

Mais de 53 milhões de brasileiros possuem hoje vínculos com planos de assistência médica. O número ajuda a dimensionar porque decisões sobre cobertura não dizem respeito apenas ao paciente, ao médico e à operadora envolvidos em determinado processo. Em um sistema dessa escala, cada discussão sobre incorporação de tratamentos também envolve critérios científicos, segurança assistencial, regulação e sustentabilidade.

Esse talvez seja um dos pontos mais relevantes do debate que se consolidou no Supremo Tribunal Federal em torno da cobertura de procedimentos não previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Mais importante do que classificar o rol simplesmente como aberto ou fechado é reconhecer que a prescrição médica, embora essencial para definir a condução clínica de um paciente, não pode funcionar isoladamente como critério jurídico para impor uma cobertura.

A assistência à saúde convive hoje com uma velocidade inédita de desenvolvimento de medicamentos, terapias e tecnologias. Nem toda inovação, entretanto, possui o mesmo grau de evidência científica, segurança ou efetividade. Há tratamentos promissores que ainda estão em avaliação, alternativas já cobertas capazes de produzir resultados equivalentes e tecnologias cujo benefício pode não estar suficientemente demonstrado para determinada indicação.

É justamente por isso que a regulação possui um papel que não deve ser confundido com simples restrição de acesso. Cabe à ANS avaliar evidências, acompanhar a incorporação de tecnologias e estabelecer parâmetros para um sistema que precisa atender milhões de beneficiários de forma contínua.

Ao analisar a ADI 7.265, o STF procurou organizar essa equação estabelecendo parâmetros objetivos para a cobertura excepcional de procedimentos e tratamentos não incorporados ao rol da ANS. Nessa hipótese, o custeio somente poderá ser admitido quando estiverem cumulativamente demonstrados os cinco requisitos fixados pela Corte: prescrição por profissional habilitado; registro sanitário perante a ANVISA; existência de evidências científicas de alto nível quanto à eficácia e à segurança da terapêutica; inexistência de alternativa terapêutica adequada já contemplada no rol; e ausência de manifestação expressa da ANS contrária à sua incorporação.

A relevância desse entendimento está menos na criação de uma barreira e mais na exigência de fundamentação. Uma indicação médica deixa de ser tratada, por si só, como prova suficiente de que determinado procedimento deve necessariamente integrar a cobertura contratada.

Esse cuidado é particularmente importante porque a relação entre médico e paciente possui uma finalidade distinta daquela exercida pela regulação. O profissional assistente avalia as necessidades clínicas individuais e deve buscar a melhor alternativa terapêutica para aquela pessoa. A ANS, por sua vez, precisa analisar evidências e impactos em escala coletiva. O Judiciário, quando chamado a interferir nessa relação, não deveria substituir nenhuma dessas funções.

Por isso, outro avanço importante está na valorização do apoio técnico às decisões judiciais. A consulta a estruturas como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário permite que questões altamente especializadas sejam examinadas à luz da medicina baseada em evidências, e não exclusivamente da urgência apresentada no processo.

Essa mudança de perspectiva é especialmente relevante em ações envolvendo doenças graves ou tratamentos inovadores. São situações naturalmente sensíveis, nas quais a urgência do paciente é legítima. Mas reconhecer essa urgência não elimina a necessidade de verificar se o tratamento possui eficácia demonstrada, se é seguro e se existem alternativas disponíveis.

A discussão tampouco deve ser reduzida a uma oposição entre pacientes e operadoras. Os planos de saúde funcionam segundo uma lógica coletiva de compartilhamento de riscos. Os recursos que financiam a assistência de um beneficiário são formados pelas contribuições do conjunto de participantes. Decisões individuais de cobertura, portanto, também produzem efeitos sobre esse

equilíbrio.

Sustentabilidade, nesse caso, não é um interesse exclusivo das empresas. É condição para que o próprio sistema possa continuar oferecendo assistência aos seus beneficiários.

Esse raciocínio ganha ainda mais relevância em um mercado que supera 53 milhões de vínculos médico-hospitalares e no qual novas tecnologias são incorporadas continuamente. A própria ANS definiu para sua Agenda Regulatória 2026-2028 prioridades relacionadas à qualidade da atenção, ao acesso aos serviços e ao equilíbrio das relações assistenciais e econômicas.

O desafio, portanto, não é escolher entre inovação e regulação, nem entre o direito do paciente e a sustentabilidade das operadoras. É construir decisões capazes de combinar esses elementos.

A medicina continuará avançando e novos tratamentos continuarão chegando aos tribunais antes mesmo que todas as respostas estejam disponíveis. Quanto maior for esse movimento, mais importante será evitar soluções baseadas em um único elemento do processo.

Na saúde suplementar, proteger o paciente também significa exigir evidência, segurança e critérios técnicos. E preservar a capacidade do sistema de atender milhões de pessoas amanhã precisa fazer parte das decisões tomadas hoje.

Fonte: Longitude, em 21.09.2026