

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**CELSO BARBERATO**

**O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as  
representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São  
Paulo**

**RIBEIRÃO PRETO (SP)**

**2021**

CELSO BARBERATO

**O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientador: Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura

RIBEIRÃO PRETO (SP)

2021

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio, convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Brasil.  
Catalogação na Fonte

B234d Barberato, Celso  
O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo / Celso Barberato.– 2021  
138f.: fig.: quad.: graf.

Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2021

Orientadora: Profa. Dra. Carla Aparecida Arena Ventura

1. Direito. 2. Depressão. 3. Serviços de Saúde. 4. Saúde Pública. I. Ventura, Carla Aparecida Arena. II. Universidade de São Paulo. III. Título.

CDD 340

BARBERATO, Celso.

O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho à professora Carla pela paciência na orientação e pelo incentivo que tornaram possível a conclusão desta tese.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe pelos ensinamentos, amor, carinho, compreensão e incansável apoio durante toda a minha vida.

À minha irmã por toda ajuda e apoio que me deu ao longo dessa trajetória.

Aos funcionários e colegas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por todo auxílio e compreensão.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*Creio no direito à solidariedade e no dever de ser solidário.  
Creio que não há nenhuma incompatibilidade entre a firmeza dos  
valores próprios e o respeito pelos valores alheios.  
Somos todos feitos da mesma carne sofrente.  
Mas também creio que ainda nos falta muito para chegarmos a  
ser verdadeiramente humanos.  
Se o seremos alguma vez...*

*José Saramago*

## RESUMO

BARBERATO, Celso. **O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar**: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. 138f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2021.

O estudo identifica e analisa as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar, caracteriza as demandas judiciais relacionadas ao tratamento do referido transtorno, identifica os principais argumentos veiculados pelos autores e réus das ações, detecta quais são os tratamentos mais requeridos judicialmente, verifica a existência de prescrição médica que ampare os tratamentos, revela os principais fundamentos das decisões judiciais de 1º grau de jurisdição sobre a questão e compara os resultados dos acórdãos com os resultados das decisões de 1º grau. A abordagem metodológica utilizada foi a quali-quantitativa. Foram analisados 69 acórdãos prolatados pelos desembargadores do TJSP entre 01/01/2015 e 31/12/2019. Os resultados demonstraram que o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar foi representado socialmente pelos desembargadores do TJSP como um direito do consumidor e, quando havia uma prescrição médica, como verdadeiro dever das operadoras. A par das representações sociais sobre o referido direito, foram encontradas outras construções representacionais. O rol da Agência Nacional de Saúde (ANS) foi representado como uma mera lista de procedimentos que não pode ser utilizada para afastar os tratamentos que nela não estiverem previstos. A exclusividade do médico para estabelecer o tratamento da depressão também foi uma representação presente nos acórdãos estudados. A obrigatoriedade de cobertura do tratamento na hipótese de haver previsão contratual para o transtorno foi outra representação recorrente. Além disso, observou-se que mais de 60% dos acórdãos eram oriundos de processos ajuizados na comarca da capital do Estado, que a maioria das ações judiciais foi proposta por pessoas do sexo feminino, que o tratamento mais requerido foi a estimulação magnética transcraniana, que, em todos os casos, os autores instruíram seus pedidos com prescrição médica, que foi determinado o fornecimento ou o custeio do tratamento em mais de 90% das ações e que as decisões de 1º grau foram mantidas pelo TJSP em quase 80% dos casos. Tais constatações mostraram-se relevantes na medida em que poderiam contribuir para o aperfeiçoamento da política assistencial e para a racionalização do sistema de prestação jurisdicional.

**Palavras-chave:** Direito. Tratamento da Depressão. Sistema de Saúde. Representação Social.



## ABSTRACT

BARBERATO, Celso. **The right to treatment of depression in the supplementary health system:** the social representations of the judges of the Court of Justice of the State of São Paulo. 138f. Thesis (PhD in Psychiatric Nursing) - Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, Ribeirão Preto, SP, 2021.

The study identifies and analyzes the social representations of the judges of the Court of Justice of the State of São Paulo (TJSP) about the right to treatment of depression in the supplementary health system, characterizes the judicial demands related to the treatment of the referred disorder, identifies the main arguments conveyed by the plaintiffs and defendants, detects which treatments are the most legally required, verifies the existence of a medical prescription that supports the treatments, reveals the main grounds of the first jurisdictional judicial decisions on the issue and compares the results of the judgments with the results of 1st degree decisions. The methodological approach used was qualitative and quantitative. 69 judgments delivered by the judges of the TJSP between 01/01/2015 and 12/31/2019 were analyzed. The results showed that the right to treatment of depression in the supplementary health system was socially represented by the judges of the TJSP as a consumer right and, when there was a medical prescription, as a true duty of the operators. In addition to the social representations of that right, other representational constructions were found. The National Health Agency (NHA) list was represented as a mere list of procedures that cannot be used to rule out treatments that are not foreseen in it. The doctor's exclusivity to establish the treatment of depression was also a representation present in the studied judgments. The mandatory coverage of treatment in the event of a contractual provision for the disorder was another recurring representation. In addition, it was observed that more than 60% of the judgments came from lawsuits filed in the county of the state capital, that most of the lawsuits were brought by women, that the most required treatment was transcranial magnetic stimulation, that in all cases the authors instructed their requests with a medical prescription, that the supply or cost of treatment was determined in more than 90% of the actions, and that the 1st degree decisions were maintained by the TJSP in almost 80% of the cases. Such findings proved to be relevant, as they could contribute to the improvement of the assistance policy and to the rationalization of the jurisdictional provision system.

**Keywords:** Law. Treatment of Depression. Health System. Social representation.

## RESUMEN

BARBERATO, Celso. **El derecho al tratamiento de la depresión en el sistema complementario de salud:** las representaciones sociales de los jueces de la Corte de Justicia del Estado de São Paulo. 138f. Tesis (Doctorado en Enfermería Psiquiátrica) - Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2021.

El estudio identifica y analiza las representaciones sociales de los jueces del Tribunal de Justicia del Estado de São Paulo (TJSP) sobre el derecho al tratamiento de la depresión en el sistema complementario de salud, caracteriza las demandas judiciales relacionadas con el tratamiento del referido trastorno, identifica los principales argumentos transmitida por los demandantes y demandados, detecta qué tratamientos son los más requeridos legalmente, verifica la existencia de una prescripción médica que sustente los tratamientos, revela los fundamentos principales de las primeras decisiones judiciales jurisdiccionales sobre el tema y compara los resultados de las sentencias con los resultados de las decisiones de 1er grado. El enfoque metodológico utilizado fue cualitativo y cuantitativo. Se analizaron 69 sentencias dictadas por los jueces del TJSP entre el 01/01/2015 y el 31/12/2019. Los resultados mostraron que el derecho al tratamiento de la depresión en el sistema complementario de salud estaba representado socialmente por los jueces del TJSP como un derecho del consumidor y, cuando existía prescripción médica, como un verdadero deber de los operadores. Además de las representaciones sociales de ese derecho, se encontraron otras construcciones representacionales. La lista Agencia Nacional de Salud (ANS) se representó como una mera lista de procedimientos que no pueden utilizarse para descartar tratamientos que no están previstos en ella. La exclusividad del médico para establecer el tratamiento de la depresión también fue una representación presente en los juicios estudiados. La cobertura obligatoria del tratamiento en caso de una disposición contractual para el trastorno fue otra representación recurrente. Además, se observó que más del 60% de las sentencias provinieron de juicios interpuestos en el condado de la capital del estado, que la mayoría de los juicios fueron interpuestos por mujeres, que el tratamiento más requerido fue la estimulación magnética transcraneal, que en todos los casos los autores instruyeron sus solicitudes con prescripción médica, que en más del 90% de las acciones se determinó la oferta o costo del tratamiento y que las decisiones de 1er grado fueron mantenidas por el TJSP en casi el 80% de los casos. Dichos hallazgos resultaron ser relevantes, ya que podrían contribuir a la mejora de la política de asistencia y a la racionalización del sistema de prestación jurisdiccional.

**Palabras clave:** Derecho. Tratamiento de la Depresión. 3. Sistema de Salud. 4. Representación Social.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Lista de questões formuladas para atingir os objetivos específicos .....	21
Figura 2	Organograma do sistema de saúde brasileiro atual.....	26
Figura 3	Evolução da legislação relacionada ao financiamento do SUS.....	33
Figura 4	Fluxograma do processo civil ordinário.....	55
Figura 5	Esquema de compartilhamento das representações sociais.....	60
Figura 6	Fluxograma de coleta de dados.....	68
Figura 7	Construção e compartilhamento das representações sociais.....	108

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de acórdãos por ano pesquisado.....	69
Gráfico 2	Percentual de ações distribuídas por comarca.....	72
Gráfico 3	Sexo dos autores das demandas.....	73
Gráfico 4	Percentual das principais alegações autorais.....	74
Gráfico 5	Percentual das principais alegações dos requeridos.....	76
Gráfico 6	Percentual dos tratamentos requeridos.....	77
Gráfico 7	Percentual dos acórdãos advindos de tutelas de cognição exauriente.....	78
Gráfico 8	Percentual de tutelas provisórias concedidas.....	79
Gráfico 9	Percentual dos principais fundamentos usados pelos juízes de 1º grau de jurisdição.....	80
Gráfico 10	Percentual de decisões favoráveis aos autores das ações em 1º grau de jurisdição.....	81
Gráfico 11	Percentual de decisões favoráveis aos autores das ações em 2º grau de jurisdição.....	82
Gráfico 12	Percentuais de incidência das categorias das ideias centrais sobre o total de acórdãos analisados.....	90

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese de objetivos, características, diretrizes e financiamento do SUS..	32
Quadro 2	Natureza, diretrizes, preferências e financiamento do sistema de saúde complementar.....	35
Quadro 3	Modalidade das operadoras de planos de assistência à saúde.....	38
Quadro 4	Classificação dos planos de assistência à saúde.....	40
Quadro 5	Comparativo entre o SUS e o sistema de saúde suplementar.....	40
Quadro 6	Síntese das coberturas assistenciais obrigatórias da Consu nº 11/98.....	43
Quadro 7	Síntese das coberturas assistenciais obrigatórias da RN nº 428/17.....	44
Quadro 8	Comparativo de coberturas obrigatórias da Consu nº 11/98 e da RN nº 428/17.....	45
Quadro 9	Comparativo de concepções sobre a teoria das representações sociais....	60
Quadro 10	Painel dos discursos do sujeito coletivo do grupo pesquisado.....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCTs	Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
ADTs	Inibidores não Seletivos de Recaptura de Monoaminas
ANS	Agência Nacional de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ECT	Eletroconvulsoterapia
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMT	Estimulação Magnética Transcraniana
ERS	Estimulantes da Recaptura de 5-HT
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FSE	Fundo Social de Emergência
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAOs	Inibidores da Monoaminoxidase
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPVI	Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária
IRSA	Inibidores de Recaptura de 5-HT e Antagonistas ALFA-2
ISRD	Inibidores Seletivos de Recaptura de DA
ISRN	Inibidores Seletivos de Recaptura de NE
ISRSN	Inibidores Seletivos de Recaptura de 5-HT/NE
ISRSs	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA	Lei Orçamentária Anual
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OBJ. ESP	Objetivos Específicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PIB	Produto Interno Bruto
PPGEP-EERP	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RN	Resolução Normativa
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
4.1	DO DIREITO À SAÚDE.....	23
4.2	DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE BRASILEIRO.....	24
<b>4.2.1</b>	<b>Antecedentes históricos.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Sistema de saúde atual.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Sistema particular puro.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2.5</b>	<b>Sistema de saúde complementar.....</b>	<b>34</b>
<b>4.2.6</b>	<b>Sistema de saúde suplementar.....</b>	<b>35</b>
<b>4.2.7</b>	<b>Assistência à saúde mental no sistema suplementar.....</b>	<b>41</b>
4.3	DEPRESSÃO E TRATAMENTOS.....	45
4.4	PODER JUDICIÁRIO NO BRASIL.....	53
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO DE INTERPRETAÇÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>63</b>
6.1	COLETA DE DADOS.....	64
6.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	69
6.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	70
<b>7</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
7.1	IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL COLETADO.....	71
7.2	DISTRIBUIÇÃO NO ESPAÇO.....	71
7.3	PARTES DOS PROCESSOS.....	73
7.4	PRINCIPAIS ARGUMENTOS UTILIZADOS PELOS AUTORES.....	73
7.5	OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE.....	75
7.6	PRINCIPAIS ARGUMENTOS UTILIZADOS PELOS RÉUS.....	75
7.7	TRATAMENTOS PLEITEADOS PELOS AUTORES DAS AÇÕES.....	76
7.8	PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROVA PERICIAL.....	77
7.9	ESPÉCIES DAS DECISÕES JUDICIAIS PROLATADAS EM 1º GRAU DE JURISDIÇÃO.....	77



7.10	CONTEÚDO DAS DECISÕES JUDICIAIS PROLATADAS DE 1º GRAU DE JURISDIÇÃO.....	79
7.11	RESULTADO DAS DECISÕES PROLATADAS EM 1º GRAU DE JURISDIÇÃO E MANUTENÇÃO PELO TJSP.....	81
7.12	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DESEMBARGADORES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO SOBRE O DIREITO AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	82
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>91</b>
8.1	O DIREITO AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	91
8.1.1	Do recorte temporal.....	91
8.1.2	Do recorte espacial.....	92
8.1.3	Dos autores das ações.....	94
8.1.4	Principais argumentos utilizados pelos autores.....	94
8.1.5	Das operadoras de planos e seguros de saúde.....	95
8.1.6	Principais argumentos utilizados pelas operadoras.....	96
8.1.7	Tratamentos pleiteados pelos autores.....	97
8.1.8	Decisões de 1º grau de jurisdição.....	97
<b>9</b>	<b>INTERPRETAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>100</b>
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>125</b>
	APÊNDICE A - Protocolo de registro de dados.....	125
	APÊNDICE B - Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
	APÊNDICE C - Lista dos números dos processos, números de registro dos acórdãos e datas em que eles foram prolatados.....	128
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>132</b>
	ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP.....	132

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo uma estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão representa um transtorno mental que afeta mais de trezentos milhões de pessoas em todo o mundo, o que corresponde a aproximadamente 4,4% da população global. Ainda de acordo com a referida organização, a depressão é considerada a principal causa contribuinte para o suicídio, além de ser uma doença altamente incapacitante. O número total estimado de pessoas que vivem com depressão aumentou cerca de 18,4% entre os anos 2005 e 2015, sendo que menos da metade dos afetados pelo transtorno recebe tratamento adequado. O Brasil é apontado como o país com o maior número de casos de depressão na América Latina, contando com mais de onze milhões e quinhentas mil pessoas acometidas pela moléstia e ocupando o 5º lugar no *ranking* mundial.

No Brasil, o tratamento dos transtornos mentais como a depressão pode ocorrer por meio de dois sistemas assistenciais, em conjunto ou isoladamente, quais sejam: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado de saúde.

O SUS é responsável por prestar atendimento assistencial de saúde sem oneração a qualquer pessoa que dele venha a precisar, consubstanciando-se num conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, abrangendo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive, de sangue e hemoderivados e de equipamentos para saúde (BARBERATO; GERAIGE NETO, 2018; ESMERALDI; LOPES, 2015; MENDES; BRANCO, 2020).

Já o sistema privado de saúde subdivide-se em três subsistemas. São eles: (i) o sistema particular puro, em que o usuário escolhe o profissional e paga o preço combinado; (ii) o sistema complementar, em que o particular atua de forma complementar ao sistema público, sendo remunerado pelos serviços prestados de acordo com uma tabela pactuada, e (iii) o sistema suplementar, em que o consumidor se vale de intermediários como as operadoras de planos e seguros de saúde que, por sua vez, colocam à sua disposição, a depender do caso, catálogos de prestadores de serviços para que ele escolha dentre os profissionais indicados. Nestas hipóteses, o pagamento, em regra, é feito por preço determinado, tendo seu valor reajustado anualmente. Este sistema é regido pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998b) e é controlado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (CASTRO, 2012; CARDOSO *et al.*, 2017; ESMERALDI; LOPES, 2015; RIANI, 2010).

Em ambos os sistemas é possível encontrar falhas de gestão e vícios na prestação de serviços (DIAS *et al.*, 2016; DUARTE; BUCCI, 2017; MACHADO, 2015). Contudo, com relação ao tratamento da depressão, os obstáculos vão além, tendo em vista que incluem a falta de profissionais treinados, o estigma social associado aos transtornos mentais, o diagnóstico inadequado e a precariedade das políticas assistenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Estes obstáculos, somados ao notável aumento do número total de pessoas acometidas pela depressão, permitem inferir que o Poder Judiciário nacional vem sendo provocado com maior frequência a se manifestar sobre a questão. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituição responsável pelo aprimoramento do Poder Judiciário nacional, o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu apenas 50%. Os principais assuntos discutidos nos processos de primeira instância são: “Plano de Saúde” (30,32%), “Seguro” (21,16%) e “Saúde” (11,782%), valendo destacar que “Saúde”, nos termos da nomenclatura utilizada pelo CNJ, diz respeito às disputas relativas à saúde pública. Assim, é possível verificar a existência de uma acentuada predominância da litigância judicial na esfera da saúde suplementar (BRASIL, 2019b).

Os dados divulgados pelo CNJ, no entanto, não permitem inferir qual é o número de demandas ligadas diretamente ao tratamento da depressão. Nesse contexto, com o propósito de dimensionar as demandas relativas ao tratamento do aludido transtorno, realizou-se uma consulta prévia junto ao *site* do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) - maior tribunal do mundo em número de processos (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018) - que permitiu concluir que o número de acórdãos prolatados pelo referido órgão sobre o direito ao tratamento da depressão havia aumentado aproximadamente 400% entre 2015 e 2019.

Esse fenômeno, consistente no vigoroso aumento no número de processos judiciais ligados ao direito à saúde, ficou conhecido como judicialização da saúde, a qual alçou o Poder Judiciário à condição de protagonista na efetivação do referido direito, haja vista que a via judicial passou a ser uma das principais portas de entrada para o sistema assistencial (DUARTE; BUCCI, 2017; RAMOS *et al.*, 2016).

Os entendimentos dos membros do Poder Judiciário, entretanto, têm como fundamento não apenas os preceitos legais e regulamentares existentes sobre a matéria. Eles também são influenciados por diversos fatores como os argumentos das partes, as interiorizações de experiências pessoais, as práticas, os modelos de condutas e o pensamento socialmente

inculcado ou transmitido pela comunicação social. Neste sentido, se afigura relevante descortinar as representações sociais dos magistrados sobre o direito ao tratamento da depressão, sobretudo no que diz respeito ao sistema de saúde suplementar, haja vista a predominância da litigância judicial nesta esfera.

Todas essas razões levaram ao surgimento da pergunta norteadora desta pesquisa: “De que forma os desembargadores vinculados ao TJSP representaram socialmente o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019?”.

Para responder a tal indagação, inicia-se este estudo pela revisão da literatura científica relacionada aos principais temas implicados na pergunta de pesquisa. Dessa forma, a revisão de literatura abarca textos atinentes ao direito à saúde, à estrutura organizacional do sistema brasileiro de saúde, à depressão e seus tratamentos e ao Poder Judiciário Nacional.

Em seguida, são abordadas as questões relativas ao referencial teórico de interpretação e aos procedimentos metodológicos de coleta e análise dos dados.

Ato contínuo, são apresentados os resultados e a discussão sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Após isso, adentra-se no campo da avaliação das representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019.

Por fim, ingressa-se nas considerações finais, expondo as conclusões relativas à problemática proposta.

Por oportuno, vale ressaltar que este estudo também visa a aprofundar a compreensão dos resultados obtidos em tese desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (PPGEP-EERP), que apresentou como objeto o direito à internação psiquiátrica no SUS e no sistema suplementar (SALVATORI, 2013). A seguir, são explicitados os objetivos da pesquisa, a justificativa e as contribuições do estudo.

## 2 OBJETIVO

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é identificar e analisar as representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos:

- a) caracterizar as demandas judiciais relacionadas ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar que tramitaram junto ao TJSP no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019;
- b) identificar os requerentes e seus principais argumentos;
- c) conhecer quais são os tratamentos da depressão requeridos judicialmente no âmbito do sistema de saúde suplementar;
- d) reconhecer os requeridos e os seus principais argumentos;
- e) comparar os resultados dos acórdãos com as decisões prolatadas em 1º grau de jurisdição;
- f) identificar as representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019.

Para alcançar os objetivos propostos, foram formuladas as questões abaixo, que serviram de base para a confecção do instrumento de coleta de dados:

- a) Qual é o número do processo?
- b) Qual é a comarca de origem?
- c) Em que data foi prolatado o acórdão?
- d) O acórdão é proveniente de sentença ou de decisão interlocutória?
- e) Houve a concessão de tutela provisória?
- f) Houve a apresentação de prescrição médica que sustentasse a necessidade do tratamento pleiteado pelo requerente?

- g) Houve a realização de perícia destinada a verificar a adequação do tratamento requerido?
- h) Quem são os autores das ações?
- i) Quais foram os argumentos utilizados pelos autores das ações?
- j) Quais foram os tratamentos requeridos pelos autores das ações?
- k) Quem são os requeridos?
- l) Quais foram os argumentos utilizados pelos requeridos?
- m) Os pedidos dos autores das ações foram deferidos ou indeferidos em 1º grau de jurisdição?
- n) As decisões de 1º grau foram mantidas ou reformadas pelos desembargadores do TJSP?
- o) Quais foram os argumentos utilizados pelos desembargadores para fundamentarem as suas decisões?

Nessa ordem de ideias, para atingir o primeiro objetivo específico, foram formuladas as questões “A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F” e “G”. Para alcançar o segundo objetivo específico, foram confeccionadas as questões “H” e “I”. Para atingir o terceiro objetivo, foi elaborada a questão “J”. Para alcançar o quarto objetivo, foram formuladas as questões “L” e “M”. Para se chegar ao quinto objetivo, foram confeccionadas as questões “N” e “O”. Por derradeiro, para se alcançar o sexto objetivo, foi elaborada a questão “P” (Figura 1).

Figura 1 - Lista de questões formuladas para atingir os objetivos específicos (OBJ. ESP.)

<b>OBJ. ESP. 1</b>	<b>OBJ. ESP. 2</b>	<b>OBJ. ESP. 3</b>	<b>OBJ. ESP. 4</b>	<b>OBJ. ESP. 5</b>	<b>OBJ. ESP. 6</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões norteadoras</li> <li>• A, B, C, D, E, F e G</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões norteadoras</li> <li>• H e I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões norteadoras</li> <li>• J</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões norteadoras</li> <li>• L e M</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões norteadoras</li> <li>• N</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questões norteadoras</li> <li>• O</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

### **3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO**

Este estudo ganha relevância prática e atual na medida em que o conhecimento das representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar pode influenciar diretamente as ações, as práticas e os comportamentos do órgão regulador e dos próprios planos de saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento da política assistencial e para a seleção de ferramentas de intervenção mais eficazes pela ANS.

Além disso, o conhecimento das referidas representações sociais poderia auxiliar na regulação do próprio setor, haja vista que desde a Resolução CONSU nº 11/98 (BRASIL, 1998a) até a Resolução nº 428/17 (BRASIL, 2017), atualmente vigente, muito pouco se avançou nessa área.

Além disso, a identificação das representações sociais também poderia auxiliar no desenvolvimento de estratégias destinadas a racionalizar o sistema de prestação jurisdicional, fomentando sua celeridade e evitando que ele fique estrangulado pela propositura de centenas de ações.

Por fim, o conhecimento sobre os tratamentos mais requeridos em juízo, bem como sobre os principais argumentos utilizados pelas partes, poderá auxiliar na melhoria da qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 DO DIREITO À SAÚDE

A preocupação do ser humano com a saúde vem desde as eras primitivas. Na Antiguidade, condutas como lamber as próprias feridas, rejeitar substâncias amargas e abrigar-se do frio evidenciaram que as ações humanas voltadas à promoção da saúde iniciaram-se com o advento da própria espécie. Para os povos primitivos, as doenças que não pudessem ser explicadas como um resultado das atividades diárias - como as lesões provocadas pelas flechas atiradas por inimigos - eram explicadas pela ação sobrenatural, ou seja, as doenças eram consideradas como um castigo dos deuses. Naquela época, a saúde encontrava-se umbilicalmente ligada à noção de doença, sendo que ambas possuíam uma forte conotação mágico-religiosa. Esta concepção mágico-religiosa de saúde acompanhou o desenvolvimento da sociedade e foi responsável pelo início das práticas médicas, já que os líderes espirituais eram os responsáveis pelos procedimentos terapêuticos em razão de seu suposto vínculo com o sobrenatural. Hipócrates de Cós, considerado o “pai da Medicina”, é apontado como o primeiro responsável pelo desenvolvimento da noção científica de saúde. Em um de seus escritos, que compõem o *Corpus Hipocraticus*, Hipócrates sustentou que o corpo humano era composto de quatro elementos líquidos chamados de humores (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue), sendo que a saúde seria o resultado do equilíbrio destes humores e a doença do desequilíbrio (HEGENBERG, 1998; SCLIAR, 2007). Neste particular, vale ressaltar que Hipócrates se referia à depressão como “melancolia” (*mélas* – negro e *chole* – bÍlis) (BECK; ALFORD, 2011), isto é, a depressão seria decorrente do desequilíbrio da bile negra. Na Idade Média, a influência do cristianismo manteve a aceção de doença como resultado da insubmissão aos preceitos divinos e a concepção de saúde como graça divina. Após as duas grandes guerras mundiais, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS, surgiu uma definição positiva de saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Assim, a saúde passou a ser vista como um direito humano previsto em vários diplomas internacionais, a exemplo do que ocorre com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e o Protocolo de São Salvador (MAZZUOLI, 2019; OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, o direito à saúde foi consagrado pela primeira vez na Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, 1988), pois os textos constitucionais anteriores possuíam apenas



disposições esparsas sobre a questão, como a CF de 1824, que fazia referência apenas à garantia de “socorros públicos” em seu artigo 179 (MENDES; BRANCO, 2020). Portanto, além de ser um direito humano, a saúde também é um direito formalmente e materialmente fundamental (MARTINS, 2020; MITIDIERO; SARLET; MARINONI, 2020; TAVARES, 2020). Além disso, a saúde também pode ser considerada tanto um direito individual quanto coletivo. A dimensão individual do direito à saúde lhe atribui o aspecto público subjetivo, podendo ser exigido por qualquer pessoa. Por sua vez, a dimensão coletiva do direito à saúde lhe atribui um aspecto social, legitimando a atuação de órgãos como o Ministério Público e a Defensoria Pública em sua defesa (MENDES; BRANCO, 2020; MITIDIERO; SARLET; MARINONI, 2020).

## 4.2 DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE BRASILEIRO

### 4.2.1 Antecedentes históricos

As primeiras instituições destinadas à cura de doenças no Brasil advieram da igreja e possuíam basicamente duas finalidades: a assistência aos pobres e a segregação dos enfermos com a finalidade de evitar o contágio e a propagação de doenças. Naquela época, o Estado não participava ativamente da assistência à saúde. Com o advento do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, denominado de Lei Elói Chaves, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que conferiam, aos ferroviários que haviam contribuído para os seus fundos, o direito ao socorro médico, bem como o direito à aquisição de medicamentos por preço especial (BRASIL, 1923). No entanto, as CAPs beneficiavam poucas categorias profissionais. Assim, em meados de 1932, surgiu um movimento destinado a estender as garantias das CAPs a um número maior de trabalhadores. Nesse contexto, foram criados diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), dentre os quais se destacam o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) - 1933, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) - 1934 e, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). Os IAPs - que asseguravam, aos seus beneficiários, assistência médica, hospitalar e socorro farmacêutico - estavam subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e sua receita era proveniente da contribuição dos seus associados, das empresas e do Estado (BRASIL, 1933; DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; SILVEIRA, 2009).

Em seguida, em 21 de novembro de 1966, com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 72/66 (BRASIL, 1966), os IAPs foram unificados e foi criado o Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS), que passou a responder pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica de todos os trabalhadores formais e seus dependentes. Posteriormente, por meio da Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975 (BRASIL, 1975), foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que consistia no complexo de serviços do setor público e privado voltado para as ações de interesse da saúde e que abrangia as atividades relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde no campo de atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), cabendo-lhe, particularmente, coordenar, em âmbito nacional, o sistema de prestação de serviços de saúde às pessoas. Em 1977, com o advento da Lei nº 6.439/77, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que era integrado por diversos órgãos, dentre os quais o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 1977; SILVEIRA, 2009).

Ao INAMPS competia prestar assistência médica aos segurados do INPS, aos servidores do Estado, aos trabalhadores e empregadores rurais, em inteira compatibilidade com as normas do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1977). No entanto, o acesso à saúde permanecia restrito aos trabalhadores formais. Nesse contexto, nasceu um movimento político, social e ideológico que pregava a construção de uma nova política de saúde fundada na descentralização e universalização da prestação dos serviços. Este movimento recebeu o nome de Reforma Sanitária e foi responsável pelo delineamento dos fundamentos do SUS e, de certa forma, por sua inclusão na CF/88 (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; SILVEIRA, 2009).

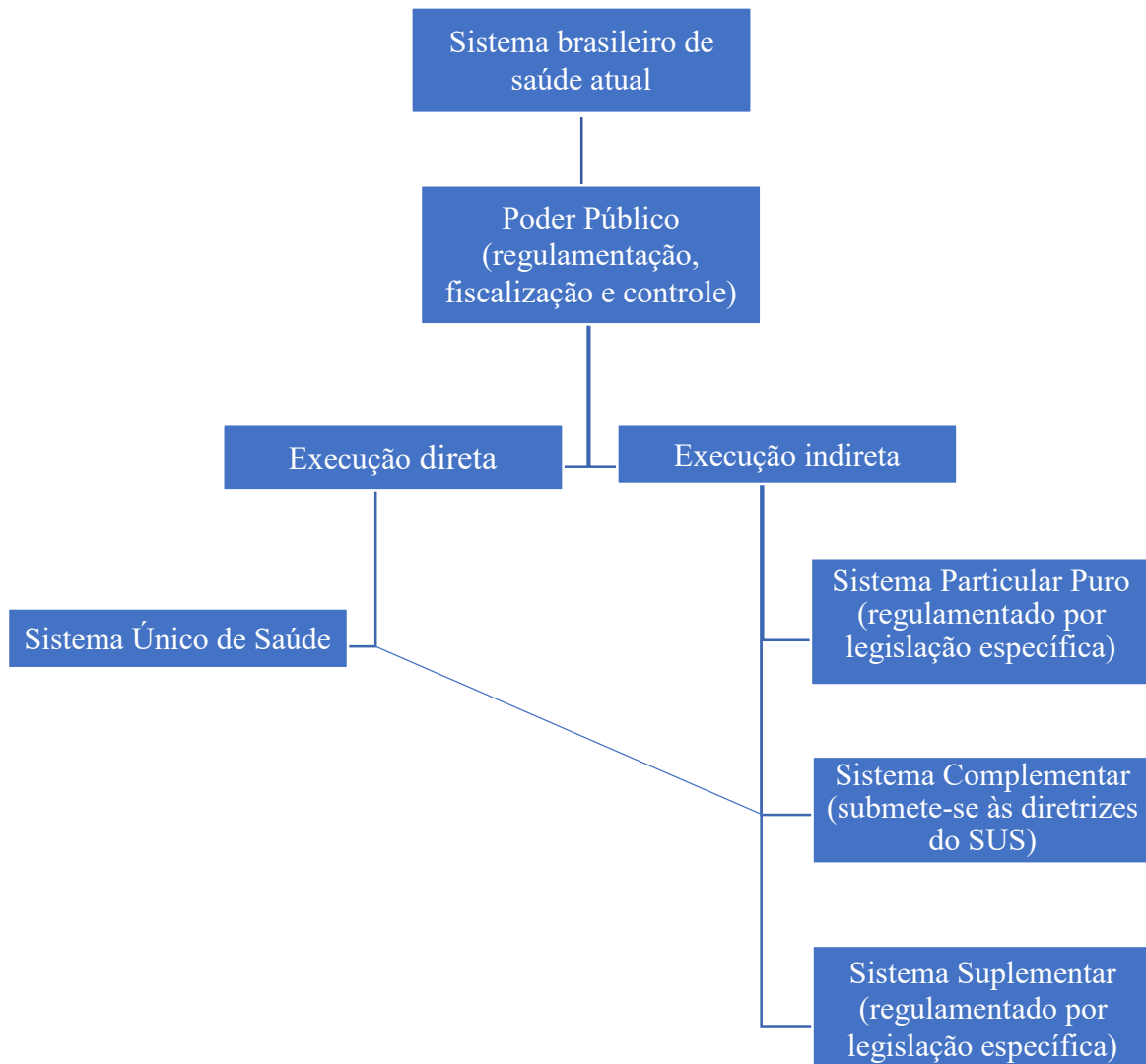
#### **4.2.2 Sistema atual**

Atualmente, o Brasil adota um sistema misto de prestação de assistência à saúde, tendo em vista que a execução das ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde pode ser realizada tanto pelo Poder Público quanto pelo setor privado.

A execução dos serviços de saúde pelo Poder Público ocorre por meio de um conjunto de ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada denominada de SUS (BARBERATO; GERAIGE NETO, 2018; ESMERALDI; LOPES, 2015; MENDES; BRANCO, 2020).

Por outro lado, a prestação de assistência à saúde pelo setor privado ocorre por meio de três subsistemas. São eles: o sistema particular puro, o sistema complementar e o sistema suplementar (CASTRO, 2012; CARDOSO *et al.*, 2017; ESMERALDI; LOPES, 2015; RIANI, 2010). Conforme mostra a figura 2.

Figura 2 – Organograma do sistema de saúde brasileiro atual



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

#### 4.2.3 Do Sistema Único de Saúde

O SUS é responsável por prestar atendimento assistencial de saúde sem oneração alguma a qualquer pessoa que dele venha a precisar. Ele foi criado pela CF/88 e foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b), e pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a) (MENDES; BRANCO, 2020; MITIDIERO; SARLET; MARINONI, 2020; TAVARES, 2020). A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A segunda versa sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assim como sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área. Além das duas leis acima mencionadas, o SUS também conta com vasta regulamentação que se efetiva por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que nada mais são do que portarias e resoluções do Ministério da Saúde (MS) destinadas a definir os objetivos e as estratégias do processo de descentralização da política de saúde (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES; BRANCO, 2020; MENDES *et al.*, 2017).

Os objetivos do SUS consistem: (i) na identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; (ii) na formulação de políticas de saúde, de acesso universal e igualitário, destinadas à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e (iii) na prestação de assistência às pessoas por intermédio da promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas (MARTINS, 2020; MENDES *et al.*, 2017).

As características do SUS são a regionalização e a hierarquização. A regionalização impõe que o SUS considere as peculiaridades das questões sanitárias relativas a cada região do país quando da formulação das políticas públicas, haja vista que os problemas de saúde não se distribuem de maneira uniforme pelo território nacional. Dessa forma, o SUS deve se desenvolver no sentido de examinar os fatores que influenciam as questões sanitárias de cada região, tais como o perfil epidemiológico, as características socioeconômicas, os fluxos populacionais e as condições de acesso aos serviços, com a finalidade de ofertar serviços de saúde mais coerentes e efetivos com a diversidade existente no território, uma vez que a inhomogeneidade das situações sanitárias encontradas no Brasil impossibilita a implantação de um único modelo de prestação de serviços nesta área. Os principais instrumentos do planejamento de regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). A hierarquização, por sua vez, indica a necessidade de racionalização do sistema e de otimização de seus recursos por meio da organização do atendimento em diferentes níveis de complexidade. Isto é, a hierarquização é o termo técnico utilizado para indicar a divisão do sistema em níveis crescentes de complexidade. Assim, em um nível mais básico estariam as unidades de saúde dotadas de tecnologias e profissionais aptos a realizar os atendimentos mais basilares e frequentes, tais como a aplicação de vacinas, a aplicação de curativos e as consultas com médicos generalistas. Em nível intermediário se encontrariam os procedimentos de complexidade intermediária, por exemplo o engessamento de um braço, pequenas cirurgias etc. Por fim, em um nível mais avançado, se encontrariam os procedimentos de alta complexidade tais como, as ressonâncias nucleares magnéticas, os transplantes de medula óssea e a realização de pontes de safena (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017).

As diretrizes do SUS são: (i) a descentralização, (ii) o atendimento integral e (iii) a participação da comunidade. A descentralização implica o fracionamento do SUS em subsistemas municipais, sendo que para cada município deve haver um "SUS Municipal" destinado ao atendimento de sua própria população (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017). O atendimento integral é definido pela lei de regência como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Ele se refere ao alcance da cobertura assegurada pelo SUS, que deve ser a mais ampla possível (BRASIL, 1990a; KEHRIG, 2001; MARTINS, 2020; MENDES *et al.*, 2017). A participação da comunidade é regulamentada pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que determina que em cada esfera de governo deverá haver a participação da comunidade na gestão, formulação e execução das ações e serviços do SUS. Essa participação se efetiva por meio de órgãos colegiados denominados de Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a; MENDES *et al.*, 2017). As Conferências de Saúde se consubstanciam em órgãos compostos por representantes de vários segmentos sociais, que se reúnem a cada quatro anos e que possuem a finalidade de avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas públicas na esfera de governo correspondente para o quadriênio seguinte. Já os Conselhos de Saúde são órgãos compostos por representantes do governo, por prestadores de serviços, por profissionais da saúde e por usuários do sistema que ostentam caráter permanente e deliberativo e que atuam na formulação de estratégias, assim como no controle da execução da política de saúde na esfera governamental respectiva, sendo que suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do Executivo. A participação da comunidade no SUS destaca o caráter democrático-participativo do direito à saúde (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017).

O financiamento do SUS é realizado com recursos provenientes da seguridade social que, por sua vez, é financiada por toda a sociedade mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como por recursos advindos das contribuições sociais dos empregadores<sup>1</sup>, das empresas, das entidades equiparadas às empresas, dos trabalhadores, dos segurados da previdência social, dos importadores de bens ou serviços, dos que se equiparam aos importadores de bens ou serviços

---

<sup>1</sup>As principais contribuições sociais do empregador são as seguintes: a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) - incidente sobre o faturamento e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) – incidente sobre o lucro das pessoas jurídicas.

e da contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos<sup>2</sup> (BRASIL, 1988; MENDES; BRANCO, 2020). Por força do artigo 55 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCTs), em 1989, 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, deveria ter sido destinado ao setor de saúde, sendo que, para os anos subsequentes, o percentual seria estabelecido pela respectiva Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (BRASIL, 1988; MENDES *et al.*, 2017).

Ocorre que os percentuais mínimos do OSS para a área da saúde não foram respeitados nos anos de 1989, 1990, 1992 e 1993. Em 1989 e 1990, os recursos do FINSOCIAL não foram totalmente destinados ao financiamento da seguridade social e, por conseguinte, não houve respeito ao percentual que deveria ser destinado ao setor de saúde. Em 1991, o repasse representou um percentual de 33,1%, contudo, em 1992, esse percentual caiu para apenas 20,9%. Em 1993, a Lei Orçamentária Anual (LOA) determinava que 15,5% do valor total arrecadado com as contribuições sociais deveriam ser repassados para a área da saúde. Todavia, no mês de maio daquele ano nenhum valor foi repassado à área da saúde sob o argumento de que a previdência social estava com problemas financeiros que poderiam implicar déficit no final do ano, o que levou a uma nova inobservância do percentual mínimo a ser repassado para a área da saúde. Ainda em 1993, começaram a surgir iniciativas parlamentares no sentido de tentar assegurar a vinculação do mínimo de recursos necessários para o financiamento da saúde.

No entanto, a despeito das tentativas dos parlamentares, em 1994, em razão de um ajuste fiscal, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente denominado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, a partir de 2000, chamado de Desvinculação de Receitas da União (DRU), que também passou a consumir parte das receitas destinadas à seguridade social, tendo em vista que desvinculava 20% das receitas das contribuições destinadas à seguridade social com o objetivo de permitir que o Governo Federal utilizasse esses recursos para outras finalidades, dentre as quais se destaca o pagamento de juros da dívida pública (PIOLA; BARROS, 2016).

Diante da falta de recursos para financiar o setor da saúde foi criada, em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) cujos recursos deveriam ser integralmente destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde. Ocorre que os recursos da CPMF também deixaram de ser destinados exclusivamente ao setor de saúde (MENDES; FUNCIA, 2016). Posteriormente, no ano 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 29/00 (BRASIL, 2000b), que alterou diversos dispositivos

---

<sup>2</sup> Loterias.

constitucionais e acrescentou o artigo 77 aos ADCTs para assegurar a vinculação de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Assim, ficou estabelecido que a União, no ano 2000, deveria aplicar em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante empenhado no ano de 1999 acrescido de 5%. De 2001 a 2004, a União deveria destinar à área da saúde, no mínimo, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os Estados e o Distrito Federal deveriam destinar às ações e aos serviços públicos de saúde no primeiro ano, pelo menos, 7% do produto da arrecadação de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir 12%. Os municípios e o Distrito Federal deveriam destinar às ações e aos serviços públicos de saúde, pelo menos, 7% do produto da arrecadação de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, sendo que este percentual deveria crescer anualmente até atingir 15%.

Vale anotar que, não obstante a EC nº 29/00 (BRASIL, 2000b) ter determinado que a União aplicasse recursos mínimos para o financiamento da saúde, ela não esclareceu de onde esses recursos deveriam advir, ao contrário do que fez com os demais entes políticos. Além disso, a EC nº 29/00 também não esclareceu quais seriam as ações e os serviços públicos que poderiam ser enquadrados no conceito de "ações e serviços públicos de saúde" (MENDES; FUNCIA, 2016; PIOLA; BARROS, 2016).

Assim, em 2012, os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e municípios nas ações e serviços públicos de saúde foram regulamentados pela Lei Complementar Federal nº 141/12 (BRASIL, 2012) que, por sua vez, esclareceu em seu artigo 2º, quais eram as ações e os serviços públicos abarcados pela expressão "ações e serviços públicos de saúde", bem como determinou que a União aplicasse anualmente na área da saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da LOA. Igualmente, estabeleceu a referida lei que os Estados e o Distrito Federal deveriam aplicar nas ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação do Imposto sobre a Transmissão *Causa Mortis* e Doação (ITCMD); do Imposto sobre as Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS); do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA); dos recursos provenientes do Imposto de Renda incidente na fonte (IR) sobre os rendimentos pagos por eles, suas autarquias e suas fundações; dos recursos provenientes do repasse, pela União, ao Fundo de Participação dos Estados e do

Distrito Federal e do repasse do montante decorrente da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Determinou a referida lei, ainda, que os municípios e o Distrito Federal deveriam aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU); do Imposto sobre a Transmissão *inter vivos* de Bens Imóveis por ato oneroso (ITBI); do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN); dos recursos provenientes do Imposto de Renda incidente na fonte (IR) sobre os rendimentos pagos por eles, suas autarquias e suas fundações; dos valores correspondentes ao repasse do IPVA; dos valores correspondentes à transferência do montante relativo à arrecadação do ICMS; do repasse, pela União, ao Fundo de Participação dos Municípios e dos valores correspondentes ao repasse do IPI. Posteriormente, em 29 de agosto de 2013, foi apresentado o Projeto de Lei Complementar nº 321, que visava a alterar dispositivos da Lei Complementar nº 141/12 (BRASIL, 2012) para que a União fosse instada a aplicar, no mínimo, 10% de suas receitas correntes brutas em ações e serviços públicos de saúde. Contudo, tal projeto foi arquivado.

Ato contínuo, em 28 de novembro de 2013, foi apresentada pelo Senado Federal a Proposta de EC nº 358/13, que foi convertida na EC nº 86, de 17 de março de 2015 (BRASIL, 2015a). Esta emenda alterou os artigos 165, 166 e 198 da Constituição, estabelecendo que o gasto mínimo a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de saúde passaria a ser vinculado à receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%. Todavia, esse percentual mínimo só poderia ser exigido a partir de 2020 na medida em que a sua implementação seria progressiva.

Assim, de acordo com a EC nº 86/15 (BRASIL 2015a), no ano de 2016, a União teria que aplicar, no mínimo, 13,2% de sua receita corrente líquida nas ações e serviços públicos de saúde. Em 2017, o percentual mínimo a ser aplicado pela União seria de 13,7% da receita corrente líquida. Em 2018, o percentual mínimo seria de 14,1% da receita corrente líquida da União. Em 2019, o piso seria de 14,5% e, a partir de 2020, o gasto mínimo a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de saúde não poderia ser inferior a 15% de sua receita corrente líquida.

Vale anotar que a EC nº 86/15 (BRASIL, 2015a) deu ensejo à considerável alteração na base de cálculo do percentual a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de saúde, porquanto o valor dos gastos da União tinha como base o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da LOA e, com o advento



da EC nº 86/15 (BRASIL, 2015a), a base de cálculo passou a ser a receita corrente líquida, que nada mais é do que a soma das receitas tributárias relativas às contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, deduzidos os valores das transferências constitucionais.

Em razão dessa alteração, diversos estudos apontaram para uma considerável perda de recursos para as ações e os serviços de saúde (PIOLA; BARROS, 2016). Dessa forma, passou a tramitar no Congresso Nacional Brasileiro, a Proposta de EC nº 241/16 (BRASIL, 2016a), que dispunha sobre um novo Regime Fiscal. O texto foi aprovado e deu origem à EC nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016b), que, por sua vez, revogou o art. 2º da EC nº 86, de 17 de março de 2015 (BRASIL, 2015a), antecipando, portanto, a incidência do percentual de 15% da Receita Corrente Líquida para o ano de 2017. Assim, o valor mínimo a ser atendido para a saúde passou a ser o equivalente àquele despendido em 2017 somado ao reajuste pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) até 2036. Ao considerar que o valor da receita corrente líquida girou em torno de 768 bilhões, aproximadamente 115,3 bilhões seriam destinados à saúde. Para alguns estudiosos, o congelamento de gastos por 20 anos, promovido pela EC nº 95/16 (BRASIL, 2016b), pode trazer consequências sociais e sanitárias desastrosas (MATSUSHITA; CAVALCANTI, 2017), tanto que, em 15/02/2017, foi ajuizada, pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), a ADI nº 5658 (BRASIL, 2017), que visa à declaração de inconstitucionalidade e à interpretação, conforme a Constituição, de parte dos dispositivos constitucionais incluídos pela referida emenda, sendo que esta ação não foi julgada (Quadro 1 e Figura 3).

Quadro 1 - Síntese de objetivos, características, diretrizes e financiamento do SUS

<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	
<b>Objetivos</b>	Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação de políticas de saúde e prestação de assistência às pessoas.
<b>Características</b>	Regionalização e hierarquização.
<b>Diretrizes</b>	Descentralização; atendimento integral e; participação da comunidade.
<b>Financiamento</b>	Recurso públicos provenientes do OSS.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Figura 3 - Evolução da legislação relacionada ao financiamento do SUS



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

#### 4.2.4 Do sistema particular puro

Em seu art. 197, a CF/88 preconiza que as ações de saúde podem ser executadas diretamente pelo Poder Público ou por meio de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. O sistema particular puro consiste na prestação de assistência à saúde pelo setor privado, ou seja, este sistema não integra o SUS e é regulamentado por legislação específica.

O sistema particular puro se caracteriza pelo fato de o tomador dos serviços escolher livremente o prestador e o contratar diretamente, sem a intervenção de terceiros, pagando-lhe o preço pelo serviço prestado, conforme combinado (MENDES *et al.*, 2017; RIANI, 2010).

#### 4.2.5 Do sistema de saúde complementar

No parágrafo primeiro de seu art. 199, a CF/88 preceitua que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes deste e mediante a celebração de contrato administrativo ou convênio. Isto é, a Constituição permite a exploração da assistência à saúde como atividade econômica segundo as regras de mercado. Contudo, os serviços privados de assistência à saúde devem observar os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017).

A atuação complementar, portanto, consiste numa atividade delegada à iniciativa privada que, por sua vez, atua em lugar do Poder Público nos termos por ele fixados, encontrando-se subordinada às diretrizes do SUS (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017). Frise-se que, na atuação complementar, as instituições privadas firmam contratos ou convênios com o Poder Público com o objetivo de complementar as ações de saúde que fazem parte do SUS, disponibilizando a sua estrutura física e os seus profissionais para a prestação dos serviços e recebendo, como contraprestação, as importâncias pactuadas em uma tabela de valores.

Nessa atividade, há expressa preferência em favor das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, sendo que é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções em favor de instituições privadas com fins lucrativos. Também não se admite, em regra, a participação de empresas ou capitais estrangeiros. Contudo, existem exceções previstas em lei. A Lei nº 13.097/2015 (BRASIL, 2015b) – que alterou o art. 23 da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990b) - estabelece que é permitida a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (i) doações de organismos internacionais vinculados à ONU; (ii) entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (iii) pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar hospital geral, hospital especializado, policlínica, clínica geral, clínica especializada e ações de planejamento familiar; (iv) serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para o atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social e; (v) demais casos previstos em legislação específica (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017).

A remuneração pelos serviços complementares prestados pelas instituições privadas é feita mediante o repasse de recursos públicos, após a celebração de contratos administrativos ou convênios, de acordo com as importâncias pactuadas em uma tabela de valores (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; MENDES *et al.*, 2017) (Quadro 2).

Quadro 2 - Natureza, diretrizes, preferências e financiamento do sistema de saúde complementar

<b>SISTEMA DE SAÚDE COMPLEMENTAR</b>	
<b>Natureza</b>	Atividade delegada à iniciativa privada pelo Poder Público.
<b>Diretrizes</b>	Descentralização; atendimento integral e participação da comunidade.
<b>Preferências</b>	Entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.
<b>Financiamento</b>	Repasse de recursos públicos do OSS mediante a celebração de contrato de direito público ou convênio.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

#### 4.2.6 Do sistema de saúde suplementar

O sistema de saúde suplementar decorre do permissivo constitucional consignado no *caput* do artigo 199 da CF/88. Neste sistema, os usuários se valem de intermediários, como as operadoras de planos de assistência à saúde e as empresas de seguro-saúde, que colocam à sua disposição, a depender do caso, um catálogo de profissionais para que eles escolham os de sua preferência. O vocábulo “suplementar” denota que as ações e serviços de assistência à saúde são ofertados de forma acessória, adicional, isto é, sem a redução da obrigação do fornecedor principal, que é o Estado (MENDES *et al.*, 2017; RIANI, 2010).

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira, em 01/07/2020, contava com 211.755.692 pessoas (BRASIL, 2020f). De acordo com a ANS, no mesmo mês, o Brasil contava com 46.758.762 beneficiários de planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2020c), ou seja, 22,08% da população brasileira encontrava-se inserida no sistema de saúde suplementar.

O sistema de saúde suplementar é regulamentado pela Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL, 1998b). Esta lei é considerada um marco para esse ramo de atividade econômica, na medida em que traz consigo um conjunto específico de direitos e deveres das pessoas que compõem esse mercado, como as operadoras de planos de saúde, os beneficiários e os prestadores de serviços. Além da legislação federal acima citada, também regulamentam este setor, as normas da ANS, que é uma autarquia federal, de regime especial, vinculada ao MS, cuja principal finalidade é a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização das atividades do setor de saúde suplementar (MENDES; BRANCO, 2020; SILVEIRA, 2009).

As operadoras de planos de assistência à saúde, segundo definição legal, são pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil, comercial, cooperativa ou entidade

de autogestão que administram, comercializam ou disponibilizam planos privados de assistência à saúde que, por sua vez, nada mais são do que a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais a preços pré ou pós-estabelecidos, 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 à 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 (BRASIL, 1998b; MENDES *et al.*, 2017). Isto é, as operadoras de planos de saúde são pessoas jurídicas de direito privado, com liberdade de forma societária, que prestam serviços próprios ou por meio de terceiros, mediante contraprestações pecuniárias.

Atualmente, as operadoras de planos de assistência à saúde são classificadas nas seguintes modalidades: administradora de benefícios, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia (BRASIL, 2008; NASCIMENTO, 2018).

As administradoras de benefícios, em resumo, são aquelas que propõem a contratação de planos coletivos na condição de estipulante ou que prestam serviços para as pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivos, podendo, ainda, oferecer planos privados para os associados das pessoas jurídicas contratantes ou apoio técnico na discussão de aspectos operacionais (BRASIL, 2008; NASCIMENTO, 2018).

As cooperativas médicas são sociedades sem fins lucrativos, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, que administram, comercializam ou disponibilizam planos privados de assistência à saúde, como, por exemplo, a UNIMED (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; NASCIMENTO, 2018).

As cooperativas odontológicas também consistem em sociedades sem fins lucrativos, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência; contudo, administram, comercializam e disponibilizam, exclusivamente, planos odontológicos (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; NASCIMENTO, 2018).

As autogestões, por sua vez, possuem três definições diferentes. Na primeira delas, pode-se entender a autogestão como a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, administra, comercializa e disponibiliza planos privados de assistência à saúde aos seus sócios, administradores, ex-administradores, empregados, ex-empregados, aposentados, pensionistas e respectivos grupos familiares, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim.

Na segunda, as autogestões podem ser consideradas como as pessoas jurídicas de direito privado de fins não econômicos que, vinculadas à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora que administram, comercializam e disponibilizam plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos empregados e servidores ativos da entidade pública patrocinadora; aos empregados e servidores aposentados da entidade pública patrocinadora; aos ex-empregados e ex-servidores da entidade pública patrocinadora; aos pensionistas dos beneficiários acima mencionados; aos sócios da entidade privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora; aos empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; aos aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou à sua entidade privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora; aos pensionistas dos beneficiários supramencionados; aos grupos familiares dos beneficiários acima mencionados, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, bem como aos sócios, empregados, ex-empregados, administradores, ex-administradores, aposentados, pensionistas e grupos familiares vinculados à entidade instituidora desde que esta também seja patrocinadora ou mantenedora ou da autogestão.

Por fim, o terceiro significado atribuído às autogestões aponta que estas também podem ser as pessoas jurídicas de direito privado de fins não econômicos, constituídas sob a forma de associação, que administram, comercializam e disponibilizam planos privados de assistência à saúde exclusivamente aos associados integrantes de determinada categoria profissional, assim como aos empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; aos aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à autogestão; aos pensionistas dos beneficiários apontados anteriormente; aos grupos familiares dos beneficiários apontados anteriormente, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim (BRASIL, 2008). Ou seja, a autogestão pode ser entendida como o sistema por meio do qual a própria empresa ou outra entidade institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários com o fito de reduzir os gastos decorrentes da intermediação das empresas de planos de assistência à saúde, como, por exemplo, a Caixa de Assistência da Ordem dos Advogados de Minas Gerais (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; NASCIMENTO, 2018).

As empresas de Medicina de Grupo são aquelas que administram, comercializam e disponibilizam planos privados de assistência à saúde, com exceção das administradoras de benefícios, das cooperativas médicas, das autogestões e das entidades filantrópicas, como, por exemplo, a AMIL e a GOLDEN CROSS (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; NASCIMENTO, 2018).

As entidades de odontologia de grupo são aquelas que administram, comercializam e disponibilizam planos exclusivamente odontológicos, excetuando-se as cooperativas odontológicas (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010).

Por fim, as entidades filantrópicas são aquelas beneficentes, que não possuem fins lucrativos e que tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça, ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais, na forma da regulamentação normativa vigente (BRASIL, 2000a; NASCIMENTO, 2018) (Quadro 3).

Quadro 3 - Modalidade das operadoras de planos de assistência à saúde

<b>Modalidades de operadoras de planos de saúde</b>
<b>Administradora de benefícios</b>
<b>Cooperativa médica</b>
<b>Cooperativa odontológica</b>
<b>Autogestão</b>
<b>Medicina de grupo</b>
<b>Odontologia de grupo</b>
<b>Filantropia</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Por outro lado, as seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde são pessoas jurídicas de direito privado que conferem cobertura securitária aos beneficiários indicados na apólice, contra os riscos decorrentes da necessidade de utilização de assistência médica ou hospitalar, garantindo ao segurado, a restituição dos valores estipulados no contrato ou o pagamento de eventual tratamento realizado diretamente ao prestador do serviço. Nessa espécie de contratação não existe a limitação do beneficiário a uma lista de prestadores de serviços médicos e hospitalares. Isto é, basta que o beneficiário escolha livremente o profissional de sua preferência e, posteriormente, solicite o reembolso das quantias despendidas à seguradora. Contudo, por vezes, o processo de restituição do valor gasto se afigura moroso, razão pela qual as empresas de seguro-saúde oferecem aos seus clientes uma lista de profissionais referenciados e, caso o beneficiário opte pela utilização dos serviços destes profissionais, não será necessário efetuar o pagamento correspondente à sua prestação, haja

vista que os referidos profissionais recebem diretamente das seguradoras (MONTONE, 2009; NASCIMENTO, 2018). Além disso, vale destacar, que a Lei Federal nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001b), em seu art. 2º, equiparou as sociedades seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde às operadoras de planos de saúde, bem como igualou o seguro-saúde ao plano de assistência à saúde (BRASIL, 2001). Dessa forma, seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde também ficaram subordinadas às normas e à fiscalização da ANS, que poderá aplicar, em caso de infringência à legislação de regência, as penalidades previstas na Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998b) e na Lei nº 9.961/00 (BRASIL, 2000c). Por fim, vale lembrar que a responsabilidade das seguradoras, concernente à restituição dos valores ou ao pagamento diretamente ao prestador do serviço, se limita ao valor consignado na apólice, ou seja, existe um teto prefixado no contrato (COGO JÚNIOR, 2010).

Atualmente, a classificação e as características atinentes aos planos privados de assistência à saúde encontram-se regulamentadas pela Resolução Normativa (RN) nº 195, de 14 de julho de 2009 (BRASIL, 2009), expedida pela ANS. Segundo essa RN, os planos de assistência à saúde classificam-se em: individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão. O plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar. Frise-se que, nos planos individuais, um único indivíduo, pessoa natural, celebra com a operadora de planos de assistência à saúde um contrato de prestação de serviços, sendo ele o único beneficiário dos serviços contratados (BRASIL, 2008). Caso haja o acréscimo de beneficiários no contrato, o plano passará a ser familiar, hipótese em que a extinção do vínculo do titular não extinguirá o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos, o direito à manutenção da avença nas mesmas condições anteriormente contratadas (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010; NASCIMENTO, 2018).

O plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária (FERRON, 2001; NASCIMENTO, 2018).

Por fim, o plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; associações profissionais legalmente constituídas; cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões



regulamentadas; caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrarem nas disposições da RN nº 195/09 (BRASIL, 2009); União Nacional dos Estudantes; uniões estaduais dos estudantes; diretórios centrais dos estudantes; centros acadêmicos ou diretórios acadêmicos e grêmios estudantis (NASCIMENTO, 2018) (Quadro 4).

Quadro 4 - Classificação dos planos de assistência à saúde

<b>Classificação dos planos de assistência à saúde</b>	
<b>Individual</b>	Um único indivíduo, pessoa natural, celebra com a operadora de planos de assistência à saúde um contrato de prestação de serviços, sendo ele o único beneficiário dos serviços contratados.
<b>Familiar</b>	Um grupo familiar celebra com a operadora de planos de assistência à saúde um contrato de prestação de serviços, sendo que os integrantes do grupo serão os beneficiários.
<b>Coletivo empresarial</b>	Oferece cobertura a determinadas pessoas naturais vinculadas à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
<b>Coletivo por adesão</b>	Oferece cobertura a pessoas naturais que possuem vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Isso posto, é possível concluir que existem diferenças básicas entre o SUS e o sistema de saúde suplementar, as quais seguem indicadas no quadro 5.

Quadro 5 - Comparativo entre o SUS e o sistema de saúde suplementar

<b>Diferenças básicas entre o SUS e o Sistema Suplementar</b>	
<b>SUS</b>	<b>Sistema Suplementar</b>
Assistência à saúde prestada pelo Poder Público	Assistência à saúde prestada pelo setor privado
Vigilância sanitária	—
Vigilância epidemiológica	—
Ações e serviços de assistência à saúde são ofertados de forma principal	Ações e serviços de assistência à saúde são ofertados de forma acessória, adicional
Acesso universal	Acesso aos beneficiários do sistema
Atendimento integral	Cobertura limitada ao contratado
Financiado com recursos públicos	Financiado com recursos privados
Regido pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b)	Regido pela Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998b).
Há participação da comunidade na gestão	Não há participação da comunidade na gestão

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

#### 4.2.7 Da assistência à saúde mental no sistema de saúde suplementar

Antes de 1998, não existia cobertura assistencial obrigatória destinada ao tratamento dos transtornos mentais no sistema de saúde suplementar. Isso porque o setor ainda não se encontrava regulamentado. Dessa forma, as operadoras de planos de assistência à saúde obedeciam regras próprias, delimitando a cobertura a que seus beneficiários teriam direito. Essa delimitação, em regra, era feita por meio da seleção dos riscos, razão pela qual geralmente eram excluídas da cobertura, as doenças crônicas, pré-existentes, infectocontagiosas, assim como os transtornos mentais e comportamentais codificados na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID) (BRASIL, 2008; SILVA; COSTA, 2011).

Com o advento da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998b), a cobertura assistencial destinada ao tratamento dos transtornos mentais passou a ser obrigatória para todos os contratos celebrados a partir de janeiro de 1999 e para os contratos anteriores que fossem adaptados, haja vista que o artigo 10 da referida lei determinava expressamente que deveria haver cobertura para todas as doenças listadas na CID. Nesse contexto, a ANS passou a editar normas sobre o tema, bem como iniciou a implementação de ações visando a melhorar a qualidade da prestação dos serviços das operadoras (SILVA; COSTA, 2011).

Dentre as normas editadas pela ANS, se destaca a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11, de 03 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998a). Esta resolução foi a primeira a estabelecer coberturas assistenciais obrigatórias ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na 10ª revisão da CID (CID-10), de acordo com a segmentação do plano contratado (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2008). Assim, nos planos ou seguros do segmento ambulatorial – que não dão direito à internação - seriam obrigatórios: (i) o atendimento às emergências assim consideradas (a) às situações que implicassem risco de morte ou danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças, as tentativas de suicídio e a autoagressão) e (b) às situações que implicassem risco de danos morais ou patrimoniais importantes; (ii) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a doze sessões por ano de contrato e; (iii) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente. Para os planos ou seguros do segmento hospitalar eram obrigatórios: (i) o custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação por ano em hospital psiquiátrico ou enfermaria psiquiátrica de hospital geral

e; (ii) o custeio integral de pelo menos quinze dias de internação por ano em hospital geral para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitassem de hospitalização (BRASIL, 1998b).

Para os casos que ultrapassassem os prazos acima mencionados as operadoras de planos de saúde poderiam estabelecer uma coparticipação no custeio da internação, desde que esta estivesse claramente definida em contrato e podendo ser crescente conforme o tempo de internação. Além disso, a pessoa com transtorno mental poderia dispor de oito semanas anuais de tratamento em regime hospital-dia, que é um regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial em que o paciente permanece na unidade de saúde por um período máximo de 12 horas. Ainda, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia deveria ser estendida a cento e oitenta dias por ano nos seguintes casos: diagnósticos de demências; síndromes amnésicas orgânicas não induzidas pelo álcool ou outras substâncias psicoativas; delírios não induzidos pelo álcool ou outras substâncias psicoativas; transtornos mentais devidos à lesão, disfunção cerebral; transtornos de personalidade e de comportamento devidos à doença, lesão e disfunção cerebral; transtornos mentais orgânicos ou sintomáticos; esquizofrenia; transtorno esquizotípico; transtornos delirantes persistentes; transtornos psicóticos agudos e transitórios; transtorno delirante induzido; transtornos esquizoafetivos; transtornos psicóticos não orgânicos; psicose não orgânica não especificada; retardo mental; transtornos hipercinéticos; distúrbios de conduta; transtornos mistos de conduta e das emoções; transtornos emocionais com início especificamente na infância; transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência; tiques; transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência e transtorno mental não especificado (Quadro 6).

Quadro 6 - Síntese das coberturas assistenciais obrigatórias da Consu nº 11/98 (BRASIL, 1998a)

<b>Resolução Consu nº 11/98 - coberturas assistenciais obrigatórias ao tratamento de todos os transtornos mentais</b>	
<b>Planos do segmento ambulatorial</b>	• Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e autoagressões)
	• Consultas psiquiátricas
	• Serviços de apoio diagnóstico
	• Psicoterapia em situações de crise, limitada a doze sessões por ano
<b>Planos do segmento hospitalar</b>	• Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e autoagressões)
	• Internação em instituição hospitalar
	• Tratamento em regime de hospital-dia por oito semanas e por 180 dias para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 da CID 10
	• Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano para portadores de transtornos em situação de crise

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Contudo, a CONSU nº 11/98 (BRASIL, 1998a) foi revogada por normas subsequentes, dentre as quais se destacam a RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010c); a RN nº 338, de 21 de outubro de 2013; a RN nº 387, de 28 de outubro de 2015 e, por fim, a RN nº 428, de 07 de novembro de 2017 (BRASIL, 2017), que se encontra em vigor.

A RN nº 428/17 (BRASIL, 2017), em seu art. 10, estabelece que a atenção prestada às pessoas com transtornos mentais deve priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Em seu anexo II, alterado pela RN nº 460, de 13/08/2020 (BRASIL, 2020b), estabelece que, nos planos ou seguros do segmento ambulatorial, são obrigatórias: (i) a cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência; (ii) a cobertura de psicoterapia, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, limitada a dezoito sessões por ano com diagnóstico (CID F30 a F39) e (iii) a cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas. Já para os planos ou seguros do segmento hospitalar, determina a obrigatoriedade de: (i) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência; (ii) custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação por ano, sendo que poderá haver coparticipação, crescente ou não, limitada ao máximo de 50%, quando ultrapassados trinta dias contínuos ou não de internação; (iii) cobertura, em número ilimitado

de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar e (iv) tratamento em regime de hospital-dia para pacientes portadores de episódio maníaco e transtorno bipolar (Quadro 7).

Quadro 7 - Síntese das coberturas assistenciais obrigatórias da RN nº 428/17 (BRASIL, 2017)

<b>Resolução Consu nº 11/98 - coberturas assistenciais obrigatórias ao tratamento de todos os transtornos mentais</b>	
<b>Planos do segmento ambulatorial</b>	• Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e autoagressões).
	• Consultas psiquiátricas.
	• Serviços de apoio diagnóstico.
	• Psicoterapia em situações de crise, limitada a doze sessões por ano.
<b>Planos do segmento hospitalar</b>	• Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e autoagressões).
	• Internação em instituição hospitalar.
	• Tratamento em regime de hospital-dia por oito semanas e por 180 dias para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 da CID 10.
	• Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano para portadores de transtornos em situação de crise.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Na comparação entre o rol de cobertura obrigatória de 1998 e o rol de cobertura de 2020, é possível verificar que muito pouco se avançou no tocante à regulamentação e à cobertura assistencial dos transtornos psiquiátricos no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Em resumo, podem ser destacados os seguintes pontos de avanço: (i) a priorização do atendimento ambulatorial em detrimento da internação psiquiátrica a fim de utilizá-la apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico, pois tal medida, em tese, aumentaria a autonomia do paciente, diminuiria a estigmatização e reduziria a institucionalização das pessoas com transtornos mentais; (ii) a possibilidade de consulta com outros profissionais da saúde, como terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos; (iii) o aumento no número de sessões de psicoterapia, que pode chegar a 40 sessões por ano para pacientes com transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo recorrente e (iii) a limitação expressa do valor da coparticipação ao patamar máximo de 50% do valor contratado entre a operadora e o prestador de serviço (Quadro 8).

Quadro 8 - Comparativo de coberturas obrigatórias da Consu nº 11/98 (BRASIL, 1998a) e da RN nº 428/17 (BRASIL, 2017)

<b>Cobertura assistencial obrigatória em 1998 (Consu nº 11/98)</b>	<b>Cobertura assistencial obrigatória em 2020 (RN 428/17, alterado pela RN 460/20)</b>
<b>Planos do segmento ambulatorial</b>	<b>Planos do segmento ambulatorial</b>
Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e autoagressões)	Cobertura de urgência e emergência.
Consultas psiquiátricas	Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas.
Serviços de apoio diagnóstico	Serviços de apoio diagnóstico.
Psicoterapia em situações de crise, limitada a doze sessões por ano	Psicoterapia limitada a dezoito sessões por ano com diagnóstico (CID F30 a F39) e cobertura de consulta com psicólogo ou terapeuta ocupacional que pode chegar a 40 sessões por ano para pacientes com transtornos de humor (CID F31, F33).
<b>Planos do segmento hospitalar</b>	<b>Planos do segmento hospitalar</b>
Atendimento às emergências psiquiátricas (incluídas as tentativas de suicídio e autoagressões)	Cobertura de urgência e emergência.
Internação em instituição hospitalar	Internação em instituição hospitalar em número ilimitado de dias.
Tratamento em regime de hospital-dia por oito semanas e por 180 dias para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 da CID 10	Tratamento em regime de hospital-dia para pacientes portadores de episódio maníaco e transtorno bipolar.
Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano para portadores de transtornos em situação de crise	Custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano e coparticipação, que poderá ser crescente ou não, limitada a 50% do valor contratado entre a operadora e o prestador de serviços.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

#### 4.3 DEPRESSÃO E TRATAMENTOS

A depressão é considerada uma moléstia há milhares de anos e até hoje não se chegou a um consenso sobre o seu conceito, natureza, classificação, causas e relação com os estados de humor vivenciados por indivíduos considerados normais. Parte dos estudiosos sustenta que a depressão seria uma doença. Outra parte defende que a depressão seria uma reação. Alguns afirmam que a depressão seria um transtorno psicogênico. Outros, que a depressão teria relação com fatores orgânicos. E ainda há aqueles que afirmam existirem dois tipos de depressão, uma de caráter psicogênico e outra de caráter orgânico (BECK; ALFORD, 2011).

A primeira descrição clínica sobre a depressão foi atribuída ao médico grego Hipócrates. Ele formulou uma hipótese etiopatogênica segundo a qual a depressão seria decorrente de uma

substância endógena, a bile negra. Por isso, Hipócrates se referia à depressão como “melancolia” (*mélas* – negro e *chole* – bÍlis). Na Antiguidade, prevalecia uma visão religiosa sobre a depressão segundo a qual ela seria uma enfermidade decorrente de forças sobrenaturais, isto é, o melancólico era considerado alguém que os deuses odiavam e perseguiram (PAYKEL *et al.*, 2008; BECK; ALFORD, 2011).

No início do século XIX, Pinel descreveu a “melancolia” da seguinte forma:

Os sintomas geralmente abarcados pelo termo melancolia são taciturnidade, um ar pensativo sério, suspeitas soturnas e amor à solidão. Essas trações, sem dúvida, parecem distinguir a personalidade de alguns homens com boa saúde e frequentemente em circunstâncias prósperas. Contudo, nada pode ser mais abominável do que a figura do melancólico remoendo seus imaginários infortúnios. Se ademais possuído de poder, e dotado de uma disposição perversa e de um coração sanguinário, a imagem torna-se ainda mais repulsiva (PINEL apud BECK; ALFORD, 2011, p. 17).

Além da divergência sobre o conceito, natureza, classificação e causas da depressão, também existe dissenso sobre a sua relação com os estados de humor vivenciados por indivíduos considerados normais.

Nesse particular, uma parcela dos estudiosos considera haver uma continuidade entre o humor normal e a depressão. Eles argumentam que todos os indivíduos podem apresentar oscilações de humor, sendo que os episódios de humor deprimido se assemelhariam aos estados clínicos da depressão. Essa semelhança leva ao conceito de que o patológico seria a exasperação do normal. Por outro lado, existem aqueles que afirmam existir uma dicotomia entre o humor normal e a depressão. Para eles, a depressão se diferenciaria do humor deprimido normal, pois decorreria de uma desorganização biológica profunda, isto é, seria a manifestação de um processo patológico diverso do estado normal (BECK; ALFORD, 2011).

Não obstante o dissenso entre os estudiosos, o fato é que a depressão tem causado muito sofrimento humano. A sintomatologia da depressão indica que existiria certo consenso em torno de alguns de seus principais sintomas, tais como o humor deprimido, sentimentos negativos em relação a si próprio, redução da satisfação, perda de vínculos emocionais, crises de choro, perda do senso de humor, baixa autoestima, pessimismo, autorrecriminação, autocrítica, indecisão, distorção da imagem corporal, perda de motivação positiva, desejos de romper com a rotina de vida, desejos suicidas, manifestações vegetativas, perda de apetite, perturbação do sono, perda da libido, fadigabilidade entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Segundo a OMS, os transtornos depressivos são caracterizados por tristeza, baixa autoestima, sono ou apetite perturbados, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa,

sensação de cansaço e falta de concentração. Ainda segundo a referida organização, a depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade laborativa, social ou escolar do indivíduo, sendo que, em sua forma mais grave, pode levar ao suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Por sua vez, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) alerta que a depressão é um transtorno comum, mas sério, que interfere na vida diária, na capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida, sendo causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

Os transtornos depressivos incluem duas subcategorias principais: o transtorno depressivo maior e a distímia. O transtorno depressivo maior envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e prazer e diminuição da energia. A depender do número e da gravidade de sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. Já a distímia seria uma forma persistente ou crônica de depressão leve; os sintomas da distímia são semelhantes a episódios depressivos, mas tendem a ser menos intensos e durar mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Outra diferença que é considerada fundamental pela OPAS é aquela feita entre a depressão em pessoas que possuem e as que não possuem histórico de episódios de mania. A alternância entre episódios de mania – que envolvem humor exaltado ou irritado, excesso de atividades, pressão de fala, autoestima inflada, menor necessidade de sono e aceleração do pensamento - e depressão, separados por períodos de humor normal, caracteriza o transtorno afetivo bipolar. Por outro lado, os repetidos episódios depressivos nos quais a pessoa experimenta um humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida e diminuição das atividades em geral por, pelo menos, duas semanas caracterizaria o transtorno depressivo recorrente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

Estima a OMS que a depressão atinge trezentos milhões de pessoas em todo o mundo, sendo o Brasil o país com mais casos na América Latina, com mais de onze milhões e meio de pessoas acometidas pelo transtorno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Existem diversos tratamentos para a depressão, como as psicoterapias, os tratamentos medicamentosos, os eletrochoques e a internação psiquiátrica, sendo que cada indivíduo deve ser avaliado por especialista, que considerará os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, a fim de indicar a melhor abordagem terapêutica (CORDIOLI; GREVET, 2019).

Originariamente chamada de cura pela fala, a psicoterapia possui raízes na história da Medicina, Filosofia, Psiquiatria e Psicologia. Alguns autores sugerem que formas primitivas de



psicoterapias sempre existiram, fazendo menções a curandeiros como os primeiros psicoterapeutas. Outros defendem que o surgimento das psicoterapias ocorreu com o surgimento da Medicina, tendo em vista que, quando não havia tratamentos eficazes, o efeito terapêutico podia ser obtido pela qualidade da relação entre o médico e o paciente. Contudo, prevalece o entendimento de que a primeira forma de psicoterapia foi a psicanálise que, com base nos métodos de tratamento desenvolvidos por Sigmund Freud, se tornou um modelo quase hegemônico de psicoterapia até meados do século XX. Todavia, na segunda metade do século XX, em razão da longa duração do tratamento, bem como de seu alto custo, a psicanálise iniciou seu declínio, surgindo novas modalidades. De forma geral, pode-se entender a psicoterapia como um método de tratamento que utiliza meios psicológicos, com destaque para a comunicação verbal, mediante os quais o terapeuta busca deliberadamente influenciar seu paciente que o procura com a finalidade de obter alívio para um sofrimento psíquico, eliminar sintomas de um transtorno definido, resolver problemas pessoais de natureza psíquica ou estimular o desenvolvimento pessoal. As psicoterapias possuem objetivos, fundamentos teóricos, frequência e tempo diferentes, sendo que, atualmente, é possível encontrar 174 diferentes tipos de psicoterapias. No entanto, se elas forem agrupadas de acordo com suas orientações teóricas, haveria apenas seis modelos básicos. São eles: (i) o modelo psicanalítico criado por Sigmund Freud; (ii) o modelo comportamental de Pavlov Watson, Skinner, Wolpe e Bandura; (iii) o modelo cognitivo, desenvolvido por Ellis e Aaron Beck; (iv) o modelo existencial ou humanista de Carlo Rogers e Viktor Frankl; (v) o modelo de fatores comuns de Jerome Frank e (vi) o modelo dos fatores biopsicossociais de George Engel (CORDIOLI; GREVET, 2019).

O tratamento medicamentoso é realizado por meio de drogas antidepressivas, dentre as quais se encontram: os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs); os inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs); os inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRSs); os inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/NE (ISRSN); os inibidores de recaptura de 5-HT e antagonistas ALFA-2 (IRSA); os estimulantes da recaptura de 5-HT (ERS); os inibidores seletivos de recaptura de NE (ISRN); os inibidores seletivos de recaptura de DA (ISRD) e os antagonistas de alfa-2 adrenorreceptores. Em resumo, os antidepressivos buscam regular ou aumentar a concentração de neurotransmissores (serotonina, dopamina e norepinefrina) na fenda sináptica por meio da inibição do metabolismo, bloqueio de recaptura neuronal ou atuação em autorreceptores pré-sinápticos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999; ROSA; CAVALCANTE; TERRA JÚNIOR, 2018).

O tratamento por eletrochoque consiste na utilização de correntes elétricas, de forma controlada, com vistas a facilitar a reorganização da atividade cerebral. Dentre os tratamentos existentes destacam-se a eletroconvulsoterapia (ECT) e a estimulação magnética transcraniana (EMT) (LOBATO, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

A utilização de correntes elétricas para o tratamento de enfermidades possui referências antigas. No final do século XIX, o médico Roberts Bartholow realizou a estimulação elétrica no córtex de uma pessoa desperta, documentando contrações musculares e crise convulsiva. Na mesma época, Alberto Albertini comprovou que estímulos elétricos poderiam desencadear convulsões. Ezio Sciamanna, por sua vez, observou que a estimulação do córtex cerebral com corrente contínua possuía efeito excitatório. A primeira sessão de ECT foi realizada por Ugo Cerletti e Lúcio Bini, em 1938 (LOBATO, 2019; SILVA *et al.*, 2020). A partir daí, a ECT difundiu-se, chegando ao Brasil por volta de 1941. No início da década de 1960, com a descoberta de alguns psicofármacos, a ECT começou a ser considerada ultrapassada e, por vezes, associada a métodos de tortura (MIRANDA *et al.*, 2019). Com o passar dos anos se verificou que os psicofármacos apresentavam limitações e efeitos adversos e, por outro lado, houve um aperfeiçoamento da ECT para a redução de seus efeitos adversos, como fraturas, deslocamento de membros e declínios cognitivos importantes. Dentre os aperfeiçoamentos, estão o uso de anestésico, de relaxantes musculares, a padronização da carga elétrica e o posicionamento dos eletrodos. Assim, o interesse pela ECT voltou a existir e ela foi indicada para o tratamento da depressão. O tratamento consiste em induzir uma convulsão generalizada com o uso de um aparelho que possibilita a passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro, com duração de 20 a 150 segundos, em um paciente sob sedação intravenosa ou sob anestesia geral (ASSIS *et al.*, 2020).

Nesse contexto, parte dos estudos apontou que a ECT seria um método bastante eficaz e seguro no tratamento da depressão. Ela apresentaria resposta mais rápida do que o tratamento medicamentoso e estaria indicada para situações graves, em que há risco de catatonia e suicídio. Os mecanismos de ação da ECT ainda não são totalmente compreendidos. Alguns defenderam que ela provocaria alterações metabólicas, eletrofisiológicas e neuroquímicas oriundas da convulsão (PINNA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020). Recentemente, o MS comunicou a possibilidade de aquisição e de disponibilização de aparelhos de ECT no âmbito do SUS, mencionando que seria o melhor aparato terapêutico disponível para o tratamento de transtornos mentais refratários à medicação, como a depressão grave (ASSIS *et al.*, 2020). Todavia, a reação pública a essa questão tem sido intensa, sendo que alguns estudiosos repudiam a utilização da ECT nos serviços públicos de saúde (OLIVEIRA, 2019).

Segundo Oliveira (2019), existem importantes falhas metodológicas nos estudos sobre a ECT, bem como dúvidas quanto à ética das pesquisas que serviram para consolidar a convicção de que ela seria um tratamento eficaz e seguro, razão pela qual todo o conhecimento sobre o uso da ECT estaria comprometido.

Outra técnica de tratamento que utiliza corrente elétrica é a EMT. A lei de Faraday-Neumann explica o processo de transformação de energia elétrica em magnética. No final do século XIX, com a forte industrialização, existia uma grande preocupação da sociedade com relação aos possíveis efeitos nocivos dos campos magnéticos gerados pelas redes de produção e transmissão de energia elétrica. Nesse contexto, D'Ansoval, médico francês, iniciou uma pesquisa sobre os efeitos do eletromagnetismo sobre o sistema nervoso central. Ele utilizou um aparelho que produzia um campo magnético alternante, sendo que, quando os pacientes colocavam a cabeça dentro da bobina, eram capazes de ver *flashes* luminosos chamados de fosfenos. Bickford *et al.* (1987) observaram elevações transitórias do humor em pacientes que recebiam a EMT. Em 1992, Pascual-Leone observou que pacientes com depressão melhoravam o humor após as estimulações. O primeiro estudo utilizando a EMT para a depressão foi publicado por George *et al.* em 1995. O tratamento se baseia no princípio de indução eletromagnética de campo elétrico na superfície do crânio de magnitude suficiente para provocar a despolarização de neurônios corticais. Isto é, estimula-se o córtex cerebral por meio de uma bobina que recebe uma corrente elétrica de alta intensidade, gerando um campo magnético capaz de induzir uma corrente elétrica que altera a polarização da membrana das células neurais (VALENTE *et al.*, 2019). Assim, o campo magnético induz a criação de uma corrente elétrica dentro do cérebro, nos neurônios, e evita-se a convulsão, que eventualmente e raramente pode ocorrer como efeito adverso. A EMT pode ser de pulso único ou repetitiva. Nos casos de depressão, a área mais comum a ser estimulada é o córtex pré-frontal dorsolateral, que pode ser detectado por um neuronavegador (MONTENEGRO; CANTILINO, 2016). Parte-se do pressuposto de que na depressão ocorre uma hipoatividade do córtex pré-frontal esquerdo e a EMT poderia balancear o funcionamento dessa área, promovendo uma melhora clínica do paciente (CONFORTO *et al.*, 2003). Os efeitos adversos mais comuns são a perda dos sentidos (síncope), a revirada dos olhos, as vocalizações, os automatismos orais, os fenômenos alucinatorios, a dor facial e a cefaleia. Em regra, a EMT recorrente tem maiores taxas de sucesso nos casos agudos de depressão. Alguns estudos comparativos demonstraram que a EMT teria uma eficácia menor se comparada à ECT. Por fim, vale ressaltar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu e autorizou o uso da EMT na prática nacional para os casos de depressão unipolar, bipolar, alucinações auditivas na esquizofrenia e neurocirurgias. Dessa

forma, os pacientes com depressão que não respondem a antidepressivos pelo período de um mês, podem fazer uso desse procedimento (MONTENEGRO; CANTILINO, 2016).

Por fim, há uma outra forma de tratamento da depressão, que é a internação psiquiátrica. Com relação a esse tema, vale lembrar, que a internação psiquiátrica é regida por vários diplomas legais, tanto no âmbito internacional quanto no âmbito interno. No plano internacional existem diversas resoluções aprovadas pela Assembleia Geral da ONU, dentre as quais se destacam a Resolução nº 2856-XXVI, de 20 de dezembro de 1971 (PORTUGAL, 1971), e a Resolução nº 46/119, de 17 de dezembro de 1991 (BRASIL, 1991). A Resolução nº 2856-XXVI (PORTUGAL, 1971) é basicamente uma declaração de direitos das pessoas com distúrbios mentais que estatui que, se a internação for necessária, deverá ser feita em um ambiente e em condições de vida próximos da vida normal do paciente.

A Resolução nº 46/119 (BRASIL, 1991), por sua vez, determina que devem ser feitos todos os esforços para se evitar uma internação involuntária, vez que nenhum procedimento terapêutico deve ser dirigido a um paciente sem o seu consentimento, exceto (i) se ele não tiver capacidade para externá-lo, (ii) se o procedimento for necessário para resguardar a sua segurança ou (iii) se o procedimento for necessário para salvaguardar a segurança de terceiros. No plano nacional, a internação psiquiátrica é regida basicamente pela Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001a), bem como pela Portaria n.º 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002). A Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a) destina-se basicamente à proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ao redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e ao estabelecimento de três tipos de internação psiquiátrica: a voluntária, a involuntária e a obrigatória. A internação voluntária é aquela que se dá com o consentimento do paciente. A internação involuntária é aquela que ocorre sem o consentimento do paciente, a pedido de terceiro. Já a internação compulsória é a que ocorre por meio de determinação judicial.

Com o objetivo de regulamentar o controle das internações psiquiátricas, o MS baixou a Portaria n.º 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002. (BRASIL, 2002) Esta portaria é norma de observância obrigatória para os estabelecimentos de saúde que efetuam internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias. Ela dispõe que as internações psiquiátricas só poderão ocorrer após o esgotamento de todas as possibilidades terapêuticas e de todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial. Em outro ponto, além das modalidades de internação psiquiátrica já estabelecidas pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), a portaria traz, em seu art. 3º, outra modalidade de internação: a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI). Ela ocorre quando o paciente internado

voluntariamente expressa a sua discordância com a manutenção da internação. Nesses casos, a equipe terapêutica deverá oferecer ao paciente, o maior número de informações possíveis a respeito de sua enfermidade e do respectivo tratamento com o fito de tentar demonstrar a necessidade da manutenção da internação. Caso o paciente persista em sua discordância, restará caracterizada a internação involuntária, e o estabelecimento de saúde deverá encaminhar notificação ao Ministério Público em até 72 horas após a manifestação. Por derradeiro, vale ressaltar que a referida portaria também determinou que fossem criadas comissões multiprofissionais revisoras das internações psiquiátricas involuntárias que podem emitir laudos de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado, remetendo cópia ao estabelecimento de saúde responsável pela internação.

A despeito da existência de diversas abordagens terapêuticas, o fato é que o tratamento eficaz da depressão encontra vários obstáculos, que podem ir da falta de recursos à precariedade das políticas assistenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Estes obstáculos, somados ao gradativo aumento do número de pessoas acometidas de depressão, permitem inferir que o Poder Judiciário brasileiro vem sendo provocado com maior frequência a se manifestar sobre a questão, tendo em vista que o referido poder é o responsável por exercer a função jurisdicional, dirimindo os eventuais conflitos de interesses existentes, com ares de definitividade.

#### 4.4 O PODER JUDICIÁRIO NO BRASIL

A CF brasileira de 1988 adotou como dogma a teoria da separação dos poderes. Esta teoria foi esboçada pela primeira vez por Aristóteles em sua obra intitulada “Política”, na qual o referido autor vislumbrava a existência de três funções diversas do poder. Contudo, em razão do contexto histórico de sua teorização, essas funções eram exercidas pela mesma pessoa. As funções observadas por Aristóteles eram as seguintes: (i) função de editar normas gerais a serem observadas por todos; (ii) função de aplicar essas normas gerais ao caso concreto e (iii) função de dirimir os conflitos de interesses oriundos da execução das normas gerais nos casos concretos. Posteriormente, o tema foi estudado por John Locke, que focava, em sua obra “Segundo Tratado do Governo Civil”, dentre outras coisas, a independência do parlamento inglês. Por fim, em visão precursora do Estado de direito liberal, Montesquieu publicou sua obra “O espírito das Leis” na qual sustentava, em suma, que as funções do poder deveriam ser executadas por órgãos distintos, autônomos e independentes entre si a fim de evitar o acúmulo nas mãos de uma única pessoa ou instituição (LENZA, 2019; MITIDIERO; SARLET;

MARIONI, 2020). Surgem, assim, o Poder Executivo, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário. Este último é responsável pelo exercício da função jurisdicional que consiste, basicamente, em dirimir os conflitos de interesses de forma justa e imparcial.

No Brasil, o Poder Judiciário é integrado por vários órgãos jurisdicionais, destacando-se, por oportuno, o TJSP. O tribunal é integrado por magistrados, chamados de desembargadores, que exercem, em regra, o duplo grau de jurisdição (DIDIER JÚNIOR, 2019; MITIDIERO; SARLET; MARIONI, 2020).

Em geral, as ações que pleiteiam o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar se iniciam em 1º grau de jurisdição junto a outro órgão jurisdicional denominado juiz de direito. Esses processos, em regra, são classificados como processos de conhecimento e adotam o rito comum ou ordinário. No rito ordinário, o processo se inicia com a apresentação, pela parte autora, de uma peça processual denominada de petição inicial. Nessa peça, o autor da ação vai explicar os fundamentos de fato e de direito que o levaram a ajuizar a ação, bem como irá veicular a sua pretensão que, nos casos estudados nesta pesquisa, consiste no requerimento para que o tratamento da depressão seja ofertado ou custeado pelo réu. Em casos de urgência, é possível que o autor requeira que o tratamento seja ofertado ou custeado antes mesmo da citação do réu, em tutela provisória (DIDIER JÚNIOR, 2019; NOVO, 2016).

Após o protocolo e a distribuição da petição inicial, instruída com os documentos pertinentes, o juízo competente verificará se ela preenche os requisitos exigidos pelo Código de Processo Civil (THEODORO JÚNIOR, 2017b).

Se houver pedido de concessão de tutela provisória, o juiz o examinará, podendo deferir ou não o pedido. Isto é, o juiz determinará ou não que, antes da oitiva do réu, este ofereça ou custeie o tratamento da depressão pleiteado pelo autor. Contra essa decisão é cabível um recurso cujo nome é agravo de instrumento. Caso haja a interposição de agravo, ele será julgado pelos desembargadores integrantes do Tribunal de Justiça e essa decisão colegiada recebe o nome de acórdão. Os acórdãos foram objeto de análise deste estudo, haja vista que eles expressam, em seu bojo, os entendimentos dos desembargadores sobre a matéria. Nessa perspectiva, é possível extrair dos referidos documentos, as representações sociais dos desembargadores sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar (DIDIER JÚNIOR, 2019; THEODORO JÚNIOR, 2017b).

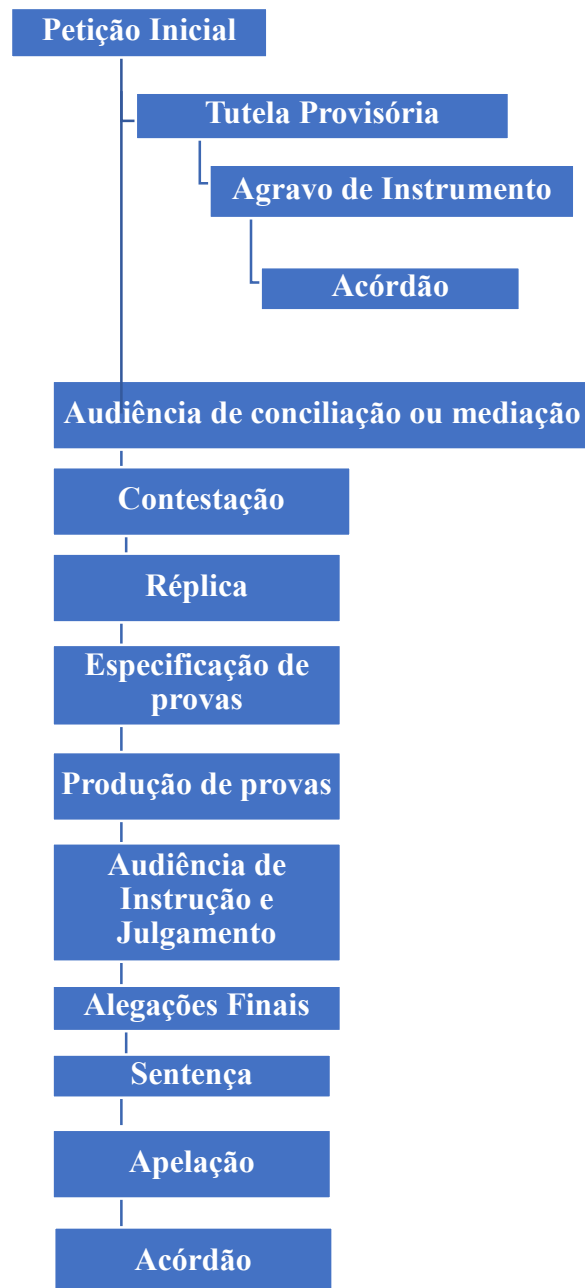
Se não houver pedido de concessão de tutela jurisdicional provisória, o juiz determinará que o réu seja citado e intimado para comparecer a uma audiência de conciliação ou mediação e apresentar a sua defesa que, em regra, é consignada em uma peça processual chamada de contestação. Não obtida a conciliação e apresentada a contestação, o juiz passará à fase das

providências preliminares e saneamento do feito na qual, em regra, intimará o autor para apresentar sua réplica. Em seguida, se houver a necessidade de produzir provas, o juiz intimará as partes para especificar as provas que pretendem produzir, determinará a realização das provas e, posteriormente, designará audiência de instrução e julgamento. As provas orais serão produzidas em audiência e, caso tenha sido feita prova pericial, o perito e os assistentes técnicos poderão ser ouvidos. Findada a instrução, as partes, por meio de seus respectivos advogados, apresentarão as suas alegações finais e o processo seguirá concluso ao juiz para a prolação de sentença, que poderá deferir ou não o tratamento da depressão requerido pelo autor da demanda.

Contra a sentença, cabe um recurso cujo nome é apelação. Se interposta a apelação, o juiz intimará a parte contrária para ofertar as suas contrarrazões recursais e encaminhará o processo ao Tribunal de Justiça, a fim de que os desembargadores possam examinar as razões e contrarrazões, prolatando, em seguida, uma decisão coletiva que recebe o nome de acórdão (DIDIER JÚNIOR, 2019; THEODORO JÚNIOR, 2017a; WAMBIER; TALAMINI, 2016b).

Os acórdãos relativos aos processos que versaram sobre o direito ao tratamento da depressão, no período de 01/01/2015 a 31/12/2019, conforme exposto anteriormente, foram objeto de análise neste estudo na medida em que é possível extrair deles as representações sociais dos desembargadores sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma do processo civil ordinário



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).



## 5 REFERENCIAL TEÓRICO DE INTERPRETAÇÃO

Esta pesquisa adota como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. A expressão "Representação Social" foi cunhada por Serge Moscovici, em 1961, na primeira parte de sua obra intitulada "*La Psychanalyse: Son image et son public*" (JODELET, 2001; SÁ, 1998).

Moscovici renovou a análise de Durkheim sobre a ideação coletiva insistindo na especificidade dos fenômenos representativos nas sociedades contemporâneas caracterizadas por intensidade e fluidez das trocas e comunicações, desenvolvimento da ciência, pluralidade e mobilidade sociais (JODELET, 2001; SÁ, 1998).

Para Moscovici, as representações sociais seriam estruturas psicológicas construídas a partir de símbolos compartilhados e enriquecidos por experiências empíricas anteriormente vivenciadas pelos indivíduos cujos conteúdos são produto de um longo processo que determina a sua organização. Durante esse processo, novas informações e símbolos seriam transmitidos e recebidos por meio da prática cotidiana de comunicação decorrente de estruturas informais. Assim, a função das representações sociais seria anexar o novo à estrutura de conhecimentos já existentes e dotados de certa estabilidade – por intermédio de dois mecanismos denominados de ancoragem e de objetivação – construindo, dessa forma, as representações sociais com a finalidade de recriar objetos, ideias e seres desconhecidos, tornando-os mais próximos, familiares, compreensíveis e atuais (MOSCOVICI, 2009).

Para o referido autor, a ancoragem seria a apreensão do novo conteúdo dentro de um sistema de informações já existente. Corresponderia à introdução de ideias estranhas, bem como à sua vinculação a categorias simbólicas ou conceituais pré-existentes, transformando o conteúdo desconhecido em algo familiar. Dessa forma, para transformar um conhecimento social não familiar em um conhecimento social familiar, o indivíduo deveria relacionar esse novo conteúdo a determinadas categorias que já possuía. Essa categorização seria necessária para que a situação permanecesse no imaginário do indivíduo e para que pudesse ser compartilhada. Por ser um processo de categorização de conteúdos sociais, nele estão inseridos juízos de valor (MOSCOVICI, 2009). A ancoragem possuiria três funções articuladas: (i) função cognitiva destinada à introdução de novos conhecimentos sociais não familiares, transformando-os em familiares; (ii) função de interpretação da realidade consistente no deslinde da significação dos fatos; (iii) função de orientação de conduta responsável pelas ações e pelas tomadas de decisões (JODELET, 1984).

Por sua vez, o processo de objetivação poderia ser entendido como concretização, isto é, a transformação de algo abstrato em algo concreto. Esse processo se efetivaria por intermédio da associação de concepções a determinadas imagens. É a fase figurativa do processo de elaboração das representações sociais. A objetivação possui três funções. A primeira delas estaria relacionada com a construção seletiva da realidade, que se operaria pela seleção de informações que circulam em determinado campo social. A segunda corresponderia à composição de um núcleo figurativo que se efetivaria por meio da atribuição de uma imagem que tornaria visível determinado conteúdo conceitual. Por fim, a última função é a naturalização ou a consubstanciação do abstrato, isto é, a transmutação daquilo que é abstrato em elementos concretos da realidade (MOSCOVICI, 2009).

Entretanto, além dos ensinamentos matriciais de Moscovici, atualmente existem ao menos três correntes teóricas complementares à grande teoria. A primeira delas e a mais fiel é liderada por Denise Jodelet. A segunda, que procura articular as representações sociais com uma perspectiva mais sociológica, é liderada por Willem Doise. A terceira, que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações sociais, tem como principal expoente Jean-Claude Abric. Contudo, a profusão de concepções doutrinárias sobre as representações sociais não torna tais teorias incompatíveis entre si, na medida em que todas decorrem da matriz moscoviciana e não a desautorizam (SÁ, 1998).

Jodelet (2001) procurou sistematizar a teoria moscoviciana de forma mais objetiva. Para ela, as representações sociais seriam uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que teria um objetivo prático e concorreria para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Isto é, as representações sociais seriam um saber do senso comum, um saber ingênuo ou natural, e seriam criadas em razão da necessidade de os indivíduos informarem-se sobre o mundo à sua volta e de ajustarem-se a ele, dominando-o física ou intelectualmente, bem como identificando e resolvendo os problemas que se apresentariam. Assim, as representações sociais os guiariam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, de se posicionarem frente a eles de forma defensiva (JODELET, 2001 SÁ, 1998).

Enquanto sistemas de interpretação que regem a relação dos indivíduos com o mundo e com os outros, Jodelet (2001) afirmou que as representações sociais orientariam e organizariam as condutas e as comunicações sociais, intervindo também em processos como a difusão e assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais.

Já como fenômeno cognitivo, as representações envolveriam a pertença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências, práticas, modelos de condutas e pensamento socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que a ela estão ligados. Desse ponto de vista, as representações sociais poderiam ser abordadas concomitantemente como produto e como processo. Isto é, como o produto de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e como processo de elaboração psicológica e social dessa realidade. Como produto, as representações trariam consigo a marca do sujeito e de sua atividade, pois remeteriam ao próprio processo de constituição da representação que, por sua vez, abarcaria, dentre outras coisas, a atividade mental de reconstrução e interpretação, assim como a própria expressão do representante mental. Por outro lado, enquanto processo, a representação social se distinguiria de outras atividades mentais, como a perceptiva, a conceitual e a mnemônica, pois substitui o objeto, toma o seu lugar e torna-o presente quando está ausente. Isto quer dizer que, em representações sociais, devem ser considerados tanto o funcionamento do aparelho psíquico quanto o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, na medida em que estes afetam a gênese, a estrutura e a evolução daquelas (JODELET, 2001).

Ainda de acordo com Jodelet (2001), a riqueza fenomênica das representações sociais implicaria um espaço multidimensional de estudo, existindo, contudo, características básicas que deveriam ser consideradas por todas as dimensões. Nesse esquema basilar, se encontrariam elementos que indicam que a representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito); que ela tem com o seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações); que ela será apresentada como uma modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais e; que ela é qualificada como um saber prático, pois se refere à experiência a partir da qual é produzida. Assim, considerando que as representações seriam um conhecimento diferente do científico, mas adaptado à ação sobre o mundo, sua especificidade constituiria objeto de estudo epistemológico legítimo e necessário para compreender plenamente os mecanismos do pensamento, sendo que o postulado fundamental no estudo das representações sociais seria o da inter-relação entre as formas de organização e comunicação sociais e as modalidades do pensamento social (JODELET, 2001).

Com relação à comunicação social, a autora se socorre dos ensinamentos de Moscovici, para quem a comunicação desempenharia um papel fundamental nas trocas e interações sociais que concorrem para a criação de um universo consensual, remetendo a fenômenos de influência e de pertença sociais decisivos na elaboração dos sistemas intelectuais. Assim, a comunicação

social deveria ser examinada em três níveis distintos: (i) o nível de emergência, pois condições como a dispersão e a defasagem das informações, o foco sobre certos aspectos do objeto, a pressão para agir, tomar posição ou obter o reconhecimento e a adesão dos outros afetariam os aspectos cognitivos que diferenciariam o pensamento natural em suas operações, sua lógica e seu estilo; (ii) o nível do processo de formação das representações, pois a comunicação influenciaria a ancoragem e a objetivação nos planos da organização, dos conteúdos, nas significações e na utilidade que lhes são conferidas e (iii) o nível das dimensões relacionadas à edificação da conduta, pois, neste nível, atuariam os sistemas de comunicação midiáticos, que possuiriam propriedades diferentes, que são a difusão, a propagação e a propaganda. A difusão da comunicação estaria relacionada com a formação de opiniões, a propagação com a formação das atitudes e a propaganda com a formação de estereótipos (JODELET, 2001).

Por fim, destacou Jodelet (2001) que a partilha das representações seria uma dinâmica social que explicaria a sua especificidade. O lugar, a posição social que os indivíduos ocupam ou até mesmo as funções que eles assumem determinariam os conteúdos representacionais, bem como a sua organização, por meio da relação ideológica que eles mantêm com o mundo social. Assim, partilhar uma mesma condição social produziria efeitos sobre o modo de conceber a cultura. Já partilhar uma ideia ou uma linguagem seria afirmar um vínculo social e uma identidade. Isto é, a partilha serviria à afirmação simbólica de uma unidade e de uma pertença (JODELET, 2001; PLON, 1972).

Willem Doise trata mais especificamente da dimensão das condições de produção e circulação das representações sociais. Para o autor, as representações sociais seriam princípios geradores de tomadas de posição ligados a inserções específicas e a um conjunto de relações sociais que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações (DOISE, 1990; SÁ, 1998).

Jean-Claude Abric se preocupa mais especificamente com o conteúdo cognitivo das representações sociais, concebendo-o como um conjunto organizado e estruturado, não como uma simples coleção de ideias e valores. Para o autor, o conteúdo da representação se organizaria num sistema central e num sistema periférico com características e funções distintas (ABRIC, 1994).

Abric (1994) também contribui com o estudo da transformação das representações sociais e com a comparação entre as representações.

O comparativo de concepções sobre a teoria das representações sociais pode ser visto no quadro 9 e na figura 5.

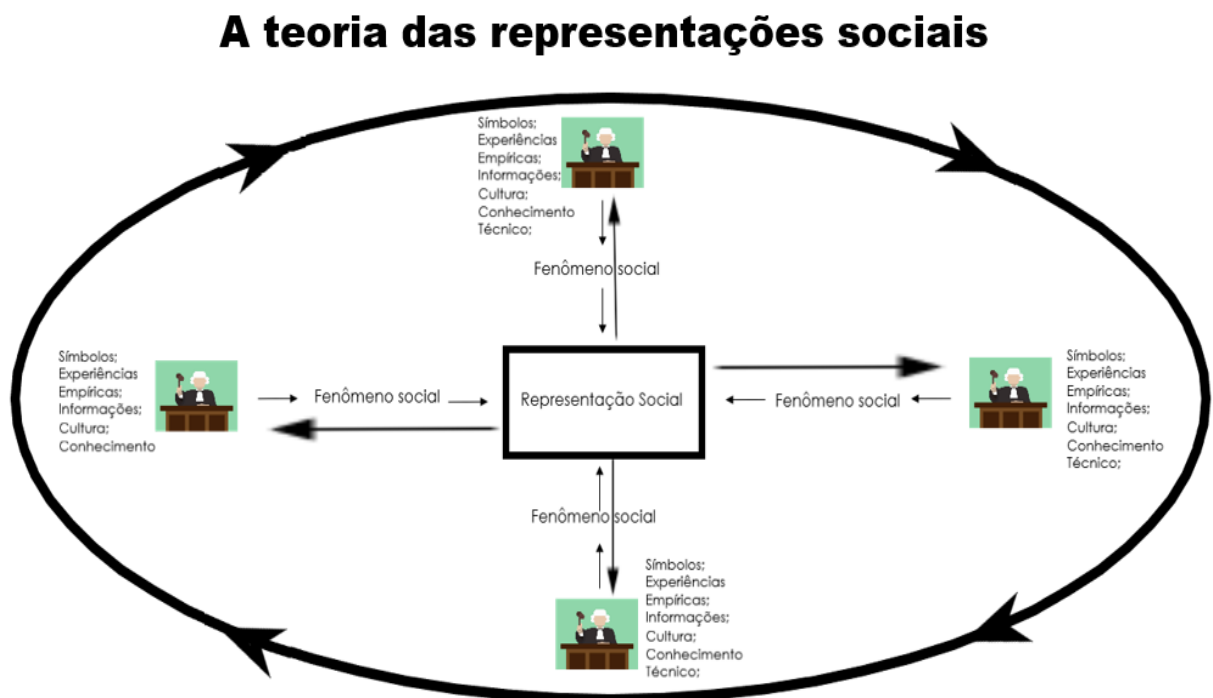
Quadro 9 - Comparativo de concepções sobre a teoria das representações sociais

Denise Jodelet	Willem Doise	Jean-Claude Abric
Para Jodelet, as representações sociais seriam uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que teria um objetivo prático e concorreria para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Jodelet enfatiza que as representações sociais são veiculadas na vida cotidiana por meio dos discursos, práticas sociais e comportamentos que ficariam fixados e codificados em documentos e registros. Corrente mais fiel à grande teoria.	Para Doise as "Representações Sociais são princípios geradores de tomadas de posição ligados a inserções específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações." (DOISE, 1990). Trata mais especificamente da dimensão das condições de produção e circulação das representações sociais. Para ele, a posição social dos indivíduos é um determinante para as suas representações. Procura articular as representações sociais com uma perspectiva mais sociológica.	Para ele, as representações sociais seriam um conjunto organizado composto por um sistema central e um sistema periférico com características e funções distintas. Abric preocupa-se com o conteúdo cognitivo das representações e busca resolver o problema das aparentes contradições existentes entre elas, na medida em que, por vezes, elas se mostram rígidas e ao mesmo tempo flexíveis. Abric contribuiu também com o estudo da comparação entre representações. Procura enfatizar a dimensão cognitivo-estrutural das representações sociais.

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A diversidade das correntes de pesquisa em representações sociais, entretanto, presta-se apenas a óticas variadas no tratamento dos fenômenos representativos, não tornando tais correntes incompatíveis entre si. Este estudo rege-se pela perspectiva adotada por Denise Jodelet, aceitando conscientemente a sua coexistência com as demais (SÁ, 1998).

Figura 5 - Esquema de compartilhamento das representações sociais



Ao considerar as concepções e a diversidade das correntes de pesquisa acima mencionadas e não esquecendo que o desenvolvimento de um estudo criterioso e merecedor de crédito no campo das representações sociais pressupõe a verificação da existência do fenômeno que se quer estudar como sendo um fenômeno concreto, bem como a averiguação da possibilidade de sua abordagem segundo a teoria das representações sociais – tendo em vista que não faria sentido tentar estudar as representações sociais de algo que não existe ou que não foi objeto de representação – passou-se a uma análise prévia para verificar se o direito ao tratamento contra a depressão poderia ser considerado um fenômeno concreto, bem como se poderia ser abordado por meio da teoria das representações sociais.

A verificação da existência concreta do fenômeno e a identificação de que ele pode ser abordado por meio da teoria das representações sociais, no entanto, nem sempre são tarefas fáceis. Isso porque existe a possibilidade de o fenômeno simplesmente não ser socialmente representado por determinado grupo. Além disso, o acesso às representações sociais, em regra, se opera por meio do discurso dos participantes do grupo pesquisado, sendo certo que eventual interpretação inadequada desses discursos poderia levar a se concluir pela existência de alguma construção representacional quando, na verdade, existiriam apenas repostas a estímulos ou a estados psicológicos momentâneos. Encontra-se, somando-se a tais dificuldades, o fato de que a própria prática da pesquisa poderia contribuir para a emissão de respostas discursivas fortuitas que não possuem *status* de construção representacional. Como exemplo, cita-se a hipótese de serem utilizados instrumentos de coleta de dados, como entrevistas que levassem os sujeitos a darem respostas sem que nunca tivessem pensado sobre o tratamento da depressão ou acompanhado as discussões sobre ele (SÁ, 1998).

Superar essas dificuldades iniciais se revelou de vital importância para que a pesquisa não chegasse a pseudorrepresentações que não encontrariam fundamento nem referência sobre a prática (SÁ, 1998; JODELET, 2001).

Para tanto, foi necessário observar se haveria correspondência entre o pensamento social e as práticas sociais da população a ser estudada; analisar se o tratamento da depressão possuía espessura social, isto é, se estava implicado de forma consistente em alguma prática do grupo a ser estudado, incluída a da conversação e a da exposição aos meios de comunicação de massa e examinar se o tratamento da depressão levaria a uma representação minimamente estruturada e não somente a opiniões, informações ou imagens desconexas (IBAÑEZ, 1988; JODELET, 2001; SÁ, 1998).

A fim de superar essas dificuldades iniciais e diminuir a probabilidade de se chegar a resultados negativos e, principalmente, a resultados positivos que não corresponderiam à

realidade, efetuou-se uma consulta prévia junto ao sítio eletrônico do TJSP a fim de verificar se o direito ao tratamento da depressão seria um fenômeno concreto.

Tal resultado permitiu inferir que o direito ao tratamento da depressão pela via judicial assumia uma dimensão complexa, tendo em vista que associava diversos fatores como as concepções sobre a depressão, os conceitos sobre o direito à saúde mental, o entendimento sobre a estrutura jurídico-organizacional do sistema nacional de saúde nacional, as concepções sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e o conhecimento sobre a legislação vigente.

Isto é, os sujeitos do processo, dentre eles, os magistrados, constroem a realidade social do direito ao tratamento da depressão pela via judicial com fundamento na representação que fazem dos fatores a ele relacionados, como as interiorizações de suas experiências pessoais, suas práticas, modelos de condutas e pensamento socialmente inculcado ou transmitido.

Assim, foi possível concluir que o direito ao tratamento da depressão pela via judicial era um fenômeno concreto passível de análise por meio da teoria das representações sociais, porquanto possuía espessura social e estava implicado diretamente na prática do grupo a ser estudado, sendo certo que o pesquisador poderia recorrer a diversas metodologias para descortinar essa prática como, por exemplo, a análise documental, as enquetes por meio de entrevistas e os questionários (JODELET, 2001; WAGNER *et al.*, 1994).

Decidiu-se utilizar como material desta pesquisa, os acórdãos prolatados pelo Tribunal de Justiça de São Paulo sobre o assunto, haja vista que o acesso às representações sociais, em regra, se opera por meio do discurso dos participantes do grupo pesquisado, podendo ser extraídas da análise dos referidos documentos.

Além disso, os acórdãos a serem coletados e analisados encontram-se integralmente digitalizados e disponíveis para acesso público por via eletrônica, o que, teoricamente, facilitaria a coleta e a análise dos dados.

## 6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Gerhardt e Silveira (2009) ensinam que a palavra método é proveniente do grego *methodos*, que teria o significado de “caminho para se chegar a um fim”. Isto é, o método seria o caminho em direção a um objetivo, a estrada a ser percorrida para se realizar uma pesquisa científica (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Segundo Tartuce (2006), seria a forma mais segura inventada pelos homens para montar formas de compreensão adequada dos fenômenos. Trata-se do procedimento utilizado na coleta e na análise dos dados que fornece ao pesquisador, meios para que ele possa alcançar os objetivos propostos de forma fidedigna.

Existe uma profusão de métodos científicos, assim como várias formas de abordagens metodológicas, dentre as quais se destacam a abordagem qualitativa e a abordagem quantitativa. A qualitativa se caracteriza pela preocupação em desvendar o “porquê” das coisas. Ela se interessa-se pelos aspectos da realidade que não podem ser simplesmente quantificados. Trabalha com fenômenos que não podem ser reduzidos a meras representações numéricas. Centra-se na compreensão e na explicação dinâmica das relações sociais (GERHARDTE; SILVEIRA, 2009). Já a abordagem metodológica quantitativa se funda-se na objetividade. Recorre à linguagem matemática para descrever as causas de determinados fenômenos. Seus resultados podem ser quantificados. Tem raízes no pensamento positivista lógico (FONSECA, 2002).

A abundância de métodos científicos e as possibilidades de abordagens metodológicas impõem ao pesquisador especial atenção ao optar pelo caminho a ser seguido rumo ao objetivo proposto na pesquisa, na medida em que o desenvolvimento de um estudo criterioso pressupõe a adequação e a validade do método. Assim, a escolha da abordagem metodológica não pode ser feita de forma aleatória ou impensada. É preciso planejá-la, levando em conta vários aspectos como os objetivos propostos, a pergunta de pesquisa, o contexto do estudo e a natureza do objeto investigado.

Optou-se, nesta pesquisa, considerando os fatores acima mencionados, por uma abordagem metodológica qualiquantitativa de coleta e análise dos dados.

Nesse particular, vale lembrar que tanto a abordagem qualitativa quanto a quantitativa apresentam pontos fortes e pontos fracos. Mas os pontos fortes de uma podem suprir as fraquezas da outra, sendo que a abordagem qualiquantitativa permite a utilização associada de ambos os métodos com o escopo de estabelecer um conhecimento científico racional, sistemático e útil (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).



*In casu*, a abordagem qualitativa se revelou a mais adequada para responder à pergunta de pesquisa e foi utilizada para alcançar o objetivo geral proposto no estudo, haja vista que a identificação e a análise das representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar consistem em aspecto da realidade que não poderia ser simplesmente quantificado. Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa permitiu explorar, compreender e interpretar os múltiplos aspectos da questão, possibilitando desvendar o porquê de determinados discursos. Além disso, a referida abordagem possibilitou averiguar a dinâmica do processo de construção do conhecimento e compreender as próprias estruturas psicológicas construídas a partir dos símbolos, das experiências empíricas e dos pensamentos socialmente transmitidos entre os referidos magistrados, explicando o que os números, por si sós, não conseguiriam. Em outras palavras, a identificação e a análise das representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar pressupunham a compreensão dos vários aspectos relacionados às motivações utilizadas pelos magistrados em suas decisões, sendo que a abordagem qualitativa se mostrou a mais adequada para o alcance dessa finalidade na medida em que fornecia os instrumentos necessários a tal compreensão.

Por sua vez, a abordagem quantitativa se mostrou mais adequada ao alcance dos objetivos específicos, haja vista que podiam ser abordados de forma mais direta e objetiva, sendo mensurados por meio de variáveis numéricas.

## 6.1 COLETA DE DADOS

Com o intuito de obter e registrar as respostas às questões formuladas para alcançar os objetivos propostos na pesquisa, foi construído um instrumento ao qual se atribuiu o nome de protocolo de registro de dados.

Este instrumento foi confeccionado segundo as especificidades do sistema de saúde suplementar e abarcou as variáveis relacionadas ao número do processo, ao nome das partes envolvidas, à comarca, ao número do registro do acórdão, à data do acórdão, ao tipo de pronunciamento judicial de 1º grau de jurisdição do qual decorre o acórdão, à eventual concessão ou não de tutela provisória de urgência ou emergência, ao tratamento pleiteado, à existência ou não de prescrição médica que sustentasse a necessidade do tratamento, à existência ou não de perícia avaliativa da adequação ou inadequação do tratamento, aos principais argumentos da parte requerente, aos principais argumentos da parte requerida, aos argumentos utilizados pelos magistrados para fundamentarem as suas decisões, ao

posicionamento favorável ou desfavorável do juiz de 1º grau com relação ao tratamento pleiteado e, ao posicionamento favorável ou desfavorável dos desembargadores com relação ao tratamento pleiteado.

A coleta dos dados foi realizada por meio da rede mundial de computadores junto ao sítio eletrônico oficial do TJSP, que foi escolhido em razão de ser o maior tribunal do mundo em volume de processos (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018), o que levava a crer que os magistrados a ele vinculados possuíam maior contato com a questão que se pretendia estudar. Além disso, o material a ser coletado encontrava-se totalmente digitalizado e disponível para consulta pública, o que facilitava a sua coleta e análise. Além disso, o Estado de São Paulo era a unidade da federação que concentrava o maior número de operadoras de planos de saúde, bem como a maior população do país (BRASIL, 2020g), o que evidenciava que o número de demandas no referido Estado seria maior e mais diversificado. Por sua vez, a opção pelos acórdãos prolatados nos últimos cinco anos visou a extrair informações atualizadas sobre o tema.

O material coletado consiste em acórdãos prolatados pelos desembargadores do TJSP, publicados no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019, que tiveram como objeto o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar. O referido material encontra-se integralmente digitalizado e é público. No *site* <http://www.tjsp.jus.br/>, foram selecionadas a opção “processos” e, em seguida, a alternativa “jurisprudência” que, por sua vez, levou à abertura de uma aba onde foi possível consultar a base de jurisprudência do TJSP, incluindo as ementas e o inteiro teor de acórdãos. Segundo informações constantes do referido *site*, a base de dados do tribunal é progressiva e regularmente atualizada para abranger todo o conhecimento jurídico publicado pela instituição (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO, 2020).

Na aba “consulta de jurisprudência”, a pesquisa de dados podia ser realizada de duas formas. São elas: a pesquisa simples e a pesquisa completa.

A pesquisa simples apenas permitia a busca de documentos pelo número do recurso ou pelo número do registro do acórdão, ou seja, este sistema de consulta pressupunha que o pesquisador tivesse conhecimento prévio dos números dos recursos ou dos registros dos acórdãos a serem pesquisados e autorizava apenas a busca de documentos que estavam relacionados a um recurso específico ou a decisões que haviam sido registradas com o número informado. A pesquisa completa, por seu turno, apresentava diversas opções de pesquisa, incluindo a busca textual à íntegra dos documentos. Nesse mecanismo, era possível realizar a pesquisa de forma livre ou por campos específicos.

Na pesquisa livre era possível que o pesquisador se valesse de operadores lógicos que o auxiliariam na busca de um resultado mais próximo do desejado. Os operadores lógicos disponíveis eram os seguintes: o “E”; o “OU”; o “NÃO”; o “?” e os “...”. O operador “E” permitia consultar os documentos que continham todas as palavras informadas. O operador “OU” permitia examinar documentos que continham todas as palavras informadas ou apenas uma delas. O operador “NÃO” permitia excluir determinada palavra da busca. O operador “?” permitia a consulta de palavras nos documentos que continham um caractere qualquer, substituindo uma letra. O operador “...” permitia a pesquisa por frases exatas. Era possível a utilização de todos os operadores de forma combinada e em qualquer ordem, sendo que, além dos referidos operadores, era possível utilizar os parênteses para pesquisas mais complexas, como, por exemplo, depressão E tratamento E (“plano de saúde” OU “seguro-saúde”), hipótese em que o resultado da pesquisa exibiria todas as ocorrências que contivessem as palavras “depressão”, “tratamento” e as expressões “plano de saúde” ou “seguro-saúde”.

Já na pesquisa por campos específicos era possível selecionar palavras ou expressões constantes das ementas dos acórdãos, pesquisar pelo número do recurso ou do registro do acórdão, pelo nome do relator do recurso, pelo magistrado prolator da decisão, pela classe do processo, pelo assunto abordado na decisão, pela comarca de origem, órgão julgador do processo, data do julgamento, data de publicação, origem do julgado e pelo tipo do julgado.

Diante das opções de pesquisa possíveis excluiu-se a pesquisa simples, haja vista a sua incompatibilidade com os objetivos deste trabalho, porquanto exigia, do pesquisador, prévio conhecimento acerca dos números dos recursos ou dos registros dos acórdãos, o que ainda não era conhecido.

Optou-se, então, pela pesquisa completa, haja vista a possibilidade de utilização de operadores lógicos e de campos específicos que auxiliariam na busca de resultados mais próximos do desejado e prescindia de conhecimento prévio sobre os números dos recursos ou dos registros dos acórdãos.

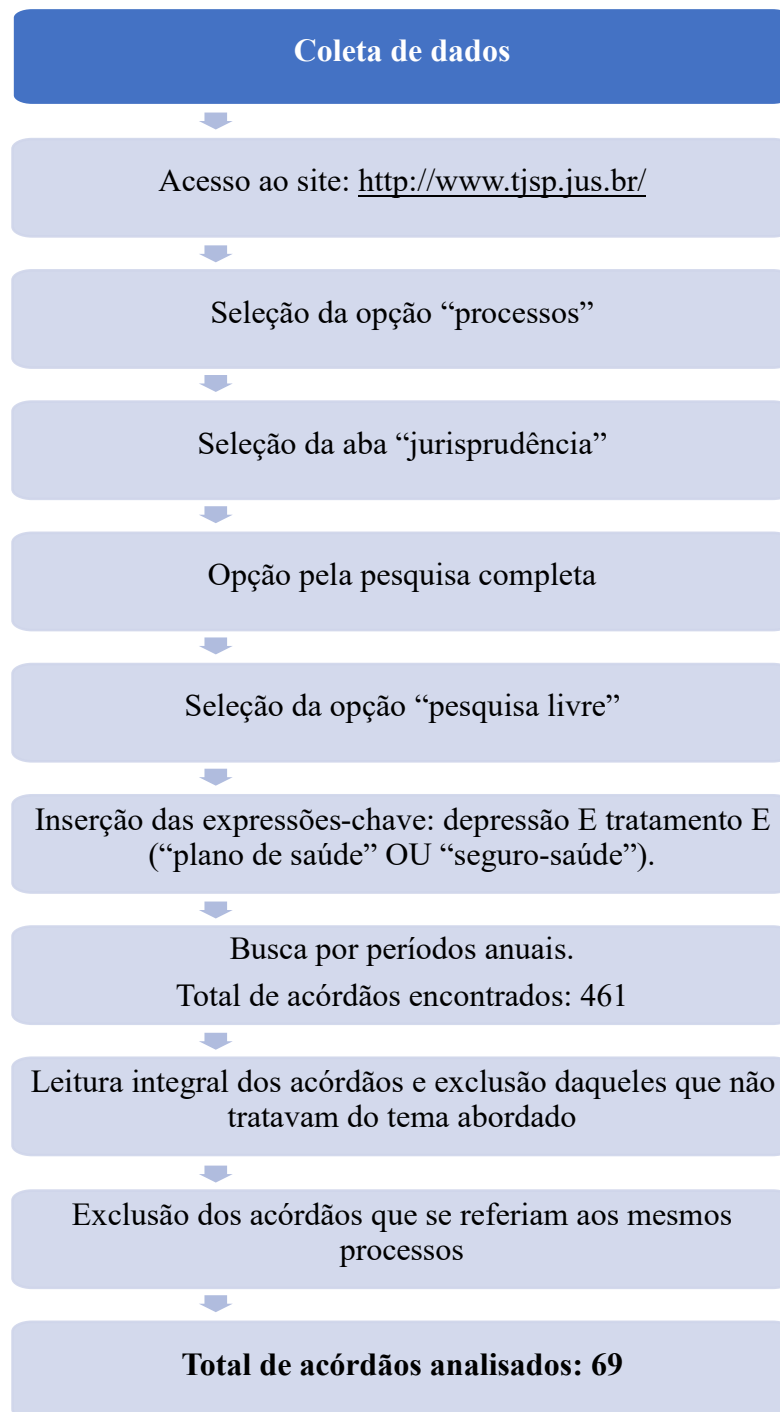
Dessa forma, no campo “pesquisa livre”, foram realizadas consultas com as seguintes palavras e expressões-chave: depressão E tratamento E (“plano de saúde” OU “seguro-saúde”). As buscas foram realizadas por períodos anuais, sendo que o primeiro período compreendeu o lapso temporal de 01/01/2015 a 31/12/2015, o segundo período abarcou o intervalo de 01/01/2016 a 31/12/2016, o terceiro período abrangeu o lapso de 01/01/2017 a 31/12/2017, o quarto período referiu-se ao intervalo de 01/01/2018 a 31/12/2018 e o quinto e último período compreendeu o lapso temporal de 01/01/2019 a 31/12/2019.

Com a utilização do critério de busca acima mencionado foram encontrados 461 acórdãos no total, sendo que 70 acórdãos foram publicados no primeiro período, 70 acórdãos foram publicados no segundo período, 81 acórdãos foram publicados no terceiro período, 91 acórdãos foram publicados no quarto período e 149 acórdãos foram publicados no quinto.

Em seguida, procedeu-se à leitura da íntegra dos acórdãos encontrados e se excluiu aqueles que não versavam especificamente sobre a depressão, que não tinham por objeto principal o tratamento da depressão, bem como aqueles que não se referiam ao sistema de saúde suplementar.

Com o refinamento da busca, foram encontrados 6 acórdãos relativos ao primeiro período, 9 acórdãos referentes ao segundo período, 16 acórdãos relativos ao terceiro período, 17 acórdãos atinentes ao quarto período e 25 acórdãos concernentes ao quinto período, totalizando 73 acórdãos. Em seguida, foram excluídos 4 acórdãos que se referiam aos mesmos processos por terem advindo de decisão interlocutória, totalizando 69 acórdãos (Figura 6).

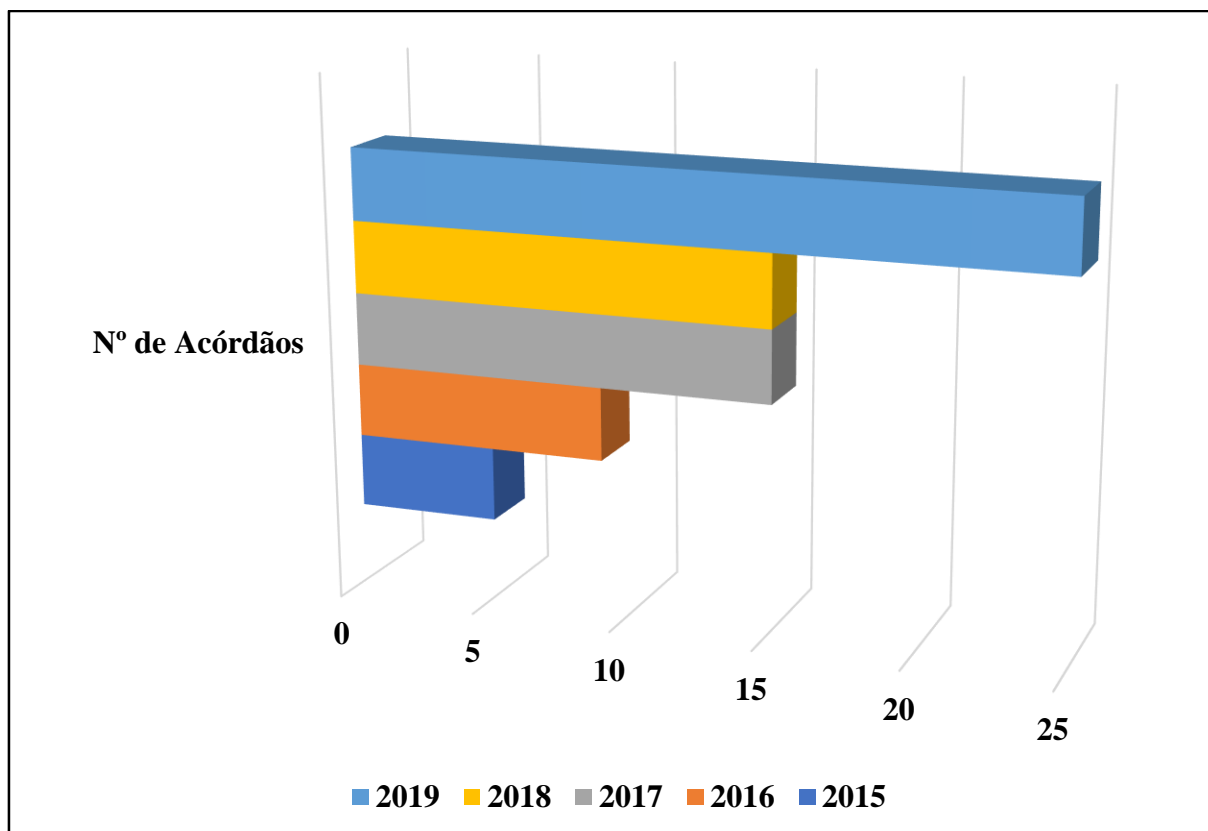
Figura 6 - Fluxograma da coleta de dados



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A seguir se apresenta no gráfico 1 o número de acórdãos por ano pesquisado.

Gráfico 1 - Número de acórdãos por ano pesquisado



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Após nova leitura dos acórdãos foi aplicado o protocolo de registro de dados a cada um deles e, em seguida, os dados foram lançados em planilha do programa *Microsoft Excel*, sendo processados, categorizados e analisados. Vale registrar que os argumentos dos requerentes e requeridos foram categorizados numericamente em função das ideias centrais apresentadas e analisados por meio de estatística descritiva simples (SANTOS, 2018). Apenas os argumentos dos desembargadores receberam tratamento qualitativo. Assim, foram extraídos da fundamentação de cada decisão os trechos mais relevantes e, a partir daí, foram identificadas as expressões-chave, bem como as ideias centrais, que foram agrupadas em determinadas categorias de acordo com o referencial metodológico de construção e análise dos discursos selecionado: o Discurso do Sujeito Coletivo.

## 6.2 ANÁLISE DOS DADOS

Os argumentos dos desembargadores foram analisados por intermédio do método denominado de "Discurso do Sujeito Coletivo" (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Dessa forma,

foram utilizadas quatro figuras metodológicas para se alcançar o intento do estudo. São elas: 1) as expressões-chave; 2) as ideias centrais; 3) as ancoragens e 4) o discurso do sujeito coletivo.

Em resumo, a utilização das expressões-chave busca identificar a essência dos argumentos propalados por cada um dos desembargadores envolvidos na pesquisa, mantendo-se, contudo, as expressões literais dos discursos textuais exatamente como foram ditas. A partir de então foram extraídas as ideias centrais das expressões-chave mediante a identificação e a escrituração do sentido atribuído a estas pelos desembargadores envolvidos na pesquisa, isto é, buscou-se identificar o que os sujeitos falantes quiseram dizer com tais expressões. Posteriormente, passou-se à ancoragem, categorizando-se as ideias centrais segundo as ideologias ou teorias adotadas pelos sujeitos falantes. Por fim, adentrou-se na parte de identificação do discurso do sujeito coletivo, que foi efetivada por intermédio da reunião, no mesmo discurso, das expressões-chave cujas ideias centrais estavam na mesma categoria. Assim, foi possível compreender como o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar vem sendo enxergado e tratado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo. Os resultados foram apresentados e interpretados segundo o referencial teórico acima apontado.

### 6.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando que os documentos coletados são de domínio público e que a pesquisa está de acordo com as diretrizes da Resolução nº 196/1996 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, garantindo a privacidade e a confidencialidade dos nomes dos atores processuais, bem como dos dados que possam relacioná-los a estado e a situações de saúde, se requereu junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido deferido o pedido.

## 7 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados do estudo dos acórdãos do TJSP acerca dos pedidos de tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar. É possível asseverar que este estudo abarcou a totalidade dos acórdãos relacionados ao direito ao tratamento da depressão no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019, a despeito de existir a possibilidade de algum acórdão não ter sido identificado pelo sistema de busca do TJSP e, ressalvados os casos que eventualmente tramitaram em segredo de justiça.

### 7.1 IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL COLETADO PARA A ANÁLISE

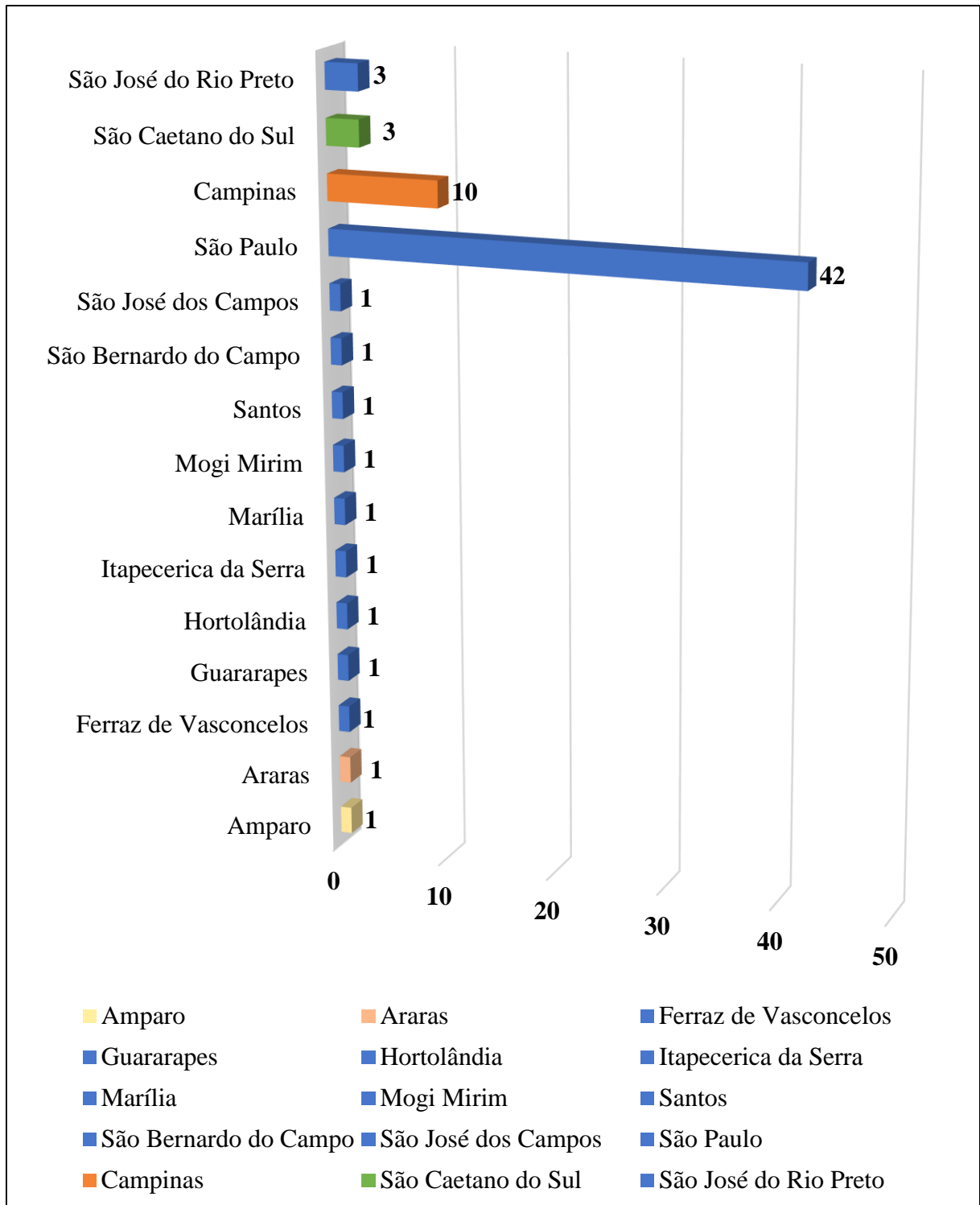
O material coletado para a análise consiste em 69 acórdãos que versam sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019. A tabela indicativa dos números dos processos, números de registro dos acórdãos e datas em que eles foram prolatados (Apêndice C) permite a sua localização junto ao sítio eletrônico do TJSP para eventual conferência deste estudo ou de estudos futuros que utilizarem a mesma base de dados.

### 7.2 DISTRIBUIÇÃO NO ESPAÇO

O estudo identificou as comarcas de origem das ações judiciais que deram ensejo à prolação dos acórdãos analisados. No total foram identificadas 15 comarcas. As comarcas de Amparo, Araras, Ferraz de Vasconcelos, Guararapes, Hortolândia, Itapeverica da Serra, Marília, Mogi Mirim, Santos, São Bernardo do Campo e São José dos Campos deram origem à prolação de um acórdão cada ( $\cong 1,44\%$ ). As comarcas de São Caetano do Sul e São José do Rio Preto foram responsáveis por três acórdãos cada ( $\cong 4,34\%$ ). Da comarca de Campinas, originaram-se dez acórdãos ( $\cong 14,49\%$ ). Por fim, a comarca de São Paulo foi responsável pela prolação de 42 acórdãos ( $\cong 60,86\%$ ) (Gráfico 2).



Gráfico 2 - Percentual de ações distribuídas por comarca

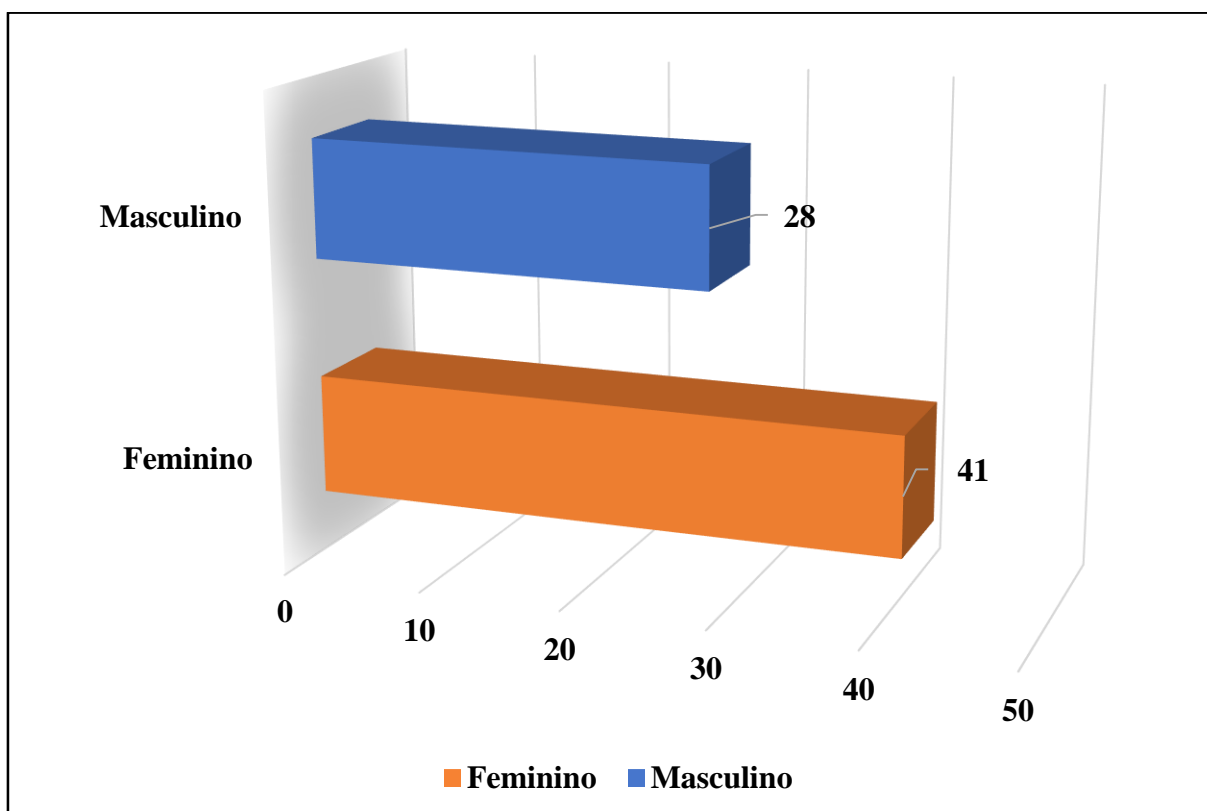


Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

### 7.3 PARTES DOS PROCESSOS

O estudo constatou a existência de 68 pessoas físicas diferentes no polo ativo de cada uma das demandas analisadas. Uma pessoa ajuizou duas ações em face do mesmo réu. No total, 41 requerentes ( $\cong 59,42\%$ ) eram do sexo feminino e 28 ( $\cong 40,57\%$ ), do sexo masculino. No polo passivo das ações, foram identificadas 22 pessoas jurídicas distintas (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Sexo dos autores das demandas



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

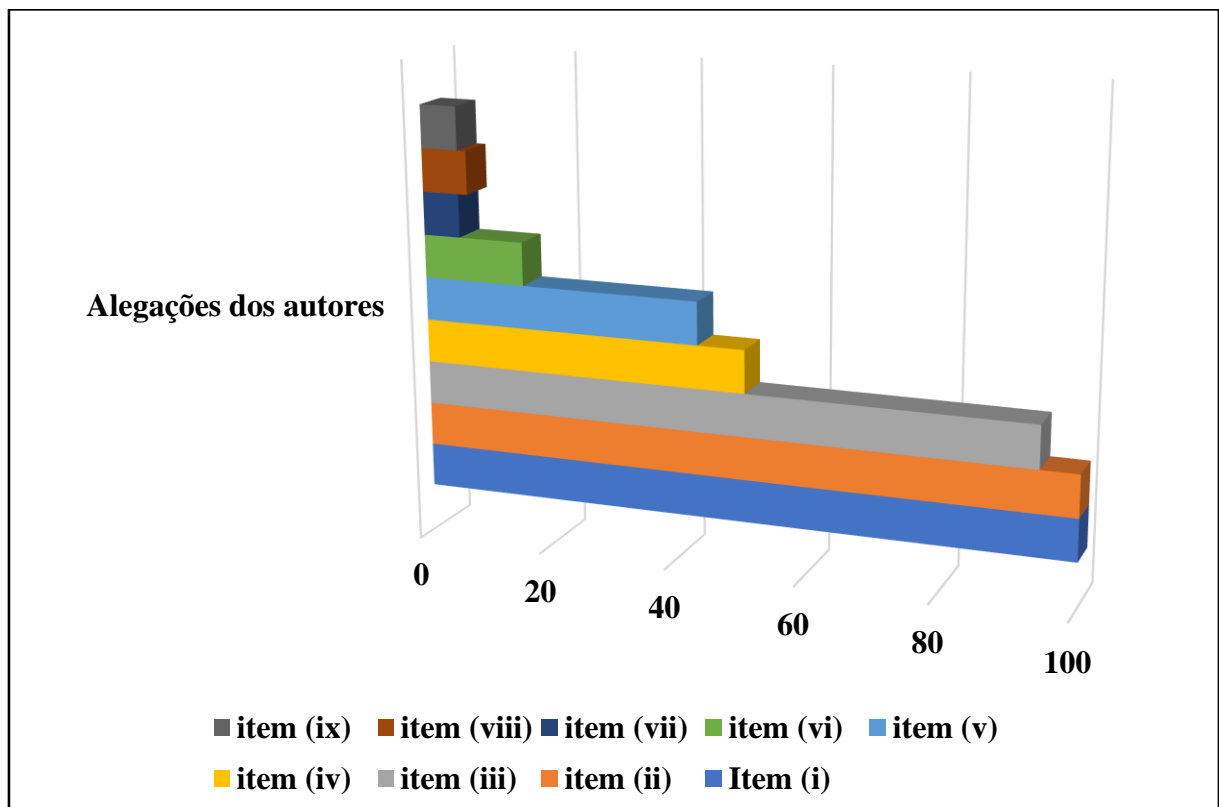
### 7.4 PRINCIPAIS ARGUMENTOS UTILIZADOS PELOS AUTORES DAS AÇÕES

A pesquisa identificou e categorizou os principais argumentos veiculados pelos autores das ações em suas petições iniciais. Estes argumentos foram separados em nove categorias distintas, que podem ou não ser cumuladas. São elas: (i) O autor possui plano ou seguro-saúde; (ii) O autor é portador de depressão; (iii) Houve negativa indevida de cobertura assistencial; (iv) A cláusula contratual que exclui a cobertura assistencial para o tratamento é abusiva; (v) Havendo expressa indicação médica é abusiva a negativa de cobertura; (vi) A relação jurídica discutida é regida pelo Código de Defesa do Consumidor; (vii) O rol da ANS é meramente

exemplificativo; (viii) A cláusula contratual que limita o tempo de internação é abusiva e (ix) A coparticipação é abusiva.

Em 69 ações (100%), os autores alegaram que possuíam plano ou seguro-saúde e que eram portadores de depressão. Em 65 ( $\cong 94,20\%$ ), os autores sustentaram que houve negativa indevida de cobertura assistencial por parte da operadora. Em 35 ( $\cong 50,72\%$ ) demandas, os requerentes aduziram que a relação jurídica discutida em juízo era regida pelo Código de Defesa do Consumidor. Em 30 ( $\cong 43,47\%$ ) processos, os autores defenderam que havia indicação médica e que, diante disso, a negativa de cobertura assistencial seria abusiva. Em 11 demandas ( $\cong 15,94\%$ ), os requerentes alegaram que a cláusula contratual que exclui a cobertura assistencial para o tratamento requerido era abusiva. Em cinco ações ( $\cong 7,24\%$ ), os autores defenderam que a cláusula contratual que limita o tempo de internação era abusiva. Por fim, em quatro processos ( $\cong 5,79\%$ ), os requerentes sustentaram que o rol da ANS era meramente exemplificativo e que a coparticipação era abusiva (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual das principais alegações autorais



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

## 7.5 OPERADORAS E PLANOS DE SAÚDE

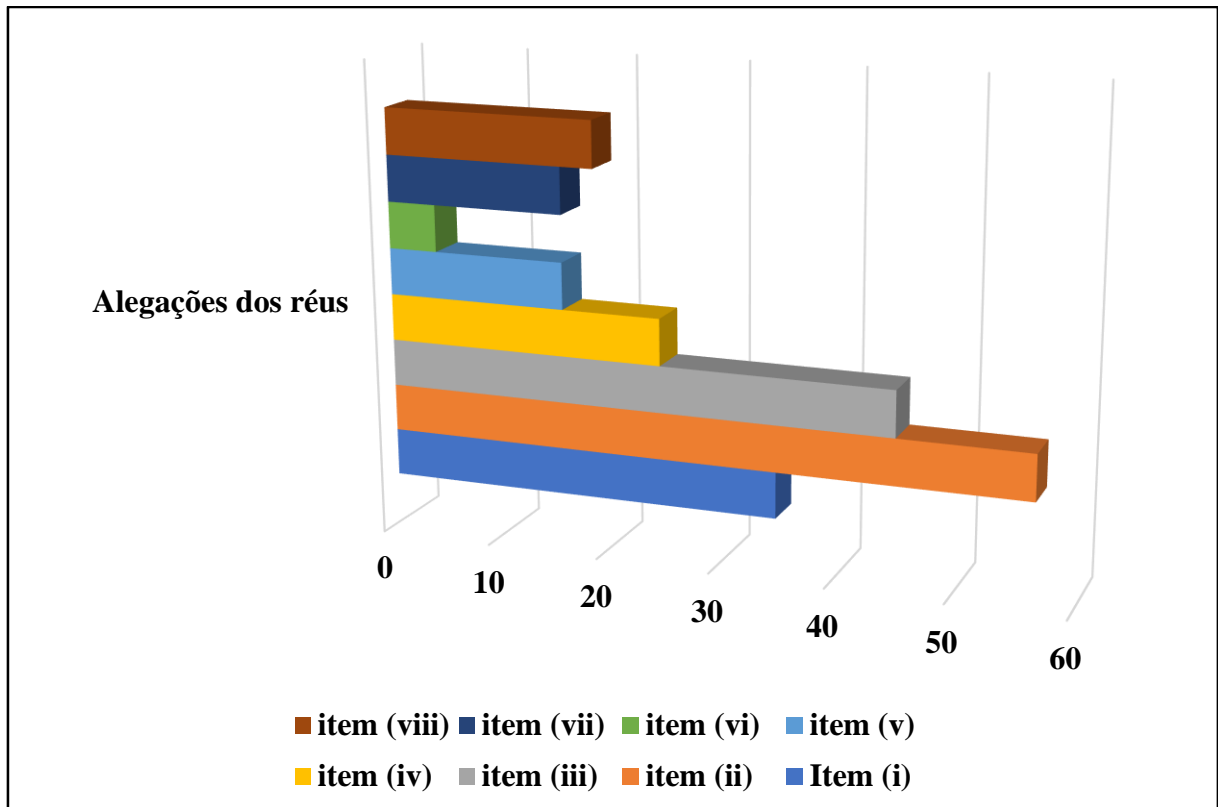
O estudo possibilitou conhecer as operadoras de planos e seguros-saúde mais demandadas com relação aos pedidos de tratamento da depressão. No total, foram identificadas 22 pessoas jurídicas distintas, sendo que a mais demandada figurou no polo passivo de 26 ações ( $\cong 37,68\%$ ).

## 7.6 PRINCIPAIS ARGUMENTOS UTILIZADOS PELOS RÉUS

Os principais argumentos utilizados pelos requeridos também foram identificados e categorizados. Esses argumentos foram separados em oito categorias distintas, que podem ou não ser cumuladas: (i) As cláusulas contratuais possuem força obrigatória (*pacta sunt servanda*), razão pela qual devem ser respeitadas; (ii) O tratamento pleiteado pelo autor não consta no rol da ANS; (iii) O contrato não possui cobertura assistencial para o tratamento requerido; (iv) Existe cláusula expressa no contrato que exclui o tratamento requerido; (v) O deferimento do pedido do autor pode desequilibrar o contrato e comprometer a comutatividade; (vi) O contrato possui cobertura assistencial conforme o rol da ANS; (vii) O contrato foi celebrado antes da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998b) e não foi adaptado, razão pela qual a cláusula que exclui o tratamento requerido é válida; (viii) A coparticipação é lícita.

Em 39 ações ( $\cong 56,52\%$ ), os requeridos alegaram que o tratamento pleiteado pelo autor não consta no rol da ANS. Em 31 ( $\cong 44,92\%$ ), os réus defenderam que o contrato não possuía cobertura assistencial para o tratamento requerido. Em 24 ( $\cong 34,78\%$ ), os requeridos aduziram que as cláusulas contratuais possuem força obrigatória que deveria ser respeitada. Em 17 defesas ( $\cong 24,63\%$ ), há a alegação de que existe cláusula de exclusão do tratamento expressa no contrato. Em 13 demandas ( $\cong 18,84\%$ ), houve a alegação de que a coparticipação seria lícita. Em 11 processos ( $\cong 15,94\%$ ), os réus sustentaram que o deferimento do pedido do autor poderia comprometer a comutatividade do contrato e que o contrato teria sido celebrado antes da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998b) e não foi adaptado, razão pela qual a cláusula de exclusão da cobertura seria válida. Por fim, em três ações ( $\cong 4,34\%$ ), os réus aduziram que o contrato possui cobertura assistencial conforme o rol da ANS (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Percentual das principais alegações dos requeridos



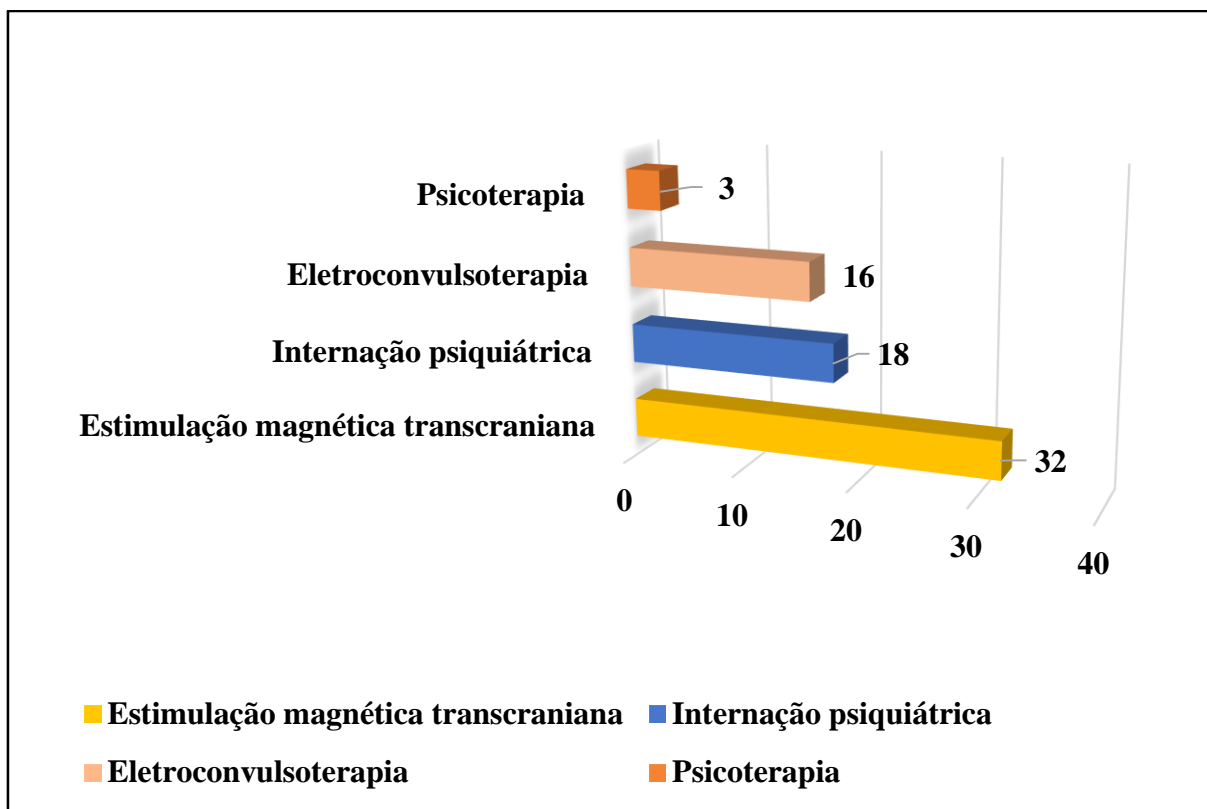
Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

### 7.7 TRATAMENTOS PLEITEADOS PELOS AUTORES DAS AÇÕES

A pesquisa constatou quais foram os tratamentos da depressão requeridos judicialmente pelos autores das demandas estudadas. São eles: (i) EMT; (ii) internação psiquiátrica; (iii) ECT e (iv) psicoterapia.

Em 32 ações ( $\cong 46,37\%$ ), foi requerida a EMT. Em 18 demandas ( $\cong 26,09\%$ ), o tratamento pleiteado foi a internação psiquiátrica. Em 16 processos ( $\cong 23,19\%$ ), o tratamento requerido foi a ECT. Em três processos ( $\cong 4,35\%$ ), o tratamento pleiteado foi a psicoterapia (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Percentual dos tratamentos requeridos



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

## 7.8 PRESCRIÇÃO MÉDICA E PROVA PERICIAL

Este estudo também buscou averiguar se os pedidos dos autores estavam amparados em prescrição médica que sustentasse a necessidade do tratamento pleiteado, assim como investigar se houve a realização de perícia destinada a confirmar a adequação do tratamento requerido.

Em 69 ações (100%) os autores instruíram seus pedidos com prescrições médicas que sustentavam a necessidade do tratamento por eles requerido.

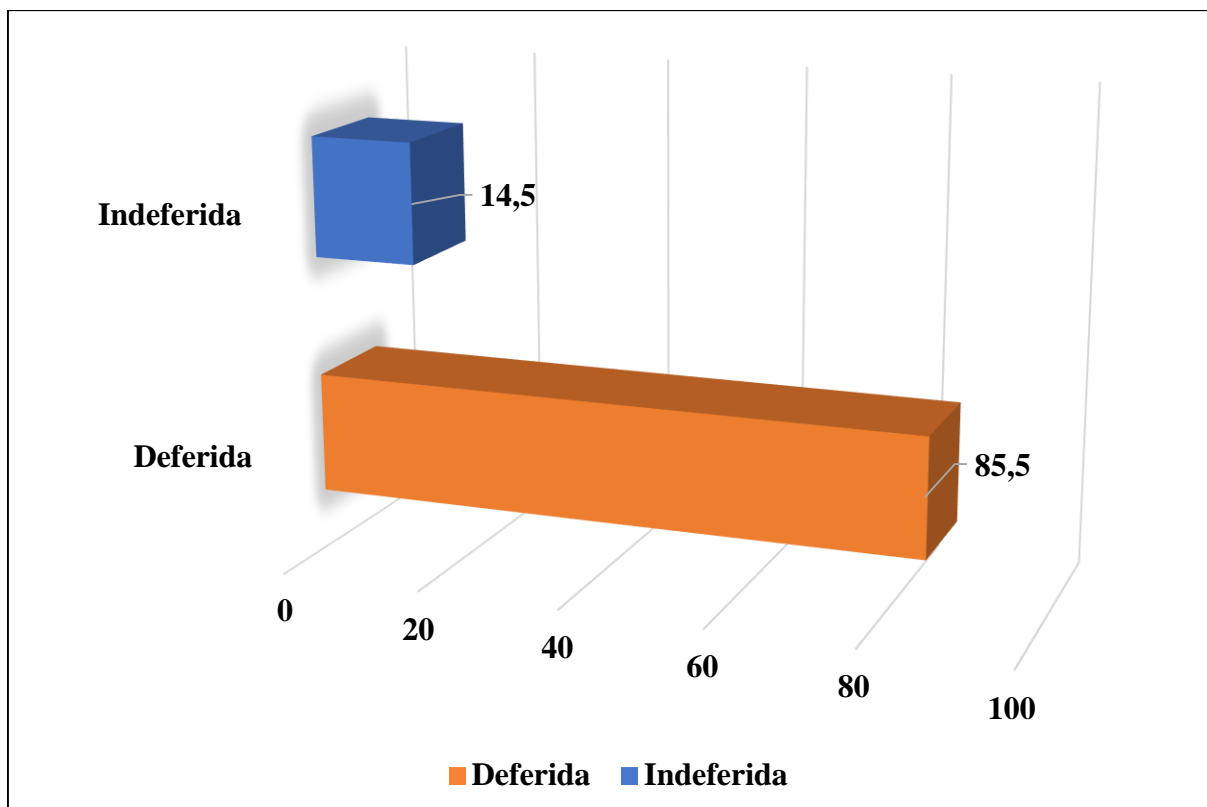
Por outro lado, em 68 demandas ( $\cong 98,55\%$ ), não houve a produção de prova pericial destinada a confirmar a adequação do tratamento pleiteado.

## 7.9 ESPÉCIES DAS DECISÕES JUDICIAIS PROLATADAS EM 1º GRAU DE JURISDIÇÃO

Com relação às decisões judiciais prolatadas no juízo de origem (1º grau de jurisdição), este estudo identificou as espécies de decisões judiciais que renderam ensejo à prolação dos acórdãos analisados, bem como verificou se houve ou não a concessão de tutela provisória. Dos

69 acórdãos examinados, 59 ( $\cong 85,50\%$ ) decorreram de sentenças e dez ( $\cong 14,50\%$ ), de decisões interlocutórias. Isto é, a maior parte dos acórdãos analisados foi proveniente de tutelas jurisdicionais de cognição exauriente, sendo que menos de 15% decorreram de decisões cuja cognição foi sumária (Gráfico 7).

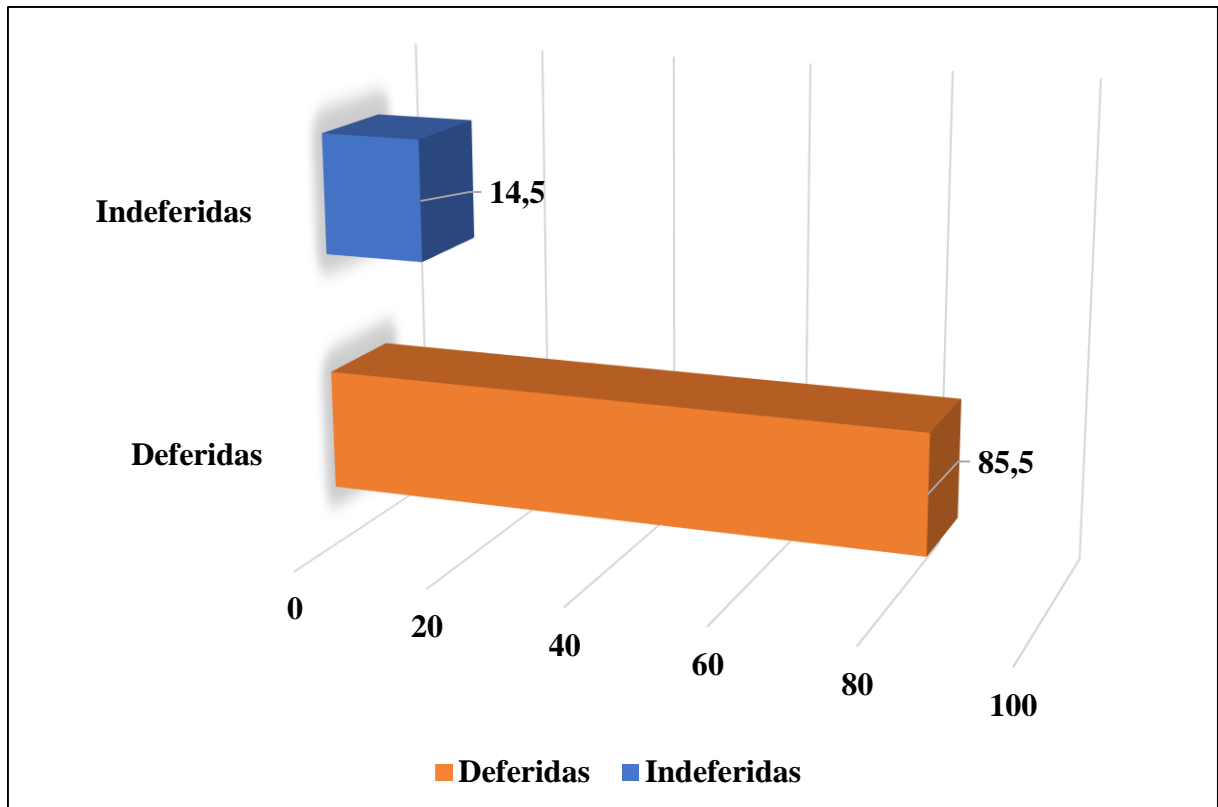
Gráfico 7 - Percentual de acórdãos advindos de tutelas jurisdicionais de cognição exauriente



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Além disso, insta-se frisar que, em 59 casos ( $\cong 85,50\%$ ), houve a concessão de tutela provisória determinando liminarmente, ou após a oitiva do requerido, a realização do tratamento pretendido pelos autores (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Percentual de tutelas provisórias concedidas



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

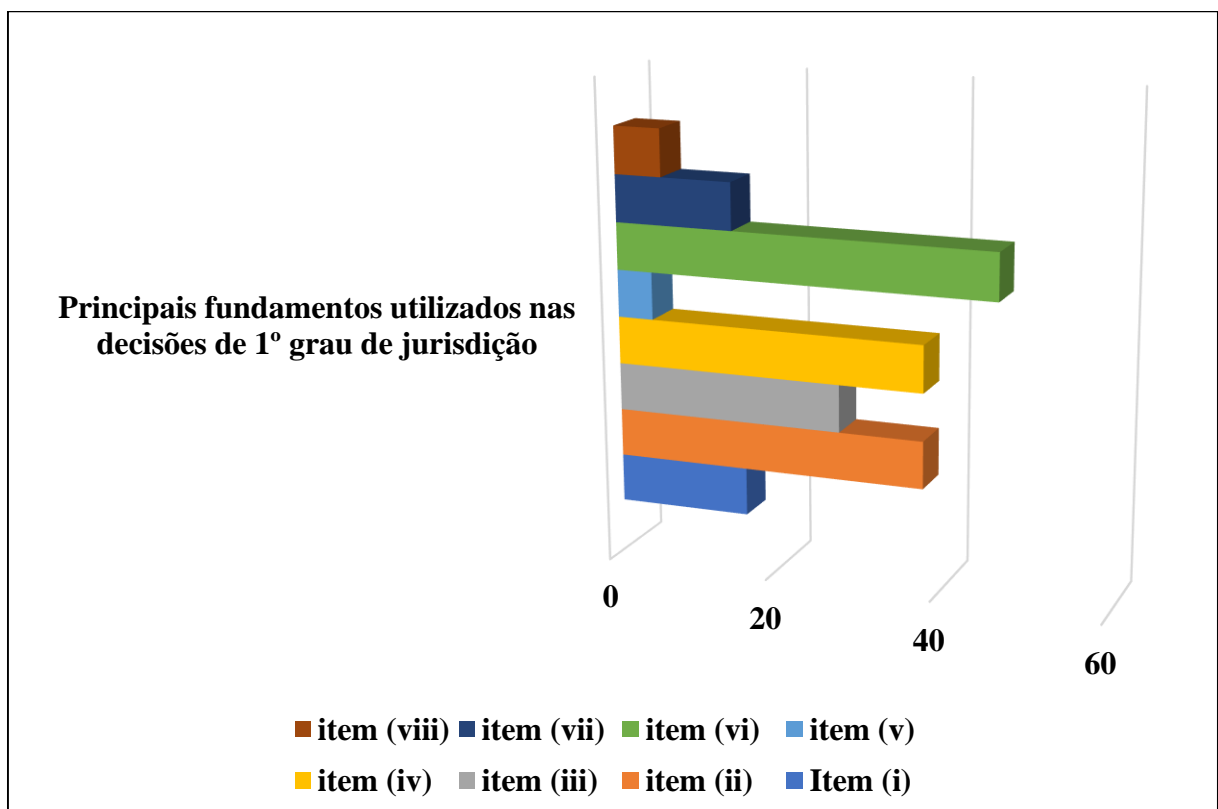
## 7.10 CONTEÚDO DAS DECISÕES JUDICIAIS PROLATADAS DE 1º GRAU DE JURISDIÇÃO

Nesta etapa da investigação procurou-se identificar e categorizar, de acordo com as ideias centrais, os principais argumentos utilizados pelos juízes de 1º grau para fundamentar as suas decisões. Estes argumentos foram separados em oito categorias distintas. São elas: (i) O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, não é taxativo; (ii) A negativa de cobertura assistencial foi ilícita; (iii) O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão cobertas, mas não o tratamento. Se houver cobertura para a doença, deve haver para o tratamento; (iv) Havendo prescrição médica é abusiva a negativa de cobertura assistencial sob o argumento de que não há previsão no rol da ANS; (v) Os contratos de planos de saúde são de trato sucessivo; (vi) Os contratos de planos de saúde submetem-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor; (vii) É abusiva a cláusula que limita o tempo de internação; (viii) É lícito o estabelecimento de coparticipação.



O argumento de que os contratos de planos de saúde se submetem aos ditames do Código de Defesa do Consumidor foi utilizado em 32 decisões de 1º grau ( $\cong 46,37\%$ ). Em 26 decisões de origem ( $\cong 37,68\%$ ) foi utilizada a alegação de que, havendo prescrição médica, é abusiva a negativa de cobertura assistencial. Em 26 casos ( $\cong 37,68\%$ ) foi utilizado o fundamento de que a negativa de cobertura teria sido ilícita. Já o argumento de que o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão cobertas mas não o tratamento, foi utilizado em 19 decisões ( $\cong 27,53\%$ ). Em 11 decisões ( $\cong 15,94\%$ ) foi utilizada, como fundamento, a afirmação de que o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS não é taxativo. Em dez decisões ( $\cong 14,49\%$ ) asseverou-se que é abusiva a cláusula que limita o tempo de internação. Em quatro decisões ( $\cong 5,79\%$ ), argumentou-se que o estabelecimento de coparticipação é lícito. Por fim, em três decisões ( $\cong 4,34\%$ ), afirmou-se que os contratos de planos de saúde são de trato sucessivo (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Percentual dos principais fundamentos usados pelos juízes de 1º grau de jurisdição



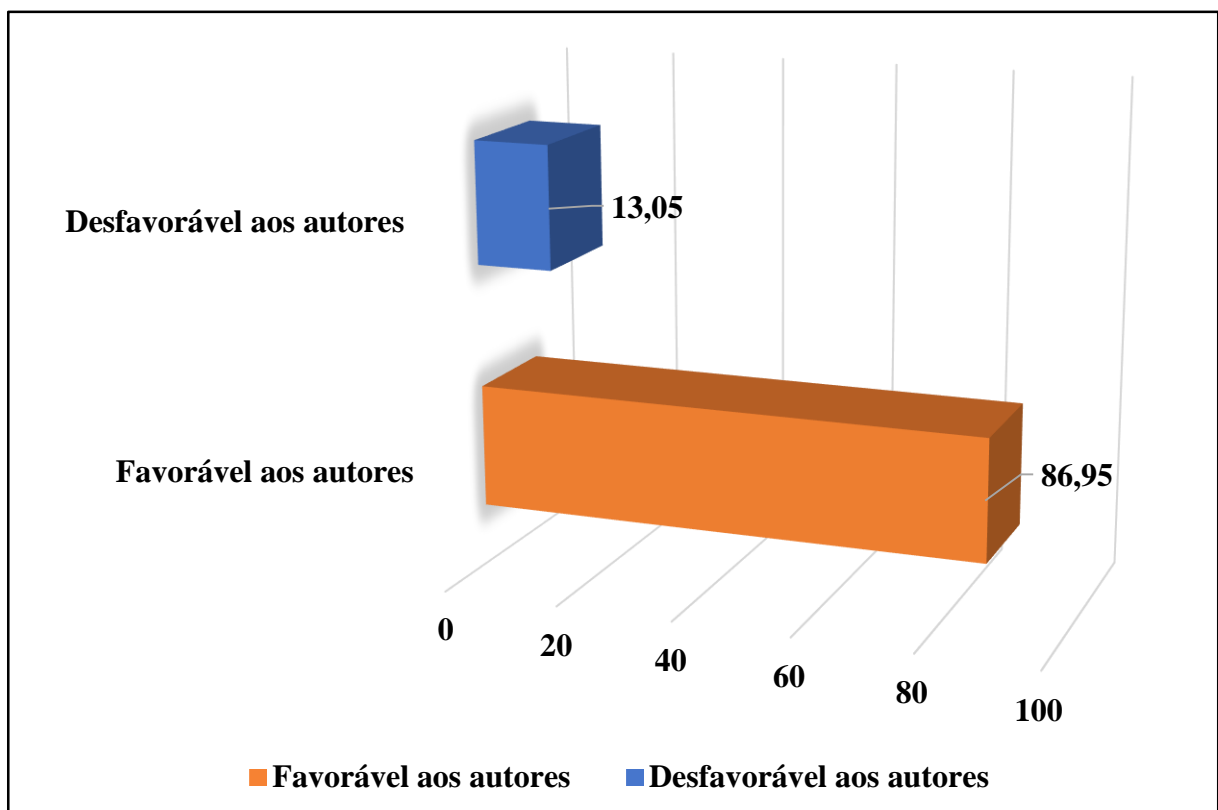
Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

### 7.11 RESULTADO DAS DECISÕES PROLATADAS EM 1º GRAU DE JURISDIÇÃO E MANUTENÇÃO PELO TJSP

Neste ponto a pesquisa teve o intuito de investigar os resultados das decisões prolatadas em 1º grau de jurisdição (sentenças e decisões interlocutórias), bem como averiguar se tais decisões foram mantidas ou reformadas pelos desembargadores do TJSP.

Em 46 oportunidades ( $\cong 66,66\%$ ) os pedidos dos autores foram acolhidos, em oito oportunidades ( $\cong 11,59\%$ ) os pedidos foram indeferidos e, em 15 ocasiões ( $\cong 21,73\%$ ) os pedidos dos autores foram parcialmente deferidos. Especificamente sobre o pedido de tratamento da depressão no sistema suplementar ou o seu custeio, em 60 processos ( $\cong 86,95\%$ ) os pedidos foram deferidos. Por outro lado, em nove feitos ( $\cong 13,05\%$ ) o pedido não foi acolhido pelo Poder Judiciário (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Percentual de decisões favoráveis aos autores das ações em 1º grau de jurisdição

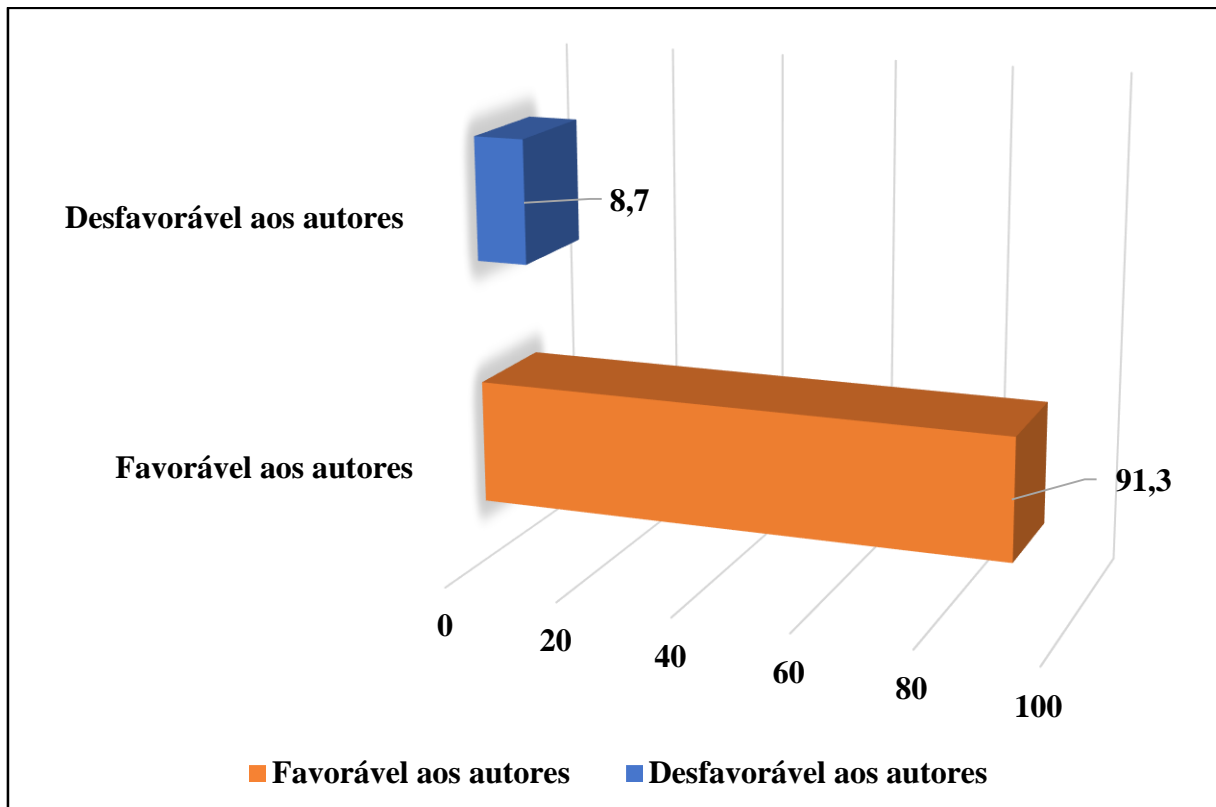


Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Com relação à manutenção ou à reforma das decisões de 1º grau pelos desembargadores do TJSP, observa-se que em 54 ocasiões ( $\cong 78,26\%$ ), houve a manutenção da decisão de 1º

grau, sendo que em nove oportunidades ( $\cong 13,04\%$ ) houve a reforma e, em seis ocasiões ( $\cong 8,69\%$ ), houve a reforma parcial. No tocante ao acolhimento do pedido de tratamento da depressão ou o custeio, nota-se que em 63 ações ( $\cong 91,30\%$ ) o TJSP determinou o tratamento ou custeio, negando-os apenas em seis ocasiões ( $\cong 8,70\%$ ). Isto é, o resultado das decisões de 2º grau foi ainda mais favorável aos autores do que o resultado das decisões de 1º grau (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Percentual de decisões favoráveis aos autores das ações em 2º grau de jurisdição



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

## 7.12 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DESEMBARGADORES DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO SOBRE O DIREITO AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Este estudo analisou o discurso dos participantes do grupo pesquisado, por meio dos acórdãos coletados, com o fito de extrair dos referidos documentos, as representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar. Para tanto, foram extraídas as expressões-chave dos argumentos propalados pelos magistrados e, em seguida, identificadas as respectivas ideias centrais. Ato contínuo, reuniram-

se as ideias centrais em categorias e, por fim, construiu-se o discurso do sujeito coletivo que, por seu turno, desvendou as representações do referido grupo de juízes.

As categorias das ideias centrais construídas a partir da ideologia ou das teorias adotadas pelos sujeitos falantes são as seguintes: (i) Os contratos de planos saúde submetem-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor, sendo que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte hipossuficiente, o beneficiário; (ii) Havendo expressa indicação médica é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS; (iii) O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, não é taxativo; (iv) O plano de saúde pode estabelecer quais doenças terão cobertura assistencial, contudo, não pode estabelecer que tipo de tratamento será utilizado para a respectiva cura, assim, havendo cobertura para a doença, também haverá para o respectivo tratamento; (v) É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário; (vi) É lícito o estabelecimento de coparticipação; (vii) Os contratos de planos de saúde são de trato sucessivo; (viii) Nos contratos de planos de saúde não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas; (ix) A prestação ilimitada de assistência à saúde é dever do Estado e não dos particulares; (x) A função social dos contratos de plano de saúde é a preservação da vida e qualquer disposição que mitigue a persecução desse objeto vai contra a essência do próprio contrato; (xi) As cláusulas contratuais possuem força obrigatória (*pacta sunt servanda*), razão pela qual devem ser respeitadas.

A seguir, segue o painel dos discursos do sujeito coletivo do grupo pesquisado (Quadro 10).

Quadro 10 - Pannel dos discursos do sujeito coletivo do grupo pesquisado

Categoria (i)	Discurso síntese
<p>Os contratos de planos de saúde submetem-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor, razão pela qual as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do beneficiário.</p>	<p><i>O contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares, objeto da lide, traz uma relação de consumo e é um típico contrato de adesão, pois está claro que as cláusulas restritivas de cobertura foram estabelecidas unilateralmente pela recorrente, sem qualquer possibilidade de discussão ou modificação de seu conteúdo pelo aderente. Aplica-se, à espécie, a regra da hermenêutica segundo a qual elas devem ser interpretadas a favor do contratante (ora beneficiário dos serviços), que aderiu às cláusulas constantes do contrato-padrão, impresso em papel timbrado da contratada (prestadora dos serviços), por ela estabelecidas. O simples fato de se tratar de contrato de plano de saúde já torna obrigatória a aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Em se tratando de contrato de plano de saúde (contrato de adesão), são aplicáveis as normas do Código de Defesa do Consumidor, sendo certo que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor da parte hipossuficiente, qual seja, o beneficiário. Submete-se, tratando-se de contrato de longa duração, ainda que não adaptado, às normas da Lei nº 9.656/98, incidindo na espécie a Súmula nº 100 desta Corte: “O contrato de plano/seguro-saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”. A negativa para a cobertura do referido procedimento afigura-se flagrantemente abusiva à luz do Código de Defesa do Consumidor. A relação entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, nos termos das Súmulas nº 100 do Tribunal de Justiça de São Paulo e nº 608 do Colendo Superior Tribunal de Justiça: Súmula 608 STJ. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.</i></p>
Categoria (ii)	Discurso síntese
<p>Havendo a expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.</p>	<p><i>O documento de fls. 18, na origem, demonstra a necessidade da internação da agravada para tratamento psiquiátrico, expressamente indicado pelo médico. Incide aqui o disposto na Súmula 102: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”. Levam todas essas considerações a concluir que a cláusula que exclui a cobertura de tratamento psiquiátrico, sendo esta recomendada pelo médico, é abusiva. Diante da expressa prescrição médica e havendo cobertura contratual para a enfermidade que o aflige, não há por que ser negado, ao beneficiário, o custeio integral de todas as despesas da internação em clínica psiquiátrica de que necessita para o sucesso de seu tratamento, sua completa recuperação e a preservação de sua vida e saúde, sem limitação temporal ou regime de coparticipação, até à sua alta médica. Torna-se abusiva, havendo expressa indicação médica, a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. A conduta da requerida, ao negar o custeio da internação em clínica psicológica, indicada pelo médico responsável para o tratamento de depressão, sob a alegação da exclusão de cobertura, em virtude de referida apólice não ter sido adaptada à Lei nº 9.656/98, importa flagrante</i></p>

	<p><i>violação ao direito fundamental à saúde, à vida e ao princípio fundamental da dignidade da pessoa humana. Aplica-se à espécie, aliás, sem maiores delongas, o enunciado pela Súmula 102 desta Colenda Corte: “Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”.</i></p>
<b>Categoria (iii)</b>	<b>Discurso síntese</b>
<p>O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, não é taxativo.</p>	<p><i>O rol de coberturas obrigatórias refere-se às coberturas mínimas e não impede que as operadoras ofereçam planos com cobertura mais extensa. A listagem de procedimentos constitui referência básica às operadoras de planos de saúde e não enumeração taxativa de tratamentos incluídos no regime securitário, mesmo porque a atualização da legislação não é capaz de acompanhar a rápida evolução da ciência médica e a criação de novos tratamentos. Como cediço, o referido rol, além de exemplificativo, corresponde à cobertura mínima obrigatória que as operadoras de saúde devem oferecer aos seus beneficiários, sendo atualizado bianualmente. O aludido rol não esgota todos os procedimentos médicos ou técnicos de tratamento, nem, por outro lado, é atualizado a par e passo com a evolução da ciência médica. Os demorados trâmites administrativos para a inclusão de procedimentos mais modernos no rol da ANS não podem servir como justificativa para negar a cobertura de tratamento prescrito por médico habilitado, que é o profissional apto a indicar o tratamento mais adequado ao quadro e às peculiaridades do paciente para a enfermidade acobertada pelo contrato. O rol mínimo da ANS, que muitas vezes não está atualizado com relação aos tratamentos comprovadamente eficazes, não pode ser utilizado para afastar a cobertura de tratamento previsto em contrato. É irrelevante o fato de o procedimento não constar na lista de coberturas obrigatórias da ANS, tendo em vista que se trata de rol meramente exemplificativo, ou seja, a alegação de ausência de previsão dos procedimentos no rol da ANS é irrelevante, porque não se pode negar o tratamento indicado pelo médico para a doença, bem como que não se pode negar, ao paciente, o tratamento mais moderno disponível apenas porque não está expressamente coberto no contrato. Se o contrato prevê o tratamento da moléstia, e se o médico indica certo e determinado procedimento na busca da manutenção da saúde do paciente, negá-lo, a pretexto de cuidar-se de não estar previsto no rol de procedimentos da ANS, especialmente, configura abuso. A negativa de cobertura com fundamento na ausência de previsão no rol da ANS mostra-se abusiva e não pode prevalecer. O referido rol traz apenas um mínimo de cobertura obrigatória e o fato de o tratamento não estar catalogado não afasta o dever de custeá-lo. O rol previsto pela ANS constitui norma infralegal, cujas disposições não podem se sobrepor às disposições da Lei nº 9.656/98, atentando, ainda, contra o Código de Defesa do Consumidor. Reputa-se abusiva a recusa de cobertura a procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no contrato, sob o pretexto de não constar do contrato celebrado pelas partes e do rol de procedimentos da ANS. A recusa dos procedimentos, por não constarem do rol da ANS, é abusiva. O rol de cobertura obrigatória regulamentado pela ANS não se trata de lista taxativa, devendo, portanto, prevalecer a interpretação mais favorável ao consumidor. A cobertura deve compreender o método</i></p>

	<p><i>mais atual para o tratamento da doença, sempre com a indicação médica específica para o paciente, sendo um desrespeito à dignidade da pessoa humana obrigar o paciente a se submeter a método ultrapassado ou sem eficácia para o seu caso, delimitando a cobertura aos procedimentos previstos no rol da ANS. O rol da ANS é meramente exemplificativo e não numerus clausus.</i></p>
<b>Categoria (iv)</b>	<b>Discurso síntese</b>
<p>O plano de saúde pode estabelecer quais doenças terão cobertura assistencial, contudo, não podem estabelecer que tipo de tratamento será utilizado para a respectiva cura. Assim, havendo a cobertura para a doença, também haverá para o respectivo tratamento.</p>	<p><i>Conquanto aduza o plano de saúde que referido medicamento não é previsto como obrigatório pela ANS, a tarefa de prescrever o tratamento é afeta, com exclusividade, ao médico assistente e não à operadora de plano de saúde. Uma vez prescrito por médico de confiança, como tal ocorre aqui, nem a ANS, cujo rol não é exaustivo, nem a operadora, ainda que seus médicos dissintam da eficácia, podem sobrestar a tentativa de cura pela modalidade indicada na prescrição. Isso porque o tratamento da enfermidade do paciente compete, tão somente, ao profissional médico, não cabendo, ao plano de saúde, ingerência acerca do procedimento adequado para o tratamento da moléstia. Não é a operadora do plano a autoridade adequada para prever a necessidade do segurado, mas os médicos que o acompanham. Compete, ao médico responsável pelo tratamento, definir e prescrever o procedimento necessário para a cura do paciente. Se o contrato de plano de saúde prevê a cobertura de determinado tratamento, não podem ser excluídos os procedimentos imprescindíveis para o seu êxito. É pacífico o entendimento de que, havendo a cobertura para determinada moléstia, não podem ser excluídos ou limitados os meios curativos. Ao abranger, no contrato, determinada moléstia, não cabe à seguradora definir qual o meio a ser utilizado para o seu tratamento, inclusive, para fins de averiguação e origem da doença, assim como a terapia que deve ser adotada para fins de cobertura. Estando o tratamento da patologia coberto pelo plano, a recusa da ré, a princípio, fere o entendimento pacífico do C. Superior Tribunal de Justiça que consagra que “o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura”. Não pode ser negada a cobertura de tratamento necessário para sanar os problemas de saúde de paciente cuja doença é coberta. Quando houver previsão contratual de cobertura da doença e respectiva prescrição médica do meio para o restabelecimento da saúde, independente da incidência das normas consumeristas, é dever da operadora de plano de saúde oferecer o tratamento indispensável ao usuário. Havendo previsão para a cobertura da doença ou da especialidade médica, não pode ocorrer a exclusão de procedimento necessário ao tratamento médico. Entender o contrário criaria, para o consumidor, verdadeira contradição em termos de “a doença está coberta, mas não o meio curativo”. Há previsão, na apólice, da cobertura de doenças psiquiátricas, o que impõe o custeio das sessões de psicoterapia. Se a necessidade do tratamento está demonstrada, a operadora deve arcar com o procedimento, independentemente da existência no contrato de cláusula que disponha genericamente sobre um número limite de sessões ou de norma da ANS neste sentido. Havendo a previsão legal e/ou contratual para a cobertura da doença da autora (depressão), não se justifica a recusa da apelante ao procedimento e aos medicamentos correlacionados e indicados pelo médico responsável e que acompanha a paciente. O plano de saúde não pode se sobrepor ao profissional que acompanha a paciente e negar a cobertura sob o argumento desse procedimento não constar do</i></p>

	<p>rol da Agência Nacional de Saúde ou no contrato. O tratamento foi prescrito por médicas psiquiatras (fls. 26/27), sendo cabível a elas avaliar a necessidade e a conveniência do tratamento clínico a ser efetuado, defeso ao plano de saúde questionar o tratamento indicado ou o tempo de duração. Cabe, ao médico especialista, eleger qual o tratamento mais conveniente para a cura do paciente e não à seguradora. Se a doença que acomete o apelado possui cobertura contratual, o custeio das despesas advindas com o tratamento nada mais é do que um desdobramento da referida cobertura, pelo que a negativa por esse motivo não se sustenta.</p>
Categoria (v)	Discurso síntese
<p>É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita o tempo de internação do segurado ou usuário.</p>	<p>Com efeito, a Lei nº 9.656/98, em seu art. 12, II, “a”, dispõe que é assegurada “cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas”. O C. STJ sedimentou entendimento nesse sentido por meio de sua Súmula 302: “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”. A repetição de julgados a respeito do tema redundou na edição da Súmula 92 deste E. TJSP, que tem o seguinte enunciado: “Abusiva a cláusula contratual que limita a internação do usuário do Plano de Saúde ou do segurado (Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça)”. A imposição de limitação temporal, por parte da seguradora, à internação do beneficiário em clínica psiquiátrica revela a manifesta abusividade, colocando o consumidor em situação de desvantagem exagerada (Arts. 47 e 51, IV, do CDC), pois não é de se admitir qualquer estipulação contratual prévia de limite de duração do tratamento. Ao instituir o plano-referência de assistência à saúde com cobertura obrigatória das doenças listadas pela OMS, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, o artigo 12, inciso II, alínea b, da Lei nº 9656/98, vedou a limitação de prazo da cobertura decorrente de internação. Ao restringir o tempo de internação para as doenças psiquiátricas, a apelante estabelece uma discriminação que fere não somente o Código de Defesa do Consumidor, mas também a Lei nº 9656/98, quando não, o princípio constitucional da isonomia, ao diferenciar portadores de psicopatologias, já tão marginalizados pela sociedade e cujo tratamento em regime de internação constitui medida extrema. A limitação temporal de internação é abusiva. De fato, conforme o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, consolidado por meio da Súmula nº 302, “é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”. No mesmo sentido, é a Súmula nº 92 do Tribunal de Justiça de São Paulo. Já é sedimentado pelo Superior Tribunal de Justiça o entendimento de que é abusiva e, conseqüentemente, nula, a cláusula contratual de contrato de assistência à saúde que estabeleça a quantidade máxima de sessões de tratamentos médicos abrangidos na cobertura assistencial. Não cabe à operadora estabelecer o tempo em que o paciente estará sendo tratado, mas ao médico que o assiste e que é o profissional habilitado para tanto. O tratamento a ser dispensado não pode ser limitado a período pré-estabelecido pelo plano de saúde. O sistema de coparticipação imposto pela agravante nada mais é que uma forma de repassar, ao usuário do plano de saúde, os custos de uma internação persistente, a qual, via de regra, envolve quantias monetárias elevadas à aludida cláusula, ainda que, indiretamente, impossibilita o tratamento do segurado. Todavia, dúvida não pode haver de que a cláusula, que indiretamente limita o tempo de cobertura de</p>



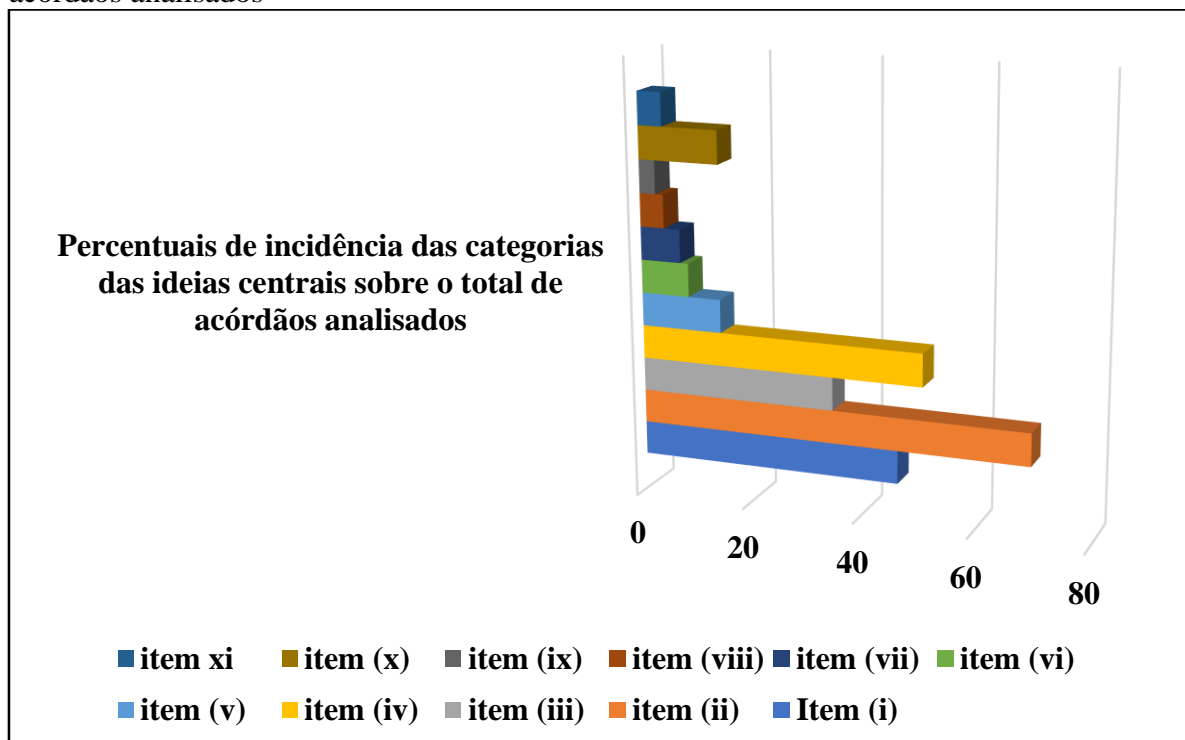
	<i>internação, é manifestamente abusiva e que, a teor do art. 51 do CDC, deve ser declarada nula de pleno direito.</i>
<b>Categoria (vi)</b>	<b>Discurso síntese</b>
É lícito o estabelecimento de coparticipação.	<i>O contrato contém cláusula explícita e clara de coparticipação, na proporção de 50%, após o 30º dia, o que está em consonância com a Resolução Consu nº 11. O C. Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente decidido pela licitude da cláusula de coparticipação, após o 30º dia. Assim, não havendo ilicitude na cláusula de coparticipação após o 30º dia, o caso era de improcedência do pedido. A seguradora não restringe o tempo de internação, e sim o período de pagamento integral do tratamento. Isto é, pretende cobrir somente 50% das despesas com o referido tratamento. Não se verifica, portanto, a negativa de cobertura, nem tampouco a abusividade da cláusula, como entendeu a sentença. Conclui-se que a previsão de coparticipação se faz necessária para preservar o equilíbrio contratual inerente à gestão dos custos do contrato de plano de saúde e se compatibiliza com a limitação contratada, inexistindo abusividade, desde que conste a restrição de forma expressa e clara. A cláusula 6.20 do contrato, que prevê expressamente a participação do segurado, no percentual estabelecido por normativo da ANS, das despesas com internação psiquiátrica que ultrapasse 30 dias (fls. 97), não se confunde com limitação temporal, sendo, evidentemente, lícita, e, como já previamente conhecida, não feriu o princípio da boa-fé contratual. Não é abusiva a cláusula contratual que estipula o regime de coparticipação após 30 dias de internação psiquiátrica. Assim, revendo a tese anteriormente defendida, considerando que a cláusula que prevê coparticipação não se mostra, de plano, abusiva, sem prejuízo de melhor análise do contrato firmado entre as partes nos autos principais, deve ser afastado o custeio integral do tratamento psiquiátrico com a imposição de percentual de 50% de coparticipação.</i>
<b>Categoria (vii)</b>	<b>Discurso síntese</b>
Os contratos de planos de saúde são de trato sucessivo.	<i>O contrato pactuado entre as partes, não obstante ter sido firmado anteriormente à Lei nº 9.656/98, versa sobre a obrigação de trato sucessivo e de renovação automática. Não se trata de contrato estanque, estabilizado no tempo, mas que deve ser revisto e reavaliado conforme as novas tecnologias e as novas leis que têm aplicação imediata a essa espécie de contratação. Trata-se de um contrato de execução continuada, o qual se renova periodicamente, fazendo com que cada renovação corresponda a uma nova contratação. Assim, ainda que não adaptado, submete-se às normas da Lei nº 9.656/98, sendo nula a cláusula que exclui o tratamento psiquiátrico. O contrato é renovado anualmente, motivo pelo qual aplica-se o princípio da recondução. Logo, a cada renovação, há um novo contrato e toda legislação promulgada após o termo inicial de vigência da apólice é perfeitamente aplicável, inclusive, a Lei nº 9.656/98.</i>
<b>Categoria (viii)</b>	<b>Discurso síntese</b>
Nos contratos de planos de saúde, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas.	<i>O contrato é tipicamente de seguro, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas de responsabilidade. Até porque o prêmio pago guarda nítido cálculo atuarial em relação ao risco assumido. É certo que existem limites que o contrato pode impor e que devem ser respeitados. São eles, por exemplo: a rede hospitalar</i>

	<i>conveniada, os profissionais conveniados, os laboratórios conveniados, o tipo de alojamento dentro do hospital conveniado. Entretanto, todos esses limites devem se curvar à função social do contrato, não podendo prejudicar os direitos do segurado.</i>
<b>Categoria (ix)</b>	<b>Discurso síntese</b>
A prestação ilimitada de assistência à saúde é dever do Estado.	<i>Nunca é demais ressaltar que a prestação ilimitada de assistência à saúde é dever do Estado, por expressa disposição constitucional (artigo 196 desse mesmo diploma), e não dos particulares, no exercício da livre atividade econômica.</i>
<b>Categoria (x)</b>	<b>Discurso síntese</b>
O objeto dos contratos de planos de saúde é a preservação da vida e da saúde, não se admitindo cláusulas limitativas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada e restrinja os direitos fundamentais inerentes à natureza do próprio contrato.	<i>O Código de Defesa do Consumidor impõe que seja repelida toda e qualquer cláusula que contrarie a boa-fé e o equilíbrio contratual, notadamente quando o objeto contratado tenha relação com a vida, a saúde, a integridade física ou qualquer outro bem que detenha a proteção constitucional. A função social desse tipo de contrato é a preservação da vida e qualquer disposição que mitigue a proteção desse objeto vai contra a essência do próprio contrato. Embora possam ser pactuadas cláusulas limitativas de direitos, o fato é que a cláusula invocada pela apelante coloca o consumidor em desvantagem exagerada e restringe direitos fundamentais inerentes à natureza do próprio contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto e equilíbrio, afrontando o disposto no inciso IV e no § 1º inciso II do artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor. A exclusão imposta pelo contrato deve ser avaliada com ressalvas, observando-se, de maneira concreta, que a natureza da relação ajustada entre as partes e os fins do contrato celebrado não podem ameaçar o objeto da avença, bastando, para tanto, que se confira a previsão do artigo 51, IV e § 1º, II, do CDC. É admitida a estipulação de cláusulas limitativas de direitos, desde que redigidas de forma clara e com destaque. O fato é que a cláusula invocada pela apelante coloca a consumidora em desvantagem exagerada e restringe direitos fundamentais inerentes à natureza do próprio contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto, afrontando o disposto no inciso IV e no § 1º inciso II do artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor. A preservação da dignidade e da saúde do consumidor deve prevalecer sobre o interesse econômico do fornecedor. A saúde é um bem relevante à vida e à dignidade da pessoa humana, não podendo ser, portanto, tratada como simples mercadoria e nem ser confundida com outras atividades econômicas. Sem a cobertura do tratamento, a doença da autora deixaria de ser tratada, levando à perda do objeto do contrato, sendo que este perderia a sua finalidade, qual seja, dar assistência médica no momento em que o segurado necessitar. As cláusulas contratuais devem ser interpretadas da maneira mais favorável ao polo hipossuficiente, o qual deve ser protegido contra disposições abusivas, aptas a macular o equilíbrio contratual e colocá-lo em desvantagem exagerada. A recusa da ré ofende a regra do art. 51, § 1º, inc. I, da Lei nº 8.078/90, que presume exagerada a vantagem do fornecedor que restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual. É cediço o entendimento de que impedir que os consumidores de planos de saúde tenham acesso a métodos de tratamento mais eficientes apenas porque ainda não previstos em lista não atualizada com a mesma frequência dos avanços da medicina é impor-lhes desvantagem exagerada e restringir indevidamente o objeto e a finalidade do contrato, o que caracteriza</i>

	<i>a abusividade e a conseqüente ilegalidade de qualquer cláusula contratual em contrário nos termos do art. 51, IV e § 1º, I a III, do CDC.</i>
<b>Categoria (xi)</b>	<b>Discurso síntese</b>
As cláusulas contratuais possuem força obrigatória, <i>pacta sunt servanda</i> , razão pela qual devem ser respeitadas.	<i>É preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato sob pena de, com base no Código de Proteção e Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das mais diversas interpretações subjetivas das partes e dos próprios órgãos do Poder Judiciário. Planos de saúde existem vários e com as mais diversas coberturas. E, obviamente, cada qual tem seu preço. Permite-se antever, sem dificuldade, que será mais cômodo optar pelos planos de menor prêmio e depois buscar o afastamento de todas as limitações. Ainda que moral ou eticamente sejam defensáveis alguns posicionamentos, com eles, o direito, no mais das vezes, não se compadece. Na medida em que se despreza a autonomia da manifestação de vontade, cria-se a insegurança jurídica e desrespeita-se o ato jurídico perfeito e acabado (C.R., artigo 5o, inciso XXXVI). E nada, no estado de direito, é mais grave. O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes. Em respeito ao princípio do pacta sunt servanda, deve prevalecer a previsão contratual.</i>

Por fim, seguem os percentuais de incidência das categorias das ideias centrais sobre o total de acórdãos analisados (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentuais de incidência das categorias das ideias centrais sobre o total de acórdãos analisados



Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

## **8 DISCUSSÃO**

### **8.1 O DIREITO AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **8.1.1 Do recorte temporal**

Com a distribuição temporal do material coletado foi possível observar que houve um aumento progressivo do número de acórdãos relacionados ao direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar prolatados por ano. No ano de 2015 foram prolatados cinco acórdãos. Em 2016 este número quase dobrou e foram proferidas nove decisões. Em 2017 houve novo aumento, sendo prolatados 15 acórdãos. Em 2018 houve uma estabilização e foram proferidas 15 decisões. Contudo, em 2019, o número de acórdãos prolatados voltou a subir fortemente, chegando a 25 acórdãos.

Ressalta-se que houve um aumento de 400% no número de acórdãos prolatados entre 2015 e 2019. Indicadores divulgados pelo CNJ também apontam que houve um aumento no número de acórdãos prolatados pelo TJSP no período estudado. Para o referido órgão, o número total de acórdãos publicados em 2015 pelo TJSP foi de 744.355. Já em 2019 esse número passou para 840.073, indicando um aumento de 12,85% (BRASIL, 2020a). Observa-se que o percentual de aumento no número de acórdãos indicado pelo CNJ foi inferior ao encontrado neste estudo. Contudo, este percentual se relaciona ao número total de casos, enquanto aquele se refere apenas aos casos atinentes ao direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar.

Esse aumento vigoroso no número de acórdãos prolatados sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar, em tese, poderia decorrer de dois fatores: (i) o aumento do número de interposição de recursos nas demandas relativas à questão ora estudada e/ou (ii) o aumento de produtividade do TJSP no julgamento dos recursos relacionados ao tema.

Indicadores do CNJ demonstram que houve um aumento geral da produtividade média dos magistrados de 2º grau de jurisdição do TJSP. Em 2015 havia uma média de 1.526 processos baixados por magistrado, sendo que este número, em 2019, subiu para 1.992 (BRASIL, 2019c). Isto é, no período pesquisado houve um aumento de produtividade geral média dos desembargadores do TJSP na ordem de 30,53%. Por sua vez, houve uma pequena redução no número geral de casos novos recursais no 2º grau não criminais, categoria que

abarcam os recursos que deram origem aos acórdãos estudados. Em 2015 foram interpostos 411.895 recursos, ao passo que em 2019, esse número foi de 383.411. Ou seja, houve uma redução de 6,91% no número geral de recursos interpostos (BRASIL, 2019c).

Assim, em termos gerais, houve um aumento de produtividade média dos magistrados na ordem de 30,53% e uma redução de 6,91% no número de recursos interpostos, sendo possível que fenômeno semelhante, mas mais intenso, tenha ocorrido com os processos que versam especificamente sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar. Esse aumento de produtividade média dos desembargadores é visto com bons olhos, haja vista que ele reduz o volume de casos pendentes de julgamento, entregando a prestação jurisdicional pleiteada e, por conseguinte, promovendo a respectiva pacificação social. No entanto, não se pode esquecer que os dados relativos ao aumento de produtividade média dos desembargadores e à redução do número de recursos interpostos são dados gerais, que não se referem especificamente aos processos cujo objeto é o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar.

### **8.1.2 Do recorte espacial**

Com o recorte espacial foi possível constatar que os acórdãos analisados advieram de 15 comarcas diferentes, sendo que a comarca da capital foi a origem de 60,86% deles.

Segundo estimativa do IBGE, em 2020, o Estado de São Paulo contava com 46.289.333 milhões de pessoas, sendo que o município de São Paulo possuía 12.325.232 milhões de habitantes (BRASIL, 2020g). Ou seja, o município de São Paulo concentrava 26,62% da população do Estado, mas foi responsável por originar 60,86% dos acórdãos analisados. Assim, considerando que os acórdãos analisados versam especificamente sobre o direito ao tratamento da depressão, em tese, este resultado poderia indicar que houve um maior número de casos de depressão na capital do Estado. Estudo desenvolvido sobre os transtornos mentais em megacidades, com foco especificamente na cidade de São Paulo, demonstrou que os adultos que vivem na megacidade de São Paulo tiveram prevalência de transtornos mentais em níveis maiores do que em pesquisas semelhantes realizadas em outras áreas do mundo. Segundo a pesquisa, cerca de 30% dos moradores da região metropolitana de São Paulo apresentaram, pelo menos, um transtorno psiquiátrico nos doze meses de estudo, sendo que cerca de 10% dos residentes tinham um transtorno mental grave recentemente ativo. A depressão maior emergiu como um dos transtornos mais importantes, com prevalência estimada mais alta do que a observada em outros países participantes (ANDRADE *et al.*, 2012).

Além disso, a alta concentração de processos originários da capital também poderia advir da existência de um maior número de beneficiários de planos de saúde na comarca de São Paulo. Destaca-se, neste ponto, que o Estado de São Paulo, em dezembro de 2019, possuía um total 17.089.294 beneficiários de assistência médica, sendo que a capital do Estado, no mesmo período, possuía 5.734.342 de beneficiários (BRASIL, 2020e), isto é, 33,55% dos beneficiários do Estado.

Outra possibilidade é que a concentração de processos originários na capital decorra de um número maior de negativas de cobertura assistencial naquela localidade. Neste ponto, insta-se frisar que, segundo dados da ANS, em outubro de 2020, em todo o Estado, foram feitas 5.238 reclamações administrativas de beneficiários de planos de assistência à saúde, sendo que a capital foi responsável por 2.941 reclamações (BRASIL, 2020d). Isto é, em âmbito administrativo, o percentual de reclamações na capital ficou em 56,14%, o que demonstra que o resultado obtido neste estudo é muito próximo ao resultado encontrado na esfera administrativa do órgão regulador do setor.

A alta concentração de processos originários da capital também poderia decorrer de outros fatores, como a possibilidade de haver maior acesso à Justiça na comarca da capital ou, ainda, a possibilidade de os juízes da capital terem prolatado um maior número de decisões sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar durante o período pesquisado.

No entanto, o que importa é que o resultado obtido nesta pesquisa se afigura relevante na medida em que potencializa a eficácia de eventual mecanismo de intervenção destinado à melhoria da qualidade assistencial. Isso porque, a alta concentração de demandas na capital do Estado recomenda que eventuais instrumentos de intervenção se preocupem, de forma diferenciada, com aquela localidade. Além disso, o resultado obtido também permite que o próprio Poder Judiciário utilize, de forma mais concentrada e precisa, mecanismos alternativos de solução de conflitos, evitando a judicialização da referida questão.

Nesse particular, não se pode esquecer que a Recomendação CNJ nº 31, de 27 de fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019a), visa a aperfeiçoar a prestação jurisdicional relativa ao direito à saúde, sendo que a Resolução CNJ nº 107, de 06 de abril de 2010 (BRASIL, 2010a), possui como um de seus principais objetivos fomentar a adoção de medidas destinadas a prevenir conflitos judiciais nessa área. Além disso, a Resolução CNJ nº 125/10 (BRASIL, 2010b) estabelece que a política judiciária nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses é de observância obrigatória, o que indica que medidas destinadas a prevenir conflitos judiciais relacionados ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar devem

necessariamente ser adotadas. Em outro ponto, insta-se frisar, que as próprias operadoras poderiam envidar esforços para melhorar a qualidade da prestação de serviços na capital, evitando, com isso, gastos desnecessários com demandas judiciais e administrativas. Até porque, conforme se constatou neste estudo, os resultados das decisões prolatadas pelo Poder Judiciário acerca do tema vertente têm sido amplamente favoráveis aos autores das ações.

### **8.1.3 Dos autores das ações judiciais**

A pesquisa identificou 68 pessoas físicas diferentes no polo ativo das 69 ações cujos acórdãos foram analisados. Uma delas ajuizou duas ações em face do mesmo réu. Das 68 pessoas identificadas, 59,42% eram do sexo feminino. Este resultado pode decorrer do fato de as mulheres serem mais afetadas pela depressão (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

Em revisão de literatura sobre o tema, Justo e Calil (2006) citaram diversos estudos que apontaram para o fato de que a depressão em mulheres seria aproximadamente duas vezes mais prevalente que em homens. No mesmo sentido, informa a OPAS que as mulheres são mais afetadas pela depressão (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

A contribuição do resultado encontrado na pesquisa reside no fato de que, além de serem mais afetadas pela depressão, as mulheres também foram as que mais ajuizaram ações pleiteando tratamentos para o referido transtorno. Este resultado, à semelhança do que foi mencionado no item anterior, permite a majoração da eficácia de eventuais políticas destinadas à melhoria da qualidade assistencial, bem como possibilita a adoção de mecanismos alternativos de solução de conflitos que foquem no referido público-alvo.

### **8.1.4 Principais argumentos utilizados pelos autores das ações**

Com relação aos principais argumentos propalados pelos autores das ações judiciais, foi possível constatar que 65 autores ( $\cong$  94,20%) sustentaram que a negativa de cobertura assistencial promovida pela operadora foi indevida, sendo que, em 30 processos ( $\cong$  43,47%), os autores defenderam que havia prescrição médica para o tratamento.

Este resultado se revela importante, pois existe súmula do TJSP cujo enunciado preconiza que é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento quando houver expressa indicação médica. Neste ponto, cumpre-se esclarecer, que a súmula nada mais é que o texto normativo que retrata o conteúdo da jurisprudência dominante do tribunal. Isto é, o juiz,

ao decidir um caso concreto, fundamenta a sua decisão de modo a criar duas normas jurídicas. A primeira delas é individual e concreta, dirigida apenas aos atores processuais, denominada de norma jurídica individualizada. Em suma, é a norma que soluciona o caso concreto, que “faz lei entre as partes”. A segunda é uma norma geral e abstrata, dirigida a toda a coletividade, que é chamada de *ratio decidendi*. Quando a *ratio decidendi* é aplicada a vários casos, ocorre a formação da jurisprudência. Se a jurisprudência passa a prevalecer no tribunal, ela se torna a jurisprudência dominante. A jurisprudência dominante, por sua vez, pode dar origem a uma súmula, que é o texto normativo que retrata o conteúdo da jurisprudência dominante no respectivo tribunal. Em resumo, a súmula é o texto que descreve um precedente que foi aplicado de forma reiterada.

Assim, se em 30 processos ( $\cong 43,47\%$ ) os autores veicularam tal alegação, este resultado poderia influenciar diretamente as condutas, as práticas e os comportamentos das próprias operadoras na medida em que elas, quando verificassem a real existência de prescrição médica, poderiam adotar uma conduta destinada a evitar a judicialização da questão, furtando-se de gastos com processos judiciais nos quais possuem significativa chance de sucumbir.

### **8.1.5 Das operadoras de planos e seguros de saúde**

A pesquisa também possibilitou a identificação das operadoras de planos e seguros-saúde mais demandadas com relação aos pedidos de tratamento da depressão no TJSP durante o período pesquisado. No total, foram identificadas vinte e duas pessoas jurídicas. A pessoa jurídica mais demandada figurou no polo passivo de 26 ações ( $\cong 37,68\%$ ). A segunda operadora mais acionada foi requerida em oito processos ( $\cong 11,59\%$ ). Ambas eram operadoras de grande porte e possuíam índice geral de reclamações junto à ANS superior ao índice médio de reclamações do mercado para o porte da operadora.

A identificação destes resultados, somados aos demais, é importante, pois eles contribuem para a adoção de medidas e práticas destinadas à melhoria da qualidade do atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários, bem como permitem que o órgão regulador pratique ações mais eficazes destinadas ao aperfeiçoamento da política de assistência à saúde mental.



### **8.1.6 Principais argumentos utilizados pelos requeridos das ações e da prescrição médica**

Ao se analisar os argumentos utilizados foi possível observar que a principal linha argumentativa das operadoras de planos e seguros-saúde consistiu na alegação de que o tratamento pleiteado pelo autor não estava previsto no rol de procedimentos da ANS, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima. Este argumento estava presente em 39 acórdãos examinados ( $\cong 56,52\%$ ).

A segunda linha de argumentação mais adotada pelos planos de saúde foi a de que os contratos não possuíam cobertura assistencial para o tratamento pleiteado pelos autores. Por outro lado, os autores sustentaram que a negativa de cobertura assistencial foi indevida e que havia prescrição médica para o tratamento. Neste ponto, vale anotar que este estudo também constatou que em 100% dos casos analisados, os autores ingressaram com a ação amparados em prescrição médica que sustentava a necessidade do tratamento pleiteado.

Nesse contexto, considerando o entendimento sumulado pelo TJSP no sentido de que, havendo expressa indicação médica é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento de que ele não está previsto no rol de procedimentos da ANS, é forçoso concluir que as principais alegações veiculadas em juízo pelos planos de saúde são inócuas, haja vista que restou sedimentado o entendimento no sentido de que, ante a apresentação da prescrição, é abusiva a negativa de cobertura sob a alegação de falta de previsão no rol da ANS.

Tal inferência, inclusive, ajuda a compreender outro resultado encontrado nesta pesquisa: o que se refere ao deslinde das ações que, aliás, foi amplamente favorável aos requerentes tanto em 1º quanto em 2º graus de jurisdição. Merece destaque a grande relevância atribuída pelo Poder Judiciário às prescrições médicas. Aliás, na grande maioria dos casos, sequer houve determinação para a realização de prova pericial. Nesse sentido, foi recorrente o posicionamento de que o tratamento da enfermidade do paciente compete tão somente ao profissional médico, não cabendo à operadora qualquer ingerência acerca do procedimento adequado ao tratamento da moléstia. Igualmente, foi comum o posicionamento no sentido de que o rol da ANS se consubstancia apenas numa listagem de procedimentos que constitui referência básica às operadoras, não esgotando todos os procedimentos médicos ou técnicos de tratamento. Dessa forma, foi possível depreender que as principais alegações propaladas pelas operadoras nos processos judiciais analisados eram demasiadamente frágeis, razão pela qual foram raros os julgamentos de improcedência das demandas.

### **8.1.7 Tratamentos pleiteados pelos autores das ações**

A pesquisa também constatou que 32 pedidos ( $\cong 46,37\%$ ) buscavam o tratamento da depressão por meio da EMT, 18 requerimentos ( $\cong 26,09\%$ ) pretendiam a internação psiquiátrica, 16 pedidos ( $\cong 23,19\%$ ) visavam à ECT e três pedidos ( $\cong 4,35\%$ ) buscavam a psicoterapia. Trata-se de resultado que pode auxiliar no aperfeiçoamento da política assistencial, bem como na regulação do setor. Tal inferência é corroborada pelo fato de que, desde a Resolução CONSU nº 11/98 (BRASIL, 1998a) até a Resolução nº 428/17 (BRASIL, 2017), muito pouco se avançou na regulação do setor. Além disso, é interessante notar que um dos tratamentos mais requeridos pela via judicial foi a ECT. No entanto, o rol de procedimentos da ANS não prevê tal tratamento. Por outro lado, o MS, por meio da Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, (BRASIL, 2019) que traz esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas, alardeou que a ECT seria um dos melhores aparatos terapêuticos para o tratamento de transtornos mentais, tanto que inseriu o aparelho responsável pela terapia na lista dos sistema de informação e gerenciamento de equipamentos e materiais do fundo nacional de saúde. Isto é, o MS passou a financiar a compra de equipamentos de ECT para o tratamento de pacientes que apresentassem transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas. Este fato, aliás, vem sendo criticado por vários estudiosos sob o argumento de que o SUS deveria aprimorar o atendimento primário e oferecer tratamentos que incluem medicamentos modernos e psicoterapia, que seriam limitados na maioria das unidades.

### **8.1.8 Decisões de 1º grau de jurisdição**

Dos 69 acórdãos examinados foi possível constatar que 59 ( $\cong 85,50\%$ ) decorreram de sentenças e dez ( $\cong 14,50\%$ ) de decisões interlocutórias. Isto é, a maior parte dos acórdãos analisados foi proveniente de tutelas jurisdicionais de cognição exauriente, sendo que menos de 15% dos acórdãos decorreram de decisões judiciais de cognição sumária. A cognição judicial pode ser entendida como uma técnica utilizada pelo juiz para, por meio do exame das provas e das alegações das partes, formar seu juízo de valor acerca das questões suscitadas no processo. Diz-se que uma cognição é sumária quando ela é incompleta, isto é, quando o exame das alegações das partes e das provas do processo não é exaustivo. Por outro lado, afirma-se que a cognição é exauriente quando o exame das alegações e das provas é integral. Neste caso, trata-se de uma cognição baseada em um juízo de certeza jurídica, que permite a solução definitiva

da demanda trazida à apreciação do julgador (DIDIER JÚNIOR, 2019; WAMBIER; TALAMINI, 2016a). Assim, se faz correto asseverar que, dos acórdãos estudados, 85,50% eram provenientes de recursos interpostos contra decisões que examinaram as alegações e as provas apresentadas pelas partes de forma exaustiva, o que, por conseguinte, também leva os desembargadores do TJSP a examinarem as demandas de forma integral e exaustiva na medida do que foi devolvido ao tribunal para a apreciação. Tal dado se afigura relevante, tendo em vista que na grande maioria dos acórdãos estudados, o Poder Judiciário debruçou-se sobre todas as alegações e provas apresentadas pelas partes.

Com relação ao conteúdo das decisões de 1º grau analisadas, observa-se que, em resumo, a linha argumentativa dos magistrados se fundou na afirmação de que a relação jurídica entabulada entre autores e réus era uma relação de consumo e que a negativa de cobertura assistencial teria sido ilícita, pois os autores teriam apresentado suas respectivas prescrições médicas. Ambos os fundamentos se revelaram robustos e importantes. Isso porque o Código de Defesa do Consumidor se consubstancia num estatuto jurídico de tutela ao consumidor que busca equilibrar as relações jurídicas travadas entre consumidores e fornecedores, evitando a ocorrência de eventuais abusos.

Da mesma forma, é relevante o segundo argumento mais utilizado pelos juízes de 1º grau de que, havendo expressa indicação médica é abusiva a negativa de cobertura de custeio do tratamento. Isso porque a utilização de tal argumento, nas decisões de 1º grau, demonstra o conhecimento dos juízes de origem sobre o entendimento sumulado pelo tribunal, bem como revela a existência de coesão e a coerência entre as decisões de 1º e de 2º graus. Esta coerência, aliás, ajuda a explicar outro resultado desta pesquisa, que é a alta taxa de manutenção das decisões de 1º grau acerca do tema tratado. Note-se que 78,26% das decisões de 1º grau foram mantidas pelo TJSP, ou seja, quase 80% das decisões de 1º grau foram confirmadas pelos desembargadores.

No tocante ao acolhimento dos pedidos de tratamento da depressão foi possível constatar que, em 1º grau de jurisdição, o percentual de acolhimento foi de 86,95%, sendo que em 2º grau este número foi ainda maior, atingindo 91,30% dos casos. Estes percentuais demonstram a pertinência das decisões prolatadas ante as provas apresentadas pelas partes na medida em que, como se viu, em 100% dos casos foi apresentada a prescrição médica que sustentava a necessidade do tratamento pleiteado. Importante anotar que o conhecimento sobre este firme posicionamento do TJSP acerca do direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar, notadamente, nas hipóteses em que são apresentadas as prescrições médicas, possui importante efeito persuasivo, já que é capaz de persuadir as operadoras de

planos de saúde a adotarem práticas destinadas a evitar a judicialização dessas questões. Além disso, a coerência entre os resultados das decisões, observada na pesquisa, contribui sobremaneira para a segurança jurídica, que é um dos princípios basilares do Estado Democrático de Direito.

## 9 INTERPRETAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Esta pesquisa utilizou a teoria das representações sociais como referencial teórico para interpretar a forma pela qual os desembargadores do TJSP construíram seus saberes de senso comum sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar a partir da transmissão e recepção de símbolos, informações, modelos de conduta e experiências empíricas por eles anteriormente vivenciadas.

A relevância da utilização desse referencial teórico consiste no fato de que ele permite descortinar o conhecimento de senso comum socialmente elaborado e compartilhado pelo grupo social pesquisado sobre o tema proposto, isto é, permite desvendar a realidade subjetiva, o conteúdo representacional que os indivíduos que ocupam a função de desembargadores do TJSP possuem sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar.

A fim de evitar que a pesquisa pudesse influenciar a emissão de respostas discursivas fortuitas sem conteúdo representacional, como eventualmente poderia ocorrer no caso da aplicação de entrevistas ou questionários, optou-se pela análise documental, ou seja, pela análise dos acórdãos prolatados pelos referidos desembargadores, já que o acesso ao conteúdo representacional se opera por meio do discurso, que está presente nos referidos documentos, valendo lembrar, por oportuno, que o pesquisador pode recorrer a diversas metodologias para acessar as representações sociais, tais como a análise documental e as enquetes por meio de entrevistas e questionários (JODELET, 2001; WAGNER *et al.*, 1994).

No processo judicial, os requerentes e os requeridos apresentam seus argumentos ao julgador com o objetivo de tentar influenciá-lo na tomada da decisão. Estes argumentos podem conter elementos tanto do universo reificado como do universo consensual, sendo que o conhecimento do universo consensual pode ou não ser dotado de conteúdo representacional de cada uma das partes sobre a *quaestio sub iudice*. Diante destes argumentos, o julgador passa a um processo de apropriação dessa realidade exterior, enriquecendo e reconstruindo suas estruturas psicológicas já existentes a partir da categorização das informações e símbolos compartilhados, da comunicação social com os seus pares e com as partes, da prática cotidiana, dos modelos de conduta e do pensamento socialmente inculcado. Na medida em que se familiariza com a questão, o julgador interpreta o fenômeno (o que irá orientá-lo na sua tomada de decisão) e associa uma imagem à sua concepção, tornando visível o conteúdo conceitual e concreto daquilo que era abstrato. Dessa forma, o julgador utiliza a discricionariedade que possui para julgar procedente ou improcedente a demanda que lhe é apresentada.

Por meio da análise dos acórdãos foi possível desvendar o saber do senso comum dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019, conforme abaixo exposto.

O conteúdo representacional prevalente nos acórdãos pesquisados foi o de que quando há expressa indicação médica para o tratamento, o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar seria um verdadeiro “dever” das operadoras de planos e seguros-saúde. Esta representação foi encontrada em 48 acórdãos analisados ( $\cong 69,56\%$ ) e está ancorada na ideia de adequação e correção da prescrição médica, de modo que a negativa de cobertura de custeio por parte da operadora de plano de saúde seria abusiva se fundada no argumento de que o tratamento é experimental ou no argumento de que ele não está previsto no rol da ANS.

Note-se que a análise do referido conteúdo representacional pressupõe a abordagem de três pontos principais. São eles: (i) a importância atribuída à prescrição médica; (ii) a abusividade da negativa de cobertura embasada no argumento de que o tratamento é experimental e (iii) a abusividade da negativa de cobertura que se esteia no argumento de que o tratamento não está previsto no rol da ANS.

Com relação ao primeiro ponto, é possível observar que o direito subjetivo ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar, quando o beneficiário apresenta prescrição médica, foi socialmente representado pelos desembargadores do TJSP como verdadeiro “dever” das operadoras. Isto é, os sujeitos sociais (*desembargadores*) avaliaram o fenômeno (*direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar mediante a apresentação de prescrição médica que sustente a sua necessidade*) e construíram nele um significado (*será dever da operadora de plano de saúde*), que passou a ser reproduzido e compartilhado pelo grupo, atuando no senso comum e tornando-se uma regra socialmente inculcada. Esta representação social demonstra a grande relevância atribuída pelos julgadores à prescrição médica a ponto de o tratamento da depressão, quando recomendado por profissional da Medicina, ganhar *status* de verdadeiro dever para as operadoras de planos de saúde que, por sua vez, não podem negar a cobertura assistencial com base no argumento de que ele é experimental ou de que ele não está previsto no rol de eventos em saúde da ANS. Esta representação, entretanto, parece desconsiderar importante aspecto consistente na possibilidade de a prescrição médica apresentar-se equivocada ou ser inadequada, o que poderia gerar consequências negativas tanto para os autores quanto para os réus. Nesse compasso, vale lembrar que a prescrição médica nada mais é do que o ato médico que recomenda uma rotina de cuidados a determinado paciente (GUSMÃO; MION JÚNIOR; 2006). A adequação deste ato, assim como

de outros, é influenciada por vários fatores, tais como a qualidade da formação profissional, as concepções sobre o transtorno, as condições socioculturais e econômicas do paciente, o conhecimento das abordagens terapêuticas e as condições das políticas assistenciais. Aliás, conforme destacado anteriormente, a própria OMS se preocupa com o fato de o tratamento adequado da depressão encontrar obstáculos na falta de profissionais devidamente treinados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Assim, poder-se-ia chegar à conclusão de que a representação social dominante poderia gerar consequências negativas tanto para os autores quanto para os réus, pois aqueles poderiam ser submetidos a tratamentos (experimentais ou não previstos no rol da ANS) equivocados ou inadequados, enquanto estes teriam que arcar com os elevados custos de tais tratamentos, o que, por sua vez, poderia ensejar desequilíbrio econômico-financeiro do contrato. Tal conclusão ganharia ainda mais relevância se for considerado que em 60 processos ( $\cong 85,50\%$ ) houve a concessão de tutela provisória, na maior parte, concedida *inaudita altera pars*, isto é, sem a prévia oitiva dos requeridos, considerando apenas as alegações dos autores e o conteúdo da prescrição médica.

Todavia, ao contrário do que pode parecer, nestas hipóteses específicas, a representação social prevalente parece ser adequada. Isso porque as tutelas provisórias, conforme já exposto em outro momento, são concedidas em casos de urgência ou de evidência, sendo certo, nestes casos, que não há tempo hábil para a verificação da correção ou da adequação da prescrição médica. Assim, nestas circunstâncias, a indicação do médico que assiste o autor da demanda parece ser o documento mais adequado para embasar a tutela jurisdicional de cognição sumária. Por outro lado, nos casos de sentenças, isto é, de decisões judiciais tomadas em cognição exauriente, a realização de prova pericial parece se revelar essencial para que a prestação jurisdicional seja a mais correta possível, tendo em vista que esse tipo de prova possibilita a elucidação da *quaestio sub iudice* por meio da opinião técnica de outros especialistas e da discussão entre as partes e seus respectivos assistentes técnicos. No entanto, conforme constatado nos resultados da pesquisa, em 68 demandas ( $\cong 98,55\%$ ) não houve a produção de prova pericial destinada a confirmar a correção e a adequação do tratamento prescrito, o que pode comprometer a qualidade da prestação jurisdicional e gerar danos para ambas as partes. Assim, é possível inferir que o aumento da realização de provas periciais nos casos estudados poderia contribuir sobremaneira para o aumento da qualidade da prestação jurisdicional, bem como para a minimização de eventuais prejuízos às partes, mormente, nas hipóteses de prolação de decisões judiciais de cognição exauriente (LEAL; MILAGRES, 2012; NAI; MAIA, 2015; MAZANTI *et al.*, 2020).

No tocante ao segundo ponto de análise da construção representacional prevalente, o reconhecimento da abusividade da negativa de cobertura que se funda no argumento de que o tratamento é experimental mediante a apresentação da prescrição médica, percebe-se que a importância atribuída pelos julgadores à referida prescrição foi tão grande que considerou abusivo, *ab initio*, eventual argumento de que o tratamento pleiteado seria experimental.

Neste ponto, vale lembrar que, em regra, são considerados experimentais os tratamentos cujas segurança e eficácia ainda são objeto de pesquisas ou aqueles que utilizam medicamentos ou produtos não registrados no país. Nesta pesquisa, não foi identificada quantidade significativa de alegações dos réus no sentido de que os tratamentos pleiteados pelos autores seriam experimentais. Tal constatação talvez decorra do fato de que, atualmente, nenhum dos tratamentos da depressão mencionados nesta pesquisa é considerado experimental, com exceção da EMT profunda.<sup>3</sup> Neste particular, vale anotar que a competência para definir o caráter experimental de procedimentos médicos é do CFM, conforme se extrai da leitura do art. 7º, da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).<sup>4</sup> Portanto, considerando os termos da representação social predominante, uma eventual tentativa das operadoras de se esquivarem da cobertura assistencial sob a alegação de que o tratamento seria experimental só teria relevância se se referisse à EMT profunda e, ainda, se não houvesse prescrição médica sustentando a sua necessidade.

No que concerne ao terceiro ponto de análise da representação social predominante neste estudo, o reconhecimento da abusividade da negativa de cobertura assistencial que se esteia no argumento de que o tratamento não está previsto no rol da ANS, vale destacar que, de fato, não estão previstas, no atual rol da ANS, a EMT e a ECT. Por outro lado, estão previstas a internação

---

<sup>3</sup>Resolução CFM nº 2.057/2013 – modificada pelas Resoluções CFM nº 2.153/2016 e 2.165/2017. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

ANEXO I - Art. 22. A ECT é um ato médico; portanto, sua indicação, realização e acompanhamento são de responsabilidade dos médicos que dela participarem.

Art. 27. A EMT é método terapêutico válido para depressões, alucinações auditivas e neuronavegação, podendo ser aplicada em consultórios isolados, ambulatoriais e hospitais, devendo, para tanto, obedecer ao disposto na Resolução CFM nº 1.986/12, transcrita no manual anexo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Art. 29. A internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216/01, como voluntária, involuntária e compulsória (BRASIL, 2001a).

Resolução CFM nº 2.221/2018 - atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas - b) relação das áreas de atuação médicas reconhecidas - 50. Psicoterapia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Resolução CFM nº 1.986/2012 – Reconhece a EMT superficial como ato médico privativo e cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia. A EMT superficial para outras indicações, bem com a EMT profunda, continua sendo um procedimento experimental (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

<sup>4</sup> Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 – Art. 7º. Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos (BRASIL, 2013).



psiquiátrica (com a possibilidade de coparticipação) e a psicoterapia (com limitação anual de sessões), conforme já destacado no quadro 7. Nota-se, no entanto, que a par representações sociais acerca do direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar, também foi possível descortinar o conteúdo representacional dos desembargadores do TJSP sobre o rol da ANS que, por sua vez, foi representado como uma mera lista de procedimentos que traz apenas mínimo de cobertura obrigatória para as operadoras e que não pode ser utilizado para afastar um tratamento que nele não estiver catalogado. Diante disso, é possível inferir que o principal argumento utilizado pelos requeridos nas ações examinadas é inócuo, tendo em vista que o rol não pode ser utilizado para afastar um tratamento que nele não estiver catalogado.

Nesse compasso, vale lembrar que os resultados deste estudo identificaram que, em 39 casos ( $\cong 56,52\%$ ), os requeridos alegaram que os tratamentos pleiteados pelos autores não constavam no rol da ANS, ou seja, o principal argumento utilizado pelas operadoras de planos de saúde para se esquivarem da cobertura assistencial foi inútil, haja vista que a inexistência de previsão no referido rol não poderia ser utilizada para afastar um tratamento. Ressalta-se que a representação social sobre o rol da ANS também ganha relevo prático nas hipóteses em que eventualmente não for apresentada prescrição médica na medida em que, mesmo com a falta de tal documento, é possível que o Poder Judiciário considere abusiva a negativa de cobertura embasada na ausência de previsão no referido rol.

Superada a análise do conteúdo representacional dominante, destaca-se que o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar também foi representado socialmente pelos desembargadores do TJSP como um direito do consumidor. Esta representação social foi encontrada em 32 acórdãos ( $\cong 46,37\%$ ).

Nestes casos, os desembargadores do TJSP avaliaram o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar e construíram nele um significado: é direito do consumidor. Este significado, por sua vez, passou a ser reproduzido e compartilhado pelo grupo, atuando no senso comum e tornando-se uma regra socialmente inculcada. Da mesma forma que a representação social anterior, este conteúdo representacional também se mostrou extremamente relevante, tendo em vista que rendeu ensejo a consideráveis consequências práticas, sobretudo porque permitiu a aplicação de todo arcabouço protetivo elencado na legislação consumerista aos casos estudados e, além disso, influenciou a construção de outras representações sociais identificadas pela pesquisa. As principais consequências práticas encontradas foram a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável aos consumidores e a declaração de nulidade das cláusulas contratuais que estavam, segundo os julgadores, em desacordo com os ditames do Código de Defesa do Consumidor. No entanto,

além das referidas consequências práticas, a representação social do direito ao tratamento da depressão como um direito do consumidor também teve forte influência na construção de outros conteúdos representacionais.

O primeiro deles, encontrado em 35 acórdãos analisados ( $\cong 50,72\%$ ), é aquele segundo o qual, havendo a cobertura para a doença também haveria a cobertura para o respectivo tratamento. Observa-se que, nos casos em que esta representação foi encontrada, os julgadores argumentaram que não fazia sentido cobrir a doença se não houvesse cobertura para o respectivo tratamento. Assim, as cláusulas contratuais foram interpretadas de maneira mais favorável aos beneficiários, de modo a ampliar as coberturas assistenciais contratadas que, por sua vez, também passaram a abarcar o tratamento (SILVEIRA; PARMEGGIANI, 2018).

A despeito deste conteúdo representacional decorrer de pensamento lógico, aparentemente desconsidera que a ampliação da cobertura assistencial para abarcar situações não previstas contratualmente deve ser vista com reserva. Isso porque a ampliação indiscriminada poderia criar um verdadeiro direito não escrito e não pactuado segundo as interpretações subjetivas dos órgãos do Poder Judiciário, o que violaria o princípio da segurança jurídica e teria fortes implicações para a própria isonomia na medida em que seria mais cômodo, aos beneficiários, optar por planos de saúde com preços inferiores e depois procurar socorro no Poder Judiciário para afastar limitações contratuais sob o argumento de que as cláusulas deveriam ser interpretadas em seu favor.

Outro conteúdo representacional que sofreu influência da representação social do direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar enquanto direito do consumidor, foi a representação social segundo a qual seriam abusivas as cláusulas contratuais de planos de saúde que limitam o tempo de internação dos usuários, encontrada em dez acórdãos ( $\cong 14,49\%$ ). Esta representação, no entanto, deve ser analisada em conjunto com outra: aquela segundo a qual não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas nos contratos de planos de saúde, presente em três acórdãos analisados ( $\cong 4,34\%$ ). Isso porque há estreita correlação entre esses conteúdos representacionais, tendo em vista que eles, de certa forma, se contrapõem. Este dissenso impõe que sejam examinadas a natureza jurídica e a classificação atribuída aos contratos de planos e seguros de saúde, haja vista que, de um lado, há a representação que não é lícita a cláusula que limita o tempo de internação e, de outro, há a representação no sentido de que seria lícito o estabelecimento de cláusulas limitativas. Neste particular, vale destacar que os contratos de planos de saúde possuem natureza securitária, isto é, o plano de saúde se obriga a garantir o interesse do beneficiário contra riscos predeterminados contratualmente, haja vista que o valor do pagamento da mensalidade guarda íntima relação com o cálculo atuarial dos

aludidos riscos. Por certo, o rol da ANS influencia essas relações, pois estabelece um mínimo de cobertura obrigatória para as operadoras com o objetivo de tentar evitar a seleção dos riscos. Assim, inicialmente, poder-se-ia chegar à conclusão de que a cláusula que limita o tempo de internação seria válida se o rol da ANS não estabelecesse, como cobertura mínima, a internação por tempo ilimitado. Ocorre que o atual rol da ANS, conforme já exposto no quadro 7, estabelece, como cobertura mínima, a internação em instituição hospitalar em número ilimitado de dias.

Nesse contexto, é possível inferir que o estabelecimento de cláusulas limitativas se encontra condicionado à regulação da ANS. Se assim não fosse, poderia haver uma seleção de riscos pelas operadoras, como ocorria antes da regulamentação do setor. Além disso, observa-se que o estabelecimento de cláusulas limitativas também encontra óbice em outro conteúdo representacional: o de que o objeto dos contratos de planos de saúde é a preservação da vida e da saúde, não se admitindo cláusulas limitativas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada e restrinja os direitos fundamentais inerentes à natureza do próprio contrato, encontrada em dez acórdãos analisados ( $\cong 14,49\%$ ). Esta representação, no entanto, parece ser demasiadamente ampla. Isso porque o objeto de qualquer contrato de plano de saúde é a preservação da vida e da saúde do contratante. Assim, qualquer disposição que mitigasse a persecução desse objeto poderia ser considerada abusiva por ferir a essência do próprio contrato, bastando que os beneficiários contratassem planos de saúde de menor cobertura e, por conseguinte, mais baratos e, quando necessitassem da ampliação da cobertura assistencial, pudessem recorrer ao Judiciário, alegando que a falta de cobertura os coloca em desvantagem exagerada, pois restringe o seu direito fundamental à saúde inerente à natureza do próprio contrato. Note-se que este esquema sociocognitivo parece revelar a necessidade de diálogo com posturas e opiniões distintas, tendo em vista que, da forma pela qual está posto, poderia dar ensejo à insegurança jurídica e à desigualdade entre os próprios beneficiários, já que alguns, mesmo pagando um preço menor, poderiam ter a mesma cobertura assistencial que outros.

Outra representação social recorrente nas decisões analisadas foi a de que o plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não tem ingerência sobre o procedimento adequado para o tratamento da moléstia. O elemento explicativo que levou à ancoragem desta representação é o de que a competência para determinar o tratamento do transtorno é exclusivamente médica, sendo que a operadora não poderia se sobrepor ao profissional que assiste o paciente. Esta representação social parece adequar-se aos preceitos da Lei Federal nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), que dispõe sobre o exercício da Medicina. No entanto, é preciso ressaltar que nem todos os tratamentos da depressão são de

competência exclusiva médica, a exemplo do que ocorre com a psicoterapia. De qualquer forma, entende-se que os planos de saúde não poderiam se sobrepor ao profissional habilitado que assiste o enfermo.

A licitude do estabelecimento de cláusula de coparticipação após o trigésimo dia de internação também se revelou uma representação social descortinada na análise de seis acórdãos ( $\cong 8,69\%$ ). Esta construção representacional possui correlação com outras representações sociais, dentre as quais se destacam as seguintes: (i) aquela que enxerga a ilicitude das cláusulas contratuais limitativas que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, presente em dez acórdãos analisados ( $\cong 14,49\%$ ) (LAVECCHIA, 2019; SILVEIRA; PARMEGGIANI, 2018;); (ii) aquela segundo a qual não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas nos contratos de planos de saúde, presente em três acórdãos analisados ( $\cong 4,34\%$ ) e (iii) aquela que considera a força obrigatória das cláusulas contratuais, também presente em três acórdãos ( $\cong 4,34\%$ ). Isso porque a inexistência de proibição de cláusulas limitativas leva à conclusão de que também não seria vedado o estabelecimento da coparticipação. Por outro lado, a coparticipação poderia colocar o beneficiário em desvantagem exagerada, impossibilitando indiretamente o seu tratamento por meio do repasse dos altos custos da internação, o que implicaria a restrição de seus direitos fundamentais inerentes à natureza do próprio contrato.

Sobre o tema, conforme exposto no quadro 7, a ANS estabeleceu, como cobertura assistencial mínima para os planos do segmento hospitalar, o custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação por ano, sendo que, após isso, poderia haver o estabelecimento de coparticipação, que poderia ser crescente ou não, limitada a 50% do valor contratado entre a operadora e o prestador de serviços. A solução adotada pelo órgão regulador parece conferir maior proteção às operadoras. Isso porque o consumidor não participa da negociação de valores travada entre a operadora e o prestador de serviços e, mesmo assim, após 30 dias de internação, se quiser continuar o seu tratamento, será obrigado a despendar valores que não negociou e que, em grande parte das vezes, desconhece. Por outro lado, às operadoras seria conferida maior segurança jurídica, na medida em que elas participariam diretamente da negociação do valor, teriam prévia ciência do montante e, após o trigésimo dia, seriam obrigadas ao pagamento de apenas metade do valor inicial.

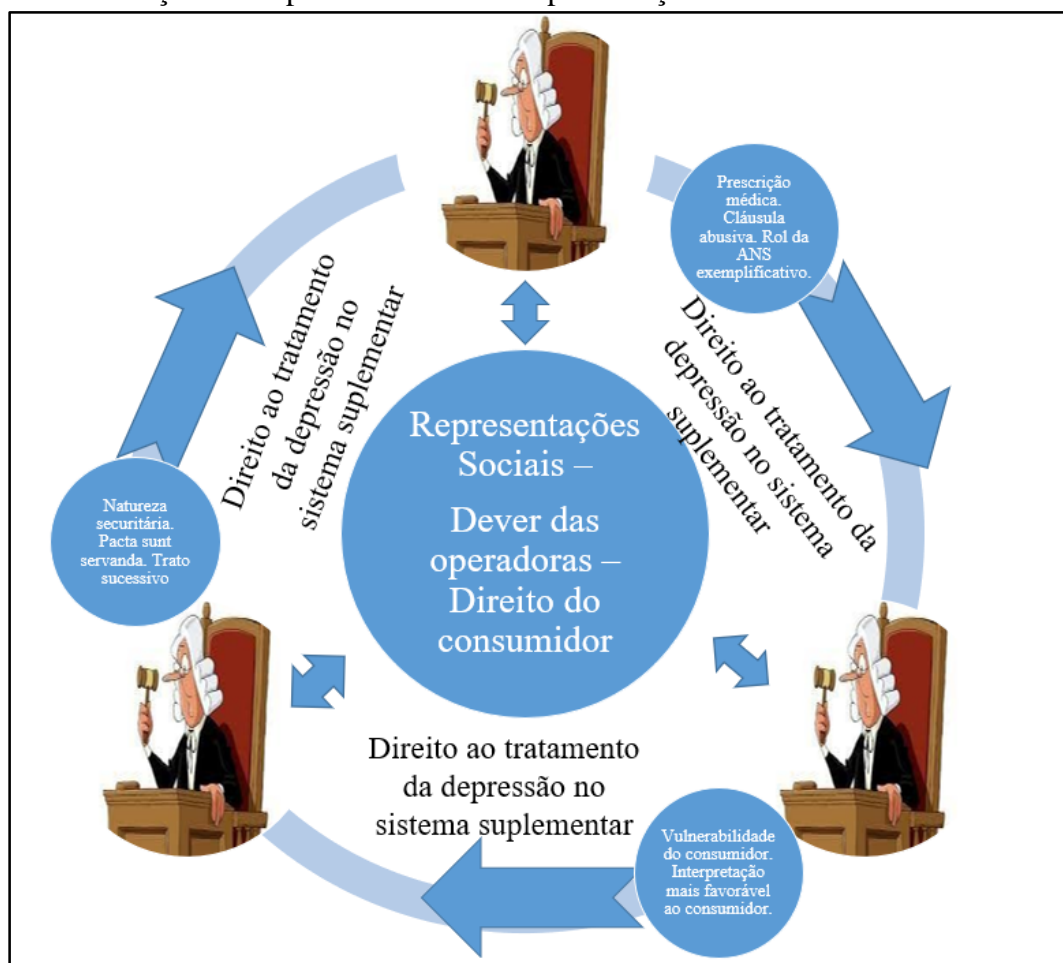
Observa-se, prosseguindo-se na interpretação das representações sociais encontradas, que, em cinco acórdãos ( $\cong 7,24\%$ ), foi constatado conteúdo representacional segundo o qual os contratos de planos de saúde são de trato sucessivo. Isto é, a coletividade estudada representou socialmente os contratos de planos de saúde como contratos de renovação automática e

periódica, de execução continuada, que não ficam estabilizados no tempo e que devem ser revistos e reavaliados conforme as novas leis e tecnologias forem surgindo.

Trata-se de uma representação social relevante e que aparenta trazer maior benefício aos consumidores na medida em que permite que os contratos celebrados e não adaptados à Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998b) sejam regidos por seus preceitos sob o argumento de que, a cada renovação periódica automática, haveria um novo contrato e toda a legislação promulgada após seu termo inicial seria aplicável (CARVALHO JÚNIOR, 2016).

Por fim, ao atribuir ao Estado a prestação integral e universal de assistência à saúde, eximindo os particulares deste encargo, os desembargadores do TJSP representaram socialmente o sistema de saúde suplementar como um sistema acessório e adicional, que não reduz a obrigação do fornecedor principal, que é o Estado (Figura 7).

Figura 7 - Construção e compartilhamento das representações sociais



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do estudo foi identificar e analisar as representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019.

Foi possível constatar que o conteúdo representacional prevalente nos acórdãos pesquisados foi o de que, quando há expressa indicação médica, o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar é enxergado como um dever das operadoras de planos e seguros-saúde que, por sua vez, não podem negar a cobertura assistencial com base no argumento de que o tratamento é experimental ou de que ele não está previsto no rol de eventos em saúde da ANS. Esta representação demonstra a grande importância atribuída pelos julgadores à prescrição médica, que foi vista, como um ato adequado e correto. Contudo, este conteúdo representacional aparentemente desconsiderou que a adequação e a correção da prescrição médica são influenciadas por fatores como a qualidade da formação profissional e o conhecimento das abordagens terapêuticas, o que pode ser um problema na medida em que uma prescrição inadequada poderia ensejar um comando judicial coercitivo para a realização de um tratamento inadequado, o que prejudicaria tanto os consumidores quanto as operadoras, tendo em vista que aqueles poderiam ser submetidos a tratamentos equivocados, enquanto estes teriam que arcar com os seus custos. Essa circunstância, somada à constatação de que em 98,55% dos casos não houve a determinação de produção de prova pericial destinada a verificar a adequação do tratamento prescrito, permite afirmar que esta pesquisa ganha relevo prático e atual na medida em que pode contribuir para o aumento da qualidade da prestação jurisdicional, assim como para a minimização de eventuais prejuízos às partes, notadamente, porque demonstra a necessidade de as decisões judiciais, especialmente as de cognição exauriente, serem precedidas de instrução processual que permita a elucidação da questão por meio da opinião técnica de especialistas e da discussão entre as partes e seus respectivos assistentes técnicos.

Além do conteúdo representacional dominante foi possível identificar que o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar também foi representado pelo grupo estudado como um direito do consumidor. Tal constatação se mostrou igualmente importante, pois indica que os preceitos legais de regência tendem a tutelar os beneficiários. Além disso, esta representação social ensejou consequências práticas, assim como influenciou diretamente a construção das representações sociais que a ladearam. Neste ponto, a contribuição deste estudo consiste em possuir eficácia persuasiva na medida em que o conhecimento prévio de que

a legislação de regência tutela os beneficiários pode influenciar as ações, as práticas e os comportamentos das próprias operadoras, contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de serviços.

Igualmente, foi possível identificar representações sociais que possuem correlação com as mencionadas acima e que ajudaram a compreender o processo de compartilhamento de símbolos, experiências empíricas e construção da realidade comuns ao grupo social estudado. Nesse sentido, foi possível constatar que a exclusividade médica para prescrever o tratamento da depressão também foi uma representação presente nos acórdãos analisados, sendo que um dos elementos explicativos para a ancoragem desta representação foi o de que a operadora não poderia se sobrepor ao profissional habilitado que assiste o paciente. Ainda, foi possível revelar a representação segundo a qual se considera coberto o tratamento na hipótese de haver cobertura contratual apenas para a doença. Igualmente, foi possível descortinar as representações sociais dos desembargadores do TJSP sobre o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que foi representado como uma mera lista de procedimentos que traz apenas um mínimo de cobertura obrigatória para as operadoras e que não pode ser utilizado para afastar um tratamento que nele não estiver catalogado. A abusividade da cláusula contratual que limita o tempo de internação do usuário, a licitude do estabelecimento de cláusula de coparticipação, a força obrigatória dos contratos e a atribuição ao Estado da prestação integral e universal de assistência à saúde também foram representações sociais que se fizeram presentes nos acórdãos analisados e que ajudaram a compreender o conhecimento do senso comum presente nos posicionamentos e opiniões consignados nos acórdãos estudados.

Os objetivos específicos da pesquisa consistiram basicamente em caracterizar as demandas judiciais relacionadas ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar dentro do período estudado. Nesse compasso, foi possível observar que, no período estudado, houve um acentuado aumento no número de acórdãos prolatados sobre a questão. Igualmente, identificou-se que mais de 60% dos acórdãos eram oriundos de processos ajuizados na comarca da capital do Estado (São Paulo), resultado que se revelou importante, pois poderia auxiliar no desenvolvimento de estratégias destinadas a racionalizar o sistema de prestação jurisdicional na capital, fomentando a celeridade e evitando que ele fique estrangulado pela propositura de várias ações.

Desvendou-se que a maioria dos autores das ações judiciais era composta por pessoas do sexo feminino e que os principais argumentos utilizados por eles militavam no sentido de que a negativa de cobertura assistencial era indevida, pois havia prescrição médica que sustentava a necessidade do tratamento pleiteado. Neste ponto, vale destacar que, em todos os

casos analisados, foram identificadas prescrições médicas que amparavam a necessidade do tratamento pleiteado pelos autores. Essas constatações podem contribuir para a adoção e eventual majoração da eficácia de mecanismos alternativos de solução de conflitos, porquanto eles poderiam atribuir maior enfoque ao público feminino munido de prescrição médica que sustente o tratamento, reduzindo, com isso, o número de demandas judiciais.

No tocante às pessoas jurídicas que figuraram nos polos passivos das ações, observou-se a existência de vinte e duas pessoas jurídicas, sendo que uma delas foi responsável por quase 40% das ações e, o principal argumento utilizado pelos requeridos foi o de que o tratamento pleiteado pelos autores não estava previsto no rol de procedimentos da ANS. Este argumento revelou-se inócuo, e esta constatação pode influenciar os comportamentos das próprias operadoras, contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de serviços, assim como para a melhoria da qualidade das teses de defesa levadas ao Poder Judiciário.

O tratamento da depressão mais requerido pela via judicial foi a EMT, seguida da internação psiquiátrica, ECT e psicoterapia. As decisões de 1º grau de jurisdição, na sua grande maioria, de cognição exauriente, foram amplamente favoráveis aos autores das demandas, havendo o acolhimento dos pedidos em quase 90% dos casos. A principal linha argumentativa utilizada pelos magistrados de 1º grau de jurisdição seguiu no sentido de que a relação jurídica entre os autores e réus era uma relação de consumo e que a negativa de cobertura assistencial não seria lícita. Além disso, os acórdãos analisados foram ainda mais favoráveis aos autores das ações, haja vista que o percentual de acolhimento dos pedidos de tratamento da depressão ultrapassou a casa dos 90%, sendo que quase 80% das decisões de 1º grau foram mantidas pelo tribunal, o que demonstrou a coerência entre os resultados das decisões de 1ª e 2ª instâncias. Neste ponto, esta pesquisa pode influenciar diretamente as ações, as práticas e os comportamentos das operadoras de planos de saúde, haja vista que o alto índice de procedência das demandas possui efeito dissuasório, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de serviços e a diminuição do número de ações que versam sobre essa questão.

Por fim, ressalta-se que este estudo apresenta limitações. A falta de pesquisas anteriores relacionadas especificamente ao tema abordado é uma delas. Não foram encontrados, nas bases de dados nacionais e internacionais, trabalhos científicos que demonstrassem as representações sociais de magistrados sobre o direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar brasileiro. Existem, ainda, limitações relacionadas a perguntas que surgiram no decorrer do desenvolvimento do estudo e que não puderam ser respondidas pela ausência de dados. Explicações sobre as causas que levaram ao aumento do número de acórdãos sobre o tema estudado, sobre os motivos que levaram à concentração de processos na comarca da



capital do Estado e sobre as causas que ensejaram a prevalência de pessoas do sexo feminino no polo ativo dos processos foram as questões que surgiram no decorrer do trabalho, mas não puderam ser respondidas, o que, por outro lado, abre a perspectiva para que futuras pesquisas possam analisar essas questões.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. Représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J. C. (org.). **Pratiques Sociales et Représentations**. Paris: PUF, 1994.
- ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **Plos One**, San Francisco, v. 7, n. 2, p. e31879. Doi: 10.1371/journal.pone.0031879.
- ASSIS, T. S. M. *et al.* Eletroconvulsoterapia para o tratamento da depressão refratária à medicação: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, Salvador**, v. 24, n. 1, p. 4-13, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/497/202#>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- BARBERATO, C.; GERAIGE NETO, Z. A ação coletiva como instrumento de tutela e concretização do direito à saúde. **Jus Populis**, Barretos, v. 1, n. 3, p. 129–146, jul./dez. 2018.
- BECK, A. T. T.; ALFORD, B. A. **Depressão: causas e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BICKFORD, R. G. *et al.* Magneti c sti mulati on of human peripheral nerve and brain: response enhancement by combined magneto-electrical technique. **Neurosurgery**, Baltimore, v. 20, n. 1, p. 110-116, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006123-198701000-00025>. Acesso em: 25 dez. 2020.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição: PEC 241/2016**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br>. Acesso em: 23 nov. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Corregedoria Nacional de Justiça. Gabinete da Corregedoria. **Recomendação nº 31, 27 de fevereiro de 2019**. Brasília: CNJ, 2019a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/>. Acesso em: 29 nov. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília: CNJ, 2019b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Justiça em Números 2019**. Brasília: CNJ, 2019c. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/>. Acesso em: 28 dez. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional De Justiça. **Justiça em números 2020**. Brasília: CNJ, 2020a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 02 jan. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010**. Institui o Fórum Nacional Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília: CNJ, 2010a. <https://atos.cnj.jus.br/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010.** Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília: CNJ, 2010b. <https://www.cnj.jus.br/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu Nº 11, de 3 de novembro de 1998.** Rio de Janeiro: ANS, 1998a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Rio de Janeiro: ANS, 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009.** Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução normativa - RN nº 460, de 13 de agosto de 2020.** Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes sorológicos para infecção pelo Coronavírus e revoga a Resolução Normativa - RN nº 458, de 26 de julho de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS disponibiliza números de beneficiários relativos a agosto.** Rio de Janeiro: ANS, 2020c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Índice Geral de Reclamações: desempenho das operadoras a partir do índice de reclamações.** Rio de Janeiro: ANS, 2020e. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução de Diretoria Colegiada nº 39, de 27 de outubro de 2000.** Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2000a. Disponível em <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos. **Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <https://www.ans.gov.br>. Acesso em: 28 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS Tabnet: Informações em saúde suplementar.** UF São Paulo. Rio de Janeiro: ANS, 2020d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS: esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2020.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020f. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br>/Acesso em: 27 dez. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. **São Paulo: Panorama: População.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020g. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>. Acesso em: 23 dez. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Portaria n.º 2391/GM Em 26 de dezembro de 2002.** Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília: MPF, 2002. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br>. Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental - 1991 Doc. das Nações Unidas n. A/ 46/ 49 de 17.12.1991.** Brasília: MPF, 1991. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br> . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Brasília: Presidência da República, 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Brasília: Presidência da República, 1975. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6229.htm). Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Disponível em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília: Presidência da República, 2015a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Presidência da República, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015**. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos.... Brasília: Presidência da República, 2015b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/113097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113097.htm). Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2000c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Brasília: Presidência da República, 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 26 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933**. Cria o instituto de aposentadoria e pensões dos marítimos, regula o seu funcionamento, e dá outras providências (IAPM). Brasília: Presidência da República, 1933. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br>. Acesso em: 26 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977**. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1977. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6439.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6439.htm). Acesso em: 26 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 26 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Presidência da República, 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação direta de inconstitucionalidade: ADI 5658**. Brasília: STF, 2017. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 23 nov. 2020.

CARDOSO, M. R. O. *et al.* O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/170053>. Acesso em: 13 jul. 2020.

CARVALHO JÚNIOR, L. A. Contrato de Plano de Saúde Particular. In: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. **Judicialização da Saúde**: parte 1: Saúde Suplementar no Direito Brasileiro. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011. p. 245-254. Disponível em: <https://www.emerj.tjrj.jus.br>. Acesso em: 21 jan. 2021.

CASTRO, I. M. D. **Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário?**. 2012. 366f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br>. Acesso em: 25 dez. 2020.

COGO JÚNIOR, A. D. L. **Os contratos de prestação de serviços de saúde à luz do princípio da dignidade da pessoa humana**. 2010. 319f. Dissertação (Mestrado em Direito Negocial) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br>. Acesso em: 19 dez. 2020.

CONFORTO, A. B. *et al.* Estimulação Magnética Transcraniana. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 146-152, mar. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v61n1/15038.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1986/2012**. Reconhecer a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) superficial como ato médico privativo e cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia. A EMT superficial para outras indicações, bem com a EMT profunda, continua sendo um procedimento experimental. Brasília: CFM, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2057/2013**. Brasília: CFM, 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2221/2018**. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br> Acesso em: 15 nov. 2020.

CORDIOLI, A. V.; GREVET, E. H. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.  
DIAS, M. S. A. *et al.* Judicialização da Saúde Pública Brasileira. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 133-146, out. 2016. Disponível em <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/4012>. Acesso em: 19 jan. 2021.

DIDIER JÚNIOR, F. *et al.* **Curso de direito processual civil: introdução ao direito processual civil, parte geral e processo de conhecimento: volume 1**. 17. ed. Salvador: Jus Podivm, 2019.

DOISE, W. Les représentations sociales. In: GHIGLIONE, R.; BONNET, C.; RICHARD, F. (orgs.). **Traité de Psychologie Cognitive: volume II**. Paris: Dunod, 1990. p. 111-174.

DUARTE, C. S.; BUCCI, M. P. D. **Judicialização da saúde a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

ESMERALDI, R. M. G. D. S. L.; LOPES, J. F. D. S. **Planos de saúde no Brasil: doutrina e jurisprudência**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

FERRON, F. **Planos privados de assistência à saúde: Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998**. São Paulo: Editora Universitária de Direito, 2001.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GERHARDTE, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-25, jan./mar. 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/>. Acesso em: 16 dez. 2020.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

IBAÑEZ, T. Representaciones sociales: teoria y método. In: IBAÑEZ, T. **Ideologias de la vida cotidiana**. Barcelona: Sendai, 1988.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (org.). **Psychologie Sociale**. Paris: 1984. p. 357-378.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a07v33n2.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.



KEHRIG, R. T. **Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde**. 2001. 393f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

LAVECCHIA, A. L. A intervenção judicial nos contratos de plano de saúde: uma análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 277-291, 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/158508>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LEAL, L. P. F. F.; MILAGRES, A. A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica em cirurgia geral. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-90, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/57257>. Acesso em: 07 jan. 2021.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LENZA, P. **Direito constitucional esquematizado**. São Paulo: Saraiva, 2019.

LOBATO, M. C. **Preditores de resposta a eletroconvulsoterapia no tratamento da depressão**. 2019. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37620>. Acesso em: 25 nov. 2020.

MACHADO, T. R. Judicialização da Saúde e Contribuições da Teoria de Justiça de Norman Daniels. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 52-76, jul./out. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/106891>. Acesso em: 18 dez. 2020.

MARTINS, F. **Curso de direito constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

MATSUSHITA, T. L.; CAVALCANTI, R. C. A proposta do Estado brasileiro para o desenvolvimento econômico nacional em face da Emenda Constitucional n. 95 e seus reflexos na saúde e na educação. **Revista Duc In Altum Cadernos de Direito**, Recife, v. 9, n. 17, p. 87-114, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://faculdedamas.edu.br/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MAZANTI, R. G. *et al.* As perícias médicas no contexto da saúde do trabalhador: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 209-216, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v18n2a13.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

MAZZUOLI, V. O. **Curso de direitos humanos**. rev., atual. amp. Rio de Janeiro: Forense; 2019.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

MENDES, G. F. *et al.* **Comentários à constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2020.

MIRANDA, J. S. *et al.* Convulsoterapias na prática psiquiátrica brasileira. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 21, p. 159-168, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV18082>. Acesso em: 25 dez. 2020.

MITIDIERO, D.; SARLET, I. W.; MARINONI, L. G. **Curso de direito constitucional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

MONTENEGRO, M. C.; CANTILINO, A. **Estimulação magnética transcraniana: o que o psiquiatra deve saber?** Revista Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 23-36, maio/jun. 2016. Disponível em: <http://abpbrasil.websiteseuro.com/>. Acesso em: 25 dez. 2020.

MONTONE, J. **Planos de saúde: passando e futuro**. Rio de Janeiro: MedBook, 2009.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. S. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, supl. 1, n. 24-40, maio 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 24 dez. 2020.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

NAI, G. A.; MAIA, F. C. C. A perícia médica na literatura científica. **Colloquium Vitae**, Presidente Prudente, v. 7, n. 2, p. 40-56, 2016. Disponível em: <http://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1059>. Acesso em: 15 jan. 2021.

NASCIMENTO, A. B. **Gestão de planos de saúde**. São Paulo: Pearson, 2018.

NOVO CPC urgente: guia esquemático para conhecer o novo CPC. São Paulo: RT, 2016c.

OLIVEIRA, F. M. G. **Direitos humanos**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

OLIVEIRA, W. F. Eletroconvulsoterapia (ECT)/Eletrochoque: A produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. **Brazilian Journal of Mental Health, Florianópolis**, v. 11, n. 28, p. 46-68, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br>. Acesso em: 25 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Depressão**. Washington: OPAS, [2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 24 dez. 2020.

PAYKEL, E. S. *et al.* **Basic concepts of depression. Dialogues in clinical neuroscience**. Dialogues in Clinical Neuroscience, Neuilly-sur-Seine, v. 10, n. 3, p. 279-289, 2008. Doi: [10.31887/DCNS.2008.10.3/espaykel](https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/espaykel)

PINNA, M. *et al.* Clinical and biological predictors of response to electroconvulsive therapy (ECT): a review. **Neuroscience Letters**, Amsterdam, v. 669, p. 32-42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.047>. Acesso em: 18 dez. 2020.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/ Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

PLON, M. "Jeux et contlits". In: MOSCOVICI, S. (org.). **Introduction à la psychologie Sociale**: v. 1. Paris: Larousse, 1972.

PORTUGAL. Ministério Público. Procuradoria Geral da República. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais. Proclamada pela resolução 2856 (XXVI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de dezembro de 1971**. Lisboa: Portugal, 1971. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt>. Acesso em: 15 nov. 2020.

RAMOS, R. S. *et al.* O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2797, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1012.2689>. Acesso em: 29 nov. 2020.

RIANI, M. K. **Planos de saúde: a harmonização dos interesses na relação de consumo**. 2010. 146f. Dissertação (Mestrado em Direito Empresarial) – Faculdade de Direito Milton Campos, Nova Lima, MG, 2010. Disponível em: <https://iess.org.br>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ROSA, I. S. S.; CAVALCANTE, M. S.; TERRA JÚNIOR, A. T. Breve relato dos antidepressivos tricíclicos, incluindo o efeito terapêutico do cloridrato de bupropiona. **Revista Científica FAEMA**, Ariquemes, v. 9, n. esp, p. 551-558, maio/jun., 2018. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2181/1/ARTIGO%20BUP.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2020.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SALVATORI, R. T. **O direito à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Saúde Suplementar: as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo**. 2013. 217f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2013. Disponível em: <https://teses.usp.br>. Acesso em: 12 jan. 2021.

SANTOS, C. **Manual de auto-aprendizagem estatística descritiva**. 3. ed. ver. aum. Lisboa: Edições Sílabo, 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

SILVA, I. S. T. *et al.* O uso da eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento da depressão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, n. 56, e3926, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3926>. Acesso em: 25 dez. 2020.

SILVA, P. F.; COSTA, N. R. Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, dez. 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/14.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

SILVEIRA, K. R. M. **Doença preexistente nos planos de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2009.

SILVEIRA, P. B.; PARMEGGIANI, T. B. O equilíbrio contratual no direito privado pós-moderno: A (re)significação da justiça do contrato no microsistema de defesa do consumidor. **Revista de Direito, Globalização e Responsabilidade nas Relações de Consumo**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 127-147, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://www.indexlaw.org>. Acesso em: 12 jan. 2021.

TARTUCE, T. J. A. **Métodos de pesquisa**. Fortaleza: UNICE, 2006.

TAVARES, A. R. **Curso de direito constitucional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

THEODORO JÚNIOR, H. **Curso de Direito Processual Civil: processo de conhecimento e procedimento comum: volume 3**. 47. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017a.

THEODORO JÚNIOR, H. **Curso de Direito Processual Civil: teoria geral do direito processual civil, processo de conhecimento e procedimento comum: volume 1**. 56. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2017b.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. E-SAJ. Portal de Serviços. **Operadores lógicos**. São Paulo: TJSP, 2020. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br>. Acesso em: 17 dez. 2020.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Órgãos da Justiça**. São Paulo: TJSP, 2018. Disponível em <https://www.tjsp.jus.br>. Acesso em: 17 dez. 2020.

VALENTE, J. A. A. *et al.* Cefaleia após avaliação com estimulação magnética transcraniana em participante saudável. Relato de caso. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 300-302, jul./set. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n3/pt\\_2595-0118-brjp-02-03-0300.pdf](https://www.scielo.br/pdf/brjp/v2n3/pt_2595-0118-brjp-02-03-0300.pdf). Acesso em: 25 dez. 2020.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 149-186.

WAMBIER, L. R.; TALAMINI, E. **Curso Avançado de Processo Civil: volume 2**. 16. ed. São Paulo: RT, 2016b.

WAMBIER, L. R.; TALAMINI, E. **Curso Avançado de Processo Civil: volume 1**. 16. ed. São Paulo: RT, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 15 dez. 2020.


## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Protocolo de registro de dados

<b>Nº Doc/PDF</b>	
<b>Nº do Processo</b>	
<b>Requerente</b>	
<b>Sexo do requerente</b>	
<b>Requerido</b>	
<b>Comarca</b>	
<b>Nº do registro do acórdão</b>	
<b>Data da publicação do acórdão</b>	
<b>Acórdão proveniente de sentença</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Acórdão proveniente de decisão interlocutória</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Tutela provisória</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial
<b>Tratamento pleiteado</b>	<input type="checkbox"/> Eletroconvulsoterapia <input type="checkbox"/> Internação psiquiátrica <input type="checkbox"/> Estimulação magnética transcraniana <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Medicamentos psicodélicos
<b>Apresentação de prescrição médica</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Prova pericial antes da decisão</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Argumentos do requerente</b>	<input type="checkbox"/> O autor possui plano ou seguro-saúde. <input type="checkbox"/> O autor é portador de depressão. <input type="checkbox"/> Houve negativa indevida de cobertura assistencial. <input type="checkbox"/> A cláusula contratual, que exclui a cobertura assistencial para o tratamento, é abusiva. <input type="checkbox"/> Súmula 102 - TJSP: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. <input type="checkbox"/> A relação jurídica discutida é regida pelo Código de Defesa do Consumidor. <input type="checkbox"/> O rol da ANS é meramente exemplificativo. <input type="checkbox"/> A cláusula contratual que limita o tempo de internação é abusiva. <input type="checkbox"/> A coparticipação é abusiva. <input type="checkbox"/> Outros.
<b>Argumentos do requerido</b>	<input type="checkbox"/> As cláusulas contratuais possuem força obrigatória <i>pacta sunt servanda</i> , razão pela qual devem ser respeitadas.

	<input type="checkbox"/> O contrato não possui cobertura assistencial para o tratamento requerido. <input type="checkbox"/> O tratamento pleiteado pelo autor não consta no rol da ANS. <input type="checkbox"/> Existe cláusula expressa no contrato que exclui o tratamento requerido. <input type="checkbox"/> O deferimento do pedido do autor pode desequilibrar o contrato e comprometer a comutatividade. <input type="checkbox"/> O contrato possui cobertura assistencial conforme o rol da ANS. <input type="checkbox"/> O contrato foi celebrado antes da Lei nº 9.656/98 e não foi adaptado, razão pela qual a cláusula que exclui o tratamento requerido é válida. <input type="checkbox"/> A coparticipação é lícita. <input type="checkbox"/> Outros.
<b>Argumentos (discurso) dos desembargadores</b>	
<b>Argumentos de 1º grau</b>	<input type="checkbox"/> Procedente <input type="checkbox"/> Improcedente <input type="checkbox"/> Parcialmente procedente <input type="checkbox"/> Determinou o tratamento <input type="checkbox"/> Não determinou o tratamento <input type="checkbox"/> O rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, não é taxativo. <input type="checkbox"/> A negativa de cobertura assistencial foi ilícita. <input type="checkbox"/> O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão cobertas, mas não o tratamento. Se houver cobertura para a doença, deve haver para o tratamento. <input type="checkbox"/> Havendo prescrição médica, é abusiva a negativa de cobertura assistencial sob o argumento de que não há previsão no rol da ANS. <input type="checkbox"/> Os contratos de planos de saúde são de trato sucessivo. <input type="checkbox"/> Os contratos de planos de saúde submetem-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor. <input type="checkbox"/> É abusiva a cláusula que limita o tempo de internação. <input type="checkbox"/> É lícito o estabelecimento de coparticipação. <input type="checkbox"/> Outros.
<b>Argumentos de 2º grau</b>	<input type="checkbox"/> Negou provimento - manteve a decisão de 1º grau. <input type="checkbox"/> Deu provimento - não manteve a decisão de 1º grau. <input type="checkbox"/> Parcial provimento – manteve, em parte, a decisão de 1º grau. <input type="checkbox"/> Determinou o tratamento. <input type="checkbox"/> Não determinou o tratamento.

## APÊNDICE B – Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OMS/COLAB para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Av. Dr. Arnaldo, 455 - Hospital Viras - São Paulo - SP - CEP: 14040-902  
Fone: 0510 3315.3382 - 0510 3315.3081 - Fax: 0510 3315.0515  
www.eep.usp.br - eep@usp.br

**OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

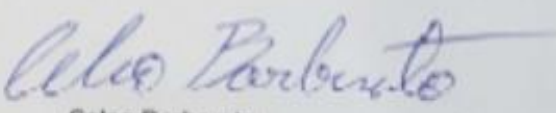
Ribeirão Preto, 15/07/2020.

Prezado Senhor,

Solicito dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido para a execução do projeto de pesquisa intitulado **"O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo"**, o qual será desenvolvido por **Celso Barberato**, aluno do curso de Doutorado, nº UGP 9759736, sob a orientação da **Professora Doutora Carla Aparecida Arena Ventura**, pelos seguintes motivos: (i) os documentos a serem coletados - *decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo* - são de domínio público; (ii) o presente projeto possui caráter não intervencionista; (iii) a coleta de dados não será feita diretamente com os sujeitos de pesquisa; (iv) a pesquisa respeitará rigorosamente as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 400, de 12 de dezembro de 2012, garantindo a privacidade, a confidencialidade dos nomes dos atores processuais, bem como de todos e quaisquer dados que possam relacioná-los a estado ou a situações de saúde.

Nestes termos,

P. Deferimento

  
Celso Barberato  
USP nº 9759736



APÊNDICE C – Lista dos números dos processos, números de registro dos acórdãos e datas em que eles foram prolatados

<b>Nº do processo</b>	<b>Nº de registro do acórdão</b>	<b>Data da prolação do acórdão</b>
0087056- 51.2012.8.26.0002	20150000044563	29/01/2015
0061723- 94.2012.8.26.0100	20150000103722	25/02/2015
1000503- 44.2013.8.26.0100	20150000123755	03/03/2015
1003986- 40.2014.8.26.0038	20150000473541	25/06/2015
1019976- 79.2014.8.26.0003	20150000595217	18/08/2015
0063729- 40.2012.8.26.0564	20160000289955	26/04/2016
1125818- 14.2015.8.26.0100	20160000336062	17/05/2016
1008025- 51.2015.8.26.0004	20160000478001	15/06/2016
0036534- 86.2013.8.26.0001	20160000475482	06/07/2016
1109540- 35.2015.8.26.0100	20160000575728	15/08/2016
0004479- 34.2013.8.26.0114	20160000617623	26/08/2016
1007001- 49.2014.8.26.0577	20160000622072	29/08/2016
2074499- 62.2016.8.26.0000	20160000660783	13/09/2016
1051242- 50.2015.8.26.0100	20160000917047	13/12/2016
1030783- 96.2015.8.26.0562	20170000228288	04/04/2017
1050652- 66.2016.8.26.0576	20170000290918	27/04/2017

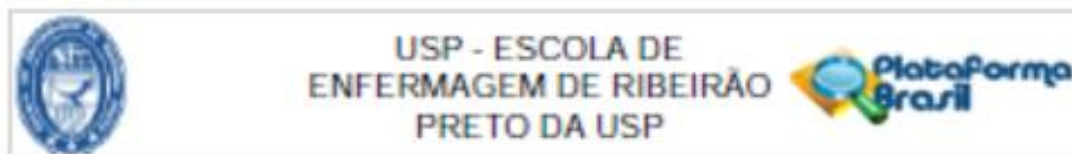
1010860- 78.2016.8.26.0100	20170000407393	10/05/2017
1001879- 70.2015.8.26.0011	20170000382054	24/05/2017
2043748- 58.2017.8.26.0000	20170000375165	29/05/2017
1101194- 61.2016.8.26.0100	20170000402906	06/06/2017
1104038- 81.2016.8.26.0100	20170000402839	06/06/2017
1010138- 02.2016.8.26.0114	20170000479797	30/07/2017
1116384- 64.2016.8.26.0100	20170000545103	31/07/2017
1023537- 98.2016.8.26.0114	20170000668247	04/09/2017
2125519- 58.2017.8.26.0000	20170000705873	19/09/2017
2134260- 87.2017.8.26.0000	20170000736848	27/09/2017
2163513- 23.2017.8.26.0000	20170000943824	12/12/2017
1044619- 33.2016.8.26.0100	20170000945075	13/12/2017
1007274- 81.2017.8.26.0008	20170000966440	19/12/2017
1011810- 29.2017.8.26.0011	20180000201691	23/03/2018
1006633- 71.2017.8.26.0565	20180000334807	08/05/2018
1056174- 13.2017.8.26.0100	20180000443417	30/05/2018
2029933- 57.2018.8.26.0000	20180000513669	12/07/2018
1020045- 09.2017.8.26.0003	20180000623753	16/08/2018

1046016- 57.2016.8.26.0576	20180000632481	20/08/2018
1008174- 45.2018.8.26.0003	20180000698130	10/09/2018
1019675- 30.2017.8.26.0100	20180000706547	12/09/2018
1107759- 07.2017.8.26.0100	20180000772295	25/09/2018
1046487- 10.2015.8.26.0576	20180000804977	15/10/2018
1081030- 41.2017.8.26.0100	20180000862116	30/10/2018
1021431- 74.2017.8.26.0100	20180000925557	27/11/2018
1043619- 53.2016.8.26.0114	20180000947519	30/11/2018
1059249- 63.2017.8.26.0002	20180000961943	05/12/2018
1004293- 12.2016.8.26.0268	20180001020366	20/12/2018
1012026- 87.2017.8.26.0011	20190000026892	28/01/2019
0005424- 40.2012.8.26.0022	20190000057311	05/02/2019
1002695- 77.2015.8.26.0229	20190000052497	05/02/2019
1055473- 18.2018.8.26.0100	20190000084204	12/02/2019
1031772- 20.2017.8.26.0114	20190000169238	12/03/2019
1001591- 75.2018.8.26.0704	20190000174837	13/03/2019
1004467- 54.2017.8.26.0084	20190000213138	25/03/2019
1100754- 31.2017.8.26.0100	20190000277328	10/04/2019

1003305- 73.2018.8.26.0218	20190000374327	15/05/2019
1007425- 09.2017.8.26.0344	20190000452666	21/05/2019
1002319- 64.2018.8.26.0010	20190000436367	28/05/2019
1120117- 04.2017.8.26.0100	20190000450503	07/06/2019
2113578- 43.2019.8.26.0000	20190000530559	04/07/2019
1005027- 42.2016.8.26.0565	20190000626230	20/08/2019
2145257- 61.2019.8.26.0000	20190000670782	21/08/2019
1010470- 40.2018.8.26.0003	20190000734579	22/08/2019
1014970- 71.2017.8.26.0008	20190000683795	26/08/2019
1007359- 58.2017.8.26.0011	688616	27/08/2019
1131205- 73.2016.8.26.0100	20190000701063	28/08/2019
1051326- 38.2017.8.26.0114	20190000972756	21/11/2019
2243275- 20.2019.8.26.0000	20190001019917	03/12/2019
1001591- 70.2019.8.26.0565	20190001037653	09/12/2019
1091386- 61.2018.8.26.0100	20190001054641	12/12/2019
1042060- 98.2019.8.26.0100	20190001067651	16/12/2019
2220654- 29.2019.8.26.0000	20190001072773	17/12/2019

## ANEXOS

## ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

**Pesquisador:** CELSO BARBERATO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35745620.6.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.227.426

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado. A proposta foi devidamente elaborada, encontra-se bem fundamentada na literatura e possui objetivos claros e bem definidos. Utilizar-se-á uma abordagem metodológica qualitativa de coleta e análise dos dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo será avaliar as representações sociais dos desembargadores integrantes do TJSP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019.

Serão objetivos específicos:

- 1-) Caracterizar as demandas judiciais relacionadas ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar que tramitaram no TJSP no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019;
- 2-) Identificar os requerentes e seus principais argumentos;
- 3-) Conhecer quais são os tratamentos da depressão requeridos judicialmente no âmbito do sistema de saúde suplementar;
- 4-) Reconhecer os requeridos e os seus principais argumentos;
- 5-) Comparar os resultados dos acordos com as decisões prolatadas em 1º grau de jurisdição e;

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

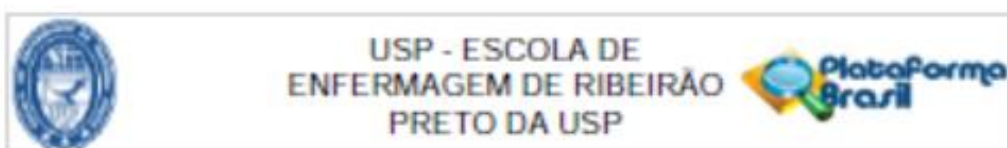
CEP: 14.040-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Form: 4.221.426

6-) Identificar as representações sociais dos desembargadores do T.J/SP sobre o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não foram mencionados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

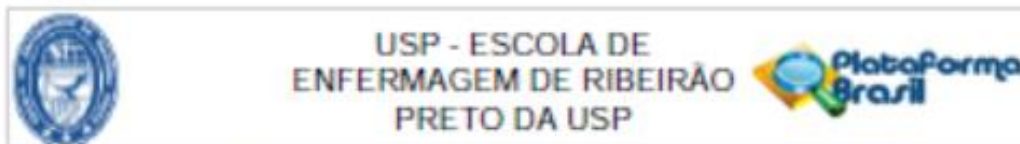
Para alcançar os objetivos propostos, foram formuladas as questões abaixo, que servirão de base para a confecção dos instrumentos de coleta de dados:

- A-) Qual é o número do processo?
- B-) Qual é a comarca de origem?
- C-) Em que data foi publicado o acórdão?
- D-) O acórdão provém de sentença ou de decisão interlocutória?
- E-) Houve a concessão de tutela provisória?
- F-) Houve a apresentação de prescrição médica que sustentasse a necessidade do tratamento pleiteado pelo requerente?
- G-) Houve a realização de perícia destinada a verificar a adequação do tratamento requerido?
- H-) Quem são os autores das ações?
- I-) Quais foram os argumentos utilizados pelos autores das ações?
- J-) Quais foram os tratamentos requeridos pelos autores das ações?
- L-) Quem são os requeridos?
- M-) Quais argumentos foram utilizados pelos requeridos?
- N-) Os pedidos dos autores das ações foram deferidos ou indeferidos em 1º grau de jurisdição?
- O-) As decisões de 1º grau foram mantidas ou reformadas pelos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo?
- P-) Quais foram os argumentos utilizados pelos Desembargadores para fundamentarem as suas decisões?

Será construído instrumento destinado à obtenção das respostas às questões formuladas para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Este instrumento denominar-se-á protocolo de registro de dados e será confeccionado segundo as especificidades do sistema de saúde suplementar. Ele abará variáveis relacionadas:

- (I) ao número do processo;
- (II) ao nome das partes envolvidas;

Endereço: BANDEIRANTES 3900  
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3375-0197 E-mail: cep@wep.usp.br



Continuação do Formulário 4.227.626

- (iii) à comarca;
- (iv) ao número do registro do acórdão;
- (v) à data do acórdão;
- (vi) ao tipo de pronunciamento judicial de 1º grau de jurisdição do qual decorre o acórdão;
- (vii) à eventual concessão ou não de tutela provisória de urgência ou emergência; (viii) ao tratamento pleiteado;
- (ix) à existência ou não de prescrição médica que sustente a necessidade do tratamento;
- (x) à existência ou não de perícia avaliativa da adequação ou inadequação do tratamento;
- (xi) aos principais argumentos da parte requerente;
- (xii) aos principais argumentos da parte requerida;
- (xiii) aos argumentos utilizados pelos magistrados para fundamentarem as suas decisões;
- (xiv) ao posicionamento favorável ou desfavorável do juiz de 1º grau com relação ao tratamento pleiteado e;
- (xv) ao posicionamento favorável ou desfavorável dos desembargadores com relação ao tratamento pleiteado.

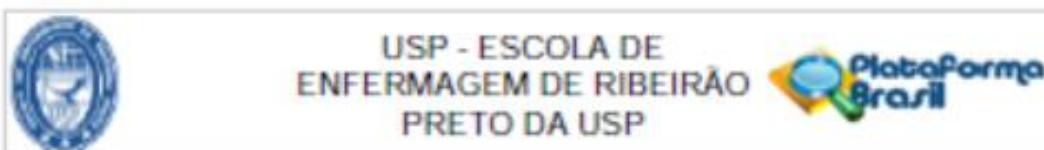
A coleta dos dados será realizada por meio da rede mundial de computadores junto ao sítio eletrônico oficial do TJSP.

O material a ser coletado consistirá em acórdãos prolatados pelos desembargadores do TJSP, publicados no período compreendido entre 01/01/2015 a 31/12/2019, que tiverem como objeto o direito ao tratamento da depressão no âmbito do sistema de saúde suplementar. O referido material é público e estará integralmente digitalizado.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores requerem ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, a dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Considerações éticas: O inciso IV.B, do capítulo IV, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 prevê a possibilidade de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na pesquisa vertente, o material a ser coletado consiste em decisões judiciais que se encontram integralmente digitalizadas e são de acesso público, podendo ser obtido através da rede mundial de computadores junto ao sítio eletrônico oficial do TJSP. Sendo assim, considerando: (i) que os documentos a serem coletados são de domínio público; (ii) que o presente projeto possui caráter não intervencionista; (iii) que a coleta de dados não será feita diretamente com os sujeitos de pesquisa e; (iv) que a pesquisa respeitará rigorosamente as diretrizes da

Endereço: BANDERANTES 3000	CEP: 14.040-902
Bairro: VILA MONTE ALCIÓRE	
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3375-0197	E-mail: cap@ueerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.271.626

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, garantindo a privacidade, a confidencialidade dos nomes dos atores processuais, bem como de todos e quaisquer dados que possam relacioná-los a estado e a situações de saúde.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em [http://www.ceerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma\\_enc\\_protocolos\\_CEP\\_06\\_2019.pdf](http://www.ceerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_06_2019.pdf), na página 7 de 7.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

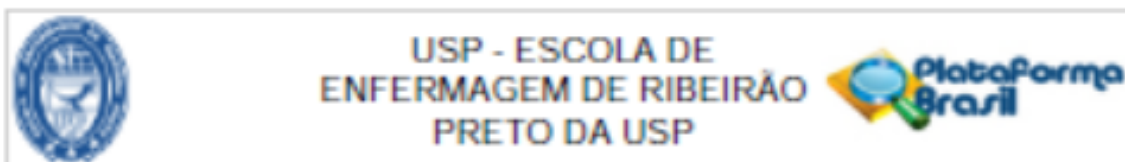
Parecer apreciado na 275ª Reunião Ordinária do CEP-EERP/USP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1597767.pdf	29/07/2020 14:52:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP_EERP/USP.pdf	28/07/2020 17:19:24	CELSO BARBERATO	Aceito
Outros	ANEXO_FOLHA_DE_ROSTO.pdf	28/07/2020 17:17:54	CELSO BARBERATO	Aceito
Outros	DISPENSA_DO_TCLE.pdf	28/07/2020 17:16:20	CELSO BARBERATO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO.pdf	28/07/2020 17:13:11	CELSO BARBERATO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_PESQUISA.pdf	28/07/2020 17:11:58	CELSO BARBERATO	Aceito
Outros	OFICIO_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	28/07/2020 17:09:52	CELSO BARBERATO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	28/07/2020	CELSO	Aceito

Endereço: BANDERANTES 3900  
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3315-0107 E-mail: [cep@eerp.usp.br](mailto:cep@eerp.usp.br)





Continuação do Parecer: 4.2271.626

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	17:01:12	CELSO	Aceito
----------------	--------------------	----------	-------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 20 de Agosto de 2020

---

Assinado por:  
**RONILDO ALVES DOS SANTOS**  
(Coordenador(a))

## A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, **Celso Barberato**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do nº USP 9759736, residente e domiciliado em Ribeirão Preto, São Paulo, na rua Campos Salles, nº 1191, apartamento nº 12, portador do documento de MG 8 5.65-114, SSP-MG, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF) sob o nº 037.735.606-99, na qualidade de titular dos direitos morais e patrimoniais de autor que recaem sobre minha tese intitulada “O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo”, com fundamento nas disposições da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, autorizo a Universidade de São Paulo a:

- a) por meios eletrônicos, reproduzi-la, em particular, mediante cópia digital, apenas para armazená-la permanentemente na biblioteca digital de teses e dissertações da Universidade de São Paulo;
- b) colocá-la ao alcance do público a partir de 01/02/2021, por meios eletrônicos, em particular, mediante o acesso *on-line* pela *web* e
- c) permitir, a quem a ela tiver acesso, por meios eletrônicos, em particular, pela Internet, que a reproduza, dela extraindo cópia, gratuita ou onerosamente, a critério da Universidade de São Paulo, a quem caberá, também, estabelecer a quantia a ser paga. Se onerosamente, repartir-se-á, meio por meio, entre mim e a Universidade de São Paulo, a receita líquida, ou seja, o resultado da subtração em que o minuendo é a quantia paga por quem extrair a cópia e o subtraendo são as despesas de manutenção da biblioteca digital, na proporção da parte representada pela minha tese.

Ribeirão Preto, 10/01/2021

  
CELSO BARBERATO  
OAB/SP 318.369  
OAB/MG 94.306

*E-mail* atual e permanente: [celsobarberato@hotmail.com](mailto:celsobarberato@hotmail.com)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**APTO PARA A DEFESA DA TESE**

Eu, Profa. Dra. **Carla Aparecida Arena Ventura**, declaro, para os devidos fins, que o aluno **Celso Barberato**, do curso de Doutorado, nº USP 9759736, regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, sob minha orientação, está apto a realizar a defesa de sua tese intitulada “O direito ao tratamento da depressão no sistema de saúde suplementar: as representações sociais dos desembargadores do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo”.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de janeiro de 2021.

---

Orientadora