

Pesquisa e Ações em Saúde Pública

Edição XXV

Capítulo 20

SAÚDE SUPLEMENTAR E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: REGULAÇÃO, CARÊNCIA, URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO NA INTERFACE COM O SUS

JOANA MARTINS PETEFFI¹
LARISSA RUELA DE OLIVEIRA²
THAIS FERNANDA DALFERTH³
ISADORA STAGGEMEIER PASINI⁴

¹Discente de Medicina na Universidade Feevale, Advogada formada pela Universidade Luterana do Brasil e Administradora de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

²Estudante de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

³Estudante de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

⁴Estudante de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Palavras-Chave: Saúde Suplementar; Assimetria de Informação, Sistema Único de Saúde.

DOI

10.59290/4522780220

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os planos de saúde, serviços oferecidos no âmbito da saúde suplementar, têm como finalidade prestar assistência médica e hospitalar aos seus beneficiários. A regulação desse setor busca garantir equilíbrio entre os interesses dos consumidores e das operadoras, assegurando direitos aos usuários e estabelecendo mecanismos de controle e fiscalização por parte do Estado. Ressalte-se que a saúde suplementar, no contexto brasileiro, atua de maneira complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o acesso à assistência e aliviando a demanda sobre o setor público, mas também compartilhando com ele a responsabilidade pelo direito coletivo à saúde.

A legislação brasileira, especialmente a Lei nº 9.656/1998, disciplina os planos e seguros privados de assistência à saúde, enquanto a Lei nº 9.961/2000 instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia responsável por regular e fiscalizar o setor, proteger o interesse público e promover o desenvolvimento da saúde suplementar no país. Cabe ressaltar que nos últimos anos, novas resoluções normativas da ANS, como a RN 465/2021, trouxeram avanços importantes ao ampliar as regras sobre contratação, portabilidade e segmentação dos planos de saúde. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizado periodicamente pela ANS, ampliou o escopo de cobertura obrigatória para procedimentos, inclusive em situações de urgência e emergência. Ademais, o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) também se aplica aos contratos de planos de saúde, conferindo proteção adicional aos beneficiários.

Um dos principais temas regulados é a carência, período previsto em contrato entre a assinatura e o início efetivo do uso de determinados serviços, cujos limites máximos estão fixa-

dos em lei. Importante destacar que, conforme a legislação vigente, é obrigatório o atendimento de casos de urgência e emergência após 24 horas da vigência do contrato, observado o tipo de plano contratado e a segmentação de cobertura. Contudo, apesar dos avanços regulatórios e do fortalecimento dos canais de orientação da ANS, a assimetria de informação entre operadoras e consumidores persiste, dificultando o pleno reconhecimento e exercício dos direitos assistenciais pelos usuários dos planos de saúde. Esse cenário gera impactos não apenas individuais, mas coletivos, pois as falhas na saúde suplementar frequentemente sobrecarregam o SUS e colocam em risco o direito universal à saúde, exigindo respostas articuladas em defesa da justiça social.

MÉTODO

A metodologia adotada para a elaboração deste capítulo consistiu em uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, fundamentada em pesquisa bibliográfica e documental. Para garantir um panorama abrangente e atualizado sobre a saúde suplementar na interface com a saúde pública brasileira, foram revisados relatórios institucionais e documentos oficiais relevantes, publicações do Conselho Federal de Medicina, obras jurídicas sobre direito à saúde e materiais divulgados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O levantamento documental englobou a análise minuciosa das principais normas aplicáveis ao setor, incluindo a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), a Lei nº 9.656/1998, a Lei nº 9.961/2000, a Lei nº 12.653/2012, além das Resoluções Normativas da ANS, especialmente a RN 438/2018 e a RN 465/2021, bem como o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atu-

alizado em 2024. Decisões judiciais relevantes, como a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça e jurisprudências recentes sobre negativas de cobertura em situações de urgência e emergência, também foram objeto de análise, proporcionando um olhar crítico sobre a aplicação prática da legislação.

A construção da argumentação foi enriquecida com a seleção de um estudo de caso real, representado pelo julgamento de uma Apelação Cível do Tribunal de Justiça de São Paulo, que ilustra os desafios enfrentados por usuários de planos de saúde diante da negativa de atendimento emergencial sob alegação de carência contratual. Os dados e informações coletados foram organizados e interpretados de modo a possibilitar uma síntese crítica sobre a evolução histórica, os avanços regulatórios, as fragilidades ainda existentes, e os impactos para o usuário, para o SUS e para a justiça social. Assim, a metodologia empregada possibilita não apenas fundamentação teórica e normativa robusta, mas também conexão direta com a realidade concreta, proporcionando subsídios sólidos para outros pesquisadores ou profissionais interessados em aprofundar a temática da saúde suplementar no Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história da saúde suplementar no Brasil remonta à década de 1930, quando foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com modelos de previdência e assistência médica vinculados a categorias profissionais (BARROCO *et al.*, 2007). Nas décadas seguintes, especialmente a partir de 1950, o crescimento das empresas estatais e multinacionais impulsionou a demanda por assistência médica própria, levando à estruturação do Grupo Executivo de Assistência Patronal (Geap) e à ampliação do credenciamento de prestadores privados. O sistema evoluiu de subsistemas volta-

dos a trabalhadores rurais e urbanos para uma multiplicidade de modalidades, incluindo cooperativas médicas, medicinas de grupo, serviços credenciados e planos empresariais. Na década de 1960, diversas categorias profissionais já possuíam planos próprios, revelando a progressiva diversificação e expansão do setor.

A partir da década de 1990, a saúde suplementar passou a ser objeto de uma regulação mais rígida e moderna, com a promulgação da Lei nº 9.656/1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.961/2000, visando não só disciplinar o setor privado, mas também garantir sua articulação complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas décadas, a atuação da ANS e o aperfeiçoamento normativo, com resoluções como a RN 438/2018 e a RN 465/2021, além da constante atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, contribuíram para fortalecer a transparência, a portabilidade de carências e a ampliação das coberturas obrigatórias, assegurando mais direitos aos beneficiários e promovendo maior justiça social.

Assim, a saúde suplementar brasileira transformou-se de um conjunto de iniciativas fragmentadas para um sistema regulado, integrado e fundamental na ampliação do acesso à saúde no país, atuando em estreita interface com a saúde pública e em defesa dos direitos do usuário. É fundamental destacar que, quando a saúde suplementar falha — seja por negativas abusivas, falta de cobertura ou práticas informacionais assimétricas —, o usuário recorre ao SUS, o que impacta a capacidade de resposta do sistema público e evidencia a interdependência entre os setores. Compreender essa evolução é essencial para analisar a configuração e os desafios dos planos de saúde, que constituem o principal instrumento de acesso à saúde suplementar.

Plano de saúde

O plano de saúde, elemento central da saúde suplementar no Brasil, consiste em um serviço oferecido por operadoras privadas que visam garantir assistência médica, hospitalar e odontológica aos beneficiários. Seu conceito legal foi estabelecido pela Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), que definiu a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, sem limite financeiro para o acesso à saúde. A livre escolha de profissionais e de serviços credenciados, contratados ou referenciados integra a lógica desses planos, os quais devem respeitar padrões mínimos de cobertura previstos em lei.

Antes da promulgação da Lei nº 9.656/98, as operadoras exerciam grande liberdade contratual, podendo impor exclusões de cobertura, limites de consultas e exames, restrições por idade ou doenças preexistentes, o que resultava em cenário de pouca proteção ao consumidor (BARROCO *et al.*, 2007). O advento dessa legislação, aliado ao fortalecimento do papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) — criada pela Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000) —, transformou o setor, ao estabelecer critérios rigorosos para cobertura mínima, prazos de carência, vedação a práticas discriminatórias e ampliação dos direitos dos usuários. O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) passou a ser aplicado integralmente aos contratos, e oferecendo proteção adicional (BRASIL, 1990).

As recentes resoluções normativas da ANS, como a RN 438/2018 e RN 465/2021 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018; 2021), bem como a atualização constante do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024), contribuíram para modernizar o setor e ampliar o escopo da co-

bertura obrigatória, contemplando procedimentos de urgência, emergência, saúde mental e novas tecnologias. Atualmente, a lei veda discriminação por idade ou deficiência e impõe obrigações mútuas: as operadoras devem garantir o acesso conforme as normas, enquanto os consumidores precisam manter as mensalidades em dia.

Ressalte-se que a saúde suplementar atua em interface com o Sistema Único de Saúde (SUS), ao complementar o acesso assistencial e reduzir a pressão sobre o setor público, sendo a regulação eficiente fundamental para a sustentabilidade do sistema como um todo (BARROCO *et al.*, 2007). Nesse contexto, a atuação digital e os novos canais de atendimento da ANS têm buscado tornar a informação mais acessível e facilitar denúncias, reclamações e a defesa dos direitos dos usuários, inclusive perante o Judiciário (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023; TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO, 2023).

Dessa maneira, a criação da ANS e o fortalecimento do marco legal buscam equilibrar a relação entre consumidores e operadoras, protegendo a parte mais vulnerável e promovendo justiça no acesso à saúde (BRASIL, 1988). No entanto, entre os aspectos mais sensíveis e que suscitam frequentes dúvidas e controvérsias está o tema das carências — limites, exceções e impactos no direito à assistência.

Carência

A carência nos planos de saúde representa o período estipulado em contrato entre a data de adesão do beneficiário e o início efetivo do uso de determinados serviços assistenciais. Essa previsão visa proteger o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras, evitando que pessoas contratem o plano já com necessidade iminente de procedimentos de alto custo (BRASIL, 1998; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021). No entanto, trata-se

de um dos temas mais sensíveis da saúde suplementar, pois impacta diretamente o acesso do usuário ao cuidado de saúde em situações muitas vezes críticas.

Com a promulgação da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), o cenário de absoluta liberdade contratual das operadoras foi substituído pela definição de prazos máximos de carência, conferindo maior proteção ao consumidor. A legislação estabeleceu limites: até 24 horas para urgências e emergências, 300 dias para partos a termo, 180 dias para os demais procedimentos e 24 meses para cobertura de doenças ou lesões preexistentes, quando declaradas no momento da contratação (BRASIL, 1998; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021). Esse marco legal ampliou o acesso e trouxe previsibilidade, restringindo práticas abusivas observadas anteriormente, como carências indefinidas ou recusas genéricas de cobertura.

Além dos prazos máximos, o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990) e a regulamentação da ANS determinam que toda a informação sobre carências deve ser clara, precisa e acessível ao beneficiário, reforçando o direito à transparência. Em situações de urgência e emergência, após 24 horas do início da vigência do contrato, a cobertura passa a ser obrigatória, independentemente do cumprimento do restante da carência, o que foi consolidado em sucessivas resoluções normativas da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021; 2024) e pelo entendimento jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023).

Nos últimos anos, a regulação foi aprimorada com a ampliação das regras de portabilidade de carências, possibilitando ao beneficiário trocar de operadora sem reinício de prazos, desde que cumpridos determinados requisitos, inclusive para planos coletivos e empresariais (A-

GENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018; 2021). Essa medida ampliou o poder de escolha e mobilidade do consumidor, promovendo concorrência saudável e protegendo ainda mais o usuário de eventuais práticas abusivas.

Apesar do avanço regulatório e da definição de prazos máximos de carência, a compreensão e a aplicação dessas regras ainda geram dúvidas e controvérsias, principalmente quando o beneficiário necessita de atendimento imediato. Questões envolvendo a cobertura em situações de urgência e emergência permanecem como uma das maiores fontes de conflito entre usuários e operadoras, muitas vezes resultando em negativas indevidas e consequente judicialização do tema (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO, 2023; SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023). Com efeito, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (2024) define, de modo atualizado e detalhado, quais procedimentos devem ter cobertura obrigatória, reforçando a aplicação das regras de carência e limitando a margem para negativas infundadas de atendimento.

Assim, compreender em detalhe como a legislação e a regulação tratam as exceções à carência — especialmente nos casos em que a vida ou a integridade física do usuário estão em risco — é fundamental para garantir o acesso efetivo ao direito à saúde.

Diante desse cenário, é importante discutir as regras e desafios relacionados à cobertura dos planos de saúde em situações de urgência e emergência, bem como analisar como a legislação busca equilibrar a proteção contratual com a garantia da assistência imediata ao beneficiário.

Urgência e emergência

O conceito de emergência aplica-se a situações que envolvem risco imediato de vida ou de lesão irreparável para o paciente, sendo assim

caracterizadas em declaração médica. Já urgência refere-se a casos decorrentes de acidentes pessoais ou complicações do processo gestacional, situações em que o atendimento rápido é fundamental para evitar agravamentos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024; BRASIL, 1998).

Acidentes pessoais são eventos súbitos, involuntários e externos ao corpo, como acidentes de carro, quedas e inalação de gases. Já complicações gestacionais podem envolver condições como gravidez tubária, eclâmpsia, parto prematuro, diabetes ou abortamento (BRASIL, 1998).

A legislação da saúde suplementar, especialmente a Lei nº 9.656/1998 e as normas da ANS, como a RN 465/2021, determina que é obrigatória a cobertura para casos de urgência e emergência após 24 horas de vigência do contrato, independentemente da segmentação do plano (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021; 2024). O atendimento, porém, pode variar conforme o tipo de cobertura contratada, mas a assistência inicial jamais pode ser negada.

Atualmente, as principais regras são:

Planos ambulatoriais: cobertura em ambiente ambulatorial, limitada às primeiras 12 horas em casos de urgência/emergência, salvo necessidade de internação ou procedimentos hospitalares exclusivos. Após esse período, se necessário, a operadora deve providenciar a remoção para unidade do SUS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024).

Planos hospitalares sem obstetrícia: assistência integral para urgências decorrentes de acidentes pessoais após 24 horas. Complicações gestacionais têm cobertura limitada, conforme a segmentação (BRASIL, 1998).

Planos hospitalares com obstetrícia: garantem assistência integral para urgências de acidente pessoal e, para complicações da gestação e emergências, o atendimento é ambulatorial

por até 12 horas, salvo evolução para internação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

Planos odontológicos: urgências e emergências odontológicas têm cobertura obrigatória após 24 horas.

Plano referência: oferece cobertura integral (ambulatorial e hospitalar) para urgência e emergência após 24 horas, salvo para doenças ou lesões preexistentes ainda em carência (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, atualizado periodicamente (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024), amplia o escopo dos atendimentos obrigatórios, incluindo emergências psiquiátricas e situações de risco à integridade física, moral ou patrimonial. Ademais, há importantes garantias: reembolso das despesas efetuadas pelo consumidor em casos de urgência e emergência, quando não for possível utilizar os serviços da operadora; proibição da exigência de cheque-caução ou outros mecanismos impeditivos de atendimento, conforme a Lei nº 12.653/2012 (BRASIL, 2012); e vedação à negativa injustificada de cobertura, sujeita a sanções administrativas, civis e criminais, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023; SÚMULA 608/STJ).

Ressalte-se que, sempre que o atendimento suplementar é negado, é comum que o usuário recorra ao SUS, o que sobrecarrega o sistema público e evidencia a importância de uma regulação eficaz, de uma comunicação clara e de estratégias de educação em saúde que promovam o conhecimento e a autonomia dos usuários.

Apesar dos avanços, permanecem os desafios ligados à informação e ao efetivo reconhecimento dos direitos assistenciais. Isso ocorre, principalmente, devido à assimetria de informa-

ção entre operadoras e clientes, destacando como o desconhecimento e a complexidade normativa podem dificultar o acesso efetivo ao direito à saúde (BARROCO *et al.*, 2007; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024).

Assimetria de informações entre operadora e cliente

A assimetria de informações, ou informação assimétrica, ocorre quando, em uma relação contratual, uma das partes detém mais informações relevantes do que a outra, utilizando essa vantagem para proteger seus próprios interesses (BARROCO *et al.*, 2007). No contexto dos planos de saúde, tal assimetria é notória: as operadoras detêm maior domínio sobre regras, limitações contratuais e direitos do consumidor, enquanto o usuário, muitas vezes, desconhece detalhes cruciais dos serviços contratados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024).

Essa desigualdade informacional coloca o consumidor em desvantagem, dificultando o reconhecimento e a reivindicação de seus direitos, bem como a compreensão de seus deveres. Ainda que a legislação exija contratos e materiais informativos claros e acessíveis — conforme a Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990) e a RN nº 465/2021 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021) — a multiplicidade de normas, segmentações de cobertura, regras de carência e constantes atualizações do Rol de Procedimentos da ANS tornam complexa a leitura e o pleno entendimento das obrigações e direitos do usuário.

Como requisito mínimo, o consumidor deveria ser capaz de ler atentamente o contrato para saber o que pode ou não exigir, mas, na prática, a complexidade e a linguagem técnica dificultam esse processo (BARROCO *et al.*, 2007). Considerando que a vida é direito garan-

tido constitucionalmente e possui valor intangível (BRASIL, 1988), é dever das prestadoras priorizarem a transparência e o respeito ao usuário em todas as suas diretrizes e atendimentos.

Com o intuito de reduzir essa assimetria, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) implementou, nos últimos anos, diversos canais digitais, como portal, aplicativo, *WhatsApp* e disque ANS, para facilitar o acesso à informação, a consulta de coberturas e a realização de denúncias (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024). As operadoras, por sua vez, têm a obrigação de fornecer informações claras sobre coberturas, reajustes, carências e rede credenciada, sob pena de sanção administrativa e multa.

Mesmo assim, persistem situações de negativa de atendimento, informações incompletas ou falta de clareza, que levam muitos usuários a recorrer ao Judiciário — que, especialmente nos casos de urgência e emergência, adota um entendimento protetivo ao consumidor, conforme a Súmula 608 do STJ e decisões recentes (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023). Em alguns casos, a negativa injustificada de atendimento suplementar faz com que o consumidor recorra ao Sistema Único de Saúde (SUS),

A atuação efetiva da ANS e dos órgãos de defesa do consumidor é essencial para coibir práticas abusivas, promover o equilíbrio na relação contratual e garantir o acesso à informação — fatores fundamentais para a proteção da vida e da saúde dos beneficiários de planos de saúde, bem como para a justiça social (BRASIL, 1988; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024). A promoção da transparência contratual, a educação em saúde e a atuação proativa desses órgãos surgem como estratégias essenciais para superar as barreiras impostas pela assimetria de informação e para assegurar que a saúde suplementar cumpra

seu papel complementar e socialmente relevante.

A seguir, será apresentado um relato de caso que ilustra, na prática, as consequências da assimetria de informação na saúde suplementar, evidenciando os riscos e desafios enfrentados pelos usuários diante desse cenário.

Relato de caso

Em fevereiro de 2023 o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) analisou o caso de uma beneficiária de plano de saúde que sofreu um acidente doméstico e procurou atendimento de urgência após uma queda, com suspeita de traumatismo craniano. Mesmo tendo o contrato há mais de 24 horas, a operadora se recusou a cobrir a internação e exames, alegando “carência contratual” (TJSP, Apelação Cível nº 1035308-16.2022.8.26.0002; TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO, 2023).

A paciente, desinformada sobre seu direito de atendimento imediato nos casos de urgência, arcou com as despesas do próprio bolso, pois estava em situação de risco e não poderia aguardar. O Judiciário, com base na Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), na RN ANS 465/2021 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021) e na Súmula 608 do STJ (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023) — que afirma ser ilícita a recusa de cobertura em casos de emergência, salvo má-fé comprovada do segurado — condenou a operadora ao ressarcimento integral dos gastos e à indenização por danos morais.

Esse caso ilustra de modo contundente a assimetria de informações entre operadoras e consumidores, mesmo após avanços normativos relevantes, como a RN 465/2021 e a atualização periódica do Rol de Procedimentos da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024). Muitos beneficiários ainda desconhecem plenamente seus direitos, o que

resulta em negativas indevidas, angústia e danos à saúde. O entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça e pela própria ANS é de que, em situações de risco imediato, a carência não pode ser oposta pela operadora — exceto para doenças ou lesões preexistentes declaradas e não cobertas no momento da contratação, conforme regras específicas (BRASIL, 1998; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021; SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2023). Qualquer negativa baseada apenas em prazo de carência, após 24 horas, é considerada ilegal e abusiva.

Além disso, o Rol de Procedimentos da ANS torna ainda mais claro o que deve ser coberto pelos planos, inclusive emergências clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas. O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990) protege o usuário em face de cláusulas abusivas ou omissões de informação (BRASIL, 1990). O acesso facilitado a canais digitais da ANS e aos órgãos de defesa do consumidor permite que situações como essa sejam denunciadas e resolvidas com maior celeridade.

No entanto, a educação em saúde e a disseminação de informações seguem fundamentais para o efetivo exercício dos direitos do usuário. Esses problemas demonstram que a recusa de atendimento emergencial por motivo de carência contratual continua acontecendo, em desrespeito ao ordenamento jurídico atual. Tal prática não apenas expõe o indivíduo a riscos, mas frequentemente obriga o paciente a buscar atendimento no SUS, impactando o sistema público de saúde e evidenciando a interdependência entre os setores suplementar e público (BARROCO *et al.*, 2007; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2024). Isso reforça a importância das medidas regulatórias recentes e da informação ao consumidor, para garantir que a proteção à vida e à saúde não seja prejudi-

cada por práticas abusivas ou falta de conhecimento dos direitos previstos em lei.

CONCLUSÃO

Pode-se deduzir que, mesmo diante de uma legislação clara e protetiva ainda persistem situações em que usuários de planos de saúde não usufruem plenamente do direito ao atendimento em casos de urgência e emergência, muitas vezes por desconhecimento ou por práticas abusivas das operadoras. O descumprimento dessas normas pode resultar em sanções administrativas, indenizações por danos morais e ressarcimento de despesas, conforme entendimento consolidado no Judiciário.

Apesar dos avanços regulatórios e da ampliação dos canais de informação e denúncia da ANS, a assimetria de informações permanece como um desafio concreto, reforçando a necessidade de maior educação em saúde, transparên-

cia por parte das operadoras e atuação proativa dos órgãos reguladores e de defesa do consumidor. Esse cenário impacta não apenas o indivíduo, mas também a saúde pública, uma vez que a negativa de cobertura suplementar pode sobrecarregar o SUS e comprometer o direito coletivo à saúde (BARROCO *et al.*, 2007).

Diante desse contexto, fortalecer a regulação, promover a transparência contratual, ampliar a educação em saúde e garantir a atuação firme dos órgãos de defesa do consumidor são estratégias essenciais para que o setor suplementar cumpra sua função complementar, alivie o SUS e promova a justiça social. Consolidar uma saúde suplementar ética, transparente e bem regulada é fundamental não só para os beneficiários do setor privado, mas para o conjunto da saúde pública brasileira, reafirmando o acesso universal, a dignidade da pessoa humana e a integralidade do cuidado como pilares constitucionais do sistema brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 438, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a portabilidade de carências dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=texto-lei&format=raw&id=3614>. Acesso em: 22 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Consolida as regras sobre contratação e portabilidade dos planos de saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=texto-lei&format=raw&id=3935>. Acesso em: 22 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – Atualização 2024. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/o-que-e-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 22 jul. 2025.

BARROCO, S. M. *et al.* Saúde Suplementar no Brasil: histórico, legislação e perspectivas. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro11.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília, DF, jan. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.653, de 28 de maio de 2012. Dispõe sobre a proibição de exigência de cheque-caução em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF, maio 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12653.htm. Acesso em: 22 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.401, de 21 de setembro de 1993. Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento a todas as enfermidades relacionadas no CID. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1993/1401>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). Súmula nº 608. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/porta/p/Paginas/Sumulas/Sumula608.aspx>. Acesso em: 22 jul. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO (TJSP). Apelação Cível nº 1035308-16.2022.8.26.0002., julgamento em 14 fev. 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br>. Acesso em: 22 jul. 2025.