

XVIII Encontro Científico de Ciências Sociais Aplicadas

ÉTICA NA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

de 17 a 19 de novembro de 2025



OS DESAFIOS JURÍDICOS NA PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR NO ACESSO A PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM PLANOS DE SAÚDE

Adriele Karoline Menezes

Acadêmica do Curso de Direito

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: adrielemenezes22@gmail.com

Emily Poletto

Acadêmica do Curso Direito

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: emipoletto38@gmail.com

Vinicius Kreuz Wollmann

Acadêmico do Curso de Direito

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: viniciuswollmann@gmail.com

Glauci Aline Hoffmann

Professora do Curso de Direito

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

E-mail: glauihoffmann@gmail.com

RESUMO: O presente estudo busca, em sua essência, entender conceitos fundamentais como o de saúde, sob seu aspecto social e legal, enquanto direito social previsto na Constituição Federal de 1988, para que assim seja possível entender os impactos econômicos e jurisdicionais acerca do acesso a tratamentos decorrentes de comorbidades as quais demandam intervenções terapêuticas de alta complexidade. Para tanto, tal trabalho utiliza-se de uma abordagem técnico-jurídica com base bibliográfica consolidada, como fontes governamentais, organizações de renome mundial, legislações e decisões jurisprudenciais dos tribunais superiores, em especial o julgamento pelo Supremo Tribunal de Justiça, o qual expandiu os horizontes acerca dos tratamentos de alta complexidade no Brasil. Ademais, o estudo esclarece fatores cruciais no que tange aos motivos responsáveis pela existência das principais barreiras ao acesso à saúde, como a falta de políticas públicas, os altos custos e a burocracia dos planos privados de saúde. Por fim, conclui-se que, apesar da Constituição Federal assegurar o direito universal à saúde, o seu exercício na prática se encontra prejudicado por entraves econômicos e estruturais, os quais acarretam à falta de efetividade no tratamento e muitas vezes comprometem a vida ou saúde das pessoas. Em decorrência disso, muitas demandas relacionadas à busca pelo direito à saúde chegam até os tribunais superiores nacionais, os quais têm decidido em favor dos pacientes sob o argumento de que a proteção da dignidade humana deve prevalecer sobre interesses estritamente econômicos, fazendo assim com que o Estado ou os planos de saúde privados garantem a integralidade e a continuidade dos tratamentos médicos necessários, sob pena de comprometer diversos direitos fundamentais, inclusive o mais relevante deles, a vida.

Palavras-chave: Direito à saúde; Planos de saúde; Tratamentos de alta complexidade; Dignidade da pessoa humana; Acesso à saúde.

1 INTRODUÇÃO

Como preconiza o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde constitui um dos pilares essenciais no exercício da cidadania e na preservação da dignidade da pessoa humana, portanto é considerado um direito fundamental denominado universal, tendo em vista que é inerente a todos. Contudo, a sociedade brasileira é caracterizada pela existência de diversos entraves ao exercício pleno desse direito, como as desigualdades estruturais, a sobrecarga do sistema público de saúde e o aumento das demandas judiciais relativas ao custeio de tratamentos de alta complexidade (BRASIL, 1988).

Desse modo, é necessário que exista uma reflexão aprofundada acerca da situação atual da efetividade do direito à saúde, a fim de que se possa garantir um acesso equitativo e de qualidade a tal direito. Além disso, vale ressaltar também que o conceito de saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é mais abrangente do que meramente a inexistência de doenças físicas ou mentais, englobando também um estado de bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, a efetivação de uma sociedade saudável torna-se ainda mais complexa e desafiadora, tendo em vista a existência de fatores subjetivos e mais abrangentes.

Diante do cenário supracitado, a problemática que norteia tal estudo é a dicotomia entre as questões financeiras do Estado e das operadoras de planos de saúde em confronto com a necessidade de atendimento aos pacientes de alta complexidade, estabelecendo os limites jurídicos e financeiros sem comprometer o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito fundamental à vida. Sendo assim, será objeto de estudo o conceito constitucional de saúde, os meios, impactos e questões econômicas e jurídicas relativas ao pleno exercício desse direito, especialmente no que tange às decisões judiciais dos tribunais superiores (aqui, entende-se por tribunais superiores o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça) relativas às ações que versam sobre cobertura de tratamentos de alto custo pelos planos de saúde. Ademais, vale ressaltar que o presente estudo visa preencher uma lacuna teórica que integre, em uma perspectiva única, a dimensão constitucional, econômica e jurisprudencial acerca do direito à saúde e quais são os mecanismos utilizados a fim de efetivar tal direito, tendo em vista que mesmo com a vasta produção acadêmica sobre o direito à saúde, poucos integram tais elementos explicitando a tensão entre o dever estatal, os limites econômicos e as decisões judiciais que moldam as políticas dos planos de saúde.

Por fim, é lícito postular que o presente trabalho está estruturado primeiramente para apresentar o conceito constitucional de saúde e a sua evolução normativa, após isso discute-se a relação entre Estado, saúde pública e planos privados, evidenciando assim os principais desafios e controvérsias, e para encerrar são analisadas as principais decisões judiciais que versam sobre a cobertura de tratamentos de alta complexidade e custo, destacando-se assim as implicações práticas e teóricas com o objetivo de ampliar a discussão para que seja possível o aprimoramento das políticas públicas e do próprio sistema de saúde brasileiro.

2 O CONCEITO DE SAÚDE E SEU IMPACTO CONSTITUCIONAL

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, elenca como Direito Social, dentre outros, a saúde. Nesse sentido, a todos os cidadãos brasileiros, e a estes equiparados por essa legislação, têm o direito à proteção e conservação de sua dignidade sanitária, visando, desde logo, uma maior preferência à profilaxia, com a finalidade de o tratamento ser menos penoso, do que propriamente à medicação (BRASIL, 1988).

Além disso, a Lei Maior estabelece que saúde é um direito universal e uma obrigação do Estado. Na disposição do seu artigo 196, reforça que este deve, por meio de políticas públicas, promover ações que visem a redução do risco de contaminação e propagação de enfermidades (BRASIL, 1988). Em consequência disso, figuras como o “Zé Gotinha” e outras campanhas de propagandas para vacinação, por exemplo, são amplamente adotadas pelo

Governo Brasileiro para efetivar esse objetivo constitucional. Logo, a precaução e a prevenção são diretrizes que são empregadas com maior ênfase no combate às doenças, pois, para o Estado, em termos de custo financeiro, conforme ditado popular, “é melhor prevenir do que remediar”.

Para uma melhor definição do que é a referida garantia constitucional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o conceito de saúde. O qual, por sua vez, não é apenas “a ausência de enfermidade ou doença”, mas sim o equilíbrio do corpo e da mente, além do aspecto social (OMS, 2020). Portanto, para corroborar com a organização internacional e, para que a vigente Carta Magna esteja em harmonia com essa, a saúde pode ser definida como um Direito Social que visa garantir a satisfação do indivíduo em três esferas: a social, que traz uma maior importância à coletividade; a mental, trazida à tona com as consequências que a Pandemia da Covid-19 acarretou à população - como a Síndrome de Burnout, principalmente - e, é claro, o corpo, sendo o mais debatido e estudado.

Saúde, dessa forma, pode ser considerada como algo muito além de um exame de rotina com bons resultados, por exemplo. Essa compreende as relações intrapessoais e interpessoais, também. A primeira abrange um sentido mais estrito que o indivíduo possui consigo mesmo, sua relação com a sua mente e seu espírito. Já a segunda, traz um viés mais voltado à interação que a pessoa tem com o grupo, suas amizades e relacionamentos. A OMS abordou esses três paradigmas de forma muito correta e coerente com a realidade mundial, em 2020, quando trouxe essa ampliação ao conceito de saúde.

2.1 A EXTENSÃO QUE AS COMORBIDADES PODEM ALCANÇAR

Em que pese a previsão constitucional, além de outras infra e supra constitucionais, para que se possa garantir uma proteção digna ao cidadão brasileiro no âmbito da saúde, insta salientar que a humanidade enfrenta o combate e, em algumas situações, apenas a pesquisa para um possível tratamento, de inúmeras enfermidades, doenças e moléstias que podem ou não ser consideradas raras, mas que afetam uma parte considerável da população.

Em uma pesquisa feita pela National Geographic Brasil, no ano de 2023, e de acordo com o Ministério da Saúde, as moléstias que mais acarretam os brasileiros são as chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's). No rol dessa classificação, dentre outros, podem ser caracterizados os problemas cardiovasculares, os cânceres, as diabetes e as doenças respiratórias crônicas. Em paralelo, a OMS considera essas enfermidades “como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo”.

Doenças cardíacas atingem o marco de aproximadamente 30% (trinta por cento) das mortes de brasileiros. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) marcam mais de 700.000 (setecentos mil) novos casos de câncer no país para cada ano do triênio de 2023-2025. O Brasil fica atrás apenas da China, Índia, Estados Unidos e Paquistão quando o assunto trata-se da incidência de pacientes diagnosticados com diabetes mellitus. Estima-se que cerca de 23,2% (vinte e três vírgula dois por cento) da população brasileira viva com asma, uma doença respiratória crônica (NATIONAL GEOGRAPHIC BRASIL, 2023).

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, na apresentação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT's no Brasil, 2021-2023 (Plano de Dant), no ano de 2019, mais de 50% (cinquenta por cento) dos óbitos registrados no país foram em consequência desse grupo de comorbidades. Além do elevado número de mortes, as DCNT's acarretam, como observado no decorrer da Pandemia da Covid-19, agravantes de saúde que podem ser causas secundárias de outras inúmeras mortes e enfermidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Ademais, como exposto anteriormente, a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, utilizadas a título exemplificativo, demonstra a pertinência que a questão

sanitária pode ter no país. Quando mais da metade dos óbitos registrados no Brasil são em decorrência ou por agravantes relacionados a essas situações, configura-se um impasse sanitário de grande relevância. À luz dos preceitos estabelecidos pela Constituição Federal, torna-se imperativo enfrentá-lo com uma abordagem mais profilática, visando à contenção e à redução progressiva desses índices.

Para evitar que essas moléstias não aumentem ainda mais esse elevado número de mortes em decorrência das possíveis agravantes daquelas, há a necessidade de realizar tratamentos que sejam, no mínimo, eficazes quanto ao combate dos sintomas enfrentados pelos pacientes. Os brasileiros possuem a benesse de possuírem um Sistema Único de Saúde (SUS), garantido e protegido pela Constituição Federal de 1988, como expressão concreta dos princípios do Estado Democrático de Direito, que assegura o acesso universal e igualitário à saúde. Tal estrutura permite que grande parte dessas intervenções médicas seja realizada de forma gratuita ou, ao menos, com um menor custo possível para a população.

Entretanto, apesar da relevância e abrangência do SUS como mecanismo de efetivação do direito à saúde, inúmeros fatores estruturais comprometem sua eficácia plena. Alguns deles podem ser elencados como a superlotação das unidades de atendimento, a morosidade na realização de exames e procedimentos, bem como a escassez de recursos humanos e materiais, de tal forma que acabam por dificultar o acesso oportuno e resolutivo aos serviços da saúde. Em consequência disso, muitos pacientes veem-se obrigados a buscar alternativas no setor privado para tentar uma maior celeridade e qualidade no tratamento de suas condições clínicas, por isso, o impacto financeiro pode ser bem expressivo para alguns pacientes.

Com a finalidade de ilustrar o referido reflexo econômico para esses indivíduos, determinados dados configuram-se como indicadores críticos, que sinalizam a gravidade da problemática abordada. De acordo com dados do Hospital Edmundo Vasconcelos, uma cirurgia de troca de válvula cardíaca custa, em média, R\$ 61.000,00 (sessenta e um mil reais), valor que não inclui a própria prótese valvar. Esta, por sua vez, pode alcançar até R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais), o que resulta em um custo total superior a R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) (HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS, 2023).

Ademais, durante o “8º Fórum Big Data em Oncologia”, que foi organizado pelo Movimento Todos Juntos Contra o Câncer e Observatório de Oncologia, além da parceria da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Centro de Estudos Estratégicos (CEE-Fiocruz), no ano de 2023, foram divulgados dados alarmantes quanto ao tratamento oncológico. Um desses, por sua vez, chama atenção quanto ao aumento do valor de procedimentos para a referida intervenção médica, de 2018 até 2022, o custo médio para quimioterapia, radioterapia e imunoterapia chegou a superar 400% (quatrocentos por cento) (OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA, 2023).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o “pé diabético”, figura entre as inúmeras complicações associadas à diabetes mellitus, é um fator que apresenta elevada incidência entre os pacientes acometidos. A referida condição, além de representar um risco significativo de infecções e agravantes clínicos, acarreta substanciais encargos financeiros tanto para os portadores da doença quanto para seus familiares. Na pesquisa, entre os anos de 2014 a 2017, considerando apenas os médicos atuantes no tratamento direto, o custo médio anual para o tratamento ambulatorial de um indivíduo com essa complicação pode chegar a quase R\$ 3.000,00 (três mil reais). E, ao considerar todas as hospitalizações juntas, os custos para todo o país atingiram cerca de R\$ 50.000.000,00 (cinquenta milhões), em 2014 (BAHIA, 2017).

Em complemento aos dados anteriormente mencionados, registros posteriores, mais especificamente no ano de 2021, apontam para a expressiva dimensão econômica da diabetes no Brasil. Conforme dados trazidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Metabólica e Bariátrica (SBCBM, 2023), o custo financeiro estimado relacionado à doença, considerando um panorama mais amplo, que inclui gastos com internações, medicamentos e tratamentos de

complicações alcançou aproximadamente 43 bilhões de dólares. Esse montante evidencia não apenas o impacto clínico da enfermidade, mas também suas diversas implicações no sistema de saúde, bem como na economia nacional.

Esse impasse financeiro não se restringe apenas às enfermidades já mencionadas. Em março de 2025, a revista *Veja Saúde* divulgou os avanços de uma pesquisa britânica que propôs um novo tratamento para asma, considerado mais eficaz que os já encontrados no mercado (BEANI, 2025). A inovação médica visa reduzir significativamente os sintomas provocados pela inflamação dos alvéolos pulmonares, característica da doença crônica. Todavia, o custo estimado da droga pode chegar a cerca de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), fator que representa um obstáculo substancial ao acesso.

2.1.1 O tratamento preciso possui um custo elevado

Com os casos abordados até agora, percebe-se que a medicina está avançando, juntamente, é claro, das tecnologias e, principalmente, da biotecnologia. Avanços científicos, pesquisas, profissionais capacitados para que a população tenha uma vida mais longínqua e com uma qualidade de vida tão grandiosa quanto sua longevidade são os fatores primordiais desse sucesso da humanidade. Todavia, todo bônus possui um ônus.

Para que o referido sucesso garantido à saúde da população seja eficaz, ele possui um custo. Por trás de toda essa técnica, da capacitação dos agentes envolvidos, das matérias-primas extraídas para a produção da tecnologia que ajudou a humanidade a alcançar índices tão elevados de expectativa e qualidade de vida, em alguns países, há muito investimento monetário e humano por trás disso tudo. Capitais, esses, que podem ser aplicados por agentes particulares, por empresas, por corporações e até mesmo pelos próprios Estados, conforme suas prioridades e capacidades.

O Brasil, a título de exemplo, por possuir um sistema estatal de saúde, precisa investir em alguns tipos de tratamentos, como já citado anteriormente, no caso da diabete. É evidente que, para que o Estado possa garantir tal subsídio à população, esta, por sua vez, precisa disponibilizar uma contrapartida, concretizada pelo pagamento de tributos. Em última instância, pode-se dizer que os custos recaem sobre o próprio contribuinte brasileiro.

Analogicamente, o consumidor final dessa cadeia de avanços científicos e melhorias nos tratamentos de saúde será o paciente, especialmente no setor privado. Será aquele que está enfermo e precisa de alguma intervenção médica para que a sua moléstia seja investigada de uma maneira diferente, para que possua uma melhora nos sintomas, para que tenha uma prevenção e precaução assertivas para inibir o início da enfermidade, ou até mesmo para que possa ser submetido a algum teste novo no mercado com a finalidade de uma possível cura da doença.

Nesse sentido, alguns indivíduos necessitarão de procedimentos de alta complexidade, pela condição que se encontram, de tratamentos mais elaborados, com tecnologia de ponta e mais recente possível, de profissionais, cujo conhecimento seja específico e advindo de anos de estudo e dedicação. E, para corroborar com a referência supramencionada, todos esses quesitos, juntos, tornam-se custosos financeiramente. O referido ônus financeiro pode-se justificar justamente por essa precisão no prognóstico do enfermo que pode ser alcançada com uma tecnologia tão avançada.

Os procedimentos de alta complexidade, ou simplesmente PAC's, são caracterizados pela utilização de tecnologia avançada, recursos de ponta, equipes médicas altamente especializadas e uma infraestrutura hospitalar robusta. Em geral, estão relacionados ao tratamento de doenças graves e crônicas, entretanto, podem ser considerados exames de rotina para a maioria da população e, cuja abordagem exige, na maioria das vezes, alto custo financeiro.

Conforme aponta a profissional de marketing, Desirée Vilas Boas, em um artigo publicado pelo Blog da Wellbe, essa linha de procedimentos está relacionada, não necessariamente com a gravidade ou não da doença, muito menos com a demora ou rapidez para serem realizados, mas sim com a busca por um diagnóstico mais apurado e preciso para aquele paciente. Entre os exemplos mais recorrentes dos PAC's, destacam-se as ressonâncias magnéticas, cirurgias cardíacas, tratamentos oncológicos, diálise, radioterapia, terapias imunobiológicas e internações em Unidades de Terapia Intensiva (VILAS BOAS, 2023).

2.1.2 Os impasses que os pacientes enfrentam na contratação dos planos de saúde

Visto que os procedimentos de alta complexidade são necessários e fundamentais, em sua grande maioria das vezes, os pacientes precisam recorrer aos planos de saúde para que tenham acesso a um tratamento mais eficiente possível para aquela enfermidade, além da principal finalidade de uma significativa redução de custos financeiros. Os convênios, por sua vez, prometem e anunciam aos contratantes condições favoráveis à contratação, entretanto não mencionam a estes possíveis problemáticas e impasses que podem surgir durante a vigência do contrato, e que, num futuro próximo, podem levar à judicialização dessas questões.

Em uma primeira análise, os convênios médicos possuem como um de seus objetivos principais o acesso dos pacientes aos serviços médicos particulares, como consultas, exames e internações, com o argumento de que essa utilização terá a qualidade igual ou superior a oferecida pelo setor privado e com um custo imensuravelmente menor. Ademais, assim como é uma previsão constitucional ao Estado brasileiro, os planos de saúde possuem como um de seus propósitos a prevenção, bem como a precaução. Motivações, essas, que podem ser parâmetro para que um paciente tenha a necessidade de se submeter aos procedimentos de alta complexidade, como já supramencionado.

Nesse mesmo viés, os planos de saúde argumentam aos pacientes que, a partir da contratação - e é claro, do período de carência - terão inúmeros benefícios. Alguns deles podem ser citados como o acesso mais célere e eficiente aos serviços de saúde, uma sensação ao contratante de segurança e proteção diante de imprevistos, uma qualidade e conforto garantidos pelo atendimento privado, e pela insatisfação que o atual Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona aos brasileiros.

Contudo, o impasse enfrentado pelos contratantes, estes que em sua maioria são indivíduos enfermos e com a necessidade urgente de acesso aos serviços médicos ofertados pelos convênios, inicia já na formalização contratual. O instrumento jurídico que lhes é apresentado configura-se como um contrato bilateral e oneroso. Ademais, trata-se de um contrato por adesão, no qual o consumidor não possui margem para negociar acerca das condições previamente estabelecidas pela operadora.

2.1.2.1 Do contrato de adesão

Primeiramente, como contrato bilateral entende-se com a premissa de que será formado por duas partes, uma contratada, o plano de saúde, e outra contratante, o paciente. Por oneroso, verifica-se aquela situação em que há obrigações para ambos. O paciente, de uma lado, arcará com os custos da mensalidade e possíveis coparticipações, e, o plano, por sua vez, oferecerá àquele os serviços de saúde que são o objeto da negociação jurídica. Por adesão, classifica-se o contrato em que apenas uma das partes predetermina as cláusulas do negócio.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8.078 de 1990, em seu artigo 54, traz uma definição legal dos contratos de adesão, que trata-se daquele “cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor...” (BRASIL, 1990).

Nesse viés, o referido artigo traz o conceito do que seria propriamente um contrato de adesão. Primeiramente, as condições e cláusulas são elaboradas e aprovadas por apenas uma das partes, unilateralmente, geralmente pelo contratado. Dessa forma, nessa espécie de negócio jurídico, não há uma prévia negociação, discussão ou até mesmo participação ativa nessa fase contratual entre ambas as partes. Logo, a relação já nasce, conforme prevê o CDC, em uma assimetria e vulnerabilidade em desfavor do contratante por não ser um contrato propriamente sinalagmático.

O referido negócio jurídico é amplamente praticado nas relações de consumo modernas, como em planos de saúde, telefonia, seguros e serviços bancários, visto serem, em regra, serviços mais padronizados. Na primeira situação exemplificativa, vê-se que o paciente, provavelmente com uma certa urgência ao acesso aos serviços ofertados pelo convênio, obriga-se a escolher entre duas situações conflitantes. Uma delas, aceitar os termos duvidosos do contrato elaborado pelo fornecedor de serviços, sem qualquer possível negociação, e ter acesso aos tratamentos de saúde que necessita. E a outra, por sua vez, querer que as cláusulas do negócio jurídico sejam o mais sinalagmáticas possíveis e não acordar, mas não ter acesso aos serviços de saúde.

Apesar da existência de previsão legislativa sobre os contratos de adesão, a doutrina jurídica também desempenha papel fundamental na definição e análise dessa modalidade contratual. Tepedino, Konder e Bandeira (2025) destacam que tais contratos se caracterizam pela elaboração unilateral de suas cláusulas, o que impede a outra parte de participar da negociação. Ao contratante, resta apenas a possibilidade de aceitar integralmente os termos impostos ou recusá-los, sem qualquer margem para discussão ou adaptação. Essa limitação na formação do consenso revela uma estrutura contratual assimétrica, em que uma das partes detém controle absoluto sobre o conteúdo do acordo, enquanto a outra se vê em posição de submissão.

Tal desequilíbrio é especialmente preocupante quando o contrato envolve serviços essenciais, como os de saúde, nos quais a recusa em aderir pode significar a impossibilidade de acesso a tratamentos de alta complexidade. Diante dessa realidade, a doutrina reconhece a legitimidade da intervenção legislativa como forma de proteger o contratante, considerado parte vulnerável na relação jurídica. A atuação normativa, nesse contexto, busca restabelecer um mínimo de equilíbrio entre as partes, assegurando que o exercício do direito à saúde não seja comprometido por cláusulas contratuais impostas de forma unilateral (TEPEDINO; KONDER; BANDEIRA, 2025).

2.1.2.2 Das regulamentações previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

Embora, tanto pelo texto legal quanto pela doutrina, haja a previsão da impossibilidade de negociação entre a empresa fornecedora de serviços e o indivíduo contratante dos serviços de saúde, há uma pequena possibilidade de adequação das cláusulas. Conforme a cartilha sobre o contrato nos planos de saúde divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2025, questões como o tipo de contratação - individual, coletivo por adesão ou coletivo empresarial -, a área geográfica de abrangência e área de atuação, a segmentação assistencial e cobertura, a rede de prestadores, o padrão de acomodação em internação e, por fim, o preço devem ser objeto de atenção especial aos consumidores.

Esse último critério que pode, em tese, ser convencionado entre as partes merece uma cautela maior. Dentre as condições que podem ser escolhidas pelo paciente ao aderir o plano de adesão, como o tipo de acomodação em internação e a área geográfica de abrangência, o que foi decidido pelo contratante que será a possível “discussão” sobre o valor “acordado”. A título de exemplo, quanto maior a cobertura geográfica e mais individual for a acomodação em internação, mais caro será o plano. Ademais, doenças previamente contraídas à contratação do

plano também são fatores de aumento de preço, o que torna o acesso aos serviços de saúde ainda mais prejudicial aos contratantes.

Portanto, as condições que possivelmente podem ser negociadas entre as partes são meramente tipos de prestação de serviços que os convênios médicos oferecem, estes que também já pré estabelecem as cláusulas específicas para cada situação. Logo, para o paciente que necessita, de forma imediata ao acesso aos serviços de saúde, como aos procedimentos de alta complexidade, que são específicos, demandam alta tecnologia e são financeiramente mais custosos, ao escolherem o plano ideal para sua atual situação, estão, de uma outra forma, escolhendo qual o contrato de adesão já formulado, de forma completamente unilateral, pelas prestadoras de serviço irão assinar.

Dessa forma, os pacientes que necessitam do acesso aos serviços de saúde e por seu alto custo, especialmente diante da execução dos PAC's, veem-se obrigados a aceitar um contrato no qual nem sequer tiveram a oportunidade de negociar condições mais equilibradas entre as partes. Entretanto, tais indivíduos enfrentarão ainda mais problemáticas, mesmo com a contratação do plano de saúde mais adequado a sua situação de saúde e condição de pagamento das mensalidades e possíveis coparticipações.

Paralelamente à previsão constitucional do direito à saúde, a Lei nº 9.656/1998 — conhecida como Lei dos Planos de Saúde — estabelece, em seu artigo 10, que determinados procedimentos devem ser obrigatoriamente cobertos pelas operadoras, como atendimentos ambulatoriais, partos e internações hospitalares. A mesma norma determina que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) será responsável por editar uma regulamentação específica que defina, de forma taxativa e atualizada, os procedimentos e eventos em saúde que devem compor a cobertura mínima obrigatória oferecida pelas prestadoras de serviço. Essa regulamentação inclui, inclusive, os transplantes e os procedimentos de alta complexidade, cuja incorporação será revista periodicamente pela ANS, conforme previsto no § 4º do referido artigo (BRASIL, 1998).

Dessa forma, observa-se que é atribuído dois vieses ao referido dispositivo e à regulamentação feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar do rol dos procedimentos cobertos pelos planos de saúde. O primeiro, em um caráter positivo, que garante aos pacientes contratantes dos convênios médicos parâmetros obrigatórios para que haja uma cobertura mínima devidamente assegurada. Por caráter negativo, verifica-se que diante de alguns dos procedimentos de alta complexidade, de acordo com a Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, há a previsão expressa da exclusão desses tratamentos pela prestadora de serviço.

Por essa previsão legal, as operadoras de saúde argumentam que a exclusão de algumas intervenções médicas supramencionadas podem ser justificadas com base em critérios, além do legislativo, os técnicos e os regulatórios. Nos momentos das discussões jurídicas sobre a concessão de serviços não previstos, a principal tese por aquelas defendidas fundamenta-se pelo alto custo para o fornecimento desses serviços que, caso fossem concedidos, acarretaria em um prejuízo muito elevado às fornecedoras.

Embora os argumentos das operadoras sustentam-se em aspectos técnicos, regulatórios e financeiros, é preciso enfatizar os efeitos práticos dessa lógica restritiva, sobretudo quando aplicada a tratamentos de alta complexidade. A prevalência do discurso econômico sobre o direito à saúde revela uma problemática entre a sustentabilidade empresarial e a efetivação dos direitos sociais dos contratantes. Ao priorizar a redução de custos, enfrenta-se o risco de comprometer o princípio da dignidade da pessoa humana, especialmente em casos em que a negativa de cobertura pode representar o não fornecimento de intervenções médicas que podem salvar a vida de um paciente. Dessa forma, o referido dilema exige uma reflexão crítica sobre os limites da atuação privada na prestação de serviços essenciais e sobre o papel do Estado na

regulação e fiscalização dessas práticas, com a finalidade de assegurar que os interesses liberais não se sobreponham aos sanitários.

2.1.2.3 Das cláusulas contratuais de exclusão de cobertura

Nesse cenário, observa-se que os fundamentos utilizados pelas operadoras para justificar a negativa de cobertura não se limitam à lógica empresarial, mas encontram respaldo em dispositivos legais e normativos que regulam a atividade. A delimitação contratual dos serviços oferecidos, muitas vezes embasada em resoluções técnicas e regulatórias, acaba por reforçar a assimetria entre contratante e contratado, especialmente quando o consumidor, em situação de vulnerabilidade - situação estabelecida pelo próprio CDC -, não possui meios para contestar cláusulas restritivas ou, até mesmo, compreender integralmente os limites impostos pelo contrato.

Acerca da análise anterior, os convênios médicos podem estabelecer tais previsões expostas pela legislação e pela resolução normativa nas cláusulas do contrato de fornecimento dos serviços e atendimentos médicos. Visto que a principal justificativa para que haja alguma possível negativa de fornecimento de serviços de saúde é muito mais benéfica e com fundamentos em prol das contratantes do que propriamente aos contratados, verifica-se que a questão deve ser encarada por uma nova perspectiva.

O artigo 17 da RN 465/2021 prevê expressamente os principais tratamentos que serão excluídos da cobertura mínima dos planos. Um deles, bastante chamativo e emblemático, encontra-se no inciso I, que dispõe a seguinte situação: “tratamento clínico ou cirúrgico experimental” (ANS, 2021). Tal exclusão, embora amparada normativamente, contrapõe-se à realidade de muitos casos clínicos em que procedimentos de alta complexidade se mostram indispensáveis para reverter quadros graves, causadores de intenso sofrimento aos pacientes. Em determinadas situações, esses tratamentos envolvem a submissão a testes médicos com vistas à preservação da vida e à promoção da saúde, objetivo esse constitucionalmente garantido como direito social, devendo ser preservado de forma digna e compatível com as necessidades de cada indivíduo.

Nesse mesmo viés, acerca da perspectiva do consumidor e da efetivação do direito à saúde, a aplicação rigorosa dessas cláusulas que autorizam a possibilidade de exclusão de determinados procedimentos da cobertura contratual levanta graves preocupações quanto à observância do princípio da dignidade da pessoa humana. Haja vista o respaldo legislativo já supramencionado, alguns dos tratamentos excluídos são indispensáveis à vida e à recuperação do paciente. Essa sistemática negocial, baseada na limitação de riscos e na contenção de custos, ignora as particularidades clínicas de cada caso e desconsidera a vulnerabilidade do usuário diante de sua urgência médica. Como consequência, a negativa de cobertura gerará a judicialização da situação concreta, o que transfere ao Poder Judiciário a responsabilidade de reequilibrar uma relação contratual marcada pela fragilidade do consumidor diante de grandes corporações do setor da saúde suplementar.

Dessa forma, de acordo com o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça no Tema Repetitivo nº 1.082, mesmo após a rescisão unilateral de plano de saúde coletivo, a operadora permanece obrigada a garantir a continuidade do tratamento médico do usuário que esteja internado ou em curso de procedimento essencial à sua sobrevivência ou integridade física. A corte superior utilizou a argumentação de que seja assegurado, principalmente, a dignidade da pessoa humana e o seu respectivo acesso ao direito à saúde, em prevalência à proteção econômica das prestadoras de serviço. Essa obrigação se estende até a alta médica, desde que o titular do plano assuma integralmente o pagamento das mensalidades correspondentes (BRASIL, STJ, Tema Repetitivo nº 1.082).

Sob essa ótica, as referidas cláusulas de exclusão de cobertura mostram uma controvérsia entre o interesse privado, das operadoras, e o interesse público, atrelado ao direito de saúde dos pacientes, o que exige-se, portanto, uma interpretação equilibrada. As primeiras, dentro de sua análise, buscam previsibilidade e sustentabilidade financeira, conquanto os últimos anseiam pela integralidade e continuidade de seus tratamentos de saúde. Logo, o impasse concentra-se, em questões presentes inclusive na esfera jurídica, em tentar encontrar um meio termo que garanta a liberdade econômica das empresas e o direito social aos indivíduos, desde que princípios como a solidariedade, a boa-fé e a dignidade da pessoa humana sejam respeitados.

2.1.2.4 Da judicialização da negativa do acesso aos PAC's

Diante das circunstâncias anteriormente expostas, especialmente no que tange à recorrente negativa de cobertura por parte das operadoras de saúde e à expressiva judicialização de casos concretos semelhantes, observa-se que a discussão acerca da obrigatoriedade de fornecimento de procedimentos de alta complexidade tem ganhado novos contornos no cenário jurídico nacional. Esse debate, que envolve não apenas aspectos contratuais, mas também princípios constitucionais como o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana, foi impulsionado por recentes decisões proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tais posicionamentos jurisprudenciais têm contribuído para o amadurecimento da interpretação sobre os limites da atuação das operadoras, bem como para a consolidação de entendimentos que buscam equilibrar os interesses econômicos das empresas com os direitos sociais dos consumidores.

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR ABA . PACIENTE DIAGNOSTICADO COM PARALISIA CEREBRAL. TRANSTORNO GLOBAL DE DESENVOLVIMENTO. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR ACERCA DA ABUSIVIDADE DA LIMITAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. PRECEDENTE DA TAXATIVIDADE DO ROL . INAPLICABILIDADE AOS CASOS DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR. 1. Controvérsia pertinente à cobertura de terapia multidisciplinar sem limite de número de sessões a paciente diagnosticado com paralisia cerebral. 2 . Esta Corte já se manifestou no sentido de que, "segundo a diretriz da ANS, o fato de a paralisia cerebral não estar enquadrada na CID-10 F84 (transtornos globais do desenvolvimento) não afasta a obrigação de a operadora cobrir o tratamento multidisciplinar e ilimitado prescrito ao beneficiário com essa condição que apresente quaisquer dos transtornos globais do desenvolvimento" (AgInt no REsp n. 2.070.997/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 2/10/2023, DJe de 4/10/2023) . 3. Em 2022, a Agência Nacional de Saúde Suplementar editou a RN ANS n. 539/2022, art. 6º, § 4º, da RN-ANS n . 465/2021, que ampliou as regras de cobertura para o tratamento para pacientes com transtornos e, entre outras publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vem sendo adotada pelo Superior Tribunal de Justiça para embasar a determinação às operadoras de plano de saúde, da cobertura de terapia multidisciplinar, inclusive pelo método ABA (Applied Behavior Analysis), sem limites de sessões, para pacientes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista bem como outros transtornos globais de desenvolvimento. 4. Jurisprudência pacificada no âmbito desta Turma no sentido da abusividade da limitação do número de sessões de terapia multidisciplinar a paciente diagnosticado com Transtorno Global de Desenvolvimento. Superveniência de normas regulatórias excluindo a limitação do número de sessões de fisioterapia, terapia ocupacional e psicoterapia (RN ANS 469/2021 e 593/2022) . 5. As novidades regulatórias apenas confirmaram o acerto da conclusão a que havia chegado a Terceira Turma desta Corte Superior pela obrigatoriedade de cobertura da

terapia multidisciplinar, embora com fundamento no caráter exemplificativo do Rol da ANS.6. A hipótese de terapia multidisciplinar foi expressamente admitida como uma mitigação da taxatividade pela Segunda Seção, por ocasião do julgamento dos EREsp n.º 1.889.704/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão. Agravo interno improvido.

(STJ - AgInt no REsp: 1953734 SP 2021/0229947-0, Relator.: Ministro HUMBERTO MARTINS, Data de Julgamento: 20/11/2023, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 22/11/2023)

A decisão do Superior Tribunal de Justiça parte de uma realidade clínica e social: pacientes com transtornos do desenvolvimento, como paralisia cerebral ou autismo, frequentemente necessitam de tratamentos contínuos e integrados — fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia e, quando indicado, terapias comportamentais como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA) para garantir funcionalidade, qualidade de vida e participação social. O ponto central do conflito judicial é que muitas operadoras impõem limites rígidos ao número de sessões dessas terapias, o que na prática interrompe ou prejudica tratamentos cuja eficácia demanda continuidade e intensidade adequada ao caso.

A corte superior, ao analisar o recurso, entendeu que impor um teto de sessões nessas hipóteses é, em regra, abusivo. O órgão não adotou uma postura emocional ou populista, do ponto de vista de “sempre dar razão ao paciente porque ele está doente”, mas de uma ponderação entre valores jurídicos e fáticos: a proteção à saúde e à dignidade da pessoa humana, a função social do contrato e a boa-fé nas relações de consumo, por um lado; e a necessidade de preservação da sustentabilidade dos planos de saúde, por outro. Porém, prevaleceu a ideia de que, quando o tratamento é imprescindível para o desenvolvimento ou manutenção da saúde do paciente, a limitação contratual que inviabilize o tratamento efetivo viola princípios básicos e não pode ser admitida.

Outra razão prática para a posição da corte é a própria natureza das terapias multidisciplinares. Ao contrário de procedimentos pontuais, essas terapias compõem um plano terapêutico integrado, que se retroalimenta, assim os benefícios da fisioterapia, por exemplo, são potencializados pela terapia ocupacional e pela intervenção fonoaudiológica. Cortar uma das pontas desse conjunto tem impacto direto sobre o resultado geral. Assim, o STJ tem reconhecido que a fixação mecânica de limites por número de sessões despreza a lógica clínica e o juízo técnico do médico ou equipe multiprofissional responsável.

O julgamento proferido pelo STJ também estabelece diálogo com a atuação regulatória da ANS, que passou a editar normas específicas voltadas à ampliação do acesso a terapias destinadas ao tratamento de transtornos do desenvolvimento. Na prática, essas normas afastam limitações numéricas anteriormente impostas, permitindo maior continuidade e abrangência nos atendimentos. Ao reconhecer a relevância dessas diretrizes, o STJ reforçou o entendimento de que as operadoras de planos de saúde não podem se valer da literalidade contratual como justificativa para negar tratamentos cuja necessidade esteja devidamente comprovada por critérios médicos e clínicos.

Por fim, a jurisprudência tem um efeito normativo e simbólico, ela reafirma que o direito à saúde não se limita ao contrato, que a proteção do consumidor em matéria de saúde exige sensibilidade clínica e social, e que a interpretação das normas do setor deve favorecer a efetividade do tratamento. Ao mesmo tempo, reforça a necessidade de diálogo entre o judiciário, regulação e prática médica para construir soluções sustentáveis, ou seja, garantir tratamento adequado aos pacientes sem perder de vista a estabilidade do sistema de saúde suplementar.

Depois da análise do julgamento do STJ, que tratou do equilíbrio entre o direito à saúde e a viabilidade econômica dos planos, é possível perceber como essa discussão ganha forma no dia a dia das pessoas. Um bom exemplo disso é uma decisão do Supremo Tribunal de Justiça,

que analisou o caso de uma paciente que teve negado um procedimento de alta complexidade, mostrando de maneira clara o impacto real que esse tipo de negativa causa na vida de quem depende do tratamento.

DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE . PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA GRAVE. IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER. INCORPORAÇÃO AO ROL DA ANS. ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA . RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. AGRAVAMENTO DO ESTADO DE SAÚDE. DANO MORAL CARACTERIZADO. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO . 1. A Segunda Seção do STJ, ao julgar os EREsps 1.889.704/SP e 1.886.929/SP, concluiu pela possibilidade de custeio de tratamento não constante no rol da ANS, nos seguintes termos: "4 - não havendo substituto terapêutico ou esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título excepcional, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo assistente, desde que (i) não tenha sido indeferido expressamente, pela ANS, a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC e NATJUS) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise técnica na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS". 2. No presente caso, além de o implante de válvula aórtica transcater ter sido incorporado ao rol da ANS, o acórdão reconheceu a situação de urgência, uma vez que a paciente, de 88 anos de idade, foi considerada inoperável para cirurgia convencional de troca valvar aórtica com esternotomia . 3. "A recusa indevida de cobertura, pela operadora de plano de saúde, nos casos de urgência ou emergência, enseja reparação a título de dano moral, em razão do agravamento ou aflição psicológica ao beneficiário, ante a situação vulnerável em que se encontra" (AgInt no REsp 2.025.038/SP, Relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 4/9/2023, DJe de 8/9/2023) . 4. Agravo interno a que se nega provimento. (STJ - AgInt no REsp: 2096920 ES 2023/0333351-7, Relator.: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 04/12/2023, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 07/12/2023)

No caso em exame, a controvérsia teve origem na recusa de uma operadora de plano de saúde em autorizar e custear o implante de válvula aórtica por via transcater (TAVI) em uma paciente idosa com estenose aórtica grave. A autora da demanda foi considerada inapta para cirurgia convencional, circunstância que tornava o procedimento menos invasivo e indicado a única alternativa terapêutica viável. A negativa da operadora, fundada inicialmente na alegação de ausência de previsão expressa no rol da ANS, deu ensejo à ação de obrigação de fazer e à alegação de dano moral com base no agravamento do quadro clínico e da exposição ao risco.

Do ponto de vista normativo e processual, o tribunal pautou sua deliberação a partir de dois pontos: a compreensão do rol da ANS como referência regulatória e a existência de situações excepcionais em que tratamentos não listados devem ser custeados, e a tutela jurisdicional da saúde em face de atos administrativos ou contratuais que colocam em risco o bem jurídico protegido pela Constituição. Nesse contexto, o STJ reiterou entendimento já consolidado segundo o qual, não havendo substituto terapêutico adequado nos procedimentos listados e comprovada a eficácia do tratamento indicado, pode haver cobertura excepcional, desde que observados critérios técnicos e de fundamentação probatória.

Embora a jurisprudência revele uma tendência contemporânea de conciliação entre a proteção do direito individual à saúde e a preservação da sustentabilidade do sistema

suplementar, essa tentativa de equilíbrio não está isenta de críticas. A exigência de demonstração da imprescindibilidade clínica e da urgência como condição para a concessão da cobertura, ainda que tecnicamente justificável, pode se transformar em um obstáculo ao acesso efetivo aos tratamentos, especialmente para pacientes em situação de vulnerabilidade.

Ao condicionar o fornecimento de procedimentos a critérios técnicos e à lógica atuarial, corre-se o risco de esvaziar o conteúdo do direito à saúde, convertendo-o em um benefício sujeito à interpretação restritiva das operadoras e à burocratização judicial. Tal postura, embora busque evitar decisões automáticas que comprometam o equilíbrio financeiro do setor, pode acabar por reforçar desigualdades no acesso e limitar a eficácia dos direitos fundamentais, exigindo uma reflexão mais sensível sobre o papel do judiciário na mediação entre interesses econômicos e garantias constitucionais.

Entretanto, quando as operadoras de planos de saúde se recusam a custear procedimentos indispensáveis ao restabelecimento do paciente muitas vezes de caráter urgente e inadiável, o consumidor, diante do alto custo dos tratamentos e medicamentos, é compelido a recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS) como única alternativa viável para garantir sua sobrevivência.

Essa migração forçada do setor suplementar para o sistema público de saúde gera um grave efeito em cadeia, pacientes que possuíam cobertura contratual privada passam a disputar recursos com aqueles que dependem exclusivamente do SUS, provocando superlotação hospitalar, aumento das filas de espera e comprometimento da eficiência do sistema. O problema, portanto, deixa de ser individual para se transformar em uma questão estrutural e coletiva, impactando diretamente a efetividade do direito à saúde pública.

Além disso, esse deslocamento de responsabilidades representa, em última análise, uma transferência indevida de ônus do setor privado para o público, contrariando os princípios da boa-fé contratual e da função social do contrato, previstos no Código Civil, bem como o dever de solidariedade entre as esferas pública e privada na garantia do direito à saúde. O resultado é o enfraquecimento do SUS, que, já opera no limite de sua capacidade orçamentária e estrutural, passa a absorver demandas que deveriam ser atendidas pelas operadoras de planos de saúde.

Assim, uma violação contratual aparentemente isolada transforma-se em um problema de ordem social e constitucional, afetando toda a coletividade e comprometendo a realização do direito fundamental à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal, que assegura a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à sua promoção, proteção e recuperação. Nessa perspectiva, torna-se indispensável que o Poder Judiciário e os órgãos reguladores atuem de forma articulada e responsável, de modo a impedir que a ineficiência do setor suplementar repercuta negativamente na estrutura pública de saúde e, por conseguinte, no próprio pacto social que sustenta o Estado Democrático de Direito.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado teve como objetivo compreender a efetividade do direito à saúde nos casos de tratamentos de alta complexidade dentro ordenamento jurídico brasileiro, apresentando desde o seu conceito até as principais decisões jurisprudenciais acerca do tema em questão. A partir de uma análise técnico-jurídica foi possível analisar as implicações sociais, econômicas e jurídicas que envolvem o acesso a tratamentos de alta complexidade tanto em serviços públicos de saúde quanto em questões envolvendo a cobertura por parte dos planos privados de saúde. Também foi constatado que embora a Constituição Federal de 1988 garanta o direito universal à saúde, a efetivação desse direito se mostra prejudicada por entraves econômicos, administrativos e normativos, comprometendo assim a universalidade e integralidade de tal assistência.

Ademais, ao se perguntar até que ponto o Estado e os planos privados de saúde são juridicamente responsáveis por garantir tratamentos de alta complexidade sem comprometer tanto o equilíbrio financeiro quanto o acesso aos direitos fundamentais, verifica-se que é a efetivação desses direitos depende de uma atuação integrada entre o poder público e a iniciativa privada, sendo assim, tanto o Estado quanto as operadoras de planos de saúde possuem responsabilidade na garantia dos meios terapêuticos indispensáveis à preservação da saúde e vida dos cidadãos. Entretanto, é possível perceber que a integração entre Estado e planos privados de saúde não é amistosa e nem coordenada, fazendo com que muitas das demandas relacionadas a tratamentos de alta complexidade sejam levadas ao judiciário para que seja possível a efetivação de direitos, e em se tratando da jurisprudência dominante, tem-se percebido uma tendência a reafirmação do caráter universal e fundamental do direito à saúde, ampliando assim o dever de cobertura dos tratamentos, especialmente quando a negativa poderia ocasionar risco à vida. Sendo assim, é massificado o entendimento de que a saúde não pode ser reduzida a uma relação contratual de consumo, mas deve ser interpretada como um dos alicerces do princípio da dignidade da pessoa humana.

Do ponto de vista teórico, o trabalho apresentado contribui significativamente para a ampliação do debate no que tange a coalizão entre o direito constitucional e a economia da saúde, evidenciando como limitações financeiras não podem justificar a omissão estatal ou não cobertura por partes de planos privados de saúde, porém, é necessário ressaltar que ainda são necessárias mais pesquisas e trabalhos explorando dados estatísticos sobre a judicialização da saúde, os custos de tratamentos e as diferenças regionais do acesso à saúde. Por fim, pode-se concluir que o direito constitucional à saúde, como um dos alicerces da dignidade da pessoa humana, necessita de esforços contínuos para melhorar a integração entre o Estado e o setor privado, sempre respeitando os princípios éticos e jurídicos e buscando a preservação de direitos acima de questões meramente econômicas, para que assim possa existir uma capacidade institucional e política com o intuito de criar ações concretas as quais visam o acesso pleno, universal e integral ao direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIL SAÚDE. **Novo remédio ajuda a controlar asma grave, mas pode custar R\$ 18 mil.** Disponível em < <https://saude.abril.com.br/medicina/novo-remedio-ajuda-a-controlar-asma-grave-mas-pode-custar-r18-mil/#:~:text=%E2%80%9CA%20medica%C3%A7%C3%A3o%20bloqueia%20mecanismos%20espec%C3%ADficos,coberta%20por%20conv%C3%AAnios%20no%20Brasil>> Acesso em: 11/10/2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Cartilha Contratação de Plano de Saúde (2025).** Brasília: ANS, maio 2025. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/Cartilha_Contrato_de_Plano_de_Sade_2025.pdf> Acesso em: 14/10/2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa n. 465, de 24 de fevereiro de 2021.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDaZMw==>> Acesso em: 16/10/2025.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 10/10/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – plano de ação 2022-2030**. Disponível em < https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf> Acesso em: 11/10/2025.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Versão compilada. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm> Acesso em: 16/10/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgInt no Recurso Especial nº 2.096.920/ES**. Rel. Min. Raul Araújo. Julg. 04 dez. 2023. DJe 07 dez. 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/2170070609>. Acesso em: 23/10/2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgInt no Recurso Especial n.º 1.953.734/SP (2021/0229947-0)**. Relator: Ministro Humberto Martins. Julgado em 20 nov. 2023. DJe 22 nov. 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/2108158839>. Acesso em: 22 out. 2025..

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema 1.082: Rol de procedimentos da ANS**. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tip_o_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1082&cod_tema_final=1082> Acesso em: 16/10/2025.

DIABETES BRASIL. **O alto custo do pé diabético no Brasil**. Disponível em < <https://diabetes.org.br/o-alto-custo-do-pe-diabetico-no-brasil/>> Acesso em: 11/10/2025.

HOSPITAL EDMUNDO VASCONCELOS. **Tabela de Preço Particular V4**. Disponível em <https://www.hospitaledmundovasconcelos.com.br/Tabela_Preco/Tabela_Preco_Particular_V4.pdf> Acesso em: 10/10/2025.

NATIONAL GEOGRAPHIC BRASIL. **Quais são as doenças mais comuns no Brasil**. Disponível em <<https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2023/02/quais-sao-as-doencas-mais-comuns-no-brasil>>. Acesso em: 11/10/2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. **8º Fórum Big Data em Oncologia**. Disponível em < <https://observatoriodeoncologia.com.br/forum-big-data/2023/8o-forum-big-data-em-oncologia/>> Acesso em: 11/10/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A OMS continua firmemente comprometida com os princípios estabelecidos no preâmbulo da Constituição**. Disponível em <<https://www.who.int/about/governance/constitution>>Acesso em: 10/10/2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Brasil é o terceiro país do mundo que mais gasta com tratamento do diabetes**. Disponível em <<https://sbcbm.org.br/brasil-e-o-terceiro-pais-do-mundo-que-mais-gasta-com-tratamento-do-diabetes/>> Acesso em: 11/10/2025.

TEPEDINO, Gustavo; KONDER, Carlos N.; BANDEIRA, Paula G. **Fundamentos do Direito Civil Contratos Vol. 3** - 6ª Edição 2025. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2025. E-book. p.74. ISBN 9788530996727. Disponível em <<https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530996727/>> Acesso em: 12/10/2025.

VILAS BOAS, Desirée. **Procedimentos de alta complexidade no plano de saúde**. Wellbe, 07 jul. 2023. Disponível em <<https://wellbe.co/blog/procedimentos-de-alta-complexidade-no-plano-de-saude>> Acesso em: 10/10/2025.