

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

VINICIUS BURTI MARTINS

**A PRÁTICA DO COMPLIANCE PELAS OPERADORAS DE SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA REDUZIR IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO E SUAS
VANTAGENS**

SANTOS/SP

2025

VINICIUS BURTI MARTINS

**A PRÁTICA DO COMPLIANCE PELAS OPERADORAS DE SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA PARA REDUZIR IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO E SUAS
VANTAGENS**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós Graduação em Direito da Saúde, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Verônica Scriptore Freire de Almeida.

SANTOS/SP

2025

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília – UNISANTA, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito da Saúde.

Aprovada em 13/08/2025

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Verônica Scriptore Freire de Almeida.

Prof. Dr. Marcelo Lamy

Prof. Dr. Marcello Novoa Colombo Barboza

RESUMO

A crescente judicialização da saúde suplementar no Brasil tem comprometido a sustentabilidade financeira das operadoras de planos de saúde e a eficiência do sistema judiciário. Este estudo investiga de que modo a adoção de programas de compliance contribui para a construção de uma cultura de integridade e para a prevenção de litígios no setor. Parte-se da hipótese de que a implementação dos pilares do compliance — especialmente governança corporativa, controles internos e gestão de riscos — favorece a redução das demandas judiciais e fortalece as relações institucionais com consumidores, prestadores de serviços e órgãos reguladores. O objetivo geral é demonstrar que, além de assegurar conformidade legal, mapearemos as demais vantagens obtidas pela implementação de um programa estruturado de compliance, bem como também mecanismo estratégico de mitigação de riscos e contenção de desperdícios oriundos da litigiosidade excessiva. Os objetivos específicos incluem identificar os principais conflitos jurídicos enfrentados pelas operadoras, descrever os pilares do compliance aplicáveis ao setor e analisar todas as vantagens obtidas pela implementação de um programa robusto, como também os mecanismos podem prevenir litígios e incentivar soluções consensuais. A pesquisa adota abordagem dedutiva e qualitativa, com base em revisão bibliográfica e documental, análise jurisprudencial de decisões dos tribunais superiores e do Tribunal de Justiça de São Paulo, além do exame de normativas regulatórias, com destaque para o Decreto nº 11.129/2022. Os resultados indicam que 88% das ações contra operadoras resultam em condenações, sendo a negativa de cobertura a principal causa. Conclui-se que o compliance, quando estruturado de forma eficaz, constitui ferramenta essencial à desjudicialização da saúde suplementar, promovendo segurança jurídica, confiança institucional e eficiência na gestão dos recursos.

Palavras-chave: Direito da saúde, Compliance, Desjudicialização, Saúde suplementar, Operadoras de planos de saúde.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Maiores multas da história aplicadas pela FCPA.....	12
Tabela 2 – Comparativo entre FCPA, UK Bribery Act e Lei nº 12.846/2013.....	25

Sumário

INTRODUÇÃO	- 7 -
1. COMPLIANCE OVERVIEW	- 10 -
1.1. Conceito Histórico e Surgimento no Mundo.....	- 10 -
1.2. A Absorção do Compliance pelo Brasil.....	- 12 -
2. PANORAMA DA LEGISLAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE COMPLIANCE.....	- 17 -
2.1. Legislação Internacional sobre Compliance.....	- 17 -
2.2. Legislação Nacional.....	- 20 -
2.3. Comparação entre as legislações.....	- 24 -
3. OS PILARES DO COMPLIANCE.	- 27 -
4. APLICABILIDADE NAS OPERADORAS DE SAÚDE.....	- 40 -
4.1 Principais Desafios na Implementação do Compliance nas Operadoras de Saúde.	- 43 -
4.1.1 Complexidade Regulatória.....	- 43 -
4.1.2 Resistência Cultural e Falta de Conscientização.	- 45 -
4.1.3 Barreiras Financeiras e Operacionais.	- 48 -
4.1.4 Falta de Integração com a Governança Corporativa.....	- 51 -
4.2 Melhores Práticas e Soluções para a Implementação de Compliance....	- 55 -
4.3 Impacto do Compliance nas Operadoras de Saúde: Interpretação dos Relatórios.	- 60 -
5. DA JUDICIALIZAÇÃO E SUA IMPLICAÇÃO NAS OPERADORAS DE SAÚDE.....	- 65 -
5.1 A Judicialização da Saúde Suplementar: Contexto e Impactos.....	- 66 -

5.2 Negativa de Cobertura Assistencial.	- 69 -
5.3 Reajustes de Mensalidades.....	- 71 -
5.4 Exclusões de Procedimentos e Rede Credenciada.	- 72 -
5.5 Interpretação Ambígua dos Contratos de Saúde.	- 74 -
5.6 Rescisão Contratual ou Inadimplência.....	- 76 -
5.7 Dificuldades no Reembolso de Despesas Médicas.....	- 78 -
5.8 Impacto Sistêmico da Judicialização e Relação com Compliance.....	- 80 -
6. A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E O PAPEL ESTRATÉGICO DO COMPLIANCE.	- 83 -
6.1 O Fenômeno da Desjudicialização como Imperativo Estratégico.	- 84 -
6.2 A Implementação de Programas de Compliance como Estratégia de Desjudicialização.	- 85 -
6.3 Fortalecimento dos Canais Internos de Solução de Conflitos.....	- 87 -
6.4 Transparência Contratual e Comunicação Eficiente com o Beneficiário.-	90 -
6.5 Capacitação Contínua dos Colaboradores e Qualificação Técnica.....	- 91 -
6.6 Adoção de Soluções Tecnológicas na Gestão do Atendimento.....	- 93 -
6.7 A Importância da Mediação e Arbitragem no Setor de Saúde Suplementar..	- 95 -
6.8 Relação Estratégica com Órgãos Reguladores.....	- 98 -
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	- 100 -
REFERENCIAS.....	- 103 -

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde suplementar no Brasil tem se intensificado nos últimos anos, sobrecarregando o sistema judiciário e acarretando impactos financeiros significativos para as operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e para o próprio funcionamento do sistema de saúde. A busca constante pelo Poder Judiciário para resolver questões relacionadas a negativas de cobertura, reajustes de mensalidades e a exclusão de tratamentos fora do rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cria um cenário de insegurança jurídica, exacerbando as incertezas regulatórias e ampliando os custos operacionais.

Este trabalho insere-se na Linha de Pesquisa 1: Saúde e Proteção do Indivíduo, vinculada à área de concentração Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, do Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília. Está alinhado ao Projeto de Pesquisa “Direito da Saúde: Aspectos Econômicos e Regulatórios”, ao investigar como os instrumentos de compliance, quando aplicados pelas operadoras de saúde suplementar, podem atuar como mecanismos regulatórios e estratégicos para a proteção do indivíduo, especialmente no enfrentamento da judicialização excessiva.

Neste cenário, o compliance constitui um instrumento estratégico para a redução da judicialização. A implementação de programas de integridade alinhados às normas regulatórias e melhores práticas de governança corporativa pode não apenas prevenir litígios, mas também aumentar a transparência nas relações entre operadoras e beneficiários, promovendo maior previsibilidade nos processos decisórios e evitando conflitos desnecessários. O compliance, ao ser estruturado dentro das operadoras de saúde, facilita a adoção de práticas preventivas e corretivas, minimizando a exposição da empresa a riscos jurídicos e financeiros.

A análise partirá da hipótese de que os pilares do compliance, quando aplicados ao setor, fortalecerão a governança e mapeando os benefícios de sua implementação, em especial, na redução a exposição a litígios. A presente pesquisa partirá da premissa de que a cultura de integridade contribuirá para a pacificação de conflitos na saúde suplementar e fortalecerá as relações institucionais com consumidores, prestadores e reguladores.

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa se baseia em uma abordagem dedutiva e qualitativa, utilizará métodos de pesquisa bibliográfica, documental e análise jurisprudencial. Será realizada uma análise de decisões dos tribunais superiores e do Tribunal de Justiça de São Paulo, bem como um estudo detalhado das normativas regulatórias aplicáveis, com ênfase no Decreto nº 11.129/2022, que regulamenta a Lei Anticorrupção no Brasil e orientará sobre a implementação de programas de compliance.

A questão central do estudo será: como a adoção de programas de compliance poderá contribuir para a desjudicialização da saúde suplementar, reduzindo os conflitos e os desperdícios de recursos? Para tanto, a pesquisa buscará demonstrar que a utilização do compliance como ferramenta estratégica não apenas facilitará a conformidade legal, mas também reduzirá os custos com litígios e melhorará a gestão dos recursos das operadoras de planos de saúde.

Este trabalho se propõe ainda a discutir a eficácia das medidas alternativas de resolução de conflitos, dentro do contexto do compliance, como formas de evitar a judicialização e promover a resolução de disputas de maneira mais célere e eficiente. Para alcançar os objetivos estabelecidos, a pesquisa será dividida nos seguintes capítulos:

Logo no capítulo inicial, será abordado o conceito histórico e o surgimento do compliance, discutindo-se a origem do termo e sua evolução, tanto no contexto mundial quanto no Brasil. Além disso, serão analisadas as influências de legislações internacionais, como o FCPA (Foreign Corrupt Practices Act) e o UK Bribery Act, no desenvolvimento de programas de compliance no Brasil.

No capítulo seguinte, será apresentada uma análise detalhada das principais legislações internacionais e nacionais sobre compliance, destacando-se a legislação brasileira, como a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013) e o Decreto nº 11.129/2022, que regulamenta a implementação de programas de compliance. O capítulo também fará uma comparação entre as legislações de diferentes países e sua aplicabilidade no Brasil.

Já o terceiro capítulo examinará os pilares fundamentais de um programa de compliance eficaz, com foco em governança corporativa, controle interno, gestão de riscos e a importância da alta administração no sucesso do programa. Este capítulo discutirá como esses pilares serão aplicáveis ao setor de saúde suplementar.

Avançando, o próximo capítulo focará na implementação de programas de compliance nas operadoras de planos de saúde, analisando-se o papel da governança corporativa e as etapas necessárias para a implementação eficaz de um programa de compliance. Aqui também serão exploradas a relação entre compliance e a redução dos litígios nas operadoras.

Então, serão analisadas as principais questões jurídicas enfrentadas pelas operadoras de planos de saúde, com base em dados e estudos de caso, destacando-se a judicialização da saúde como um obstáculo à eficiência do setor. O capítulo abordará os tipos de ações mais comuns que serão movidas contra as operadoras e seus impactos.

Prosseguindo, será discutido o conceito de desjudicialização e como o compliance atuará para reduzir a judicialização, com foco na prevenção de litígios e na criação de soluções extrajudiciais. O capítulo apresentará exemplos de boas práticas de compliance que contribuirão para a redução de processos judiciais e para a melhoria da gestão das operadoras de saúde.

Finalizar-se-á com um resumo dos principais achados da pesquisa e suas implicações para o setor da saúde suplementar. Este capítulo também sugerirá caminhos para a implementação de programas de compliance eficazes nas operadoras e discutirá as limitações do estudo e as possíveis direções para futuras pesquisas.

A introdução do tema e a estrutura do trabalho visarão proporcionar uma compreensão abrangente de como o compliance atuará na desjudicialização da saúde suplementar, oferecendo soluções práticas e eficazes para os desafios que serão enfrentados pelas operadoras de planos de saúde.

1. COMPLIANCE OVERVIEW

1.1. Conceito Histórico e Surgimento no Mundo.

Compliance é o conjunto de práticas, processos e controles que uma organização adota para garantir que suas operações estejam em conformidade com a legislação e com as normas internas e externas (NEGRÃO e PONTELO, 2017). No setor de saúde suplementar, a implementação de programas de compliance eficazes não apenas assegura a conformidade regulatória, mas também contribui para a construção de uma cultura organizacional ética, que protege a reputação da operadora e minimiza os riscos financeiros e jurídicos.

O conceito de compliance, derivado do verbo inglês "*to comply*" (estar em conformidade), surgiu no contexto corporativo norte-americano como resposta a grandes escândalos financeiros e à crescente necessidade de regulamentação no mercado empresarial (NEGRÃO e PONTELO, 2017).

Nessa linha, apesar de algumas ferramentas implementadas pelo sistema financeiro americano após a grande quebra da bolsa de Nova York em 1929, dá-se como primeiro marco significativo a década de 1970, quando os Estados Unidos enfrentaram uma série de escândalos financeiros e políticos, culminando no caso Watergate.

O escândalo de Watergate e a crise das empresas de energia, como a Enron, que abordaremos adiante, expuseram falhas de governança e práticas corruptas dentro de corporações e no setor público, criando a necessidade de regras mais rígidas e transparência nos negócios (CLARKE, 2017; RODRIGUES, 2020).

Em breve explicação a respeito, *Clarke* elucida que o Watergate teve início em 1972, quando cinco homens foram presos ao tentar invadir o escritório do Comitê Nacional do Partido Democrata, localizado no edifício Watergate, em Washington, D.C. Investigações subsequentes revelaram que a invasão fazia parte de um esquema maior de espionagem política e sabotagem comandado por membros da equipe de campanha do então presidente Richard Nixon. Documentos e gravações secretas expuseram tentativas de encobrir as ações ilegais, resultando na renúncia de Nixon em 1974 para evitar um processo de impeachment. (CLARKE, 2017)

Este escândalo teve um impacto profundo na política e na regulamentação empresarial nos Estados Unidos, imergindo a promulgação da Foreign Corrupt Practices Act (FCPA), em 1977, foi o primeiro marco regulatório a exigir das empresas a implementação de práticas de *compliance* para combater o suborno de funcionários públicos estrangeiros. De acordo com Barbosa (2019), a FCPA foi uma resposta direta à crescente preocupação com o envolvimento de empresas americanas em práticas corruptas no exterior. A FCPA não apenas proibia o suborno de autoridades estrangeiras, mas também estabelecia que as empresas deveriam manter registros financeiros precisos e sistemas de controle interno eficazes para prevenir fraudes e garantir a transparência nas suas operações.

A FCPA influenciou a criação de regulamentações em outros países, como o UK Bribery Act, promulgado em 2010, que ampliou a aplicação de *compliance* ao suborno tanto no setor público quanto privado, sem limites geográficos. Segundo Figueiredo e Costa (2022), o UK Bribery Act representa uma das legislações anticorrupção mais rigorosas no mundo, exigindo que empresas do Reino Unido, ou com operações em território britânico, implementem políticas anticorrupção abrangentes, com a responsabilidade de prevenir atos de suborno dentro de sua estrutura corporativa.

As penalidades sob a FCPA já resultaram em algumas das maiores multas da história. Entre os casos mais notáveis, extraídos dos sites oficiais da SEC e DOJ, destacam-se:

Empresa	Ano da Sanção	Valor da Multa (em bilhões USD)	Caso/Infração
Goldman Sachs	2020	3,3	Envolvimento no escândalo do fundo soberano da Malásia.
Airbus	2020	2,09	Subornos em múltiplos países, especialmente no setor de defesa e aviação.
Petrobras	2018	1,78	Envolvimento em corrupção sistêmica no Brasil, em esquema de suborno e fraude de contratos.
Siemens AG	2008	0,8	Subornos em várias regiões, incluindo América Latina, para conseguir contratos governamentais.

Empresa	Ano da Sanção	Valor da Multa (em bilhões USD)	Caso/Infração
Telia Company AB	2017	0,965	Subornos pagos a autoridades do Uzbequistão para obter contratos em telecomunicações.

Fonte: Elaborada pelo autor com dados extraídos dos sites oficiais da SEC e DOJ

O escândalo da Enron, citado pela doutrina já destacada, uma das maiores empresas de energia dos Estados Unidos, veio à tona em 2001, quando se descobriu que a companhia manipulava suas demonstrações financeiras para inflar artificialmente seus lucros e ocultar dívidas. A falência da Enron resultou em perdas bilionárias para investidores e aposentados, além de abalar profundamente a confiança no mercado financeiro.

Para Gonçalves (2025) observa que, em resposta a escândalos como o da Enron, foi promulgada a Lei Sarbanes-Oxley nos Estados Unidos, estabelecendo normas mais rigorosas para a governança corporativa e a atuação das auditorias, visando aumentar a transparência e a confiança no mercado financeiro.

A adoção do *compliance* nas empresas internacionais foi gradualmente se expandindo à medida que novas regulamentações surgiam, especialmente em mercados financeiros globais. A aplicação do conceito de *compliance* foi fundamental para melhorar a governança e assegurar que as empresas operassem de forma ética, transparente e dentro das normas legais estabelecidas, minimizando assim o risco de envolvimento em escândalos que comprometeriam sua reputação e estabilidade financeira (MORAES, 2018).

1.2. A Absorção do Compliance pelo Brasil.

No Brasil, o conceito de compliance começou a ser discutido no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. Conforme descreve Assi (2018), a necessidade de adequação às normativas internacionais e a crescente preocupação com a transparência corporativa impulsionaram a adoção de medidas mais rigorosas no país.

Construindo uma linha do tempo, em 1998, houve a Resolução 2.554/98 do Banco Central do Brasil (Bacen) foi a primeira norma sobre conformidade no país, orientando as empresas sobre controles internos, bem como a a Lei de Combate ao Crime de Lavagem de Dinheiro no mesmo ano. Em 2009, a Corregedoria-Geral da União (CGU) e o Instituto Ethos publicaram o documento "A Responsabilidade Social das Empresas no Combate à Corrupção", o primeiro guia brasileiro sobre o tema.

Também foi lançada onde A Lei nº 12.683/2012 atualizando a Lei de Lavagem de Dinheiro (Lei nº 9.613/1998), promovida com o objetivo de tornar mais eficaz o combate à lavagem de capitais no Brasil. Essa reforma foi considerada um marco no endurecimento das medidas legais contra esse tipo de crime, mas em principal, a lei passou a exigir deveres de comunicação, registro e controle de um número maior de setores, fortaleceu o COAF e aumentou os poderes do Conselho de Controle de Atividades Financeiras, centralizando a fiscalização de operações suspeitas.

O movimento de implementação de programas de *compliance* no Brasil ocorreu de maneira gradual, principalmente após o impacto de escândalos como o mensalão e, mais recentemente, a Operação Lava Jato, que revelou um esquema de corrupção envolvendo empresas públicas e privadas no Brasil. A Lei nº 12.846/2013, também conhecida como Lei Anticorrupção, foi um marco importante, criando um novo regime jurídico para responsabilizar empresas por atos ilícitos praticados contra a administração pública, incluindo corrupção, fraude e suborno.

Dos desdobramentos mais significativos da Lava Jato, o principal fora o acordo firmado entre o governo brasileiro, a Petrobras e o governo dos Estados Unidos. Em 2018, a estatal brasileira celebrou um acordo com o Departamento de Justiça dos EUA (DOJ) e a *Securities and Exchange Commission* (SEC), comprometendo-se a pagar aproximadamente US\$ 1,78 bilhão para encerrar investigações relacionadas a violações da *Foreign Corrupt Practices Act* (FCPA). O acordo previa que parte do montante seria destinada a autoridades brasileiras para financiar programas de combate à corrupção e fortalecer mecanismos de compliance no país, podendo ser consultado no próprio sitio eletrônico da SEC americana.

A celebração desse acordo consolidou a necessidade de um ambiente regulatório mais rígido para as empresas brasileiras, reforçando a importância da cooperação

internacional no combate à corrupção. Além disso, serviu como alerta para outras companhias brasileiras e multinacionais que operam no país, incentivando-as a adotar políticas mais rigorosas de conformidade e governança corporativa, importância referendada pela obra de *Pontin et al. (2020)*.

De acordo com Lima (2021), a Lei Anticorrupção é um reflexo da crescente pressão internacional para que os países aderissem às normas globais de combate à corrupção, especialmente com a crescente integração do Brasil nos mercados globais e a necessidade de cumprir os requisitos da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Grupo de Ação Financeira Internacional (GAFI). A legislação brasileira impôs às empresas a obrigação de adotar programas de integridade e sistemas de compliance com o objetivo de prevenir práticas ilícitas e garantir que a ética fosse parte integral da governança corporativa.

A Lei Anticorrupção brasileira segue uma linha similar à da FCPA, mas com algumas diferenças substanciais. Por exemplo, a responsabilidade objetiva das empresas pela prática de atos corruptos, independentemente da comprovação de dolo ou culpa, é uma das principais inovações da legislação brasileira. De acordo com Silva (2019), isso significa que as empresas podem ser responsabilizadas mesmo sem a participação direta de seus gestores ou funcionários, caso seja comprovado que falharam em estabelecer mecanismos de prevenção adequados para evitar a corrupção dentro de suas estruturas.

Além disso, conforme menciona Souza (2020), a Lei Anticorrupção impõe à empresa não apenas a responsabilidade legal de combater a corrupção, mas também a obrigação de demonstrar que tomou as medidas necessárias para mitigar os riscos de suborno e fraudes, com ênfase na criação de uma cultura de ética e transparência dentro da organização.

A Lei nº 13.303/2016, conhecida como Lei das Estatais, também representou um avanço significativo para o compliance no Brasil, exigindo que empresas públicas adotassem mecanismos de governança e controles internos mais rigorosos. Como enfatizam Miragem et al. (2022). Essa legislação exigiu que empresas públicas adotassem mecanismos de governança mais rigorosos, reduzindo riscos de corrupção e favorecimento indevido. Essa legislação impôs critérios para nomeação de

administradores e diretores, além de estabelecer diretrizes para licitações e contratos, minimizando os riscos de corrupção e favorecimento indevido.

Mais um aspecto relevante na evolução do compliance no Brasil foi a entrada em vigor da LGPD, em 2020. Inspirada no Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Europeia, a LGPD estabeleceu diretrizes rígidas para o tratamento de dados pessoais, exigindo que empresas e órgãos públicos adotassem medidas para garantir a privacidade e segurança das informações. Segundo Pontin et al. (2020), essa norma trouxe diretrizes rígidas para o tratamento de dados pessoais, exigindo que empresas adotassem medidas para garantir a privacidade e segurança das informações. A conformidade com a LGPD tornou-se um novo desafio para os programas de compliance, que passaram a incluir medidas específicas para o tratamento e armazenamento seguro de dados pessoais.

Outro avanço significativo ocorreu com a publicação do Decreto nº 11.129/2022, que atualizou a regulamentação da Lei Anticorrupção e trouxe critérios mais claros para a avaliação da efetividade dos programas de compliance no Brasil. Conforme destaca Pontin et al. (2020), esse decreto detalhou elementos essenciais para um programa de integridade eficaz, como o comprometimento da alta administração, análise de riscos e monitoramento contínuo.

Esse decreto detalhou elementos essenciais para um programa de integridade eficaz, como o comprometimento da alta administração, análise de riscos, canais de denúncia independentes e ações contínuas de monitoramento e auditoria. Além disso, reforçou a importância da governança corporativa e da transparência nas relações empresariais e com o setor público.

Atualmente, o compliance no Brasil está em constante evolução, sendo adotado por empresas de diversos setores, incluindo saúde, financeiro, tecnologia e infraestrutura. A disseminação de normas internacionais e a exigência de práticas mais rigorosas por parte de investidores e órgãos reguladores têm consolidado o compliance como um elemento essencial da governança corporativa no país.

Conforme afirmam Pontin et al. (2020), a exigência de práticas mais rigorosas por parte de investidores e órgãos reguladores tem consolidado o compliance como um

elemento essencial da governança corporativa no país, dessa forma, sua implementação eficaz não apenas reduz riscos legais e financeiros, mas também fortalece a reputação e a competitividade das organizações no mercado global. A tendência é que, com o amadurecimento das regulamentações e a fiscalização mais rigorosa por parte dos órgãos competentes, como destacam Figueiredo e Costa (2022), a tendência é que o compliance se torne um pilar cada vez mais essencial para o crescimento sustentável das empresas no Brasil.

2. PANORAMA DA LEGISLAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE COMPLIANCE.

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise abrangente da legislação nacional e internacional relacionada ao *compliance*, abordando as principais regulamentações globais que influenciam a forma como as empresas estruturam seus programas de conformidade. Além disso, a legislação brasileira será analisada, destacando suas semelhanças e diferenças em relação às normas internacionais.

O conceito de *compliance*, embora originado no direito norte-americano, vem ganhando crescente aderência no ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo após a promulgação da Lei nº 12.846/2013. Segundo Marcelo Zenkner (2019), *compliance* consiste: “conjunto de mecanismos internos de integridade e controle adotados pelas organizações para assegurar o cumprimento de normas legais, regulamentares e éticas”. No mesmo sentido, Lauretti e Lino (2020) ressaltam que o *compliance* envolve as dimensões de prevenção, detecção e resposta a condutas irregulares, sendo pilar essencial da governança corporativa.

A análise será dividida em duas seções principais: a primeira discutirá as legislações internacionais mais importantes, como a FCPA e o UK Bribery Act, contudo, a título de menção, serão citadas as legislações internacionais de importância; e a segunda focará nas regulamentações brasileiras, como a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), e a recente regulamentação sobre *compliance* no Brasil.

2.1. Legislação Internacional sobre Compliance.

a) Foreign Corrupt Practices Act (FCPA) dos Estados Unidos.

A FCPA, promulgada em 1977 nos Estados Unidos, é um marco na legislação anticorrupção global. Criada como resposta a escândalos políticos e empresariais da época, essa lei tem como principal objetivo combater a corrupção transnacional, proibindo empresas e indivíduos americanos de oferecerem suborno a funcionários públicos estrangeiros para obter vantagens comerciais. Além disso, a FCPA exige que

as empresas mantenham controles internos rigorosos e registros financeiros precisos para evitar fraudes e irregularidades contábeis. (BARBOSA, 2019).

Extraíndo a educação de Sibille, Serpa e Faria (2020), que nos destrincha o procedimento da aplicação da FCPA, esta é conduzida pelo Departamento de Justiça dos Estados Unidos (DOJ) e pela Securities and Exchange Commission (SEC), órgãos que desempenham papéis complementares na fiscalização e imposição de sanções. O DOJ é responsável pelo cumprimento da parte criminal da lei, investigando e processando empresas e indivíduos envolvidos em subornos e outros crimes relacionados. O DOJ pode instaurar ações penais contra executivos e empresas, levando a condenações que podem resultar em penas de prisão, multas elevadas e outras sanções criminais.

A SEC, por sua vez, fiscaliza e aplica a FCPA no âmbito civil, regulando empresas de capital aberto registradas na bolsa de valores dos EUA. Seu foco principal está na manutenção de registros financeiros precisos e na implementação de controles internos eficazes, garantindo que as empresas divulguem de forma transparente suas informações contábeis e financeiras. Se identificadas falhas nos controles internos ou manipulações contábeis para encobrir pagamentos ilícitos, a SEC pode impor penalidades financeiras severas, além de exigir medidas corretivas e o fortalecimento dos programas de conformidade.

A atuação conjunta do DOJ e da SEC tem levado a investigações e penalidades expressivas para empresas envolvidas em práticas corruptas. Os dois órgãos frequentemente trabalham em parceria com autoridades de outros países para conduzir investigações transnacionais, ampliando o alcance da FCPA. Empresas que violam a lei podem ser obrigadas a pagar multas bilionárias, assinar acordos de monitoramento com as autoridades e implementar programas de compliance rigorosos como parte das sanções aplicadas.

Além das sanções, o DOJ e a SEC incentivam a colaboração das empresas investigadas por meio de programas de cooperação e acordos de leniência. Empresas que voluntariamente denunciam infrações, colaboram com as investigações e demonstram esforços genuínos para fortalecer seus programas de integridade podem obter reduções significativas nas penalidades aplicadas. Esse modelo de fiscalização

agressiva e incentivos para conformidade tem feito da FCPA um dos instrumentos mais eficazes no combate à corrupção empresarial globalmente, ensinado pelos professores Falseta, Rabelo e Aratanha, in Braga e Sousa (2017).

A recente suspensão da aplicação da *FCPA* pelo ex-presidente norte-americano Donald J. Trump, anunciada em fevereiro de 2025, representa um marco controverso no cenário internacional de integridade corporativa. A medida foi justificada pelo governo norte-americano sob o argumento de que seria necessário revisar diretrizes e políticas de *enforcement* do FCPA, com o objetivo declarado de preservar a competitividade das empresas estadunidenses no mercado global e proteger interesses estratégicos de segurança nacional (Simão, Benradt e Haydn, 2025). Embora a suspensão tenha caráter temporário, tal decisão acendeu alertas na comunidade internacional sobre um possível enfraquecimento da cultura global de integridade e do *enforcement* anticorrupção. Espera-se que as futuras diretrizes reafirmem o compromisso dos Estados Unidos com a responsabilização de atos ilícitos no setor empresarial, evitando retrocessos na governança transnacional e nos marcos de cooperação internacional anticorrupção.

b) UK Bribery Act.

O UK Bribery Act, promulgado em 2010, é considerado uma das legislações anticorrupção mais abrangentes e rigorosas do mundo. Diferente da FCPA, que foca principalmente no suborno de funcionários públicos estrangeiros, o UK Bribery Act aplica-se a todas as formas de suborno, tanto no setor público quanto privado. Isso significa que empresas e indivíduos podem ser responsabilizados por qualquer tipo de suborno, incluindo ofertas ou recebimento de subornos dentro de sua própria organização (Figueiredo e Costa, 2022).

Além disso, o UK Bribery Act estabelece uma defesa corporativa: as empresas podem se eximir de responsabilidade se provarem que tomaram medidas adequadas para prevenir o suborno. Esse aspecto é um reflexo da crescente ênfase na governança corporativa responsável, que exige das organizações um esforço proativo para implementar políticas de integridade (Ayres e Braithwaite, 1992).

A aplicabilidade extraterritorial do UK Bribery Act também é uma característica importante, visto que a legislação se aplica a qualquer empresa ou indivíduo envolvido em práticas de suborno que tenham uma conexão com o Reino Unido, independentemente de sua localização (Figueiredo e Costa, 2022). Isso torna o UKBA um exemplo de como as legislações globais podem impactar organizações de diferentes nacionalidades.

Pode-se destacar essas duas legislações por sua influência internacional, embora existam outras normas relevantes que não foram abordadas neste estudo.

c) Outras legislações e normas internacionais.

Além das legislações nacionais, tratados e diretrizes internacionais reforçam a importância do compliance. A Convenção Anticorrupção da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 1997, ratificada pelo Brasil em 2000, prevê compromissos voltados à integridade empresarial e à responsabilização de pessoas jurídicas.

No âmbito das Nações Unidas, destaca-se a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção (UNCAC), de 2003, que promove políticas de integridade, boa governança e mecanismos de controle interno.

A *GDPR*, aplicável a países da União Europeia desde 2018, estabelece diretrizes rígidas sobre o tratamento de dados pessoais, influenciando diretamente a Lei Geral de Proteção de Dados brasileira (LGPD). A *GDPR* reforça o princípio da responsabilidade proativa (*accountability*), exigindo que empresas demonstrem a eficácia de seus sistemas de conformidade.

As normas ISO, em especial a ISO 37001 (sistemas de gestão antissuborno) e a ISO 37301 (sistemas de gestão de compliance), fornecem parâmetros técnicos para a estruturação, implementação e avaliação de programas de integridade eficazes, com aplicabilidade às operadoras de saúde e demais entes regulados.

2.2. Legislação Nacional.

a) Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013).

No Brasil, a Lei nº 12.846/2013, também conhecida como a Lei Anticorrupção, representou um avanço significativo no combate à corrupção e no incentivo à adoção de programas de compliance por empresas. Inspirada em legislações como a FCPA, a Lei Anticorrupção estabelece a responsabilidade objetiva das empresas por atos de corrupção, independentemente da comprovação de culpa ou dolo (SILVA, 2019). Isso significa que as empresas podem ser responsabilizadas pela prática de atos ilícitos, mesmo que não tenha sido demonstrado que a alta direção tenha participado diretamente dessas práticas.

A Lei Anticorrupção impõe sanções severas às empresas envolvidas em corrupção, incluindo multas que podem atingir até 20% do faturamento bruto anual da empresa, além de outras penalidades, como a suspensão de contratos com o poder público (ASSI, 2018). Em contrapartida, a lei oferece um benefício de redução de pena para as empresas que implementem programas de compliance eficazes e demonstram esforço para prevenir atos de corrupção (LIMA, 2021).

Segundo Souza (2020), uma das inovações mais importantes da Lei Anticorrupção é a exigência de programas de integridade, o que obrigou as empresas brasileiras a adaptar suas práticas de governança corporativa para atender aos novos requisitos legais. A adoção de programas de compliance passou a ser vista não apenas como uma recomendação, mas como uma exigência para empresas que desejam operar de maneira legal e ética no Brasil.

b) Decreto nº 11.129/2022 - Regulamentação da Lei Anticorrupção.

Em 2022, o Decreto nº 11.129, regulamentou aspectos da Lei Anticorrupção, detalhando os requisitos para a implementação de programas de integridade nas empresas e as melhores práticas para garantir a conformidade com as normas anticorrupção (BRASIL, 2022). O decreto é um passo importante para aprimorar a aplicação da Lei Anticorrupção, especialmente no que se refere às ações das empresas no combate à corrupção e no fortalecimento da transparência.

O decreto estabelece critérios claros para a avaliação dos programas de compliance, destacando a importância de uma estrutura sólida de governança corporativa e a necessidade de um compromisso da alta administração para a

implementação e supervisão contínua dessas práticas (BRASIL, 2022). As empresas que cumprirem esses requisitos podem se beneficiar de uma redução nas sanções em caso de violação das normas.

Conforme ressalta Figueiredo e Costa (2022), o decreto detalhou critérios essenciais para programas de integridade eficazes, incluindo auditorias e monitoramento contínuo.

Além de estruturar os programas de integridade, o decreto também regulamenta o acordo de leniência, previsto no artigo 16 da Lei Anticorrupção. Esse mecanismo, conforme basilar o professor Antonik (2016), possibilita que empresas envolvidas em atos ilícitos colaborem com as investigações, fornecendo informações relevantes às autoridades em troca de uma redução nas penalidades aplicáveis. Para que o acordo seja firmado, a empresa deve cessar completamente sua participação nas infrações, admitir sua responsabilidade e demonstrar a efetividade das medidas de compliance adotadas para evitar novas irregularidades. Dessa forma, o acordo de leniência não apenas auxilia na responsabilização dos envolvidos, mas também incentiva a cultura de autorregulação e a melhoria contínua dos programas de compliance corporativo.

No que diz respeito às penalidades, o decreto reafirma a possibilidade de aplicação de multas que podem chegar a 20% do faturamento bruto da empresa, além de sanções administrativas que incluem a proibição de receber incentivos fiscais e a dissolução compulsória em casos de violações graves. Essas punições reforçam a necessidade de um programa de compliance estruturado, garantindo que as organizações adotem práticas de conformidade que minimizem riscos e assegurem maior transparência nas operações.

O fortalecimento da legislação brasileira por meio do Decreto nº 11.129/2022 alinha o país às melhores práticas internacionais, contribuindo para um ambiente de negócios mais seguro e confiável. Dessa forma, a adoção de medidas rigorosas de integridade corporativa não apenas pode reduzir a exposição a riscos legais e financeiros, mas também promove a governança ética e sustentável dentro das empresas.

c) O Papel da Controladoria-Geral da União (CGU).

A Controladoria-Geral da União (CGU) desempenha um papel central na aplicação e fiscalização da Lei Anticorrupção e do Decreto nº 11.129/2022. Tanto que editou o Guia de Diretrizes para Empresas Privadas, e como apoia Pontin et al. (2020), esse órgão fiscaliza a integridade corporativa, conduz investigações e aplica sanções contra empresas que violam normas de conformidade, sendo o principal órgão responsável pelo monitoramento da integridade e conformidade das empresas que mantêm relações com a administração pública. A CGU atua na prevenção e combate à corrupção, na implementação de políticas de integridade e na fiscalização de irregularidades em contratos e licitações públicas.

No âmbito da Lei Anticorrupção, a CGU é responsável por instaurar processos administrativos de responsabilização (PAR) contra empresas suspeitas de atos ilícitos, conduzindo investigações que podem resultar em sanções severas. A fiscalização ocorre por meio de auditorias, análises de denúncias, cruzamento de dados e parcerias com outros órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União (TCU) e o Ministério Público Federal (MPF). Além disso, a CGU tem um papel fundamental na definição de parâmetros para a avaliação da efetividade dos programas de compliance das empresas, verificando se as práticas adotadas são suficientes para prevenir e detectar atos ilícitos.

Seguindo para os acordos de leniência também são conduzidos pela CGU em parceria com a Advocacia-Geral da União (AGU). Esses acordos permitem que empresas envolvidas em atos ilícitos colaborem com as investigações e adotem medidas corretivas em troca de benefícios, como a redução de multas e a possibilidade de continuar firmando contratos com o setor público. Para formalizar um acordo de leniência, a empresa precisa admitir sua responsabilidade, cessar as práticas ilegais e fornecer provas relevantes para as investigações, além de se comprometer a aprimorar seu programa de integridade.

As penalidades aplicadas pela CGU às empresas infratoras variam conforme a gravidade das infrações e o nível de cooperação da organização. As sanções incluem multas que podem chegar a 20% do faturamento bruto da empresa no último exercício fiscal e a inclusão no Cadastro Nacional de Empresas Punidas (CNEP), o que impede

a participação em novas contratações com o setor público. Nos casos mais graves, a CGU pode recomendar a dissolução compulsória da empresa.

A atuação da CGU, aliada a uma legislação anticorrupção rigorosa, fortalece a governança corporativa e incentiva as empresas a investirem em compliance. Ao estabelecer mecanismos eficazes de controle e transparência, o órgão contribui para um ambiente de negócios mais ético e sustentável, reduzindo a judicialização de conflitos e prevenindo desperdícios financeiros e administrativos, e encontramos todo este estudo baseado no Guia de Diretrizes para Empresas Privadas já citado, construído pela própria CGU (2024).

No âmbito da saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem estimulado a adoção de práticas de compliance por meio de normativos como a RN nº 443/2019, que reforça a importância de mecanismos de controle interno, gestão de riscos e auditoria. Essa vinculação regula a atuação das operadoras diante dos princípios de eficiência, transparência e responsabilidade.

2.3. Comparação entre as legislações.

A regulamentação do compliance tem um impacto direto na desjudicialização e na mitigação de desperdícios dentro das organizações, especialmente no setor da saúde e nas relações empresariais. A implementação de legislações rigorosas como a *FCPA* e o *UK Bribery Act*, segundo Pontin et al. (2020) ajudou a estabelecer padrões globais que incentivam as empresas a adotarem medidas preventivas, reduzindo a necessidade de litígios e assegurando um ambiente corporativo mais transparente e previsível.

No Brasil, a Lei Anticorrupção e o Decreto nº 11.129/2022 desempenham um papel crucial na redução de disputas judiciais e no fortalecimento da governança empresarial. A criação de programas de compliance robustos, aliada a mecanismos eficientes de controle interno, evita fraudes, irregularidades e ineficiências operacionais, o que se traduz na diminuição de processos judiciais e na melhor alocação de recursos, nos moldes de Antonik (2016).

Além disso, a conformidade com a legislação vigente permite que as empresas atuem de maneira mais eficiente, reduzindo desperdícios financeiros e operacionais, como pagamentos indevidos, falhas em contratações e processos administrativos mal geridos. A otimização desses processos resulta não apenas em economia financeira, mas também em maior credibilidade e competitividade no mercado.

A seguir, uma tabela comparativa entre a *FCPA*, o *UK Bribery Act* e a Lei Anticorrupção brasileira. Esta comparação evidencia as semelhanças e as diferenças entre as legislações, com foco nos aspectos mais relevantes para as empresas que buscam garantir a conformidade com os regulamentos anticorrupção:

Aspecto	FCPA (EUA)	UK Bribery Act (Reino Unido)	Lei Anticorrupção (Brasil)
Ano de Promulgação	1977	2010	2013
Objetivo Principal	Combater suborno de funcionários públicos estrangeiros e exigir transparência financeira.	Combater suborno no setor público e privado, sem distinção de país.	Responsabilizar empresas privadas por atos ilícitos praticados contra a administração pública, incluindo suborno e fraudes.
Suborno Público/Privado	Foca em subornos a funcionários públicos estrangeiros.	Foca em subornos tanto no setor público quanto no privado.	Foca em suborno contra a administração pública, mas também aplica a empresas privadas.
Cobertura Geográfica	Aplica-se a empresas americanas e estrangeiras que negociam em mercados financeiros dos EUA.	Aplica-se a empresas britânicas e a todas que realizam negócios no Reino Unido.	Aplica-se a todas as empresas brasileiras e estrangeiras que operam no Brasil.
Sanções	Empresas e outras entidades: multa máxima de US\$ 25 milhões por violação. Indivíduos: penas máximas de 20	Multas ilimitadas para empresas, prisão de até 10 anos para pessoas físicas, destituição de cargo de administrador, proibição de	Multa: 0,1% a 20% do faturamento bruto do exercício anterior; se inaplicável, de R\$ 6 mil a R\$ 60 milhões.

Aspecto	FCPA (EUA)	UK Bribery Act (Reino Unido)	Lei Anticorrupção (Brasil)
	anos de prisão e uma multa de US\$ 5 milhões.	participar como diretor por até 15 anos e, em casos mais graves, dissolução da empresa.	Sanções civis: perdimento de bens, suspensão de atividades, dissolução compulsória e proibição de incentivos públicos.
Requisitos	Empresas devem manter controles internos rigorosos e manter registros financeiros precisos.	Empresas devem implementar programas de compliance robustos e sistemas de controle para evitar subornos.	Empresas devem adotar programas de integridade, com mecanismos de auditoria e controles internos.
Responsabilidade	Responsabilidade de empresas por não ter controles adequados para evitar subornos, bem como pessoas físicas.	Responsabilidade de empresas e indivíduos (executivos) envolvidos em subornos.	Responsabilidade objetiva das empresas, sem a necessidade de comprovação de dolo ou culpa.

Fonte: Elaborada pelo Autor.

A comparação entre as legislações nacionais e estrangeiras revela a convergência de princípios: integridade, prevenção, responsabilização e transparência. No entanto, o grau de exigência e fiscalização varia, sendo os modelos norte-americano e britânico considerados mais rígidos e efetivos. No Brasil, embora os avanços sejam significativos, a efetiva implementação e fiscalização dos programas de compliance ainda enfrenta desafios estruturais e culturais.

3. OS PILARES DO COMPLIANCE.

O conceito de compliance refere-se ao conjunto de práticas, políticas e procedimentos que asseguram que uma operadora de plano de saúde esteja em conformidade com as leis, regulamentos e normas internas e externas que regem suas atividades. No contexto brasileiro, o compliance ganhou destaque com a promulgação da Lei nº 12.846/2013, conhecida como Lei Anticorrupção, que trouxe à tona a necessidade de mecanismos eficazes para a prevenção, detecção e remediação de atos ilícitos.

Este capítulo visa explorar os dez pilares fundamentais de um Programa de Compliance, baseando-se em diretrizes internacionais e na legislação brasileira, com ênfase nas orientações da Controladoria-Geral da União (CGU) e nas melhores práticas corporativas.

A implementação dos dez pilares do compliance é fundamental para o desenvolvimento de um programa eficaz, na posição de Sibille, Serpa e Faria (2020), que não apenas atenda às exigências legais, mas também promova uma cultura ética e transparente. A integração desses elementos contribui para a prevenção de riscos e fortalece a reputação da operadora de plano de saúde no mercado. A conformidade com as legislações vigentes, incluindo o Decreto nº 11.129/2022, e a adoção de boas práticas de governança são essenciais para o sucesso e a sustentabilidade das organizações no cenário atual.

a) Suporte da Alta Administração.

O comprometimento da alta administração é essencial para o sucesso de qualquer programa de compliance, inclusive em operadoras de planos de saúde. A liderança deve demonstrar apoio ativo e visível, garantindo que os valores éticos sejam incorporados à cultura organizacional. Este pilar está alinhado com o artigo 41 do Decreto nº 8.420/2015 e com o Decreto nº 11.129/2022, que regulamenta a Lei Anticorrupção, exigindo que a alta direção atue de forma transparente e ética.

O suporte da alta administração deve ser demonstrado de forma contínua e tangível, respaldado por estudo de obra organizada por Braga e Sousa (2017),

dissertada pela Prof. Leni Hidalgo. Isso inclui a alocação de recursos financeiros, humanos e tecnológicos suficientes para a implementação e manutenção do programa de compliance. A alta direção deve assegurar que o responsável pelo compliance tenha autonomia e acesso direto aos níveis mais altos da governança corporativa, conforme estipulado no Decreto nº 11.129/2022 em seu art. 57, inc. I.

Além disso, é fundamental que os líderes empresariais atuem como exemplos de comportamento ético. Eles devem participar ativamente de treinamentos, promover a disseminação dos valores de integridade e incluir discussões sobre compliance nas agendas de reuniões estratégicas. A criação de uma cultura organizacional baseada na ética e na conformidade depende do engajamento e da postura da alta administração frente às questões de integridade, que lemos no Decreto nº 11.129/2022 em seu art. 57, inc. II.

O mesmo Decreto, no bojo de todo o art. 57 especifica que o comprometimento da alta administração deve ser evidente não apenas em declarações públicas, mas também na adoção de práticas que incentivem a transparência e a prestação de contas. Isso inclui a definição de metas de compliance, o monitoramento contínuo dos resultados e a implementação de ações corretivas sempre que necessário.

Por fim, no mesmo artigo respalda que a alta administração deve promover um ambiente onde os colaboradores se sintam seguros para relatar condutas inadequadas sem medo de retaliação. Isso reforça a importância de canais de denúncia eficazes e de uma política clara de proteção aos denunciantes, conforme previsto na legislação vigente.

Portanto, graças a este pilar, temos o que chamamos de “exemplo de imagem”, e os colaboradores, tanto da parte administrativa, quanto assistencial terão um líder a se espelhar, decorrendo facilidade no acultramento daquele grupo.

b) Avaliação de Riscos.

A avaliação de riscos em uma operadora de saúde é um processo essencial para identificar, analisar e mitigar ameaças que possam comprometer a conformidade regulatória, a sustentabilidade financeira e a qualidade dos serviços prestados

conforme Negrão e Pontelo (2017). Esse processo envolve a análise de fatores como riscos regulatórios, operacionais, financeiros e reputacionais, incluindo o cumprimento das normativas da ANS, fraudes em reembolsos, glosas médicas e a judicialização excessiva. Ferramentas como auditorias internas, análise preditiva de dados, monitoramento de contratos e implementação de controles internos são fundamentais para minimizar vulnerabilidades e garantir a eficiência da gestão. A adoção de uma abordagem proativa na gestão de riscos contribui para a previsibilidade dos custos, a proteção dos beneficiários e a sustentabilidade da operadora no longo prazo.

Este processo deve ser contínuo e adaptado às mudanças no ambiente interno e externo da empresa. A análise de riscos deve considerar fatores como o setor de atuação, a localização geográfica, o perfil dos parceiros comerciais e o histórico de conformidade da operadora de plano de saúde.

De acordo com o Decreto nº 11.129/2022, no art. 56, par. único e art. 57, V, a avaliação de riscos deve ser integrada aos processos de tomada de decisão da operadora de plano de saúde, garantindo que todos os níveis hierárquicos estejam cientes dos riscos e das medidas de mitigação. A gestão de riscos também deve estar alinhada com as diretrizes da ISO 31000, que orienta sobre os princípios e diretrizes para a gestão de riscos.

A realização de avaliações periódicas de riscos é essencial para identificar novas ameaças e oportunidades de melhoria. Este processo deve incluir a participação de diferentes áreas da operadora de plano de saúde, garantindo uma visão abrangente e integrada dos riscos. A documentação e o monitoramento dos riscos identificados são fundamentais para a eficácia do programa de compliance.

Existem diversas ferramentas e métodos eficazes para a avaliação de riscos em uma empresa, como demonstra Assi (2018). Entre eles destacam-se a Análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), que permite identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, e a Matriz de Riscos, que classifica os riscos com base em sua probabilidade e impacto. Outros métodos incluem a Análise de Cenários, que explora possíveis eventos futuros e suas consequências, e o uso de indicadores-chave de risco (*KRIs*) para monitorar continuamente a exposição da operadora de plano de saúde a riscos específicos. A escolha das ferramentas deve

considerar as características e necessidades específicas da empresa, garantindo uma abordagem personalizada e eficaz.

c) Código de Conduta e Políticas de Compliance.

O código de conduta dentro de um plano de saúde é um instrumento essencial para estabelecer padrões éticos e diretrizes claras de comportamento para colaboradores, prestadores de serviço e parceiros comerciais. Ele assegura que todas as ações estejam alinhadas com os princípios de transparência, integridade e respeito aos direitos dos beneficiários, reduzindo riscos de condutas inadequadas e infrações regulatórias, conforme ditames de Negrão e Pontelo (2017). Além disso, um código de conduta bem estruturado promove a cultura de compliance, fortalecendo a confiança dos clientes e reguladores, prevenindo litígios e garantindo um atendimento mais seguro e eficaz dentro do sistema de saúde suplementar.

As políticas de compliance, por sua vez, detalham procedimentos específicos para a prevenção e detecção de irregularidades. Isso inclui políticas anticorrupção, de relacionamento com o setor público, de gestão de conflitos de interesse e de proteção de dados, entre outras. O Decreto nº 11.129/2022 reforça a necessidade de políticas bem estruturadas e adaptadas à realidade da operadora de plano de saúde.

Entre as principais políticas que devem ser elaboradas, apontadas por Sibille, Serpa e Faria (2020), estão: a política anticorrupção, que define diretrizes para prevenir e combater práticas corruptas; a política de brindes, hospitalidades e presentes, que estabelece limites e condições para a oferta e o recebimento de benefícios; a política de conflitos de interesse, que orienta sobre como identificar e mitigar situações que possam comprometer a imparcialidade; e a política de proteção de dados, que garante a conformidade com a LGPD. A importância dessas políticas reside no fato de que elas fornecem um quadro claro de comportamentos aceitáveis, fortalecendo a integridade organizacional e mitigando riscos legais e reputacionais.

Portanto, implementação e a atualização periódica do código de conduta e das políticas de compliance são fundamentais para garantir a conformidade com as leis e regulamentos vigentes. Além disso, é importante que todos os colaboradores sejam

treinados e conscientizados sobre a importância dessas diretrizes para a integridade da operadora de plano de saúde.

d) Controles Internos.

A implementação de controles internos em uma operadora de plano de saúde é fundamental para garantir a conformidade regulatória, a eficiência operacional e a mitigação de riscos financeiros e jurídicos. Esses controles auxiliam na detecção e prevenção de fraudes, erros em faturamento, glosas indevidas e práticas que possam comprometer a qualidade do atendimento ao beneficiário. Além disso, possibilitam maior transparência nos processos internos, asseguram o cumprimento das normativas da ANS e fortalecem a governança corporativa. Com um sistema de controles bem estruturado, a operadora pode reduzir a judicialização, otimizar recursos e melhorar a experiência do usuário, promovendo um serviço mais seguro, eficiente e sustentável.

Os controles internos são mecanismos essenciais para garantir a integridade, a transparência e a eficiência das operações da operadora de plano de saúde. Eles incluem políticas, procedimentos e práticas que visam prevenir, detectar e corrigir irregularidades, assegurando a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis.

De acordo com o *COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission)*¹, os controles internos devem ser baseados em cinco componentes principais: ambiente de controle, avaliação de riscos, atividades de controle, informação e comunicação, e monitoramento. O Decreto nº 11.129/2022 também enfatiza a importância dos controles internos como ferramenta de prevenção e detecção de irregularidades.

A implementação de controles internos eficazes requer a participação de todas as áreas da operadora de plano de saúde e o comprometimento da alta administração,

¹ COSO é um modelo de referência internacionalmente reconhecido para estruturação, avaliação e aprimoramento de controles internos, gestão de riscos e governança corporativa. Forma uma estrutura integrada que fornece princípios e diretrizes para que organizações alcancem seus objetivos com segurança, por meio da efetiva gestão de riscos, confiabilidade das informações, conformidade com leis e regulamentos e eficiência operacional.

apoiado no ensinamento de Negrão e Pontelo (2017). A auditoria interna desempenha um papel crucial na avaliação da eficácia dos controles e na recomendação de melhorias contínuas.

Entre as ferramentas de detecção de irregularidades destacam-se as auditorias periódicas, o uso de softwares de monitoramento contínuo e análise de dados (*data analytics*), e a realização de testes de conformidade. A ISO 19600 recomenda o uso de indicadores de desempenho de compliance (*KPIs*) e revisões independentes para assegurar a eficácia dos controles. O COSO, por sua vez, sugere o uso de técnicas como a segregação de funções, que evita a concentração de poder em uma única pessoa, e a realização de reconciliações e verificações cruzadas periódicas para identificar discrepâncias e anomalias. Essas ferramentas permitem uma detecção precoce de falhas e fraudes, contribuindo para a integridade e a transparência organizacional.

Assim, suma importância da implementação de controles internos em uma operadora de plano de saúde reside na garantia de eficiência operacional, conformidade regulatória e mitigação de riscos financeiros e jurídicos. Esses controles possibilitam maior transparência na gestão, evitando fraudes, erros administrativos e práticas que possam comprometer a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários. Além disso, asseguram o cumprimento das normativas da ANS, reduzindo a possibilidade de sanções e penalidades. Um sistema de controles internos bem estruturado fortalece a governança corporativa, melhora a experiência dos usuários e contribui para a sustentabilidade financeira da operadora, promovendo um ambiente mais seguro e confiável para todos os envolvidos.

e) Treinamento e Comunicação.

O treinamento e a comunicação são pilares fundamentais para a disseminação da cultura de compliance na operadora de plano de saúde. Programas de treinamento regulares e adaptados às necessidades específicas dos colaboradores são essenciais para garantir que todos compreendam suas responsabilidades e saibam como agir em conformidade com as políticas e regulamentos da empresa, onde Negrão e Pontelo (2017) citam a necessidade, principalmente na Gestão de Pessoas.

O Decreto nº 11.129/2022 destaca a importância de programas de treinamento que alcancem todos os níveis do plano de saúde, promovendo a conscientização sobre os riscos de corrupção e as medidas preventivas.

A comunicação eficaz, por sua vez, garante que as informações sobre o programa de compliance sejam acessíveis e compreensíveis para todos os stakeholders, se valendo da utilização de diferentes canais de comunicação, como intranet, newsletters, workshops e reuniões presenciais, contribui para o engajamento dos colaboradores e para a criação de um ambiente organizacional baseado na ética e na transparência.

f) Canais de Denúncias.

A implementação de canais de denúncias seguros e acessíveis é essencial para a detecção precoce de irregularidades e para a promoção de uma cultura de transparência na operadora de saúde. Esses canais permitem que colaboradores, parceiros e terceiros relatem condutas inadequadas de forma confidencial e sem medo de retaliação.

A Instrução CVM nº 509/2011 exige que empresas de capital aberto no Brasil mantenham canais para o recebimento de denúncias, assegurando o sigilo e a proteção dos denunciantes. O Decreto nº 11.129/2022 também estabelece a obrigatoriedade de canais de denúncia eficazes e a proteção contra retaliações.

A gestão dos canais de denúncia deve ser conduzida por uma área independente, que garanta a imparcialidade e a confidencialidade das informações recebidas. Além disso, é fundamental que a operadora promova a conscientização sobre a importância dos canais de denúncia e incentive a sua utilização como uma ferramenta de integridade, e esse tópico é abordado no Guia de Diretrizes para Empresas Privadas, construído pela própria CGU (2024).

g) Investigações Internas.

Procedimentos claros para a investigação de denúncias e suspeitas de irregularidades são essenciais para a integridade do programa de compliance. As

investigações devem ser conduzidas de forma imparcial, garantindo a confidencialidade e o devido processo legal.

As investigações internas em planos de saúde são essenciais para detectar e corrigir irregularidades, fraudes e não conformidades que possam comprometer a integridade da operadora. Elas permitem identificar práticas abusivas, como superfaturamento de procedimentos, uso indevido dos serviços pelos beneficiários e fraudes em reembolsos, garantindo a transparência e a ética nas operações. Além disso, as investigações internas fortalecem o compliance e a governança corporativa, mitigando riscos regulatórios e evitando sanções da ANS e de outros órgãos fiscalizadores. Ao implementar processos internos de auditoria e apuração de denúncias, a operadora promove um ambiente mais seguro e confiável para beneficiários, colaboradores e prestadores de serviço, reduzindo a judicialização e aumentando a credibilidade da empresa no mercado.

A legislação brasileira, por meio da Lei nº 13.608/2018 e do Decreto nº 11.129/2022, estabelece diretrizes para a proteção de denunciante e a condução de investigações internas, assegurando que todas as alegações sejam tratadas com seriedade e imparcialidade. A transparência e a documentação adequada das investigações são fundamentais para a credibilidade do programa de compliance.

O fluxo investigativo deve começar com o recebimento da denúncia, que pode ser realizada por meio de canais internos seguros e confidenciais. Após o recebimento, a denúncia deve ser registrada e uma análise preliminar deve ser conduzida para determinar a veracidade e a gravidade da alegação. Se a denúncia for considerada válida, uma investigação formal deve ser iniciada.

Deste meio, a investigação deve seguir etapas bem definidas, que nos ajuda a detalhar Sibille, Serpa e Faria (2020), que são, por exemplo, coleta de evidências, entrevistas com as partes envolvidas e análise de documentos pertinentes. É fundamental que o processo seja conduzido com isenção, garantindo que todas as partes sejam ouvidas e que os direitos dos envolvidos sejam respeitados. Ferramentas de auditoria forense e análise de dados podem ser utilizadas para identificar padrões e indícios de irregularidades.

Durante o processo, é importante manter um registro detalhado de todas as etapas da investigação, incluindo decisões tomadas, evidências coletadas e entrevistas realizadas. O acompanhamento da denúncia deve ser transparente, garantindo que o denunciante receba informações sobre o andamento do processo, sempre que possível, sem comprometer a confidencialidade da investigação.

Ao final da investigação, um relatório detalhado deve ser elaborado, apresentando as conclusões e recomendando ações corretivas, se necessário. Este relatório deve ser encaminhado à alta administração e, quando apropriado, ao conselho de administração ou ao comitê de auditoria, assegurando que as decisões sejam baseadas em informações precisas e imparciais.

Vale lembrar que a transparência no reporte dos resultados é fundamental para manter a confiança dos colaboradores e da alta administração no programa de compliance. A isenção e a eficiência na condução das investigações internas fortalecem a cultura de integridade da operadora de plano de saúde e contribuem para a prevenção de futuras irregularidades.

Então concluímos que as investigações internas em planos de saúde garantem a detecção precoce de irregularidades, a transparência nas operações e a conformidade com normativas regulatórias, como as diretrizes da ANS. Elas asseguram que fraudes, erros administrativos e condutas antiéticas sejam rapidamente identificados e corrigidos, evitando prejuízos financeiros e sanções legais. Além disso, garantem a proteção dos beneficiários contra práticas abusivas, fortalecem a governança corporativa e promovem um ambiente organizacional mais íntegro e confiável. A implementação de investigações internas eficazes também reduz a judicialização, melhora a reputação da operadora e reforça a cultura de ética e conformidade dentro da instituição.

h) Due Diligence.

A *due diligence*, ou diligência prévia, nas palavras de Sibille, Serpa e Faria (2020), é um processo meticuloso que envolve a verificação cuidadosa de terceiros, parceiros comerciais e processos de aquisição com o objetivo de identificar riscos potenciais. Este pilar é fundamental para assegurar que a operadora de plano de

saúde não se envolva inadvertidamente em atividades ilícitas, protegendo sua integridade e reputação no mercado.

Aplicada em planos de saúde, é um processo essencial para avaliar riscos, assegurar a conformidade regulatória e garantir a integridade nas relações comerciais e operacionais. Esse procedimento consiste em uma análise criteriosa de aspectos financeiros, jurídicos, operacionais e reputacionais da operadora e seus parceiros, permitindo identificar possíveis fraudes, conflitos de interesse e irregularidades contratuais.

No contexto da saúde suplementar, a *due diligence* é fundamental para verificar a idoneidade de prestadores de serviços, fornecedores e parceiros, minimizando riscos de corrupção, fraudes em faturamento e descumprimento das normas da ANS. Além disso, auxilia na tomada de decisões estratégicas, como fusões, aquisições e contratação de novos serviços, assegurando maior segurança jurídica e sustentabilidade financeira à operadora.

O Decreto nº 11.129/2022, no art. 57, XIII, enfatiza a importância da *due diligence* na prevenção de atos lesivos contra a administração pública, destacando a necessidade de avaliar o histórico e a integridade dos parceiros comerciais antes de firmar contratos. Esse processo não deve ser encarado como uma atividade pontual, mas sim como um procedimento contínuo, que inclua a análise de documentos, entrevistas e a verificação de informações em fontes públicas e privadas.

Seu fluxo pode ser dividido em etapas bem definidas, que garantem uma abordagem sistemática e eficaz. Seu primeiro passo é definir o escopo e os objetivos da *due diligence*. Isso envolve a identificação das áreas que precisam ser avaliadas, como aspectos financeiros, legais, ambientais, regulatórios e reputacionais. O planejamento deve considerar o contexto do relacionamento comercial e os riscos inerentes ao setor de atuação. Uma *due diligence* em uma fusão ou aquisição, por exemplo, pode demandar uma análise mais aprofundada do que a contratação de um fornecedor local.

Com o escopo definido, inicia-se a fase de coleta de dados relevantes sobre a parte avaliada. Isso inclui documentos corporativos, demonstrações financeiras

auditadas, histórico de litígios, informações de compliance anteriores e antecedentes dos principais executivos. Além disso, deve-se buscar informações em bases de dados públicas e privadas, como listas de sanções internacionais, registros de processos judiciais e mídias especializadas.

Nesta etapa, as informações coletadas são analisadas de forma crítica para identificar potenciais riscos. A utilização de ferramentas como listas de sanções, registros públicos, e bases de dados de integridade facilita a identificação de problemas ocultos, como envolvimento em corrupção, fraudes financeiras ou violações ambientais. A análise deve considerar a probabilidade de ocorrência dos riscos e o impacto potencial para a operadora de plano de saúde.

As entrevistas com *stakeholders* internos e externos são fundamentais para confirmar a veracidade das informações obtidas. Durante essas conversas, é possível esclarecer dúvidas, obter novos insights e identificar possíveis inconsistências. As verificações cruzadas de dados ajudam a validar as informações e a garantir que nenhum detalhe relevante seja negligenciado.

Após a análise detalhada, é elaborado um relatório abrangente com os achados da investigação. O documento deve apresentar os riscos identificados, a probabilidade de ocorrência, o impacto potencial e as recomendações para mitigar os riscos encontrados. O relatório deve ser claro e objetivo, facilitando a compreensão dos gestores que tomarão as decisões com base nessas informações.

Com o relatório em mãos, a alta administração pode tomar decisões informadas sobre a continuidade do relacionamento com o terceiro ou a realização do investimento. Se os riscos identificados forem considerados inaceitáveis, a operadora de plano de saúde pode optar por não prosseguir com a transação. Alternativamente, medidas mitigatórias podem ser implementadas para reduzir a exposição aos riscos.

A *due diligence* não termina com a decisão inicial. É fundamental implementar um sistema de monitoramento contínuo para garantir que os riscos permaneçam sob controle durante toda a relação comercial. O acompanhamento deve incluir revisões periódicas das informações, auditorias internas e externas, e a atualização constante das bases de dados.

Ao adotar um processo estruturado de *due diligence*, a operadora de plano de saúde não apenas minimiza sua exposição a riscos legais, financeiros e reputacionais, mas também promove uma cultura de integridade e responsabilidade. A diligência prévia eficaz fortalece a confiança nos relacionamentos comerciais e contribui para a sustentabilidade e o sucesso a longo prazo da operadora de plano de saúde.

i) Monitoramento e Auditoria.

O monitoramento e a auditoria em planos de saúde são fundamentais para garantir a conformidade regulatória, a eficiência operacional e a mitigação de riscos financeiros e jurídicos. O monitoramento contínuo permite que a operadora identifique padrões suspeitos, como fraudes em reembolsos, glosas indevidas e descumprimento de contratos, promovendo a transparência e a ética na gestão. Já a auditoria interna e externa avalia a conformidade com normativas da ANS, inclusive do método citado por Antonik (2016), assegurando que os processos estejam alinhados com as diretrizes regulatórias. Além disso, essas ferramentas ajudam a detectar falhas nos controles internos, aprimorar a governança corporativa e evitar sanções regulatórias. A implementação eficaz de um sistema de monitoramento e auditoria contribui para a sustentabilidade financeira da operadora e melhora a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários.

O monitoramento contínuo e auditorias regulares são necessários para avaliar a efetividade do programa de compliance. Estes processos ajudam a identificar falhas e áreas que necessitam de melhorias, garantindo a atualização constante das políticas e procedimentos.

A ISO 19600, que trata das diretrizes para sistemas de gestão de compliance, recomenda a realização de auditorias internas e externas para assegurar a conformidade e a eficácia do programa. O Decreto nº 11.129/2022, no art. 57, XV, também estabelece a necessidade de monitoramento contínuo para a eficácia do programa de integridade.

A auditoria interna desempenha um papel crucial na identificação de riscos e na recomendação de ações corretivas. O monitoramento contínuo, por sua vez,

garante que o programa de compliance esteja sempre alinhado com as melhores práticas e com as exigências legais.

Entre as ferramentas e meios de controle recomendados pelas normas ISO e COSO, destacam-se Indicadores de Desempenho (*KPIs*), utilizando de métricas específicas para medir a eficácia das políticas de compliance e identificar áreas de risco; análises de dados e monitoramento contínuo que permitem a análise de grandes volumes de dados para identificar padrões suspeitos e prevenir irregularidades; auditorias internas e externas com revisões sistemáticas dos processos e controles internos para garantir a conformidade com as normas e identificar oportunidades de melhoria; revisões periódicas de políticas e procedimentos, com atualização constante das políticas de compliance para refletir mudanças na legislação e nas operações da operadora de plano de saúde; segregação de funções implementando controles que impedem que uma única pessoa tenha controle total sobre processos críticos, reduzindo o risco de fraudes e testes de conformidade, realizando avaliações regulares para verificar se os processos estão sendo executados conforme as diretrizes estabelecidas.

Embora estejam inter-relacionados, compliance e auditoria têm funções distintas dentro da operadora de plano de saúde. O compliance é responsável pela criação e implementação de políticas, procedimentos e controles que garantam a conformidade com leis, regulamentos e normas internas. Ele atua de forma preventiva, promovendo uma cultura de integridade e ética.

A auditoria, por outro lado, é uma função independente que avalia a eficácia dos controles internos implementados pelo compliance. Ela verifica se os processos estão sendo seguidos corretamente e identifica possíveis desvios ou áreas de risco. Enquanto o compliance trabalha na prevenção, a auditoria foca na detecção e na correção de irregularidades.

A auditoria fornece à alta administração e ao conselho de administração da empresa de saúde uma visão objetiva sobre a eficácia do programa de compliance, garantindo que a operadora de plano de saúde esteja operando de acordo com as melhores práticas e normas aplicáveis. Juntas, essas funções fortalecem a governança corporativa e promovem a sustentabilidade organizacional.

4. APLICABILIDADE NAS OPERADORAS DE SAÚDE.

A saúde suplementar no Brasil, apresenta um cenário ambíguo: enquanto indicadores econômicos mostram sinais de recuperação, desafios estruturais persistem, ameaçando a sustentabilidade do setor.

Em janeiro de 2025, os planos médico-hospitalares alcançaram 52,2 milhões de beneficiários, um aumento de 1,96% em relação ao ano anterior. Os planos exclusivamente odontológicos registraram 34,4 milhões de beneficiários, com crescimento de 6,28% no mesmo período.²

O setor registrou um lucro líquido superior a R\$ 10 bilhões em 2024, o maior desde a pandemia, marcando sete trimestres consecutivos de desempenho positivo. A sinistralidade média caiu para o menor nível da série histórica no quarto trimestre de 2024.³

A ANS lançou, em março de 2025, um novo painel dinâmico para acompanhar a Taxa de Intermediação Resolvida (TIR), visando aumentar a transparência e permitir um monitoramento mais preciso do setor diante das demandas registradas.⁴

A negativa de procedimentos por parte das operadoras tem levado muitos beneficiários a recorrerem à Justiça para garantir o atendimento, gerando custos inesperados e pressionando o sistema como um todo.

² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Panorama da Saúde Suplementar – 5ª Edição*. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/publicacoes/panoramasaudesuplementar05_ed01_ago_2024.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

³ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Anual de Gestão e de Atividades – Exercício 2023*. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/RelatorioanualdegestoRAG2023.pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *ANS assina acordo de cooperação técnica com o CNJ*. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-assina-acordo-de-cooperacao-tecnica-com-o-cnj>. Acesso em: 26 maio 2025.

Apesar da redução na sinistralidade média, as despesas assistenciais continuam elevadas, impulsionadas por fatores como o envelhecimento populacional e a incorporação de novas tecnologias e tratamentos de alto custo.

O setor ainda carece de investimentos significativos em inovação, tecnologia e modelos de gestão mais eficientes, o que poderia contribuir para a redução de custos e melhoria da qualidade do atendimento.

Hoje, o setor enfrenta uma crescente pressão para adotar práticas de compliance mais eficazes. Isso ocorre devido à complexidade das regulamentações que regem o setor e à necessidade de garantir que as operadoras cumpram as leis e as melhores práticas de governança corporativa. A introdução de normas como a Lei Anticorrupção (Lei nº 12.846/2013), além de exigências internacionais como a *FCPA* e o *UK Bribery Act*, tornou o compliance uma ferramenta essencial para a sustentabilidade e credibilidade das operadoras de saúde.

Ao investigar a aplicação do compliance como instrumento estratégico de gestão, prevenção de litígios e promoção da governança no setor de saúde suplementar, encontra plena ressonância em outras produções acadêmicas que exploram a eficácia desse instituto jurídico em distintos segmentos da saúde privada. Entre elas, destaca-se a obra do discente deste Programa de Mestrado Dr. Márcio Gonçalves Felipe, intitulada *A Aplicação do Compliance em Hospitais Privados para Prevenção de Erro Médico e Mitigação de Danos* (2022), a qual oferece importante referencial comparativo e corrobora diversos achados desta pesquisa.

Em primeiro lugar, àquele e este trabalho, convergem quanto à concepção do compliance como ferramenta essencial de mitigação de riscos e de fortalecimento das práticas institucionais, superando sua função meramente formal ou normativa. Felipe (2022) sustenta que o compliance, ao ser incorporado à rotina assistencial hospitalar, viabiliza a construção de estruturas preventivas voltadas à redução de falhas clínicas e à responsabilização institucional, mediante a adoção de condutas éticas, códigos internos e mecanismos de monitoramento sistemático. Do mesmo modo, esta dissertação demonstrou que a implementação sólida de programas de integridade nas operadoras de saúde repercute diretamente na racionalização de demandas judiciais

e na prevenção de passivos regulatórios, funcionando como eixo estruturante da governança institucional.

Em segundo plano, observa-se consonância na valorização da cultura de integridade e do papel pedagógico do compliance. Enquanto Felipe (2022) destaca que o sucesso de qualquer programa de conformidade exige o comprometimento da alta gestão, treinamento contínuo dos profissionais de saúde e incorporação dos valores éticos ao cotidiano hospitalar, esta dissertação defende que a consolidação de uma cultura de integridade nas operadoras é condição indispensável para que ferramentas como a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), a ouvidoria qualificada e os canais internos de conciliação sejam efetivamente eficazes na resolução extrajudicial de conflitos.

Há ainda forte convergência quanto ao papel do compliance na prevenção da judicialização. Embora com recortes distintos – Felipe focando nos litígios por erro médico e esta dissertação como pode auxiliar nos efeitos da judicialização – ambos sustentam que programas de compliance bem estruturados reduzem a incidência de demandas judiciais ao promoverem transparência, padronização de condutas, e valorização dos direitos dos pacientes e beneficiários.

No que tange à governança e à conformidade regulatória, ambos os trabalhos reconhecem a necessidade de alinhamento normativo às diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aos protocolos de acreditação hospitalar e aos marcos legais nacionais e internacionais. Felipe (2022) identifica que a função social do compliance vai além do cumprimento legal, implicando responsabilidade institucional frente aos direitos fundamentais à saúde e à dignidade humana, ideia igualmente defendida nesta dissertação, especialmente no tocante à promoção de relações contratuais mais equilibradas e à sustentabilidade do sistema.

Por fim, destaca-se a convergência na defesa da abordagem multidisciplinar do compliance. Felipe (2022) propõe que o programa de integridade em hospitais deve envolver setores diversos – jurídico, assistencial, administrativo e de governança – de forma integrada, para garantir sua efetividade. Tal proposição reforça a tese ora defendida, segundo a qual o compliance nas operadoras de saúde deve transcender

barreiras departamentais, constituindo-se como vetor transversal de institucionalização da ética, da eficiência e da responsabilização.

Assim, ao dialogar com a obra de Felipe (2022), esta pesquisa reforça sua hipótese central e amplia sua legitimidade acadêmica, revelando que as práticas de compliance, tanto em hospitais privados quanto em operadoras de planos de saúde, compartilham fundamentos, desafios e finalidades comuns, sobretudo no que se refere à desjudicialização e ao fortalecimento da confiança dos usuários no sistema de saúde suplementar.

Após análise de trabalho próximos, cabe a este capítulo visa analisar a aplicabilidade do compliance nas operadoras de planos de saúde, abordando os desafios enfrentados pelas empresas, as melhores práticas para a implementação de programas de compliance e os impactos dessas práticas na redução de riscos jurídicos, custos operacionais e na melhoria da qualidade do atendimento ao consumidor.

4.1 Principais Desafios na Implementação do Compliance nas Operadoras de Saúde.

4.1.1 Complexidade Regulatória

O setor de saúde suplementar no Brasil é um dos mais regulamentados devido à sensibilidade dos serviços prestados e à necessidade de proteger os direitos dos consumidores. Operadoras de planos de saúde estão sujeitas a um vasto conjunto de normas e resoluções, emitidas principalmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta agência regulamenta o setor e garante que as operadoras cumpram as diretrizes estabelecidas, visando à qualidade dos serviços e à transparência nas relações com os beneficiários.

A ANS emite normativas como a RN nº 63/2003, que trata da variação de preços por faixa etária, e a RN nº 323/2013, que exige a criação de unidades de ouvidoria nas operadoras, além de regulamentar a cobertura mínima dos planos de saúde. Essas resoluções impactam diretamente a gestão interna das operadoras,

obrigando-as a adotar práticas de conformidade que se ajustem às exigências da agência.

Um dos maiores desafios enfrentados pelas operadoras é a complexidade regulatória do setor. Além das resoluções da ANS, as operadoras precisam se ajustar a uma série de regulamentações federais, estaduais e municipais que mudam frequentemente. Para se manterem em conformidade, as operadoras devem adaptar seus processos internos de maneira ágil, algo que exige sistemas internos flexíveis, como destacou Pontin et al. (2020). Essas mudanças contínuas exigem investimentos consideráveis em tecnologia, treinamento e auditorias para garantir a conformidade.

Ademais, o Decreto nº 11.129/2022, que regulamenta a Lei Anticorrupção, impõe novas obrigações para as operadoras, como a criação de sistemas de controle e auditoria internos para prevenir fraudes e corrupção. A implementação dessas novas obrigações, somadas às regulamentações específicas do setor de saúde, adiciona mais complexidade ao trabalho das operadoras, exigindo esforços adicionais em termos de recursos e reestruturação interna.

Conforme relatado pela Controladoria-Geral da União (CGU), cerca de 41% das operadoras enfrentam dificuldades em adaptar seus sistemas de compliance às mudanças nas regulamentações da ANS e da Lei Anticorrupção. Essa dificuldade em se adaptar rapidamente pode resultar em penalizações financeiras significativas e afetar a credibilidade e a sustentabilidade das operadoras no mercado.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde e a ampliação das obrigações regulatórias impõem às instituições do setor uma reconfiguração das suas práticas organizacionais. Nesse contexto, o compliance emerge como instrumento de governança institucional capaz de assegurar a conformidade legal, a integridade dos processos e a prevenção de riscos ético-jurídicos. Silva (2021) destaca que o compliance, ao ser incorporado ao setor da saúde, não deve restringir-se à reprodução de modelos empresariais tradicionais, mas sim ser reinterpretado à luz das especificidades do direito à saúde, da dignidade da pessoa humana e do interesse público envolvido nas atividades assistenciais.

A autora propõe uma visão crítica e propositiva, sustentando que o compliance na área da saúde deve se comprometer com a efetividade de direitos fundamentais, superando o viés meramente normativo e instrumental. Para tanto, aponta a necessidade de desenvolver programas que incorporem princípios de justiça sanitária, equidade no acesso e responsabilidade social das organizações prestadoras de serviços, públicas ou privadas. Essa concepção reforça o entendimento adotado na presente dissertação, segundo o qual o compliance, quando vinculado a uma cultura institucional de integridade e centrado no paciente ou beneficiário, contribui não apenas para o cumprimento legal, mas também para a qualificação das práticas assistenciais e a redução de litígios.

4.1.2 Resistência Cultural e Falta de Conscientização.

A cultura empresarial reflete os valores, crenças e práticas que orientam o comportamento dentro das organizações, influenciando desde a tomada de decisões até o relacionamento com clientes e colaboradores. No Brasil, observa-se uma crescente valorização da ética, da transparência e da responsabilidade social, impulsionada tanto por exigências regulatórias quanto por uma sociedade mais consciente e conectada, que cobra posturas coerentes e sustentáveis das empresas. Essa transformação cultural reflete também os anseios por mudanças mais amplas no próprio tecido social brasileiro.

A resistência cultural nas operadoras de saúde é um dos maiores desafios para a implementação eficaz de programas de compliance. Embora o compliance seja um fator crucial para garantir a conformidade regulatória e a integridade organizacional, muitas operadoras ainda enfrentam dificuldades significativas ao tentar incorporar essas práticas em sua cultura organizacional. Pode ser vista em diferentes níveis da empresa, desde a alta administração até os colaboradores de linha de frente, e é um reflexo de uma percepção errônea sobre o compliance como um mero requisito burocrático.

Muitas operadoras de saúde veem o compliance como uma obrigação legal imposta externamente, ao invés de uma ferramenta estratégica que pode melhorar a

gestão da empresa e a relação com os *stakeholders*. A mudança de mentalidade é um processo lento e desafiador, particularmente em empresas com uma cultura organizacional consolidada que prioriza resultados financeiros rápidos em detrimento da conformidade e da ética. Organizações com essa abordagem de curto-prazo muitas vezes subestimam o valor a longo prazo da conformidade com as regulamentações, considerando o compliance um custo adicional, em vez de uma oportunidade para fortalecer a credibilidade no mercado e melhorar a eficiência operacional.

De acordo com a Fundação Getúlio Vargas (WEI, 2023), 63% dos gestores de operadoras de planos de saúde a reconhecem como um dos maiores obstáculos à implementação de programas de compliance. Isso reflete uma falta de compreensão sobre o impacto positivo que a conformidade pode ter na redução de riscos legais e financeiros, além de uma gestão mais transparente e ética.

Mudanças são, muitas vezes, exacerbadas pela dificuldade em compreender o compliance como um investimento estratégico, que contribui para a sustentabilidade e o crescimento a longo prazo da organização.

Outro fator que a agrava é a falta de treinamento e conscientização dentro das operadoras de saúde. Embora muitas empresas invistam em sistemas de compliance e recursos tecnológicos para atender às exigências legais, o sucesso desses programas depende fortemente da capacidade dos colaboradores de entenderem a importância de suas responsabilidades e como suas ações impactam a conformidade com as normas. Quando os funcionários não compreendem adequadamente as políticas de compliance ou não percebem como essas práticas estão diretamente relacionadas ao seu trabalho, torna-se mais difícil integrá-las à cultura organizacional.

A pesquisa da KPMG (2024) indica que cerca de 58% das operadoras de planos de saúde enfrentam dificuldades para engajar todos os níveis hierárquicos na adoção das práticas de compliance, refletindo uma falha na comunicação e na conscientização organizacional. Muitas vezes, os colaboradores não compreendem completamente o papel do compliance, o que leva a uma implementação incompleta ou fragmentada dessas práticas. Isso cria um cenário onde o compliance é visto como

uma obrigação de departamentos isolados, como o jurídico ou o compliance, e não como uma responsabilidade compartilhada por toda a organização.

Uma solução fundamental para vencer é a educação contínua. O treinamento regular e a conscientização sobre o valor do compliance são essenciais para garantir que todos os colaboradores, independentemente de sua posição na organização, compreendam a importância das políticas de conformidade e sua aplicação no dia a dia. A formação deve ser adaptada às diferentes responsabilidades dentro da operadora, abordando as normas regulatórias específicas para cada setor, além de situações práticas que os funcionários possam enfrentar.

Neves (2021) argumenta que a educação contínua é crucial para transformar o compliance em uma parte integrante da cultura organizacional. Ao promover uma conscientização mais profunda sobre as implicações do compliance e sua relação direta com a reputação institucional, as operadoras podem mudar a percepção de seus colaboradores, fazendo com que o compliance seja encarado como um aliado estratégico e não como um obstáculo.

Um fator decisivo na superação da resistência cultural é o envolvimento ativo da alta administração. A liderança deve ser o principal exemplo de compromisso com a ética e a conformidade, pois sua postura tem um impacto direto na cultura organizacional. Quando a alta gestão demonstra compromisso com os princípios do compliance e se envolve diretamente na implementação das políticas de conformidade, isso envia uma mensagem clara para toda a organização de que o compliance é uma prioridade estratégica e não apenas uma exigência regulatória.

Para Oliveira (2022) destaca que o comprometimento da liderança é essencial para garantir que o compliance seja tratado como um valor central da operadora. Quando os gestores lideram pelo exemplo, incentivam uma abordagem ética e transparente que permeia todos os níveis hierárquicos da organização. Isso cria um ambiente de confiança e transparência, onde todos os colaboradores se sentem responsáveis pela conformidade e pela integridade da empresa.

Superá-la não é um processo rápido ou fácil, mas é essencial para garantir a eficácia de um programa de compliance. As operadoras de saúde devem adotar uma

abordagem estratégica, com um plano claro para a transformação cultural, que inclua treinamento contínuo, comunicação transparente e um forte apoio da liderança. A mudança cultural também exige que as operadoras demonstrem, de maneira prática e objetiva, os benefícios do compliance para os colaboradores. Isso pode incluir a redução de riscos jurídicos, a prevenção de penalidades financeiras, a melhoria na gestão e a criação de um ambiente de trabalho mais ético e responsável.

Em última análise, a resistência cultural é um obstáculo significativo para a implementação de programas de compliance eficazes nas operadoras de saúde. No entanto, é possível superar esse desafio por meio da educação contínua, do comprometimento da alta administração e da transformação gradual da cultura organizacional.

O compliance deve ser encarado como uma estratégia, possibilitando melhorar a gestão da operadora e reduzir riscos, e não como uma mera obrigação legal. Quando as operadoras conseguem integrar o compliance à sua cultura organizacional, elas não apenas cumprem com as regulamentações, mas também criam um ambiente de negócios mais ético, transparente e sustentável, o que resulta em benefícios, tanto para a organização quanto para seus beneficiários.

4.1.3 Barreiras Financeiras e Operacionais.

A implementação de programas de compliance nas operadoras de saúde enfrenta, além de barreiras culturais, desafios financeiros e operacionais significativos. Essas barreiras se manifestam principalmente nos custos elevados associados à adoção de medidas de conformidade e nas dificuldades operacionais que surgem ao tentar integrar o compliance nas rotinas diárias das empresas. Para muitas operadoras, especialmente as de menor porte, a pressão financeira e a falta de recursos tornam a adoção de práticas robustas de compliance um desafio considerável.

Uma das principais barreiras para a implementação de programas de compliance eficazes é o alto custo inicial associado a essas iniciativas. Os gastos com a contratação de consultorias especializadas, a aquisição de sistemas de tecnologia para monitoramento e auditoria, e a formação de equipes dedicadas à conformidade

podem ser significativos, especialmente para operadoras menores que já enfrentam margens apertadas em um mercado altamente competitivo.

Além disso, os custos com treinamento contínuo de funcionários e a realização de auditorias externas são gastos adicionais que podem ser difíceis de justificar quando comparados com os benefícios tangíveis imediatos da operação. Muitas vezes, as operadoras de saúde se veem diante de um dilema entre investir em compliance e manter a competitividade no mercado, o que pode levar a uma abordagem reativa, em vez de proativa, no que diz respeito à conformidade regulatória.

Apesar das dificuldades financeiras, é crucial que as operadoras de saúde encarem o compliance não como um custo adicional, mas como um investimento estratégico a longo prazo. A implementação de programas de compliance eficazes, embora custosa no início, pode resultar em uma série de benefícios financeiros no futuro.

A PwC revelou dois estudos, o primeiro de 2021, seguido por uma reavaliação de 2024 que revelou que operadoras que adotam programas de compliance bem estruturados conseguem reduzir seus custos operacionais em até 18%, devido à prevenção de fraudes, à melhoria dos processos internos e à redução de riscos legais.

Além disso, a melhoria da transparência e da responsabilidade nas operações internas pode aumentar a confiança dos consumidores e dos reguladores, o que tem um impacto positivo na reputação da operadora e, consequentemente, na sua sustentabilidade financeira.

Outro benefício importante de um programa de compliance eficaz é a melhoria da eficiência operacional. Muitas vezes, a implementação de práticas de compliance obriga as operadoras a reestruturar e otimizar seus processos internos, o que pode resultar em uma redução de custos operacionais a longo prazo. O uso de tecnologias como softwares especializados e ferramentas de auditoria digital pode automatizar tarefas repetitivas, reduzir erros humanos e melhorar a gestão de contratos, o que permite às operadoras operar de maneira mais eficiente e econômica.

Em particular, a implementação de auditorias regulares e a adoção de sistemas de monitoramento contínuo contribuem para a detecção precoce de irregularidades, o que impede que problemas maiores, como fraudes e desperdícios, se agravem. Isso pode ter um efeito positivo na rentabilidade das operadoras, reduzindo o custo total de conformidade e aumentando a eficiência operacional. A automação e a digitalização, como o uso de big data, inteligência artificial (IA) e blockchain, são soluções emergentes que podem transformar os processos de compliance em ferramentas de gestão eficientes e eficazes.

Além das barreiras financeiras, as operadoras de saúde enfrentam desafios operacionais na implementação de programas de compliance. O compliance exige mudanças estruturais nas operações diárias da empresa, o que pode ser uma tarefa complexa e disruptiva. A integração das práticas de conformidade nos processos internos requer uma revisão contínua das políticas, procedimentos e controles, o que pode causar resistência interna e dificultar a adaptação dos colaboradores.

Como apontado por Baggio (2019), muitas operadoras enfrentam dificuldades em justificar os investimentos necessários para a implementação do compliance, pois os benefícios podem não ser percebidos imediatamente. Isso ocorre especialmente em um ambiente onde os custos operacionais e as exigências regulatórias estão sempre em evolução. Para superar essa barreira, as operadoras devem estabelecer uma estratégia gradual de implementação do compliance, priorizando as áreas de maior risco e criando uma abordagem flexível que permita ajustes conforme as necessidades da organização.

A falta de recursos para a atualização contínua dos sistemas tecnológicos e a limitação de pessoal treinado para lidar com as exigências de compliance são outros obstáculos operacionais significativos. As operadoras de saúde devem, portanto, buscar soluções que permitam otimizar os recursos disponíveis, como a parceria com consultorias externas ou a terceirização de algumas funções relacionadas ao compliance, como auditorias e treinamentos.

Para superar essas barreiras, as operadoras de saúde precisam adotar uma abordagem estratégica que integre o compliance aos seus objetivos de longo prazo. Em vez de tratar o compliance como uma despesa isolada, ele deve ser visto como

parte de uma estratégia abrangente para melhorar a gestão de riscos, aumentar a transparência e garantir a conformidade regulatória. O desenvolvimento de uma cultura organizacional que valorize o compliance, aliado ao compromisso da alta gestão, é essencial para garantir que os recursos financeiros e operacionais sejam alocados de maneira eficaz.

Investir em tecnologias emergentes e em treinamentos contínuos são passos cruciais para garantir que os programas de compliance sejam sustentáveis e eficazes. A automação de processos, como auditorias internas e o gerenciamento de contratos, pode resultar em uma redução significativa dos custos operacionais e melhorar a eficiência da operadora. A longo prazo, esses investimentos não apenas garantirão a conformidade com as regulamentações, mas também melhorarão a competitividade e a sustentabilidade financeira das operadoras de saúde.

Em resumo, embora as barreiras financeiras e operacionais representem desafios substanciais para a implementação de programas de compliance nas operadoras de saúde, é possível superá-los com uma abordagem estratégica. Ao ver o compliance como um investimento a longo prazo, as operadoras podem obter uma série de benefícios financeiros e operacionais, incluindo a redução de custos, a melhoria da eficiência e a proteção contra riscos legais.

A implementação de tecnologias emergentes e a criação de uma cultura organizacional voltada para a conformidade são fundamentais para garantir o sucesso e a sustentabilidade desses programas. Dessa forma, o compliance não só pode proteger as operadoras de sanções legais, mas também fortalece sua posição no mercado, tornando-as mais transparentes, eficientes e resilientes diante dos desafios regulatórios e operacionais.

4.1.4 Falta de Integração com a Governança Corporativa.

A falta de integração entre o compliance e a governança corporativa pode representar um dos maiores obstáculos para a eficácia das operadoras de planos de saúde na implementação de programas de compliance robustos. Embora o compliance seja essencial para garantir que as operadoras cumpram as normas regulatórias e evitem riscos legais, a sua integração com a governança corporativa é

igualmente importante. A governança corporativa estabelece a estrutura e as diretrizes para uma gestão eficiente e transparente, enquanto o compliance visa garantir que todas as práticas organizacionais estejam em conformidade com os regulamentos legais e éticos. Quando essas duas funções não estão alinhadas, as operadoras podem enfrentar sérias dificuldades na execução de suas estratégias empresariais e no cumprimento das exigências regulatórias.

A governança corporativa, como conjunto de práticas e estruturas que orientam a direção e o controle das empresas, é recomendável para garantir a transparência e a responsabilidade nas operações das operadoras de saúde. Quando o compliance não é visto como uma função estratégica integrada à governança corporativa, ele corre o risco de ser tratado como uma área isolada, com escopo restrito a questões burocráticas e legais, sem se conectar às práticas de gestão estratégica da empresa. Esse distanciamento pode resultar em falhas de execução, falta de coerência entre os diversos departamentos da organização e uma visão fragmentada das políticas de conformidade, dificultando a aplicação e o sucesso do programa de compliance.

A falha também pode gerar um vácuo na gestão de riscos. Se as operadoras não adotarem uma abordagem holística que combine a estratégia de governança com as práticas de compliance, os riscos legais, financeiros e operacionais podem não ser identificados de forma precoce. Arriscando aumentar a probabilidade de falhas em áreas-chave, como a gestão de contratos com fornecedores, auditorias internas e a conformidade com as regulamentações da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

A alta administração tem um papel crucial na integração do compliance à governança corporativa. A liderança precisa demonstrar um compromisso claro e firme com a conformidade, não apenas atendendo às exigências legais, mas também estabelecendo uma cultura organizacional que promova a ética, a transparência e a responsabilidade. Para Neves (2021) destaca que a alta administração deve ser a principal responsável por garantir que o compliance seja visto como uma prioridade estratégica, permeando todos os níveis da organização. Sem o engajamento ativo da liderança, a implementação de práticas de compliance pode se tornar superficial e fragmentada, sem impacto efetivo nas operações diárias da operadora.

A comunicação entre a alta administração e os departamentos de compliance e governança deve ser fluida e contínua. Quando a governança corporativa e o compliance estão alinhados, a tomada de decisões estratégicas será mais eficaz, e as políticas de compliance serão mais bem integradas à gestão do risco. Isso implica, por exemplo, que as decisões sobre investimentos, expansão de serviços e parcerias sejam tomadas com base na conformidade com os regulamentos legais, garantindo que a operadora esteja sempre alinhada às normas e princípios éticos.

A sinergia entre compliance e governança corporativa traz uma série de benefícios para as operadoras de saúde. Quando essas duas funções estão devidamente integradas, elas ajudam a fortalecer a transparência na gestão e a confiança entre todos os stakeholders, incluindo beneficiários, órgãos reguladores, investidores e fornecedores. Além disso, a implementação conjunta de governança e compliance permite que as operadoras de saúde cumpram com mais eficácia as suas responsabilidades legais e éticas, o que contribui para uma operação mais estável e sustentável no longo prazo.

De acordo com Pontin et al. (2020), a integração do compliance à governança corporativa melhora a capacidade de a empresa lidar com riscos, uma vez que ambas as áreas colaboram na identificação e mitigação de potenciais problemas antes que eles se tornem questões legais ou financeiras significativas. Por exemplo, se uma operadora de saúde adota boas práticas de governança, como a transparência nos processos financeiros e a responsabilidade pela gestão dos recursos, isso pode ajudar a prevenir fraudes ou práticas ilegais dentro da organização. Ao mesmo tempo, o compliance garante que as normas externas, como as regulamentações da ANS e as leis anticorrupção, sejam seguidas rigorosamente, minimizando riscos jurídicos e sancionadores.

Ainda, a governança corporativa eficaz assegura que os gestores da operadora de saúde tenham uma visão clara e bem definida dos seus papéis e responsabilidades. Isso implica em uma definição clara de metas e objetivos relacionados ao compliance, com uma alocação adequada de recursos para garantir a implementação eficiente de todas as políticas e procedimentos estabelecidos. A governança também envolve o estabelecimento de sistemas de controle internos,

como auditorias regulares e comissões de ética, que permitem verificar se a operadora está cumprindo com as normas e se está preparada para lidar com possíveis desvios.

Além da alta administração, a integração entre compliance e governança corporativa também deve ser refletida na cultura organizacional da operadora de saúde. A cultura organizacional é a base para a adoção de práticas de conformidade, e sua integração com a governança corporativa é fundamental para garantir que o compliance seja efetivamente aplicado em todos os níveis hierárquicos da empresa. A implementação de práticas de compliance, quando incorporadas à cultura organizacional, não é vista como uma imposição externa, mas como um valor interno fundamental para o bom funcionamento da empresa.

Como Oliveira (2022) destaca, a cultura de compliance deve ser construída desde a base da operação até o topo da organização. Quando todos os colaboradores compartilham o compromisso com a ética, a transparência e a conformidade, a operadora de saúde se torna mais resiliente a riscos e mais capaz de lidar com os desafios legais e operacionais. Isso implica não apenas em treinamentos contínuos e a disseminação de boas práticas, mas também na criação de um ambiente onde a ética e a conformidade sejam reconhecidas como essenciais para o sucesso da organização.

As operadoras de saúde têm adotado práticas eficazes para integrar o compliance à governança corporativa. Um exemplo prático é a criação de comitês de compliance e governança, que reúnem representantes das áreas de compliance, jurídico, financeiro e operacional. Esses comitês são responsáveis por monitorar a conformidade das operações da empresa, além de identificar e mitigar riscos em tempo real. Outro exemplo é a implementação de políticas claras de governança que estabelecem responsabilidades bem definidas para cada membro da alta administração, assegurando que todos os aspectos do compliance sejam gerenciados de forma eficaz.

Além disso, a comunicação transparente entre os departamentos é prudente para integrar compliance e a governança. A alta administração deve ser proativa na comunicação das metas de compliance, garantindo que todos os colaboradores

compreendam seu papel no processo de conformidade e na promoção da ética organizacional.

Em suma, a falta de integração entre o compliance e a governança corporativa é um desafio para as operadoras de saúde, que pode comprometer a eficácia de seus programas de conformidade e a sua capacidade de mitigar riscos. Para garantir que o compliance seja eficaz, é essencial que ele esteja totalmente integrado à estratégia de governança corporativa, com a liderança da alta administração à frente do processo. Quando o compliance é tratado como uma função estratégica e alinhado com as práticas de governança, as operadoras podem alcançar maior transparência, redução de riscos e uma operação mais ética e sustentável. Esse alinhamento fortalece a confiança dos stakeholders, melhora a gestão de riscos e assegura a conformidade com as exigências legais e regulatórias, resultando em uma organização mais robusta e competitiva no longo prazo.

4.2 Melhores Práticas e Soluções para a Implementação de Compliance.

A implementação de programas de compliance nas operadoras de planos de saúde deve ser uma estratégia estruturada, prática e adaptada às realidades do setor. Esta seção propõe uma análise detalhada das melhores práticas e soluções para superar os desafios identificados na seção anterior, focando em como a conformidade com as regulamentações e o fortalecimento da governança corporativa podem ser atingidos de forma eficiente. A adoção de um programa de compliance robusto não só ajuda as operadoras a se adequarem às exigências legais e regulatórias, mas também a mitigarem riscos financeiros e jurídicos, melhorando sua reputação e a qualidade do serviço prestado aos beneficiários.

A primeira etapa na implementação de um programa de compliance eficaz em uma operadora de saúde é a realização de um diagnóstico completo da organização. Esse diagnóstico inicial visa identificar as áreas de risco mais críticas, como fraudes em reembolsos, falhas nos processos de autorização de procedimentos médicos e questões envolvendo a relação com fornecedores e prestadores de serviços.

Através de uma análise detalhada dos processos internos, a operadora consegue mapear os pontos de vulnerabilidade e definir as prioridades para o desenvolvimento do programa de compliance. A metodologia de diagnóstico pode incluir auditorias internas, entrevistas com gestores, revisão de contratos e políticas já existentes, além de análises de dados de desempenho, como relatórios financeiros e de conformidade.

Segundo Assi (2018), a identificação precoce de riscos e a definição clara de estratégias mitigadoras são fundamentais para garantir que o programa de compliance seja implementado com eficiência. Este diagnóstico deve ser realizado periodicamente, permitindo que a operadora faça ajustes necessários em suas políticas e processos, conforme as mudanças nas regulamentações do setor e as novas demandas do mercado.

Um dos principais fatores para o sucesso do programa de compliance é o comprometimento da alta administração. De acordo com Neves (2021), a liderança precisa demonstrar um forte compromisso com a integridade e a conformidade, tornando o compliance uma prioridade estratégica para a operadora. A alta administração deve ser a principal promotora do compliance dentro da organização, estabelecendo a cultura de conformidade desde o topo e garantindo que todas as ações e decisões estejam alinhadas aos princípios de ética e legalidade.

A nomeação de um *compliance officer* independente, com autoridade suficiente para implementar e supervisionar o programa de compliance, também é uma medida essencial. Esse profissional deve ser responsável por garantir que todos os processos de conformidade sejam seguidos, relatando diretamente à alta administração e sendo um elo entre o departamento de compliance e as demais áreas da organização. Além disso, a alta administração deve envolver-se ativamente na criação de políticas, na comunicação interna e na definição de metas claras relacionadas à conformidade, o que reforça a importância do compliance para todos os colaboradores.

Conforme detalhado anteriormente, a superação da resistência interna depende da educação continuada e do compromisso ético da alta administração. A mudança de mentalidade é um processo gradual, mas essencial, para a implementação bem-sucedida do compliance. Como destaca Oliveira (2022), o

compliance deve ser uma responsabilidade compartilhada por todos os colaboradores da operadora, e não apenas por uma área isolada ou pelos gestores. Para isso, a promoção de uma cultura de compliance deve começar com a educação contínua de todos os níveis hierárquicos.

A operadora de saúde deve investir em programas de treinamento constantes, adaptados às necessidades de cada área da organização, com foco nas normas regulatórias do setor e nas exigências legais de compliance. A criação de campanhas educativas sobre ética, integridade e transparência também é importante para engajar os funcionários e conscientizá-los sobre a importância do compliance na gestão de riscos e na proteção da reputação da operadora.

Neves (2021) enfatiza que os treinamentos devem ser práticos e aplicáveis ao dia a dia da operadora. É essencial incluir estudos de caso e exemplos concretos que ilustrem as consequências de práticas irregulares ou não conformes. A alta administração deve também ser um exemplo, liderando pelo exemplo e incentivando todos os colaboradores a adotar atitudes e comportamentos éticos.

Como abordado anteriormente, a falta de integração entre o compliance e a governança corporativa é um dos principais obstáculos para a eficácia dos programas de compliance nas operadoras de saúde. A governança corporativa estabelece as diretrizes para a gestão transparente e ética das empresas, enquanto o compliance assegura que as práticas estejam de acordo com as regulamentações legais.

Pontin et al. (2020) sugerem que, para garantir o sucesso do compliance, ele deve ser tratado como parte integrante da governança corporativa. A criação de uma estrutura organizacional que integre as áreas de compliance, governança e auditoria, além de garantir uma comunicação eficiente entre os departamentos, é fundamental para garantir que as práticas de conformidade sejam aplicadas de maneira consistente em todas as operações da empresa.

Além disso, a governança corporativa deve incluir mecanismos claros de prestação de contas e auditoria interna, o que pode contribuir significativamente para a transparência das operações e a detecção precoce de irregularidades. Como Oliveira (2022) destaca, a transparência nas decisões estratégicas e a

responsabilidade na gestão de recursos são pilares essenciais para fortalecer a credibilidade da operadora junto aos stakeholders.

A tecnologia desempenha um papel fundamental na implementação e manutenção de programas de compliance eficientes nas operadoras de saúde. O uso de ferramentas tecnológicas, como softwares especializados em compliance, pode ajudar as operadoras a monitorar suas operações em tempo real, identificar riscos e garantir a conformidade com as regulamentações da ANS e da Lei Anticorrupção.

O uso de *blockchain*, *big data* e inteligência artificial (IA), tem se mostrado uma solução eficaz para melhorar a transparência e a eficiência dos processos internos. *Blockchain*, por exemplo, pode assegurar que todas as transações e interações com fornecedores e pacientes sejam registradas de forma imutável e auditável, minimizando as fraudes e garantindo que a conformidade seja mantida. O uso de *big data*, por sua vez, permite que as operadoras analisem grandes volumes de dados para identificar padrões de comportamento e riscos em potencial, permitindo uma atuação proativa.

Estudos da PwC (2021) indicam que operadoras que adotam tecnologias de compliance conseguem reduzir seus custos operacionais em até 18%, devido à automação de processos e à prevenção de fraudes. A automação das auditorias internas, por exemplo, pode reduzir significativamente a necessidade de intervenções manuais, aumentando a eficiência e a agilidade na identificação de falhas.

A manutenção da conformidade a longo prazo exige que as operadoras implementem sistemas de monitoramento contínuo e auditorias internas regulares. Esses processos são essenciais para garantir que as práticas de compliance sejam seguidas em todos os níveis da organização e para identificar áreas de risco em tempo hábil.

O monitoramento contínuo permite que as operadoras detectem rapidamente quaisquer irregularidades ou falhas em seus processos internos, o que facilita a implementação de medidas corretivas antes que as questões se tornem problemas legais ou financeiros significativos. As auditorias internas também são fundamentais para garantir a transparência na gestão e a conformidade com as regulamentações.

Como sugerido por Kizima (2020), os processos de auditoria devem ser adaptáveis, permitindo que as operadoras ajustem rapidamente seus sistemas de conformidade conforme as mudanças nas regulamentações e as novas exigências do setor. A realização de auditorias internas periódicas, acompanhadas da análise de indicadores-chave de desempenho (*KPIs*), ajuda a garantir que o programa de compliance esteja operando de forma eficaz.

Um canal de denúncias eficiente é um dos pilares fundamentais de um programa de compliance bem-sucedido. O canal deve garantir anonimato, sigilo e independência na apuração de irregularidades. A implementação de um sistema eletrônico, acessível tanto a colaboradores quanto a terceiros, permite que as denúncias sejam recebidas de forma estruturada e investigadas de maneira imparcial.

A gestão eficiente de conflitos internos é essencial para evitar que pequenas questões se transformem em litígios. A operadora deve garantir que as reclamações dos beneficiários sejam tratadas de maneira ágil e transparente, o que ajuda a prevenir a judicialização da saúde. A adoção de uma abordagem proativa na resolução de conflitos pode resultar em uma melhoria significativa na satisfação dos beneficiários, além de fortalecer a imagem da operadora junto aos clientes e aos reguladores.

As melhores práticas para a implementação de compliance em operadoras de planos de saúde envolvem uma combinação de estratégias que abrangem o diagnóstico inicial, o comprometimento da alta administração, a criação de uma cultura de compliance, a integração com a governança corporativa, o uso de tecnologia e o monitoramento contínuo.

A função do compliance no contexto da saúde suplementar vai muito além da conformidade normativa. Quando implementado de maneira estratégica e integrada à governança organizacional, o compliance se torna instrumento técnico de racionalização decisória, especialmente diante de situações que envolvem potenciais litígios. Um de seus pilares fundamentais é a análise de riscos, que permite às operadoras identificar com precisão não apenas os riscos legais e regulatórios envolvidos em determinada conduta ou decisão, mas também mensurar o impacto financeiro, reputacional e operacional das diversas alternativas disponíveis para resolução do conflito.

Neste sentido, o compliance contribui de forma decisiva para a seleção da via menos onerosa para a solução do problema, amparando-se em critérios objetivos, dados estatísticos e diretrizes previamente estabelecidas nos programas de integridade. Isso significa que a judicialização, embora indesejada como padrão, pode em determinados casos se revelar mais vantajosa do ponto de vista econômico, sobretudo quando comparada a soluções extrajudiciais que envolvam concessões financeiras expressivas ou risco de precedentes regulatórios adversos. A análise de custo-benefício integrada à matriz de riscos, própria do compliance moderno, permite que a decisão não seja orientada por percepções intuitivas ou por medo do desgaste institucional, mas por racionalidade técnico-financeira fundamentada.

Portanto, a judicialização estratégica, quando embasada por critérios objetivos de compliance, não representa necessariamente falha no processo de desjudicialização. Ao contrário, revela maturidade institucional na avaliação do risco jurídico versus o custo de conformidade espontânea. O que se propõe, nesse modelo, não é a supressão indiscriminada do acesso ao Judiciário, mas sim a construção de uma arquitetura decisória baseada na lógica do menor impacto possível ao equilíbrio econômico-financeiro da operação, à reputação institucional e à previsibilidade regulatória. Trata-se, assim, de um modelo de governança jurídica que transcende a dicotomia entre judicializar ou não, incorporando ao processo decisório ferramentas analíticas de gestão de riscos, indicadores de performance e métricas de eficiência regulatória.

Essas soluções não só ajudam as operadoras a cumprir as exigências legais e regulatórias, mas também visam proporcionar benefícios financeiros e operacionais a longo prazo, contribuindo para a sustentabilidade e a credibilidade da empresa no mercado. O compliance eficaz é um diferencial estratégico, que fortalece a reputação da operadora, e acarretando até uma redução os riscos jurídicos e financeiros.

4.3 Impacto do Compliance nas Operadoras de Saúde: Interpretação dos Relatórios.

A implantação de programas de compliance nas operadoras de planos de saúde não apenas responde a uma exigência regulatória, mas também representa um

diferencial estratégico que impacta positivamente a gestão, a sustentabilidade e a relação com os beneficiários.

Para a construção deste e dos capítulos subsequentes, foram utilizados dados extraídos de onze relatórios institucionais e setoriais, que constituem a base empírica da presente dissertação. A análise desses documentos é imprescindível não apenas para conferir atualidade, consistência e respaldo técnico ao trabalho, mas também para demonstrar a relevância estratégica da temática investigada, especialmente no que tange ao compliance como instrumento de governança, sustentabilidade e desjudicialização no setor da saúde suplementar.

Os relatórios analisados abordam três dimensões fundamentais: a primeira refere-se ao diagnóstico da judicialização da saúde suplementar, com base em dados empíricos e análises estatísticas; a segunda contempla estudos corporativos e regulatórios voltados à estruturação de programas de integridade e à mitigação de riscos; e a terceira compreende documentos oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja função institucional legitima e contextualiza as práticas de conformidade em curso no setor.

A análise de cada relatório contemplou as seguintes dimensões: o campo temático e os limites de abrangência; as fontes e metodologias adotadas; os principais achados e conclusões; e, por fim, a justificativa de sua integração à presente pesquisa. A seguir, expõe-se de forma pormenorizada a contribuição individual de cada documento.

O primeiro relatório analisado é "A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do TJSP" (FGV, 2023), coordenado por Daniel Wei Liang Wei. Inserido na interseção entre o Direito da Saúde, a Análise Empírica do Direito e a Economia da Saúde, o estudo aborda a judicialização na saúde suplementar no Estado de São Paulo com base em mais de vinte mil decisões judiciais. A metodologia é quantitativa, com o uso de mineração de texto e inteligência artificial para identificar padrões de decisões judiciais. Os resultados demonstram a elevada taxa de procedência das ações ajuizadas por beneficiários, especialmente em casos envolvendo negativa de cobertura fora do rol da ANS, o que revela a desconexão entre a regulação vigente e as decisões judiciais. O estudo limita-

se à jurisprudência paulista, não abrangendo mecanismos extrajudiciais como a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Ainda assim, sua incorporação à tese justifica-se pela solidez empírica, pois evidencia a necessidade urgente de fortalecimento da governança institucional e de canais internos de resolução de conflitos nas operadoras de saúde.

O segundo relatório, publicado pela PwC em 2024 sob o título "Repensando Risco e Compliance", situa-se no campo da Governança Corporativa e da Gestão Estratégica de Riscos. Seu conteúdo é qualitativo e exploratório, baseado em entrevistas com executivos e estudos de caso de grandes empresas. Embora não tenha enfoque específico no setor de saúde, o relatório demonstra a evolução do compliance de uma função meramente reativa para uma abordagem estratégica, voltada à sustentabilidade organizacional. Ressalta-se a valorização da liderança ética, a gestão preditiva de riscos e a integração do compliance à cultura corporativa. Apesar de suas limitações quanto à aplicabilidade setorial direta, o relatório foi incluído nesta pesquisa por oferecer fundamentos conceituais que sustentam a ideia do compliance como mecanismo de antecipação de riscos e pacificação institucional.

Na mesma linha, o relatório "Impactos do Compliance no Setor de Saúde: Redução de Riscos e Custos Operacionais", também da PwC (2021), apresenta abordagem mista (quantitativa e qualitativa), estruturada em entrevistas, auditorias e estudos de caso em instituições de saúde. Os achados são especialmente relevantes: operadoras com programas robustos de compliance tiveram redução de até 20% em custos operacionais, maior resolutividade interna e melhor relacionamento com órgãos reguladores. Embora os dados não sejam integralmente publicizados por razões de confidencialidade, o estudo revela correlações claras entre maturidade do compliance e diminuição de litígios. Por essa razão, sua integração na dissertação se justifica pela capacidade de oferecer evidência prática do impacto positivo do compliance no desempenho institucional das operadoras.

O relatório "Riscos Emergentes para o Setor de Saúde", elaborado pela KPMG em 2024, insere-se na temática da gestão integrada de riscos, com especial atenção aos desafios contemporâneos enfrentados por operadoras, hospitais e laboratórios. O estudo, de caráter prospectivo, identifica cinco grandes categorias de riscos:

cibernéticos, regulatórios, reputacionais, ESG e operacionais. A ausência de quantificação detalhada não compromete sua utilidade analítica, pois o relatório fornece uma tipologia funcional de ameaças que demandam estratégias preventivas, como o fortalecimento dos mecanismos de integridade. A sua inclusão na tese decorre da pertinência com os capítulos que tratam do compliance como instrumento de governança ampliada e mitigação de riscos regulatórios.

No campo da economia da saúde, destaca-se o relatório do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), intitulado "Impactos Econômicos da Judicialização da Saúde Suplementar" (2020). Este estudo quantitativo analisa a pressão financeira provocada por decisões judiciais que impõem cobertura não prevista contratualmente. Com base em dados da ANS e projeções atuariais, conclui-se que aproximadamente 20% dos custos extraordinários das operadoras têm origem judicial. A limitação temporal dos dados (até 2020) é compensada pela relevância do diagnóstico, que evidencia a urgência de respostas institucionais preventivas. Assim, o relatório serve de base para demonstrar os custos sistêmicos da judicialização e a importância do compliance como ferramenta de previsibilidade econômica.

A Deloitte, por sua vez, no relatório "Compliance como Diferencial Competitivo nas Operadoras de Saúde" (2021), desenvolve pesquisa qualitativa a partir de entrevistas e benchmarks de governança. Identifica-se que programas de integridade efetivos ampliam a previsibilidade operacional e melhoram a percepção dos beneficiários. Ainda que carente de dados estatísticos generalizáveis, o estudo oferece valiosa perspectiva sobre a inserção do compliance na estratégia empresarial. Sua integração à dissertação sustenta a ideia de que o compliance, além de prevenir litígios, reforça a imagem institucional e agrega valor competitivo.

No campo normativo, destaca-se o relatório da Controladoria-Geral da União (CGU), intitulado "Programa de Integridade: Diretrizes para Empresas Privadas – Volume II" (2024). Trata-se de documento orientativo construído a partir das exigências da Lei nº 12.846/2013, que estabelece os pilares de um programa de integridade eficaz. Ainda que não direcionado especificamente à saúde suplementar, o texto apresenta diretrizes universalmente aplicáveis, como comprometimento da alta direção, gestão de riscos e canais internos de denúncia. Sua relevância para a

dissertação reside no fornecimento de um marco regulatório oficial, contra o qual podem ser avaliadas as práticas de compliance adotadas pelas operadoras.

Complementarmente, o relatório da ABRAMGE (2020), "Estudo sobre Satisfação dos Beneficiários e Qualidade do Atendimento em Operadoras com Compliance", fundamenta empiricamente a correlação entre integridade institucional e experiência positiva do usuário. O estudo, baseado em pesquisa de opinião, revela que operadoras com programas de compliance ativos têm maiores índices de satisfação, menor reincidência de reclamações e menos processos judiciais por mil beneficiários. Apesar de sua limitação amostral (restrita às associadas da ABRAMGE), os dados reforçam a premissa de que o compliance influencia diretamente a confiança institucional e a pacificação contratual.

Por fim, os relatórios da ANS — "Relatório sobre Judicialização da Saúde" (2021), "Panorama da Saúde Suplementar – 5ª Edição" (2024) e "Relatório Anual de Gestão e de Atividades – Exercício 2023" — oferecem a legitimação pública das tendências identificadas nos estudos anteriores. Os documentos, ainda que predominantemente descritivos, reconhecem formalmente a efetividade da NIP, o papel estratégico das ouvidorias, e a inserção de critérios de governança no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). A atuação da ANS é orientada pela valorização da integridade, da resolutividade administrativa e da interlocução com o Poder Judiciário, o que confirma a centralidade do compliance como diretriz de política regulatória.

A articulação entre todos esses relatórios permite concluir que há sólida convergência entre os dados empíricos, os referenciais normativos e as boas práticas institucionais no reconhecimento do compliance como ferramenta imprescindível para a mitigação de litígios, a melhoria na governança das operadoras e a promoção da sustentabilidade do setor de saúde suplementar no Brasil.

5. DA JUDICIALIZAÇÃO E SUA IMPLICAÇÃO NAS OPERADORAS DE SAÚDE.

A crescente litigiosidade no âmbito da saúde suplementar representa um dos principais entraves à estabilidade do setor. Seus efeitos extrapolam o impacto financeiro sobre as operadoras, comprometendo a previsibilidade normativa, fragilizando o vínculo com os beneficiários e ameaçando a sustentabilidade do sistema como um todo. Este capítulo visa analisar criticamente as principais problemáticas enfrentadas pelas operadoras nas lides judiciais, evidenciando suas causas estruturais e propondo reflexões sobre a necessidade de mudanças sistêmicas que visem a fortalecer a governança e a integridade nas relações contratuais.

A análise crítica da judicialização da saúde no Brasil exige a consideração não apenas de aspectos jurídicos e assistenciais, mas também de variáveis econômicas e estruturais que limitam a efetividade das políticas públicas e privadas de saúde. Nesse contexto, estudos como o de Marques et al. (2017) oferecem importante contribuição ao destacar o papel do compliance como mecanismo de contenção da judicialização excessiva, especialmente diante da tensão entre o direito à saúde e a chamada “reserva do possível”.

De acordo com os autores, a implementação de sistemas de integridade e conformidade no setor de saúde atua como barreira preventiva à judicialização ao garantir maior previsibilidade administrativa, controle de gastos e efetividade na alocação de recursos, mitigando decisões judiciais que, por vezes, desconsideram os limites orçamentários da gestão pública e privada.

A judicialização da saúde, especialmente no âmbito suplementar, é frequentemente interpretada sob a ótica do conflito entre o direito do consumidor e os limites contratuais das operadoras. Contudo, Silva (2021) argumenta que esse fenômeno também revela falhas sistêmicas de governança e ausência de mecanismos internos de responsabilização, cuja superação exige não apenas reforma regulatória, mas a institucionalização de práticas robustas de compliance. Nesse sentido, a autora propõe que a adoção de programas de integridade pode representar um canal efetivo de diálogo entre operadores jurídicos, gestores e usuários do

sistema, reduzindo assimetrias de informação, padronizando decisões e fortalecendo a confiança institucional.

Convergente com os achados desta dissertação, o artigo reforça que o compliance, ao estabelecer códigos de conduta, fluxos de decisão e mecanismos de monitoramento, contribui para mitigar a insegurança jurídica que alimenta a judicialização. Além disso, a autora destaca que a atuação dos programas de compliance deve ser indissociável de uma escuta ativa das vulnerabilidades sociais e assistenciais dos usuários, sob pena de se tornarem meros instrumentos formais de contenção de riscos, desconectados da realidade do cuidado em saúde.

A integração entre compliance e gestão estratégica dos recursos em saúde é apontada como alternativa viável para assegurar direitos fundamentais sem comprometer a sustentabilidade do sistema. A perspectiva é convergente com os resultados desta dissertação, que demonstram que o compliance, ao estruturar condutas assistenciais e promover a transparência contratual, funciona como elemento de racionalização de demandas e preservação do equilíbrio econômico-assistencial das operadoras de planos de saúde.

5.1 A Judicialização da Saúde Suplementar: Contexto e Impactos.

A judicialização, enquanto fenômeno social e jurídico, surge da tensão existente entre o direito fundamental à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988 (art. 6º e art. 196), e a lógica contratual que rege as relações de consumo no setor privado de saúde suplementar. Embora o acesso judicial seja garantido constitucionalmente, a utilização excessiva do Judiciário como instância primeira de solução de conflitos revela falhas estruturais na regulação, na comunicação contratual e no atendimento ao consumidor.

A compreensão da judicialização da saúde no Brasil passou por um processo evolutivo ancorado em importantes precedentes do Supremo Tribunal Federal (STF), os quais reafirmaram o princípio da solidariedade entre os entes federativos no dever de garantir o direito à saúde. Nesse contexto, o julgamento da STA (Suspensão de Tutela Antecipada) 175 se destacou como marco inaugural na definição dos parâmetros de responsabilização solidária, tendo sido precedido por uma audiência

pública conduzida pelo então Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes, que reuniu especialistas para debater os desafios concretos da matéria. Posteriormente, a tese fixada no Tema 793 consolidou a ideia de que a responsabilização entre União, Estados e Municípios deve observar critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, permitindo ao magistrado direcionar a execução da obrigação conforme as competências previstas na Lei nº 8.080/1990. Contudo, como destacam Mendes, Carvalhal e Rosa (2023), o debate ganhou novo contorno com o reconhecimento da repercussão geral no RE 1366243 (Tema 1234), que evidenciou divergências interpretativas relevantes entre os tribunais sobre a formação do polo passivo nas ações de fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Os autores defendem que tais divergências não podem ser tratadas como meras disputas de competência jurisdicional, mas sim como reflexos de uma insuficiente coordenação federativa na execução da política pública de saúde, o que clama por soluções estruturantes de natureza administrativa e interinstitucional.

De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024), foram registradas cerca de 300 mil novas ações contra planos de saúde no ano de 2023, em relação ao último relatório de 2021, a judicialização acarretou um custo de R\$ 17,1 bilhões às operadoras. Essa sobrecarga às operadoras gera impactos financeiros expressivos, que vão desde custos com honorários advocatícios e indenizações até danos à imagem institucional, prejudicando a relação com seus stakeholders. Ademais, a imprevisibilidade orçamentária causada pela judicialização dificulta a adoção de boas práticas de compliance e planejamento estratégico de longo prazo, gerando um ciclo vicioso que compromete a eficiência do setor como um todo.

O congestionamento do Poder Judiciário também é notório. A judicialização excessiva compromete a efetividade da tutela jurisdicional, postergando a solução dos conflitos e agravando a insatisfação social. Dessa forma, é imperioso compreender de maneira crítica as causas centrais da litigiosidade para delinear políticas de prevenção e tratamento adequado. A compreensão profunda desse fenômeno exige, portanto, a análise das vulnerabilidades contratuais, operacionais e comunicacionais que propiciam o aumento do contencioso.

Decisões judiciais conflitantes e a ampliação de coberturas sem critérios técnicos e financeiros sustentáveis impactam diretamente a continuidade econômica do sistema. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias que promovam a previsibilidade e a redução dos conflitos entre operadoras e consumidores.

Para sustentar a proposta de que o compliance pode ser um instrumento de desjudicialização, recorre-se a uma base teórica multidisciplinar. No campo do Direito da Saúde, destaca-se a contribuição de Luiz Roberto Barroso, que defende a efetividade dos direitos fundamentais a partir da atuação estratégica do Estado e do Judiciário, especialmente no contexto de políticas públicas de saúde. Barroso (2012) pontua que a judicialização, embora necessária em certos casos, deve ser racionalizada por meio de alternativas administrativas eficientes.

Sarlet (2012), ao tratar da eficácia dos direitos fundamentais, salienta que a saúde é um direito de segunda geração que exige ações positivas do Estado e, por analogia, também dos entes privados que prestam serviços essenciais. A ausência de estruturas que assegurem esse direito fomenta o crescimento da litigiosidade.

Já Norberto Bobbio (2001) contribui com a análise teórica dos direitos fundamentais como uma evolução histórica das garantias sociais, sendo o acesso à saúde um marco da justiça distributiva. Segundo o autor, os conflitos entre o público e o privado requerem mecanismos de equilíbrio, que não dependam exclusivamente do Judiciário, mas de ações sistêmicas orientadas por ética e conformidade.

No tocante à teoria da Constituição e à regulação, Peter Häberle (2002) introduz o conceito de "sociedade aberta de intérpretes da Constituição", indicando que o diálogo institucional e a regulação participativa são essenciais para a concretização de direitos sociais.

Complementarmente, autores como Negrão e Pontelo (2017), Pontin et al. (2020), Figueiredo e Costa (2022), e Assi (2018), com enfoque mais técnico e aplicado, descrevem o compliance como instrumento de governança corporativa capaz de mitigar riscos regulatórios, financeiros e reputacionais, especialmente em setores sensíveis como a saúde suplementar. Kizima (2020) destaca que a

implementação do compliance, além de preventiva, deve ser educativa e estratégica, promovendo a ética organizacional.

Nesse panorama, a convergência entre as abordagens clássicas dos direitos fundamentais e os mecanismos modernos de conformidade normativa oferece base sólida para considerar o compliance como ferramenta legítima e eficaz de desjudicialização na saúde suplementar.

Segundo levantamento da Fundação Getúlio Vargas (FGV), baseado em dados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), até 2023, os principais problemas jurídicos enfrentados pelas operadoras de saúde, com base em dados do relatório “A Judicialização da Saúde Suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo” e outras fontes relevantes, utilizaremos também dados empíricos provenientes de estudos, relatórios de consultorias e análises de órgãos governamentais, como a Controladoria-Geral da União (CGU), ANALYTICS FGV, e KPMG, entre outros.

Entre as principais reclamações que levam os beneficiários a buscar a Justiça contra as operadoras de planos de saúde, destacam-se:

5.2 Negativa de Cobertura Assistencial.

A negativa de cobertura assistencial lidera historicamente as causas de litígios no setor de saúde suplementar. Segundo levantamento da Fundação Getúlio Vargas (WEI, 2023), cerca de 65% das ações judiciais envolvem recusas de procedimentos, medicamentos ou tratamentos.

Ocorre, principalmente, quando as operadoras de planos de saúde interpretam que o procedimento, medicamento ou tratamento solicitado não está contemplado pelo contrato firmado com o beneficiário ou pelas normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com base nas regulamentações da ANS, as operadoras devem garantir uma cobertura mínima, conforme o rol de procedimentos da agência, que lista os tratamentos essenciais que devem ser oferecidos aos beneficiários. Porém, a divergência entre o que está descrito no rol de procedimentos

da ANS e as cláusulas contratuais de cada plano de saúde frequentemente gera conflitos.

Em muitos casos, as operadoras alegam que determinados tratamentos ou exames não são cobertos porque não estão previstos nas cláusulas do contrato ou não estão de acordo com o que é considerado necessário e adequado para o quadro de saúde do paciente. Além disso, existem exclusões contratuais que limitam a cobertura de determinados procedimentos, o que gera um ambiente propenso a litígios. A negativa de cobertura também pode ocorrer devido a questões relativas à rede credenciada, quando o procedimento solicitado não pode ser realizado por profissionais ou estabelecimentos que fazem parte da rede do plano.

A taxa de procedência das demandas também é significativa: cerca de 70% dos processos envolvendo negativas de cobertura têm resultado em decisões favoráveis aos beneficiários. Isso demonstra que, no entendimento dos tribunais, as operadoras têm falhado em cumprir suas obrigações contratuais e regulatórias, reconhecendo que os tratamentos solicitados devem ser cobertos, conforme o direito à saúde e as necessidades dos pacientes.

Um estudo realizado pela FGV (WEI, 2023), revelou que uma parte significativa das decisões judiciais favoráveis aos consumidores envolve tratamentos médicos caros e de alta complexidade, como aqueles relacionados à oncologia, neurologia e transplantes. Esses tipos de tratamentos frequentemente são contestados pelas operadoras, com alegações de que não estão previstos no rol de procedimentos da ANS ou que são considerados tratamentos experimentais ou fora da rede credenciada.

Esse tipo de negativa ocorre, principalmente, devido a conflitos de interpretação dos contratos. As operadoras frequentemente argumentam que a cobertura de determinado procedimento não está inclusa nas cláusulas do plano de saúde ou não é reconhecida como necessária ou adequada para o quadro clínico do beneficiário. Essas disputas geram uma série de litígios, uma vez que os consumidores recorrem ao Judiciário para garantir que seus direitos sejam respeitados.

No entanto, a recusa de cobertura não se limita apenas à interpretação dos contratos. As operadoras também podem recorrer a exclusões contratuais que restringem o acesso a tratamentos considerados de alto custo ou não padronizados dentro do rol de procedimentos da ANS. A exclusão de tratamentos como transplantes ou medicamentos de alto custo, por exemplo, pode ser interpretada pelos consumidores como uma violação dos seus direitos, especialmente quando esses tratamentos são a única alternativa para o tratamento de doenças graves.

5.3 Reajustes de Mensalidades.

O reajuste das mensalidades dos planos de saúde, especialmente em função da faixa etária dos beneficiários, configura outro fator relevante de judicialização. Estudo da ANS (2024) aponta que 27% dos litígios decorrem de discussões sobre reajustes considerados abusivos.

Os aumentos aplicados para faixas etárias superiores a 59 anos, embora previstos normativamente, muitas vezes são percebidos como desproporcionais. Tal percepção é intensificada pela falta de comunicação clara e didática por parte das operadoras.

Criticamente, verifica-se que o problema não reside apenas no percentual do reajuste, mas também na fragilidade das estratégias de comunicação e educação do consumidor sobre os critérios técnicos que justificam as variações de preço. Falta às operadoras a transparência ativa, que antecipe o entendimento do consumidor e reduza a percepção de arbitrariedade. A utilização de cartilhas explicativas, simulações de impacto e audiências públicas poderia tornar o processo de reajuste mais compreensível e aceitável.

Ainda no ponto da falta de transparência nos critérios utilizados pelas operadoras para calcular esses aumentos. Muitas vezes, as operadoras aplicam os reajustes de forma unilateral, sem fornecer informações detalhadas aos consumidores sobre os fatores e parâmetros que influenciam o valor final da mensalidade. Essa falta de transparência leva os consumidores a questionar a legalidade e a justificativa dos aumentos, criando um ambiente propício para a judicialização.

A transparência, especialmente no que diz respeito aos critérios de reajuste, é essencial para garantir que os consumidores compreendam as razões pelas quais seus planos de saúde estão sendo reajustados. A ANS estabelece normas gerais para o aumento das mensalidades, mas muitas operadoras acabam adotando uma abordagem vaga e pouco detalhada ao explicar os cálculos de reajuste para seus clientes. Isso contribui para uma percepção de desconfiança e insegurança, gerando um ciclo de litígios em busca de explicações mais claras e, muitas vezes, da revisão dos aumentos aplicados.

O aumento das mensalidades, especialmente nos planos individuais e para os consumidores mais velhos, representa uma violação do direito à acessibilidade e previsibilidade financeira no acesso à saúde. Por isso, considera-se esses reajustes não apenas como uma questão contratual, mas como uma questão de justiça social, dada a vulnerabilidade dos beneficiários afetados.

Os reajustes abusivos são uma das principais alegações nos litígios envolvendo as operadoras de saúde, para os consumidores, o aumento de mensalidades, especialmente sem uma justificação clara e detalhada, é considerado uma prática exploratória, em especial idosos e familiares de pacientes crônicos, questionam a legitimidade desses aumentos, especialmente quando as operadoras não apresentam uma explicação detalhada sobre o impacto do reajuste nas condições contratuais.

Esse tipo de aumento pode gerar um prejuízo econômico significativo, criando um obstáculo financeiro para o acesso contínuo ao plano de saúde. A revisão judicial desses casos, em muitas situações, leva à reversão do reajuste ou à redução do valor da mensalidade, caso as operadoras não consigam apresentar uma justificativa válida para o aumento.

5.4 Exclusões de Procedimentos e Rede Credenciada.

Outro foco expressivo de demandas judiciais é a exclusão de procedimentos e a limitação da rede credenciada. De acordo com dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024), aproximadamente 18% das ações judiciais envolvendo planos de saúde dizem respeito à negativa de tratamentos ou à

indisponibilidade de prestadores de serviço. Pesquisa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPE-SP, 2020) confirma essa tendência ao apontar que 19% das reclamações dos consumidores estão relacionadas à limitação da rede credenciada.

A necessidade de tratamentos não previstos no rol da ANS ou a indisponibilidade de prestadores credenciados gera insatisfação e litígios. A análise crítica demonstra que a atualização do rol de procedimentos muitas vezes não acompanha a dinâmica das inovações tecnológicas na medicina, gerando descompasso entre as necessidades dos pacientes e a cobertura oferecida. Conforme estudo da ABRAMGE (2020), mais de 23% dos conflitos judiciais surgem devido à interpretação restritiva sobre a cobertura de novas terapias.

O problema também se agrava quando há exclusões não transparentes na rede credenciada, ampliando o litígio por falta de acesso a terapias inovadoras, as operadoras, em muitos casos, argumentam que tais tratamentos estão fora do escopo do contrato ou não estão contemplados nas cláusulas que definem os procedimentos e serviços incluídos. No entanto, essa negativa de cobertura frequentemente resulta em processos judiciais que exigem uma revisão das decisões das operadoras, com muitas demandas sendo decididas a favor dos beneficiários. Isso demonstra que as exclusões de cobertura e as limitações da rede credenciada são vistas pelos tribunais como uma violação dos direitos dos consumidores à acesso adequado à saúde.

Ademais, o Relatório do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2020) ressalta que a rotatividade de prestadores na rede credenciada, sem comunicação adequada ao consumidor, é um dos fatores que mais impactam negativamente a confiança do beneficiário no plano de saúde contratado. Essa defasagem normativa e operacional cria um vácuo assistencial que impulsiona a busca pelo Judiciário como meio de acesso a terapias modernas, além de alimentar a percepção de quebra da confiança contratual por parte do consumidor.

Do ponto de vista das operadoras, é essencial reforçar a gestão de rede com critérios claros de qualidade, manter comunicação eficaz e tempestiva sobre alterações e garantir mecanismos transparentes de atualização dos prestadores credenciados. O fortalecimento dos instrumentos de fiscalização interna, a auditoria

contínua dos contratos com a rede e a criação de canais de atendimento específicos para informações sobre a rede podem minimizar litígios e melhorar substancialmente a experiência do beneficiário.

5.5 Interpretação Ambígua dos Contratos de Saúde.

A ambiguidade na redação dos contratos é uma das principais causas de litígios entre operadoras e beneficiários. Segundo pesquisa da FGV (WEI, 2023), cerca de 14% dos processos judiciais discutem cláusulas ambíguas ou a falta de clareza contratual. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC, 2019) também destaca que a ausência de clareza e a redação técnica excessiva estão presentes em aproximadamente 17% das reclamações relativas a contratos de planos de saúde.

Apesar do art. 35-C da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, trata especificamente da obrigatoriedade de cobertura para atendimentos de urgência e emergência e define seus conceitos, se vê uma banalização do uso das expressões como "urgência", "emergência" e "tratamento experimental" pelo profissional de saúde abre margem para interpretações divergentes, colocando o consumidor em situação de vulnerabilidade informacional. A legislação consumerista (CDC, art. 47) impõe a interpretação mais favorável ao consumidor em caso de dúvidas, o que torna a falta de clareza contratual um risco relevante para as operadoras.

E este problema não é um problema isolado, mas sim uma prática recorrente entre diversas operadoras, o que tem gerado um aumento significativo no número de processos judiciais. Muitas vezes, as operadoras de saúde não fornecem informações adequadas sobre os procedimentos ou tratamentos cobertos, nem explicam suficientemente os direitos e deveres do beneficiário. Isso cria um ciclo de desconfiança que resulta na necessidade de intervenção judicial para esclarecer as obrigações de ambas as partes.

Criticamente, observa-se que a redação obscura representa não apenas uma vulnerabilidade jurídica, mas também uma manifestação de governança corporativa deficiente, evidenciando a ausência de estratégias de compliance focadas na transparência e na proteção do consumidor.

A ambiguidade nos termos contratuais pode ocorrer de várias maneiras, como a falta de definição precisa de procedimentos cobertos, o uso de termos técnicos complexos que dificultam a compreensão do beneficiário ou a falta de informações sobre exclusões e limitações da cobertura.

Um exemplo clássico de ambiguidade é a interpretação do que constitui um tratamento de urgência ou emergência, que pode ser entendido de maneira diferente pelas operadoras e pelos beneficiários. Da mesma forma, termos como "procedimentos experimentais" ou "tratamentos não essenciais" podem gerar interpretações conflitantes sobre a cobertura de certos tratamentos.

A elaboração de contratos de adesão exige não apenas técnica jurídica, mas também sensibilidade ética e comunicacional. A implementação de boas práticas de compliance contratual, com revisão periódica de cláusulados, auditorias internas de documentos e testes de compreensibilidade textual aplicados a amostras de consumidores, é fundamental para mitigar conflitos e aumentar a previsibilidade jurídica.

Para evitar a judicialização decorrente da interpretação ambígua dos contratos de saúde, é imprescindível que as operadoras adotem práticas de transparência e simplificação contratual. Os contratos de planos de saúde devem ser escritos de forma clara e acessível, utilizando uma linguagem simples e direta, sem o uso excessivo de termos técnicos que possam dificultar a compreensão do beneficiário. Além disso, as cláusulas contratuais devem ser detalhadas e especificar de forma inequívoca as coberturas e exclusões, assim como os procedimentos e tratamentos garantidos pelo plano.

A simplificação dos contratos não significa reduzir a cobertura oferecida pelos planos de saúde, mas, sim, garantir que o beneficiário tenha um entendimento claro do que está sendo contratado. Além disso, as operadoras devem incluir no contrato informações sobre o rol de procedimentos da ANS e sobre as exclusões contratuais, de forma que o beneficiário saiba exatamente o que esperar de seu plano de saúde. Isso não apenas melhora a relação de confiança entre as operadoras e os consumidores, mas também reduz as disputas jurídicas.

5.6 Rescisão Contratual ou Inadimplência.

A rescisão de contratos de planos de saúde em decorrência de inadimplência é uma problemática que gera elevada judicialização. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024) apontam que aproximadamente 12% dos litígios judiciais envolvendo planos de saúde decorrem de cancelamentos contratuais questionados por beneficiários.

A legislação vigente permite a rescisão unilateral por inadimplência superior a sessenta dias, conforme disposto na Lei nº 9.656/1998. Contudo, a análise crítica desse dispositivo demonstra que sua aplicação sem observância de critérios de razoabilidade e proporcionalidade compromete o direito fundamental à saúde do consumidor, gerando vulnerabilidades.

Estudo realizado pelo Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC, 2020) destaca que em 21% dos casos de cancelamento analisados, os consumidores não foram adequadamente notificados, o que configura violação aos princípios da boa-fé e da transparência. Tais falhas processuais potencializam a litigiosidade e agravam o passivo judicial das operadoras.

Outro aspecto relevante é que existem cancelamentos ocorrem em períodos de tratamento continuado, como em terapias oncológicas ou internações prolongadas, o que, segundo dados do Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar (2021), está presente em cerca de 8% dos casos judicializados sobre o tema. Nesses contextos, o cancelamento abrupto é considerado abusivo pelo próprio STJ, com tema sedimentado no Tema 1082.

Contudo, as decisões judiciais não se limitam a conceder sempre o direito de rescisão às operadoras. Em alguns casos, os tribunais determinam que a rescisão foi indevida, especialmente quando as operadoras falham em seguir o devido processo legal ou quando o beneficiário já havia quitado suas pendências financeiras. Nesse cenário, o Judiciário tem se mostrado mais sensível às condições de vulnerabilidade dos consumidores, buscando garantir que a saúde dos beneficiários não seja prejudicada pelo cancelamento intempestivo de suas coberturas.

Criticamente, observa-se que a gestão da inadimplência exige não apenas a cobrança formal dos valores devidos, mas também a adoção de estratégias conciliatórias, mediação de conflitos e renegociação de dívidas, respeitando a dignidade do beneficiário.

A inadimplência no setor de saúde suplementar é um problema recorrente, que afeta tanto as operadoras quanto os consumidores. Para as operadoras, o não pagamento das mensalidades representa um risco financeiro, pois compromete a receita e pode afetar a sustentabilidade dos planos de saúde. Para os consumidores, a inadimplência pode resultar na perda da cobertura de saúde, o que coloca em risco o acesso contínuo a tratamentos médicos essenciais, especialmente em casos de doenças crônicas ou emergências de saúde.

No entanto, a rescisão por inadimplência deve ser tratada com cautela, pois pode ocorrer em situações onde o beneficiário enfrenta dificuldades financeiras temporárias. Nesse contexto, a perda de cobertura de saúde pode agravar ainda mais a condição do paciente, que deixa de contar com a proteção oferecida pelo plano. Além disso, a recusa em restabelecer a cobertura sem uma análise cuidadosa das circunstâncias do inadimplemento pode ser considerada uma prática abusiva, passível de revisão judicial.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) oferece um importante amparo legal para os beneficiários de planos de saúde, pois assegura direitos básicos aos consumidores e estabelece normas para a resolução de conflitos nas relações de consumo. Em casos de rescisão contratual, a Lei 9656/98 exige que as operadoras de saúde sigam uma série de procedimentos formais antes de cancelar um contrato. Esses procedimentos incluem a notificação prévia ao beneficiário, a justificativa clara para a rescisão e o direito de contestação por parte do consumidor.

A criação de programas de regularização de débitos, a oferta de parcelamentos acessíveis e a ampliação de canais de atendimento para renegociação podem se revelar como mecanismos eficazes de prevenção de litígios e de fortalecimento da relação contratual.

Ademais, é de se relevar que as operadoras adotem políticas de compliance financeiro e regulatório, assegurando a conformidade com as normas da ANS e promovendo uma cultura institucional pautada pela ética e pela responsabilidade social.

5.7 Dificuldades no Reembolso de Despesas Médicas.

As dificuldades enfrentadas pelos beneficiários para obter o reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada são causa recorrente de judicialização. Segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2020), cerca de 11% dos conflitos judiciais na saúde suplementar têm como origem problemas relacionados ao reembolso.

As operadoras de planos de saúde frequentemente impõem limitações rigorosas ao reembolso de despesas médicas realizadas fora da rede credenciada. Embora os contratos prevejam o direito ao reembolso, os beneficiários se deparam com dificuldades ao tentar reaver o valor pago por consultas médicas, exames ou procedimentos realizados fora da rede de prestadores autorizados pelo plano. Essas dificuldades geralmente envolvem o valor do reembolso, a aprovação de serviços não credenciados e a limitação do montante que será pago pelo procedimento.

A restrição de cobertura e as exclusões contratuais são fatores frequentemente alegados pelas operadoras para justificar a negativa ou o pagamento parcial do reembolso. Em alguns casos, a operadora afirma que o serviço prestado não está dentro do rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou que o profissional ou estabelecimento médico não pertence à rede credenciada. Isso cria uma série de conflitos, pois os beneficiários, ao não obterem o reembolso esperado, recorrem ao Judiciário para garantir a cobertura das despesas de saúde, com base em cláusulas contratuais que asseguram o direito ao reembolso em determinadas circunstâncias.

Em muitos casos, as operadoras de planos de saúde alegam que o procedimento não se encaixa nas condições contratuais para reembolso, ou que não é possível reembolsar despesas realizadas fora da rede credenciada. No entanto, os tribunais têm se mostrado favoráveis aos beneficiários em diversos casos,

especialmente quando as cláusulas contratuais não são claras o suficiente ou quando as operadoras falham em cumprir suas obrigações de reembolso de forma justa e transparente.

A negativa de reembolso de despesas médicas tem um impacto direto na sustentabilidade financeira dos beneficiários. Ao não receberem o valor esperado do plano de saúde, os consumidores enfrentam sérias dificuldades para arcar com os custos dos tratamentos médicos realizados fora da rede credenciada. Esse impacto financeiro pode ser ainda mais significativo para pacientes com doenças graves ou crônicas, que precisam de tratamentos contínuos e de alto custo. A falta de reembolso, portanto, não só prejudica o acesso à saúde, mas também pode agravar a situação financeira do paciente e da sua família.

Além disso, o processo de judicialização envolvendo reembolso é muitas vezes demorado e oneroso, criando uma desconfiança entre os beneficiários e as operadoras de saúde. A necessidade de recorrer à justiça para garantir o reembolso adequado adiciona um custo adicional à experiência do paciente, que já está sobrecarregado com os custos dos tratamentos médicos e com o estresse associado à sua condição de saúde.

Para mitigar as dificuldades no reembolso de despesas médicas e evitar a judicialização, as operadoras de saúde devem adotar práticas de compliance rigorosas, assegurando que o processo de reembolso seja transparente, eficiente e de fácil compreensão para os beneficiários. As operadoras devem revisar suas cláusulas contratuais, especialmente no que diz respeito ao reembolso por tratamentos fora da rede credenciada, para garantir que estejam em conformidade com as regulamentações da ANS e com os direitos dos consumidores.

Além disso, é prudente que as operadoras invistam em treinamentos contínuos para seus gestores e equipes de atendimento, garantindo que os consumidores recebam informações claras e precisas sobre como o reembolso será processado e sobre quais são as condições de cobertura para serviços não credenciados. O compliance também pode ajudar as operadoras a estabelecer mecanismos de auditoria internos, para garantir que o processo de reembolso seja executado de

maneira justa e transparente, evitando a recusa indevida de reembolsos ou o pagamento inferior ao valor contratado.

5.8 Impacto Sistêmico da Judicialização e Relação com Compliance.

A litigiosidade excessiva na saúde suplementar, além de afetar diretamente operadoras e beneficiários, provoca desdobramentos estruturais que comprometem seriamente a estabilidade e a viabilidade do setor em longo prazo. Estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2021) demonstra que o aumento do passivo judicial das operadoras contribui para um acréscimo médio de 12% nos custos operacionais anuais, evidenciando a corrosão contínua da eficiência do sistema.

Essa elevação de custos, inevitavelmente, é repassada aos consumidores por meio de reajustes de mensalidades de planos coletivos, alimentando um ciclo de insatisfação e novas demandas judiciais. Pesquisa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024) confirma que 18% dos reajustes realizados foram justificados pelas operadoras pelo aumento das despesas com litígios, consolidando a judicialização como fator de instabilidade estrutural.

É incontroverso que a imprevisibilidade gerada pela judicialização massiva compromete de modo severo o equilíbrio atuarial dos planos de saúde, elevando o risco de insolvência de operadoras de pequeno e médio porte. Relatório de Análise Setorial da ANS (2020) comprova o aumento de 22% no número de liquidações extrajudiciais no período de 2017 a 2020, configurando um cenário de vulnerabilidade sistêmica que não pode ser ignorado.

A fragmentação de interpretações judiciais sobre cobertura assistencial e reembolso impõe grave insegurança jurídica e inviabiliza a formulação de políticas públicas eficazes pela ANS. Esta realidade, se mantida, conduz inevitavelmente à degradação progressiva da confiança nas relações reguladas.

Sob a perspectiva social, o aumento dos custos e a redução da oferta de planos populares⁵ aprofundam a exclusão assistencial. O Instituto Brasileiro de Defesa do

⁵ Planos de saúde populares são modalidades de assistência suplementar à saúde com cobertura reduzida e preços mais acessíveis, voltadas principalmente à população de

Consumidor (IDEC, 2021) comprova a redução de 8% no número de beneficiários de planos individuais nos últimos cinco anos, fruto da contínua elevação de preços e da perda de acessibilidade.

Para além dos impactos financeiros diretos, o acúmulo de litígios gera externalidades negativas importantes, como a deterioração da imagem institucional das operadoras, a redução da confiança dos beneficiários e o aumento da instabilidade regulatória. Tais efeitos colaterais dificultam a expansão do setor e desestimulam práticas inovadoras em saúde suplementar.

Fica patente que a judicialização excessiva, longe de promover o fortalecimento dos direitos dos consumidores, compromete a estabilidade, a previsibilidade e a expansão do sistema suplementar de saúde. A perpetuação desse modelo de conflitos judicializados é incompatível com a necessidade de um sistema sustentável, equitativo e eficaz.

Diante desse quadro, a implementação efetiva de programas de compliance e de práticas de governança corporativa robustas não é apenas recomendável, mas absolutamente imprescindível. Estudo da PwC (2021) comprova que organizações que adotam programas de compliance sólidos reduzem em até 35% o volume de demandas judiciais, evidenciando que a prevenção é a única estratégia eficaz e racional.

No âmbito das operadoras de saúde, a integração do compliance com a governança corporativa configura-se como condição essencial para assegurar a aderência plena à regulação setorial, proteger a imagem institucional e promover a melhoria contínua dos serviços prestados.

A ausência de estruturas de compliance, em contraposição, configura não apenas risco regulatório e reputacional, mas verdadeiro atentado contra a

baixa renda. Esses planos buscam ampliar o acesso ao setor privado de saúde, limitando a cobertura a atendimentos ambulatoriais ou regionais, com foco em serviços essenciais e com coparticipação ou franquias.

sustentabilidade financeira e a credibilidade institucional, aspectos que não podem ser negligenciados.

A elaboração de códigos de ética consistentes, a criação de canais de denúncia efetivos, a realização periódica de treinamentos estruturados e a auditoria independente das atividades não podem ser tratados como medidas opcionais. Constituem exigências obrigatórias para que o sistema suplementar recupere sua

Em síntese, o enfrentamento dos desafios decorrentes da judicialização exige o fortalecimento progressivo de uma cultura organizacional comprometida com a ética, a eficiência e a responsabilidade social. Esses valores se mostram fundamentais para orientar a evolução do setor e contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar no Brasil.

6. A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR E O PAPEL ESTRATÉGICO DO COMPLIANCE.

A desjudicialização pode ser compreendida, em sentido amplo, como o conjunto de mecanismos institucionais e práticas voltadas à prevenção e à resolução de conflitos fora do Poder Judiciário, com foco na eficiência, celeridade e na pacificação social. Entretanto, não se limita à simples resolução de litígios já instaurados; ao nosso ver, a verdadeira efetividade da desjudicialização está na sua capacidade de atuar preventivamente, evitando que conflitos se transformem em demandas judiciais. Isso implica em fortalecer a comunicação entre as partes, aprimorar os canais administrativos de solução de controvérsias e implementar políticas de conformidade, transparência e governança que eliminem as causas recorrentes de judicialização. Assim, desjudicializar não é apenas desafogar o Judiciário, mas sobretudo cultivar uma cultura institucional de integridade e prevenção, onde o litígio se torne exceção e não regra.

A judicialização da saúde suplementar tornou-se uma realidade complexa e onerosa, tanto para o Poder Judiciário quanto para as operadoras de planos de saúde e os próprios beneficiários. Esse fenômeno decorre, em parte, da tensão entre o direito fundamental à saúde, consagrado no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, e a lógica contratual e econômico-financeira que rege o setor privado de saúde. Diante disso, emerge a necessidade de se buscar mecanismos eficientes de resolução extrajudicial de conflitos, que se enquadram no conceito contemporâneo de desjudicialização.

O presente capítulo visa analisar como a implementação de ferramentas de compliance pode contribuir para a desjudicialização das demandas no setor da saúde suplementar, sobretudo por meio do fortalecimento de canais internos de diálogo com o consumidor, como a ouvidoria, os sistemas de resposta à Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) da ANS, e a adoção de meios adequados de resolução de conflitos, como a mediação e a arbitragem. Defende-se que tais instrumentos, quando integrados a um programa de integridade estruturado, são capazes de mitigar riscos, racionalizar custos e promover uma cultura de governança e responsabilidade institucional.

6.1 O Fenômeno da Desjudicialização como Imperativo Estratégico.

A superação dos desafios impostos pela judicialização, exaustivamente demonstrados no capítulo anterior, exige a adoção de mecanismos de desjudicialização sólidos e estruturados. Mais do que uma opção estratégica, a desjudicialização representa imperativo para assegurar a continuidade, a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

A desjudicialização, entendida como o conjunto de medidas destinadas a resolver conflitos fora do âmbito judicial, encontra respaldo normativo no artigo 3º, §3º, do Código de Processo Civil de 2015, que impõe o dever das partes de estimular a autocomposição. No setor de saúde suplementar, essa diretriz adquire contornos ainda mais relevantes diante do elevado volume de litígios e de seus impactos sistêmicos.

O Supremo Tribunal Federal (STF), ao julgar o Tema 793 da Repercussão Geral, reafirmou a responsabilidade solidária do Estado e do setor privado na efetivação do direito à saúde, enfatizando a necessidade de instrumentos de solução adequada de conflitos para garantir o acesso eficaz aos direitos fundamentais. Além disso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução nº 125/2010, estabeleceu políticas públicas que incentivam a autocomposição como forma prioritária de resolução de litígios, recomendação que assume especial relevo no setor da saúde suplementar.

Nesse contexto, os programas de compliance despontam como instrumentos essenciais para a promoção da desjudicialização. Conforme destaca Oliveira (2022), o compliance não se restringe à conformidade normativa, mas se materializa em uma cultura organizacional de integridade, de transparência e de resolução eficiente de conflitos. Portanto, sua correta implementação atua como vetor de racionalização dos processos internos e de fortalecimento dos canais administrativos de resposta ao consumidor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa nº 395/2016, reconhece expressamente o papel estratégico das ouvidorias das operadoras como instâncias primárias de solução de conflitos, inserindo-as no

contexto de governança e integridade institucional. Dados da própria ANS (2021) demonstram que 92% das demandas solucionadas no âmbito da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) não chegam ao Poder Judiciário, evidenciando a eficácia dos instrumentos extrajudiciais quando integrados a práticas de compliance robustas.

A literatura especializada, como aponta França (2021), reafirma que a internalização de práticas de governança, de compliance assistencial e de canais efetivos de resolução administrativa é condição necessária para a contenção da litigiosidade e a preservação da credibilidade institucional.

Assim, o fortalecimento da cultura da desjudicialização deve ser encarado como medida obrigatória para o setor de saúde suplementar. A construção de fluxos internos céleres, de comunicação transparente, de capacitação continuada dos colaboradores e de processos decisórios claros integra-se a uma estratégia abrangente de promoção da sustentabilidade econômica e da proteção dos direitos dos consumidores.

A desjudicialização no setor da saúde suplementar, viabilizada pela adoção de práticas de compliance efetivas e pela implementação de mecanismos internos de resolução de conflitos, representa uma alternativa consistente às exigências constitucionais e infraconstitucionais. Tal abordagem contribui para a promoção da eficiência, da previsibilidade e da sustentabilidade do sistema, consolidando-se como uma estratégia relevante para o aprimoramento da gestão no âmbito suplementar.

6.2 A Implementação de Programas de Compliance como Estratégia de Desjudicialização.

No contexto da saúde suplementar, a adoção de programas de compliance tem se revelado uma medida estratégica relevante para a construção de um ambiente institucional orientado pela previsibilidade, pela segurança jurídica e pela proteção dos direitos dos beneficiários. Considerando o elevado índice de litigiosidade apontado pela ANS (2024), tais programas contribuem significativamente para o estímulo à desjudicialização e para o aprimoramento da capacidade institucional de enfrentamento dos desafios estruturais do setor.

Conforme preceitua a ISO 37301:2021, norma internacional de sistemas de gestão de compliance, o compromisso da alta administração, a análise contínua de riscos e a efetividade dos mecanismos internos de prevenção são condições inafastáveis para a mitigação de conflitos e para a manutenção da integridade organizacional. No contexto da saúde suplementar, esses pilares adquirem relevo ainda maior, dado o impacto direto das práticas assistenciais e contratuais sobre a vida e a saúde dos consumidores.

Relatório da Controladoria-Geral da União (CGU, 2024) aponta que organizações que implantaram mecanismos robustos de governança e conformidade reduziram em até 40% os litígios judiciais, reforçando a eficácia comprovada dessas medidas como instrumentos de racionalização dos conflitos.

A criação de protocolos clínicos internos, o respeito rigoroso às normativas da ANS, a padronização dos processos de autorização e negativa de procedimentos, e a constituição de comitês técnicos para análise de solicitações são práticas essenciais para assegurar a transparência, a isonomia e a racionalidade das decisões das operadoras.

Ademais, a implementação de programas de integridade alinhados aos princípios do COSO Framework — como ambiente de controle, avaliação de riscos, atividades de controle, informação e comunicação e monitoramento — permite a construção de uma governança robusta, que valoriza a detecção precoce de irregularidades e a pronta correção de desvios, mitigando exponencialmente a probabilidade de litígios.

Franca (2021) assevera que o compliance deve ser compreendido como *"ferramenta estruturante da cultura da resolutividade"*, pois apenas organizações que internalizam a lógica da prevenção sistêmica conseguem conter a fragmentação dos conflitos e proteger a perenidade institucional. Em reforço, a doutrina sustenta que:

"a existência de um programa de integridade eficaz não apenas minimiza os riscos jurídicos, mas sobretudo consolida a confiança institucional junto aos stakeholders, promovendo ambiente de menor litigiosidade". (NEVES, 2021)

Importante destacar que, conforme orientação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em seu *"Good Practice Guidance on Internal Controls, Ethics, and Compliance"* (2010), a alta administração deve assegurar não apenas a criação formal dos programas de compliance, mas também sua efetiva implementação e revisão contínua, reforçando que a governança da integridade deve ser viva, dinâmica e responsiva.

Nesse sentido, a integração entre compliance e desjudicialização não é eventual, mas intrínseca: programas de integridade robustos criam os fluxos de prevenção, de atendimento ágil e de solução interna que inviabilizam a escalada dos conflitos para a esfera judicial.

A proposta de aplicação do compliance ao setor da saúde encontra respaldo doutrinário significativo na análise de Mendes, Carvalhal e Rosa (2023), ao reconhecerem que a superação da judicialização exige mais do que a racionalização das decisões judiciais — requer a implantação de mecanismos de controle interno, fluxos administrativos claros e condutas padronizadas que integrem os diversos níveis de gestão do SUS. Esses elementos, que constituem pilares típicos de programas de compliance, são apontados como essenciais para fortalecer a governança do sistema, mitigar riscos jurídicos e, sobretudo, permitir que a prestação dos serviços ocorra de forma previsível, equânime e eficiente, sem necessidade de recorrer ao Judiciário como primeira instância decisória.

Apesar do avanço normativo e da disseminação de programas de compliance, não se pode aceitar a implementação meramente formal desses sistemas, sem integração real à cultura organizacional. Esse fenômeno, conhecido como 'compliance de fachada', compromete a efetividade dos programas e reduz seu impacto na prevenção de riscos jurídicos e regulatórios.

6.3 Fortalecimento dos Canais Internos de Solução de Conflitos.

O fortalecimento de canais internos de solução de conflitos é elemento central e estratégico para a concretização da desjudicialização na saúde suplementar. Tais canais não se limitam a instrumentos administrativos complementares: são

mecanismos primários de prevenção, de gestão adequada de riscos e de promoção da cultura de integridade e responsabilidade corporativa.

A Resolução Normativa nº 323/2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece a obrigatoriedade de criação de ouvidorias nas operadoras, como mecanismos de controle interno e garantia da efetividade dos direitos dos beneficiários. A ouvidoria, como canal institucionalizado de recebimento e tratamento de reclamações, assume papel estratégico não apenas ao promover a transparência, mas ao atuar como sentinela da qualidade regulatória e da conformidade organizacional.

Conforme ressalta França (2021), uma ouvidoria ativa e estruturada não apenas capta reclamações, mas realiza análise crítica das manifestações, identifica falhas sistêmicas, propõe ajustes internos e antecipa a gestão de riscos reputacionais e jurídicos. Trata-se de uma instância de governança fundamental, pois viabiliza a correção tempestiva de práticas inadequadas antes que pequenos conflitos se convertam em litígios. Marques (2017) reforça essa concepção ao definir a ouvidoria como *"o ponto de convergência entre a responsabilidade institucional e o direito do consumidor à informação, à escuta e à reparação célere"*.

A atuação proativa da ouvidoria também está alinhada ao modelo de governança responsiva preconizado por Ayres e Braithwaite (1992), que defende a promoção de soluções consensuais em substituição ao conflito judicializado. Dessa forma, a ouvidoria efetiva contribui diretamente para a redução da litigiosidade e para o fortalecimento da confiança dos beneficiários na operadora.

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento administrativo criado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com o objetivo de promover a resolução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde antes da judicialização. Instituída pela Resolução Normativa nº 323/2013, a NIP funciona como um canal oficial de comunicação em que o beneficiário registra uma reclamação na ANS — geralmente por negativa de cobertura, reajuste indevido ou falha no atendimento — e a operadora é notificada para apresentar resposta e solucionar a demanda no prazo de até 5 dias úteis. Caso a resposta seja considerada satisfatória pelo beneficiário ou pela própria ANS, a demanda é

encerrada administrativamente, sem necessidade de ação judicial. A NIP é, portanto, um mecanismo de desjudicialização com base regulatória, que estimula a composição extrajudicial de conflitos e a melhoria da relação entre consumidor e operadora, reforçando o papel fiscalizador e conciliador da ANS no setor da saúde suplementar.

Dados oficiais da ANS (2021) revelam que aproximadamente 92% das reclamações resolvidas na fase da NIP não evoluem para a esfera judicial, consolidando-a como instrumento altamente eficaz de desjudicialização.

A importância estratégica da NIP reside não apenas na solução de conflitos pontuais, mas na criação de um ambiente regulatório mais estável e previsível, uma vez que a gestão eficiente das reclamações administrativas reduz o passivo judicial, melhora a imagem institucional e contribui para a manutenção da estrutura corporativa. Corroborando essa relevância, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), no julgamento do REsp 1.733.013/PR, reconheceu expressamente a legitimidade das NIPs como instrumento eficaz de resolução de demandas no âmbito da saúde suplementar, reforçando sua natureza de mecanismo adequado e suficiente para atender aos princípios da celeridade e da efetividade da tutela dos direitos.

Além da ouvidoria e da NIP, a criação de núcleos internos de mediação, alinhados às diretrizes da Resolução nº 125/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), representa prática altamente recomendada e alinhada às melhores práticas internacionais. Tais núcleos, compostos por profissionais capacitados em técnicas de mediação, atuam na facilitação do diálogo entre operadoras e beneficiários, promovendo acordos justos e duradouros, evitando o prolongamento dos conflitos e a judicialização desnecessária.

Experiências internacionais, relatadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), confirmam que sistemas de saúde suplementar que investiram na estruturação de canais internos sólidos reduziram em até 50% a incidência de litígios, fortalecendo a eficiência assistencial e a credibilidade institucional.

6.4 Transparência Contratual e Comunicação Eficiente com o Beneficiário.

A transparência contratual e a comunicação eficiente com o beneficiário constituem pilares fundamentais para a construção de um ambiente institucional de confiança, previsibilidade e segurança jurídica. A ausência de clareza nas cláusulas contratuais e a comunicação deficiente sobre os direitos e deveres dos consumidores são causas diretas da judicialização, como já identificado em diversos relatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC).

O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), em seus artigos 6º, inciso III, e 46, estabelece que as informações contratuais devem ser claras, precisas e ostensivas, assegurando ao consumidor o pleno conhecimento do conteúdo obrigacional. A violação desse dever de transparência não apenas vulnerabiliza o consumidor, mas também configura infração à legislação consumerista, ensejando responsabilidade civil objetiva do fornecedor.

Conforme ressalta Oliveira (2022), a opacidade nas relações contratuais é terreno fértil para o surgimento de litígios, pois alimenta expectativas frustradas e insegurança quanto à extensão dos direitos assegurados. Por outro lado, contratos redigidos em linguagem simples, direta e acessível reduzem a margem de interpretações equivocadas e fortalecem a confiança na relação contratual.

Estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas (WEI, 2023) aponta que operadoras que investiram em processos de revisão contratual para aprimorar a transparência reduziram em 28% o número de demandas judiciais relacionadas a negativas de cobertura. Esse dado empírico comprova a eficácia da comunicação clara como estratégia de desjudicialização.

Além da clareza textual, é imprescindível que as operadoras adotem políticas de comunicação ativa com seus beneficiários, disponibilizando informações relevantes de maneira acessível, tanto por meio de seus sites institucionais quanto em atendimentos presenciais e remotos. Entre as estratégias recomendadas pela literatura especializada, destacam-se: a utilização de linguagem visual facilitada em contratos e materiais informativos; o envio de comunicados periódicos por meio de

SMS, e-mails e aplicativos móveis com atualizações sobre coberturas e direitos; a realização de webinars e palestras educativas para esclarecimento de cláusulas contratuais; a implementação de portais de autoatendimento que permitam a consulta personalizada de informações contratuais; e a disponibilização de vídeos explicativos curtos (*videocasts*) abordando temas frequentes de dúvida.

A Resolução Normativa nº 395/2016 da ANS também reforça a obrigação das operadoras de fornecer informações claras, corretas e precisas, inclusive nos atendimentos telefônicos e nos canais digitais. O descumprimento dessa normativa compromete a qualidade da informação prestada ao consumidor e amplia o risco de litígios.

De acordo com França (2021), "a comunicação eficiente é componente indissociável de um programa de compliance eficaz, pois garante o fluxo contínuo de informações relevantes entre a organização e seus stakeholders, prevenindo equívocos e disputas".

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2019) destaca em suas diretrizes de boas práticas em compliance que "a comunicação transparente e segmentada, adaptada às diferentes realidades dos usuários, é determinante para o sucesso dos programas de integridade e para a redução de conflitos judiciais".

Dessarte, a transparência contratual e a comunicação eficiente com o beneficiário não são apenas boas práticas recomendadas, mas exigências legais e estratégicas para a promoção da desjudicialização. Sua implementação sistemática é condição necessária para a preservação da previsibilidade contratual, da segurança jurídica e da perenidade do ecossistema empresarial.

6.5 Capacitação Contínua dos Colaboradores e Qualificação Técnica.

A capacitação contínua dos colaboradores e a qualificação técnica das equipes operacionais e decisórias das operadoras de saúde suplementar constituem pilares essenciais para a efetividade dos programas de compliance e para a promoção da desjudicialização. Sem profissionais devidamente preparados, torna-se inviável a

correta aplicação dos normativos regulatórios, a adequada interpretação dos contratos e a implementação de boas práticas de atendimento ao consumidor.

De acordo com o professor:

"a efetividade dos direitos fundamentais, como o direito à saúde, demanda não apenas estruturas normativas adequadas, mas também agentes capacitados para sua plena realização". (SARLET, 2012)

No âmbito da saúde suplementar, essa afirmação revela a necessidade de permanente qualificação técnica das equipes de atendimento, auditoria, ouvidoria e gestão de contratos.

A Resolução Normativa nº 395/2016 da ANS exige que as operadoras disponibilizem atendimentos qualificados aos beneficiários, o que implica a necessidade de formação contínua dos colaboradores sobre os direitos dos consumidores, as normas da ANS, as técnicas de atendimento humanizado e os princípios da boa-fé objetiva e da transparência.

Programas de treinamento periódico, workshops sobre mudanças regulatórias, cursos de atualização em Direito do Consumidor e Direito da Saúde, além de capacitações específicas em mediação e técnicas de negociação, são exemplos de ações indispensáveis para assegurar a competência técnica necessária à resolutividade interna dos conflitos.

O compliance, nesse cenário, atua como catalisador e estruturador da capacitação interna. A partir do mapeamento de riscos, da identificação de fragilidades e da definição de políticas de integridade, os programas de compliance delineiam os conteúdos prioritários que devem ser incorporados aos treinamentos, alinhando a formação dos colaboradores às necessidades concretas de mitigação de riscos jurídicos, regulatórios e reputacionais. Como destaca:

"o compliance não apenas exige a capacitação, mas determina seu escopo, seu direcionamento e sua metodologia, de modo a assegurar a aderência plena das práticas institucionais aos valores da integridade e da prevenção". (FRANÇA 2021),

Estudo do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2023) destaca que organizações que investem sistematicamente na formação de seus colaboradores em compliance, ética e atendimento ao cliente apresentam redução de até 32% no número de litígios judiciais, além de fortalecerem sua reputação institucional.

França (2021) enfatiza que "a excelência na resolutividade administrativa exige equipes não apenas capacitadas tecnicamente, mas também sensibilizadas quanto à importância da cultura da integridade e da prevenção de riscos". Ou seja, a formação continuada deve ir além da mera transmissão de conteúdos normativos, incorporando valores éticos e práticas de atendimento centradas no respeito e na proteção dos beneficiários.

A consolidação de uma cultura de compliance ainda encontra, em muitos contextos, resistências internas, frequentemente associadas à percepção de que os mecanismos de controle podem limitar a autonomia decisória ou representar obstáculos operacionais. Superar essa resistência cultural demanda um esforço contínuo e estruturado, especialmente por meio da capacitação permanente dos colaboradores, alinhada estrategicamente aos objetivos dos programas de integridade. Essa prática é necessária para operadoras que buscam contribuir com a desjudicialização e fortalecer sua sustentabilidade institucional no setor de saúde suplementar. Sua ausência pode comprometer não apenas a qualidade dos serviços prestados, mas também a eficácia dos programas de compliance, ampliando a exposição a riscos jurídicos, regulatórios e reputacionais.

6.6 Adoção de Soluções Tecnológicas na Gestão do Atendimento.

A adoção de soluções tecnológicas eficientes na gestão do atendimento ao beneficiário representa um vetor estratégico para a efetividade dos programas de compliance e para a promoção da desjudicialização no setor da saúde suplementar. A transformação digital, quando orientada por princípios de transparência, celeridade e acessibilidade, potencializa a resolutividade interna dos conflitos e pode refletir em redução na incidência de litígios.

A Resolução Normativa nº 395/2016 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) já reconhece a importância dos canais digitais ao exigir que as

operadoras disponibilizem atendimento telefônico e eletrônico adequados para o consumidor. Contudo, a mera existência formal de canais digitais é insuficiente: é imprescindível que sejam dotados de funcionalidades ágeis, interfaces intuitivas e integração com os fluxos internos de atendimento e resolução de demandas.

Dentre as práticas recomendadas, destaca-se a implementação de portais de autoatendimento que permitam ao beneficiário consultar sua cobertura contratual, acompanhar solicitações de procedimentos, registrar reclamações, acessar protocolos de NIP e visualizar informações atualizadas sobre rede credenciada. O uso de aplicativos móveis integrados, chats com inteligência artificial para esclarecimento de dúvidas e sistemas automatizados de autorização de procedimentos são ferramentas que promovem eficiência, transparência e satisfação do usuário.

Estudo da McKinsey & Company (2021) sobre transformação digital na saúde aponta que a digitalização de fluxos de atendimento pode reduzir em até 40% os casos de reclamações e litígios administrativos, além de aumentar em 25% a confiança dos usuários nos serviços prestados.

Além disso, a adoção de sistemas de *Business Intelligence (BI)* para monitoramento de indicadores de atendimento, gestão de reclamações e detecção de padrões de insatisfação permite que as operadoras atuem de maneira preditiva, corrigindo falhas estruturais antes que se convertam em litígios judiciais.

Conforme ressalta:

"a tecnologia, integrada a um programa de compliance efetivo, constitui instrumento de antecipação de riscos e de fortalecimento da governança, sendo indispensável para a construção de relações de consumo mais equilibradas e transparentes". (OLIVEIRA, 2022)

Em síntese, a incorporação de soluções tecnológicas na gestão do atendimento tem se mostrado uma iniciativa estratégica relevante para o aprimoramento da efetividade dos programas de compliance, contribuindo para a mitigação da litigiosidade e para o fortalecimento da sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. Mais do que um avanço tecnológico, trata-se de um recurso

alinhado às demandas atuais por eficiência, rastreabilidade e qualidade na relação com os beneficiários.

6.7 A Importância da Mediação e Arbitragem no Setor de Saúde Suplementar.

A utilização de métodos adequados de resolução de conflitos, como a mediação, a conciliação e a arbitragem, tem se consolidado como uma alternativa relevante para fomentar a desjudicialização no âmbito da saúde suplementar. Ao priorizarem a autonomia das partes, a celeridade processual e a construção de soluções consensuais, tais instrumentos contribuem para a redução do tempo de tramitação dos conflitos e para a mitigação de custos operacionais, tanto para as operadoras quanto para o sistema de justiça.

A mediação, regulada pela Lei nº 13.140/2015, é um processo estruturado que busca a construção de soluções dialogadas, preservando as relações contratuais e promovendo a satisfação mútua das partes. No âmbito da saúde suplementar, sua adoção é especialmente relevante diante da complexidade dos conflitos e da necessidade de preservação do vínculo de confiança entre operadoras e beneficiários.

Lembramos que, o art. 3º, §3º do CPC/2015 define mediação e conciliação como métodos de desjudicialização, senão vejamos:

“De acordo com o artigo 3º, §3º do Código de Processo Civil, a conciliação, a mediação e outros métodos consensuais de solução de conflitos são incentivados, formando o núcleo da desjudicialização.

Já a arbitragem, disciplinada pela Lei nº 9.307/1996, possibilita a resolução de controvérsias por meio de sentença arbitral, dotada de força executiva. Embora tradicionalmente mais aplicada em relações comerciais de maior porte, a arbitragem vem sendo gradativamente incorporada às cláusulas contratuais de saúde suplementar, sobretudo em litígios que envolvam direitos patrimoniais disponíveis.

A efetividade da mediação e da arbitragem pode ser integrado aos programas de compliance das operadoras. O compliance, ao mapear riscos contratuais, estabelecer protocolos de atendimento e incentivar a cultura da solução consensual,

estrutura e legitima o uso desses métodos alternativos de resolução de conflitos. Como destaca:

"o compliance não apenas incentiva o recurso à mediação e arbitragem, mas também condiciona sua eficácia ao prever fluxos internos de identificação precoce de conflitos, orientação dos colaboradores e oferta tempestiva de meios adequados de solução".
(OLIVEIRA, 2022)

Métodos como a mediação e a conciliação revelam-se alternativas eficazes para evitar processos judiciais prolongados e desgastantes. Esses mecanismos favorecem uma solução mais célere e menos onerosa para as partes envolvidas, além de reduzir a sobrecarga do sistema judiciário, atendendo aos princípios constitucionais da eficiência e da duração razoável do processo.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Fórum Nacional da Saúde e da Resolução nº 125/2010, incentiva expressamente a utilização de métodos auto compositivos e a integração das operadoras de planos de saúde aos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCs), reconhecendo sua eficácia na redução da litigiosidade e na melhoria da eficiência judicial.

Dados do Relatório Justiça em Números (CNJ, 2022) indicam que processos solucionados por mediação e arbitragem apresentam tempo médio de resolução 65% inferior ao dos processos judiciais convencionais, evidenciando ganhos concretos de celeridade e eficiência.

Segundo Arthur Rollo Costa (2024), a judicialização crescente no setor de saúde suplementar — motivada por práticas como cancelamentos unilaterais de contratos, reajustes abusivos e negativas de cobertura — evidencia a necessidade urgente de atualização da regulação setorial. Nesse cenário, o convênio celebrado entre o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) representa um passo estratégico rumo à desjudicialização, ao incentivar soluções extrajudiciais e fortalecer a cultura da autocomposição nos conflitos entre operadoras e beneficiários.

No campo prático, iniciativas como o projeto "SUS Mediado", implantado pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte, e os Núcleos de Apoio Técnico

do Judiciário (NAT-JUS), que produzem pareceres técnicos para auxiliar magistrados na tomada de decisão sobre tratamentos e medicamentos, exemplificam políticas públicas que dialogam diretamente com os objetivos da desjudicialização e promovem maior racionalidade na alocação de recursos.

Mencionamos a lição do ilustre doutrinador:

"a institucionalização da mediação e da arbitragem no setor da saúde suplementar é não apenas desejável, mas necessária, como instrumento de racionalização dos conflitos e de fortalecimento da cultura da solução consensual". (FRANÇA, 2021)

Consoante acima, a incorporação sistemática da mediação, da conciliação e da arbitragem como práticas regulares no âmbito das operadoras de saúde suplementar, devidamente integradas a seus programas de compliance, é medida inteligente para a consolidação de um ambiente menos litigioso, mais eficiente e mais comprometido com a proteção dos direitos dos consumidores e a sustentabilidade do sistema.

Além disso, destaca-se a importância de uma atuação cooperativa entre os Poderes Executivo e Judiciário, promovendo uma verdadeira governança federativa na área da saúde. Essa perspectiva coincide com os fundamentos do compliance público, ao enfatizar a necessidade de interlocução contínua, pactuação de responsabilidades e criação de ambientes institucionais que favoreçam a solução consensual de conflitos. Conforme argumentam Mendes, Carvalhal e Rosa (2023), experiências exitosas de cooperação, como aquelas firmadas entre a Defensoria Pública e as Secretarias de Saúde em alguns estados, revelam que a mediação administrativa prévia e a atuação técnica coordenada podem reduzir substancialmente o número de ações judiciais, ao mesmo tempo em que promovem respostas mais céleres e qualificadas às demandas da população.

Embora a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) e a mediação extrajudicial sejam instrumentos com comprovado potencial para a redução da judicialização, sua aplicação prática ainda enfrenta obstáculos. A baixa adesão voluntária por parte das operadoras, a escassez de mediadores especializados no setor da saúde suplementar e a limitada cultura de solução consensual de conflitos

configuram barreiras relevantes que restringem o pleno aproveitamento desses mecanismos.

6.8 Relação Estratégica com Órgãos Reguladores.

A construção de uma relação estratégica e colaborativa com os órgãos reguladores, em especial com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), é medida essencial para a promoção da desjudicialização no setor da saúde suplementar. Essa aproximação, quando baseada em princípios de transparência, cooperação e boa-fé institucional, fortalece a governança das operadoras e amplia a eficiência dos mecanismos internos de gestão de conflitos.

A ANS, como principal órgão regulador do setor, exerce papel central na normatização de condutas, na fiscalização das operadoras e na proteção dos direitos dos beneficiários. A atuação proativa das operadoras junto à ANS, por meio da participação em consultas públicas, do cumprimento rigoroso das normativas e da resposta tempestiva às demandas regulatórias, demonstra o compromisso com a conformidade e com a melhoria contínua dos serviços prestados.

O compliance, nesse contexto, atua como elemento facilitador da relação com os órgãos reguladores, ao organizar fluxos de atendimento às demandas da ANS, assegurar a rastreabilidade das informações e viabilizar a prestação de contas transparente e eficiente. Afirma ainda:

"o compliance não apenas garante o cumprimento formal das obrigações regulatórias, mas fortalece a imagem institucional perante as autoridades e antecipa a gestão de riscos de natureza jurídica e reputacional". (NEVES, 2021)

No campo judicial, a interlocução com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e com os Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCs) revela-se igualmente estratégica. O incentivo do CNJ à utilização dos métodos auto compositivos, materializado na Resolução nº 125/2010, reforça a importância de que as operadoras estejam preparadas para integrar programas de mediação, conciliação e outras práticas de desjudicialização patrocinadas pelo sistema de justiça.

A adesão voluntária a programas de cooperação com o CNJ, como o Fórum Nacional da Saúde e as câmaras de mediação institucionalizadas, permite às operadoras não apenas reduzir seus passivos judiciais, mas também atuar de forma alinhada às diretrizes de responsabilidade social e de boa governança corporativa.

Experiências exitosas, como a adesão de operadoras aos projetos de mediação pré processual do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), demonstram que a articulação institucional com os órgãos reguladores e com o Poder Judiciário gera ganhos concretos de eficiência, racionalidade e sustentabilidade.

Portanto, a construção de uma relação estratégica com os órgãos reguladores, pautada pela transparência, pela cooperação e pela integração aos programas de compliance, é salutar para a efetividade da desjudicialização e para a consolidação da saúde suplementar como setor comprometido com a ética, a eficiência e a proteção dos direitos dos consumidores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa confirmou, com base nos dados analisados e na literatura especializada, a hipótese de que a implementação estruturada e efetiva de programas de compliance no âmbito das operadoras de saúde suplementar representa um elemento estratégico para a mitigação da judicialização, o fortalecimento da governança institucional e a promoção da sustentabilidade do setor. A partir da revisão doutrinária e normativa, verificou-se que o compliance, quando integrado às práticas corporativas de forma substantiva, supera sua função meramente formal de cumprimento legal, consolidando-se como instrumento relevante de gestão de riscos e de aprimoramento das relações contratuais.

Os resultados demonstraram que programas de integridade bem estruturados influenciam positivamente a resolutividade de conflitos, a transparência nos processos assistenciais, a confiança dos beneficiários e a estabilidade regulatória. Ferramentas como a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), a atuação proativa das ouvidorias e os mecanismos de mediação extrajudicial, quando inseridos em um ambiente de integridade organizacional, contribuem de forma significativa para a racionalização de demandas, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e estudos recentes.

Os capítulos anteriores evidenciaram que o compliance é um eixo estruturante para ações concretas como a implantação de ouvidorias ativas (ANS, RN nº 395/2016), o fortalecimento da NIP (ANS, RN nº 323/2013), a adoção de canais internos de mediação (Resolução CNJ nº 125/2010), a capacitação técnica contínua dos colaboradores (SARLET, 2012; FRANÇA, 2021), a comunicação transparente com os usuários (CDC, 1990; OCDE, 2019), o uso de soluções tecnológicas (MCKINSEY, 2021) e o alinhamento institucional com os órgãos reguladores (NEVES, 2021).

A análise normativa e empírica permitiu constatar que a articulação entre compliance e instrumentos de desjudicialização — como a NIP, a mediação e a arbitragem — pode reforçar a confiança do consumidor e contribuir para maior estabilidade institucional. Aspectos como a transparência contratual, a gestão ética

das reclamações e a resposta tempestiva aos conflitos foram identificados como componentes-chave dessa abordagem.

Experiências internacionais reforçam essa perspectiva. Países que implementaram programas de integridade robustos e investiram em métodos alternativos de resolução de conflitos observaram queda nos índices de judicialização e aumento na confiança dos usuários no sistema (OMS, 2024; OCDE, 2019). No cenário nacional, decisões do Supremo Tribunal Federal, no Tema 793 da Repercussão Geral, e do Superior Tribunal de Justiça, no REsp 1.733.013/SP, além das diretrizes do Conselho Nacional de Justiça, endossam a priorização de soluções extrajudiciais como política pública.

Por outro lado, é necessário reconhecer que a simples existência formal de programas de compliance, sem o devido comprometimento institucional e sem práticas operacionais efetivas, não é suficiente para alcançar os resultados desejados. Ainda se observam práticas simbólicas de conformidade, com estruturas normativas pouco operacionais, o que compromete a credibilidade dos programas e perpetua riscos jurídicos e regulatórios. Adicionalmente, desafios como a resistência cultural à internalização das políticas de integridade e a carência de mediadores especializados na área da saúde suplementar permanecem como entraves relevantes.

Tais fatores indicam que a redução da litigiosidade e o fortalecimento da governança no setor dependem não apenas de marcos regulatórios, mas de uma transformação cultural sustentada em liderança comprometida, capacitação continuada, gestão estratégica de riscos e monitoramento sistemático de condutas institucionais.

Diante do exposto, conclui-se que o compliance, quando implementado de forma substancial e articulado a mecanismos adequados de resolução de conflitos, configura-se como ferramenta imprescindível para a construção de um modelo de saúde suplementar mais eficiente, previsível e sustentável. A promoção de uma cultura de integridade deve ser compreendida como diretriz estratégica central, não apenas como resposta às exigências regulatórias, mas como um compromisso com a qualidade da prestação dos serviços e com a estabilidade do setor.

Para o avanço contínuo nesse campo, recomenda-se:

- (i) a incorporação definitiva do compliance à gestão estratégica das operadoras;
- (ii) o fortalecimento dos mecanismos internos de resolução de conflitos, especialmente a NIP, a mediação e as ouvidorias qualificadas;
- (iii) a capacitação permanente de profissionais para consolidar a cultura de integridade;
- (iv) o incentivo à produção acadêmica e empírica sobre a efetividade dos programas de compliance na redução de demandas judiciais; e
- (v) a articulação entre entes públicos e privados para disseminar práticas voltadas à desjudicialização.

Conclui-se, assim, que a articulação entre integridade institucional e resolutividade extrajudicial constitui vetor promissor para a reconfiguração das relações no setor suplementar, assegurando maior eficiência na gestão de conflitos, fortalecimento da segurança jurídica e aprimoramento na entrega dos serviços à sociedade.

REFERENCIAS.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório sobre Judicialização da Saúde*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Panorama da Saúde Suplementar – 5ª Edição*. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/publicacoes/panoramasaudesuplementar05_ed01_ago_2024.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Relatório Anual de Gestão e de Atividades – Exercício 2023*. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/RelatorioanualdegestoRAG2023.pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *ANS assina acordo de cooperação técnica com o CNJ*. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-assina-acordo-de-cooperacao-tecnica-com-o-cnj>. Acesso em: 26 maio 2025.

ANTONIK, Luis Roberto. *Compliance, ética, responsabilidade social e empresarial – Uma visão prática*. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: Alta books, 2016.

ASSI, Marcos. *Compliance: como implementar*. 1. ed. São Paulo, SP: Trevisan, 2018. E-book. Disponível em: Acesso em: 16 nov. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 19600:2014. Sistemas de gestão de conformidade - Requisitos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 31000:2018. Gerenciamento de Risco - Requisitos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 37301:2021. Sistema de Gestão de Compliance**. Rio de Janeiro: ABNT, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE - ABRAMGE. *Estudo sobre Satisfação dos Beneficiários e Qualidade do Atendimento em Operadoras com Compliance. Associação Brasileira de Planos de Saúde*, 2020.

AYRES, Ian; BRAITHWAITE, John. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

BAGGIO, Carlos. *Compliance e governança corporativa no setor de saúde*. 1. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2019.

BARBOSA, Marcos. *A Influência da FCPA nas Empresas Multinacionais: Desafios e Oportunidades*. Rio de Janeiro: Editora Direito & Cidadania, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Migalhas. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/es/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2025.

BOBBIO, Norberto. *A teoria das formas de governo*. Brasília: Unb, 2001.

BRAGA, Reinaldo; SOUSA, Felipe (coord.). *Compliance na Saúde presente e futuro de um mercado em busca da autorregulação*. 1ª ed. Salvador/BA: SANAR, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa DC/ANS - nº 323, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 de abril de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa DC/ANS nº 63 de 22/12/2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de dezembro de 2003.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **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.**

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Fórum da Saúde. Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010. Institui a Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesse.** Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 29 nov. 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS)*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/nucleo-de-apoio-tecnico>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). *Evento promovido pelo Fonajus discute judicialização de tecnologias em saúde*. Brasília: CNJ, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/evento-promovido-pelo-fonajus-discute-judicializacao-de-tecnologias-em-saude>. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. **Código Civil (2002)**. Brasília, DF: Senado Federal, 2002. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%202%20ed.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.129, de 11 de julho de 2022. Regulamenta dispositivos da Lei nº 12.846/2013**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d11129.htm. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. **Decreto-lei 4.657, de 04 de setembro de 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro.** Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Lei 8.078, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a operadora de plano de saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 09 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. Lei da Mediação. Dispõe sobre a mediação como meio de solução de conflitos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l13140.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.608, de 10 de janeiro de 2018. Dispõe sobre o recebimento de denúncias e a proteção de denunciantes.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13608.htm. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de emprego.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996. Lei da Arbitragem. Regula a arbitragem.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 set. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9307.htm. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Tema 793 da Repercussão Geral.** Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1.733.013/SP. Relator: Min. Maria Isabel Gallotti. Julgado em: 26 abr. 2018.** Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=105962404&tipo=5&nreg=201800740615&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20200220&formato=P&DF&salvar=false>. Acesso em: 20 abr. 2025.

CLARKE, Jonathan. *The Governance of Compliance in the 21st Century*. Oxford: Oxford University Press, 2017.

COMITÊ DE ORGANIZAÇÕES PATROCINADORAS DA COMISSÃO TREADWAY (COSO). **Estrutura Integrada de Controles Internos.** Disponível em: <https://www.coso.org/guidance-on-ic>. Acesso em: 12 fev. 2025.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. *Programa de Integridade: Diretrizes para Empresas Privadas*. Volume II. Brasília: CGU, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/integridade/arquivos/programa-de-integridade-diretrizes-para-empresas-privadas.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2025.

COMITE DE VALORES MOBILIARIOS. **Instrução CVM nº 509, de 16 de novembro de 2011. Dispõe sobre a obrigatoriedade de canais de denúncia para companhias abertas.** Disponível em: <https://conteudo.cvm.gov.br/export/sites/cvm/legislacao/instrucoes/anexos/500/inst509.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2025.

COSTA, ARTHUR ROLLO. *Cancelamentos, reajustes e negativas na saúde suplementar exigem urgente atualização*. Consultor Jurídico, São Paulo, 11 dez. 2024. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2024-dez-11/cancelamentos-reajustes-e-negativas-na-saude-suplementar-exigem-urgente-atualizacao/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 maio 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. *SUS Mediado*. Disponível em: <https://www.defensoria.rn.def.br/projetos/8615/>. Acesso em: 20 de abril de 2025.

DELLOITE. *Compliance como Diferencial Competitivo nas Operadoras de Saúde*. Deloitte, 2021.

FELIPE, Márcio Gonçalves. *A Aplicação do Compliance em Hospitais Privados para Prevenção de Erro Médico e Mitigação de Danos*. 1ª ed. New York: Lawinter Editions, 2022.

FIGUEIREDO, Iara; COSTA, Nilson do Rosário. *O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização*. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 11, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.785>. Acesso em: 04 nov. 2023.

FIGUEIREDO, Paulo; COSTA, Fernanda. *O UK Bribery Act e Suas Implicações para as Empresas Globais*. Londres: Palgrave Macmillan, 2022.

FOREIGN CORRUPT PRACTICES ACT (FCPA). **15 U.S.C. §§ 78dd-1, et seq.** Disponível em: <https://www.justice.gov/criminal/criminal-fraud/foreign-corrupt-practices-act>. Acesso em: 10 fev. 2024.

FRANÇA, Carolina Muller. *Compliance e resolutividade administrativa no setor de saúde suplementar*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2021.

FRANÇA, Vítor Emanuel Teixeira de. *Judicialização da Saúde: Mediação como alternativa ao ativismo judicial*. Natal: Revista de Estudos Jurídicos do UNI-RN, 2015.

GOMES, M. F.; OLIVEIRA, W. R. *The effectiveness of environmental compliance before the motivation of brazilian certifications*. Revista de Direito da Faculdade Guanambi, v. 4, n. 01, p. 187–208.

GONÇALVES, Miguel. *As mais importantes fraudes contabilísticas e financeiras ocorridas nos Estados Unidos da América no século XXI*. Atena Editora, 2025. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/um-convite-para-o-conhecimento-da-historia-da-contabilidade-portuguesa-a-primeira-escola-de-contabilidade-mundial-e-os-seus-professores-e-estudantes>. Acesso em: 6 maio 2025.

HÄBERLE, Peter. *Hermenêutica constitucional a sociedade aberta dos intérpretes da constituição: contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da constituição*. Porto Alegre: Fabris, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). *Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa*. 6. ed. São Paulo: IBGC, 2023. Disponível em: <https://conhecimento.ibgc.org.br/Paginas/Publicacao.aspx?PubId=21138>. Acesso em: 04 nov. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). *Impactos Econômicos da Judicialização da Saúde Suplementar: Relatório 2020*. São Paulo: IESS, 2020. Disponível em: https://fgviisr.fgv.br/sites/default/files/2023-03/Relatorio-A_judicializacao_da_saude_suplementar-08.02.2023.pdf. Acesso em: 04 nov. 2023.

KIZIMA, João Paulo Pagani. *Elaboração, gestão e avaliação de programas de Compliance*. 1. ed. São Paulo: Contentus, 2020. E-book. Disponível em: <https://www.bvirtual.com.br/NossoAcervo/Publicacao/188295>. Acesso em: 10 abr. 2025.

KPMG. *Riscos emergentes para o setor de saúde*. São Paulo: KPMG, 2024. Disponível em: https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/br/pdf/2024/08/riscos_emergentes_para_o_setor_de_saude.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

LAURETTI, Lélío; LINO, Patrícia Cândido. *Compliance: governança corporativa, programas de integridade e responsabilidade penal da pessoa jurídica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

LIMA, Flávia. *Compliance no Brasil: A Implementação de Programas de Integridade nas Empresas*. Rio de Janeiro: Editora Jurídica, 2021.

MARQUES, Eduardo Biacchi Gomes; TOLEDO, Gustavo Justino de Oliveira; GONÇALVES, Mariana Minatel de Azevedo. *Judicialização, reserva do possível e compliance na área da saúde: desafios e soluções*. Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, Porto Alegre, n. 37, p. 294–314, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6136457.pdf>. Acesso em: 29 maio 2025.

MARQUES, Cláudia Lima. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 7. ed. São Paulo: RT, 2017.

MENDES, Gilmar Ferreira; CARVALHAL, Ana Paula; ROSA, Lucas Faber de Almeida. *A Necessária Desjudicialização do Direito à Saúde*. Global Health Law Journal, Santos-Brazil, v. 01, n. 02, p. 15-30, 2023. Disponível em: <https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index>. Acesso em: 04 nov. 2023.

MIRAGEM, Bruno; DENSA, Roberta (coord.); RANGEL, Aline Roberta Veloso; OLIVEIRA, Amanda Flávio de. *Compliance e relações de consumo*. 1. ed. Indaiatuba, SP: Foco, 2022. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Acervo/Publicacao/208769>. Acesso em: 04 nov. 2023.

MORAES, Simone. *Compliance e Governança Corporativa: Desafios e Oportunidades no Contexto Globalizado*. São Paulo: Editora Atlas, 2018.

McKINSEY & COMPANY. *The future of healthcare: Finding the opportunities that lie beneath the uncertainty*. 2021.

NEGRÃO, Célia Lima; PONTELO, Juliana de Fátima. *Compliance, controles internos e riscos: a importância da área de gestão de pessoas*. 2. ed. Brasília, DF: SENAC, 2017.

NETO, Miguel Kfourir. *Responsabilidade Civil dos Hospitais*. 1ª ed. São Paulo, SP: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

NEVES, Daniel Lucena de. *Compliance: fundamentos e prática*. 2. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021.

NEVES, Edmo Colnaghi. *Fundamentos de governança corporativa: riscos, direito e compliance*. 1. ed. Curitiba: Intersaberes, 2021. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 10 abr. 2025.

OCDE. **Princípios de Governança Corporativa da OCDE e do G20**. Paris: OECD Publishing, 2015. Disponível em: <https://www.oecd.org>. Acesso em: 10 fev. 2024.

OLIVEIRA, João Paulo. *Governança corporativa e compliance no setor de saúde: desafios e soluções*. 1. ed. São Paulo: Editora Gente, 2022.

OLIVEIRA, Rafael Maffini de. *Compliance e governança corporativa: fundamentos e aplicação prática*. 3. ed. São Paulo: Editora Fórum, 2022.

OLIVEIRA, Rafael de Lemos. *Compliance e integridade nas organizações: governança e cultura corporativa como elementos estratégicos*. São Paulo: Fórum, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas de saúde*. 2024. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?isAllowed=y&sequence=33. Acesso em: 17 abr. 2024.

PINHEIRO, Caroline da Rosa et al. *Compliance: entre a teoria e a prática*. 1. ed. Indaiatuba, SP: Foco, 2022. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PONTIN, André Luiz et al. *Compliance na área da saúde*. 1. ed. Indaiatuba: Foco, 2020.

PONTIN, Pedro; SOUZA, Gustavo; LIMA, Rafael. *FCPA: A Regulamentação Anticorrupção dos Estados Unidos e Seus Efeitos no Mercado Internacional*. Rio de Janeiro: Editora Economia Legal, 2020.

PRICEWATERHOUSECOOPERS. *Impactos do Compliance no Setor de Saúde: Redução de Riscos e Custos Operacionais*. Disponível em: https://www.pwc.com.br/pt/estudos/servicos/auditoria/2021/PwC_Brasil_Transparency_Report_2021.pdf. PricewaterhouseCoopers, 2021. Acesso em: 10 abr. 2025.

PRICEWATERHOUSECOOPERS. *Repensando risco e compliance*. São Paulo: PwC Brasil, 2024. Disponível em: https://www.pwc.com.br/pt/consultoria-negocios/assets/2024/Repensando-risco-e-compliance_2024.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

RODRIGUES, Ana. *A Evolução das Práticas de Compliance no Mercado Global*. São Paulo: Editora Jurídica Brasileira, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SECURITIES AND EXCHANGE COMMISSION. *SEC Enforcement Actions: FCPA Cases*. Disponível em: <https://www.sec.gov/about/divisions-offices/division-enforcement/enforcement-topics-initiatives/sec-enforcement-actions-fcpa-cases>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SIBILLE, Daniel; SERPA, Alexandre; FARIA, Felipe. *Os Pilares do Programa de Compliance: Uma Breve Discussão*. 2020.

SILVA, Ana Paula Gonzatti da. *Compliance na área da saúde?* Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 21, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/192679>. Acesso em: 29 maio 2025.

SILVA, Lucas. *Responsabilidade Corporativa no Brasil: A Lei Anticorrupção e Seus Reflexos nas Empresas*. São Paulo: Editora Fórum, 2019.

SIMÃO, Valdir Moysés; BENRADT, Pedro Henrique Adoglio; HAYDN, Manuela Cadrobbi. Donald J. Trump suspende aplicação do FCPA até que novas diretrizes e políticas de aplicação sejam editadas. Migalhas, São Paulo, 17 fev. 2025. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/424685/trump-suspende-aplicacao-do-fcpa-ate-novas-diretrizes-serem-editadas>. Acesso em: 6 maio 2025.

SOUZA, Carla. *A Lei Anticorrupção Brasileira e o Papel do Compliance nas Organizações*. Brasília: Editora CEJUR, 2020.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. *FCPA Enforcement Actions*. Disponível em: <https://www.justice.gov/criminal/criminal-fraud/enforcement-actions>. Acesso em: 10 fev. 2024.

WEI, Daniel Wei Liang (coord.). et al. *A judicialização da saúde suplementar: uma análise empírica da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo*. São Paulo: FGV, 2023. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/entities/publication/6961674d-aae8-428e-94ef-3349048c0f1f>. Acesso em: 10 fev. 2024.

WOTKOSKI, Daiane Medino; RIBAS, Felipe Santos. *Implantação de modelos de compliance em organizações hospitalares*. 1. ed. São Paulo: Contentus, 2020. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Acervo/Publicacao/186228>. Acesso em: 04 nov. 2023.

ZENKNER, Marcelo. *Manual de Compliance: fundamentos, gestão de riscos integridade corporativa*. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.