

REGULAÇÃO UNIFORME, REALIDADES DESIGUAIS: A TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO ESTADO DO AMAZONAS COMO INSTRUMENTO DE EQUIDADE REGULATÓRIA E EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

UNIFORM REGULATION, UNEQUAL REALITIES: THE TERRITORIALIZATION OF SUPPLEMENTARY HEALTHCARE IN THE STATE OF AMAZONAS AS AN INSTRUMENT OF REGULATORY EQUITY AND EFFECTIVENESS OF THE RIGHT TO HEALTH

REGULACIÓN UNIFORME, REALIDADES DESIGUALES: LA TERRITORIALIZACIÓN DE LA SALUD SUPLEMENTARIA EN EL ESTADO DE AMAZONAS COMO INSTRUMENTO DE EQUIDAD REGULATORIA Y EFECTIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

Ana Carolina Jansen Pereira Cirino Prado¹

Denison Melo de Aguiar²

RESUMO: A regulação da saúde suplementar brasileira estabelece obrigações de abrangência nacional, embora sua execução ocorra em territórios marcados por distintas condições assistenciais, geográficas, tecnológicas e socioeconômicas. Este artigo objetiva examinar a necessidade de incorporação de critérios territoriais à regulação da saúde suplementar como instrumento de promoção da igualdade material, da efetividade do direito à saúde e da sustentabilidade do setor, adotando o Estado do Amazonas como recorte territorial. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida mediante revisão bibliográfica, pesquisa documental e análise de dados secundários provenientes de bases oficiais, especialmente da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os resultados evidenciaram elevada concentração dos vínculos de assistência médica em Manaus e expressivos vazios assistenciais nas regiões de saúde amazonenses, em contexto caracterizado por grandes distâncias, dificuldades logísticas, desigual disponibilidade de serviços especializados e limitações de conectividade. A incorporação de tecnologias de alta complexidade ao Rol da ANS reforça a distinção entre cobertura normativa e disponibilidade territorial para sua execução. Conclui-se que a preservação de um núcleo nacional uniforme de direitos não exige absoluta identidade dos instrumentos regulatórios destinados à sua concretização. Propõe-se, assim, uma regulação nacional territorialmente sensível, fundada na equidade regulatória e em critérios objetivos, capaz de considerar as particularidades territoriais sem reduzir coberturas ou transferir ao beneficiário os efeitos das insuficiências estruturais da rede.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Regulação. Territorialização. Equidade regulatória. Direito à saúde.

¹Especialista em Direito Médico e Hospitalar, Gestão da Saúde Suplementar e Direito Tributário. Atualmente, pós-graduanda em Direito Médico e da Saúde pela Universidade do Estado do Amazonas – UEA, Manaus/AM, Brasil.

²Orientador: Pós-Doutor em Direito pela Università del Salento – UniSalento, Itália (2025). Vinculado à Universidade do Estado do Amazonas – UEA, Manaus/AM, Brasil.

ABSTRACT: Brazilian supplementary health regulation establishes nationwide obligations, although their implementation takes place across territories characterized by different healthcare, geographic, technological, and socioeconomic conditions. This article aims to examine the need to incorporate territorial criteria into supplementary health regulation as a means of promoting substantive equality, the effectiveness of the right to health, and the sustainability of the sector, using the State of Amazonas as its territorial scope. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study based on a literature review, documentary research, and the analysis of secondary data obtained from official databases, particularly those of the Brazilian National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (ANS). The results revealed a high concentration of private health plan beneficiary records in Manaus and significant gaps in healthcare provision across the health regions of Amazonas, within a context characterized by vast distances, logistical difficulties, unequal availability of specialized services, and connectivity limitations. The incorporation of high-complexity technologies into the ANS List of Health Procedures and Events further highlights the distinction between mandatory coverage and the territorial availability required for its effective provision. The study concludes that preserving a uniform national core of rights does not require absolute uniformity in the regulatory instruments used to ensure their implementation. Accordingly, the article proposes a territorially sensitive national regulatory approach, grounded in regulatory equity and objective criteria, capable of considering territorial specificities without reducing coverage or transferring the consequences of structural deficiencies in healthcare networks to beneficiaries.

Keywords: Supplementary health. Regulation. Territorialization. Regulatory equity. Right to health.

RESUMEN: La regulación brasileña de la salud suplementaria establece obligaciones de alcance nacional, aunque su ejecución se desarrolla en territorios caracterizados por diferentes condiciones asistenciales, geográficas, tecnológicas y socioeconómicas. Este artículo tiene como objetivo examinar la necesidad de incorporar criterios territoriales a la regulación de la salud suplementaria como instrumento de promoción de la igualdad material, de la efectividad del derecho a la salud y de la sostenibilidad del sector, adoptando el Estado de Amazonas como recorte territorial. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, desarrollada mediante revisión bibliográfica, investigación documental y análisis de datos secundarios provenientes de bases oficiales, especialmente de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). Los resultados evidenciaron una elevada concentración de los vínculos de asistencia médica en Manaus y significativos vacíos asistenciales en las regiones de salud del Amazonas, en un contexto caracterizado por grandes distancias, dificultades logísticas, desigual disponibilidad de servicios especializados y limitaciones de conectividad. La incorporación de tecnologías de alta complejidad al listado de procedimientos y eventos en salud de la ANS refuerza la distinción entre cobertura normativa y disponibilidad territorial para su ejecución. Se concluye que la preservación de un núcleo nacional uniforme de derechos no exige una identidad absoluta de los instrumentos regulatorios destinados a su concreción. Se propone, así, una regulación nacional territorialmente sensible, fundamentada en la equidad regulatoria y en criterios objetivos, capaz de considerar las particularidades territoriales sin reducir coberturas ni transferir al beneficiario los efectos de las insuficiencias estructurales de la red asistencial.

Palabras clave: Salud suplementaria. Regulación. Territorialización. Equidad regulatoria. Derecho a la salud.

INTRODUÇÃO

A saúde suplementar brasileira está submetida a um modelo regulatório de abrangência nacional, estruturado por normas destinadas a estabelecer padrões de cobertura, assistência e proteção aos beneficiários dos planos privados de saúde. Embora essa uniformidade seja relevante para a segurança jurídica e para a preservação de um núcleo comum de direitos, sua aplicação ocorre em um país marcado por profundas desigualdades territoriais, no qual as condições necessárias à prestação dos serviços de saúde não se distribuem de maneira homogênea.

No Estado do Amazonas, essa questão assume especial relevância diante das grandes distâncias, das dificuldades de deslocamento, da concentração dos serviços de maior complexidade, da disponibilidade limitada de determinadas especialidades e tecnologias e das desigualdades de conectividade. Nesse contexto, obrigações regulatórias formalmente idênticas podem encontrar condições substancialmente distintas de execução, com possíveis repercussões sobre o acesso dos beneficiários, a exequibilidade das obrigações e a sustentabilidade das operadoras.

A distância entre a cobertura regulatória assegurada e a disponibilidade assistencial concreta evidencia uma questão ainda pouco explorada sob a perspectiva da saúde suplementar: a uniformidade nacional das normas regulatórias é suficiente para assegurar igualdade material quando aplicada a territórios estruturalmente desiguais? A discussão não pressupõe redução de coberturas ou níveis diferenciados de proteção, mas a possibilidade de que a efetivação de direitos nacionalmente uniformes demande instrumentos regulatórios sensíveis às características territoriais.

Diante disso, o estudo busca responder em que medida a aplicação uniforme das normas regulatórias da saúde suplementar, diante das particularidades territoriais e assistenciais do Estado do Amazonas, repercute sobre a equidade regulatória, a sustentabilidade das operadoras e a continuidade do acesso dos beneficiários aos serviços de saúde. O objetivo é examinar esses efeitos e avaliar a territorialização da regulação como instrumento capaz de conciliar igualdade material, exequibilidade das obrigações regulatórias e preservação da proteção assistencial.

Para tanto, adota-se abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, mediante pesquisa bibliográfica e documental e análise de dados secundários provenientes de bases oficiais, tendo o Estado do Amazonas como recorte territorial. A pesquisa pretende, assim, contribuir para o debate sobre uma regulação nacional territorialmente sensível, capaz de reconhecer diferenças

objetivas nas condições de execução das obrigações sem converter diferenciação regulatória em redução de direitos.

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Regulação da saúde suplementar e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A saúde suplementar integra a conformação institucional do sistema brasileiro de saúde, no qual a prestação privada de serviços convive com o dever estatal de garantia do direito à saúde. Embora a Constituição Federal tenha admitido a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, atribuiu relevância pública às ações e aos serviços de saúde, submetendo sua execução à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, nos termos dos arts. 197 e 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Nesse contexto, a atuação privada não se desenvolve em espaço inteiramente submetido à autonomia do mercado, mas em setor sujeito à intervenção regulatória estatal, em razão da natureza do bem tutelado e dos interesses envolvidos.

A regulamentação específica dos planos privados de assistência à saúde consolidou-se com a Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), seguida pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000). A Agência foi instituída como autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, destinada à regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. A legislação atribuiu-lhe, portanto, funções que ultrapassam a simples fiscalização das relações contratuais entre consumidores e operadoras, inserindo sua atuação em uma política pública regulatória voltada à organização de um setor diretamente relacionado à prestação de serviços de saúde.

A criação da ANS representou uma mudança significativa na organização institucional do mercado de planos de saúde. Antes do marco regulatório inaugurado no final da década de 1990, o setor desenvolveu-se por longo período com reduzida intervenção estatal sobre seus aspectos assistenciais, circunstância que contribuiu para a existência de produtos heterogêneos e de conflitos envolvendo coberturas, seleção de riscos e condições de contratação. Pietrobon L, Prado ML e Caetano JC (2008) destacam que a estruturação da saúde suplementar brasileira foi acompanhada por disputas entre os diferentes atores que compõem o setor e que a instituição da ANS representou importante etapa da consolidação de sua regulação.

A regulação inaugurada com a criação da Agência não se restringiu à dimensão econômico-financeira das operadoras. Santos FP, et al. (2008), ao examinarem os primeiros anos da atuação regulatória, identificam três grandes dimensões de intervenção: a estrutura e operação do setor, a regulação econômica e a regulação assistencial. Essa perspectiva evidencia que a atuação estatal sobre a saúde suplementar envolve, simultaneamente, a estabilidade dos agentes econômicos, a organização do mercado e a qualidade e efetividade da assistência disponibilizada aos beneficiários.

A dimensão assistencial assume particular importância porque diferencia a regulação da saúde suplementar de uma intervenção estatal voltada exclusivamente ao equilíbrio econômico de determinado mercado. Lima IAL, et al. (2024), ao estudarem a trajetória da regulação assistencial desenvolvida pela ANS, demonstram que a atuação da Agência foi progressivamente ampliada para incluir mecanismos relacionados à qualidade da assistência, às redes de prestação de serviços e aos modelos de atenção à saúde. A regulação assistencial passa, assim, a ocupar posição relevante na relação entre a obrigação contratual assumida pelas operadoras e a efetiva prestação dos serviços necessários aos beneficiários.

Entre os principais instrumentos dessa dimensão regulatória encontra-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente disciplinado pela Resolução Normativa nº 465/2021 e suas sucessivas alterações. O Rol estabelece a referência de cobertura assistencial obrigatória para os planos aos quais se aplica, segundo a respectiva segmentação contratada, abrangendo consultas, exames, procedimentos, tratamentos e demais tecnologias incorporadas à cobertura da saúde suplementar. Sua atualização constitui processo contínuo de avaliação de tecnologias em saúde e produz repercussões diretas sobre as obrigações assistenciais das operadoras e sobre as expectativas de acesso dos beneficiários.

A garantia da cobertura, entretanto, não se esgota no reconhecimento abstrato do procedimento como integrante da assistência obrigatória. A regulação também estabelece parâmetros relacionados à disponibilidade e à garantia do atendimento. As normas da ANS fixam prazos máximos para consultas, exames, procedimentos e internações e atribuem à operadora o dever de oferecer alternativa assistencial quando inexistir disponibilidade na rede contratada. Na ausência de profissional ou estabelecimento no município, a própria disciplina regulatória admite soluções que podem envolver atendimento fora da rede, prestação em outro município e, em determinadas situações, transporte ou reembolso das despesas necessárias ao deslocamento do beneficiário. (ANS, 2022)

Esse aspecto revela uma característica relevante do modelo regulatório: a obrigação atribuída à operadora não se limita à constituição formal de uma rede credenciada, mas alcança a garantia concreta de acesso à cobertura assistencial contratada. A existência de regras para situações de indisponibilidade de prestadores demonstra que o próprio desenho regulatório reconhece que cobertura e acesso não constituem categorias necessariamente coincidentes. Todavia, ao estabelecer soluções nacionais para a indisponibilidade assistencial, a regulação também passa a interagir diretamente com as características da rede de serviços existente em cada território, questão particularmente relevante em mercados caracterizados por menor densidade de prestadores ou por dificuldades de deslocamento.

Paralelamente à garantia da assistência, a ANS exerce funções relacionadas à sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, à qualificação do setor e ao monitoramento da qualidade. Oliveira DF e Kornis GEM (2017), ao examinarem a política de qualificação da saúde suplementar, demonstram que a atuação regulatória passou a incorporar instrumentos de avaliação do desempenho das operadoras, reforçando uma concepção de regulação que busca articular aspectos assistenciais, econômicos e relacionados à qualidade dos serviços. A própria estrutura regulatória contemporânea da Agência contempla mecanismos de acompanhamento assistencial e econômico-financeiro, qualificação de operadoras, monitoramento da garantia de atendimento e avaliação de redes e prestadores.

6

Essa multiplicidade de funções evidencia a complexidade do papel atribuído à Agência Nacional de Saúde Suplementar. À ANS compete operar em um ambiente no qual coexistem interesses que não são necessariamente antagônicos, mas exigem permanente compatibilização: proteção do beneficiário, qualidade assistencial, incorporação tecnológica, equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e sustentabilidade do mercado regulado. Salvatori RT e Ventura CAA (2012) destacam que a regulação desenvolvida pela Agência está relacionada tanto ao equilíbrio das relações existentes no setor quanto à busca de maior eficiência do mercado de planos de saúde, o que demonstra que sua atuação não pode ser reduzida à proteção de apenas um dos agentes que integram essa relação.

A evolução da regulação da saúde suplementar permite, portanto, compreender a ANS como agente estatal responsável não apenas por estabelecer direitos e obrigações abstratamente considerados, mas também por criar condições regulatórias destinadas à continuidade da assistência e ao funcionamento sustentável do setor. Essa premissa adquire especial relevância quando normas de abrangência nacional incidem sobre mercados que apresentam capacidades

assistenciais, estruturas econômicas e condições territoriais distintas. Se a regulação pretende simultaneamente assegurar acesso, qualidade, equilíbrio e continuidade da assistência, torna-se necessário investigar em que medida a uniformidade normativa é capaz de produzir resultados materialmente equivalentes diante de realidades concretamente desiguais. É a partir dessa tensão que se insere a discussão acerca da igualdade material e da equidade regulatória na saúde suplementar.

2.2 Igualdade material, equidade regulatória e sustentabilidade da saúde suplementar

A discussão acerca da igualdade não se esgota na submissão dos indivíduos e das instituições às mesmas disposições normativas. A compreensão material desse princípio exige considerar diferenças concretas entre os sujeitos e as circunstâncias sobre as quais a norma incide, especialmente quando o tratamento formalmente idêntico é capaz de produzir consequências substancialmente distintas.

Ao examinar as relações entre igualdade, equidade e justiça social, Azevedo MLN (2013) sustenta que igualdade e equidade substantivas constituem princípios fundamentais para a promoção da justiça social. Nessa perspectiva, a equidade não se opõe à igualdade, mas contribui para sua concretização, na medida em que circunstâncias distintas podem exigir respostas também distintas para que sejam alcançados resultados materialmente justos (AZEVEDO MLN, 2013).

Essa compreensão assume particular importância no campo regulatório. A edição de uma norma geral e abstrata assegura, em princípio, tratamento formalmente uniforme aos agentes regulados, mas não elimina diferenças estruturais existentes entre eles. Quando essas diferenças interferem objetivamente na capacidade de cumprimento da obrigação, a aplicação indistinta dos mesmos instrumentos pode produzir encargos proporcionalmente diferentes.

Na saúde suplementar, essa problemática apresenta contornos próprios, pois a atividade econômica desenvolvida pelas operadoras está diretamente vinculada à prestação de assistência à saúde. Santos FP, et al. (2008) identificam três grandes dimensões da intervenção regulatória no setor: estrutura e operação, regulação econômica e regulação assistencial. A atuação da ANS envolve, portanto, tanto aspectos relacionados à estabilidade dos agentes econômicos quanto à garantia dos serviços aos beneficiários.

A coexistência dessas dimensões evidencia que sustentabilidade econômico-financeira e garantia assistencial não devem ser compreendidas necessariamente como interesses

antagônicos. A capacidade da operadora de cumprir suas obrigações ao longo do tempo constitui condição relevante para a continuidade da assistência, razão pela qual a própria estrutura regulatória contempla mecanismos de acompanhamento assistencial e econômico-financeiro.

O regime de capital regulatório constitui exemplo dessa lógica. A Resolução Normativa nº 569/2022 estabelece exigências patrimoniais relacionadas aos riscos assumidos pelas operadoras e considera, em determinados parâmetros, características como modalidade, segmentação e região de comercialização. O capital baseado em riscos contempla, entre outros, riscos de subscrição, crédito, mercado, legal e operacional (ANS, 2022). A regulação prudencial demonstra, assim, que determinadas diferenciações entre agentes podem ser admitidas quando fundadas em elementos objetivos relacionados à finalidade da norma.

Essa constatação não permite concluir que obrigações assistenciais devam ser diferenciadas territorialmente, mas suscita questão relevante: se características econômicas, operacionais e territoriais podem ser consideradas para dimensionar determinadas exigências regulatórias, seria possível considerar também diferenças territoriais que interferem objetivamente na execução das obrigações assistenciais?

É nesse contexto que o presente estudo propõe a categoria analítica da equidade regulatória. A expressão não é empregada como conceito consolidado especificamente na literatura da saúde suplementar, mas como construção destinada a examinar a incidência da igualdade material sobre a relação regulatória. Para os fins desta pesquisa, compreende-se equidade regulatória como a consideração, pelo regulador, de diferenças objetivas e relevantes existentes entre os agentes e os ambientes em que atuam, quando essas diferenças interferirem substancialmente nas condições de cumprimento das obrigações regulatórias.

A equidade regulatória não significa privilégio, desregulação ou redução do padrão assistencial assegurado aos beneficiários. Sua função consiste em investigar se a finalidade de uma norma nacional pode demandar instrumentos distintos quando sua execução ocorre em contextos materialmente desiguais. A análise desloca-se, assim, da simples identidade formal das regras para a proporcionalidade dos instrumentos e a efetividade dos resultados produzidos pela regulação.

Essa construção deve ser articulada à sustentabilidade da saúde suplementar. No presente estudo, a sustentabilidade é compreendida em dimensão instrumental, como condição para que os agentes responsáveis pela assistência permaneçam capazes de cumprir suas obrigações ao longo do tempo. Não constitui fundamento autônomo para afastar direitos legal

ou contratualmente assegurados, mas elemento relacionado à continuidade da prestação assistencial.

A questão central consiste, portanto, em compatibilizar proteção assistencial, exequibilidade das obrigações regulatórias e sustentabilidade. Quando uma mesma obrigação nacional incide sobre agentes submetidos a condições distintas de rede prestadora, disponibilidade tecnológica, logística e custos assistenciais, torna-se pertinente investigar se a uniformidade dos instrumentos regulatórios produz condições materialmente equivalentes de cumprimento.

A territorialização da regulação surge, nesse cenário, como hipótese decorrente da equidade regulatória. Não se pretende territorializar o direito à saúde ou estabelecer diferentes níveis de proteção conforme o local de residência do beneficiário, mas investigar se a concretização de um mesmo padrão nacional de proteção pode demandar instrumentos distintos diante de condições territoriais objetivamente desiguais. Essa questão assume especial relevância no Amazonas, cujas particularidades serão examinadas no tópico seguinte.

2.3 Territorialidade e desigualdades assistenciais no Estado do Amazonas

A compreensão das condições de prestação da assistência à saúde no Estado do Amazonas exige considerar o território para além de sua delimitação político-administrativa. Distância, densidade populacional, meios de transporte, conectividade, distribuição dos profissionais e localização da infraestrutura assistencial interferem diretamente nas possibilidades concretas de organização e acesso aos serviços. Em territórios extensos e de baixa densidade demográfica, a existência formal de determinado serviço não significa, necessariamente, sua efetiva acessibilidade.

No contexto amazonense, Peres AO, et al. (2020), ao analisarem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, evidenciam a relevância das particularidades territoriais para a concretização da assistência, especialmente em áreas distantes dos centros urbanos. A análise reforça que a efetividade do acesso à saúde deve ser compreendida à luz das condições concretas do território em que os serviços são prestados.

Maia HR, et al. (2026), ao investigarem o acesso aos serviços de saúde em municípios pertencentes a diferentes regiões de saúde do Amazonas, destacam a grande extensão territorial, a baixa densidade demográfica e a presença significativa de áreas rurais e remotas. Os autores identificaram barreiras relacionadas à disponibilidade, acessibilidade, custos e adequação dos

serviços, evidenciando que as características geoclimáticas e territoriais interferem diretamente nas possibilidades de obtenção da assistência (MAIA HR, et al., 2026).

Nesse contexto, a distância assume significado particular. Em parcela relevante do território amazonense, os rios constituem importantes vias de circulação entre comunidades, municípios e centros de referência, fazendo do transporte fluvial elemento central da mobilidade regional. Silva AM, et al. (2023), em estudo realizado em Maués, demonstraram que os deslocamentos entre a sede municipal e comunidades rurais podem variar de três a dezoito horas, conforme localização, tipo de embarcação e nível dos rios. Os autores destacam que, nesse cenário, a distância é frequentemente mensurada em tempo de viagem, e não apenas em quilômetros, em razão da influência da sazonalidade das águas sobre os trajetos e as condições de deslocamento (SILVA AM, et al., 2023).

A concentração dos serviços especializados constitui outra dimensão das desigualdades assistenciais. Garnelo L, et al. (2017) identificaram forte concentração da oferta de serviços de média e alta complexidade em Manaus, evidenciando a dependência dos municípios do interior em relação à capital para obtenção de assistência especializada. Em um território marcado por dispersão populacional, grandes distâncias e predominância do transporte fluvial, essa concentração amplia as dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade (GARNELO L, et al., 2017).

10

A distribuição dos profissionais de saúde também permanece desigual. Scheffer M (2025), na Demografia Médica no Brasil, demonstram que o crescimento do número de médicos no país não eliminou as diferenças territoriais na disponibilidade de profissionais e especialistas entre regiões, capitais e municípios do interior. No Amazonas, essa concentração assume especial relevância quando a execução de determinado serviço depende não apenas da presença de um profissional, mas também de equipe multiprofissional, estrutura hospitalar e recursos tecnológicos específicos (SCHEFFER M, 2025).

Os vazios assistenciais constituem, nesse sentido, importante expressão das desigualdades territoriais. Santos AM, et al. (2024), ao examinarem a dinâmica da regionalização em municípios rurais remotos, identificaram dificuldades relacionadas à oferta e ao acesso aos serviços especializados, às grandes distâncias e à ausência de serviços públicos nas proximidades desses municípios. Os autores destacam que, particularmente nos estados da Região Norte, a organização regional nem sempre corresponde às dinâmicas territoriais das populações, podendo produzir fluxos assistenciais inadequados (SANTOS AM, et al., 2024).

Às barreiras geográficas e assistenciais somam-se as limitações de conectividade. O avanço de ferramentas como telemedicina, telessaúde, autorizações eletrônicas e acompanhamento remoto apresenta potencial para reduzir determinadas distâncias, mas depende da existência de infraestrutura de telecomunicações, conexão adequada e condições tecnológicas para sua utilização. Em áreas rurais, ribeirinhas e remotas, a exclusão digital pode limitar o alcance dessas estratégias e reproduzir desigualdades já existentes no acesso aos serviços. (IBGE, 2026).

As desigualdades do Amazonas decorrem, portanto, da sobreposição de fatores territoriais. Grandes distâncias, transporte predominantemente fluvial em amplas áreas, sazonalidade, baixa densidade populacional, concentração da infraestrutura, escassez de determinadas especialidades, vazios assistenciais e limitações de conectividade atuam de forma combinada sobre as condições de acesso à saúde. Embora parcela importante da literatura analisada se concentre no Sistema Único de Saúde, esses estudos são relevantes para caracterizar o ambiente territorial e assistencial no qual também se organiza a saúde suplementar, sem que suas conclusões sejam automaticamente transpostas para as operadoras privadas.

A saúde suplementar possui dinâmica própria de financiamento, contratação e organização das redes, mas sua atuação depende da existência concreta de profissionais, estabelecimentos, equipamentos e tecnologias no território. A rede assistencial não é constituída abstratamente: em mercados com menor disponibilidade de prestadores e serviços especializados, as condições materiais para execução das coberturas diferem daquelas encontradas em territórios com maior densidade assistencial.

A territorialidade amazonense apresenta-se, assim, como elemento indispensável à compreensão das condições de execução da regulação da saúde suplementar. A sobreposição de barreiras geográficas, logísticas, assistenciais e digitais permite distinguir a uniformidade da obrigação regulatória da diversidade das condições materiais para seu cumprimento, estabelecendo a conexão necessária com a discussão sobre territorialização e equidade regulatória desenvolvida no tópico seguinte.

2.4 Territorialização da regulação como instrumento de equidade regulatória

A territorialização constitui categoria utilizada no campo da saúde para compreender a relação entre espaço, população, necessidades assistenciais e organização dos serviços. Sua

utilização ultrapassa a delimitação geográfica, reconhecendo o território como espaço no qual condições sociais, econômicas, ambientais e institucionais interferem na produção da saúde e nas possibilidades de acesso à assistência. Monken M e Barcellos C (2005) destacam, nesse sentido, a relevância da categoria território para a organização das práticas de saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a territorialização relaciona-se à regionalização e à organização das redes de atenção. Faria RM (2020) observa que a territorialização foi incorporada aos documentos reguladores da Atenção Básica, envolvendo planejamento e organização dos serviços segundo as características das populações e dos espaços nos quais estão inseridos. A regionalização, por sua vez, procura compatibilizar necessidades populacionais, capacidade instalada e fluxos assistenciais, articulando planejamento, coordenação, regulação e financiamento da rede no território (SILVA; GOMES, 2014).

A transposição desse debate para a saúde suplementar exige cautela. O modelo jurídico, econômico e assistencial das operadoras possui características próprias, não sendo possível importar diretamente os instrumentos de regionalização desenvolvidos no SUS. A contribuição da perspectiva territorial reside em reconhecer que as obrigações regulatórias da saúde suplementar são executadas em mercados concretos, nos quais a disponibilidade de profissionais, estabelecimentos, tecnologias, infraestrutura e meios de deslocamento não é homogênea.

12

Como demonstram Santos FP, et al. (2008), a regulação da saúde suplementar articula dimensões relacionadas à estrutura e operação do setor, à regulação econômica e à regulação assistencial. A atuação da ANS não se restringe, portanto, ao estabelecimento abstrato de coberturas, alcançando também condições relacionadas ao funcionamento das operadoras e à prestação da assistência. Essa característica permite indagar se diferenças territoriais que interferem sistematicamente na execução das obrigações devem permanecer externas ao desenho regulatório.

A própria regulação da saúde suplementar admite diferenciações fundadas em características objetivas. A regulação prudencial, por exemplo, considera fatores relacionados à modalidade, segmentação, região de comercialização e exposição aos riscos. Embora esses critérios não possam ser automaticamente transportados para as obrigações assistenciais, demonstram que diferenciação regulatória e igualdade não são necessariamente incompatíveis. Quando objetivamente justificada e orientada pela finalidade da norma, a diferenciação pode contribuir para a obtenção de resultados materialmente equivalentes.

É nesse contexto que se propõe, neste estudo, a noção de territorialização da regulação da saúde suplementar, compreendida como a incorporação de variáveis territoriais objetivamente mensuráveis à formulação e à aplicação dos instrumentos regulatórios da ANS quando essas variáveis interferirem substancialmente nas condições de execução das obrigações impostas às operadoras.

Territorializar a regulação não significa territorializar o direito à saúde, instituir cobertura inferior para determinadas regiões ou transferir ao beneficiário os efeitos da insuficiência estrutural da rede. O núcleo nacional de proteção deve permanecer uniforme. A questão reside em verificar se os instrumentos destinados à concretização desse núcleo precisam ser necessariamente idênticos em territórios materialmente distintos.

Essa distinção entre direito e instrumentos de execução constitui elemento central da proposta. O beneficiário residente no Amazonas não possui direito inferior ao daquele localizado em região dotada de maior capacidade assistencial. Entretanto, a concretização da mesma cobertura pode exigir soluções distintas quando determinado profissional, serviço ou tecnologia não estiver disponível no território. A igualdade material, portanto, permite considerar diferenças objetivamente relevantes para alcançar resultados assistenciais equivalentes.

13

Uma regulação territorialmente sensível exigiria critérios objetivos, verificáveis e periodicamente atualizados. Disponibilidade de especialistas, densidade da rede prestadora, existência de serviços de alta complexidade, infraestrutura tecnológica, conectividade, distância, tempo de deslocamento e capacidade assistencial instalada constituem exemplos de variáveis potencialmente mensuráveis por bases oficiais. Sua utilização deveria estar acompanhada de mecanismos de transparência, monitoramento e avaliação, impedindo que diferenças territoriais sejam utilizadas como fundamento para redução de direitos.

Nessa perspectiva, territorialização também não se confunde com simples flexibilização regulatória. Enquanto flexibilizar pode representar diminuição ou afastamento de determinada obrigação, territorializar significa adequar os instrumentos utilizados para alcançar sua finalidade, preservando o resultado protetivo pretendido pela norma. O parâmetro deixa de ser exclusivamente a identidade formal das exigências e passa a considerar sua capacidade de produzir acesso efetivo em contextos estruturalmente distintos.

A proposta apresenta ainda relação com a sustentabilidade e a prevenção de conflitos. Em mercados caracterizados pela escassez de determinados serviços, a execução da cobertura

pode demandar deslocamentos, contratação excepcional de prestadores e organização de fluxos assistenciais distintos. A consideração prévia dessas condições pode ampliar a previsibilidade para beneficiários e operadoras, sem que isso implique afirmar, antecipadamente, que a territorialização produzirá redução de custos ou da judicialização, relações que dependem de investigação empírica.

O Estado do Amazonas apresenta condições particularmente relevantes para essa análise. Grandes distâncias, transporte predominantemente fluvial em amplas áreas, limitações de conectividade, concentração de serviços especializados e disponibilidade desigual de tecnologias tornam visível a diferença entre universalidade do direito, uniformidade da norma e diversidade das condições de execução.

A territorialização proposta não pretende substituir a regulação nacional por regimes locais independentes, mas investigar a possibilidade de uma regulação nacional territorialmente sensível, capaz de preservar direitos uniformes e reconhecer que sua concretização pode demandar instrumentos distintos em contextos materialmente desiguais.

Desse modo, para os fins desta pesquisa, compreende-se a territorialização da regulação da saúde suplementar como a incorporação sistemática, objetiva e proporcional de características territoriais, assistenciais, tecnológicas e logísticas ao desenho e à aplicação dos instrumentos regulatórios, preservado o núcleo nacional de proteção dos beneficiários, com a finalidade de promover equidade regulatória, exequibilidade das obrigações, continuidade assistencial e sustentabilidade do sistema.

Em síntese, territorializar os instrumentos regulatórios não significa reduzir ou regionalizar direitos, mas buscar meios materialmente adequados para efetivar direitos nacionalmente assegurados em territórios estruturalmente distintos.

MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, desenvolvida mediante pesquisa bibliográfica e documental, complementada pela análise de dados secundários provenientes de bases oficiais. Adota-se abordagem jurídico-regulatória, com o objetivo de examinar a relação entre a uniformidade das normas da saúde suplementar e as particularidades territoriais que interferem nas condições de sua execução no Estado do Amazonas.

A pesquisa bibliográfica compreendeu o levantamento da produção científica relacionada ao direito fundamental à saúde, igualdade material, equidade, regulação da saúde suplementar, sustentabilidade do setor, territorialização, regionalização, desigualdades assistenciais e acesso aos serviços de saúde. Foram priorizados artigos científicos, livros, teses e dissertações disponíveis em bases acadêmicas reconhecidas, especialmente SciELO, Portal de Periódicos e Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e Google Acadêmico.

A pesquisa documental abrangeu a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 9.656/1998, a Lei nº 9.961/2000, os atos normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar relacionados à cobertura assistencial, incorporação de tecnologias, garantia de atendimento, rede prestadora e regulação econômico-financeira, além de documentos técnicos, relatórios, painéis e publicações institucionais pertinentes ao objeto investigado.

O Estado do Amazonas foi adotado como recorte territorial da investigação. Para caracterização da saúde suplementar no Estado, foram utilizados dados secundários disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, especialmente por meio da Sala de Situação, ANS Tabnet e demais painéis oficiais da Agência. Foram considerados indicadores referentes ao número de vínculos de beneficiários, taxa de cobertura, distribuição territorial da população beneficiária, operadoras e planos, bem como informações relativas à rede prestadora e aos vazios assistenciais. A Sala de Situação constitui a ferramenta da ANS destinada à apresentação das informações mais atualizadas do setor, enquanto o ANS Tabnet possibilita a realização de tabulações customizadas dos diferentes sistemas de informação da Agência (ANS, 2026).

15

Para a caracterização das condições territoriais e assistenciais do Estado, foram utilizados, adicionalmente, dados oficiais relacionados à distribuição de estabelecimentos e serviços de saúde, profissionais e especialidades médicas, infraestrutura tecnológica, conectividade e condições de deslocamento, provenientes, conforme a disponibilidade e pertinência, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde e outras bases governamentais. A seleção dos indicadores foi orientada pela capacidade de representar fatores potencialmente relacionados à execução das obrigações regulatórias da saúde suplementar.

Os dados foram organizados em tabelas, indicadores comparativos e, quando pertinente, representações gráficas e territoriais. Na análise da distribuição dos beneficiários, considerou-se que os dados divulgados pela ANS correspondem a vínculos com planos de saúde, não

necessariamente a pessoas distintas, uma vez que um mesmo indivíduo pode possuir mais de um vínculo. Essa distinção foi observada na interpretação dos resultados (ANS, 2026).

A análise foi desenvolvida mediante confronto entre três dimensões: normativa, correspondente às obrigações estabelecidas pela regulação nacional da saúde suplementar; territorial-assistencial, relacionada às condições concretas de disponibilidade de profissionais, serviços, tecnologias, infraestrutura e acessibilidade no Estado do Amazonas; e jurídico-regulatória, destinada a avaliar em que medida as diferenças territoriais identificadas podem repercutir sobre a exequibilidade das obrigações, a equidade regulatória, a sustentabilidade das operadoras e a continuidade do acesso dos beneficiários.

A interpretação dos resultados foi orientada pela distinção entre o núcleo nacional de proteção assistencial e os instrumentos regulatórios destinados à sua concretização. A partir desse referencial, buscou-se verificar se as características territoriais identificadas justificam a discussão acerca da incorporação de critérios territorialmente sensíveis à regulação da saúde suplementar, sem pressupor redução das coberturas asseguradas aos beneficiários.

RESULTADOS

4.1 Caracterização da saúde suplementar no Estado do Amazonas

16

Os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar evidenciam a presença relevante da saúde suplementar no Estado do Amazonas. Na competência de junho de 2026, foram registrados 707.164 vínculos de beneficiários de planos de assistência médica, correspondentes a uma taxa de cobertura de 17,94% da população. No mesmo período, verificou-se variação mensal positiva de 0,28% no número de vínculos.

Tabela 1 – Indicadores da saúde suplementar no Estado do Amazonas – junho de 2026

Indicador	Resultado
Beneficiários de assistência médica	707.164
Taxa de cobertura	17,94%
Variação no mês	0,28%
Operadoras em atividade	698
Operadoras ativas com beneficiários	239
Planos ativos	6.087

Fonte: elaboração própria a partir de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Sala de Situação, competência junho/2026.

Os resultados demonstram que mais de 700 mil vínculos estão associados a planos de assistência médica no Estado, enquanto a taxa de cobertura corresponde a 17,94% da população. A leitura desses indicadores, entretanto, exige considerar que a ANS contabiliza vínculos, de modo que um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano, circunstância que impede a equiparação automática entre número de beneficiários registrados na base e número de pessoas distintas cobertas.

A dimensão quantitativa do mercado, isoladamente, também não permite compreender as condições territoriais em que a assistência é prestada. O número de vínculos e a taxa estadual de cobertura não revelam como os beneficiários estão distribuídos entre Manaus e os municípios do interior, tampouco demonstram se a distribuição territorial da rede prestadora, dos profissionais especializados e dos serviços de maior complexidade acompanha a localização da população coberta.

Essa distinção é particularmente relevante para os objetivos da pesquisa. A existência de cobertura contratual pressupõe capacidade de acesso à rede necessária à execução das obrigações assistenciais. Assim, a caracterização quantitativa do mercado constitui apenas a primeira dimensão dos resultados, devendo ser confrontada, nas etapas seguintes, com a distribuição territorial dos beneficiários e da capacidade assistencial disponível no Estado.

17

A ANS dispõe, inclusive, de base específica para esse aprofundamento. Além da consulta estadual, seu portal permite tabulações de beneficiários por município, enquanto o Painel de Rede e Vazios Assistenciais utiliza informações da rede das operadoras, inclusive prestadores classificados como assistência hospitalar, serviços de alta complexidade e demais estabelecimentos.

4.2 Distribuição territorial dos beneficiários no Estado do Amazonas

A análise da distribuição territorial dos vínculos de assistência médica revela acentuada concentração da saúde suplementar na capital amazonense. Na competência de junho de 2026, dos 707.164 vínculos registrados no Estado do Amazonas, 692.590 estavam localizados em Manaus, enquanto os demais 14.574 vínculos correspondiam, conjuntamente, aos outros 61 municípios do Estado.

Tabela 2 – Distribuição territorial dos vínculos de assistência médica no Estado do Amazonas – junho de 2026

Localização	Vínculos	Participação no total estadual
Manaus	692.590	97,94%
Demais 61 municípios	14.574	2,06%
Amazonas	707.164	100,00%

Fonte: elaboração própria a partir de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Sala de Situação, competência junho/2026.

Os resultados evidenciam forte concentração territorial dos vínculos de assistência médica na capital. Embora Manaus represente apenas um dos 62 municípios amazonenses, concentra 97,94% dos vínculos de saúde suplementar registrados no Estado, restando 2,06% distribuídos entre os demais 61 municípios.

Esse achado assume particular relevância diante das características territoriais anteriormente identificadas. A concentração dos vínculos na capital demonstra que a presença da saúde suplementar no Amazonas não se distribui de maneira homogênea pelo território estadual. Assim, a taxa estadual de cobertura de 17,94%, apresentada no tópico anterior, deve ser interpretada com cautela, pois o indicador agregado não evidencia a elevada concentração territorial existente.

Sob a perspectiva desta pesquisa, entretanto, a concentração dos beneficiários constitui apenas uma das dimensões a serem consideradas. A existência de 97,94% dos vínculos em Manaus não permite concluir, isoladamente, que a capital disponha de capacidade assistencial suficiente para executar todas as coberturas previstas nacionalmente. Torna-se necessário verificar se a concentração dos beneficiários é acompanhada por disponibilidade proporcional de prestadores, especialidades médicas, serviços de alta complexidade e tecnologias em saúde.

Da mesma forma, a reduzida participação dos municípios do interior não elimina a relevância regulatória desses beneficiários. Ao contrário, a dispersão de 14.574 vínculos entre 61 municípios inseridos em território de grandes dimensões e marcado por dificuldades logísticas suscita questionamentos específicos quanto à organização e garantia do atendimento fora da capital.

Essa configuração evidencia, portanto, duas realidades distintas dentro do próprio Estado: de um lado, um mercado suplementar fortemente concentrado em Manaus; de outro, uma população beneficiária numericamente menor e territorialmente dispersa pelo interior. A análise da capacidade assistencial disponível em cada contexto constitui etapa necessária para

compreender em que medida as obrigações regulatórias nacionais encontram condições materiais equivalentes de execução.

4.3 – Distribuição da rede assistencial e vazios assistenciais no Estado do Amazonas.

A concentração territorial dos vínculos de assistência médica identificada no tópico anterior deve ser examinada conjuntamente com a disponibilidade da rede necessária à execução das coberturas contratadas. Para essa finalidade, foram considerados os resultados do estudo Mapeamento da Rede e dos Vazios Assistenciais na Saúde Suplementar, elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que avaliou a distribuição territorial de profissionais, estabelecimentos e procedimentos assistenciais no país.

O estudo da ANS adotou diferentes fontes de informação para caracterizar a disponibilidade assistencial, entre elas o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS/MS), os dados do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS/ANS) e informações relativas à rede de prestadores das operadoras. Essa abordagem permite examinar os vazios assistenciais não apenas a partir da existência cadastral de estabelecimentos e profissionais, mas também sob perspectivas relacionadas à utilização dos serviços pelos beneficiários da saúde suplementar (ANS, 2025).

19

Para fins territoriais, a Agência realizou análises tanto por município quanto por Região de Saúde. A utilização desta última unidade mostra-se particularmente relevante para o Amazonas, uma vez que a assistência de maior complexidade não necessariamente está disponível em cada município, podendo ser organizada por fluxos regionais. Ainda assim, os resultados demonstraram a persistência de expressivos vazios assistenciais quando ampliada a unidade territorial de análise.

Entre os serviços avaliados, destaca-se inicialmente a disponibilidade de estabelecimentos destinados à internação. No conjunto nacional, o estudo identificou vazios assistenciais para internação em regiões de saúde e constatou importante concentração desses vazios nos Estados das regiões Norte e Nordeste. No Amazonas, 89% das regiões de saúde apresentaram ausência de estabelecimento para internação na saúde suplementar, maior percentual identificado entre as unidades da Federação, seguido por Sergipe, com 71%, e Acre e Amapá, ambos com 67% (ANS, 2025).

O resultado adquire particular relevância quando confrontado com os dados apresentados anteriormente. Embora o Amazonas possuísse, em junho de 2026, 707.164 vínculos

de assistência médica e 97,94% deles estivessem concentrados em Manaus, a análise por regiões de saúde evidencia que a existência de um mercado suplementar expressivo na capital não se traduz em distribuição territorial equivalente da capacidade de internação pelo Estado.

Os vazios tornam-se ainda mais expressivos quando examinados determinados procedimentos de alta complexidade. Para a hemodiálise, a ANS identificou vazio assistencial em 89% das regiões de saúde do Amazonas, colocando o Estado entre aqueles com maior percentual de indisponibilidade territorial do serviço no país. A análise foi realizada a partir de dados referentes aos procedimentos de alta complexidade estudados pela Agência, permitindo observar a distribuição territorial da disponibilidade desses serviços (ANS, 2025).

Situação semelhante foi identificada para a quimioterapia. Segundo o estudo, 89% das regiões de saúde amazonenses apresentaram vazio assistencial para esse serviço. O percentual posicionou o Amazonas, juntamente com o Maranhão, entre as unidades da Federação com maior proporção de regiões de saúde sem disponibilidade identificada para quimioterapia na análise realizada pela Agência (ANS, 2025).

Tabela 3 – Vazios assistenciais selecionados nas regiões de saúde do Estado do Amazonas

Serviço analisado	Regiões de saúde com vazio assistencial
Internação	89%
Hemodiálise	89%
Quimioterapia	89%

Fonte: elaboração própria a partir de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – *Mapeamento da Rede e dos Vazios Assistenciais na Saúde Suplementar* (ANS, 2025).

Os resultados demonstram que a desigualdade territorial da saúde suplementar no Amazonas não se restringe à distribuição dos beneficiários. A concentração de 97,94% dos vínculos na capital convive com expressivos vazios assistenciais quando o território estadual é examinado segundo suas regiões de saúde. Particularmente relevante é o fato de que os três serviços selecionados apresentam vazio em 89% dessas regiões.

A interpretação desses percentuais exige, contudo, cautela. Vazio assistencial não equivale necessariamente à inexistência absoluta de possibilidade de atendimento ao beneficiário. O indicador demonstra que, segundo a fonte e o critério utilizados pela ANS para determinado serviço, não foi identificada disponibilidade na unidade territorial examinada. A cobertura poderá, em situações concretas, ser garantida mediante deslocamento para outra região, utilização de prestador localizado fora do município de residência ou alternativas

previstas pela regulação. É justamente essa circunstância, entretanto, que torna o dado relevante para a presente investigação.

A ausência territorial do serviço transfere a questão da simples cobertura contratual para a forma de concretização da assistência. Para procedimentos que demandam assistência continuada, essa problemática assume especial importância. Na hemodiálise, por exemplo, o tratamento pode exigir múltiplas sessões semanais, realizadas em estabelecimento assistencial especializado (BRASIL, s.d.). Nesse contexto, distância, tempo de deslocamento, disponibilidade de transporte e continuidade do tratamento tornam-se variáveis especialmente relevantes para o acesso efetivo.

No Amazonas, tais circunstâncias devem ser compreendidas à luz das características territoriais descritas no referencial teórico. A existência de grandes distâncias, dependência do transporte fluvial em diversas localidades e concentração da infraestrutura especializada na capital pode tornar a solução baseada exclusivamente no deslocamento territorial significativamente distinta daquela observada em Estados dotados de maior densidade de serviços e integração rodoviária.

Os achados também demonstram que a análise da suficiência da rede não pode ser realizada exclusivamente a partir da quantidade estadual de estabelecimentos ou profissionais. Um Estado pode possuir determinado serviço e, simultaneamente, apresentar extensas áreas sem disponibilidade regional. Nesse sentido, a unidade territorial utilizada pela ANS revela desigualdades que poderiam permanecer ocultas em indicadores estaduais agregados.

A distribuição da rede assume, portanto, relevância direta para a execução das obrigações impostas às operadoras. A inexistência regional de um serviço coberto não elimina o direito do beneficiário, mas pode alterar substancialmente os meios necessários à sua concretização, exigindo organização de fluxos assistenciais para outros municípios ou regiões, contratação de prestadores fora da rede originalmente constituída e, conforme a situação, adoção das demais alternativas regulatórias destinadas à garantia do atendimento.

Sob essa perspectiva, os resultados encontrados fornecem evidência objetiva de que as condições materiais de execução das obrigações assistenciais não se apresentam uniformemente distribuídas no território amazonense. A constatação é particularmente relevante porque decorre de estudo produzido pela própria agência responsável pela regulação nacional do setor.

Não se pode concluir, apenas a partir desses dados, que a existência de vazios assistenciais justifique redução de cobertura ou flexibilização automática das obrigações das

operadoras. Os resultados apontam em direção diversa: demonstram a necessidade de investigar se a garantia de um mesmo direito assistencial, diante de estruturas territoriais profundamente desiguais, demanda instrumentos regulatórios capazes de considerar previamente a disponibilidade concreta da rede e as alternativas necessárias à prestação.

A conjugação dos resultados obtidos até este ponto revela, assim, duas características relevantes da saúde suplementar amazonense: acentuada concentração dos vínculos na capital e expressivos vazios assistenciais nas regiões de saúde do Estado. Essa configuração constitui elemento empírico central para a análise posterior acerca da adequação de uma regulação nacional uniforme diante de condições territoriais distintas.

4.4 Barreiras assistenciais, tecnológicas e territoriais à execução das coberturas no Amazonas

Os vazios assistenciais identificados no tópico anterior demonstram que a disponibilidade territorial dos serviços constitui variável relevante para a concretização das coberturas asseguradas pela saúde suplementar. Essa questão assume maior complexidade quando analisadas tecnologias e procedimentos cuja execução depende não apenas da existência de estabelecimento de saúde, mas também de equipamentos específicos, profissionais especializados, equipes treinadas e infraestrutura compatível com o grau de complexidade da assistência.

22

A incorporação de novas tecnologias ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar constitui exemplo relevante dessa relação entre cobertura normativa e capacidade material de execução. Por meio da Resolução Normativa nº 654, de 12 de dezembro de 2025, a ANS incorporou ao Rol a prostatectomia radical assistida por robô, com Diretriz de Utilização nº 173, estabelecendo cobertura obrigatória para o tratamento de pacientes com câncer de próstata localizado ou localmente avançado. A norma entrou em vigor em 1º de abril de 2026 (ANS, 2025).

A incorporação decorreu do processo de atualização do Rol após recomendação positiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). A matéria foi apreciada pela Diretoria Colegiada da ANS no âmbito da atualização das tecnologias em saúde recomendadas positivamente pela Comissão, demonstrando a articulação existente entre avaliação de tecnologias em saúde e definição da cobertura obrigatória no setor suplementar (ANS, 2025).

A prostatectomia robótica constitui exemplo particularmente útil para a presente investigação porque evidencia que incorporação normativa e disponibilidade territorial da tecnologia representam etapas distintas da garantia assistencial. A inclusão do procedimento no Rol estabelece sua cobertura obrigatória quando preenchidos os critérios definidos pela ANS, mas não implica, por si só, a existência da infraestrutura necessária à sua realização em todas as unidades da Federação ou regiões de saúde.

Essa distinção adquire relevância diante dos resultados encontrados para o Amazonas. Conforme demonstrado no tópico anterior, o Estado apresenta expressivos vazios assistenciais em suas regiões de saúde, inclusive para internação, hemodiálise e quimioterapia. Ao mesmo tempo, a incorporação de procedimentos tecnologicamente complexos amplia as obrigações assistenciais incidentes nacionalmente sobre as operadoras, independentemente das diferenças existentes na capacidade instalada dos mercados regionais.

No caso de procedimentos cirúrgicos assistidos por robô, a execução não depende exclusivamente da aquisição ou disponibilidade do equipamento. Pressupõe estrutura hospitalar adequada e equipe capacitada para sua utilização, além da organização dos processos necessários à realização segura do procedimento. Desse modo, a existência formal da cobertura não pode ser confundida com disponibilidade assistencial imediata e territorialmente uniforme.

23

O exemplo permite visualizar uma das questões centrais reveladas pelos resultados da pesquisa. Uma tecnologia pode ser avaliada e incorporada nacionalmente por apresentar benefícios clínicos e preencher os requisitos estabelecidos para inclusão no Rol, mas sua implementação ocorre em mercados assistenciais que apresentam capacidades estruturais distintas. A obrigação regulatória é nacional; a infraestrutura necessária para executá-la, entretanto, encontra-se territorialmente distribuída.

Essa diferença pode repercutir diretamente sobre a forma pela qual a operadora garante a assistência. Quando o procedimento coberto não estiver disponível no local em que o beneficiário demanda atendimento, sua execução pode exigir utilização de prestador situado em outro município ou unidade da Federação e adoção das alternativas previstas na regulamentação de garantia de atendimento. Em Estados caracterizados por maior distância em relação aos centros nos quais determinadas tecnologias estão disponíveis, essas soluções podem envolver custos e complexidade operacional adicionais.

Os resultados relacionados à infraestrutura assistencial também devem ser examinados juntamente com as condições de conectividade. Dados da PNAD Contínua TIC 2025

demonstram que, embora o acesso à internet tenha avançado no país, permanecem diferenças relevantes entre os espaços urbanos e rurais. Em 2025, a internet era utilizada em 95,8% dos domicílios urbanos brasileiros e em 88,0% dos rurais. A diferença mostra-se ainda mais expressiva quando analisada a disponibilidade de rede móvel celular para internet ou telefonia: 96,1% dos domicílios urbanos possuíam o serviço, diante de 68,0% dos domicílios rurais (IBGE, 2026).

A desigualdade permanece relevante para a Região Norte. Entre os domicílios que utilizavam internet, a Região apresentou, em 2025, a menor proporção de utilização de banda larga fixa entre as grandes regiões brasileiras, de 86,2%, ainda que tenha registrado avanço em relação ao ano anterior (IBGE, 2026).

Esses dados nacionais e regionais não devem ser interpretados como medida direta da conectividade dos beneficiários de planos de saúde no Amazonas. Demonstram, contudo, a permanência de assimetrias de infraestrutura digital relevantes para a análise de um território no qual soluções como telemedicina, telessaúde, autorizações eletrônicas e acompanhamento remoto podem representar instrumentos importantes para reduzir determinadas barreiras geográficas. A PNAD Contínua TIC disponibiliza, inclusive, detalhamento por Unidade da Federação, permitindo que estudos posteriores aprofundem especificamente os indicadores amazonenses (IBGE, 2026).

24

A conectividade assume especial relevância porque as tecnologias digitais podem funcionar simultaneamente como instrumento de superação e como fator de reprodução das desigualdades territoriais. Em localidades distantes dos centros especializados, o atendimento remoto pode reduzir deslocamentos e facilitar o acesso a determinadas especialidades. Entretanto, sua utilização pressupõe conexão suficientemente estável, equipamentos adequados e condições técnicas que permitam prestação segura. Onde esses pressupostos não estão presentes, a solução tecnológica não elimina a barreira territorial.

Os resultados obtidos ao longo desta seção revelam, portanto, a sobreposição de diferentes dimensões de desigualdade. O Amazonas possuía 707.164 vínculos de assistência médica em junho de 2026, dos quais 97,94% estavam concentrados em Manaus; simultaneamente, o estudo da própria ANS identificou expressivos vazios assistenciais nas regiões de saúde do Estado. A esses elementos somam-se características geográficas e logísticas anteriormente identificadas e um cenário nacional e regional em que persistem diferenças de conectividade entre áreas urbanas, rurais e grandes regiões.

A incorporação da prostatectomia radical assistida por robô torna concreta essa problemática. Não se questiona, a partir dos resultados encontrados, a pertinência da incorporação tecnológica nem o direito do beneficiário à cobertura quando preenchidos os critérios regulatórios. O que emerge é uma questão distinta: a incorporação nacional de uma tecnologia não elimina as desigualdades territoriais relacionadas à capacidade de executá-la.

Nesse cenário, a garantia do direito assistencial pode demandar arranjos diferentes conforme a estrutura existente no território. Enquanto em mercados dotados da tecnologia, dos profissionais e da infraestrutura necessários a cobertura pode ser executada localmente, em mercados nos quais esses elementos não estejam disponíveis sua concretização pode exigir deslocamento, contratação externa ou organização de fluxos assistenciais para outros centros.

Os resultados, portanto, não demonstram que a regulação nacional deva estabelecer coberturas distintas entre regiões. Evidenciam que a uniformidade da cobertura convive com condições territorialmente desiguais de execução. Essa constatação constitui o principal achado a ser confrontado, na seção de Discussão, com os conceitos de igualdade material, equidade regulatória, sustentabilidade e territorialização desenvolvidos no referencial teórico.

DISCUSSÃO

25

Os resultados evidenciam uma tensão entre a uniformidade normativa da saúde suplementar e a heterogeneidade das condições territoriais em que as obrigações regulatórias são executadas. No Amazonas, a elevada concentração dos vínculos de assistência médica em Manaus convive com expressivos vazios assistenciais nas regiões de saúde do Estado, além de condições geográficas, logísticas e tecnológicas que interferem na disponibilidade e no acesso aos serviços.

Esses achados dialogam com a compreensão material da igualdade. Conforme Azevedo MLN (2013), igualdade e equidade não se contrapõem, uma vez que a realização da justiça pode exigir a consideração de diferenças objetivamente relevantes. No campo regulatório, isso significa reconhecer que a submissão dos agentes às mesmas regras não assegura, necessariamente, equivalência nas condições de cumprimento quando os mercados em que atuam apresentam estruturas assistenciais profundamente distintas.

A realidade amazonense torna essa diferença particularmente evidente. Embora o Estado registrasse 707.164 vínculos de assistência médica em junho de 2026, 97,94% estavam concentrados em Manaus. Paralelamente, o mapeamento da própria ANS identificou

expressivos vazios assistenciais nas regiões de saúde amazonenses. Os resultados convergem com Garnelo L, et al. (2017), que evidenciam a influência das grandes distâncias, das características do transporte regional e da concentração dos serviços especializados em Manaus sobre a organização e o acesso à assistência no Amazonas.

A existência desses vazios não autoriza, entretanto, redução de cobertura ou tratamento assistencial menos protetivo aos beneficiários residentes no Estado. A questão colocada pelos resultados é distinta: se o direito assegurado nacionalmente é o mesmo, os instrumentos necessários à sua concretização precisam ser necessariamente idênticos em territórios materialmente desiguais?

Essa indagação ganha relevância diante da incorporação de novas tecnologias ao Rol da ANS. A prostatectomia radical assistida por robô, incorporada à cobertura obrigatória a partir de abril de 2026, exemplifica a diferença entre incorporação normativa e disponibilidade territorial. A existência do direito à cobertura não produz, automaticamente, equipamentos, infraestrutura hospitalar e equipes capacitadas em todos os mercados regionais. A garantia da assistência pode, portanto, demandar soluções distintas conforme a disponibilidade concreta da tecnologia.

É nesse contexto que a equidade regulatória proposta neste estudo encontra aplicação. Territorializar a regulação não significa criar um Rol inferior para o Amazonas, afastar coberturas ou transferir ao beneficiário os efeitos da insuficiência estrutural da rede. Significa admitir que a realização de um mesmo direito pode exigir instrumentos regulatórios diferentes quando as condições objetivas de execução forem substancialmente distintas.

Essa interpretação encontra apoio na própria lógica regulatória da saúde complementar. Santos FP, et al. (2008) demonstram que a atuação da ANS articula dimensões assistenciais e econômico-financeiras. Além disso, a regulação prudencial já considera determinadas características específicas dos agentes e dos mercados para dimensionar exigências regulatórias (ANS, 2022). Embora esses mecanismos não possam ser automaticamente transportados para a regulação assistencial, demonstram que diferenciação regulatória e igualdade não são categorias necessariamente incompatíveis.

A territorialização poderia, assim, ocorrer dentro de uma regulação nacional, mediante critérios objetivos relacionados à disponibilidade da rede, existência de especialidades e serviços de alta complexidade, distância e tempo de deslocamento, infraestrutura tecnológica e

conectividade. O núcleo dos direitos permaneceria uniforme, enquanto os instrumentos destinados à sua concretização poderiam responder às características do território.

Essa perspectiva também permite relacionar territorialização e sustentabilidade sem colocar a proteção do beneficiário em posição secundária. Quando a inexistência regional de determinado serviço exige deslocamentos, contratação excepcional ou utilização reiterada de prestadores situados em outros mercados, surgem custos e dificuldades operacionais distintos daqueles observados em regiões com maior densidade assistencial. Considerar essas diferenças não significa privilegiar economicamente a operadora, mas buscar condições para que a obrigação seja cumprida de forma contínua e efetiva.

A mesma lógica pode contribuir para o enfrentamento da judicialização decorrente de indisponibilidades estruturais. A definição prévia de alternativas assistenciais, responsabilidades relacionadas ao deslocamento e procedimentos aplicáveis à inexistência regional de determinada tecnologia tende a proporcionar maior previsibilidade aos beneficiários e às operadoras. Não se pode afirmar, a partir dos resultados desta pesquisa, que a territorialização necessariamente reduziria a judicialização, mas ela pode constituir mecanismo preventivo para situações atualmente solucionadas apenas após o surgimento do conflito.

A própria elaboração, pela ANS, de um mapeamento de rede e vazios assistenciais demonstra o reconhecimento institucional de que a capacidade assistencial brasileira não se distribui uniformemente pelo território. Os resultados encontrados para o Amazonas indicam que essa informação territorial pode ser relevante não apenas para diagnosticar desigualdades, mas também para aperfeiçoar os instrumentos regulatórios destinados à garantia do atendimento.

Assim, os achados sustentam a pertinência de uma regulação nacional territorialmente sensível, capaz de preservar o mesmo núcleo de proteção assistencial e, simultaneamente, considerar diferenças objetivas que interferem na execução das obrigações. A territorialização, nessa perspectiva, não deve adaptar o direito à escassez existente, mas adaptar a resposta regulatória às condições territoriais necessárias à efetivação do direito.

Os resultados, portanto, oferecem suporte à hipótese de que a aplicação uniforme dos instrumentos regulatórios em contextos territorialmente desiguais pode produzir assimetrias em sua exequibilidade. A incorporação de critérios territoriais objetivos pela ANS apresenta-se como possibilidade de aproximação entre igualdade material, efetividade assistencial e

sustentabilidade da saúde suplementar, preservado, em qualquer hipótese, o núcleo nacional de direitos assegurado aos beneficiários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa examinou a adequação da aplicação uniforme das normas da saúde suplementar diante das particularidades territoriais do Estado do Amazonas, partindo da premissa de que a garantia formal de direitos assistenciais não assegura, isoladamente, condições equivalentes para sua concretização. Os resultados demonstraram que a regulação nacional incide sobre um território marcado por elevada concentração dos vínculos de assistência médica na capital, vazios assistenciais, grandes distâncias, dificuldades logísticas, desigual disponibilidade de serviços especializados e limitações de infraestrutura e conectividade.

Os achados permitem concluir que a uniformidade do núcleo de proteção assegurado aos beneficiários deve ser preservada, mas não exige, necessariamente, absoluta identidade dos instrumentos utilizados para sua efetivação. A aplicação indistinta de mecanismos regulatórios em mercados estruturalmente diferentes pode produzir assimetrias nas condições de execução das obrigações, especialmente quando a prestação depende de profissionais, serviços ou tecnologias indisponíveis no território.

28

Nesse contexto, a territorialização da regulação apresenta-se como possibilidade de concretização da igualdade material e da equidade regulatória. A proposta não pressupõe redução de coberturas, criação de um Rol regionalizado ou transferência ao beneficiário dos riscos decorrentes da insuficiência da rede. Defende-se, ao contrário, a preservação de um padrão nacional de direitos associada à adoção de instrumentos regulatórios capazes de considerar, mediante critérios objetivos, as condições assistenciais, geográficas, logísticas e tecnológicas de cada território.

A incorporação dessas variáveis ao processo regulatório pode contribuir para maior previsibilidade na organização da assistência, especialmente diante de vazios assistenciais e da incorporação de tecnologias de alta complexidade. Também pode favorecer a construção de soluções que conciliem efetividade do acesso, continuidade da assistência e sustentabilidade do setor, evitando que limitações estruturais sejam enfrentadas exclusivamente após a ocorrência do conflito ou por meio da judicialização individual.

A pesquisa possui como limitação o recorte territorial restrito ao Estado do Amazonas e a utilização predominante de dados secundários provenientes de bases oficiais. Estudos posteriores poderão ampliar a comparação para outros Estados da Região Norte, examinar custos relacionados à execução regional das coberturas e avaliar empiricamente os efeitos de diferentes alternativas regulatórias sobre acesso, sustentabilidade e judicialização.

Conclui-se, portanto, que territorializar a regulação não significa territorializar ou reduzir o direito à saúde, mas reconhecer que direitos nacionalmente uniformes podem demandar respostas regulatórias distintas para alcançar efetividade em territórios materialmente desiguais. No contexto amazonense, uma regulação nacional territorialmente sensível apresenta-se como caminho possível para aproximar a saúde suplementar da igualdade material, preservando simultaneamente a proteção dos beneficiários, a continuidade da assistência e a sustentabilidade do sistema.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Capital regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2026.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Mapeamento da rede e dos vazios assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2025.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa RN nº 569, de 19 de dezembro de 2022. Rio de Janeiro: ANS, 2022.
4. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa RN nº 654, de 12 de dezembro de 2025. Rio de Janeiro: ANS, 2025.
5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Sala de Situação: dados de beneficiários de planos de assistência médica no Estado do Amazonas e no município de Manaus, competência junho de 2026. Rio de Janeiro: ANS, 2026.
6. AZEVEDO MLN. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior, 2013; 18(1): 129-150.
7. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.
8. BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.
9. BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças renais crônicas (DRC). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc>. Acesso em: 11 ago. 2026.
11. FARIA RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(11).
12. GARNELO L, et al. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4): 1225-1234.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2025. Rio de Janeiro: IBGE, 2026.
14. MAIA HR, et al. O acesso das pessoas com deficiência no Amazonas aos serviços públicos de saúde: o olhar da gestão. *Saúde e Sociedade*, 2026; 35(1): e240858pt.
15. MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005; 21(3): 898-906.
16. OLIVEIRA DF, KORNIS GEM. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2017; 27(2): 207-231.
17. PERES AO, et al. Saúde indígena e dificuldades no acesso ao sistema público de saúde no Amazonas. *BIUS – Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 2020; 19(13): 1-11.
18. PIETROBON L, et al. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2008; 18(4): 767-783.
19. SALVATORI RT, VENTURA CAA. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade*, 2012; 19(62): 471-488.
20. SANTOS AM, et al. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. *Cadernos de Saúde Pública*, 2024; 40(8): e00194523.
21. SANTOS FP, et al. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(5): 1463-1475.
22. SCHEFFER M (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2025*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025; 446p.
23. SILVA AM, et al. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023; 39(1): e00163722.