

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 6, de 2013, do Senador Jorge Afonso Argello, que *altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para proibir a fixação de períodos de carência para exames e acompanhamento pré-natais e partos para mulheres menores de dezesseis anos ou com deficiência física, sensorial ou mental, bem como para casos de gestação de risco.*

Relator: Senador **GARIBALDI ALVES FILHO**

I – RELATÓRIO

Submete-se ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 6, de 2013, de autoria do Senador Jorge Afonso Argello, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

A iniciativa visa a proibir a fixação de períodos de carência para exames e acompanhamento pré-natais e partos para mulheres menores de 16 anos ou com deficiência física, sensorial ou mental, bem como para casos de gestação de risco.

A proposta busca alcançar seu objetivo mediante a inclusão de um § 3º no art. 12 da mencionada lei, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O autor da iniciativa defende a opinião de que a justiça de nossas leis, para ser equitativa, deve contemplar as mulheres hipossuficientes quanto à condição de enfrentar as dificuldades de uma gravidez e de um parto



com tratamento adequado no que diz respeito ao atendimento médico-hospitalar por elas contratado junto a operadoras de planos de saúde. E afirma que não haverá alterações importantes na lucratividade dos planos de saúde, visto que a seriedade que cerca a gravidez em nada estimulará desregramentos no planejamento familiar.

A proposição, que não recebeu emendas, foi encaminhada primeiramente à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), que aprovou o parecer favorável do relator, Senador Eduardo Suplicy. Vem agora à CAS, que decidirá em caráter terminativo.

II – ANÁLISE

Compete à CAS opinar sobre a matéria no que diz respeito à proteção e defesa da saúde, conforme dispõe o inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal.

Tendo em vista a análise em caráter terminativo nesta Comissão, assinalamos que não há reparos a fazer quanto à constitucionalidade e juridicidade do PLS nº 6, de 2013.

Quanto ao mérito, concordamos em parte com o projeto e o parecer aprovado na CDH, que avaliou a proposta exclusivamente sob o prisma dos direitos das mulheres, das pessoas com deficiência e da juventude.

A CAS precisa considerar a necessidade de assegurar o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, que é garantido tanto pela assistência pública – provida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – quanto pelo segmento privado de saúde suplementar.

Primeiramente, destacamos a caracterização de gravidez de risco utilizada pelo Ministério da Saúde e presente no Manual Técnico intitulado *Gestação de Alto Risco*.

O texto explicita que existem marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação, os quais se subdividem em: 1) características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (que abrangem, por exemplo, idade maior que 35 anos, idade menor que



15 anos ou menarca há menos de 2 anos, situação conjugal insegura, baixa escolaridade e dependência de drogas lícitas ou ilícitas, entre várias outras); 2) história reprodutiva anterior (que inclui abortamento habitual, diabetes gestacional e esterilidade ou infertilidade, entre outros eventos); e 3) condições clínicas preexistentes (que contemplam doenças como hipertensão arterial, cardiopatias, doenças autoimunes e neoplasias, entre outras). Nessa seção, contudo, ressalvadas a idade inferior a 15 anos e a menarca há menos de 2 anos, o Ministério da Saúde enfatiza que *a Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação*.

O manual também destaca a existência de condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação, que incluem: 1) exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; 2) doença obstétrica na gravidez atual (entre várias, destacam-se pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragias da gestação e diabetes gestacional); e 3) intercorrências clínicas (doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação e doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação).

Em segundo lugar, salientamos trecho de matéria publicada no site Portal Brasil, do Governo Federal, intitulada *Deficiência física não é obstáculo para gravidez, lembra Ministério da Saúde*. O texto fornece as seguintes informações:

O procedimento durante a gestação de uma grávida com deficiência segue o mesmo fluxo de qualquer gestação, sendo eles: pré-natal de risco habitual ou de alto risco. Em cada um dos casos, o médico que acompanha a gestação é quem define os procedimentos a serem seguidos. As orientações são particulares a cada gestação independente da deficiência, que neste caso, é considerado apenas como uma condição a mais a ser observada, mas que não significa obrigatoriamente gravidez de risco.

Dessa forma, fica caracterizado que a gravidez em mulheres menores de 16 anos ou com deficiência física, sensorial e mental não se configura obrigatoriamente como gestação de risco. Também fica claro que a ocorrência de gravidez de risco pode decorrer tanto de doenças ou condições prévias ao início da gestação quanto de eventos que se originam ou são diagnosticados após esse início.



Feita essa caracterização, destacamos que, sob o argumento da obrigação de legislar para tratar desigualmente os desiguais, o grande problema do projeto é misturar questões de assistência social (às grávidas menores de 16 anos ou com deficiência física, sensorial ou mental que porventura necessitem de amparo) com um problema de natureza sanitária (gestação de risco), além de fazer assistencialismo à custa de empresas e consumidores de contratos comerciais privados (planos e seguros privados de assistência à saúde).

Ainda que sofram regulação excepcional pelo Poder Público – devido à especificidade de servirem ao propósito de garantir o direito à saúde –, os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde, como já foi dito, constituem acordos de direito privado e natureza comercial.

Ressalte-se que o segmento da saúde suplementar cumpre papel importante no País, dada a impossibilidade de o SUS suprir todas as necessidades de assistência à saúde da população brasileira. Assim, interessa ao País que esse segmento permaneça forte e adimplente.

Por isso, e para funcionarem de forma satisfatória e continuarem a existir no mercado, os planos privados têm restrições de cobertura. Do contrário, se oferecerem assistência universal e sem carência, a exemplo do SUS, eles também passarão a ter os problemas crônicos de subfinanciamento e insuficiência do sistema público.

Saliente-se que, mesmo impondo restrições de cobertura, é alto o índice de inadimplência econômico-financeira entre as operadoras de saúde suplementar. Além disso, a crise econômica brasileira tem afetado o segmento de forma dramática: mais de 1,4 milhão de brasileiros deixaram de ter planos de saúde em 2016, o que representa uma queda de 2,8%, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse contexto, a fixação de períodos de carência é uma medida importante de modulação do mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde, pois a lógica desse mercado baseia-se no compartilhamento de riscos entre as empresas e os segurados. Sem qualquer carência, não haveria razão para contratar um plano de saúde até o momento em que a pessoa precisasse de atendimento. Nesse caso, o risco ficaria somente com as empresas.



Assim, os prazos de carência têm o objetivo de impedir exatamente o que o PLS nº 6, de 2013, permite: as mulheres por eles beneficiadas podem tornar-se consumidoras de planos ou seguros privados de saúde no momento em que se descobrem grávidas, beneficiando-se da assistência por eles oferecida mesmo que não tenham intenção ou condição de permanecer no plano ou seguro após o parto.

Os períodos de carência não são definidos em função de cada beneficiário dos planos, mas constituem prazos genéricos aplicáveis a todos, tendo como base o tipo de assistência oferecido. A Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece três períodos máximos de carência, mas permite às operadoras definir prazos menores, se elas assim o desejarem: a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo (os partos que necessitam ser antecipados por razões médicas não estão sujeitos a esse prazo); b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

Assim, para poderem se beneficiar da realização de exames pré-natais, de acompanhamento e tratamento obstétrico e de partos, como prevê o projeto, a mulher precisa ser consumidora do plano universal, que é o mais abrangente e inclui todas as segmentações, ou ter adquirido, ao mesmo tempo, tanto o plano ambulatorial (para os exames e as consultas de pré-natal, sujeitos ao prazo de carência de cento e oitenta dias ou cerca de seis meses), quanto o hospitalar com atendimento obstétrico (para o parto, sujeito ao prazo de carência de trezentos dias ou cerca de dez meses).

Como se vê, esses prazos são bem razoáveis e existem, conforme já foi dito, para evitar que as mulheres resolvam adquirir planos privados de saúde apenas quando já se encontram grávidas, período em que, forçosamente, farão uso intensivo da assistência oferecida por esses planos.

A Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde não concede tratamento diferenciado para beneficiar os consumidores em função de suas características ou condição de saúde (a única exceção é a limitação dos reajustes por faixa etária no caso dos idosos). Assim, por exemplo, não há concessão de benefícios para portadores de doenças crônicas ou degenerativas, ainda que, em muitos casos, alguns desses doentes tenham maiores limitações ou dificuldades em suas vidas quando comparados a pessoas com deficiências leves, inclusive em casos de gestação.



Na verdade, a Lei nº 9.656, de 1998, estabelece a possibilidade de restrições à cobertura ou de aumento do valor do prêmio no caso de consumidores com doenças ou condições preexistentes à contratação do plano ou seguro. Essa possibilidade decorre do fato de esses consumidores precisarem utilizar o plano ou seguro com maior frequência que os demais. Assim, dependendo do caso, pessoas com alguns tipos de deficiência ou com problemas de saúde já diagnosticados podem ter de pagar mais para adquirir planos ou seguros de saúde ou não podem ser assistidos para tratar dessas doenças ou condições preexistentes.

Isso ocorre porque a saúde suplementar funciona por meio de mecanismos atuariais de cofinanciamento, em que todos precisam pagar, por meio de contraprestações pecuniárias mensais, para que alguns tenham o direito de usufruir dos serviços de assistência à saúde quando necessitam. Nesse sistema, o grupo maior, constituído por todos os beneficiários do plano ou seguro, mantém o funcionamento da assistência para que o grupo menor, integrado pelas pessoas que adoecem ou precisam de atendimento num dado período de tempo, possa ser assistido. Portanto, os aumentos de custo dos planos ou seguros – que seriam inevitáveis em decorrência das medidas previstas na proposição em análise – acabam repassados a todos os seus consumidores.

Assim, não é razoável pretender que as operadoras ofereçam benefícios de cunho assistencial, incondicionados, atribuição que pertence ao Poder Público. Se aprovado nos termos em que se apresenta, o projeto instituirá modalidade de assistencialismo à custa de empresas privadas e seus consumidores.

Por isso, a nosso ver, não há razão para todas as mulheres com deficiência serem beneficiadas da forma prevista no projeto. Se fizerem parte do segmento consumidor de planos ou seguros de saúde, essas mulheres precisam se sujeitar às mesmas regras aplicáveis a todos os usuários. Se não fizerem, elas continuarão a ser atendidas pelo SUS.

A esse respeito, é bom assinalar que, no Brasil, o sistema de seguridade social já contempla assistência universal e gratuita à saúde, provida pelo SUS, e uma ampla legislação protetora e garantidora de direitos para as pessoas com deficiência e para crianças e adolescentes.



No âmbito da assistência à saúde, destacamos novamente matéria publicada no site Portal Brasil, do Governo Federal, acerca da gravidez em mulheres com deficiência. O texto fornece as seguintes informações:

O Sistema Único de Saúde (SUS) está preparado para acompanhar todo o processo de gestação dessas mães. Do acolhimento e orientação ao casal até o momento do parto. Durante a gestação também são realizados exames de avaliação do desenvolvimento do feto e da saúde materna. O acompanhamento do bebê e da mãe não termina no nascimento. Ele segue durante os primeiros meses de vida da criança, incluindo o acompanhamento à saúde da mãe. E complementa: Este acompanhamento está disponível desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), de todo o País, aos ambulatórios especializados nas unidades hospitalares.

No caso das gestantes com menos de 16 anos – ressaltando-se que não compreendemos a razão de ter sido definida essa idade e não o limite etário de 18 anos –, a concessão do benefício proposto acarreta os mesmos problemas anteriormente apontados e também incorre no erro de, inadvertidamente, servir como estímulo à gravidez na adolescência, questão sanitária grave que deve ser abordada por meio de medidas preventivas, inclusive educação, e não de soluções paliativas ou reforçadoras.

Portanto, do ponto de vista sanitário, a concessão do benefício proposto no projeto a esses dois grupos de gestantes, de forma abrangente, não se justifica.

Sob o prisma da saúde, só faria sentido avaliar a isenção do cumprimento dos prazos de carência para as mulheres com gravidez de risco, grupo que pode incluir, ou não, gestantes com deficiência ou menores de 16 anos.

É bom lembrar que a idade avançada – maior que 35 anos –, por exemplo, pode ser um fator de risco gestacional. Nesse caso, ressaltamos, novamente, que a proposta em análise favoreceria a opção de mulheres que querem adiar a gravidez e que, com o benefício concedido pelo projeto, podem passar sua vida sem pagar por um plano ou seguro de saúde e só o adquirir no início da gestação, estratégia que pode prejudicar o equilíbrio econômico-financeiro do plano ou seguro e estimular as mulheres a engravidar em idade menos propícia, expondo mães e bebês a maior risco.



Por fim, mesmo que o risco gestacional advenha de doenças ou condições que surgem, de forma inesperada, após o início da gravidez, liberar a consumidora do cumprimento de prazo de carência subverte a lógica atuarial da Lei dos Planos de Saúde, pois, igualmente, significa permitir que uma pessoa só busque aderir a esses planos num período em que irá utilizar intensivamente os serviços cobertos pelo contrato.

Analisados seus problemas de mérito, salientamos, quanto à técnica legislativa, que o projeto também se equivoca ao inserir § 3º ao art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, tendo em vista que, durante certo tempo da existência da norma legal, esteve vigente outro dispositivo com essa numeração, o qual acabou revogado por uma das inúmeras medidas provisórias que alteraram a lei. A Lei Complementar nº 95, de 1998, que dispõe sobre a redação e a alteração das leis, veda o aproveitamento de número de dispositivo revogado.

Diante desses argumentos, oferecemos parecer contrário ao PLS nº 6, de 2013.

III – VOTO

Nosso voto, portanto, é pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 6, de 2013.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

