cidadania humilhada

Ação popular tenta reverter na Justiça medidas arbitrárias dos planos de saúde

Tânia Coelho

O Conselho Municipal de Defesa do Consumidor e a Procuradoria da Justiça decidiram entrar com Ação Popular contra a Superintendência de Serviços Privados (Susep), órgão do Ministério da Fazenda responsável pela fiscalização das empresas de seguro. Motivo: a sua omissão na fiscalização dos aumentos efetuados por inúmeras empresas da área de saúde. Enquanto isso, Amil, Golden Cross, Blue Life, Iguatemi e Unimed foram autuadas, dia 29 de junho último, pela Lei Delegada nº 4, por abuso de poder econômico.

Em apenas três dias, na primeira quinzena de junho, cerca de 40 pessoas entraram com ação na Comissão Municipal de Defesa do Consumidor contra os preços abusivos praticados pelos planos de saúde, que chegaram a aumentar em até 105% suas mensalidades. São tantas as reclamações que a Ação Popular foi considerada a saída mais eficaz não só como instrumento jurídico como também de pressão junto às autoridades para que medidas sejam tomadas coibindo os aumentos exagerados.

Este abuso de poder, afirma a advogada paulista Rosana Chiavassa, só vai deixar de acontecer no momento em que todos os lesados ou aqueles submetidos à retaliação entrarem na Justiça contra estas empresas. Rosana lembra que no início da década de 80, devido a planos e mudanças na economia, o Judiciário brasileiro quase submergiu pressionado pela grande quantidade de ações de despejo encaminhadas. Resultado: o Congresso Nacional aprovou e o Executivo sancionou a Lei do Inquilinato.

A comparação toma outra dimensão quando sabemos que desde março o presidente Itamar Franco mantém em suas gavetas o decreto-lei que regulamenta a atuação das empresas que fornecem assistência na

área de saúde. De um lado – o dos cidadãos – os Conselhos de Medicina e algumas organizações não-governamentais (ONGs) mantêm pressão permanente para que este decreto entre o mais rápido possível em vigor. De outro lado – o dos grupos empresariais – há o poderoso lobby da saúde privada. Passaram-se mais de três meses e o decreto-lei continua engavetado.

O poderio destas empresas é tão grande que não admitem sequer o questionamento. Segundo Rosana, em geral, os contratos são feitos para iludir o consumidor. Inicialmente oferecem atendimento e cobertura total, mas depois estabelecem muitas formas de dizer não. “Elas ‘desovam’ os pacientes graves na rede pública.”

No escritório de advocacia de Rosana Chiavassa e Vilma Pastro, a indignação é a marca da maioria dos depoi-

mentos. O quadro se repete país a fora quando o Tribunal de Contas da União investiga e denuncia o desvio de milhares de dólares do Sistema Único de Saúde, enquanto a população morre sem atendimento nas filas dos ambulatórios, obrigada a conviver com hospitais sem médicos e equipamentos.

Reféns da corrupção e da incompetência administrativa, os que podem e até os que não podem fazer “das tripas, coração” e ingressam nos planos de saúde. Custa caro o passaporte para este outro universo: o do direito a duras penas conquistado, quando se paga para ter benefícios que estão garantidos contratualmente, mas que nos momentos em que mais são necessários, descobre-se simplesmente que “o seguro não cobre”. E quem reclama é bem provável que seja “dispensado”, pois a empresa não tem mais interesse em manter o seguro.

Enquanto a saúde privada engorda seus cofres, a saúde pública agoniza



Esta é a história de Jorge Coimbra. Há cinco anos, ele soube que estava contaminado com o vírus da Aids. Não foi fácil descobrir, em São Paulo, o grupo argentino Omint Assistencial, o único que na ocasião aceitava pacientes contaminados com o vírus, cobrando nestes casos quase o triplo do que costumava cobrar da grande maioria de seus segurados. A saída foi aceitar as regras do jogo: pagar parcelas altíssimas, respeitar o tempo de carência e ter a garantia de poder contar com a cobertura de um plano que não discriminava a Aids. Dois anos depois, o quadro mudou. Restrições, dificuldades e burocracias desaguaram, finalmente, no corte do segurado.

Restou o caminho da Justiça. Jorge deu início a mais uma entre as centenas de ações criminais que circulam pelos corredores dos fóruns de todos os estados em busca de soluções para casos, às vezes, extremamente dramáticos. "Não bastasse a permanente insegurança em função do preconceito e da desinformação a respeito da doença, os planos de saúde criam em seus contratos uma série de situações absurdas, muitas delas

"É comum encontrarmos em hospitais pacientes sem recursos, que pagaram durante anos seguro o médico privado que não cobre doenças crônicas"

garantidas por cláusula que diz que qualquer uma das partes pode romper o contrato sempre que julgar pertinente", diz a advogada de Jorge. Foi essa a cláusula que fez com que ele, ao contrário do que aconselha a advogada Rosana Chiavassa, recusasse e desistisse de encaminhar, na Justiça, a ação contra a Omint. Jorge hoje associou-se a um outro plano sem nenhuma garantia de que terá atendimento caso precise de internação hospitalar.

Pacientes com o vírus percorrem os mais diferentes caminhos, alguns protegidos por médicos e advogados com dedicação integral, que interpretam contratos, negociam espaços, conseguem internação e tratamento à base de dezenas de subterfúgios e processos que aprendem a utilizar na convivência diária com a discriminação nessa área.

Os casos de Aids são os mais gritantes. Reclamam o Conselho Federal de Medicina, o Programa Estadual de Defesa do Consumidor (Procom), a Comissão Municipal de Defesa do Consumidor, a equipe de proteção ao consumidor da Procuradoria da Justiça, e grita o cidadão. Com todo esse barulho e com enorme soma de recursos investidos no marketing e em contas muito gordas de publicidade na mídia – o que ajuda a manter o silêncio da imprensa – os planos continuam a ampliar seu mercado como a grande salvação da classe média.

Falsa defesa do doente – Depoimento esclarecedor é o da jornalista e advogada Anna Accioly, que já traba-

lhou em um escritório de advocacia responsável pela defesa de seguros-saúde e integrou a Comissão de Consolidação Previdenciária do Estado do Rio de Janeiro e do Estado da Guanabara. Sobre a Omint que, segundo Anna cobria todos os tipos de doença em qualquer hospital, no Brasil e no exterior, "a orientação do nosso escritório de advocacia foi no sentido de que cobrassem mais caro, para que pudessem cobrir os compromissos contratuais que assumiam e arcar com os custos que cresceriam com a cobertura a pacientes contaminados por doenças que começavam a assumir proporções de epidemia".

Afastada da advocacia, Anna é hoje diretora da Organização de Combate à Aids (OCA), e entende que "dizer que os planos têm que cobrir tudo é uma falsa defesa do doente porque, na verdade, isso só ajuda àqueles que querem a privatização da saúde. Essa responsabilidade é do governo". Para ela, "não é correto acusar os grupos de saúde de terem lucros, eles existem para isso. Não estão fazendo filantropia".

Segundo Anna Accioly, é matematicamente impossível, na filosofia de equilíbrio financeiro destas empresas, a manutenção de assistência médica integral. Um seguro-saúde que garante a cobertura para todas as doenças teria que cobrar um preço impraticável.

"O que não podemos aceitar é o lucro excessivo. Mas o caminho não é exigir que os planos cubram tudo, porque isso dá munição aos defensores da privatização que insistem que o governo não é competente e por isso a iniciativa privada tem que assumir tudo." Ela defende a tese de que o governo tem que se responsabilizar pela saúde da população. "Países tão diferentes como Cuba e a África do Sul entenderam que o caminho é ter saúde e educação como responsabilidades do Estado", afirma.

A saída – Se o governo não tem condições e os planos não dão essa cobertura, quais as possibilidades de, a curto prazo, o cidadão brasileiro ter garantias mínimas na área de saúde? É justo que os planos tratem o seguro-saúde com os mesmos critérios com que vendem o seguro de um veículo?

Especialista na área de seguros, conhecedor profundo dos mecanismos e da legislação que rege o setor, o advogado Renato Paulino assinala: "O contra-





A população brasileira deixou de ser cliente e passou a ser refém dos planos de saúde

to estabelece o tipo de cobertura que o seguro vai dar. Paga-se um prêmio para poder receber um eventual serviço no futuro. O prêmio é dimensionado e estabelecida uma taxa que remunere a atividade e permita fazer face a estacobertura. Não é justo que uma pessoa que tem um risco menor pague por aquele que tem risco muito maior. Maior a cobertura, maior o valor pago

ao segurador. E ainda há a vantagem de que o seguro está à luz da fiscalização governamental, através da Superintendência de Seguros Privados, órgão do Ministério da Fazenda, e os planos de saúde não."

Golden Cross é plano ou seguro? Poucos saberiam responder porque, na prática, não existe diferença e os critérios que determinam a atuação do Se-

guro Saúde Golden Cross são exatamente iguais aos planos existentes no mercado e, para a população, o que interessa é a relação custo/benefício. "Assim a sensação é de total descompasso", informa a advogada Márcia Eckstein, responsável pela entrada de várias ações na Justiça e que conhece histórias de luta diária de médicos e pacientes para exigir que os planos, enquanto empresas, tenham seus lucros mas respeitem os termos contratuais. E mais: que definam claramente as normas impressas em letras minúsculas, como se tudo fosse feito para dificultar o entendimento, sem definir claramente as responsabilidades

Conquistas de uma década

O Conselho Regional de Medicina (Cremerj) foi o primeiro órgão a criar resolução, com força de lei, obrigando os planos de saúde a atenderem pacientes com qualquer tipo de doença. Esta primeira resolução foi a 19/87, de 20 de agosto de 1987, que obriga "as empresas contratantes a garantir atendimento a todas as enfermidades relacionadas no código internacional de doenças da Organização Mundial de Saúde". As empresas que desrespeitassem esta decisão estariam automaticamente desligadas do Cremerj e sujeitas a penalidades.

Em seguida, o Conselho Federal de Medicina baixou a Resolução nº 1401 estendendo a medida a todo o Brasil e, em 1991, o Cremerj tratou novamente do assunto na Resolução 35, especificando o caso dos doentes de Aids e dos soropositivos. Diz a resolução: "O atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas universais de biosegurança, recomendadas

pela Organização Mundial de Saúde, razão pela qual nenhuma instituição poderá alegar falta de condições específicas para prestar a assistência de que trata esta resolução".

No entanto, muito embora as resoluções 35 e 19 do Cremerj proibam os planos de saúde de rejeitar tratamentos em pacientes com câncer, Aids ou doenças infecto-contagiosas, a desobediência às leis e, na maioria dos casos, a impunidade, continuam sendo as marcas deste lamentável capítulo da saúde de nosso povo.

"Diretores e médicos estão sendo punidos e existem inúmeros processos éticos contra eles", informa o conselheiro do Cremerj, David Szpacenkops, responsável pela Comissão de Convênios. "Temos conseguido grandes vitórias, como a criação de hospitais da Amil e da Golden Cross para atenderem especialmente a estes casos. O grande problema agora são os seguros de saúde. Trabalhamos no sentido de conseguir que eles também se submetam às resoluções do Cremerj", diz ele.

Poucas armas – Márcia se impressiona com o número de profissionais de Direito e Medicina que recuam na hora de fazer as denúncias. Esse tipo de postura, somado à proteção que os departamentos comerciais da grande imprensa dão a este mercado, mais as armadilhas contratuais, deixam no ar, para a grande maioria, uma sensação de impotência. Mas para os que “botam a boca no trombone” fica a sensação de que é possível usar as poucas armas disponíveis, como é o caso de Carmem Carísio.

Seu filho, recém-nascido, necessitava de uma pequena cirurgia. A Golden Cross alegava que a intervenção não estava coberta pelo plano. Uma ação junto à Comissão Municipal de Defesa do Consumidor fez com que o casal fosse ressarcido, sem reajuste, do valor pago, valendo neste caso uma regulamentação do Conselho Regional de Medicina que obriga os planos a cobrirem determinados tipos de cirurgia. No caso de Carmem, a história termina aí, mas caso semelhante, ocorrido com Roberto Carvalho, fez com que uma simples reivindicação junto ao mesmo órgão lhe valesse o desligamento imediato do plano sem direito à defesa também com a famosa alegação de que à empresa não interessava mais manter o contrato. Vale lembrar que em alguns casos o prazo de carência é de dois anos.

Os clientes que reclamam das altas mensalidades correm o risco de ter seus contratos cancelados

casos o prazo de carência é de dois anos.

Outras formas de ação

A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) e o Grupo pela Vida atuam mais no campo jurídico, questionando o contrato em si. Embora ainda atuando de forma emergencial, têm computadas mais vitórias que derrotas com a Medida Cautelar, garantindo internação e não permitindo que o paciente fique sem assistência.

Na Ação Ordinária, as entidades questionam o contrato, argumentando que as cláusulas que não permitem a entrada do paciente portador de doenças infecto-contagiosas são abusivas. A medida garante que o paciente receba o tratamento até que saia o resultado da ação.

Segundo informou Lilian Márcia Balmant Emerique, do setor jurídico da Abia, boa parte dos planos de saúde tornam-se seguros-saúde, sujeitos à legislação de seguros e do Código Civil. “Lutamos para submeter as seguradoras aos órgãos de saúde. Não é possível tratar a saúde e o paciente como se trata um automóvel, um objeto”, afirma Lilian.

É muito comum encontrar, abandonados em enfermarias de hospitais públicos, pacientes que pagaram durante anos seguro-médico à rede privada que não cobre leucemia, nem doenças nervosas crônicas, nem Aids, nem câncer, nem doenças infecto-contagiosas. As empresas simplesmente alegam que se o fizessem iriam à falência. A maioria delas está aumentando seus preços de maneira absurda. Quem defende o cidadão nessa lógica extremamente perversa? “Se é verdade que é a Susep, que responda a essa Ação Popular com uma auditoria nas contas destas empresas”, insiste Carmem.

Na Academia Nacional de Medicina

na, no Conselho Federal de Medicina e em outros órgãos que defendem a melhoria do serviço público, é comum a lembrança das inúmeras vezes em que a rede pública atende a pessoas que têm plano de saúde privado, porque as clínicas particulares não trabalham com especialistas em seus plantões. Por que as as companhias de seguro não indenizam os hospitais públicos quando eles atendem a um de seus segurados? É a pergunta que estas entidades deixam no ar.

Na verdade, esta é uma discussão antiga. Não são poucos os que afirmam que a rede privada suga a rede pública, sem que qualquer medida seja tomada. Um exemplo é o que ocorre, desde 1980, no pronto-socorro do Hospital das Clínicas de São Paulo, que tenta receber uma compensação das companhias que vendem seguros contra terceiros. De um cadastro de três mil pacientes, resarcuiu-se em menos de 300, como se tudo se resumisse em um subsídio do setor público para o privado, como definiu muito bem o médico Paulo Pinheiro, do Miguel Couto: “O Estado falido banca um risco tomado por empresas privadas e gasta recursos públicos engordando-lhes os lucros.”



Comissão Municipal de Defesa do Consumidor
Câmara dos Vereadores, Praça Floriano, s/nº – sala 201
Centro, Rio de Janeiro
Tels.: 262-7638 e 292-4141 Ramais 227/229/364/365

Programa Estadual de Defesa do Consumidor
Rua Buenos Aires, 309
Centro, Rio de Janeiro
Tels.: 224-4916 e 224-5184