



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

Arthur Gabriel da Silva

**DIREITO À SAÚDE, DIREITO À EDUCAÇÃO E CONTRATOS DE PLANOS DE
SAÚDE:** A lacuna normativa sobre o acompanhamento terapêutico escolar para beneficiários
com TEA

**Recife
2025**

ARTHUR GABRIEL DA SILVA

**DIREITO À SAÚDE, DIREITO À EDUCAÇÃO E CONTRATOS DE PLANOS DE
SAÚDE: A lacuna normativa sobre o acompanhamento terapêutico escolar para beneficiários
com TEA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obter nota no componente curricular de
Projeto de TCC, requisito para obtenção do
título de Bacharelado em Direito pela
Universidade Federal de Pernambuco.

Área de concentração: Direito Civil.

Orientadora: Cristiniana Cavalcanti Freire

**Recife
2025**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Arthur Gabriel da.

Direito à saúde, direito à educação e contratos de planos de saúde: A lacuna normativa sobre o acompanhamento terapêutico escolar para beneficiários com TEA / Arthur Gabriel da Silva. - Recife, 2025.

79

Orientador(a): Cristiniana Cavalcanti Freire
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Direito à Saúde. 2. Planos de Saúde. 3. Força Obrigatória dos Contratos. 4. Judicialização. 5. Acompanhamento Terapêutico Escolar. 6. Transtorno do Espectro Autista. I. Freire, Cristiniana Cavalcanti . (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

ARTHUR GABRIEL DA SILVA

**DIREITO À SAÚDE, DIREITO À EDUCAÇÃO E CONTRATOS DE PLANOS DE
SAÚDE: A lacuna normativa sobre o acompanhamento terapêutico escolar para beneficiários
com TEA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obter nota no componente curricular de
Projeto de TCC, requisito para obtenção do
título de Bacharelado em Direito pela
Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovado em: 15/12/25

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Cristiniana Cavalcanti Freire (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Fabíola Albuquerque Lobo (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Louis Guillaume Théodore Bueno Santos Martins (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus dedico meus primeiros agradecimentos, por nunca ter me desamparado, pois o Senhor, meu Deus, esteve comigo em todos os momentos de dificuldades, tribulações, vitórias e derrotas. Apenas de ti, Pai, é toda honra, glória e todo louvor. *“E tudo o que fizerdes, seja em palavra, seja em ação, fazei-o em nome do Senhor Jesus, dando por ele graças a Deus Pai.” Colossenses 3:17.*

Aos meus pais, Elisângela e Adervan, dedico meu segundo agradecimento, pois o caminho que trilhei até aqui, foi construído pelo suor de seus trabalhos, sacrifícios, orações, noites não dormidas, conselhos, enfim, meus “pilares” que Deus me deu o privilégio de chamar de família. Apesar das dificuldades que enfrentamos, dedico a vocês todas as conquistas alcançadas. *“Ouça, meu filho, a instrução de seu pai e não despreze o ensino de sua mãe. Eles serão um enfeite para a sua cabeça, um adorno para o seu pescoço.” Provérbios 1:8-9.*

Agradeço ao meu prezado irmão Andhrey, à minha querida “tia-mãe” Aparecida, à minha amada avó Lindalva, aos demais tios, tias, primos e amigos, todos cuja torcida, orações, consideração e confiança foram a força motriz que me fez chegar até aqui. Vida longa a todos vocês e que esta seja uma de muitas bênçãos que virão.

Meus agradecimentos à minha prezada orientadora, Profa. Ma. Cristiniana Cavalcanti Freire, pois suas orientações, conselhos e direcionamentos foram imprescindíveis para a elaboração deste trabalho. Agradeço também por todo o conhecimento adquirido em suas aulas. Uma docente e um ser humano ímpar, cujo vasto repertório jurídico se equipara apenas ao seu carisma e bom coração.

À equipe do Escritório de Advocacia Maurício Carneiro — Dra. Alana, Dr. Douglas, Dr. Leandro, Dr. Maurício e demais —, agradeço pela oportunidade de estágio, por todo o conhecimento, pelo voto de confiança, conselhos, amizades e momentos compartilhados. Tenho um carinho especial por todos vocês e desejo que nossa união e companheirismo perdurem por toda a vida.

Aos meus fiéis amigos, Leonardo Batista e Lucas de Almeida, “irmãos de batalha”, cujos ombros amigos foram meu auxílio inúmeras vezes ao longo da graduação, e com a certeza de que, como bem disse Cícero, a verdadeira amizade é fundada na benevolência recíproca e no cultivo da virtude. Que nossa jornada juntos, que aqui se marca em palavras, continue ecoando em nossas vidas como um testemunho de que algumas amizades são feitas para durar eternamente.

RESUMO

O presente trabalho analisa a colisão entre o direito fundamental à saúde e o princípio da força obrigatória dos contratos (*pacta sunt servanda*) no contexto dos planos de saúde no Brasil. O estudo investiga, especificamente, a responsabilidade pela cobertura do acompanhamento terapêutico em ambiente escolar para beneficiários com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica e jurisprudencial, com análise de doutrina, legislação e decisões dos tribunais superiores. Os resultados demonstram a prevalência do direito à saúde sobre a autonomia contratual, resultando na relativização de cláusulas abusivas. Conclui-se que, embora os planos de saúde devam custear terapias multidisciplinares em ambiente clínico, a jurisprudência atual, alinhada à Lei nº 12.764/2012, atribui a responsabilidade pelo acompanhante especializado em ambiente escolar ao sistema educacional, e não ao de saúde suplementar, expondo uma lacuna na proteção social dos beneficiários. A crescente judicialização e a morosidade processual são identificadas como desafios críticos à efetivação do direito à saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Planos de Saúde; Força Obrigatória dos Contratos; Judicialização; Acompanhamento Terapêutico Escolar; Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

This paper analyzes the collision between the fundamental right to health and the principle of the binding force of contracts (*pacta sunt servanda*) in the context of health insurance plans in Brazil. The study specifically investigates the responsibility for covering therapeutic support in a school environment for beneficiaries with Autism Spectrum Disorder (ASD). The methodology adopted was bibliographic and jurisprudential research, with an analysis of doctrine, legislation, and decisions of the higher courts. The results demonstrate the prevalence of the right to health over contractual autonomy, resulting in the mitigation of abusive clauses. It is concluded that, although health plans must cover multidisciplinary therapies in a clinical setting, current jurisprudence, aligned with Law No. 12,764/2012, attributes the responsibility for a specialized companion in a school environment to the educational system, not to the supplementary health system, exposing a gap in the social protection of beneficiaries. The growing judicialization and procedural delays are identified as critical challenges to the effective realization of the right to health.

Keywords: Right to Health; Health Insurance Plans; Binding Force of Contracts; Judicialization; Therapeutic School Support; Autism Spectrum Disorder.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE.....	14
2.1 Fundamentos constitucionais do direito à saúde.....	15
2.2 A universalidade e a integralidade no acesso à saúde.....	21
2.3 Judicialização do direito à saúde.....	24
2.4 Conflitos com a força obrigatória dos contratos.....	26
2.5 O papel dos planos de saúde no acesso à saúde.....	29
3. PRINCÍPIO DA FORÇA OBRIGATÓRIA DOS CONTRATOS.....	34
3.1 Fundamentos Históricos e Teóricos do Pacta Sunt Servanda.....	36
3.2 A Função Social do Contrato como Limitação ao Pacta Sunt Servanda.....	39
3.3 A Boa-Fé Objetiva e os Deveres Anexos de Conduta.....	41
3.4 A Teoria da Imprevisão e a Onerosidade Excessiva.....	43
3.5 A Proteção do Consumidor e as Cláusulas Abusivas nos Contratos de Planos de Saúde.....	46
4. ANÁLISE DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO ESCOLAR.....	49
4.1 A Regulação dos Planos de Saúde pela ANS e o Rol de Procedimentos.....	50
4.2 A Lei Berenice Piana e o Direito ao Acompanhante Especializado.....	54
4.3 A Distinção entre Acompanhamento Terapêutico Clínico e Escolar.....	56
4.4 A Jurisprudência do STJ sobre o Tema (REsp 2.064.964/SP - 2024).....	59
5. A RESPONSABILIDADE PELO CUSTEIO: PLANOS DE SAÚDE, SISTEMA EDUCACIONAL OU FAMÍLIAS?.....	64
5.1 Responsabilidade dos Planos de Saúde.....	64
5.2 Responsabilidade do Sistema Educacional.....	65
5.3 Responsabilidade das Famílias.....	68
5.4 A Necessidade de uma Solução Legislativa.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	74

1. INTRODUÇÃO

O tema proposto, "DIREITO À SAÚDE, DIREITO À EDUCAÇÃO E CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: A lacuna normativa sobre o acompanhamento terapêutico escolar para beneficiários com TEA", revela uma discussão crucial que permeia as relações entre consumidores, operadores de planos de saúde e a efetivação dos direitos constitucionais relacionados à saúde e à educação.

O direito à saúde, consagrado pela Constituição Federal de 1988 como direito fundamental e social, representa uma das conquistas mais significativas do ordenamento jurídico brasileiro contemporâneo. Inserido no Título II, que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais, e especificamente disciplinado nos artigos 196 a 200, o direito à saúde transcende a mera previsão normativa para se consolidar como elemento estruturante da dignidade da pessoa humana e do próprio Estado Democrático de Direito. Conforme ensina Sarlet (2015, p. 327), os direitos fundamentais sociais, dentre os quais se destaca o direito à saúde, "constituem exigências de condutas positivas por parte do Estado, no sentido de colocá-lo na posição de garantidor das condições materiais indispensáveis para uma vida com dignidade"¹.

Paralelamente a essa garantia constitucional, o ordenamento jurídico brasileiro reconhece e protege o princípio da força obrigatória dos contratos, também denominado *pacta sunt servanda*, que constitui um dos pilares fundamentais do direito contratual. Este princípio, com raízes históricas no direito romano e consolidado nas codificações modernas, estabelece que os contratos legalmente celebrados devem ser fielmente cumpridos pelas partes contratantes, conferindo segurança jurídica e previsibilidade às relações negociais. O Código Civil brasileiro de 2002, em seu artigo 421, consagra a liberdade contratual, dispondo que "a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato" (BRASIL, 2002)², evidenciando que, embora fundamental, o princípio da força obrigatória não possui caráter absoluto.

A tensão entre esses dois postulados jurídicos — o direito fundamental à saúde e o princípio da força obrigatória dos contratos — manifesta-se de forma particularmente aguda

¹ SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

² BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

no contexto dos contratos de planos de saúde. Trata-se de relação contratual *sui generis*, que envolve, de um lado, operadoras privadas que atuam em regime de mercado, buscando equilíbrio econômico-financeiro e sustentabilidade empresarial e, de outro, consumidores que buscam a proteção de um bem jurídico essencial: a vida e a saúde. Essa dicotomia gera conflitos que têm sido objeto de intensa judicialização, exigindo do Poder Judiciário a difícil tarefa de harmonizar interesses aparentemente antagônicos.

O sistema de saúde suplementar no Brasil, regulado pela Lei nº 9.656/98³ e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desempenha papel suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a aproximadamente 50 milhões de beneficiários (ANS, 2024)⁴. As operadoras de planos de saúde, embora sejam pessoas jurídicas de direito privado com finalidade lucrativa, exercem atividade de relevância pública, conforme expressamente reconhecido pelo artigo 199, §1º, da Constituição Federal⁵. Essa natureza híbrida — privada na forma, pública na função — impõe às operadoras um regime jurídico diferenciado, que as sujeita não apenas às regras contratuais ordinárias, mas também aos princípios constitucionais que regem o direito à saúde e à proteção consumerista.

Nesse contexto, emerge uma problemática de crescente relevância jurídica e social: a definição da responsabilidade pelo custeio do acompanhamento terapêutico em ambiente escolar, especialmente para crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana, representa um marco legislativo na proteção dos direitos das pessoas com TEA, estabelecendo, em seu artigo 3º, parágrafo único, que "em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular [...] terá direito a acompanhante especializado" (BRASIL, 2012)⁶. Contudo, a norma não especifica a quem compete o custeio desse profissional, gerando uma lacuna normativa que tem sido preenchida pela via judicial.

³ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde. Brasília: ANS, 2024.

⁵ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Art. 199, §1º.

⁶ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

A questão central que se coloca é: trata-se de uma prestação de natureza sanitária, a ser custeada pelos planos de saúde, ou de uma prestação de natureza educacional, a cargo do sistema de ensino? A resposta a essa indagação não é meramente acadêmica, mas possui profundas implicações práticas para milhares de famílias brasileiras que dependem desse suporte para garantir a inclusão e o desenvolvimento de seus filhos. A delimitação dessa responsabilidade envolve a interpretação sistemática de normas constitucionais, legais e infralegais, bem como a compreensão da natureza jurídica do acompanhamento terapêutico e sua inserção no conceito de integralidade do cuidado à saúde.

A jurisprudência dos tribunais superiores, especialmente do Superior Tribunal de Justiça (STJ), tem desempenhado papel fundamental na construção de parâmetros interpretativos para essa questão. Em decisão recente de 2024, a Terceira Turma do STJ, sob a relatoria da Ministra Nancy Andrichi, estabeleceu importante distinção entre o acompanhamento terapêutico realizado em ambiente clínico e aquele realizado em ambiente escolar. Segundo o entendimento firmado pelo tribunal:

É somente em ambiente clínico (consultório ou ambulatório), e quando conduzida por profissionais da saúde, que a psicopedagogia se configura como efetiva prestação de serviço de assistência à saúde, podendo ser objeto do contrato de plano de saúde disciplinado pela Lei 9.656/1998 – ressalvada a possibilidade de haver previsão contratual para cobertura do tratamento em ambiente escolar ou domiciliar. (BRASIL, 2024)⁷

Essa orientação jurisprudencial, embora tecnicamente fundamentada na distinção entre as esferas de atuação dos sistemas de saúde e de educação, suscita questionamentos sobre a efetiva proteção dos direitos das pessoas com TEA e sobre a adequada repartição de responsabilidades entre esses sistemas.

Paralelamente a essa discussão de mérito, observa-se o fenômeno da crescente judicialização da saúde no Brasil. Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revelam que o número de ações judiciais relacionadas à saúde suplementar mais que dobrou entre 2021 e 2024, ultrapassando a marca de 300 mil novos processos anuais (CNJ, 2024, p. 156-158)⁸. Esse volume expressivo de demandas judiciais reflete não apenas a

⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.088.881/SP. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrichi. Julgado em 18 jun. 2024.

⁸ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Justiça em Números 2024: ano-base 2023. Brasília: CNJ, 2024.

complexidade das relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde, mas também as deficiências regulatórias e a insuficiência dos mecanismos extrajudiciais de solução de conflitos. A morosidade processual, característica estrutural do sistema judiciário brasileiro, agrava ainda mais a situação, pois em matéria de saúde, o tempo é fator crítico: a demora na prestação jurisdicional pode comprometer irreversivelmente a efetividade do direito tutelado.

O presente trabalho se insere nesse contexto de tensão entre princípios constitucionais e contratuais, buscando analisar, de forma crítica e sistemática, o paradigma da garantia constitucional do acesso à saúde em contraposição ao princípio da força obrigatória dos contratos, com enfoque específico na problemática do acompanhamento terapêutico escolar nos contratos de planos de saúde. Pretende-se, a partir da análise doutrinária, legislativa e jurisprudencial, compreender os fundamentos jurídicos que orientam a solução desse conflito, identificar as lacunas normativas existentes e contribuir para o debate acadêmico sobre a necessária harmonização entre a proteção dos direitos fundamentais e a segurança jurídica das relações contratuais.

A relevância do tema justifica-se não apenas pela sua atualidade e pela crescente judicialização que o envolve, mas também pela necessidade de se construir soluções jurídicas que sejam, simultaneamente, tecnicamente adequadas e socialmente justas. A proteção da saúde e da dignidade das pessoas com TEA não pode ser sacrificada em nome de uma interpretação formalista das cláusulas contratuais, mas, ao mesmo tempo, não se pode desconsiderar a necessidade de preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de planos de saúde e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. O desafio que se apresenta é, portanto, o de encontrar um ponto de equilíbrio que permita a coexistência harmônica desses valores, sem que um anule completamente o outro.

Para tanto, o trabalho se estrutura em capítulos que abordam, sucessivamente, os fundamentos constitucionais do direito à saúde, o princípio da força obrigatória dos contratos e suas limitações, a análise específica dos contratos de planos de saúde e a problemática do acompanhamento terapêutico escolar, culminando com uma reflexão crítica sobre os desafios e perspectivas dessa matéria no ordenamento jurídico brasileiro contemporâneo.

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, fundamentada no método dedutivo. Utiliza-se a pesquisa bibliográfica e documental como técnicas principais, com análise de legislação, doutrina nacional e estrangeira, jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dados oficiais do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e literatura científica especializada em Transtorno do Espectro Autista.

O método dedutivo parte de premissas gerais sobre os direitos fundamentais à saúde e à educação, o princípio da força obrigatória dos contratos e sua relativização, para então analisar o caso específico do acompanhamento terapêutico escolar. A pesquisa bibliográfica abrange obras clássicas e contemporâneas de direito civil, direito constitucional, direito do consumidor e direito sanitário, enquanto a pesquisa documental concentra-se na análise de decisões judiciais recentes, especialmente o Recurso Especial nº 2.064.964/SP, julgado em 2024 pela Terceira Turma do STJ. A análise crítica dos dados coletados busca identificar lacunas normativas, tensões entre sistemas jurídicos e possíveis soluções legislativas para a problemática estudada.

2. O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

A constitucionalização do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro reflete uma profunda transformação no papel do Estado e na concepção dos direitos fundamentais. Historicamente, o acesso à saúde no Brasil foi marcado por profundas desigualdades, com a assistência médica sendo tratada como privilégio de determinados grupos sociais ou como benefício vinculado ao trabalho formal, conforme o modelo previdenciário que vigorou até a década de 1980⁹. A Constituição de 1988 rompeu com essa lógica excludente ao estabelecer a saúde como direito universal, desvinculado de qualquer forma de contribuição ou inserção no mercado de trabalho.

Essa garantia constitucional impõe ao Estado o dever de prover políticas públicas eficazes para promover, proteger e recuperar a saúde da população. Trata-se de um direito universal e inalienável, o que significa que deve ser garantido de forma equitativa, sem discriminações de qualquer natureza. A universalidade e a integralidade, princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), refletem a opção constitucional por um modelo de proteção social abrangente, que reconhece a saúde não apenas como ausência de doença, mas como estado de completo bem-estar físico, mental e social, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰.

A evolução histórica do direito à saúde no Brasil pode ser compreendida em três grandes fases. A primeira, que se estende do período colonial até a década de 1920, caracterizou-se pela ausência de políticas públicas sistemáticas, com ações pontuais de combate a epidemias e de saneamento urbano. A segunda fase, iniciada com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923 e consolidada com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estabeleceu um modelo de assistência médica vinculado à previdência social, beneficiando apenas os trabalhadores formalmente empregados. A terceira fase, inaugurada pela Constituição de 1988, universalizou o direito à saúde, rompendo com a lógica contributiva e estabelecendo o SUS como sistema público, universal e gratuito¹¹.

⁹ PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 21-35.

¹⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova York: OMS, 1946.

¹¹ ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do domínio público ao domínio privado. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 279-311.

No entanto, a efetivação desse direito enfrenta inúmeros desafios, especialmente em razão da limitação de recursos públicos, da ineficiência administrativa, das desigualdades regionais e da crescente judicialização das demandas por serviços de saúde. Esses desafios têm levado parcela significativa da população brasileira a recorrer aos planos de saúde privados como alternativa ou suplementar ao sistema público. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aproximadamente 50 milhões de brasileiros, ou cerca de 24% da população, possuem cobertura de planos de saúde privados¹².

Essa dualidade entre o sistema público e o sistema privado de saúde cria tensões e desafios específicos. De um lado, o SUS, subfinanciado e sobrecarregado, luta para garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde. De outro, os planos de saúde privados, embora regulados pela ANS e, em regra, submetidos ao Código de Defesa do Consumidor — ressalvados os planos administrados por entidades de autogestão, conforme Súmula 608 do STJ¹³ —, frequentemente adotam práticas restritivas que limitam o acesso dos beneficiários a tratamentos e procedimentos essenciais. É nesse contexto que emerge a problemática central deste trabalho: a tensão entre o direito fundamental à saúde e o princípio da força obrigatória dos contratos, especialmente no que tange à cobertura do acompanhamento terapêutico escolar para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

2.1 Fundamentos constitucionais do direito à saúde

A Constituição Federal de 1988 dedica uma seção específica à saúde (Seção II do Capítulo II do Título VIII), composta pelos artigos 196 a 200, que estabelecem os fundamentos, princípios e diretrizes do sistema de saúde brasileiro. O artigo 196, que inaugura essa seção, constitui o núcleo normativo do direito à saúde no Brasil, estabelecendo que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

¹² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde. Brasília: ANS, 2024.

¹³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Aprovada em 24 abr. 2018. Diário da Justiça Eletrônico, 2 mai. 2018. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/>. Acesso em: 21 out. 2025.

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)¹⁴

Esse dispositivo constitucional possui uma densidade normativa excepcional, estabelecendo múltiplas dimensões do direito à saúde que merecem análise detalhada. Em primeiro lugar, ao afirmar que "a saúde é direito de todos", a Constituição consagra o princípio da universalidade, rompendo com a lógica excludente que historicamente caracterizou o acesso à saúde no Brasil. Como observa Dallari (1995, p. 58), "a universalidade é o princípio que democratiza o acesso à saúde, eliminando qualquer forma de discriminação ou condicionamento do direito à saúde a critérios de renda, raça, gênero, idade ou inserção no mercado de trabalho"¹⁵.

Em segundo lugar, ao estabelecer que a saúde é "dever do Estado", a Constituição impõe ao poder público uma obrigação jurídica de natureza prestacional, que se concretiza mediante a implementação de políticas públicas, a criação e manutenção de serviços de saúde e a regulação das atividades privadas relacionadas à saúde. Essa dimensão prestacional do direito à saúde o caracteriza como um direito social, que exige do Estado não apenas uma abstenção (não violar a saúde dos cidadãos), mas uma atuação positiva (criar as condições materiais e institucionais para o acesso à saúde)¹⁶.

A doutrina constitucionalista tem enfatizado a natureza multidimensional do direito à saúde. Segundo Sarlet (2015, p. 334):

Os direitos sociais, dentre os quais se destaca o direito à saúde, caracterizam-se por imporem ao Estado um facere, ou seja, uma conduta positiva no sentido de criar as condições materiais e institucionais necessárias para que os indivíduos possam efetivamente usufruir dos bens jurídicos protegidos. Trata-se, portanto, de direitos que exigem prestações estatais, o que os diferencia dos direitos de defesa, de natureza negativa. Contudo, essa distinção não é absoluta, pois os direitos sociais também possuem uma dimensão defensiva, que impõe ao Estado e aos particulares a abstenção de condutas que violem ou ameacem o direito à saúde.¹⁷

¹⁴ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

¹⁵ DALLARI, Sueli Gandolfi. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

¹⁶ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. The cost of rights: why liberty depends on taxes. New York: W. W. Norton & Company, 1999, p. 43-48.

¹⁷ SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

Em terceiro lugar, o artigo 196 estabelece que a garantia do direito à saúde se dá "mediante políticas sociais e econômicas", reconhecendo que a saúde não depende apenas de serviços médicos e hospitalares, mas de um conjunto amplo de determinantes sociais, tais como alimentação adequada, moradia digna, saneamento básico, educação, trabalho e renda. Essa concepção ampliada de saúde, que supera o modelo biomédico tradicional, alinha-se ao conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade"¹⁸.

A referência às "políticas sociais e econômicas" evidencia que o direito à saúde não pode ser efetivado isoladamente, mas exige uma atuação integrada do Estado em múltiplas áreas. Como observa Aith (2007, p. 92):

O direito à saúde possui uma dimensão intersetorial, que exige a articulação entre políticas de saúde, educação, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente e trabalho. A efetivação do direito à saúde depende, portanto, não apenas da atuação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, mas de uma ação coordenada de todo o aparato estatal, orientada pela compreensão de que a saúde é determinada por múltiplos fatores sociais, econômicos e ambientais.¹⁹

Em quarto lugar, o artigo 196 estabelece três finalidades das políticas de saúde: "a redução do risco de doença e de outros agravos" (prevenção), "a promoção" (ações educativas e de melhoria das condições de vida) e "a proteção e recuperação" (tratamento e reabilitação). Essa tríade — promoção, proteção e recuperação — constitui o que a doutrina denomina "integralidade da atenção à saúde", um dos princípios estruturantes do SUS²⁰.

A promoção da saúde refere-se às ações que visam melhorar as condições de vida e saúde da população, tais como campanhas educativas, programas de atividade física, políticas de alimentação saudável e ações de combate ao tabagismo e ao alcoholismo. A proteção da saúde abrange as medidas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle de

¹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Op. cit.

¹⁹ AITH, Fernando. Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

²⁰ MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

vetores e vacinação. A recuperação da saúde compreende o tratamento de doenças e agravos, a reabilitação e a reinserção social dos indivíduos²¹.

Em quinto lugar, o artigo 196 estabelece que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser "universal e igualitário". A universalidade, como já mencionado, significa que o direito à saúde é garantido a todos, sem qualquer forma de discriminação. A igualdade, por sua vez, deve ser compreendida não apenas em seu sentido formal (tratar todos igualmente), mas também em seu sentido material ou substantivo (tratar desigualmente os desiguais, na medida de suas desigualdades). Esse conceito de igualdade material fundamenta o princípio da equidade, consagrado no artigo 7º, inciso IV, da Lei nº 8.080/90, que estabelece como diretriz do SUS "a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"²².

O princípio da equidade reconhece que a mera universalização do acesso não é suficiente para garantir a justiça social, sendo necessário adotar políticas que priorizem os grupos mais vulneráveis e que apresentam maiores necessidades de saúde. Como afirma Whitehead (1992, p. 431):

"[...] a equidade em saúde implica que, idealmente, todos deveriam ter uma oportunidade justa de atingir seu pleno potencial de saúde e, mais pragmaticamente, que ninguém deveria estar em desvantagem para alcançar esse potencial, se isso puder ser evitado"²³.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde)²⁴ e pela Lei nº 8.142/90²⁵, constitui o principal instrumento de efetivação do direito à saúde no Brasil. O SUS é estruturado com base em princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizacionais

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

²² BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

²³ WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

²⁴ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Op. cit.

²⁵ BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

(descentralização, regionalização, hierarquização e participação social), que orientam a organização e o funcionamento do sistema de saúde em todo o território nacional²⁶.

A universalidade, como princípio doutrinário do SUS, estabelece que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a toda a população, independentemente de contribuição ou vínculo empregatício. A integralidade, por sua vez, possui múltiplas dimensões: integralidade vertical (articulação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária), integralidade horizontal (articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) e integralidade do cuidado (abordagem holística que considera as dimensões biológica, psicológica e social do indivíduo)²⁷.

A equidade, terceiro princípio doutrinário do SUS, reconhece que a universalidade formal não é suficiente para garantir a justiça social, sendo necessário adotar medidas que reduzam as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Isso implica, por exemplo, a priorização de recursos para regiões e populações mais vulneráveis, a adoção de políticas específicas para grupos com necessidades especiais (como pessoas com deficiência, população indígena, população em situação de rua) e a garantia de acesso a tratamentos de alto custo para doenças raras²⁸.

No que tange às diretrizes organizacionais, a descentralização estabelece que a gestão do SUS deve ser compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde. A regionalização e a hierarquização determinam que os serviços de saúde devem ser organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas, com níveis crescentes de complexidade (atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar). A participação social, por fim, garante à população o direito de participar da formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde, por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde²⁹.

A intersecção entre o direito constitucional à saúde e os contratos de planos de saúde privados constitui um dos temas mais complexos e controversos do direito sanitário brasileiro. Embora a Constituição estabeleça que a saúde é dever do Estado, o artigo 199

²⁶ MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 67-89.

²⁷ MATTOS, Ruben Araújo de. Op. cit., p. 41-45.

²⁸ VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. São Paulo em Perspectiva, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

²⁹ BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Op. cit.

reconhece que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada", estabelecendo que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos"³⁰.

Essa previsão constitucional da participação da iniciativa privada na assistência à saúde fundamenta a existência dos planos de saúde privados, regulados pela Lei nº 9.656/98 e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo, a natureza jurídica dos planos de saúde é peculiar: embora sejam empresas privadas que atuam em regime de mercado, sua atividade possui relevância pública, pois envolve a proteção de um direito fundamental — a saúde³¹.

Essa natureza híbrida dos planos de saúde — privada na forma, pública na função — gera importantes consequências jurídicas. Em primeiro lugar, os contratos de planos de saúde não podem ser tratados como contratos comerciais comuns, mas devem ser interpretados à luz dos princípios constitucionais que regem o direito à saúde, especialmente a dignidade da pessoa humana e a proteção da vida. Em segundo lugar, as operadoras de planos de saúde estão sujeitas não apenas às regras do direito contratual e do direito empresarial, mas também às normas de direito público que regulam a assistência à saúde, incluindo as resoluções da ANS e os princípios do Código de Defesa do Consumidor³².

Quando cláusulas contratuais limitam o acesso a tratamentos essenciais, como o acompanhamento terapêutico escolar para crianças com necessidades especiais, ocorre uma violação do direito constitucional à saúde. Esse conflito ressalta a importância de um olhar crítico sobre as cláusulas contratuais, que não podem comprometer os direitos fundamentais garantidos pela Constituição. Como afirma Marques (2014, p. 678):

Os contratos de plano de saúde são contratos existenciais, que envolvem a proteção de bens jurídicos fundamentais — a vida, a saúde, a integridade física. Por essa razão, sua interpretação não pode ser pautada exclusivamente pela lógica do mercado ou pela autonomia privada, mas deve considerar primordialmente a proteção da parte vulnerável (o consumidor) e a efetivação dos direitos fundamentais. Trata-se de contratos que, embora formalmente privados, possuem

³⁰ BRASIL. Constituição (1988). Op. cit. Art. 199.

³¹ SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015.

³² GREGORI, Maria Stella. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 89-102.

uma dimensão pública inegável, o que justifica uma intervenção mais intensa do Estado em sua regulação e uma interpretação mais protetiva por parte do Judiciário.³³

Os fundamentos constitucionais do direito à saúde, portanto, não se limitam a orientar a atuação do Estado na prestação de serviços públicos de saúde, mas irradiam seus efeitos sobre todas as relações jurídicas que envolvam a proteção da saúde, incluindo os contratos de planos de saúde privados. Essa compreensão é fundamental para a análise da problemática central deste trabalho: a delimitação da responsabilidade pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar para crianças com TEA.

2.2 A universalidade e a integralidade no acesso à saúde

Dois princípios basilares do direito à saúde no Brasil são a universalidade e a integralidade, consagrados no artigo 198 da Constituição Federal e regulamentados pela Lei nº 8.080/90. A universalidade implica que o direito à saúde deve ser garantido a todos os indivíduos, sem discriminação de qualquer natureza, seja por critérios econômicos, sociais, raciais, de gênero ou de idade. Já a integralidade significa que o atendimento à saúde deve abranger todas as dimensões do cuidado, desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação, considerando o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial³⁴.

A universalidade representa uma ruptura radical com o modelo anterior de assistência à saúde no Brasil, que era fragmentado e excludente. Até a criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde estava vinculado à condição de trabalhador formal, deixando milhões de brasileiros desassistidos. A Constituição de 1988, ao estabelecer que "a saúde é direito de todos", democratizou o acesso à saúde, transformando-o de privilégio em direito de cidadania. Essa universalização, contudo, não se limita ao aspecto formal, mas exige a criação de condições materiais efetivas para que todos possam acessar os serviços de saúde.

A integralidade, por sua vez, possui múltiplas dimensões que merecem análise detalhada. Em primeiro lugar, a integralidade pode ser compreendida como a articulação

³³ MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

³⁴ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde: atenção básica (unidades básicas de saúde, estratégia de saúde da família), atenção especializada (ambulatórios de especialidades, centros de referência) e atenção hospitalar (hospitais de média e alta complexidade). Essa articulação, denominada integralidade vertical, busca garantir a continuidade do cuidado, evitando a fragmentação do atendimento³⁵.

Em segundo lugar, a integralidade refere-se à articulação entre as diferentes ações de saúde: promoção (educação em saúde, práticas corporais, alimentação saudável), prevenção (vacinação, rastreamento de doenças, vigilância epidemiológica), tratamento (consultas, exames, procedimentos cirúrgicos, medicamentos) e reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, reintegração social). Essa dimensão, denominada integralidade horizontal, reconhece que a saúde não se resume ao tratamento de doenças, mas abrange um conjunto amplo de ações que visam ao bem-estar integral do indivíduo³⁶.

Em terceiro lugar, a integralidade implica uma abordagem holística do cuidado, que considera não apenas as dimensões biológicas da doença, mas também os aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais do indivíduo. Essa dimensão, denominada integralidade do cuidado, exige uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais de saúde. Como observa Cecílio (2001, p. 115):

A integralidade do cuidado é um dos princípios que garantem que a saúde seja tratada de maneira completa, levando em consideração todos os aspectos que afetam a vida do indivíduo. Isso implica superar a fragmentação do cuidado, característica dos modelos biomédicos tradicionais, e construir práticas que reconheçam a complexidade e a multidimensionalidade do processo saúde-doença.³⁷

No contexto dos planos de saúde, a aplicação dos princípios da universalidade e da integralidade enfrenta desafios específicos. Embora a universalidade, no sentido de não discriminação, seja garantida pela legislação consumerista e pela regulação da ANS, que

³⁵ MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 82-95.

³⁶ MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

³⁷ CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

proíbe a recusa de cobertura por preexistências ou a exclusão de beneficiários por idade ou condição de saúde, a integralidade do cuidado frequentemente é comprometida por cláusulas contratuais restritivas.

As operadoras de planos de saúde, por serem empresas privadas que atuam em regime de mercado, tendem a limitar a cobertura de seus serviços a fim de manter a sustentabilidade financeira do negócio. Essa lógica contratual entra em conflito com o princípio da integralidade, que exige que o tratamento seja completo e adequado às necessidades do paciente, o que pode incluir terapias e procedimentos não previstos expressamente no contrato ou no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem reiteradamente afirmado que a integralidade do tratamento não pode ser frustrada por cláusulas contratuais limitativas. Em precedente paradigmático, a Corte decidiu que "havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de *home care*, não pode prevalecer a negativa de cobertura do plano de saúde, sob pena de se colocar em risco o objeto do contrato, ou seja, a preservação da saúde do usuário" (BRASIL, 2010)³⁸. Essa orientação jurisprudencial reflete o entendimento de que o princípio da integralidade não se limita ao sistema público de saúde, mas irradia seus efeitos também sobre as relações contratuais privadas, especialmente quando envolvem bens jurídicos fundamentais como a saúde e a vida.

A efetivação dos princípios da universalidade e da integralidade é um desafio constante, que exige não apenas a implementação de políticas públicas adequadas, mas também uma mudança cultural na forma como a saúde é compreendida e praticada. No âmbito dos planos de saúde, isso implica superar a lógica puramente mercantil e reconhecer que os contratos de assistência à saúde possuem uma função social que transcende os interesses econômicos das operadoras.

³⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.067.530/RJ. Terceira Turma. Relator: Ministro Massami Uyeda. Julgado em 18 mai. 2010. Diário da Justiça Eletrônico, 28 mai. 2010.

2.3 Judicialização do direito à saúde

A judicialização da saúde tem se tornado um fenômeno recorrente e crescente no Brasil, refletindo as tensões entre a promessa constitucional de universalidade e integralidade do acesso à saúde e a realidade de um sistema público subfinanciado e de um sistema privado marcado por práticas restritivas. Cidadãos que não encontram atendimento adequado, tanto no Sistema Único de Saúde quanto nos planos de saúde privados, frequentemente recorrem ao Poder Judiciário para fazer valer o seu direito à saúde, gerando um volume expressivo de demandas judiciais que impactam significativamente o funcionamento do sistema de justiça e do sistema de saúde.

O termo "judicialização da saúde" refere-se ao crescente número de demandas judiciais que buscam garantir o acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos cirúrgicos, terapias, insumos e outros serviços de saúde não disponibilizados espontaneamente pelo SUS ou pelos planos de saúde privados. Esse fenômeno envolve questões complexas que transcendem o campo jurídico, abrangendo dimensões éticas, políticas, econômicas e sociais.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revelam a magnitude desse fenômeno. Segundo o relatório "Justiça em Números 2024", o número de processos relacionados à saúde suplementar cresceu 101% entre 2021 e 2024, passando de aproximadamente 149 mil para mais de 300 mil novos casos anuais (CNJ, 2024, p. 156)³⁹. Esse crescimento exponencial sobrecarrega o sistema judiciário e evidencia a existência de graves deficiências na regulação e na fiscalização do setor de saúde suplementar, bem como na efetividade dos mecanismos extrajudiciais de solução de conflitos.

As causas da judicialização da saúde são múltiplas e inter-relacionadas. No âmbito do SUS, destacam-se o subfinanciamento crônico do sistema, a ineficiência administrativa, as desigualdades regionais no acesso aos serviços, a demora na incorporação de novas tecnologias, a falta de medicamentos nas farmácias públicas e a insuficiência de leitos hospitalares. No âmbito dos planos de saúde, as principais causas são as negativas de cobertura para procedimentos, medicamentos e terapias, a limitação do número de sessões de tratamento, a demora na autorização de procedimentos e a exclusão de doenças preexistentes.

³⁹ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Justiça em Números 2024: ano-base 2023. Brasília: CNJ, 2024.

A judicialização da saúde suscita intensos debates doutrinários e jurisprudenciais sobre temas como o ativismo judicial, a separação de poderes, a reserva do possível, o mínimo existencial, a sustentabilidade financeira do sistema de saúde e os limites da intervenção judicial em políticas públicas. Por um lado, a judicialização é vista como um instrumento essencial para garantir a efetividade do direito à saúde, especialmente para os mais vulneráveis, que não possuem meios econômicos ou políticos para fazer valer seus direitos. Por outro lado, há preocupações sobre o impacto das decisões judiciais no orçamento público e na gestão dos planos de saúde, que podem ser forçados a cobrir tratamentos de alto custo não previstos em seus planejamentos financeiros.

Como aponta Barroso (2009, p. 31):

A judicialização da saúde é um fenômeno complexo que envolve, de um lado, a necessidade de garantir a efetividade dos direitos fundamentais e, de outro, a preocupação com os limites orçamentários e com a preservação das competências institucionais dos Poderes Executivo e Legislativo. Trata-se de um campo em que o Judiciário é chamado a atuar não apenas como guardião da Constituição, mas como agente de transformação social.⁴⁰

O Supremo Tribunal Federal (STF), em sede de repercussão geral, estabeleceu importantes parâmetros para a judicialização da saúde. No julgamento do Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, a Corte fixou critérios para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, exigindo a comprovação da necessidade do medicamento por meio de laudo médico fundamentado, a demonstração da ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS, a incapacidade financeira do paciente e a existência de registro na ANVISA (BRASIL, 2020)⁴¹. Embora essa tese se refira especificamente ao fornecimento de medicamentos pelo SUS, seus parâmetros têm influenciado também as decisões envolvendo planos de saúde, servindo como critério de razoabilidade para a análise das demandas judiciais.

No contexto dos planos de saúde, a judicialização frequentemente envolve a negativa de cobertura para procedimentos, medicamentos e terapias. As decisões judiciais, em sua maioria, têm sido favoráveis aos consumidores, determinando que os planos de saúde custeiem os tratamentos prescritos pelos médicos, mesmo que não estejam expressamente

⁴⁰ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Social*, Porto Alegre, v. 9, n. 34, p. 11-43, 2009.

⁴¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 566.471/RN. Tribunal Pleno. Relator: Ministro Marco Aurélio. Julgado em 11 mar. 2020. Diário da Justiça Eletrônico, 6 mai. 2020.

previstos no rol da ANS. Essa tendência jurisprudencial reforça a ideia de que o direito à saúde prevalece sobre as cláusulas contratuais limitativas, especialmente quando está em jogo a vida ou a integridade física do beneficiário.

A promulgação da Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/98 para estabelecer o caráter exemplificativo do rol da ANS, representou uma importante resposta legislativa ao fenômeno da judicialização. A nova lei estabeleceu que os planos de saúde devem cobrir tratamentos não previstos no rol quando houver comprovação da eficácia do tratamento, recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) ou de pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde reconhecido internacionalmente, e impossibilidade de substituição por tratamento previsto no rol⁴².

A morosidade processual, característica estrutural do sistema judiciário brasileiro, agrava ainda mais a situação da judicialização da saúde, pois em matéria de saúde, o tempo é fator crítico: a demora na prestação jurisdicional pode comprometer irreversivelmente a efetividade do direito tutelado. Por essa razão, a maioria das demandas judiciais em saúde é ajuizada com pedido de tutela de urgência, buscando a concessão imediata do tratamento ou medicamento pleiteado.

2.4 Conflitos com a força obrigatória dos contratos

O principal conflito entre o direito à saúde e a força obrigatória dos contratos reside na tensão entre a proteção da vida e da dignidade humana, de um lado, e a autonomia da vontade das partes e a segurança jurídica das relações contratuais, de outro. Essa tensão é particularmente evidente nos contratos de planos de saúde, que, embora sejam contratos privados, envolvem a proteção de bens jurídicos fundamentais e são celebrados em condições de desigualdade entre as partes.

Os contratos de planos de saúde são, em sua maioria, contratos de adesão, elaborados unilateralmente pelas operadoras, sem possibilidade de negociação individual das cláusulas pelo consumidor. Essa característica coloca o consumidor em uma posição de vulnerabilidade, pois ele deve aceitar integralmente as condições propostas pela operadora ou

⁴² BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2022.

renunciar à contratação. O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) reconhece essa vulnerabilidade e estabelece regras específicas para a proteção do consumidor em contratos de adesão, incluindo a interpretação mais favorável ao consumidor e a nulidade de cláusulas abusivas⁴³.

Nesse contexto, o princípio *pacta sunt servanda* — que estabelece que os contratos devem ser fielmente cumpridos pelas partes — é relativizado em favor da proteção do consumidor e da efetivação do direito à saúde. Cláusulas contratuais que limitam ou excluem a cobertura de tratamentos essenciais são consideradas abusivas e, portanto, nulas, à luz do Código de Defesa do Consumidor. A jurisprudência tem sido firme em afirmar que a vida e a saúde são bens jurídicos que se sobrepõem a qualquer interesse puramente contratual.

O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 51, inciso IV, estabelece que são nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que "estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade" (BRASIL, 1990)⁴⁴. Esse dispositivo tem sido amplamente aplicado pelos tribunais para afastar cláusulas limitativas de cobertura em contratos de planos de saúde, especialmente quando a negativa de cobertura coloca em risco a vida ou a saúde do beneficiário.

A doutrina consumerista tem desenvolvido o conceito de "contratos existenciais", que se contrapõe aos "contratos de lucro" ou "contratos patrimoniais". Segundo essa concepção, os contratos existenciais são aqueles que visam garantir a subsistência digna de uma das partes, envolvendo bens e serviços essenciais, como saúde, educação, moradia e alimentação. Nesses contratos, a proteção da parte vulnerável deve ser máxima, pois está em jogo não apenas um interesse patrimonial, mas a própria dignidade e existência do contratante⁴⁵.

Os contratos de plano de saúde são típicos contratos existenciais, o que justifica uma intervenção mais intensa do Estado na regulação de seu conteúdo e uma interpretação mais protetiva por parte do Judiciário. Como afirma Tepedino (2004, p. 23):

⁴³ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990.

⁴⁴ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Op. cit. Art. 51, IV.

⁴⁵ MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 89-92.

A força obrigatória dos contratos não pode ser um escudo para a violação de direitos fundamentais. No conflito entre a cláusula contratual e o direito à vida, este último deve prevalecer. A autonomia privada, embora seja um valor constitucionalmente protegido, não é absoluta e encontra seus limites nos direitos fundamentais e na dignidade da pessoa humana.⁴⁶

Essa relativização do *pacta sunt servanda* não significa a anulação completa da autonomia privada ou a desconsideração total das cláusulas contratuais, mas sim a sua adequação aos princípios constitucionais. Os contratos continuam sendo válidos e obrigatórios, mas sua interpretação e aplicação devem ser pautadas pela boa-fé objetiva, pela função social do contrato e, acima de tudo, pela dignidade da pessoa humana. Trata-se de uma releitura do direito contratual à luz da Constituição, fenômeno que a doutrina denomina "constitucionalização do direito civil".

A função social do contrato, consagrada no artigo 421 do Código Civil, estabelece que "a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato" (BRASIL, 2002)⁴⁷. Esse princípio impõe que os contratos não podem ser interpretados apenas sob a ótica dos interesses individuais das partes, mas devem considerar também os interesses sociais e os valores constitucionais. No caso dos contratos de planos de saúde, a função social implica que as operadoras devem garantir o acesso efetivo aos serviços de saúde, respeitando a dignidade e a vulnerabilidade dos beneficiários.

A boa-fé objetiva, por sua vez, impõe às partes contratantes deveres de conduta que transcendem as obrigações expressamente previstas no contrato, incluindo deveres de informação, cooperação, lealdade e proteção. No contexto dos planos de saúde, a boa-fé objetiva exige que as operadoras prestem informações claras e completas sobre a cobertura contratada, que não criem obstáculos injustificados para a utilização dos serviços e que não se valham de cláusulas contratuais obscuras ou ambíguas para negar cobertura a tratamentos essenciais.

O conflito entre o direito à saúde e a força obrigatória dos contratos não se resolve, portanto, pela simples prevalência de um sobre o outro, mas pela construção de uma interpretação harmônica que considere a dignidade da pessoa humana como valor supremo do ordenamento jurídico. Essa interpretação reconhece que, embora os contratos sejam

⁴⁶ TEPEDINO, Gustavo. Temas de direito civil. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

⁴⁷ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, DF, 11 jan. 2002.

instrumentos legítimos de organização das relações sociais e econômicas, eles não podem ser utilizados como mecanismos de violação de

2.5 O papel dos planos de saúde no acesso à saúde

Os planos de saúde desempenham um papel importante e ambivalente no sistema de saúde brasileiro, atuando como complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecendo uma alternativa para aqueles que buscam um atendimento mais ágil, personalizado ou especializado. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor de saúde suplementar no Brasil atende aproximadamente 50 milhões de beneficiários, o que representa cerca de 24% da população brasileira, movimentando anualmente cerca de R\$ 250 bilhões⁴⁸. Esses números demonstram a importância econômica e social do setor, que emprega milhares de profissionais e mantém uma extensa rede de prestadores de serviços, incluindo hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios médicos.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, estabelece que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada", reconhecendo a possibilidade de atuação do setor privado na prestação de serviços de saúde⁴⁹. Essa previsão constitucional fundamenta a existência dos planos de saúde privados, que são regulados pela Lei nº 9.656/98⁵⁰ e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/2000⁵¹. A regulação do setor busca equilibrar os interesses das operadoras, dos beneficiários e dos prestadores de serviços, estabelecendo padrões mínimos de cobertura, regras de reajuste de mensalidades, mecanismos de fiscalização e sanções para práticas abusivas.

No entanto, a atuação dos planos de saúde não é isenta de desafios e controvérsias. As operadoras de planos de saúde, como empresas privadas que visam ao lucro, enfrentam uma tensão estrutural entre a necessidade de garantir o acesso à saúde de seus beneficiários e a busca pela rentabilidade e sustentabilidade financeira do negócio. Essa tensão pode gerar um conflito de interesses que se manifesta em práticas restritivas, como a negativa de

⁴⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde. Brasília: ANS, 2024.

⁴⁹ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Art. 199.

⁵⁰ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

⁵¹ BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

cobertura para tratamentos de alto custo, a limitação do número de sessões de terapia, a demora na autorização de procedimentos e a imposição de carências excessivas.

A busca pela rentabilidade pode levar à adoção de estratégias empresariais que comprometem a qualidade e a integralidade do atendimento. Como observa Scheffer (2015, p. 664), "a lógica de mercado que orienta as operadoras de planos de saúde frequentemente entra em conflito com os princípios constitucionais que regem o direito à saúde, especialmente a universalidade e a integralidade do cuidado"⁵². Essa contradição se torna ainda mais evidente quando se considera que a atividade das operadoras de planos de saúde, embora seja exercida por empresas privadas, possui relevância pública, pois envolve a proteção de um direito fundamental — a saúde.

A natureza híbrida dos planos de saúde — privada na forma, pública na função — impõe às operadoras um regime jurídico diferenciado, que as sujeita não apenas às regras do direito contratual e do direito empresarial, mas também às normas de direito público que regulam a assistência à saúde. Essa característica justifica uma intervenção mais intensa do Estado na regulação do setor e uma interpretação mais protetiva por parte do Judiciário. Como afirma Santos (2011, p. 102):

As operadoras de planos de saúde têm o dever de garantir acesso a tratamentos e serviços de saúde, respeitando a função social de seus contratos e o direito à saúde como um direito fundamental. Embora sejam empresas privadas, sua atividade possui relevância pública, o que justifica uma regulação mais rigorosa e uma fiscalização mais efetiva por parte do Estado.⁵³

A regulação da ANS, por meio do rol de procedimentos e eventos em saúde, busca estabelecer um padrão mínimo de cobertura obrigatória para os planos de saúde. Esse rol, atualizado periodicamente, lista os procedimentos, exames, consultas, terapias e internações que devem ser obrigatoriamente cobertos pelas operadoras. Contudo, a natureza jurídica desse rol — se taxativo ou exemplificativo — tem sido objeto de intensa controvérsia doutrinária e jurisprudencial.

Durante anos, as operadoras de planos de saúde sustentaram que o rol da ANS seria taxativo, ou seja, que apenas os procedimentos expressamente listados deveriam ser cobertos,

⁵² SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015.

⁵³ SANTOS, Flávia Tavares Rocha. Direito à saúde e saúde suplementar: o papel regulador da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Belo Horizonte: Del Rey, 2011.

excluindo-se qualquer obrigação de cobertura para tratamentos não previstos. Essa interpretação, contudo, foi progressivamente rejeitada pela jurisprudência, que passou a reconhecer o caráter exemplificativo do rol, especialmente quando a negativa de cobertura para tratamentos não listados pudesse comprometer a vida ou a saúde do beneficiário⁵⁴.

A promulgação da Lei nº 14.454/2022 representou um marco importante na regulação dos planos de saúde, estabelecendo expressamente o caráter exemplificativo do rol da ANS e fixando critérios para a cobertura de tratamentos não listados. A lei estabelece que os planos de saúde devem cobrir exames ou tratamentos não previstos no rol quando houver: (i) comprovação da eficácia do tratamento, baseada em evidências científicas e recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) ou de pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde reconhecido internacionalmente; e (ii) impossibilidade de substituição por tratamento previsto no rol⁵⁵.

Essa mudança legislativa representa um avanço significativo na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde, mas não elimina completamente as tensões entre operadoras e consumidores. A aplicação prática dos critérios estabelecidos pela lei ainda gera controvérsias, especialmente no que diz respeito à comprovação da eficácia dos tratamentos e à avaliação da impossibilidade de substituição. Além disso, a lei não resolve a questão específica do acompanhamento terapêutico escolar, que envolve não apenas a discussão sobre a inclusão ou não no rol da ANS, mas também a delimitação das fronteiras entre o direito à saúde e o direito à educação.

A jurisprudência tem desempenhado um papel fundamental na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde, especialmente em casos em que as operadoras se recusam a cobrir tratamentos essenciais. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) consolidou o entendimento de que as cláusulas contratuais que limitam ou excluem a cobertura de tratamentos essenciais são abusivas e, portanto, nulas. A Súmula 608 do STJ estabelece que "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os

⁵⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP. Corte Especial. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Julgado em 8 jun. 2022. Diário da Justiça Eletrônico, 1 ago. 2022.

⁵⁵ BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2022.

administrados por entidades de autogestão⁵⁶, reforçando a proteção consumerista nas relações entre operadoras e beneficiários.

Em diversos precedentes, o STJ tem afirmado que a negativa de cobertura para tratamentos prescritos por médicos, mesmo que não previstos no rol da ANS, configura prática abusiva quando coloca em risco a vida ou a saúde do beneficiário. A Corte tem reconhecido que o rol da ANS estabelece apenas uma cobertura mínima, não podendo ser utilizado pelas operadoras como instrumento para negar tratamentos necessários e adequados às necessidades dos pacientes⁵⁷.

No contexto específico do acompanhamento terapêutico, a jurisprudência tem oscilado entre diferentes interpretações. Em alguns casos, os tribunais têm determinado que os planos de saúde custeiem o acompanhamento terapêutico quando realizado em ambiente clínico, como parte de um plano terapêutico multidisciplinar prescrito por profissionais de saúde. Em outros casos, especialmente quando o acompanhamento é realizado em ambiente escolar, os tribunais têm entendido que se trata de responsabilidade educacional, não cabendo aos planos de saúde o custeio desse serviço.

A decisão recente do STJ, proferida em 2024 pela Terceira Turma sob a relatoria da Ministra Nancy Andrighi, buscou estabelecer um critério mais objetivo para essa questão, distinguindo entre o acompanhamento terapêutico realizado em ambiente clínico (que deve ser coberto pelos planos de saúde) e aquele realizado em ambiente escolar ou domiciliar (que não seria de responsabilidade dos planos, salvo previsão contratual expressa)⁵⁸. Essa distinção, embora traga maior segurança jurídica, suscita questionamentos sobre sua adequação à realidade do tratamento de transtornos como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), que sabidamente exige intervenções em múltiplos contextos.

A intervenção estatal e judicial é necessária para garantir que os planos de saúde cumpram sua função social e respeitem os direitos fundamentais dos beneficiários. O Judiciário tem se mostrado um importante aliado na defesa dos direitos dos consumidores, especialmente em casos em que as operadoras adotam práticas abusivas ou restritivas. Essa

⁵⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Aprovada em 24 abr. 2018. Diário da Justiça Eletrônico, 2 mai. 2018.

⁵⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013/PR. Terceira Turma. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 12 mar. 2019. Diário da Justiça Eletrônico, 18 mar. 2019.

⁵⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.088.881/SP. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Julgado em 18 jun. 2024.

intervenção judicial reforça a ideia de que o direito à saúde deve prevalecer sobre interesses econômicos e contratuais, especialmente quando está em jogo a vida, a integridade física ou a dignidade dos beneficiários.

Contudo, é importante reconhecer que a judicialização excessiva também gera custos e distorções no sistema de saúde suplementar. O aumento expressivo das demandas judiciais sobrecarrega o sistema judiciário, gera insegurança jurídica para as operadoras e pode comprometer a sustentabilidade financeira dos planos de saúde, com impacto nos valores das mensalidades pagas pelos beneficiários. Por essa razão, é fundamental buscar soluções que equilibrem a proteção dos direitos dos consumidores com a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

Nesse sentido, a atuação regulatória da ANS é essencial para prevenir conflitos e garantir a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. A agência tem o poder de estabelecer normas sobre cobertura mínima obrigatória, fiscalizar o cumprimento dessas normas, aplicar sanções às operadoras que adotam práticas abusivas e promover a mediação de conflitos entre operadoras e beneficiários. O fortalecimento da regulação e da fiscalização pode contribuir para reduzir a judicialização e garantir a efetividade do direito à saúde no âmbito dos planos de saúde privados.

Em síntese, os planos de saúde desempenham um papel fundamental no sistema de saúde brasileiro, mas sua atuação deve ser pautada pelo respeito aos direitos fundamentais dos beneficiários e pela função social dos contratos. A tensão entre a lógica de mercado e a proteção da saúde exige uma regulação eficaz, uma fiscalização rigorosa e uma interpretação judicial que priorize a dignidade da pessoa humana e a efetividade do direito à saúde.

3. PRINCÍPIO DA FORÇA OBRIGATÓRIA DOS CONTRATOS

O princípio da força obrigatória dos contratos, também conhecido pela expressão latina *pacta sunt servanda* (os pactos devem ser cumpridos), constitui um dos pilares fundamentais do direito contratual clássico. Esse princípio estabelece que os contratos legalmente celebrados entre as partes devem ser fielmente cumpridos, vinculando os contratantes às obrigações assumidas de forma voluntária. Trata-se de um postulado que confere segurança jurídica às relações negociais, garantindo previsibilidade e estabilidade às transações econômicas e sociais.

A origem histórica do princípio *pacta sunt servanda* remonta ao direito romano, onde já se reconhecia a força vinculante dos acordos de vontade. No direito romano clássico, a expressão era utilizada para designar a obrigatoriedade do cumprimento dos pactos, embora nem todos os acordos tivessem força executória. Com a evolução do direito contratual, especialmente a partir das codificações modernas dos séculos XVIII e XIX, o princípio da força obrigatória dos contratos foi consolidado como regra fundamental, refletindo os ideais liberais de autonomia da vontade e liberdade contratual⁵⁹.

O Código Civil brasileiro de 2002, em seu artigo 421, consagra a liberdade contratual, dispendo que "a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato"⁶⁰. Essa redação, que inovou em relação ao Código Civil de 1916, evidencia que, embora o princípio da força obrigatória dos contratos continue sendo fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, ele não possui caráter absoluto, devendo ser exercido em harmonia com outros princípios e valores constitucionais, especialmente a função social do contrato e a boa-fé objetiva.

A doutrina civilista tradicional, influenciada pelo liberalismo econômico e pelo individualismo jurídico, concebia o contrato como expressão máxima da autonomia da vontade, considerando que as partes, ao manifestar livremente seu consentimento, estariam criando uma "lei entre elas" (*lex inter partes*), que deveria ser respeitada de forma absoluta.

⁵⁹ GOMES, Orlando. Contratos. 26. ed. Atualizada por Antonio Junqueira de Azevedo e Francisco Paulo De Crescenzo Marino. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 36-42.

⁶⁰ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Art. 421

Nessa concepção, a intervenção estatal nos contratos era vista como excepcional e indesejável, pois violaria a liberdade individual e a segurança jurídica⁶¹.

Contudo, essa visão clássica do direito contratual foi progressivamente questionada e relativizada, especialmente a partir do século XX, quando se tornou evidente que a autonomia da vontade, em muitos casos, era mais formal do que real. A massificação das relações contratuais, o surgimento dos contratos de adesão, a desigualdade de poder econômico entre as partes e a necessidade de proteger valores constitucionais fundamentais levaram a uma profunda transformação do direito contratual, fenômeno que a doutrina denomina "constitucionalização do direito civil" ou "publicização do direito privado"⁶².

No contexto contemporâneo, o princípio da força obrigatória dos contratos deve ser compreendido não como um dogma absoluto, mas como um princípio que coexiste e interage com outros princípios fundamentais, tais como a dignidade da pessoa humana, a função social do contrato, a boa-fé objetiva, o equilíbrio contratual e a proteção da parte vulnerável. Essa relativização do *pacta sunt servanda* não significa a negação da importância dos contratos ou a desconsideração da vontade das partes, mas sim a necessidade de uma interpretação que considere o contrato em sua dimensão social e que impeça que ele seja utilizado como instrumento de opressão ou de violação de direitos fundamentais.

Como observa Tepedino (2004, p. 21):

O direito civil contemporâneo não pode mais ser compreendido a partir de uma perspectiva individualista e patrimonialista, que privilegia a autonomia privada em detrimento dos valores existenciais e da dignidade da pessoa humana. É necessário promover uma releitura dos institutos do direito civil à luz da Constituição, reconhecendo que os contratos, embora sejam instrumentos legítimos de organização das relações sociais e econômicas, devem ser funcionalizados à realização dos valores constitucionais, especialmente a dignidade humana, a solidariedade social e a justiça distributiva.⁶³

Essa transformação do direito contratual é particularmente evidente nos contratos que envolvem direitos fundamentais, como os contratos de planos de saúde, contratos educacionais, contratos de moradia e contratos de trabalho. Nesses casos, a proteção da parte

⁶¹ OPPO, Enzo. O contrato. Tradução de Ana Coimbra e M. Januário C. Gomes. Coimbra: Almedina, 2009, p. 29-35.

⁶² LÔBO, Paulo Luiz Netto. Constitucionalização do direito civil. Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 36, n. 141, p. 99-109, jan./mar. 1999.

⁶³ TEPEDINO, Gustavo. Temas de direito civil. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

vulnerável e a garantia da efetividade dos direitos fundamentais justificam uma intervenção mais intensa do Estado, seja por meio da regulação legislativa, seja por meio da interpretação judicial.

3.1 Fundamentos Históricos e Teóricos do *Pacta Sunt Servanda*

O princípio *pacta sunt servanda* possui raízes profundas na história do direito ocidental, remontando ao direito romano, onde já se reconhecia a força vinculante dos acordos de vontade. No direito romano clássico, contudo, nem todos os acordos possuíam força executória. Apenas os contratos típicos, reconhecidos pelo *ius civile* (direito civil romano), geravam obrigações juridicamente exigíveis. Os simples pactos (*pacta nuda*), ou seja, acordos informais não revestidos das formalidades legais, não eram, em princípio, dotados de ação judicial, embora pudessem gerar obrigações naturais⁶⁴.

Com a evolução do direito romano, especialmente no período pós-clássico e justiniano, a força vinculante dos pactos foi progressivamente ampliada. O direito pretoriano e o direito canônico contribuíram para o reconhecimento de que os acordos de vontade, mesmo quando não revestidos das formalidades dos contratos típicos, deveriam ser respeitados, desde que celebrados de boa-fé. A máxima "*pacta sunt servanda*" consolidou-se, assim, como expressão da ideia de que a palavra dada deve ser cumprida, refletindo valores morais e religiosos profundamente enraizados na cultura ocidental⁶⁵.

Na Idade Média, o direito canônico desempenhou papel fundamental na consolidação do princípio *pacta sunt servanda*, ao estabelecer que a violação de um pacto constituía um pecado, uma ofensa à verdade e à justiça divina. A Igreja Católica, por meio dos tribunais eclesiásticos, passou a reconhecer e fazer cumprir os pactos, mesmo quando não revestidos das formalidades do direito romano. Essa influência do direito canônico contribuiu para a universalização do princípio da força obrigatória dos contratos, que passou a ser reconhecido não apenas como regra jurídica, mas também como imperativo moral⁶⁶.

⁶⁴ ALVES, José Carlos Moreira. Direito romano. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 467-489.

⁶⁵ GILISSEN, John. Introdução histórica ao direito. Tradução de A. M. Hespanha e L. M. Macaísta Malheiros. 4. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003, p. 731-745.

⁶⁶ WIEACKER, Franz. História do direito privado moderno. Tradução de A. M. Botelho Hespanha. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004, p. 89-102.

Com o advento da Idade Moderna e o desenvolvimento do capitalismo mercantil, o princípio *pacta sunt servanda* adquiriu importância ainda maior, tornando-se essencial para a segurança das transações comerciais. O direito mercantil, que se desenvolveu de forma relativamente autônoma em relação ao direito civil, enfatizou a necessidade de garantir a previsibilidade e a estabilidade dos contratos, de modo a facilitar o comércio e a circulação de riquezas. A boa-fé objetiva e a confiança legítima tornaram-se valores centrais do direito mercantil, reforçando a obrigatoriedade do cumprimento dos contratos⁶⁷.

As codificações modernas, especialmente o Código Civil francês de 1804 (Código Napoleônico) e o Código Civil alemão de 1900 (BGB), consagraram o princípio *pacta sunt servanda* como pilar fundamental do direito contratual. O Código Napoleônico, em seu artigo 1.134, estabeleceu que "as convenções legalmente formadas têm força de lei entre as partes que as celebraram", equiparando o contrato à lei e conferindo-lhe força vinculante absoluta⁶⁸. Essa concepção refletia os ideais liberais da Revolução Francesa, que enfatizavam a liberdade individual, a autonomia da vontade e a não intervenção do Estado nas relações privadas.

O Código Civil alemão (BGB), embora também consagra o princípio da força obrigatória dos contratos, introduziu importantes mecanismos de flexibilização, especialmente por meio da cláusula geral de boa-fé (§ 242 do BGB), que estabelece que o devedor está obrigado a cumprir a prestação tal como o exige a boa-fé, com consideração pelos costumes do tráfego⁶⁹. Essa cláusula geral permitiu que a jurisprudência alemã desenvolvesse importantes institutos de relativização do *pacta sunt servanda*, tais como a teoria da imprevisão (Wegfall der Geschäftsgrundlage), a proibição do abuso de direito e o dever de renegociação em caso de alteração das circunstâncias contratuais.

No Brasil, o Código Civil de 1916, influenciado pelo modelo francês, consagrou uma concepção liberal e individualista do direito contratual, enfatizando a autonomia da vontade e a força obrigatória dos contratos. O artigo 1.056 do Código de 1916 estabelecia que "não cumprindo a obrigação, ou deixando de cumprí-la pelo modo e no tempo devidos, responde o

⁶⁷ ASCARELLI, Tullio. Corso di diritto commerciale: introduzione e teoria dell'impresa. 3. ed. Milano: Giuffrè, 1962, p. 45-58.

⁶⁸ FRANÇA. Code Civil des Français. Paris: Imprimerie de la République, 1804. Art. 1.134: "Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites."

⁶⁹ ALEMANHA. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Berlin: Reichsgesetzblatt, 1896. § 242: "Der Schuldner ist verpflichtet, die Leistung so zu bewirken, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern."

devedor por perdas e danos", reforçando a ideia de que o contrato deveria ser cumprido rigorosamente, sob pena de responsabilidade civil⁷⁰.

Contudo, ao longo do século XX, especialmente a partir da segunda metade, a doutrina e a jurisprudência brasileiras passaram a reconhecer a necessidade de relativizar o princípio *pacta sunt servanda* em determinadas situações, especialmente quando o cumprimento estrito do contrato pudesse gerar injustiças ou violar direitos fundamentais. A promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou a dignidade da pessoa humana como fundamento da República e estabeleceu um extenso rol de direitos fundamentais, impulsionou esse processo de constitucionalização do direito civil⁷¹.

O Código Civil de 2002 incorporou expressamente essa nova concepção do direito contratual, estabelecendo, em seu artigo 421, que "a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato"⁷². Além disso, o Código de 2002 consagrou a boa-fé objetiva como princípio fundamental (art. 422), estabeleceu regras sobre o equilíbrio contratual e a revisão dos contratos em caso de onerosidade excessiva (arts. 478 a 480) e reconheceu a possibilidade de intervenção judicial para corrigir desequilíbrios contratuais⁷³.

Paralelamente à evolução do direito civil, o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), promulgado em 1990, introduziu importantes mecanismos de proteção do consumidor nas relações contratuais, reconhecendo a vulnerabilidade do consumidor e estabelecendo regras específicas para os contratos de consumo, incluindo a nulidade de cláusulas abusivas, a interpretação mais favorável ao consumidor e a possibilidade de revisão judicial dos contratos em caso de onerosidade excessiva ou de alteração das circunstâncias⁷⁴.

Essa evolução histórica e normativa demonstra que o princípio *pacta sunt servanda*, embora continue sendo fundamental para a segurança jurídica e a estabilidade das relações contratuais, não pode mais ser compreendido de forma absoluta e isolada, mas deve ser interpretado em harmonia com outros princípios e valores constitucionais, especialmente a dignidade da pessoa humana, a função social do contrato, a boa-fé objetiva e a proteção da parte vulnerável.

⁷⁰ BRASIL. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 5 jan. 1916. Art. 1.056.

⁷¹ FACHIN, Luiz Edson. Teoria crítica do direito civil. Rio de Janeiro: Renovar, 2000, p. 67-89.

⁷² BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Op. cit. Art. 421.

⁷³ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Op. cit. Arts. 422, 478-480.

⁷⁴ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990.

3.2 A Função Social do Contrato como Limitação ao *Pacta Sunt Servanda*

A função social do contrato, consagrada no artigo 421 do Código Civil de 2002, representa uma das mais importantes inovações do direito contratual brasileiro contemporâneo e constitui um dos principais instrumentos de relativização do princípio da obrigatoriedade dos contratos. Ao estabelecer que "a liberdade contratual será exercida nos limites da função social do contrato"⁷⁵, o legislador brasileiro reconheceu expressamente que os contratos não podem ser compreendidos apenas como expressão da vontade individual das partes, mas devem ser funcionalizados à realização de valores sociais e constitucionais.

A função social do contrato não é um conceito de fácil delimitação, tratando-se de uma cláusula geral que exige concretização judicial e doutrinária. A doutrina civilista brasileira tem desenvolvido diferentes interpretações sobre o alcance e o conteúdo desse princípio. Em uma primeira dimensão, a função social do contrato impõe que os contratos não podem prejudicar terceiros ou a coletividade, devendo respeitar interesses extracontratuais legítimos. Em uma segunda dimensão, a função social exige que os contratos promovam a justiça distributiva e o equilíbrio entre as partes, especialmente quando há desigualdade de poder econômico ou informacional⁷⁶.

A função social do contrato possui tanto uma dimensão negativa quanto uma dimensão positiva. A dimensão negativa, também denominada eficácia externa do contrato, estabelece que os contratos não podem ser utilizados como instrumentos de lesão a direitos de terceiros ou ao interesse público. Assim, por exemplo, um contrato que cause danos ambientais, que viole direitos trabalhistas ou que prejudique a livre concorrência pode ser considerado inválido ou ineficaz por violação da função social. A dimensão positiva, por sua vez, também denominada eficácia interna do contrato, estabelece que os contratos devem promover valores constitucionais, tais como a dignidade da pessoa humana, a solidariedade social e a redução das desigualdades⁷⁷.

No contexto dos contratos de planos de saúde, a função social assume particular relevância. Esses contratos, embora sejam formalmente privados, envolvem a proteção de um

⁷⁵ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Art. 421.

⁷⁶ NEGREIROS, Teresa. Teoria do contrato: novos paradigmas. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 207-232.

⁷⁷ MARTINS-COSTA, Judith. A boa-fé no direito privado: critérios para a sua aplicação. São Paulo: Marcial Pons, 2015, p. 456-478.

direito fundamental — a saúde — e afetam diretamente a dignidade e a qualidade de vida dos beneficiários. Por essa razão, a função social dos contratos de planos de saúde exige que as operadoras não se limitem a cumprir formalmente as cláusulas contratuais, mas que garantam efetivamente o acesso aos serviços de saúde necessários ao tratamento e à recuperação dos beneficiários.

A jurisprudência brasileira tem aplicado o princípio da função social do contrato para afastar cláusulas contratuais que limitam ou excluem a cobertura de tratamentos essenciais. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem reiteradamente afirmado que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de forma a garantir a efetividade do direito à saúde, não podendo ser utilizadas como instrumento de negativa de cobertura quando está em jogo a vida ou a integridade física do beneficiário. Como observou o Ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior, em importante precedente:

O contrato de seguro-saúde é contrato de adesão, submetido ao Código de Defesa do Consumidor, devendo suas cláusulas ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor. A função social do contrato impõe que a operadora não se valha de cláusulas contratuais para negar tratamentos essenciais, especialmente quando a negativa pode comprometer a vida ou a saúde do beneficiário.
(BRASIL, 1999)⁷⁸

A função social do contrato também se relaciona intimamente com o princípio da boa-fé objetiva, que será analisado na próxima subseção. Ambos os princípios impõem limites à autonomia privada e exigem que os contratos sejam interpretados e executados de forma a realizar valores constitucionais e sociais, superando a concepção individualista e patrimonialista do direito contratual clássico.

É importante ressaltar que a função social do contrato não implica a negação da autonomia privada ou a desconsideração dos interesses legítimos das partes contratantes. Trata-se, antes, de reconhecer que a autonomia privada não é um valor absoluto, mas deve ser exercida em harmonia com outros valores constitucionais. Os contratos continuam sendo instrumentos legítimos de organização das relações sociais e econômicas, mas devem ser funcionalizados à realização da justiça social e da dignidade humana.

⁷⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 158.728/RJ. Quarta Turma. Relator: Ministro Ruy Rosado de Aguiar Júnior. Julgado em 16 mar. 1999. Diário da Justiça, 17 mai. 1999.

3.3 A Boa-Fé Objetiva e os Deveres Anexos de Conduta

A boa-fé objetiva constitui outro importante instrumento de relativização do princípio da obrigatoriedade e de proteção da parte vulnerável nas relações contratuais. O Código Civil de 2002, em seu artigo 422, estabelece que "os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé"⁷⁹. Esse dispositivo consagra a boa-fé objetiva como princípio fundamental do direito contratual brasileiro, aplicável a todas as fases da relação contratual: pré-contratual (negociações preliminares), contratual (execução do contrato) e pós-contratual (deveres que subsistem após o cumprimento da obrigação principal).

A boa-fé objetiva difere da boa-fé subjetiva. A boa-fé subjetiva refere-se ao estado psicológico do sujeito, à sua intenção, à sua crença de estar agindo em conformidade com o direito. A boa-fé objetiva, por sua vez, constitui um padrão de conduta, um modelo de comportamento leal, honesto e cooperativo que se espera dos contratantes, independentemente de suas intenções ou crenças. Trata-se de um conceito normativo, que estabelece deveres de conduta que transcendem as obrigações expressamente previstas no contrato⁸⁰.

A doutrina alemã, que desenvolveu de forma pioneira o conceito de boa-fé objetiva (*Treu und Glauben*), identificou três funções principais desse princípio: função interpretativa, função de controle e função integrativa. A função interpretativa estabelece que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de acordo com a boa-fé, buscando-se o sentido que melhor realize os valores de lealdade, confiança e cooperação. A função de controle permite que o juiz invalide ou modifique cláusulas contratuais que violem a boa-fé, especialmente quando geram desequilíbrio excessivo ou abuso de direito. A função integrativa estabelece que a boa-fé gera deveres de conduta que não estão expressamente previstos no contrato, mas decorrem da natureza da relação contratual e dos valores de lealdade e cooperação⁸¹.

Os deveres anexos de conduta, também denominados deveres laterais ou deveres de proteção, são obrigações que decorrem diretamente do princípio da boa-fé objetiva e que existem independentemente de previsão contratual expressa. A doutrina brasileira, seguindo a

⁷⁹ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Op. cit. Art. 422.

⁸⁰ CORDEIRO, António Manuel da Rocha e Menezes. Da boa fé no direito civil. Coimbra: Almedina, 2001, p. 1.187-1.223.

⁸¹ LARENZ, Karl. Derecho de obligaciones. Tradução de Jaime Santos Briz. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1958, t. I, p. 142-156.

tradição alemã, identifica diversos deveres anexos, dentre os quais se destacam: o dever de informação, o dever de cooperação, o dever de lealdade, o dever de proteção e o dever de renegociação em caso de alteração das circunstâncias⁸².

O dever de informação impõe às partes contratantes a obrigação de prestar informações claras, completas e verdadeiras sobre todos os aspectos relevantes do contrato. No contexto dos contratos de planos de saúde, o dever de informação exige que as operadoras esclareçam aos beneficiários, de forma clara e compreensível, quais são os procedimentos, tratamentos e serviços cobertos pelo plano, quais são as limitações e exclusões de cobertura, quais são os prazos de carência e quais são os procedimentos para utilização dos serviços. A violação do dever de informação pode gerar a nulidade de cláusulas contratuais ou a responsabilização da operadora por perdas e danos.

O dever de cooperação estabelece que as partes devem colaborar entre si para a realização dos objetivos do contrato, adotando comportamentos que facilitem o cumprimento das obrigações e evitem prejuízos desnecessários. No contexto dos contratos de planos de saúde, o dever de cooperação exige que as operadoras não criem obstáculos injustificados para a utilização dos serviços, que agilizem os procedimentos de autorização de tratamentos e que prestem assistência aos beneficiários na resolução de eventuais problemas.

O dever de lealdade impõe às partes a obrigação de não adotar comportamentos que frustrem as expectativas legítimas da outra parte ou que comprometam a realização dos objetivos do contrato. No contexto dos contratos de planos de saúde, o dever de lealdade proíbe que as operadoras se valham de cláusulas contratuais obscuras ou ambíguas para negar cobertura a tratamentos essenciais, que adotem práticas de seleção adversa de riscos ou que rescindiam unilateralmente os contratos em razão do agravamento do estado de saúde dos beneficiários.

O dever de proteção estabelece que as partes devem adotar medidas para evitar danos à pessoa ou ao patrimônio da outra parte. No contexto dos contratos de planos de saúde, o dever de proteção exige que as operadoras garantam a qualidade dos serviços prestados pela rede credenciada, que fiscalizem a atuação dos prestadores de serviços e que adotem medidas para prevenir erros médicos e danos aos beneficiários.

⁸² MARTINS-COSTA, Judith. A boa-fé no direito privado: critérios para a sua aplicação. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 523-567.

A jurisprudência brasileira tem aplicado o princípio da boa-fé objetiva e os deveres anexos de conduta para proteger os beneficiários de planos de saúde contra práticas abusivas das operadoras. O Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente afirmado que a boa-fé objetiva impõe às operadoras o dever de interpretar as cláusulas contratuais de forma a garantir a efetividade do direito à saúde, não podendo se valer de interpretações formalistas ou restritivas para negar cobertura a tratamentos essenciais⁸³.

A violação da boa-fé objetiva pode gerar diversas consequências jurídicas, incluindo a nulidade de cláusulas contratuais, a revisão judicial do contrato, a responsabilização por perdas e danos e, em casos extremos, a resolução do contrato por culpa da parte que violou o dever de boa-fé. No contexto dos contratos de planos de saúde, a violação da boa-fé objetiva pelas operadoras tem sido frequentemente reconhecida pela jurisprudência, especialmente em casos de negativa injustificada de cobertura, de demora excessiva na autorização de procedimentos ou de rescisão unilateral do contrato em razão do agravamento do estado de saúde do beneficiário.

3.4 A Teoria da Imprevisão e a Onerosidade Excessiva

A relativização do princípio *pacta sunt servanda* em razão de fatos supervenientes que alteram o equilíbrio contratual manifesta-se de forma distinta no direito civil e no direito do consumidor. A teoria da imprevisão, também conhecida como teoria da alteração das circunstâncias (*rebus sic stantibus*), prevista nos artigos 478 a 480 do Código Civil, permite a revisão ou resolução dos contratos quando, em razão de eventos imprevisíveis e extraordinários ocorridos após a celebração, a prestação de uma das partes torna-se excessivamente onerosa⁸⁴.

Já a teoria da quebra da base objetiva do negócio jurídico, aplicável às relações de consumo, está fundamentada no artigo 6º, inciso V, do Código de Defesa do Consumidor e prescinde da imprevisibilidade quanto ao fato superveniente, bastando a onerosidade

⁸³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013/PR. Terceira Turma. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 12 mar. 2019. Diário da Justiça Eletrônico, 18 mar. 2019.

⁸⁴ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Arts. 478-480. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 30 jul. 2025.

excessiva decorrente de fato superveniente para autorizar a revisão contratual⁸⁵. Nos contratos de plano de saúde tradicionais, submetidos ao CDC, aplica-se a teoria consumerista, permitindo a revisão sempre que houver onerosidade excessiva, independentemente da previsibilidade do fato. Já nos planos de autogestão, excluídos da aplicação do CDC pela Súmula 608 do STJ, aplica-se a teoria civilista, que exige a demonstração da imprevisibilidade do evento gerador do desequilíbrio⁸⁶.

O Código Civil de 2002 incorporou expressamente a teoria da imprevisão em seus artigos 478 a 480. O artigo 478 estabelece que:

Nos contratos de execução continuada ou diferida, se a prestação de uma das partes se tornar excessivamente onerosa, com extrema vantagem para a outra, em virtude de acontecimentos extraordinários e imprevisíveis, poderá o devedor pedir a resolução do contrato. Os efeitos da sentença que a decretar retroagirão à data da citação. (BRASIL, 2002)⁸⁷

O artigo 479, por sua vez, estabelece que "a resolução poderá ser evitada, oferecendo-se o réu a modificar equitativamente as condições do contrato"⁸⁸, consagrando a possibilidade de revisão judicial do contrato como alternativa à sua resolução. O artigo 480 estende a aplicação da teoria da imprevisão aos contratos aleatórios, estabelecendo que "se no contrato as obrigações couberem a apenas uma das partes, poderá ela pleitear que a sua prestação seja reduzida, ou alterado o modo de executá-la, a fim de evitar a onerosidade excessiva"⁸⁹.

A aplicação da teoria da imprevisão exige a presença cumulativa de alguns requisitos: (i) contrato de execução continuada ou diferida; (ii) ocorrência de evento extraordinário e imprevisível; (iii) onerosidade excessiva para uma das partes; (iv) extrema vantagem para a

⁸⁵ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Art. 6º, V. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

⁸⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Aprovada em 24 abr. 2018. Diário da Justiça Eletrônico, 2 mai. 2018. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/>. Acesso em: 10 out. 2025.

⁸⁷ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Art. 478.

⁸⁸ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Op. cit. Art. 479.

⁸⁹ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Op. cit. Art. 480.

outra parte; e (v) ausência de mora do devedor. A ausência de qualquer desses requisitos impede a aplicação da teoria⁹⁰.

O requisito da imprevisibilidade tem sido objeto de intensa discussão doutrinária e jurisprudencial. A doutrina majoritária entende que a imprevisibilidade não deve ser interpretada de forma absoluta, mas relativa, considerando-se imprevisíveis os eventos cuja ocorrência, embora abstratamente possível, não era razoavelmente esperada pelas partes no momento da celebração do contrato. Além disso, a jurisprudência tem reconhecido que, mesmo em relação a eventos previsíveis, pode ser aplicada a teoria da imprevisão quando a intensidade ou a magnitude do evento supera aquilo que as partes razoavelmente poderiam prever⁹¹.

No contexto dos contratos de planos de saúde, a teoria da imprevisão tem sido invocada tanto pelas operadoras quanto pelos beneficiários. As operadoras têm alegado que o aumento da longevidade da população, o surgimento de novas tecnologias médicas de alto custo e o aumento da judicialização constituiriam eventos imprevisíveis que justificariam reajustes extraordinários das mensalidades ou a exclusão de determinadas coberturas. Os beneficiários, por sua vez, têm invocado a teoria da imprevisão para questionar reajustes abusivos de mensalidades, especialmente os reajustes por mudança de faixa etária.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem sido cautelosa na aplicação da teoria da imprevisão aos contratos de planos de saúde. Em relação aos reajustes por faixa etária, o STJ tem reconhecido que, embora o envelhecimento seja um evento previsível, reajustes excessivos que inviabilizem a manutenção do contrato podem ser considerados abusivos e, portanto, passíveis de revisão judicial. A Súmula 91 da ANS estabelece que "é vedada a variação de mais de seis vezes entre a menor e a maior faixa etária"⁹², mas a jurisprudência tem reconhecido que mesmo reajustes dentro desse limite podem ser considerados abusivos se gerarem onerosidade excessiva.

A teoria da imprevisão relaciona-se intimamente com o princípio do equilíbrio contratual e com a vedação ao enriquecimento sem causa. O contrato, como instrumento de

⁹⁰ PEREIRA, Caio Mário da Silva. Instituições de direito civil: contratos. 21. ed. Atualizada por Regis Fichtner. Rio de Janeiro: Forense, 2017, v. III, p. 178-195.

⁹¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.321.614/SP. Terceira Turma. Relator: Ministro Paulo de Tarso Sanseverino. Julgado em 17 set. 2013. Diário da Justiça Eletrônico, 26 set. 2013.

⁹² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Súmula Normativa nº 91. Brasília: ANS, 2021.

justiça comutativa, deve garantir uma equivalência aproximada entre as prestações das partes. Quando eventos imprevisíveis rompem esse equilíbrio, gerando vantagem excessiva para uma parte e onerosidade excessiva para a outra, a manutenção do contrato em seus termos originais violaria os princípios da justiça contratual e da boa-fé objetiva.

3.5 A Proteção do Consumidor e as Cláusulas Abusivas nos Contratos de Planos de Saúde

O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90) representa um dos mais importantes instrumentos de relativização do princípio *pacta sunt servanda* no direito brasileiro, estabelecendo um regime jurídico específico para as relações de consumo, caracterizado pela proteção da parte vulnerável — o consumidor. O CDC reconhece expressamente a vulnerabilidade do consumidor (art. 4º, I)⁹³ e estabelece uma série de direitos e garantias que limitam a autonomia privada e impõem deveres específicos aos fornecedores de produtos e serviços.

A aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde foi expressamente reconhecida pela Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, que estabelece: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão"⁹⁴. Essa aplicação decorre do fato de que os contratos de planos de saúde configuram típicas relações de consumo, envolvendo, de um lado, fornecedores (as operadoras de planos de saúde) que prestam serviços de forma profissional e habitual e, de outro, consumidores (os beneficiários) que contratam os serviços como destinatários finais.

Um dos principais instrumentos de proteção do consumidor no CDC é o regime de nulidade das cláusulas abusivas, estabelecido no artigo 51 e seus incisos. Esse dispositivo estabelece que são nulas de pleno direito as cláusulas contratuais que, entre outras hipóteses: estabeleçam obrigações iníquas ou abusivas (inciso IV); estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor (inciso VI); determinem a utilização compulsória de arbitragem (inciso VII); imponham representante para concluir ou realizar outro negócio

⁹³

⁹⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Aprovada em 24 abr. 2018. Diário da Justiça Eletrônico, 2 mai. 2018.

jurídico pelo consumidor (inciso VIII); deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato (inciso IX); permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral (inciso X); autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato (inciso XIII)⁹⁵.

No contexto dos contratos de planos de saúde, a jurisprudência tem reconhecido como abusivas diversas cláusulas contratuais, incluindo: cláusulas que limitam o tempo de internação hospitalar; cláusulas que excluem a cobertura de determinadas doenças ou procedimentos essenciais; cláusulas que limitam o número de sessões de tratamentos como quimioterapia, radioterapia, fisioterapia ou terapias para transtornos do neurodesenvolvimento; cláusulas que excluem a cobertura de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; cláusulas que estabelecem reajustes abusivos de mensalidades; e cláusulas que permitem a rescisão unilateral do contrato pela operadora⁹⁶.

O artigo 51, § 1º, do CDC estabelece critérios para a identificação de cláusulas abusivas, dispondo que:

Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que: I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence; II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual; III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso. (BRASIL, 1990).⁹⁷

Esses critérios têm sido amplamente utilizados pela jurisprudência para identificar e invalidar cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde. O critério da restrição de direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato tem sido especialmente relevante, pois permite reconhecer como abusivas as cláusulas que esvaziam o objeto do contrato ou que comprometem sua finalidade essencial, que é garantir o acesso aos serviços de saúde.

Além do regime de nulidade das cláusulas abusivas, o CDC estabelece outras importantes proteções ao consumidor, incluindo: o direito à informação adequada e clara sobre os produtos e serviços (art. 6º, III); a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva

⁹⁵ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Op. cit. Art. 51, incisos IV, VI, VII, VIII, IX, X, XIII.

⁹⁶ MIRAGEM, Bruno. Curso de direito do consumidor. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016, p. 589-612.

⁹⁷ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Op. cit. Art. 51, § 1º.

(arts. 36 e 37); a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova (art. 6º, VIII); a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais (art. 6º, V); e a possibilidade de revisão judicial das cláusulas contratuais em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas (art. 6º, V)⁹⁸.

A interpretação das cláusulas contratuais em contratos de consumo também é regida por regras específicas. O artigo 47 do CDC estabelece que "as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor"⁹⁹, consagrando o princípio *in dubio pro consumidor*. Esse princípio tem sido amplamente aplicado pela jurisprudência para resolver dúvidas interpretativas em favor dos beneficiários de planos de saúde, especialmente quando há ambiguidade sobre a extensão da cobertura contratada.

A proteção do consumidor nos contratos de planos de saúde é reforçada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece normas sobre cobertura mínima obrigatória, prazos de carência, reajustes de mensalidades, portabilidade de carências e outros aspectos dos contratos. A regulação da ANS, embora estabeleça padrões mínimos, não afasta a aplicação do CDC, que pode conferir proteção ainda maior aos consumidores. A jurisprudência tem reconhecido que as normas da ANS e do CDC devem ser aplicadas de forma complementar, buscando-se sempre a interpretação mais favorável ao consumidor¹⁰⁰.

A relativização do princípio *pacta sunt servanda* nos contratos de planos de saúde, portanto, decorre da aplicação conjugada de diversos instrumentos jurídicos: a função social do contrato, a boa-fé objetiva, a teoria da imprevisão e, especialmente, o regime de proteção do consumidor estabelecido pelo CDC. Esses instrumentos reconhecem que os contratos de planos de saúde não podem ser tratados como contratos comerciais comuns, mas como contratos existenciais, que envolvem a proteção de direitos fundamentais e que exigem uma interpretação e aplicação que priorizem a dignidade da pessoa humana e a efetividade do direito à saúde.

⁹⁸ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Op. cit. Art. 6º, III, V, VIII; arts. 36-37.

⁹⁹ BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Op. cit. Art. 47.

¹⁰⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013/PR. Terceira Turma. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 12 mar. 2019. Diário da Justiça Eletrônico, 18 mar. 2019

4. ANÁLISE DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO ESCOLAR

A análise específica da problemática do acompanhamento terapêutico escolar no contexto dos contratos de planos de saúde exige a compreensão de um conjunto complexo de normas, princípios e orientações jurisprudenciais que regulam o setor de saúde suplementar no Brasil. Essa análise deve considerar não apenas as disposições contratuais e a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas também os direitos fundamentais envolvidos, especialmente o direito à saúde e o direito à educação, bem como a proteção especial conferida às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pela legislação brasileira.

A questão central que se apresenta é a delimitação da responsabilidade pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar: trata-se de uma prestação de natureza sanitária, a ser custeadas pelos planos de saúde, ou de uma prestação de natureza educacional, a cargo do sistema de ensino? Essa questão não é meramente acadêmica, mas possui profundas implicações práticas para milhares de famílias brasileiras que dependem desse suporte para garantir a inclusão e o desenvolvimento de seus filhos com TEA.

A complexidade dessa questão reside na natureza híbrida do acompanhamento terapêutico escolar, que possui simultaneamente características de intervenção terapêutica (prescrita por profissionais de saúde como parte de um plano de tratamento) e de suporte educacional (executado em ambiente escolar com o objetivo de efetivar a aprendizagem e a inclusão). Essa dualidade dificulta a subsunção do serviço a uma categoria jurídica específica e gera interpretações divergentes por parte das operadoras de planos de saúde, das instituições de ensino, dos órgãos reguladores e do Poder Judiciário.

A Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), ao estabelecer o direito ao acompanhante especializado para pessoas com TEA em casos de comprovada necessidade, representou um avanço significativo na proteção dos direitos dessas pessoas, mas não especificou a quem compete o custeio desse profissional¹⁰¹. Essa lacuna normativa tem gerado intensa judicialização, com decisões contraditórias em diferentes instâncias e tribunais.

¹⁰¹ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Art. 3º, parágrafo único.

A recente decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), proferida em 2024 pela Terceira Turma sob a relatoria da Ministra Nancy Andrichi, buscou estabelecer um critério mais objetivo para essa questão, distinguindo entre o acompanhamento terapêutico realizado em ambiente clínico (que deve ser coberto pelos planos de saúde) e aquele realizado em ambiente escolar ou domiciliar (que não seria de responsabilidade dos planos, salvo previsão contratual expressa)¹⁰². Essa distinção, embora traga maior segurança jurídica, suscita questionamentos sobre sua adequação à realidade do tratamento do TEA, que sabidamente exige intervenções em múltiplos contextos.

Para compreender adequadamente essa problemática, é necessário analisar: (i) a regulação dos planos de saúde pela ANS e o rol de procedimentos obrigatórios; (ii) a Lei Berenice Piana e o direito ao acompanhante especializado; (iii) a distinção entre acompanhamento terapêutico clínico e escolar; (iv) a jurisprudência do STJ sobre o tema; e (v) a delimitação da responsabilidade pelo custeio entre os diferentes atores envolvidos (planos de saúde, sistema educacional e famílias).

4.1 A Regulação dos Planos de Saúde pela ANS e o Rol de Procedimentos

A regulação dos planos de saúde no Brasil é exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial criada pela Lei nº 9.961/2000¹⁰³, vinculada ao Ministério da Saúde, com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A ANS possui competência para estabelecer normas sobre cobertura mínima obrigatória, fiscalizar o cumprimento dessas normas, aplicar sanções às operadoras que adotam práticas abusivas e promover a mediação de conflitos entre operadoras e beneficiários.

A Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece em seu artigo 12 o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituem a referência básica para os planos privados de assistência à saúde¹⁰⁴. Esse rol, denominado

¹⁰² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.088.881/SP. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrichi. Julgado em 18 jun. 2024.

¹⁰³ BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

¹⁰⁴ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Art. 12.

"Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", é atualizado periodicamente pela ANS e lista os procedimentos, exames, consultas, terapias e internações que devem ser obrigatoriamente cobertos pelas operadoras de planos de saúde.

A natureza jurídica do rol da ANS — se taxativo ou exemplificativo — tem sido objeto de intensa controvérsia doutrinária e jurisprudencial ao longo dos últimos anos. Durante muito tempo, as operadoras de planos de saúde sustentaram que o rol seria taxativo, ou seja, que apenas os procedimentos expressamente listados deveriam ser cobertos, excluindo-se qualquer obrigação de cobertura para tratamentos não previstos. Essa interpretação, contudo, foi progressivamente rejeitada pela jurisprudência, especialmente pelo Superior Tribunal de Justiça, que passou a reconhecer o caráter exemplificativo do rol, especialmente quando a negativa de cobertura para tratamentos não listados pudesse comprometer a vida ou a saúde do beneficiário¹⁰⁵.

O debate sobre a natureza do rol da ANS atingiu seu ápice em 2022, quando o STJ, em sede de Embargos de Divergência em Recurso Especial (EREsp 1.886.929/SP), fixou inicialmente a tese de que o rol da ANS seria taxativo, mas admitindo exceções em situações específicas¹⁰⁶. Essa decisão gerou grande polêmica e foi objeto de intensas críticas por parte de entidades de defesa do consumidor, da comunidade médica e de organizações da sociedade civil, que alertaram para os riscos de retrocesso na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde.

Em resposta a essa controvérsia, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 14.454/2022, que alterou a Lei nº 9.656/98 para estabelecer expressamente o caráter exemplificativo do rol da ANS e fixar critérios para a cobertura de tratamentos não listados. A lei estabelece que os planos de saúde devem cobrir exames ou tratamentos não previstos no rol quando houver: (i) comprovação da eficácia do tratamento, baseada em evidências científicas e recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) ou de pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde reconhecido internacionalmente; e (ii) impossibilidade de substituição por tratamento previsto no rol¹⁰⁷.

¹⁰⁵ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.733.013/PR. Terceira Turma. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 12 mar. 2019. Diário da Justiça Eletrônico, 18 mar. 2019.

¹⁰⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP. Corte Especial. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Julgado em 8 jun. 2022. Diário da Justiça Eletrônico, 1 ago. 2022.

¹⁰⁷ BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2022.

A Lei nº 14.454/2022 representou um importante avanço na proteção dos direitos dos beneficiários de planos de saúde, estabelecendo critérios mais claros e objetivos para a cobertura de tratamentos não previstos no rol da ANS. Contudo, a aplicação prática desses critérios ainda gera controvérsias, especialmente no que diz respeito à comprovação da eficácia dos tratamentos e à avaliação da impossibilidade de substituição. Além disso, a lei não resolve a questão específica do acompanhamento terapêutico escolar, que envolve não apenas a discussão sobre a inclusão ou não no rol da ANS, mas também a delimitação das fronteiras entre o direito à saúde e o direito à educação.

O rol de procedimentos da ANS é organizado em diferentes segmentações de planos: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológico e referência (que abrange todas as coberturas). Para cada segmentação, o rol estabelece os procedimentos obrigatórios, incluindo consultas, exames, terapias, procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos. A Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS, que atualizou o rol de procedimentos, incluiu expressamente a cobertura de terapias multidisciplinares para o tratamento de transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo o TEA¹⁰⁸.

A Resolução Normativa nº 465/2021 estabelece que os planos de saúde devem cobrir sessões de terapia com psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta para o tratamento de transtornos do neurodesenvolvimento, sem limitação de número de sessões quando houver indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente. Essa previsão representa um avanço significativo, pois reconhece a necessidade de tratamento multidisciplinar e intensivo para pessoas com TEA e veda a prática, antes comum, de limitação do número de sessões de terapia¹⁰⁹.

Contudo, a Resolução Normativa nº 465/2021 não menciona expressamente o acompanhamento terapêutico, seja em ambiente clínico, domiciliar ou escolar. Essa ausência de previsão expressa tem gerado interpretações divergentes. Algumas operadoras de planos de saúde argumentam que, não estando o acompanhamento terapêutico previsto no rol da ANS, não haveria obrigação de cobertura. Outras operadoras reconhecem a cobertura do

¹⁰⁸ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 fev. 2021.

¹⁰⁹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Op. cit. Anexo II.

acompanhamento terapêutico quando realizado em ambiente clínico, mas negam a cobertura quando realizado em ambiente escolar ou domiciliar.

A jurisprudência tem reconhecido que a ausência de previsão expressa no rol da ANS não afasta, por si só, a obrigação de cobertura, especialmente quando o tratamento é prescrito por profissional de saúde como parte de um plano terapêutico e quando há evidências científicas de sua eficácia. Contudo, no caso específico do acompanhamento terapêutico escolar, a jurisprudência tem sido mais cautelosa, reconhecendo que se trata de uma questão que envolve não apenas a interpretação do rol da ANS, mas também a delimitação das responsabilidades entre os sistemas de saúde e de educação.

A regulação da ANS também estabelece normas sobre outras questões relevantes para os contratos de planos de saúde, incluindo: prazos de carência (Resolução Normativa nº 195/2009)¹¹⁰; reajustes de mensalidades (Resolução Normativa nº 441/2018)¹¹¹; portabilidade de carências (Resolução Normativa nº 438/2018)¹¹²; e mecanismos de resarcimento ao SUS quando beneficiários de planos de saúde utilizam serviços públicos (Lei nº 9.656/98, art. 32)¹¹³. Essas normas buscam equilibrar os interesses das operadoras, dos beneficiários e do sistema público de saúde, garantindo a sustentabilidade do setor de saúde suplementar e a proteção dos direitos dos consumidores.

A fiscalização da ANS é exercida por meio de diversos instrumentos, incluindo: o Programa de Qualificação de Operadoras (Resolução Normativa nº 386/2015)¹¹⁴, que avalia a qualidade da atenção à saúde e a satisfação dos beneficiários; o monitoramento de indicadores assistenciais e econômico-financeiros; a análise de reclamações de beneficiários; e a aplicação de sanções administrativas às operadoras que descumprem as normas regulatórias. As sanções podem incluir advertências, multas, suspensão da comercialização de produtos e, em casos extremos, a liquidação extrajudicial da operadora.

¹¹⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2009.

¹¹¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018. Dispõe sobre os critérios de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2018.

¹¹² AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 438, de 3 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a portabilidade de carências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 dez. 2018.

¹¹³ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Op. cit. Art. 32.

¹¹⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 386, de 9 de outubro de 2015. Dispõe sobre a consolidação e atualização do Programa de Qualificação de Operadoras. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2015.

Apesar dos avanços na regulação do setor de saúde suplementar, persistem desafios significativos. A judicialização excessiva, o aumento dos custos assistenciais, a incorporação de novas tecnologias de alto custo, o envelhecimento da população e a necessidade de garantir a sustentabilidade financeira das operadoras são questões que exigem uma atuação regulatória cada vez mais sofisticada e equilibrada. No contexto específico do acompanhamento terapêutico escolar, a ausência de normas claras e específicas tem gerado insegurança jurídica e conflitos que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas com TEA e de suas famílias.

4.2 A Lei Berenice Piana e o Direito ao Acompanhante Especializado

A Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana em homenagem à ativista que liderou a mobilização pela sua aprovação, representa um marco fundamental na proteção dos direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista no Brasil. Essa lei instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconheceu expressamente as pessoas com TEA como pessoas com deficiência para todos os efeitos legais, garantindo-lhes o acesso a todos os direitos e garantias previstos na legislação de proteção às pessoas com deficiência¹¹⁵.

A Lei Berenice Piana estabelece, em seu artigo 1º, § 2º, que são diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista: a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas; a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com TEA; a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes; o estímulo à inserção da pessoa com TEA no mercado de trabalho; a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações; e o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com TEA¹¹⁶.

O dispositivo mais relevante para a discussão sobre o acompanhamento terapêutico escolar é o parágrafo único do artigo 3º da Lei Berenice Piana, que estabelece:

¹¹⁵ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Art. 1º, § 2º.

¹¹⁶ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Op. cit. Art. 1º, § 2º, incisos I a VI.

Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado. (BRASIL, 2012)¹¹⁷

Esse dispositivo consagra o direito ao acompanhante especializado como um direito subjetivo da pessoa com TEA, condicionado à comprovação da necessidade. A comprovação da necessidade, segundo a interpretação doutrinária e jurisprudencial, deve ser feita por meio de avaliação realizada por equipe multidisciplinar, que pode incluir médicos, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais especializados. Essa avaliação deve considerar as características individuais da pessoa com TEA, suas dificuldades específicas e a necessidade de suporte para garantir sua inclusão e aprendizagem no ambiente escolar.

A Lei Berenice Piana, contudo, não especifica quem deve custear o acompanhante especializado. O texto legal estabelece o direito, mas não delimita a responsabilidade pelo seu financiamento. Essa lacuna normativa tem gerado intensa controvérsia e judicialização, com diferentes interpretações sobre se a responsabilidade seria do sistema educacional (escolas públicas ou privadas), do sistema de saúde (SUS ou planos de saúde privados) ou das próprias famílias.

A interpretação mais comum, adotada por grande parte da doutrina e da jurisprudência, é de que o acompanhante especializado previsto na Lei Berenice Piana constitui um suporte educacional, e não um serviço de saúde. Essa interpretação se fundamenta no fato de que o dispositivo está inserido no contexto do direito à educação, referindo-se expressamente à inclusão em "classes comuns de ensino regular". Além disso, o acompanhante especializado tem como função facilitar a aprendizagem, a comunicação, a interação social e a adaptação ao ambiente escolar, objetivos que se relacionam primordialmente com o direito à educação¹¹⁸.

Nessa linha interpretativa, a responsabilidade pelo custeio do acompanhante especializado seria do sistema educacional. No caso de escolas públicas, a responsabilidade seria do Poder Público (União, Estados ou Municípios, conforme a competência). No caso de escolas privadas, a jurisprudência tem reconhecido que a responsabilidade seria da própria

¹¹⁷ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Op. cit. Art. 3º, parágrafo único.

¹¹⁸ SANTOS, Wederson Rufino dos; PEREIRA, Ana Paula Monteiro. Pessoas com deficiência e direito à educação: a Lei Berenice Piana e a inclusão escolar. Revista Educação Especial, Santa Maria, v. 31, n. 63, p. 1.023-1.036, out./dez. 2018.

instituição de ensino, não podendo ser transferida para as famílias por meio de cobrança de valores adicionais. O Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente afirmado que as escolas privadas não podem cobrar valores adicionais pela disponibilização de acompanhante especializado, pois essa cobrança violaria o direito à educação inclusiva e caracterizaria discriminação em razão da deficiência¹¹⁹.

Contudo, uma interpretação alternativa, defendida por algumas famílias e por parte da doutrina, sustenta que o acompanhante especializado, quando prescrito por profissionais de saúde como parte de um plano terapêutico para o tratamento do TEA, teria natureza de intervenção terapêutica e, portanto, deveria ser custeado pelos planos de saúde. Essa interpretação se fundamenta no fato de que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que exige tratamento multidisciplinar e intensivo, e que o acompanhamento terapêutico em diferentes contextos (clínico, domiciliar e escolar) é parte integrante deste tratamento.

A Lei Berenice Piana também estabelece outras importantes garantias para as pessoas com TEA, incluindo o direito ao diagnóstico precoce, ao atendimento multiprofissional, ao acesso a medicamentos e nutrientes, à proteção contra discriminação e à participação em atividades de lazer, cultura e esporte. Essas garantias reforçam a necessidade de uma abordagem integral e intersetorial, que articule as políticas de saúde, educação, assistência social e outras áreas.

4.3 A Distinção entre Acompanhamento Terapêutico Clínico e Escolar

A distinção entre acompanhamento terapêutico realizado em ambiente clínico e aquele realizado em ambiente escolar tem sido o critério central adotado pela jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça para delimitar a responsabilidade dos planos de saúde pelo custeio desse serviço. Essa distinção, embora traga maior segurança jurídica, suscita questionamentos sobre sua adequação à realidade do tratamento do Transtorno do Espectro Autista, que sabidamente exige intervenções em múltiplos contextos.

O acompanhamento terapêutico clínico é aquele realizado em consultórios, clínicas, ambulatórios ou hospitais, sob supervisão direta de profissionais de saúde (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas), como parte de um

¹¹⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.869.014/SP. Terceira Turma. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Julgado em 14 set. 2021. Diário da Justiça Eletrônico, 17 set. 2021.

plano de tratamento estruturado. Esse tipo de acompanhamento tem objetivos terapêuticos claramente definidos, utiliza técnicas e protocolos baseados em evidências científicas e é documentado em prontuários e relatórios clínicos. O ambiente clínico é controlado, estruturado e projetado especificamente para a realização de intervenções terapêuticas¹²⁰.

O acompanhamento terapêutico escolar, por sua vez, é aquele realizado no ambiente educacional (escolas, creches, instituições de ensino), durante as atividades escolares regulares, com o objetivo de facilitar a inclusão, a aprendizagem, a comunicação e a interação social da pessoa com TEA. Embora possa ser realizado por profissionais com formação em saúde (psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos), o acompanhamento escolar tem como foco principal o suporte educacional, a mediação das relações com professores e colegas, a adaptação de materiais pedagógicos e a facilitação da participação nas atividades escolares.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, especialmente a partir da decisão proferida em 2024 no Recurso Especial nº 2.088.881/SP, estabeleceu que os planos de saúde são obrigados a cobrir o acompanhamento terapêutico quando realizado em ambiente clínico, por profissionais de saúde, como parte de um plano de tratamento prescrito por médico. Contudo, a mesma decisão estabeleceu que o acompanhamento realizado em ambiente escolar não seria de responsabilidade dos planos de saúde, pois teria natureza predominantemente educacional¹²¹.

Essa distinção baseia-se em dois critérios principais: o critério do ambiente (clínico vs. escolar) e o critério da finalidade (terapêutica vs. educacional). Segundo essa interpretação, o ambiente onde o serviço é prestado e a finalidade predominante da intervenção são elementos determinantes para definir se se trata de um serviço de saúde (a ser custeado pelos planos de saúde) ou de um serviço educacional (a ser custeado pelo sistema de ensino ou pelas escolas).

Essa distinção, contudo, tem sido objeto de críticas por parte de especialistas em TEA, de famílias e de parte da doutrina jurídica. Os críticos argumentam que o tratamento do TEA, por sua própria natureza, exige intervenções em múltiplos contextos (clínico, domiciliar,

¹²⁰ RIBEIRO, Sabrina Helena Bandini. Acompanhamento terapêutico: conceitos e práticas. In: BAPTISTA, Claudio Roberto; BOSA, Cleonice Alves (Org.). Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 115-128.

¹²¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.088.881/SP. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Julgado em 18 jun. 2024.

escolar, comunitário), pois as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TEA manifestam-se em todos os ambientes de sua vida. A separação rígida entre intervenções clínicas e intervenções escolares, segundo essa crítica, não corresponde à realidade do tratamento baseado em evidências científicas, que preconiza a generalização das habilidades aprendidas em contexto clínico para os contextos naturais da vida da pessoa¹²².

Além disso, os críticos apontam que o acompanhamento terapêutico escolar, quando prescrito por profissionais de saúde como parte de um plano de tratamento, não perde sua natureza terapêutica pelo simples fato de ser realizado em ambiente escolar. A prescrição médica ou de outros profissionais de saúde, a utilização de técnicas terapêuticas baseadas em evidências (como a Análise do Comportamento Aplicada - ABA, o modelo TEACCH ou o modelo Denver), a documentação em prontuários clínicos e a supervisão por profissionais de saúde são elementos que caracterizam o acompanhamento escolar como parte integrante do tratamento de saúde, e não como mero suporte educacional.

Por outro lado, os defensores da distinção argumentam que reconhecer o acompanhamento terapêutico escolar como responsabilidade dos planos de saúde poderia gerar consequências indesejáveis, incluindo: a transferência de responsabilidades que deveriam ser do sistema educacional para o sistema de saúde; o aumento excessivo dos custos dos planos de saúde, com impacto nas mensalidades pagas por todos os beneficiários; a dificuldade de delimitação do que seria "acompanhamento terapêutico" e do que seria "suporte educacional"; e a possibilidade de que outros tipos de suporte educacional (como professores auxiliares, intérpretes de Libras, cuidadores) também fossem reivindicados como responsabilidade dos planos de saúde.

A questão, portanto, envolve não apenas uma discussão técnica sobre a natureza do serviço, mas também uma discussão sobre a alocação de recursos e responsabilidades entre diferentes sistemas (saúde e educação). Trata-se de uma questão de política pública, que exige uma solução legislativa clara, capaz de delimitar as responsabilidades de cada sistema e garantir que as pessoas com TEA tenham acesso efetivo aos suportes de que necessitam, sem que as famílias sejam oneradas indevidamente ou fiquem em situação de insegurança jurídica.

¹²² GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl., p. S83-S94, 2004.

4.4 A Jurisprudência do STJ sobre o Tema (REsp 2.064.964/SP - 2024)

A decisão proferida pelo Superior Tribunal de Justiça no Recurso Especial nº 2.064.964/SP, julgado em 20 de fevereiro de 2024 pela Terceira Turma sob a relatoria da Ministra Nancy Andrichi, representa o posicionamento mais recente e relevante da jurisprudência brasileira sobre a responsabilidade dos planos de saúde pelo custeio do acompanhamento terapêutico para pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Essa decisão estabeleceu critérios objetivos para delimitar quando os planos de saúde são obrigados a cobrir esse tipo de serviço, buscando trazer maior segurança jurídica a uma questão que tem gerado intensa judicialização e decisões contraditórias nos tribunais brasileiros¹²³.

O caso concreto que deu origem ao recurso especial envolvia a negativa de um plano de saúde em custear diversas terapias prescritas para uma criança com TEA, incluindo psicopedagogia, musicoterapia e equoterapia. A família argumentava que as terapias haviam sido prescritas por médico como parte do tratamento multidisciplinar necessário para o desenvolvimento da criança e que, portanto, deveriam ser cobertas pelo plano de saúde. A operadora, por sua vez, sustentava que alguns procedimentos não constavam no rol de procedimentos obrigatórios da ANS e que se tratariam de serviços educacionais ou recreativos, e não de serviços de saúde.

A Terceira Turma do STJ decidiu que os planos de saúde são obrigados a cobrir sessões de psicopedagogia e outros tipos de acompanhamento terapêutico para pessoas com TEA apenas quando esses serviços são realizados em ambiente clínico (consultórios, clínicas, ambulatórios ou hospitais) e conduzidos por profissionais de saúde devidamente habilitados. A decisão estabeleceu que o acompanhamento terapêutico realizado em ambiente escolar ou domiciliar não seria de responsabilidade dos planos de saúde, pois teria natureza predominantemente educacional ou de suporte familiar, e não de assistência à saúde¹²⁴.

A fundamentação da decisão baseou-se em três pilares principais. Em primeiro lugar, a Ministra Nancy Andrichi destacou que a Lei nº 9.656/98, que regula os planos de saúde, estabelece que a cobertura obrigatória abrange os serviços de assistência à saúde, conceito que deve ser interpretado considerando o ambiente onde o serviço é prestado e a natureza da intervenção. Segundo a relatora, a extensão da cobertura para serviços prestados em ambiente

¹²³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.064.964/SP. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrichi. Julgado em 20 fev. 2024. Diário da Justiça Eletrônico, 8 mar. 2024.

¹²⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.064.964/SP.

escolar ou domiciliar representaria uma ampliação das obrigações contratuais das operadoras que não encontra respaldo na legislação vigente¹²⁵.

Em segundo lugar, a decisão enfatizou a necessidade de preservar a distinção entre o direito à saúde e o direito à educação, que são direitos fundamentais autônomos, com sistemas de proteção e financiamento distintos. A Ministra Nancy Andrichi argumentou que reconhecer o acompanhamento terapêutico escolar como responsabilidade dos planos de saúde poderia gerar uma confusão entre esses dois sistemas, transferindo para o sistema de saúde suplementar responsabilidades que deveriam ser do sistema educacional. A relatora citou a Lei Berenice Piana (Lei nº 12.764/2012), que estabelece o direito ao acompanhante especializado em ambiente escolar, mas não atribui essa responsabilidade aos planos de saúde, evidenciando que o legislador distinguiu claramente essas duas esferas¹²⁶.

Em terceiro lugar, a decisão considerou os impactos econômicos e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. A relatora observou que a extensão da cobertura para serviços prestados em ambiente escolar poderia gerar um aumento significativo dos custos das operadoras, com reflexos nas mensalidades pagas por todos os beneficiários. Segundo a decisão, embora o direito à saúde seja fundamental e deva ser protegido, é necessário considerar também a sustentabilidade financeira do sistema de saúde suplementar, que atende cerca de 50 milhões de brasileiros¹²⁷.

A decisão estabeleceu, portanto, um critério objetivo baseado no local onde o serviço é prestado: ambiente clínico (responsabilidade do plano de saúde) versus ambiente escolar ou domiciliar (não responsabilidade do plano de saúde). Esse critério busca trazer maior previsibilidade e segurança jurídica, evitando decisões casuísticas e contraditórias. A Ministra Nancy Andrichi esclareceu que a atuação do psicopedagogo está situada entre as áreas da saúde e da educação, e que somente quando realizada em ambiente clínico por profissionais da saúde é que a psicopedagogia se configura como efetiva prestação de serviço de assistência à saúde, podendo ser objeto do contrato de plano de saúde.

¹²⁵ BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

¹²⁶ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Art. 3º, parágrafo único.

¹²⁷ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde. Brasília: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 21 out. 2025.

Quanto às demais terapias discutidas no caso, a decisão reconheceu que a equoterapia e a musicoterapia, sendo métodos eficientes de reabilitação da pessoa com deficiência, devem ser consideradas de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde para os beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, entre eles o transtorno do espectro autista. Essa parte da decisão reforçou o entendimento consolidado na jurisprudência do STJ de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar já reconheceu a importância das terapias multidisciplinares para os portadores de transtornos globais do desenvolvimento.

A decisão do STJ no REsp 2.064.964/SP gerou reações diversas. Entidades de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e famílias de pessoas com TEA manifestaram preocupação com a possibilidade de que a decisão dificulte o acesso ao acompanhamento terapêutico escolar, especialmente para famílias de baixa renda que dependem dos planos de saúde para custear os tratamentos. Argumentam que a distinção entre ambiente clínico e escolar não corresponde à realidade do tratamento do TEA, que exige intervenções em múltiplos contextos para ser efetivo.

Por outro lado, as operadoras de planos de saúde e suas entidades representativas manifestaram satisfação com a decisão, argumentando que ela traz maior segurança jurídica e delimita claramente as responsabilidades de cada sistema. Sustentam que a decisão evita a judicialização excessiva e protege a sustentabilidade financeira do sistema de saúde suplementar, que já enfrenta desafios relacionados ao envelhecimento da população e ao aumento dos custos assistenciais.

É importante observar que a decisão do STJ não possui efeito vinculante, ou seja, não obriga os demais tribunais a seguirem o mesmo entendimento. Trata-se de um precedente persuasivo, que certamente influenciará as decisões futuras, mas que pode ser objeto de divergência por parte de outros órgãos judiciais. Além disso, a decisão não impede que o legislador, por meio de lei, estabeleça a obrigatoriedade de cobertura do acompanhamento terapêutico escolar pelos planos de saúde, caso entenda que essa é a solução mais adequada do ponto de vista de política pública.

A jurisprudência anterior do STJ sobre o tema era fragmentada e, em certos aspectos, contraditória. Havia decisões que reconheciam a obrigatoriedade de cobertura do acompanhamento terapêutico em qualquer ambiente, desde que prescrito por médico, e outras decisões que negavam a cobertura quando o serviço era prestado fora do ambiente clínico. A

decisão no REsp 2.064.964/SP buscou uniformizar esse entendimento, estabelecendo um critério mais claro e objetivo que pudesse orientar tanto as operadoras quanto os beneficiários e os tribunais.

Outro aspecto relevante da decisão é que ela não se limitou ao acompanhamento terapêutico para pessoas com TEA, mas estabeleceu um critério geral aplicável a qualquer tipo de acompanhamento ou suporte terapêutico. Isso significa que a distinção entre ambiente clínico e não clínico também se aplica a outras situações, como o acompanhamento terapêutico para pessoas com outros transtornos mentais, deficiências intelectuais ou doenças crônicas. Essa generalização do critério amplia o alcance da decisão e reforça sua importância como precedente jurisprudencial.

A decisão também reforçou a importância da prescrição médica como requisito para a cobertura de qualquer tratamento pelos planos de saúde. A relatora enfatizou que a cobertura do acompanhamento terapêutico em ambiente clínico está condicionada à existência de prescrição médica que indique a necessidade do serviço, especifique a frequência e a duração do tratamento e demonstre que o acompanhamento é parte integrante de um plano terapêutico estruturado. A ausência de prescrição médica adequada pode justificar a negativa de cobertura pela operadora, desde que fundamentada e não abusiva.

Por fim, a decisão destacou a importância da atuação regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na definição dos procedimentos de cobertura obrigatória. A relatora observou que a ANS possui competência técnica para avaliar a eficácia e a necessidade de incorporação de novos procedimentos ao rol de cobertura obrigatória e que as decisões judiciais devem respeitar essa competência regulatória, intervindo apenas em situações excepcionais, quando a negativa de cobertura comprometer direitos fundamentais ou quando houver evidências científicas robustas que justifiquem a cobertura de procedimento não previsto no rol.

A decisão do STJ no REsp 2.064.964/SP, portanto, representa uma tentativa de equilibrar a proteção do direito à saúde das pessoas com TEA com a necessidade de preservar a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar e de respeitar a distinção entre os sistemas de saúde e de educação. Trata-se de uma decisão que busca trazer maior segurança jurídica e previsibilidade, mas que também suscita questionamentos sobre sua adequação à

realidade do tratamento do TEA e sobre a necessidade de uma solução legislativa mais abrangente para essa questão.

Cabe destacar que, posteriormente, em junho de 2024, a mesma Terceira Turma do STJ, também sob a relatoria da Ministra Nancy Andrichi, reafirmou esse entendimento em outro caso envolvendo psicopedagogia para TEA. Nessa segunda decisão, a ministra esclareceu que a psicopedagogia deve ser considerada como contemplada nas sessões de psicologia, as quais, de acordo com a ANS, são de cobertura obrigatória e ilimitada pelas operadoras de planos de saúde, desde que realizadas em ambiente clínico por profissionais de saúde. Essa segunda decisão consolidou a jurisprudência do tribunal sobre o tema e reforçou os critérios estabelecidos no REsp 2.064.964/SP¹²⁸.

¹²⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrichi. Julgado em 18 jun. 2024. Psicopedagogia para tratamento de TEA e os planos de saúde. Brasília: STJ, 2024. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2024/18062024-Plano-so-precisa-cobrir-psicopedagogia-para-TEA-se-realizada-por-profissional-de-saude-em-ambiente-clinico.aspx>. Acesso em: 21 out. 2025.

5. A RESPONSABILIDADE PELO CUSTEIO: PLANOS DE SAÚDE, SISTEMA EDUCACIONAL OU FAMÍLIAS?

A questão da responsabilidade pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar para pessoas com Transtorno do Espectro Autista representa um dos dilemas mais complexos e controversos do direito brasileiro contemporâneo, envolvendo a intersecção entre o direito à saúde, o direito à educação, à proteção da pessoa com deficiência e os limites da responsabilidade contratual dos planos de saúde. A ausência de uma solução legislativa clara e específica para essa questão tem gerado intensa judicialização, decisões contraditórias e, sobretudo, insegurança jurídica para as famílias que dependem desse suporte para garantir a inclusão e o desenvolvimento de seus filhos.

A análise da responsabilidade pelo custeio exige a consideração de três possíveis responsáveis: os planos de saúde privados, o sistema educacional (público ou privado) e as próprias famílias. Cada uma dessas alternativas possui fundamentos jurídicos, implicações práticas e desafios específicos que merecem análise detalhada.

5.1 Responsabilidade dos Planos de Saúde

A tese da responsabilidade dos planos de saúde pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar fundamenta-se na natureza terapêutica desse serviço quando prescrito por profissionais de saúde como parte de um plano de tratamento para o TEA. Segundo essa interpretação, o acompanhamento terapêutico, independentemente do ambiente onde é realizado, constitui uma intervenção de saúde que visa ao tratamento de um transtorno do neurodesenvolvimento e, portanto, deveria ser coberto pelos planos de saúde¹²⁹.

Os defensores dessa tese argumentam que o tratamento do TEA, por sua própria natureza, exige intervenções em múltiplos contextos (clínico, domiciliar, escolar e comunitário), pois as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TEA manifestam-se em todos os ambientes de sua vida. A literatura científica sobre o tratamento do TEA é unânime em reconhecer que a generalização das habilidades aprendidas em contexto clínico para os contextos naturais da vida da pessoa é essencial para a efetividade do tratamento. Negar a

¹²⁹ KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. S3-S11, 2006

cobertura do acompanhamento terapêutico escolar, segundo essa perspectiva, comprometeria a integralidade do tratamento e violaria o direito à saúde¹³⁰.

Além disso, os defensores dessa tese apontam que a prescrição médica ou de outros profissionais de saúde, a utilização de técnicas terapêuticas baseadas em evidências científicas (como a Análise do Comportamento Aplicada - ABA, o modelo TEACCH ou o modelo Denver), a documentação em prontuários clínicos e a supervisão por profissionais de saúde são elementos que caracterizam o acompanhamento escolar como parte integrante do tratamento de saúde, e não como mero suporte educacional.

Contudo, essa tese enfrenta objeções significativas. A principal objeção, consolidada na recente jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, é de que o acompanhamento realizado em ambiente escolar teria natureza predominantemente educacional, relacionando-se com o direito à educação inclusiva, e não com o direito à saúde. Além disso, há preocupações sobre os impactos econômicos dessa interpretação, que poderia gerar um aumento significativo dos custos dos planos de saúde, com reflexos nas mensalidades pagas por todos os beneficiários.

5.2 Responsabilidade do Sistema Educacional

A tese da responsabilidade do sistema educacional pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar fundamenta-se na Lei Berenice Piana (Lei nº 12.764/2012), que estabelece o direito ao acompanhante especializado em ambiente escolar, e na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que consagra o direito à educação inclusiva¹³¹. Segundo essa interpretação, o acompanhante especializado previsto na Lei Berenice Piana constitui um suporte educacional necessário para garantir a inclusão e a aprendizagem da pessoa com TEA, e sua provisão seria responsabilidade do sistema educacional.

No caso das escolas públicas, essa responsabilidade seria do poder público (União, Estados ou Municípios, conforme a competência constitucional em matéria educacional). A Constituição Federal estabelece que a educação é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante a oferta de atendimento educacional especializado aos educandos com

¹³⁰ GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTÀ, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl., p. S83-S94, 2004.

¹³¹ BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Art. 24.

deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208, III)¹³². A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) reforçam essa obrigação, estabelecendo que o poder público deve garantir os recursos e serviços necessários para a inclusão escolar das pessoas com deficiência¹³³.

No caso das escolas privadas, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça tem reconhecido que as instituições de ensino não podem cobrar valores adicionais pela disponibilização de acompanhante especializado, pois essa cobrança violaria o direito à educação inclusiva e caracterizaria discriminação em razão da deficiência. Segundo esse entendimento, as escolas privadas devem arcar com os custos do acompanhante especializado, incorporando-os em suas despesas operacionais e distribuindo-os entre todos os alunos, sem onerar especificamente as famílias de alunos com deficiência¹³⁴.

Essa tese possui forte fundamento jurídico e é a interpretação mais comum adotada pela doutrina e pela jurisprudência. Contudo, enfrenta desafios práticos significativos. Muitas escolas, especialmente as públicas e as privadas de menor porte, alegam não possuir recursos financeiros suficientes para contratar profissionais especializados em número adequado para atender todas as crianças com TEA que necessitam de acompanhamento. Essa alegação, longe de ser meramente retórica, encontra respaldo em dados concretos sobre o financiamento da educação básica no Brasil.

No caso das escolas públicas municipais, que concentram a maior parte das matrículas da educação infantil e dos anos iniciais do ensino fundamental, o custo médio anual por aluno estabelecido pelo FUNDEB muitas vezes não é suficiente para cobrir as despesas básicas de funcionamento. Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o valor aluno/ano do FUNDEB varia significativamente entre os estados, sendo que em muitos municípios das regiões Norte e Nordeste, esse valor mal ultrapassa o piso nacional, insuficiente para garantir padrões mínimos de qualidade.¹³⁵

¹³² BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Art. 208, III.

¹³³ BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Art. 28.

¹³⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.869.014/SP. Terceira Turma. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Julgado em 14 set. 2021. Diário da Justiça Eletrônico, 17 set. 2021.

¹³⁵ BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Relatório do 3º Ciclo de Monitoramento das Metas do Plano Nacional de Educação - 2020. Brasília, DF: INEP, 2020.

Disponível em:

<https://www.gov.br/inep/pt-br/centrais-de-conteudo/acervo-linha-editorial/publicacoes-institucionais/plano-nacional-de-educacao/relatorio-do-3o-ciclo-de-monitoramento-das-metas-do-plano-nacional-de-educacao-2020>.

Acesso em: 21 Dez. 2025.

A contratação de um profissional de apoio escolar, com carga horária integral e remuneração compatível com a função, pode representar um custo adicional de R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00 por mês, considerando salário, encargos trabalhistas e benefícios. Para um município de pequeno porte, com recursos limitados, a necessidade de contratar vários desses profissionais para atender a demanda de alunos com TEA pode comprometer significativamente o orçamento da educação, forçando os gestores a fazerem escolhas difíceis entre essa despesa e outras igualmente essenciais, como a manutenção da infraestrutura escolar, a aquisição de material didático ou a formação continuada de professores.

No setor privado, a situação não é menos complexa. As escolas de menor porte, que não integram grandes redes ou grupos educacionais, operam com margens de lucro reduzidas e enfrentam dificuldades para absorver custos adicionais não previstos em suas planilhas financeiras. A vedação legal de cobrança de valores extras das famílias de alunos com deficiência, embora juridicamente correta e moralmente necessária, impõe a essas escolas o desafio de diluir esses custos entre todos os alunos, o que pode resultar em aumentos generalizados de mensalidades. Esse aumento, por sua vez, pode tornar a escola menos competitiva no mercado ou menos acessível às famílias de classe média, criando um paradoxo: a escola que busca ser inclusiva pode acabar excluindo economicamente outros alunos. Além disso, muitas dessas escolas de bairro não possuem departamentos especializados em educação inclusiva, o que dificulta ainda mais a gestão desses custos e a implementação de práticas pedagógicas adequadas.

Além disso, há dificuldades relacionadas à qualificação profissional, pois nem sempre é fácil encontrar profissionais com formação adequada e experiência no atendimento a pessoas com TEA. Essa escassez de profissionais qualificados não é um problema pontual, mas sim o resultado de deficiências estruturais na formação inicial e continuada de educadores no Brasil. A maior parte dos cursos de Pedagogia e das licenciaturas ainda trata a educação especial e inclusiva de forma superficial, muitas vezes restringindo-a a uma ou duas disciplinas optativas, sem aprofundamento nas especificidades de cada tipo de deficiência ou transtorno. No caso do Transtorno do Espectro Autista, que apresenta uma heterogeneidade significativa em suas manifestações, essa formação genérica é claramente insuficiente.¹³⁶

¹³⁶ NUNES, Debora Regina de Paula; AZEVEDO, Mariana Queiroz Orrico de; SCHMIDT, Carlo. Inclusão educacional de pessoas com Autismo no Brasil: uma revisão da literatura. Revista Educação Especial, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 557-572, set./dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/10178>. Acesso em: 21 dez. 2025.

O acompanhante terapêutico escolar precisa dominar não apenas conceitos teóricos sobre o TEA, mas também técnicas práticas de intervenção, como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), o Modelo Denver de Intervenção Precoce (ESDM), estratégias de comunicação alternativa e aumentativa (CAA), e métodos de adaptação curricular e de material pedagógico. Essas competências exigem formação especializada, que geralmente é oferecida apenas em cursos de pós-graduação lato sensu (especializações) ou em cursos livres de longa duração, muitos dos quais têm custos elevados e são oferecidos predominantemente em grandes centros urbanos. Para profissionais que atuam em cidades do interior ou em regiões mais remotas, o acesso a essa formação é ainda mais difícil, seja pela distância, seja pelos custos de deslocamento e hospedagem, seja pela incompatibilidade de horários com suas jornadas de trabalho.

Além da formação inicial deficiente, há o problema da experiência prática. Muitos profissionais recém-formados ou que buscam ingressar na área de apoio escolar não tiveram oportunidades de estágio ou de atuação supervisionada com crianças com TEA durante sua graduação. Essa falta de experiência prática torna o processo de adaptação ao trabalho mais lento e dificulta a construção de um repertório de estratégias eficazes para lidar com situações desafiadoras do cotidiano escolar, como crises comportamentais, dificuldades de comunicação ou resistência a mudanças de rotina.

5.3 Responsabilidade das Famílias

A tese da responsabilidade das famílias pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar é a menos defensável do ponto de vista jurídico, mas tem sido, na prática, a solução mais comum. Diante da negativa de cobertura pelos planos de saúde e da ausência ou insuficiência de suporte por parte das escolas, muitas famílias são obrigadas a contratar e custear diretamente os profissionais que acompanham seus filhos no ambiente escolar.

Essa situação gera profundas desigualdades sociais, pois apenas as famílias com maior poder aquisitivo conseguem arcar com os custos do acompanhamento terapêutico escolar, que podem ser bastante elevados. As famílias de baixa renda, que não possuem recursos para contratar profissionais especializados, ficam sem acesso a esse suporte, comprometendo a inclusão e o desenvolvimento de seus filhos.

Do ponto de vista jurídico, a imposição dessa responsabilidade às famílias viola diversos princípios e normas constitucionais e legais. A Constituição Federal estabelece que a

educação é direito de todos e dever do Estado, e que o atendimento educacional especializado deve ser garantido pelo poder público (art. 208, III)¹³⁷. A Lei Berenice Piana estabelece o direito ao acompanhante especializado, sem condicionar esse direito à capacidade financeira das famílias. O Estatuto da Pessoa com Deficiência proíbe expressamente a cobrança de valores adicionais em razão da deficiência (art. 28, § 1º)¹³⁸.

Portanto, embora seja a solução mais comum na prática, a responsabilização das famílias pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar não possui fundamento jurídico adequado e representa uma violação dos direitos fundamentais das pessoas com TEA.

5.4 A Necessidade de uma Solução Legislativa

A análise das três possíveis responsabilidades revela que nenhuma delas oferece uma solução plenamente satisfatória do ponto de vista jurídico, prático e social. A responsabilização dos planos de saúde enfrenta objeções relacionadas à natureza do serviço e aos impactos econômicos. A responsabilização do sistema educacional, embora juridicamente mais fundamentada, enfrenta desafios práticos relacionados à disponibilidade de recursos e à qualificação profissional. A responsabilização das famílias, embora seja a solução mais comum na prática, viola direitos fundamentais e gera profundas desigualdades sociais.

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de uma solução legislativa clara e específica, que delimite as responsabilidades de cada sistema (saúde e educação) e estabeleça mecanismos de financiamento adequados para garantir o acesso efetivo ao acompanhamento terapêutico escolar para todas as pessoas com TEA que dele necessitem, independentemente de sua condição socioeconômica.

Uma possível solução legislativa poderia estabelecer um modelo de responsabilidade compartilhada, em que o sistema de saúde (público ou privado) seria responsável pela avaliação, prescrição e supervisão do acompanhamento terapêutico, enquanto o sistema educacional seria responsável pela provisão do acompanhante no ambiente escolar. Esse modelo exigiria a articulação entre os dois sistemas e a criação de mecanismos de financiamento compartilhado, que poderiam incluir repasses de recursos do sistema de saúde para o sistema educacional ou a criação de fundos específicos para o financiamento da educação inclusiva.

¹³⁷ BRASIL. Constituição (1988). Op. cit. Art. 208, III.

¹³⁸ BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Op. cit. Art. 28, § 1º.

Outra alternativa seria a criação de um benefício assistencial específico, no âmbito da política de assistência social, destinado a custear o acompanhamento terapêutico escolar para famílias de baixa renda. Esse benefício poderia ser financiado pelo orçamento da seguridade social e administrado pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou por outros órgãos da rede socioassistencial.

Independentemente do modelo adotado, é fundamental que a solução legislativa considere a realidade do tratamento do TEA, que exige intervenções em múltiplos contextos, e que garanta o acesso efetivo ao acompanhamento terapêutico escolar para todas as pessoas com TEA que dele necessitem. A ausência de uma solução legislativa clara perpetua a insegurança jurídica, a judicialização excessiva e, sobretudo, a violação dos direitos fundamentais das pessoas com TEA e de suas famílias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho busca analisar a complexa questão da responsabilidade pelo custeio do acompanhamento terapêutico escolar para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), investigando se essa responsabilidade seria dos planos de saúde privados, do sistema educacional ou das famílias. A problemática central decorreu da lacuna normativa existente na legislação brasileira, especialmente na Lei Berenice Piana (Lei nº 12.764/2012), que estabelece o direito ao acompanhante especializado sem delimitar a quem compete o seu financiamento¹³⁹.

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho demonstrou que a questão envolve a intersecção entre dois direitos fundamentais autônomos — o direito à saúde e o direito à educação — e exige a consideração de múltiplos aspectos: jurídicos, econômicos, sociais e científicos. A natureza híbrida do acompanhamento terapêutico escolar, que possui simultaneamente características de intervenção terapêutica e de suporte educacional, dificulta sua subsunção a uma categoria jurídica específica e gera interpretações divergentes.

O estudo da evolução do direito à saúde no Brasil, desde sua constitucionalização em 1988 até a regulação atual do setor de saúde suplementar, revelou que o princípio da força obrigatória dos contratos (*pacta sunt servanda*) tem sido progressivamente relativizado em favor da proteção de direitos fundamentais. A função social do contrato, a boa-fé objetiva, a teoria da imprevisão e o regime de proteção do consumidor estabelecido pelo Código de Defesa do Consumidor constituem instrumentos jurídicos que limitam a autonomia privada e impõem deveres específicos às operadoras de planos de saúde¹⁴⁰.

Contudo, essa relativização encontra limites quando se trata de delimitar as fronteiras entre o direito à saúde e o direito à educação. A decisão do REsp 2.064.964/SP proferida em 2024, estabeleceu que os planos de saúde são obrigados a cobrir o acompanhamento terapêutico apenas quando realizado em ambiente clínico, por profissionais de saúde, como parte de um plano de tratamento. O acompanhamento realizado em ambiente escolar,

¹³⁹ BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

¹⁴⁰ MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 676-698.

segundo essa decisão, teria natureza predominantemente educacional e não seria de responsabilidade dos planos de saúde¹⁴¹.

Essa distinção, embora traga maior segurança jurídica, suscita questionamentos sobre sua adequação à realidade do tratamento do TEA. A literatura científica é unânime em reconhecer que o tratamento efetivo do TEA exige intervenções em múltiplos contextos (clínico, domiciliar, escolar e comunitário), pois as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TEA manifestam-se em todos os ambientes de sua vida. A generalização das habilidades aprendidas em contexto clínico para os contextos naturais é essencial para a efetividade do tratamento¹⁴².

A análise das três possíveis responsabilidades pelo custeio revelou que nenhuma delas oferece uma solução plenamente satisfatória. A responsabilização dos planos de saúde enfrenta objeções relacionadas à natureza do serviço e aos impactos econômicos sobre a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar. A responsabilização do sistema educacional, embora juridicamente mais fundamentada, enfrenta desafios práticos relacionados à disponibilidade de recursos financeiros e à qualificação profissional. A responsabilização das famílias, embora seja a solução mais comum na prática, viola direitos fundamentais e gera profundas desigualdades sociais.

Diante desse cenário, conclui-se que a solução adequada para essa problemática não pode ser encontrada exclusivamente na interpretação judicial das normas existentes, mas exige uma intervenção legislativa clara e específica. É necessário que o legislador delimite as responsabilidades de cada sistema (saúde e educação) e estabeleça mecanismos de financiamento adequados para garantir o acesso efetivo ao acompanhamento terapêutico escolar para todas as pessoas com TEA que dele necessitem.

Uma possível solução seria a adoção de um modelo de responsabilidade compartilhada, em que o sistema de saúde seria responsável pela avaliação, prescrição e supervisão do acompanhamento terapêutico, enquanto o sistema educacional seria responsável pela provisão do acompanhante no ambiente escolar. Outra alternativa seria a

¹⁴¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.088.881/SP. Terceira Turma. Relatora: Ministra Nancy Andrighi. Julgado em 18 jun. 2024. Disponível em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2024/18062024-Plano-so-precisa-cobrir-psicopedagogia-para-TEA-se-realizada-por-profissional-de-saude-em-ambiente-clinico.aspx>. Acesso em: 10 out. 2025.

¹⁴² GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl., p. S83-S94, 2004.

criação de um benefício assistencial específico, no âmbito da política de assistência social, destinado a custear o acompanhamento terapêutico escolar para famílias de baixa renda. Esse benefício poderia ser financiado pelo orçamento da seguridade social e administrado pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou por outros órgãos da rede socioassistencial.

Independentemente do modelo adotado, é fundamental que a solução legislativa considere os seguintes princípios: (i) a dignidade da pessoa humana como valor supremo do ordenamento jurídico; (ii) a proteção integral das pessoas com deficiência, garantindo-lhes o acesso aos suportes necessários para sua inclusão social; (iii) a intersetorialidade das políticas públicas, articulando os sistemas de saúde, educação e assistência social; (iv) a equidade, garantindo que todas as pessoas com TEA, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso ao acompanhamento terapêutico escolar; e (v) a sustentabilidade financeira dos sistemas envolvidos, evitando soluções que comprometam a viabilidade econômica dos planos de saúde ou do sistema educacional.

A ausência de uma solução legislativa clara perpetua a insegurança jurídica, a judicialização excessiva e, sobretudo, a violação dos direitos fundamentais das pessoas com TEA e de suas famílias. Enquanto o legislador não atuar, milhares de famílias brasileiras continuarão enfrentando dificuldades para garantir o acesso ao acompanhamento terapêutico escolar, seja arcando diretamente com os custos elevados desse serviço, seja recorrendo ao Poder Judiciário em busca de decisões favoráveis, seja, na pior das hipóteses, renunciando a esse suporte essencial para o desenvolvimento de seus filhos.

Por fim, espera-se que este trabalho contribua para o debate acadêmico e social sobre essa questão, evidenciando a necessidade urgente de uma solução legislativa que harmonize os direitos fundamentais envolvidos e garanta a efetividade da proteção das pessoas com Transtorno do Espectro Autista no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 5 jan. 1916.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009.** Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 386, de 9 de outubro de 2015.** Dispõe sobre a consolidação e atualização do Programa de Qualificação de Operadoras. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 438, de 3 de dezembro de 2018.** Dispõe sobre a portabilidade de carências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 dez. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018.** Dispõe sobre os critérios de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 fev. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Súmula Normativa nº 91.**
Brasília: ANS, 2021. Disponível em:
<https://www.ans.gov.br/legislacao/sumulas-administrativas>. Acesso em: 07 de jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados gerais: beneficiários de planos privados de saúde.** Brasília: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula 608.** Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Aprovada em 24 abr. 2018. Diário da Justiça Eletrônico, 2 mai. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN.** Tribunal Pleno. Relator: Ministro Marco Aurélio. Julgado em 11 mar. 2020. Diário da Justiça Eletrônico, 6 mai. 2020.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil.** São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALVES, José Carlos Moreira. **Direito romano.** 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

ASCARELLI, Tullio. **Corso di diritto commerciale: introduzione e teoria dell'impresa.** 3. ed. Milano: Giuffrè, 1962.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial.** Belo Horizonte: Fórum, 2013.

CORDEIRO, António Manuel da Rocha e Menezes. **Da boa fé no direito civil.** Coimbra: Almedina, 2001.

FACHIN, Luiz Edson. **Teoria crítica do direito civil.** Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

GILISSEN, John. **Introdução histórica ao direito.** Tradução de A. M. Hespanha e L. M. Macaísta Malheiros. 4. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

GOMES, Orlando. **Contratos.** 26. ed. Atualizada por Antonio Junqueira de Azevedo e Francisco Paulo De Crescenzo Marino. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor.** 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The cost of rights: why liberty depends on taxes.** New York: W. W. Norton, 1999.

LARENZ, Karl. **Derecho de obligaciones.** Tradução de Jaime Santos Briz. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado, 1958, t. I.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Inclusão escolar: o que é? por quê? como fazer?** São Paulo: Moderna, 2003.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais.** 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

MARTINS-COSTA, Judith. **A boa-fé no direito privado: critérios para a sua aplicação.** São Paulo: Marcial Pons, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor.** 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

NEGREIROS, Teresa. **Teoria do contrato: novos paradigmas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil: contratos.** 21. ed. Atualizada por Regis Fichtner. Rio de Janeiro: Forense, 2017, v. III.

ALEMANHA. **Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).** Berlin: Reichsgesetzblatt, 1896.

FRANÇA. **Code Civil des Français.** Paris: Imprimerie de la République, 1804.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Revista de Direito Social, Porto Alegre, v. 9, n. 34, p. 11-43, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. **Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl., p. S83-S94, 2004.

KLIN, Ami. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. S3-S11, 2006.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. **Constitucionalização do direito civil.** Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 36, n. 141, p. 99-109, jan./mar. 1999.

NUNES, Debora Regina de Paula; AZEVEDO, Mariana Queiroz Orrico de; SCHMIDT, Carlo. **Inclusão educacional de pessoas com Autismo no Brasil: uma revisão da literatura.** Revista Educação Especial, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 557-572, set./dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/10178>. Acesso em: 25 out. 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do domínio público ao domínio privado.** In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

RIBEIRO, Sabrina Helena Bandini. **Acompanhamento terapêutico: conceitos e práticas.** In: BAPTISTA, Claudio Roberto; BOSA, Cleonice Alves (Org.). Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 115-128.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Relatório do 3º Ciclo de Monitoramento das Metas do Plano Nacional de Educação - 2020.** Brasília, DF: INEP, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/centrais-de-conteudo/acervo-linha-editorial/publicacoes-institucionais/plano-nacional-de-educacao/relatorio-do-3o-ciclo-de-monitoramento-das-metas-do-plano-nacional-de-educacao-2020>. Acesso em: 25 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Justiça em Números 2024: ano-base 2023.** Brasília: CNJ, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Data and statistics on autism spectrum disorder.** Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acesso em: 20 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Genebra: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11).** Genebra: OMS, 2018.