



Número: **1004183-52.2020.4.01.3000**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Federal Cível e Criminal da SJAC**

Última distribuição : **28/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Planos de Saúde, ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
Ministério Público Federal (Procuradoria) (AUTOR)			
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (RÉU)			
Ministério Público Federal (Procuradoria) (FISCAL DA LEI)			
ASSOCIACAO FAMILIA AZUL DO ACRE - AFAC (ASSISTENTE)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
295783873	15/09/2020 19:24	Decisão	Decisão



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL
Seção Judiciária do Acre
3ª Vara Federal Cível e Criminal da SJAC

PROCESSO: 1004183-52.2020.4.01.3000
CLASSE: AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL (65)
AUTOR: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (PROCURADORIA)
RÉU: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DECISÃO

Trata-se de ação civil pública ajuizada pelo **Ministério Público Federal** em face da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, por meio da qual objetiva, em tutela de urgência, que, para o tratamento de pessoas com transtorno do espectro autista, no Estado do Acre, seja declarada a inaplicabilidade de limite das sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, previstas no anexo II da Resolução Normativa n. 428/2017 da ANS.

Narra que a Resolução n. 428/2017/ANS, que estabelece as regras de cobertura mínima de procedimentos e eventos a serem observadas pelos planos de saúde, prevê quantidade de sessões insuficientes para o adequado tratamento de pacientes com transtorno do espectro autista. E que, diante da ausência de protocolos clínicos específicos, é prática comum que as operadoras de planos de saúde neguem tratamentos nacionalmente reconhecidos e prescritos por especialistas.

Aduz que, em razão disso, houve o ajuizamento da ACP n. 1005197-60.2019.4.01.3500, que tramitou perante a Seção Judiciária de Goiás e foi julgada parcialmente procedente para condenar a ANS a afastar a limitação das sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, previstas no anexo II da Resolução Normativa n. 428/2017, porém com efeitos limitados ao Estado de Goiás.

Sustenta, no mérito, o dever de proteção do direito à saúde da pessoa com



transtorno do espectro autista; a proteção da defesa do consumidor frente aos planos de saúde, especificamente quanto às expectativas legítimas. Apresenta ponderações acerca da aplicação da Convenção sobre Direito das Pessoas com Deficiência. Pontua, ainda, a existência de protocolo específico de tratamento no âmbito do SUS, o que comprova a relevância da questão e a inexistência de razões plausíveis para não o estender à saúde suplementar.

Instada, a ANS apresentou manifestação. Alega que não há omissão por parte da Agência, que não impõe quaisquer técnicas, abordagens ou métodos, salvo a especificação de procedimentos com evidências convalidados nas Tabelas de Procedimentos de uso corrente no Setor de Saúde Suplementar. Argumenta que, observada a complexidade da demanda em análise, não se considera recomendável a flexibilização do regramento regulatório por antecipação de tutela, mencionando que nos autos da ACP 1005197-60.2019.4.01.35000, indicada pelo autor na inicial, essas premissas foram determinantes para o indeferimento da tutela antecipada. (id 295742378).

Decido.

Cabe bem delimitar o pedido de tutela antecipada. A ANS, na sua manifestação, enfatizou, em síntese, que não endossou um método ou uma técnica única e definitiva para tratamento do TEA, e que diante da ausência de consenso científico sobre o tema, a regulamentação por si elaborada deixa a critério da equipe médica a definição de qual abordagem terapêutica será adotada.

Esse posicionamento da ANS é importante. Mas não é disso que trata o pedido inicial. É até possível dizer que a petição inicial acaba por desviar a atenção para outros aspectos, mas é clara em pedir que a ANS não limite o número de sessões de terapia (psicoterapia, fonoaudiologia etc.) a serem suportados pelas operadoras.

A controvérsia, para os limites deste momento processual, diz respeito a isso: saber se, à luz da lei e sua regulamentação, os planos podem limitar a quantidade de sessões de fonoaudiologia, por exemplo. Não pretende o MPF que seja imposto uma única abordagem clínica, ou um único método.

O pedido de urgência se insurge contra a hipótese, rotineira, de um médico ou uma equipe de especialistas médicos recomendar 3 sessões de terapia comportamental por semana e o plano custear apenas uma ou duas, indicando como suporte para sua decisão justamente a resolução 428/2017 da ANS.

É essa limitação que se almeja afastar.

Em relação a essa controvérsia inicial, anoto que a Lei n. 9.656/1998, que faculta e regulamenta a prestação de serviço de assistência à saúde por pessoas jurídicas de direito privado, prevê, na própria definição de plano privado de assistência à saúde, a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos *sem limite financeiro*, consoante redação de seu art. 1º, I, *in verbis*:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do



cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - 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**, a 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Prevê, ainda, que a oferta, a contratação e a vigência dos produtos oferecidos devem respeitar as amplitudes de cobertura previstas no plano-referência, sem deixar de observar as exigências mínimas dispostas na própria Lei. Notadamente, em relação ao atendimento ambulatorial, assim dispõe:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, **segundo as seguintes exigências mínimas:** (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) **cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;** (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;

De outro lado, Resolução n. 428/2017 da ANS, se por um lado não é literal em permitir a limitação, é redigida de um modo que facilmente pode ser interpretada nesse sentido, isto é, permitindo a limitação. Leia-se:

Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que **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 9.656, de 3 de junho de 1998.



(...)

Art. 2º As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

E é essa norma que as operadoras se utilizam para fixar limite às sessões. A *cobertura mínima*, acima mencionada, é, na prática, adotada como *teto de cobertura*.

Contextualizada a questão, vê-se que uma norma administrativa está modificando o alcance de um benefício, de uma vantagem assegurada pela lei. A lei foi explícita em proteger o consumidor contra planos que não oferecem cobertura suficiente ou insatisfatória, bem se harmonizando com o CDC que proíbe o serviço insatisfatório (art. 4º, II, “d”, Lei n. 8.078/1990).

O afastamento de regulação editada por entidade com competência legal e presumida capacidade técnica para tanto não é inédita. Em relação à própria ANS, o STF assim o fez ao reconhecer, na Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 532/DF, que a Resolução n. 433/2018, que estabelecia “Mecanismos Financeiros de Regulação” extrapolava os limites regulatórios da agência.

Reconhecido que a função normativa das agências reguladoras, notadamente quando atinge direitos e deveres dos administrados ligados ao Estado, subordina-se necessariamente ao que disposto em lei, autorizada está a intervenção judicial diante de normas que o extrapolam.

Na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça são numerosas as decisões relativas a lides individuais com a presença de planos de saúde no polo passivo, onde se reconhece a abusividade de cláusula contratual ou em ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento psicoterápico por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.^[1]

A presente ação se vale de argumentos similares, direcionando-os a uma parcela específica dos usuários e aprofundando a tutela buscada. A natureza coletiva e a presença da ANS no polo passivo são, ademais, salutares, na medida em que amenizam a manutenção de situações desiguais em relação aos consumidores, mas também em relação aos planos de saúde.

Presente a probabilidade do direito, o perigo da demora emerge da constatação de que a manutenção do status quo poderá redundar na interrupção de tratamento da coletividade de pessoas com TEA em tratamento no Estado do Acre, por força da aplicação das cláusulas limitadoras fundadas na normativa da ANS.

Com essas razões, **defiro** o pedido liminar para determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que, para os indivíduos em tratamento de transtorno do espectro autista no Estado do Acre, seja declarada a inaplicabilidade de limite das sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia,



previstas no anexo II da Resolução Normativa n. 428/2017, devendo a demandada dar divulgação e ciência da presente decisão para conhecimento público e para as operadoras de planos privados de saúde.

Intime-se a Associação Família Azul do Acre para, querendo, intervir no feito (Art. 5º, §2º, Lei n. 7.347/85).

Comprovado o cumprimento da tutela de urgência, remetam-se os autos ao Núcleo de Conciliação, para realização da audiência.

Cite-se e intimem-se.

Jair Araújo Facundes

Juiz Federal

[1] Nesse sentido: REsp 1642255/MS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/04/2018, DJe 20/04/2018; REsp 1679190/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 26/09/2017, DJe 02/10/2017.

