

# OS ASPECTOS JURÍDICOS DO TRATAMENTO DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Síndia Leonor Sales de Paula e Souza\*

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é explanar sobre a validade e eficácia da cláusula contratual que exclui o Programa de Atenção Domiciliar (PAD). Pretende também incentivar estudos sobre o conteúdo obrigacional mínimo da aplicação do PAD. A jurisprudência mostra duas linhas de interpretação sobre essa cláusula contratual. Trata-se da legítima expectativa de direito à conversão da internação hospitalar em internação domiciliar. **Palavras-chave:** contrato médico domiciliar mínimo saúde.

The objective of this work is to discuss the value and the efficiency of a contractual clause that excludes Home Attention Program (Home Care). It also aims to encourage studies on a minimum binding content for the appliance of a home care program. Courts decisions allows a two way interpretation on this contractual clause. It's the legitimate expectation on the right of converting hospital internment in home internment. **Key words:** medical contract home minimum health.

## INTRODUÇÃO

Os programas de atenção domiciliar, comumente veiculados pelos contratos de planos de saúde e seguros saúde, representam 'escolha' para o consumidor - vulnerável - e a promessa de uma saúde melhor; no sentido de que esse indivíduo terá reais possibilidades de tratamento utilizando-se das ciências médicas e jurídicas como facilitadoras. Nessa questão, a contribuição do Direito do Consumidor para assegurar que haja a clareza e os parâmetros razoáveis para garantir o equilíbrio das partes signatárias desses pactos e debelar as práticas abusivas é de fundamental relevância.

Este trabalho quer perquerir a validade e a eficácia da cláusula contratual que 'exclui' o programa de atenção domiciliar, e ainda, ressaltar a importância de que mais estudos sobre o conteúdo obrigacional mínimo para aplicação do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) precisam ser efetivados com a devida urgência.

## **1 A ATENÇÃO DA SAÚDE DOMICILIAR**

Entre 2003 e 2004, ocorria um paradoxo no contexto do PAD. O programa não era instituído formalmente entre a operadora e o beneficiário. Não havia a previsão contratual do PAD, mas o vínculo e a responsabilidade eram reconhecidos pelo poder judiciário. As operadoras adotavam as regras e ofertavam o PAD como serviço e um benefício adicional (FRANCO, 2008- b). O estudo expôs que a motivação econômica pela redução dos custos operacionais dos serviços de saúde está no centro da decisão dos fornecedores de planos de saúde para a implantação do PAD. (FRANCO, 2008- a).

A jurisprudência mostra duas linhas de interpretações relativas à cláusula contratual que veda expressamente os tratamentos domiciliares. Uma defende a possibilidade de haver a conversão da internação hospitalar em internação domiciliar se houver um laudo médico atestando a necessidade para manutenção da vida do paciente - embora o serviço seja excluído contratualmente. A outra é contra a conversão da internação hospitalar em Programa de Internação Domiciliar (PID) no plano-referência, pois a vedação é clara desde a assinatura do contrato e o *pacta sunt servanda* deve ser cumprido.

A casuística dos tribunais revela que a dimensão das coberturas previstas nos contratos de planos de saúde pertinente ao mínimo existencial é um assunto muito polêmico nos pactos regidos pela Lei n.º 9.656/98.

### **1.1 As definições do tratamento domiciliar**

Inicialmente, há certa dificuldade para compreender o conceito do tratamento domiciliar veiculado nos contratos de planos e seguros saúde porque os acórdãos estudados não citam as normas específicas (TJSP, 2003) e a doutrina é escassa sobre o assunto. A legislação define o tratamento domiciliar utilizando termos diferentes para a mesma atividade, ou seja, o que antes

era *home care*<sup>1</sup> agora denomina-se ‘programa de atenção domiciliar’ - PAD (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, Resolução da Diretoria Colegiada, 2006); e o conceito de *home care* de alta complexidade equivale à ‘internação domiciliar’ (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM n.º 1.668/2003, p.84). À primeira vista, essas expressões parecem ter conceitos diferentes, mas na prática significam a mesma coisa. Entretanto, faz-se necessário o auxílio de outras ciências para que o tratamento hospitalar seja realizado em domicílio.

## 1.2 A evolução da assistência médica em domicílio e o diálogo das fontes

A prática do dirigismo contratual pelo Estado conferiu ao legislador da Lei 9.656/98 utilizar a técnica legislativa casuística para enfrentar o problema das cláusulas abusivas. Essa técnica consiste em definir de forma exaustiva e completa todas as hipóteses de aplicação da norma, formando um sistema pouco flexível, limitando a atuação do julgador para encontrar a solução mais justa ao caso (NÓBREGA, 2005, p.148). Mariângela Fragata prevê que a Lei 9.656/98 está fadada a ficar obsoleta, podendo enrijecer as relações de consumo e aprisionar o consumidor por detalhar até os procedimentos (FRAGATA, 2008, p.184). Apesar dessa crítica, percebe-se uma grande lacuna legislativa a respeito do PAD, que começou a diminuir a partir da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 11/2006 e da Resolução Normativa 167/2007. Destaca-se a inclusão opcional dos Programas de Atenção Domiciliar nos contratos de saúde suplementar, que figura no rol das coberturas não obrigatórias dos planos ou seguros hospitalares (SILVA, 2008, p. 229-230). A Resolução Normativa n.º 167 atinge os contratos realizados a partir de 01.01.1999.

Cláudia Marques ponderou na comemoração dos dezenove anos do Código de Defesa do Consumidor (CDC) que os diversos órgãos governamentais devem ter um diálogo real, porque apesar de haver o CDC, existem normas das agências reguladoras que vão em detrimento aos direitos dos consumidores e acabam valendo mais do que a legislação consumerista. Assim, verifica-se uma atuação da Agência Nacional de Saúde (ANS), no mínimo, dúbia.

---

<sup>1</sup> Informo que, infelizmente, após consulta em nosso arquivo, não encontramos as datas das publicações das normas no DOU. Também já estão inseridos no site <[www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br)> os anexos supracitados. Secretaria Geral COFEN

A especialista Cláudia Marques enfatiza que o momento requer o apoio político e a participação popular nas discussões para que não haja retrocessos prejudiciais ao consumidor concernentes às restrições a direitos já garantidos (MARQUES, 2009).

### **1.3 A cláusula de assistência médica domiciliar**

A obrigação aceita pelo fornecedor é prestar a assistência médico-hospitalar ou reembolsar os gastos com saúde, o que gera uma expectativa legítima no consumidor a fim de receber esses serviços (MARQUES, 2006, p. 489 - 491). O objetivo principal desse contrato é a transferência onerosa dos riscos e garantias referente à futura necessidade de tratamento da saúde do consumidor. Na modalidade de pré-pagamento, o contrato gera uma obrigação de fazer, disposta na cláusula que obriga a prestação de serviços médicos em domicílio.

Consulta feita à ANS para saber se o plano referência tem cobertura para o PAD, a Agência respondeu que não há cobertura prevista para o custeio de atenção em saúde domiciliar, independente da segmentação de plano contratada. Destarte, o consumidor só consegue atendimento domiciliar se houver uma cláusula expressa que vincule a obrigação, caso contrário, o consumidor deverá ajuizar uma ação para alcançar a cobertura do tratamento.

Parte da jurisprudência entende que a internação hospitalar pode ser convertida em internação domiciliar, se o laudo médico de um especialista comprovar que é imprescindível à recuperação do paciente o ambiente domiciliar. Acresça que o tratamento domiciliar é uma tendência mundial e aprovado pela medicina, e segue a linha de interpretação da preservação do princípio da dignidade da pessoa humana. Na esteira desse entendimento, a cobertura é parte integrante do risco contratual e o custo pode ser repartido solidariamente entre os demais mutuários. Raciocinam que se os fornecedores pagam o que há de mais oneroso dentro de um hospital, como internações em unidades de terapia intensiva sem limites e outros tratamentos, estes também deverão pagar o que pode ser feito em domicílio, inclusive para acelerar a melhora do paciente e diminuir o risco de infecção hospitalar. A respeito dessa matéria, a Primeira Câmara de Direito Privado do TJSP argumenta o que não pode ocorrer: 'é o fornecedor dar com uma das mãos e tirar com a outra', tornando inócua a cobertura contratada. Não se pode alegar o desequilíbrio econômico-financeiro e do sistema atuarial do contrato ante a imposição do ônus de tratar o consumidor (TJSP, 2006).

Outrossim, existem entendimentos apontando que a exclusão da internação domiciliar é uma ofensa ao direito, pois a súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça veda o limite de internação. Essa súmula foi mencionada pela Primeira Turma Cível do TJDF como argumento a fim de combater a recusa do atendimento domiciliar nos contratos. A interpretação seguiu na linha de que limitar a internação do segurado, seja no tempo ou no lugar onde o serviço pode ser prestado, é considerada prática abusiva desde 2004 (TJDFT).

Nesse diapasão, a clara exclusão dos tratamentos domiciliares nos contratos que contenham internação hospitalar do plano-referência pode ser considerada abusiva porque mitiga o *pacta sunt servanda* ao provocar um desequilíbrio exagerado na relação de consumo. Cumpre informar, que a outra dificuldade dessa matéria é o fato do CDC brasileiro não possuir uma norma especial para disciplinar as condições gerais dos contratos, e, assim, preventivamente proteger o consumidor dos eventuais abusos cometidos contra aqueles que necessitam de assistência médica domiciliar.

É imprescindível atentar para certos detalhes: primeiro, a constatação de que fornecedores de planos privados de assistência à saúde costumam inserir cláusulas abusivas nos contratos de adesão ou nos contratos submetidos às condições gerais (NÓBREGA, 2005, p. 175). E, segundo, a saída do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS, após se verificar que a Agência não tem ouvidos para os consumidores (LAZZARINI, TRETTEL, 2008, p.25). A realidade é que a ANS utiliza metodologia que facilita o seu trabalho, porém não dispõe de estrutura que lhe permita o exame apurado do teor das milhares de planilhas de custos apresentadas pelas operadoras de planos de saúde. Face a esta precária composição não se tem noção se o que as operadoras alegam corresponde ao que ocorre no plano fático (SILVA, 2008, p. 369).

## **2 OS ARGUMENTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS PARA A EXCLUSÃO DE COBERTURA CONTRATUAL**

Comentam que nenhuma lei pode impor ao empresário a manutenção de contratos privados que neguem os princípios fundamentais da livre concorrência e da liberdade de

iniciativa. E aduzem que o contrato de seguro-saúde é um contrato aleatório, no qual nem a mais perfeita equação atuarial poderá reduzir a álea a parcelas mínimas, como é possível fazer nas outras coberturas de seguro (BOTTESINI; MACHADO, 2005, p.322).

Existe a crítica contra o argumento de que é impossível um plano cobrir todas as doenças, pois tal impossibilidade desaparece em face dos cálculos dos riscos e da idéia de verdadeira socialização dos riscos, inclusive com a participação estatal e dos exemplos de outros países (MARQUES; BENJAMIN; MIRAGEM, 2006, p. 707).

### **3 A APLICAÇÃO DA TEORIA QUALIDADE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

O direito de proteção à vida e à saúde é o mais básico e importante dos direitos do consumidor, conforme o disposto no artigo 6, inciso I do CDC (MARQUES; BENJAMIN; BESSA, 2008, p. 55). De acordo com a doutrina brasileira mais moderna, o CDC impõe uma teoria da qualidade, que institui uma responsabilidade contratual e extracontratual aos fornecedores dos produtos e serviços que prestam (MARQUES; BENJAMIN; MIRAGEM, 2006, p. 175). As duas órbitas de proteção ao consumidor são: a garantia da incolumidade físico-psíquica e a incolumidade econômica (MARQUES; BENJAMIN; MIRAGEM, 2006, p. 100).

A obrigação de meio, vista na cláusula de atendimento domiciliar, é inerente ao contrato de assistência médico hospitalar. Nesse sentido, negar a cobertura da prestação de serviço domiciliar ou limitar o tempo de atendimento em domicílio afronta o dever de qualidade porque é legítima a expectativa de direito do consumidor tratar de sua saúde.

#### **3.1 O difícil relacionamento entre consumidor e fornecedor**

Atualmente, ocorrem problemas entre o consumidor e a operadora de plano de saúde e/ou seguro saúde que violam as teorias da integralidade e qualidade dos serviços prestados, demonstrados na pesquisa sobre a Implantação da Atenção Domiciliar no Âmbito da Saúde Suplementar. O consumidor não está livre de aborrecimentos, caso escolha a cobertura e exista uma cláusula expressa no contrato obrigando a cobertura do PAD. Desde a liberação deste

serviço e durante a sua vigência muitos problemas têm emergido. A pesquisa da Universidade Fluminense revela que há um atravessamento quanto à normatização do PAD. A operadora é monitorada pela seguradora que estabelece metas a serem cumpridas na produção do cuidado, e os resultados são estabelecidos para serem cumpridos em certo número de “dias de internação”. Essa situação produz um estresse nos profissionais para o exercício do cuidado. A lógica de cuidado enfrenta diversos interesses em jogo no espaço da micropolítica, como a vontade do fornecedor: muitas vezes não se cumpre com o “fechamento da ferida em x dias”. A situação exemplificada leva o consumidor recorrer à justiça para manter o programa. Nesse contexto, há uma reivindicação formal para que a ANS regule o PAD, pois a internação domiciliar deve levar o tempo que for necessário (FRANCO, 2008).

### **3.2 A negativa de atendimento**

Colima verificar que os contratos que abrangem o plano-referência são veiculados com a expressa exclusão de tratamentos domiciliares. Os fornecedores só abrem exceção se os custos operacionais do PAD forem menos onerosos do que a internação hospitalar. Para a ANS, a utilização do PAD não tem cobertura obrigatória, mesmo tratando-se de uma prescrição médica, independente do grau de complexidade do tratamento, ainda que haja indicação para a modalidade de internação domiciliar e seja de fundamental importância para a manutenção e qualidade de vida do paciente. Dessume-se neste caso que o PAD, principalmente na modalidade do Programa de Internação Domiciliar, não faz parte dos cálculos atuariais - e se for imposto aos fornecedores pode comprometer a sustentabilidade das carteiras. Parte da doutrina também diz que se deve proteger os princípios fundamentais da livre concorrência e aduzem que não há como obrigar a sua aplicação sem aumentar o valor das mensalidades ou o custeio pago pelos consumidores. De outra forma, as operadoras de planos de saúde e seguros saúde alegam o risco de falirem (BOTTESINI; MACHADO, 2005, p.322).

### **3.3 Postura do consumidor**

Se o fornecedor negar ou limitar de forma abusiva algum pedido de assistência domiciliar, o consumidor munido do contrato e do direito consumerista de proteção à vulnerabilidade poderá ajuizar uma ação de obrigação de fazer com base na boa-fé objetiva, a fim de que o serviço seja prestado. Paralelamente, deve-se interpor uma medida cautelar e demonstrar com clareza o risco de vida do consumidor em face do perigo da demora por meio de laudo médico, para que haja maior celeridade. O consumidor também poderá interpor agravo de instrumento na superveniência de alguma decisão contrária ao seu pleito, e com fulcro na

incidência do sistema de tutela reforçada do usuário - consumidor - paciente poderá pedir a aplicação conjunta do direito à saúde e de proteção do consumidor decorrente dos deveres jusfundamentais previstos na Constituição Federal.

Alternativas existem para enfrentar a recusa ou diminuição do atendimento domiciliar: pedir que o fornecedor prove a inviabilidade econômica na demonstração dos cálculos atuariais, e apresente a estimativa de quanto a carteira suportaria para manter uma cota de consumidores conveniados, de acordo com a gravidade de cada paciente, em regime de internação domiciliar e sem interrupção da jornada de cuidados para manutenção da saúde do consumidor.

### **3.4 Postura judicial**

O magistrado deve exigir a apresentação dos cálculos atuariais, para que a cobertura de atendimento domiciliar seja examinada com precisão e sejam ponderados os reflexos econômico-financeiros na carteira, para não acarretar uma insuficiência financeira para os demais conveniados que utilizam o plano de assistência à saúde ou a falência do fornecedor. Indubitavelmente, imperioso interpretar de forma restritiva ‘as exclusões’ de risco à saúde e buscar um entendimento maior sobre essas exclusões para que a boa-fé esteja presente na relação, pautada na confiança de que nenhuma parte irá explorar a vulnerabilidade da outra.

De acordo com o sistema protetor do CDC, o magistrado ao examinar uma negativa de cobertura de assistência domiciliar que diminua a garantia legal de qualidade dos serviços poderá declará-la nula conforme o disposto no artigo 51.

O Poder Judiciário é duramente criticado ao conceder o direito para o consumidor no caso concreto em razão da legislação protetora e pelo sentimentalismo (FUX, 2000, p. 62). Entretanto, a casuística dos tribunais mostra práticas abusivas por parte das operadoras e seguros saúde: como retardar o cumprimento da decisão antecipatória de tutela para restabelecer o tratamento médico domiciliar de uma jovem consumidora, que morreu pouco tempo depois (STJ, 2004).



Calha trazer à baila certa situação onde o relator entendeu que havia robusta prova nos autos no sentido de que as lesões experimentadas pelo jovem consumidor eram definitivas - vítima de grave acidente que acarretou um quadro de tetraplegia -, e que o estado dele era crônico. Então, enfatizou que não parecia razoável admitir que por uma simples matéria jornalística, na qual o consumidor se dizia adaptado a nova situação, apesar das limitações inerentes, fosse suficiente para determinar nova perícia e, assim, eternizar a demanda (STJ, 2005).

A jurisprudência tem condenado algumas condutas abusivas por parte dos fornecedores. O que mais chama atenção é a questão da definição do que pode e deve ser depreendido da norma constitucional a fim de assegurar a saúde do consumidor. Porque nesse momento, a questão se esbarra no tempo de permanência em que o fornecedor deve prestar o serviço de acordo com a lógica do cuidado, a saúde do paciente, e, ainda, sem comprometer o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. Assim, o PAD necessita de mais fiscalização e maiores estudos jurídicos, com o objetivo de implementar novas idéias e ações para coibir os abusos do cotidiano.

Desbordando a polêmica, Luiz Fux declara: “nenhum juiz decidirá pela desinternação de um paciente ou recusará a custódia de um doente em estado grave”. Este autor admite que é um tema intrigante imputar despesa à entidade privada implicando no risco de inviabilizar o sistema utilizado por muitos. A dificuldade de identificar os problemas da violação contratual e o esvaziamento econômico das potencialidades das entidades do ramo de saúde desafiam a experiência judicial (FUX, 2000, p.61).

## **CONCLUSÃO**

O Código de Defesa do Consumidor contribui para efetivação dos Programas de Atenção domiciliar impondo a teoria da qualidade na prestação dos serviços ao consumidor vulnerável. De sorte que a atuação do CDC evoca várias responsabilidades aos fornecedores atuantes no Brasil. O foco está nas ações que envolvem o princípio da integralidade em saúde, consubstanciadas na Resolução Normativa n.º 167 e nos fundamentos constitucionais. Constatam-se as seguintes posições a respeito da obrigatoriedade na aplicação do PAD: a

postura que nega o atendimento domiciliar se não estiver expresso no contrato, e, em contraponto, a visão e missão do Direito do Consumidor.

A imprecisão do que pode e deve ser coberto reflete-se nas interpretações relativas à cláusula contratual que veda expressamente os tratamentos domiciliares. Parte da jurisprudência entende que a internação hospitalar pode ser convertida em internação domiciliar, se o laudo médico de um especialista comprovar que é imprescindível à recuperação do paciente o ambiente domiciliar. Nesse contexto, o princípio da boa-fé fundamenta a revisão judicial da cláusula que limita a cobertura do PAD por mostrar-se imprecisa e facilitar a negativa do fornecedor desse serviço, tendo em vista de que não se tem a noção exata de que os cálculos atuariais cobrem no plano fático. O artigo 47 do CDC reitera o entendimento de que a interpretação dessa cláusula contratual deve ser a favor do consumidor nos contratos de adesão.

Imperativo que os consumidores compreendam efetivamente o que estão negociando. O artigo 54 § 4º combinado com o artigo 46 do CDC estabelece o dever de dar oportunidade ao consumidor de tomar conhecimento do conteúdo das cláusulas contratuais. O artigo 16 da Lei 9.656/98 reitera esses dispositivos e determina a clareza contratual. Logo, o fornecedor é responsável por facilitar e ajudar a compreensão do consumidor médio, com o objetivo de assegurar a autonomia da vontade e o equilíbrio contratual. Os fornecedores devem esclarecer, por exemplo, se haverá ou não a opção de tratamento domiciliar, e qual será o limite para garantir o mínimo existencial durante o tratamento do consumidor.

É direito básico do consumidor: requerer judicialmente a revisão da cláusula contratual que exclui o atendimento domiciliar conforme o disposto no art.6, inciso V do CDC. Comprovado o favorecimento excessivo à unilateralidade e ao desequilíbrio irrazoável da engenharia contratual, redefine-se o que é razoável em matéria de concessões ao consumidor e inicia-se uma ação reequilibradora sob o foco do direito contratual em sua visão social. O Poder Judiciário deve arbitrar a prestação negada ao tratar-se de uma cláusula ambígua.

Por conseguinte, o consumidor deverá ingressar na esfera judicial se sofrer a lesão de direito na negativa de cobertura do tratamento domiciliar: necessário se faz fundamentar o pleito no sistema de tutela reforçada do usuário - consumidor - paciente buscando a aplicação conjunta

do direito à saúde e de proteção do consumidor decorrente dos deveres jusfundamentais previstos na Constituição Federal. Ademais, exsurge enfatizar a garantia de existência digna conforme os ditames da justiça social, que subordina os princípios de ordem econômica ao princípio da dignidade humana na Constituição Cidadã. A fim de que seja decretada a nulidade da cláusula, é premente mostrar a abusividade da cláusula que exclui e limita a internação domiciliar conforme o disposto no artigo 51 do CDC e súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça.

Observa-se que a exclusão do tratamento domiciliar pode desequilibrar o conteúdo do contrato de assistência médico hospitalar. Destarte, mesmo diante dessa restrição, esta não deve ser usada para acobertar erros de cálculos atuariais e, tão pouco, diminuir a possibilidade do consumidor de receber a contraprestação pela quantia já paga. A realidade do desenvolvimento do conhecimento técnico permite melhor análise dos riscos para os seguradores. O fato que desequilibra a álea do contrato é a provável manipulação das planilhas financeiras apresentadas pelos fornecedores à ANS buscando encobrir reais lucros empresariais.

Face a lesão de direito, cabe ao Poder Judiciário exigir que os fornecedores provem possível inviabilidade econômica através da demonstração dos cálculos atuariais. Nesse azo, suscita-se hipoteticamente esta situação: caso haja ganho de causa para um consumidor (o autor da demanda), os magistrados podem também ordenar que os fornecedores apresentem estimativa de quanto a carteira suportaria para manter uma cota de consumidores conveniados, de acordo com a gravidade de cada paciente, em regime de internação domiciliar e sem interrupção da jornada de cuidados, com o intento de garantir o mínimo existencial a cada um deles. A idéia é transferir esse risco para o sistema como um todo, suavizando e solidarizando o preço do Programa de Internação Domiciliar para que seja suportado por todos os consumidores conveniados. Desse modo, a solidariedade deve estar presente no contrato de cooperação como divisão paradigmático-objetiva da sinistralidade.

Veja que a missão desta pesquisa é doravante incentivar maiores estudos sobre a aplicação do Programa de Atenção Domiciliar, bem como priorizar o diálogo entre as ciências jurídica, médica e atuariais para que a Justiça possa atuar mais acertivamente e de forma célere diante dos argumentos levantados sobre os contratos de planos de saúde e seguros saúde. Encontrar a justiça contratual, e principalmente, proteger consumidores tão vulneráveis são a máxima deste trabalho para os dezenove anos do Código de Defesa do Consumidor.

## REFERÊNCIAS

BOTTESINI, Ângelo Maury; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos planos e seguros de saúde: comentada artigo por artigo, doutrina, jurisprudência**. 2. ed. rv., ampl., e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a defesa do consumidor e dá outras providências.

BRASIL.CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.668/2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar do paciente, definindo responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. [...] D.O.U de 03.06.03. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Resolução Normativa n. 167, de 9 de janeiro de 2007. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para a cobertura assistencial 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.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n. 11, de 26.01.2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. D.O de 30.01.2006.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula n.302. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.

FRAGATA, Mariângela Sarrubbo. **A saúde na Constituição Federal e o contexto para a recepção da Lei 9.656/98. Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

FRANCO, Túlio Batista et al. **Assistência domiciliar na saúde suplementar: revelando os processos de trabalho**. Disponível em: <[www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos/ad\\_na\\_saude\\_suplementar\\_revelando\\_os\\_processos\\_de\\_trabalho.pdf](http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/implantacaoad/textos/ad_na_saude_suplementar_revelando_os_processos_de_trabalho.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2008. (a)

FRANCO, Túlio Batista, et al. **Implantação de atenção domiciliar no âmbito da saúde suplementar: modelagem a partir das experiências correntes**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/biblioteca>> Acesso em: 04 ago. 2008. (b)

FUX, Luiz. **Tutela de urgência e plano de saúde**. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico, 2000.

SECRETARIA GERAL COFEN. Disponível em: <[www.portalcofen.gov.br](http://www.portalcofen.gov.br)> os anexos supracitados.

LAZZARINI, Marilena; TRETTEL, Daniela Batalha. A dignidade da pessoa humana e a missão da ANS. **Revista Jurídica Consulex**. Consulex, v. 12, n.282, 15.out. 2008.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIN, Antonio Herman V; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de direito do consumidor**. 2.tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MARQUES, Cláudia Lima; BENJAMIN, Antonio Herman V; MIRAGEM, Bruno. **Comentários ao Código de Defesa do Consumidor**. 2. ed. rv., ampl., e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

NÓBREGA, João Neumann Marinho. As cláusulas abusivas nos contratos de planos privados de assistência à saúde: uma proposta de sistematização. **Revista de Direito Privado**, São Paulo: Revista dos Tribunais, n.23, jul. – set., 2005.

SEMINÁRIO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – AVALIAÇÃO E PERSPECTIVA EM SEUS 19 ANOS DE VIGÊNCIA, 2009. Brasília. Câmara dos Deputados. Comissão de Defesa do Consumidor. Cláudia Lima Marques.

SILVA, Joseane Suzart Lopes da. **Planos de saúde e boa-fé objetiva**: uma abordagem crítica sobre os reajustes abusivos. Bahia: JusPODIVM, 2008.

SOUZA, Sândia Leonor Sales de Paula e. Os aspectos jurídicos da atenção domiciliar na saúde suplementar. Monografia (Graduação em Direito) FADI, UNICEUB – Centro Universitário de Brasília, 2009.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA AG 604.965-SP. Relatora: Nancy Andrighi. Brasília, DF 24.10.2003. DJ 18.11.2004.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. 3ª Turma. AG 560172-RJ. Relatora: Nancy Andrighi. Brasília, DF 17.02.2004. DJ 31.03.2004.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. 4ª Turma. AG 715.491-RJ. Relator Fernando Gonçalves. Brasília, DF 10.11.2005. DJ 21.11.2005.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Primeira Turma Cível. Agravo de Instrumento 2007 00 2 010299-7. Relator Flávio Rostirola.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 4ª Câmara de Direito Privado, Apelação Cível n. 250.599-4/6-00 SP. Relator José Geraldo de Jacobina Rabello. São Paulo, SP. 24.10.2002.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Nona Câmara de Direito Privado. AG n 309.298.4/6-00. SP em 09.09.2003.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Primeira Câmara de Direito Privado, apelação cível com revisão n 380.939-4/2-00. Relator Santi Ribeiro. São Paulo, SP. 28.03.2006.

