

Planos de Saúde: Uma Análise dos Principais Conflitos à Luz do Direito do Consumidor

Resumo: Os contratos de plano de saúde representam um dos principais instrumentos de acesso à saúde privada no Brasil, ao mesmo tempo em que figuram entre os líderes de reclamações em órgãos de defesa do consumidor. Este artigo se propõe a analisar os conflitos mais recorrentes na relação entre beneficiários e operadoras, como reajustes anuais e por faixa etária, negativas de cobertura, prazos de carência e o cancelamento unilateral de contratos. A análise é conduzida sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor e da legislação setorial, com especial atenção aos entendimentos jurisprudenciais mais recentes. O objetivo é delinear os direitos do consumidor-paciente e as obrigações das operadoras, demonstrando que a natureza de serviço essencial à vida impõe uma interpretação contratual que privilegie a dignidade humana e a boa-fé objetiva em detrimento de interesses puramente econômicos.

Palavras-chave: Planos de Saúde; Direito do Consumidor; Reajuste Abusivo; Negativa de Cobertura; Cancelamento de Contrato; Direitos do Paciente.

Introdução

A contratação de um plano de saúde materializa a expectativa do cidadão por segurança e assistência em um dos aspectos mais sensíveis da vida: a saúde. No entanto, a execução desse contrato é frequentemente marcada por tensões entre a lógica de mercado das operadoras e os direitos fundamentais do beneficiário. A transformação da saúde em um serviço de consumo em massa tornou imperativa a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) a essas relações, conforme pacificado pela Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

A legislação consumerista, somada à Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), cria um microsistema jurídico cujo propósito é proteger a parte vulnerável, garantindo que a finalidade precípua do contrato – a preservação da saúde e da vida – não seja esvaziada por práticas abusivas. Este artigo explora os quatro principais focos de conflito nesse

cenário: os reajustes, as negativas de cobertura, as regras de carência e o cancelamento do contrato, elucidando os direitos que assistem ao consumidor.

1. Reajustes Abusivos: A Afronta ao Equilíbrio Contratual

O aumento das mensalidades é, sem dúvida, um dos temas mais sensíveis. Os reajustes podem ocorrer de três formas principais, cada qual com seu campo de abuso potencial:

- **Reajuste Anual:** Para os planos individuais e familiares, o percentual é definido e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo, nos planos coletivos (empresariais ou por adesão), a ANS não estabelece um teto, abrindo margem para a aplicação de índices exorbitantes. A jurisprudência tem atuado para coibir aumentos desarrazoados, exigindo que a operadora demonstre de forma transparente o cálculo atuarial que justifique o percentual, sob pena de nulidade por onerosidade excessiva (art. 51, IV, do CDC).
- **Reajuste por Faixa Etária:** Previsto em lei, este reajuste é permitido, mas não pode ser um subterfúgio para expulsar o consumidor idoso do plano. O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) veda a discriminação em razão da idade, e o STJ (Tema 1.016) consolidou o entendimento de que o reajuste, embora legal, deve observar critérios de razoabilidade e proporcionalidade, com os percentuais das últimas faixas etárias não sendo desproporcionalmente elevados em comparação com as primeiras.
- **Reajuste por Sinistralidade:** Aplicado em planos coletivos, baseia-se no aumento do uso do plano pelos beneficiários. A abusividade ocorre quando o cálculo é obscuro e o aumento é imposto de forma unilateral, sem uma negociação efetiva com a parte contratante, violando o direito à informação e a base do negócio jurídico.

2. Negativas de Cobertura: O Esvaziamento da Finalidade Contratual

A recusa em autorizar procedimentos, exames e medicamentos é a mais grave violação contratual, pois atinge diretamente a expectativa de proteção à saúde do beneficiário. As principais situações de conflito são:

- **O Rol da ANS como Referência Mínima:** A Lei nº 14.454/2022 pacificou a questão, estabelecendo que o Rol de Procedimentos da ANS tem caráter **exemplificativo**. Isso significa que, mesmo que um tratamento não esteja na lista, a cobertura é obrigatória se houver comprovação de eficácia, recomendação de órgãos técnicos ou evidências científicas, aliada à prescrição médica. A recusa baseada unicamente na ausência do rol é, hoje, manifestamente ilegal.
- **Medicamentos de Alto Custo e Off-Label:** A cobertura de medicamentos registrados na ANVISA é obrigatória, ainda que de alto custo ou de uso domiciliar (como quimioterápicos orais). A negativa de cobertura para uso off-label (quando o medicamento é prescrito para um tratamento diferente daquele indicado na bula) também é considerada abusiva quando há respaldo em evidências científicas e na autonomia do médico assistente.
- **Terapias Especiais:** Tratamentos para condições como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), que demandam abordagens multidisciplinares (método ABA, fonoaudiologia, terapia ocupacional), devem ter cobertura obrigatória e ilimitada, conforme a prescrição médica, sendo ilegal qualquer limitação de sessões.

3. Prazos de Carência e Doenças Preexistentes (DLP)

A lei permite a exigência de prazos de carência, que são os períodos que o consumidor deve aguardar para utilizar determinados serviços. Contudo, esses prazos são limitados: 24 horas para casos de urgência e emergência; 300 dias para partos; e 180 dias para os demais casos. É ilegal a recusa de atendimento emergencial sob a alegação de carência, pois o prazo máximo para essa situação é de 24 horas.

Quanto às Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), a operadora pode impor a Cobertura Parcial Temporária (CPT) por até 24 meses, restringindo procedimentos de alta complexidade diretamente ligados à doença. Contudo, a operadora não pode se recusar a vender o plano a uma pessoa com DLP, nem pode negar o atendimento de urgência/emergência relacionado a essa condição, passado o prazo de 24 horas da contratação.

4. O Cancelamento Unilateral do Contrato

A rescisão unilateral do contrato pela operadora é uma medida extrema e com regras rígidas:

- **Planos Individuais/Familiares:** O cancelamento só pode ocorrer em duas hipóteses: fraude ou inadimplência por período superior a 60 dias (consecutivos ou não) no último ano de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.
- **Planos Coletivos:** Embora a rescisão seja mais flexível, a jurisprudência tem construído barreiras para proteger o beneficiário. Considera-se abusivo o cancelamento que não oferece ao grupo a possibilidade de portabilidade ou migração para um plano individual. Mais importante, é vedado o cancelamento ou a suspensão da cobertura para pacientes que estejam em meio a um tratamento médico essencial para a manutenção da vida, sob pena de violação direta da boa-fé objetiva e da função social do contrato.

Conclusão

A relação entre consumidores e planos de saúde é um campo de batalha jurídica constante, onde a aplicação firme dos preceitos do Código de Defesa do Consumidor é essencial para garantir o mínimo de equidade. A interpretação do contrato de saúde não pode se limitar a uma análise econômica, devendo ser pautada pela sua função social e pelo seu objeto maior: a proteção da vida e da dignidade humana. A conscientização sobre os direitos aqui delineados – o combate a reajustes abusivos, a contestação de negativas indevidas, o respeito às regras de carência e a proteção contra o cancelamento arbitrário – é o primeiro e mais importante passo para que o consumidor possa exigir e efetivar a proteção pela qual paga e à qual tem direito.

Luiz Fernando Dias Costa Neto

Advocacia Especializada

OAB 227.345