



Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

A saúde suplementar: a intervenção e a regulamentação do Estado

Claudia de Amorim Niemeyer de Farias

Rio de Janeiro
2015

CLAUDIA DE AMORIM NIEMEYER DE FARIAS

A saúde suplementar: a intervenção e a regulamentação do Estado

Artigo Científico apresentado como exigência de conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro.

Professores Orientadores:

Mônica Areal

Néli Luiza C. Fetzner

Nelson C. Tavares Junior

Rafael Mario Iorio Filho

A SAÚDE SUPLEMENTAR: A INTERVENÇÃO E A REGULAMENTAÇÃO DO ESTADO

Claudia de Amorim Niemeyer de Farias

Graduada em Direito pela Universidade
Cândido Mendes. Advogada.

Resumo: O artigo tem por objetivo reconstruir a trajetória do direito à saúde, principalmente, a prestada por meio de planos privados, definindo o atual cenário desse mercado, em razão da regulamentação advinda por meio da instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ademais, faz um paralelo com a saúde promovida por meio do Sistema Único de Saúde, que é de responsabilidade de todos os entes federativos, com enfoque em suas premissas e no Ressarcimento ao SUS. Por fim, propõe reflexão acerca das responsabilidades de seus agentes, Estado e Operadoras de Saúde, em função não só da nova conjuntura, mas também das decisões judiciais promovidas nesta esfera, com vistas à assegurar o direito à vida e à saúde, privilegiados pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: Direito Constitucional. Direito à saúde. A Intervenção e Regulamentação Estatal. Responsabilidades do Estado e das Operadoras de Saúde Suplementar.

Sumário: Introdução. 1. O Direito Fundamental à Saúde. 2. A atuação intervencionista do Estado no mercado de Saúde Suplementar. 3. A redefinição das responsabilidades do Estado e das Operadoras de Saúde. Conclusão. Referências.

INTRODUÇÃO

A Saúde Suplementar assumiu um papel de grande relevância na sociedade contemporânea, principalmente pela precariedade no atendimento e nos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Desta feita, é natural que, em havendo possibilidade econômico-financeira, os indivíduos, no intuito de se precaverem, contratem planos privados de saúde suplementar, para se salvaguardarem de eventuais infortúnios, ou mesmo para que possam atuar de forma preventiva.

Assim, torna-se previsível que os beneficiários de planos privados de saúde suplementar busquem a tutela específica perante o Poder Judiciário, quando estão diante de

negativas de coberturas, notadamente daquelas não previstas no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde e/ou contrárias às disposições contratuais.

Nesse contexto, o Poder Judiciário ao ponderar os interesses envolvidos nas causas que lhe são postas a decidir, por vezes, acaba por conceder as tutelas de urgência, por considerar prevalente o princípio da dignidade da pessoa humana e o próprio direito à vida e à saúde, o que indubitavelmente o são.

No entanto, é de se questionar se cabe aos Operadores desse mercado a responsabilidade pelo custeio integral de um serviço, por exemplo, não previsto no Rol de Procedimentos Médicos da ANS, principalmente quando este deveria ser prestado pelo Sistema Único de Saúde, haja vista ser do Estado a responsabilidade precípua de garantir à saúde a todos, indistintamente.

Portanto, o presente trabalho enfoca a análise da intervenção e a regulamentação do Estado no mercado de saúde suplementar, ou seja, na constante alteração das condições contratuais, que imputa aos Operadores desse mercado responsabilidades imprevistas no âmbito de sua atuação, como também lhes confere atribuições que deveriam ser do Estado.

Sendo assim, o primeiro capítulo desse trabalho analisará o direito fundamental à saúde sob o prisma do princípio da dignidade da pessoa humana, notadamente quanto à efetivação desse direito, cuja responsabilidade precípua é do Estado (artigo 196, *caput*, da Constituição Federal de 1988), mas que também poderá ser assumida, indiretamente, por pessoas jurídicas de direito privado, desde que sob o controle e a fiscalização por parte daquele.

No segundo capítulo, abordaremos a atuação do Estado no controle e regulamentação do mercado de Saúde Suplementar, em especial aquele exercido pelas Operadoras de Saúde, que cada vez mais vêm assumindo papel de grande relevância no contexto nacional.

Já no terceiro capítulo, será defendida a necessidade de serem repensados os papéis assumidos pelo Estado e pelas Operadoras de Saúde, mormente quanto às responsabilidades no custeio de procedimentos médicos não previstos no Rol de Procedimentos Médicos da Agência Nacional de Saúde – ANS, ou em desrespeito ao contrato de assistência médica/hospitalar celebrado entre as Operadoras e seus usuários.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é demonstrar a necessidade de serem redefinidos os papéis assumidos pelo Estado e pelas Operadoras de Saúde, no tocante à prestação do serviço saúde suplementar, tendo em vista se tratar de um mercado regulado, como também de ser do Estado a função precípua de prover saúde a todos, indistintamente.

1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

O direito à saúde somente passou a ser previsto como direito social na Carta Constitucional de 1988¹; portanto, pode-se dizer que é um direito em formação, que vem ganhando contorno ao longo desses pouco mais de 25 anos.

A saúde está inserida no contexto da Seguridade Social, que se divide em: previdência social, assistência social e saúde². Antes do advento da CRFB de 1988, o direito à saúde não era universal, haja vista que somente os que contribuíam para a previdência social podiam se

¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015. Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição

² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015. Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

valer de seus benefícios. Assim, aos demais, restava socorrerem-se das Santas Casas de Misericórdia³, no caso de uma eventualidade.

A inserção do novo direito decorreu da influência sobre o Constituinte Originário do *Welfare State*⁴, instaurando os direitos de segunda geração, tendo seu fundamento na necessidade de maior intervenção do Estado nas relações sociais, relegando, assim, o papel de Estado Liberal. Nessa esteira, houve a preocupação em se estender os direitos sociais da nova Carta Constitucional, aumentando-se, em contrapartida, o número de prestações positivas por parte do Estado.

A alocação do direito à saúde no seio da Seguridade Social foi muito oportuna, pois esta nada mais é que uma teia de segurança, um seguro, em que vigora o princípio da solidariedade, em que todos os agentes são chamados a participar, de forma a subsidiá-la, direta ou indiretamente. Daí se dizer que a Seguridade Social tem forma tríplice de custeio, que envolve contribuições dos empregadores, empregados e do próprio governo⁵. Diga-se, por oportuno, que essas contribuições têm natureza de tributo, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal⁶.

³ IBRAHIM, Fábio Zambitte. *Resumo de Direito Previdenciário*. Rio de Janeiro: Impetus, 2014, p.2.

⁴ *Welfare State* é o Estado de bem-estar social, sendo um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia.

⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos; IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 146.733. Relator: Ministro Moreira Alves. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=1534598>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

Como todo seguro, também vigora na Seguridade Social a regra da contrapartida⁷, que tem por objetivo a manutenção do equilíbrio atuarial e financeiro. Por essa regra, entende-se que a criação de benefícios, ou mesmo sua ampliação, exige uma contrapartida financeira.

O direito à saúde, propriamente dito, está previsto no *caput* do artigo 6º e nos artigos 196 a 200, todos da CRFB/88, sem prejuízo de outras disposições nesse sentido. O artigo 196 da CRFB/88 preceitua: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Da redação do artigo podem-se inferir duas considerações importantes.

A primeira delas é que se trata de um direito subjetivo universal, e que, no dizer do Ministro Celso de Melo⁸, deve ser avaliado sobre duas dimensões, a de direito coletivo, relacionada a políticas de caráter global, como, por exemplo, saneamento básico; e, de direito individual, que seria a promoção individualizada de saúde. Por segundo, que existe um federalismo de cooperação⁹. Assim, quando se lê Estado, deve se entender como todos os entes federativos, solidariamente, não só porque o SUS, por meio do qual o Ministério da Saúde promove suas ações, foi estruturado com caráter interestatal, mas em razão da atribuição comum a eles conferida pelo art. 23, inciso II, da CRFB/88¹⁰. Nesse sentido, o

7 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 201. Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (...) §5º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

8 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AgR-RE 271.286. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28RE%24%2ESCLA%2E+E+271286%2E+NUME%2E%29+OU+%28RE%2EACMS%2E+ADJ2+271286%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/ah6x5gl>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

⁹ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 627.

¹⁰ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015. Art.

entendimento consignado pela 2ª Turma do Supremo Tribunal Federal quando do julgamento do RE 195.192-3.

As ações e os serviços de saúde foram alçados ao patamar de relevância pública. O artigo 197 da CRFB/88¹¹ diz caber ao Poder Público a sua regulamentação, fiscalização, controle e execução, podendo esta última ser realizada diretamente ou por meio de terceiros, como também por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Em linhas gerais, o art. 197 da CRFB/88, quando permitiu a execução das ações e serviços de saúde por meio de terceiros, nada mais fez do que anuir com participação da iniciativa privada na assistência à saúde, desde que de forma complementar ao Sistema Único de Saúde e segundo suas diretrizes¹².

É de se dizer que a iniciativa privada já atuava na prestação de assistência à saúde décadas antes da promulgação da nova Carta Constitucional. No entanto, após a sua vigência, ganhou caráter de complementariedade, pois passara a ser do Estado *lato sensu* a responsabilidade precípua e universal. Portanto, desde a CRFB/88, a saúde, no seu aspecto individual, é polarizada em setor público e setor privado.

Nesse contexto de complementariedade é que se inserem as Operadoras de Saúde *lato sensu*, sobre cujo enfoque será pautado o presente estudo.

23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: (...) II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

¹¹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

¹² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015. Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Antes da CRFB de 1988, a atuação da iniciativa privada no mercado de saúde suplementar dava-se em um mercado não regulamentado, cujas cifras até hoje são elevadíssimas. Nem precisa dizer que os conflitos com os consumidores eram inúmeros, não só por serem comuns as práticas arbitrárias, mas pela ambiência de total autonomia da vontade privada. Obviamente que essa autonomia de vontade era mais fortemente representada por parte das Operadoras, restando ao consumidor - a parte mais fraca da relação, sujeitar-se aos contratos de adesão elaborados unilateralmente pelas Operadoras, sem qualquer parâmetro legal ou fiscalização por parte do Estado, desaguando, por fim, no Judiciário.

Em virtude desse cenário de insatisfação e em razão do comando contido no art. 197 da CRFB/88, houve-se por bem regulamentar o mercado de assistência à saúde privada, tendo o Estado optado por fazê-lo por meio de Agência Regulamentadora, papel esse exercido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Medida Provisória n. 1.928/99 posteriormente convertida na Lei n. 9.961/2000¹³.

A interferência governamental por meio de Agência Reguladora foi fundamental, pois se trata de autarquia dotada de regime jurídico especial, possuindo autonomia normativa, administrativa e financeira¹⁴.

Não obstante a criação da ANS apenas em 2000, o marco legal da assistência privada à saúde data de 1998, quando promulgadas a Lei n. 9.656/98 e a Medida Provisória n. 1.665/98, esta última com diversas reedições.

¹³ BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015. Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

¹⁴ OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Método, 2014, p. 96.

Por ora, destacar-se-ão alguns dispositivos das referidas legislações, importantes para definição do atual cenário da saúde privada no país.

A redação original do art. 35, § 1º, da Lei n. 9.656/98¹⁵, concedia prazo às Operadoras de Saúde para adaptação obrigatória dos contratos celebrados antes de sua vigência, tendo como objetivo a padronização dos instrumentos contratuais no mercado de saúde suplementar.

No entanto, antes mesmo do término do prazo conferido pela lei para adaptação dos contratos, foi editada Media Provisória n. 1.908-17, tornando-a opcional, e não mais obrigatória. Tal alteração deveu-se ao despacho favorável, conferido em caráter liminar, na ADI 1.931-8, em que se questionava a inconstitucionalidade da retroatividade da Lei n. 9.656/98, por entender ofensiva ao ato jurídico perfeito e o direito adquirido. A ADI perdeu seu objeto, nesse item em específico, mas não impediu que a ANS instituísse o Programa de Incentivo à Adaptação dos Contratos celebrados antes de 2 de janeiro de 1999.

Por sua vez, o art. 4º da Lei n. 9.961/2000, traz as competências conferidas à ANS, dentre elas, a de elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica, e suas excepcionalidades¹⁶.

O primeiro Rol de Procedimentos Médicos foi instituído pela Resolução CONSU n. 10, de 04 de novembro de 1998, tendo sido atualizado pela ANS inúmeras vezes, no uso das atribuições contidas no art. 4º, inc. III, da Lei n. 9.961/2000, art. 9º, inc. III, do Decreto n.

¹⁵ BRASIL. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015. Art. 35 Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta lei. § 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art. 19, as operadoras de planos e seguros privados à assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com os seus consumidores.

¹⁶ BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015. Art. 4º Compete à ANS: [...] III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

3.327/2000 e art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/98, sendo atualmente representado pela Resolução Normativa n. 338, de 21 de outubro de 2013.

Da conjugação desses dois dispositivos, como de suas consequências, torna-se possível desenhar o seguinte cenário no mercado de saúde suplementar: I) existência de contratos celebrados antes de 02 de janeiro de 1999, não adaptados à Lei n. 9.656/98; II) existência de contratos celebrados antes de 02 de janeiro de 1999, adaptados à Lei n. 9.656/98; e, III) existência de contratos celebrados depois de 02 de janeiro de 1999, em conformidade com Lei n. 9.656/98.

Registre-se que referido Rol de Procedimentos Médicos representa o balizador das coberturas médicas aplicáveis aos contratos celebrados antes de 02 de janeiro de 1999, e adaptados à Lei n. 9.656/98, bem como aos contratos celebrados posteriormente a essa data; portanto, ambos em conformidade com o novo regramento. Já os contratos não adaptados, em regra, regem-se pelos seus próprios termos.

Será de acordo com esse cenário – saúde pública universal e saúde privada, em seus aspectos individuais, que serão analisadas a abrangência e a interferência estatal no mercado de saúde suplementar, principalmente em razão da existência de um corpo técnico, dentro do Executivo, apto a estabelecer as diretrizes desse mercado, haja vista o pleno conhecimento deste setor por parte desses especialistas.

2. A ATUAÇÃO INTERVENCIONISTA DO ESTADO NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Como anteriormente mencionado, a intervenção estatal no mercado de saúde suplementar somente teve início no final dos anos 90, após décadas de atuação da esfera privada nesse setor, sem qualquer tipo de regulamentação.

Por mais que possa parecer dicotômico, o modelo escolhido para intervenção no mercado de saúde suplementar foi o de Agência Reguladora. Diz-se isso porque as Agências Reguladoras foram instituídas no Brasil como forma de modelo reducionista do Estado – não interventivo¹⁷. No entanto, como se tratava de um mercado à margem de qualquer tipo de regulação, mostrou-se louvável a escolha pela implantação desse tipo de modelo, haja vista conferir autonomia normativa e poder fiscalizatório à ANS, que a habilita a estabelecer *standards* operacionais e a conter as arbitrariedades antes cometidas pelas Operadoras de Saúde.

Esclareça-se que a autonomia normativa é a capacidade de editar atos normativos com conteúdo técnico, respeitados os requisitos previstos na legislação acerca da matéria¹⁸. Vê-se, assim, que o Estado teve a intenção de despolitizar o setor, conferindo ao corpo técnico da ANS a estipulação dos padrões técnicos a serem observados pelo mercado.

Registre-se que, aqui, passar-se-á ao largo da discussão doutrinária acerca da constitucionalidade do poder normativo ampliado por parte das Agências, pois o tema restringir-se-á às situações em que a competência normativa da ANS foi conferida por lei. Ou seja, o próprio legislador retirou a matéria do domínio da lei, passando-a ao domínio do poder regulamentar, em razão da técnica da deslegalização (ou delegificação)¹⁹.

O caráter fiscalizatório, por sua vez, decorre de sua autonomia administrativa clássica, sendo representado, exemplificativamente, pelo poder de polícia. Desta feita,

¹⁷ OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Método, 2014, p. 93.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ OLIVEIRA, *op. cit.*, p. 97.

independentemente da existência de contratos privados de assistência à saúde celebrados antes de sua instalação e da vigência da Lei n. 9.656/98, em razão do poder fiscalizatório conferido à ANS, a esta também estarão sujeitos.

Veja, assim, que o mercado de saúde privada hoje é altamente regulado e fiscalizado, permitindo-se dizer que a intervenção estatal foi promissora no atingimento de seu objetivo inicial, que era a garantia da prevalência do interesse social e a busca do equilíbrio entre os agentes do mercado: consumidores, operadoras, prestadores de serviços e o SUS.

Embora o mercado de saúde privada esteja bastante amadurecido, ainda persistem algumas mazelas, como o tratamento não isonômico conferido aos seus beneficiários, principalmente daqueles cujos contratos foram celebrados antes de 02 de janeiro de 1999, e não foram adaptados à Lei n. 9.656/98, em comparação àqueles cujos instrumentos contratuais encontram-se sob a égide da referida lei. Nem se diga da discrepância de tratamento conferida aos usuários do Sistema Único de Saúde em relação aos beneficiários de planos privados de saúde.

Pode ocorrer, no entanto, que beneficiários de planos privados de assistência à saúde também sejam usuários do Sistema Único de Saúde, haja vista seu caráter universal. Em um primeiro momento, essa afirmativa pode soar estranha, resultando no seguinte questionamento: Por que um beneficiário de plano de saúde faria opção pelo SUS em detrimento dos serviços privados? E para tal pergunta não há uma resposta única, pois as razões podem ser as mais diversas, como: insuficiência de rede credenciada em determinados locais/regiões; negativas de coberturas, sejam elas procedentes ou não; atendimentos decorrentes de acidentes de trânsito; amplo reconhecimento em determinada área de especialidade; incidência de coparticipação; etc.

Em uma ingênua tentativa de agrupamento das possíveis razões, ter-se-ia o seguinte quadro fático: necessidade, autonomia privada de vontade ou determinação legal.

E é nesse contexto que se torna importante mencionar outra competência importante atribuída à ANS, a de estabelecer normas para o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS²⁰.

O Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde está previsto no art. 32 da Lei n. 9.656/98, consistindo na obrigatoriedade das Operadoras de Saúde de ressarcirem o SUS sempre que seus beneficiários se utilizarem de sua estrutura, ou das instituições conveniadas, para realização de procedimentos cobertos pelo contrato²¹, sob a alegação de vedação ao enriquecimento sem causa.

Por certo que a previsão de Ressarcimento ao SUS gerou grande insatisfação no mercado privado de saúde, que vem sustentando sua inconstitucionalidade, por considerar: I) a atuação do mercado privado de saúde de caráter complementar; II) configurada a interferência na livre iniciativa, assegurada pelo art. 199 da CRFB/88; III) representada nova fonte de custeio para a Seguridade Social, sendo matéria reservada à edição de Lei Complementar; e, IV) violado o princípio da irretroatividade das leis, somente podendo incidir nos contratos celebrados após 02 de janeiro de 1999²².

Apesar do STF vir reafirmando a constitucionalidade do art. 32 da Lei n. 9.656/98, foi reconhecida a repercussão geral do tema, estando pendente de análise por parte do Plenário da Corte²³.

²⁰ BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015. Art. 4º Compete à ANS: (...) VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

²¹ BRASIL. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015. Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

²² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 1.931-8. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=347335>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

²³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE-RG 597.064. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=621168>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

A título de informação, desde a instauração da ANS até o final de 2014, já haviam sido arrecadados mais de R\$ 670 milhões a título de ressarcimento ao SUS²⁴, valores estes apurados e pagos de acordo com regras de valoração aprovados pela própria Agência. Não se pode olvidar que as cifras pendentes de pagamento também são igualmente expressivas, justificando, por si só, o reconhecimento da repercussão geral sobre o tema.

Outra forma de interferência no mercado de saúde suplementar advém do Poder Judiciário, ao que se denominou de judicialização do direito à saúde²⁵.

É inegável que o acesso ao judiciário ganhou novos contornos após a Emenda Constitucional n. 45, de 30 de dezembro de 2004. No tocante às tutelas de saúde, estudo realizado pelo Estado de São Paulo evidenciou que, em geral, as pessoas beneficiadas pela intervenção do Poder Judiciário são aquelas que possuem melhores condições socioeconômicas e acesso à informação²⁶.

Diante dessa afirmativa, não é difícil concluir que o número de demandas de saúde propostas por beneficiários de planos privados também é representativo, mesmo diante do atual quadro regulatório e fiscalizatório. E, assim como ocorre na saúde pública, as razões justificadoras são as mais diversas, passando por questões revestidas de caráter extremamente complexo e relevante, até aquelas de cunho meramente burocrático.

A título de exemplo, têm-se: I) negativa de cobertura para determinada marca de material e/ou medicamento, sendo fornecido outro similar; II) negativa de procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Médicos da ANS ou no próprio contrato; III) negativas de fornecimento de medicamentos não previstos na lista do SUS, sejam eles aprovados ou não

²⁴ Disponível em: www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2755-nota-da-agencia-nacional-de-saude-suplementar-sobre-ressarcimento-ao-sus. Acesso em: 16 de mar. 2015

²⁵ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 608.

²⁶ Ibid., p. 631.

pela ANVISA; IV) exigência de apresentação de relatórios médicos; V) demora na liberação das senhas autorizativas; VI) negativa de materiais de uso permanente etc.

Nesse contexto, cabe ao Poder Judiciário ponderar os interesses envolvidos nas causas que lhe são postas a decidir, e o que se vê, em regra, é o Judiciário decidindo favoravelmente aos beneficiários dos planos de saúde, por considerarem prevalentes o princípio da dignidade da pessoa humana e o próprio direito à vida e à saúde, o que não se nega. No entanto, é importante se refletir sobre a perspectiva futura dessas decisões, o que, diga-se, vem sendo colocado em prática pelos setores envolvidos, a exemplo da criação pelo CNJ, por meio da Resolução n. 107/2010, do Fórum Nacional do Judiciário para a Assistência à Saúde. Isso porque, por vezes, está se beneficiando um indivíduo em detrimento de uma coletividade.

Por certo que os reflexos econômicos dessas decisões, bem como da nova regulamentação, já aparecem no mercado de saúde complementar, como a dificuldade em se realocar no mercado os beneficiários advindos de Operadora de Saúde em fase de liquidação; a ausência de comercialização de planos individuais por parte das grandes Operadoras; a eclosão de planos coletivos por adesão, que admitem reajustes não controlados pela ANS; a quase impossibilidade de contratação de planos privados pelas pessoas idosas, em razão de seus altos custos etc.

Portanto, é de questionar se, completados 15 anos de regulação, talvez não seja a hora de se repensar o mercado de saúde complementar, nas benesses e também nas perdas de seus vários agentes, questionando-se, principalmente, o novo papel conferido às Operadoras de Saúde, que, por muitas vezes, vêm assumindo responsabilidades que seriam do próprio Estado.

3. A REDEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DO ESTADO E DAS OPERADORAS DE SAÚDE

O direito à saúde surge no bojo dos direitos de segunda geração, também chamados de direitos sociais. Os direitos de segunda geração são decorrência do descaso do Estado Liberal com os problemas sociais, visto se tratar de um Estado absenteísta, que tinha por objetivo a não intervenção na esfera individual.

No entanto, em função de diversos fatores, como a crescente industrialização, a migração do homem do campo para as cidades, o crescimento demográfico, dentre outros, o Estado viu-se impulsionado a assumir deveres perante a sociedade, a fim de suprir-lhes as angústias. Os direitos sociais não são propriamente direitos coletivos, mas direitos ligados à justiça social²⁷.

A justiça social é um dos princípios do Estado Democrático de Direito²⁸, em cujos fundamentos encontram-se a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa²⁹.

O princípio da justiça social é um princípio norteador da ordem econômica e também da ordem social, caracterizado nos artigos 170, *caput* e 193 da CRFB/88. No entanto, no dizer de José Afonso da Silva, isso não quer dizer que a CRFB/88 tenha prometido uma transição para o socialismo. Para o respeitável publicista, a tarefa fundamental do Estado Democrático de Direito consiste em superar as desigualdades sociais e regionais e instaurar um regime democrático que realize a justiça social³⁰.

²⁷ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 137.

²⁸ DA SILVA, José Afonso. *Curso de Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros, 2004, p. 122.

²⁹ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 mar. 2015. Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; [...]

³⁰ DA SILVA, José Afonso. *Curso de Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros, 2004, p. 122

Nessa esteira é que o direito à saúde, atualmente, encontra-se no rol de direitos fundamentais, representando um direito a uma prestação positiva por parte do Estado. A contrapartida estatal está em garantir que o indivíduo possa exercer o direito à saúde com a máxima efetividade, mesmo porque tal direito tem relação intrínseca com o direito à vida, ou seja, o Estado deve permitir ao indivíduo condições dignas de saúde para realização de seu direito mais fundamental, que é viver. Aqui, vê-se estampado a representação do princípio da dignidade da pessoa humana, inspirador dos típicos direitos fundamentais³¹.

Todavia, o Estado promove a saúde por meio de políticas sociais e econômicas³². Essas políticas públicas são exercidas por meio de escolhas alocativas, haja vista a escassez de recursos e, *in casu*, da própria evolução da medicina. Isso porque o modelo de Estado proposto pelo *Welfare State*, em que vigorava a tese da superioridade dos direitos sociais³³, não se mostrou sustentável, em razão da elevada demanda de recursos necessários à efetivação de todos os direitos fundamentais. Portanto, atualmente, defende-se a aplicação da tese do mínimo existencial, desenvolvida na Alemanha por Robert Alexy (2008), em que se procura atribuir maior relevância a alguns direitos sociais, de forma a garanti-los diante da limitação de recursos.

³¹ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 140.

³² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30 mar. 2015. Art. 196. 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 sua promoção, proteção e recuperação.

³³ A tese da superioridade dos direitos sociais, de feição nitidamente socialista, vingou entre o fim do século XVII e início do século XVIII, momento em que as ideias socialistas estiveram em alta, imbuídas, sobretudo, pelos ideais que nortearam a Revolução Industrial. Seus defensores ressaltavam os direitos sociais sobre os direitos fundamentais individuais, atribuindo aos direitos sociais a nomenclatura de “direitos fundamentais sociais”, plenamente “justiciáveis”, isto é, podendo ser exigidos de forma judicial independentemente da atuação legislativa. Vigorava a máxima efetividade dos direitos constitucionais, os quais constavam de cláusulas genéricas.

É nesse contexto de políticas públicas e de mínimo existencial que merece destaque a STA 175, em que o STF estabeleceu parâmetros para solução judicial de casos concretos que envolvem direito à saúde³⁴.

Valendo-se de experiência adquirida por meio de audiências públicas³⁵, o STF esquematizou alguns padrões, partindo de uma importante premissa inicial, a preexistência ou não de uma política pública. Tal entendimento justifica-se na medida em que não cabe ao Judiciário formular políticas públicas, mas sim assegurar a aplicação dos ditames constitucionais de acesso universal e igualitário³⁶, sem, contudo, onerar sobremaneira o orçamento público.

Oportuno lembrar que o direito à saúde está inserido no contexto da Seguridade Social, remetendo a ideia de seguro, em que vigora o princípio da contrapartida, que estabelece que nenhum benefício ou serviço será criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio.

Veja, então, que nem mesmo os direitos fundamentais são absolutos, inclusive o direito à saúde. Ao Estado cabe maximizar a efetivação desses direitos mediante recursos limitados, valendo-se para tal da aplicação do princípio do mínimo existencial.

Transmutando esses conceitos para o mercado de saúde suplementar, forçoso concluir que as decisões acerca das demandas de saúde, inerentes aos seus beneficiários, também devem observar alguns parâmetros, partindo-se da premissa inicial de existência ou não de cobertura prevista em contrato e/ou na lei (a depender da data de celebração do contrato, e se este foi adaptado à Lei n. 9.656/98). Sem parâmetros mínimos, haverá grande

³⁴ MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 639.

³⁵ BRASIL. Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoregimentointerno/anexo/ristf_maior_2013_versao_eletronica.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015. Art. 21. São atribuições do Relator: (...) XVII – convocar audiência pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria, sempre que entender necessário o esclarecimento de questões ou circunstâncias de fato, com repercussão geral ou de interesse público relevante.

³⁶ *Ibid.*, p. 630.

comprometimento econômico-financeiro de seus agentes. Aqui, usa-se a terminologia agentes na medida em que não são só as Operadoras de Saúde as prejudicadas, mas também o potencial consumidor, os médicos, prestadores de serviços etc.

Por certo que o princípio da dignidade da pessoa humana é base dos direitos fundamentais. Todavia, a CRFB/88 também assegura a ordem econômica e a ordem social, sendo também atribuída especial posição ao ato jurídico perfeito, inserto em seu artigo 5º, inciso XXXVI³⁷. Não se pode olvidar que os elementos-surpresa que atingem os contratos em seu pleno curso, em razão de sua natureza de trato sucessivo, representam insegurança jurídica para as Operadoras de Saúde, que, assim como a Seguridade Social, precisam manter equilibrados seus custos e atuária.

Existe, entretanto, um grande diferencial entre a Seguridade Social e a Saúde Privada, que é a fonte de custeio.

No âmbito da saúde privada vigora o princípio do mutualismo, que pressupõe a contribuição por parte de todos os beneficiários para a formação de um fundo comum, sendo este fundo que suportará o pagamento dos sinistros. Portanto, em tese, as Operadoras de Saúde não arcarão com os custos de saúde com os seus lucros, mas com recursos do referido fundo comum. Já no âmbito da Seguridade Social vigora o princípio da solidariedade, tendo fonte tríplice de custeio, que envolve contribuições dos empregadores, empregados e do próprio governo, cuja natureza é de tributo.

Assim sendo, os prêmios e/ou mensalidades que custeiam o fundo comum dos planos privados são fruto de contribuição de seus próprios beneficiários, baseado em estudo atuarial

³⁷ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30 mar. 2015. artigo 5º, inciso XXXVI - Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada.

que considera o perfil etário, as coberturas contratuais, os fatores de risco etc., já a seguridade social é constituída por contribuições de toda a sociedade, que também leva em conta esses mesmos fatores, mas que tem a prerrogativa de alterar as regras do jogo, a seu favor, no curso do processo, a exemplo da Medida Provisória nº 664/2014³⁸.

Nesse diapasão, é de fácil percepção o impacto das regulações e das decisões judiciais inovadoras no âmbito da saúde privada, uma vez que interferem no curso regular do contrato, podendo ocasionar grande desequilíbrio atuarial, de forma a ruir com o fundo comum. Aqui, deve-se entender por inovadoras, aquelas que fogem ao previsto em contrato, abrangendo não só as coberturas, mas também os meios de regulação, que são amplamente permitidos e controlados por parte da ANS.

Importante reiterar que, com a vigência do marco regulatório na área da saúde privada, foi possibilitado aos seus beneficiários adaptarem seus contratos, cuja prerrogativa ainda é concedida periodicamente, por meio de ações implementadas pela ANS e Operadoras de Saúde. Dito isso, é de se registrar que o princípio da boa-fé objetiva deve nortear não só as ações por parte das Operadoras de Saúde, mas também dos próprios beneficiários, de forma a agirem preventivamente, adequando seus contratos às normas em vigor, ou mesmo contratando planos que melhor se adequem a sua realidade.

Repensando as responsabilidades que vem sendo assumidas pelas Operadoras de Saúde, em especial quando são compelidas a prestarem serviços e coberturas não previstas em contrato e/ou na própria lei, bem como contrárias aos meios de regulação, é que se propõe o presente estudo.

Isso porque, mais uma vez, trata-se de um mercado atualmente regulado, por meio de Agência instituída pelo Executivo, apta a estabelecer os *standards* a serem observados pelos

³⁸ BRASIL. Medida Provisória nº 664, de 30 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm. Acesso em: 16 jun. 2015.

seus agentes. Além disso, é responsabilidade precípua do Estado *lato sensu* prover o direito à saúde indistintamente, mesmo que dentro de políticas públicas previamente estabelecidas e do princípio do mínimo existencial.

Diante disso, questiona-se se as operadoras de saúde, diante de decisões judiciais que as compelissem a suportar ônus maior do que o contratado pelo beneficiário, não poderiam ser ressarcidas pelo Estado, por terem assumido obrigação que seria de sua responsabilidade.

A resposta para tal questionamento tende a ser afirmativa, não só pelas premissas anteriormente consideradas, mas também por estarem as Operadoras de Saúde obrigadas, mesmo que por decisão liminar, a ressarcir o Sistema Único de Saúde – SUS, quando este arca com ônus de procedimentos cobertos pelos contratos, realizados por beneficiários de planos de saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se, assim, que o direito à saúde alçou *status* constitucional apenas na carta de 1988, sendo-lhe atribuído caráter de relevância e universalidade, com provimento precípua do Estado *lato sensu*. Ainda assim, permitiu-se que particulares permanecessem atuando nesse mercado, mesmo que de forma complementar. No âmbito das Operadoras de Saúde, a atuação passou a ser regulamentada e fiscalizada por meio da ANS, que tinha como um de seus propósitos o de estabelecer *standards* de atendimento e de comercialização de produtos, a fim de estabilizar os impactos perante os consumidores. No entanto, com o advento da regulação, o mercado de saúde suplementar restou dividido em contratos celebrados antes de 01 de janeiro de 1999, adaptados ou não, e os celebrados após essa data.

O novo padrão de mercado de saúde suplementar, regulamentado e fiscalizado, ainda não teve o condão de estabilizar as relações entre os agentes envolvidos. Não obstante além da preexistência de dois públicos diversos – aqueles que têm planos privados e os que são atendidos pelo SUS -, ainda criou diferenças abissais entre os consumidores de mesma categoria – planos de saúde. A implementação do Ressarcimento ao SUS tenta minimizar o impacto dos custos decorrentes de procedimentos cobertos pelos contratos privados, mas que, por razões inúmeras, foram realizados por seus beneficiários às custas do Estado. Por outro lado, o amplo acesso ao judiciário, por vezes, possibilita que os mesmos beneficiários de planos privados tenham assegurados procedimentos não previstos em contrato (ou ainda não acessíveis, em razão da carência, por exemplo), em nome do princípio da dignidade da pessoa humana, o que se convencionou chamar de judicialização à saúde.

Não obstante o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental, amplamente prestigiado pelo princípio da dignidade da pessoa humana, reconhece-se, atualmente, a necessidade de se repensar a sua forma de prestação, haja vista que a promoção Estatal exige a elaboração de políticas públicas, que se baseiam em medidas alocativas, em razão da escassez de recursos. Na saúde privada, o procedimento é similar, pois também vigora a tese da contrapartida, ou seja, o fundo comum, formado pelas prestações de seus beneficiários, deve ser apto a arcar com os custos dos procedimentos demandados. Não só. Necessário que esse mesmo fundo comum seja suficiente para custear o Ressarcimento ao SUS e as decisões judiciais que possibilitam a realização de procedimentos não cobertos, ou fora dos padrões contratuais, estas em nome de um bem maior, a vida. Assim, fica a reflexão acerca da possibilidade de as Operadoras de Saúde demandarem o Estado, a fim de ressarcirem o fundo em questão, em razão do custeio de procedimentos não previstos em contrato (ou ainda não acessíveis), haja vista a atual regulamentação e de ser deste a responsabilidade precípua pelo provimento à saúde.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Adequação de Planos Antigos. Histórico da regulação. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Código Civil. 10. ed. São Paulo. Saraiva. 2014.

_____. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/integracao-com-o-sus/2755-nota-da-agencia-nacional-de-saude-suplementar-sobre-ressarcimento-ao-sus>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Decreto n. 3.327, de 05 de janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3327.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Medida Provisória n. 664, de 30 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Mpv/mpv664.htm>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CARUGGI, M. B. Judicialização da Saúde, Parte I: Saúde Suplementar no Direito Brasileiro. Judicialização da Saúde. *Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, RJ, 2012. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/6/judicializacaodasaude_323.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

DA SILVA, José Afonso. *Curso de Constitucional Positivo*. 27. ed. rev e atual. São Paulo: Malheiros, 2004.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. *Resumo de Direito Previdenciário*. 13. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2014.

MONTONE, Januário. *O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans1.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. *Curso de Direito Administrativo*. 2. ed. ver., atual e ampl. São Paulo: Método, 2014.

OLIVEIRA, Caio Ramon Guimarães de. *Teoria do Mínimo Existencial como fundamento do Estado Democrático de Direito – Um diálogo na busca de uma Existência digna*. Rio Grande do Norte, RN, v. 14, n. 2, 2012. Disponível em: < file:///C:/Users/Newton/Downloads/414-1688-2-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SHIH, Frank Larrúbia. *Os Princípios do Direito Securitário: uma nova visão sobre o tema à luz do novo Código Civil*. Disponível em: < file:///C:/Users/Newton/Downloads/frank_larrubia_principiosdodireito%20(1).pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.