



O ACESSO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E AS PRÁTICAS ARBITRÁRIAS DOS PLANOS DE SAÚDE BRASILEIROS

ACCESS TO HEALTHCARE FOR PERSONS WITH DISABILITIES AND THE ARBITRARY PRACTICES OF BRAZILIAN HEALTH PLANS

Joice Graciele Nielsson

Doutora em Direito Público pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Pós-Doutorado em Direito pela Università degli Studi “G. d’Annunzio” - Chieti (Itália). Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Email: joice.gn@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3808-1064

Mariana Emilia Bandeira

Mestranda em Direitos Humanos pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Bolsista CAPES/PDPG. Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação - Alteridade na Pós-Graduação. Email: marianaebandeira@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3010-7692

Ana Luisa Dessoy Weiler

Doutoranda e Mestra em Direitos Humanos pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Bolsista CAPES/PDPG - Políticas Afirmativas e Diversidade Edital 17/2023. Ijuí, Rio Grande do Sul, Email: anadessoyweiler@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2216-4212

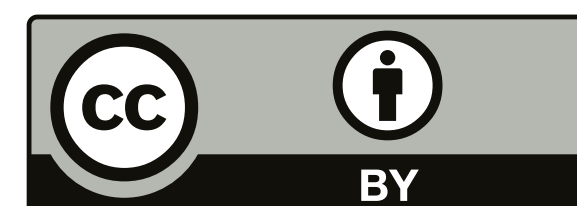
COMO CITAR: NIELSSON, Joice Graciele; BANDEIRA, Mariana Emilia; WEILER, Ana Luisa Dessoy. O acesso à saúde da pessoa com deficiência e as práticas arbitrárias dos planos de saúde brasileiros. *Scientia Iuris*, Londrina, v.29, n. 1, p. 141-156, mar. 2025. DOI: 10.5433/2178-8189.2025v29n1.p141-156. ISSN: 2178-8189.

RESUMO: Este artigo abordará o cancelamento e a rescisão arbitrária dos planos de saúde em relação às pessoas com deficiência a partir do direito constitucional à saúde. Utilizando uma abordagem hipotético-dedutiva e interseccional, a pesquisa explora a construção histórica do direito público-privado da saúde no Brasil e o acesso a uma saúde igualitária ao sujeito com deficiência. Como hipótese, tem-se que, apesar da evolução do acesso à saúde para todos no Brasil, barreiras estruturais e sociais persistem, impedindo a efetivação plena desses direitos tidos como Direitos Humanos para pessoas com deficiência, principalmente, no setor privado. O estudo se divide em três seções principais: a construção histórica da saúde público-privada no Brasil e a efetivação desse direito na Constituição Federal, como garantia fundamental; o acesso à saúde pelas pessoas com deficiência; e a negativa de acesso pelos planos de saúde. Este trabalho não apenas confirma a hipótese de que, embora garantido no patamar de Direitos Sociais e até mesmo Direito Humanos, as barreiras sociais e econômicas, impedem o amplo acesso de pessoas com deficiência a uma saúde plena.

PALAVRAS-CHAVE: pessoas com deficiência; planos de saúde; saúde pública; saúde privada.

ABSTRACT: This article will address the arbitrary cancellation and termination of health plans in relation to people with disabilities based on the constitutional right to health. Using a hypothetical-deductive and intersectional approach, the research explores the historical construction of public-private health rights in Brazil and access to equal health for individuals with disabilities. As a hypothesis, it is assumed that, despite the evolution of access to health for all in Brazil, structural and social barriers persist, preventing the full realization of these rights considered as Human Rights for people with disabilities, mainly in the private sector. The study is divided into three main sections: the historical construction of public-private health in Brazil and the implementation of this right in the Federal Constitution, as a fundamental guarantee; o access to health for people with disabilities; and denial of access by health plans. This work not only confirms the hypothesis that, although guaranteed at the level of Social Rights and even Human Rights, social and economic barriers prevent broad access for people with disabilities to full health.

KEYWORDS: people with disabilities; health plans; public health; private healthcare.



INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais surgiram como limites ao poder do Estado, protegendo as liberdades individuais e os direitos sociais. A política de saúde no Brasil teve um desenvolvimento segmentado desde o início, com a chegada da família real portuguesa, que criou uma estrutura mínima de saúde no Rio de Janeiro. Durante a Primeira República, o movimento sanitário ampliou a autoridade estatal, mas deixou parte da população sem acesso à assistência médica.

A criação do SUS, na década de 1990, foi uma reforma audaciosa que visava garantir o direito à saúde para todos os cidadãos. No entanto, a privatização da saúde compromete esse direito, desviando recursos e precarizando o trabalho na área da saúde. A pandemia de Covid-19 evidenciou a fragilidade do sistema de saúde e a necessidade de adotar alternativas ao neoliberalismo para garantir a sobrevivência da humanidade.

A questão da deficiência também é um tema complexo, marcado pela exclusão e discriminação, ao longo da história. Atualmente, a saúde das pessoas com deficiência é um direito humano fundamental, mas enfrenta desafios como a discriminação e o cancelamento arbitrário de planos de saúde. A relação entre o público e o privado, na saúde brasileira, é controversa, com a necessidade de equilibrar interesses individuais e sociais para garantir o acesso universal à saúde. A dignidade da pessoa humana é um valor fundamental que deve orientar a proteção dos direitos humanos em todas as áreas, incluindo o direito à saúde.

O objetivo principal deste estudo é avaliar como a deficiência influencia no acesso a uma saúde público-privada igualitária no Brasil. Investigou-se como os avanços sociais e legislativos têm influenciado no acesso das pessoas com deficiência à saúde através da rescisão e do cancelamento arbitrário dos planos de saúde.

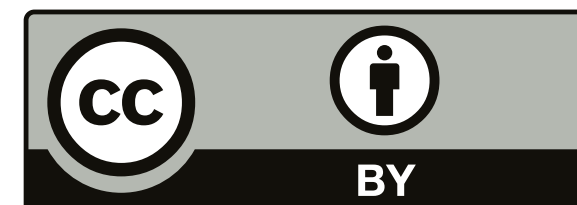
A hipótese deste trabalho sugere que, apesar de considerados como Direito Social e um Direito Humano, o acesso à saúde pelas pessoas com deficiência encontra inúmeras barreiras sociais, impossibilitando a vivência plena de um direito, que deveria ser garantido a todos, sem distinção de qualquer natureza. A existência da marginalização e preconceito contra as pessoas com deficiência acaba por interferir no pleno exercício de direitos e garantias.

A metodologia adotada é a hipotético-dedutiva, com abordagens qualitativas, bibliográficas, documentais e exploratórias. A pesquisa inclui análises de dados do Ministério da Saúde do Brasil, além de revisões bibliográficas e documentais centradas em legislações pertinentes e literatura especializada. Os descritores utilizados incluem “Pessoa com deficiência”, “Histórico da Saúde”, “Direitos Humanos”, “Planos de Saúde” e “Saúde público-privado”.

Este trabalho é dividido em três seções principais: (a) a construção histórica da saúde público-privada no Brasil da chegada dos portugueses à promulgação da Constituição Federal de 1988 e b) a construção do acesso à saúde para pessoas com deficiência sobre o viés público e privado; c) a saúde para pessoas com deficiência como direitos fundamentais a partir do cancelamento e rescisão arbitrários dos planos de saúde.

1 ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Os direitos fundamentais surgiram como limites ao poder do Estado, representando a tutela das liberdades burguesas e, posteriormente, os direitos sociais, com a participação no poder político e distribuição de riqueza. A consciência histórica dos direitos humanos surgiu da ideia de que as instituições devem servir aos governados e não aos governantes. Os direitos sociais e políticos têm origem no movimento socialista do século XIX, visando proteger grupos sociais marginalizados pela miséria e fome (Fortunato; Destro, 2019, p. 21). Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a “política de saúde foi constituída de forma segmentada desde seu nascedouro” (Menicucci, 2014, p. 79).



O Estado brasileiro surgiu a partir da Metrópole portuguesa e a nação como máscara da Colônia, resultando em uma assimetria entre as Constituições e a realidade social (Fortunato; Destro, 2019, p. 22). Sob essa perspectiva, mesmo após a colonização, o Brasil não possuía um modelo de atenção à saúde populacional, sendo o cuidado com a saúde feito de acordo com os costumes de cada grupo até a chegada da família real, que criou uma estrutura mínima de saúde no Rio de Janeiro, visando manter uma mão de obra saudável para os negócios reais (Baptista, 2007, p. 30; Kucharski *et al.*, 2021, p. 40; Polignano, [2020], p. 3).

Com a vinda da família real, houve um aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, levando à institucionalização do setor de saúde e regulação da prática médica (Baptista, 2007, p. 31). A falta de profissionais médicos levou à proliferação de boticários, que não possuíam formação acadêmica. A chegada da família real, em 1808, levou à fundação do Colégio Médico-Cirúrgico na Bahia e da Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro. Entretanto, até 1850, as atividades de saúde pública eram limitadas às juntas municipais e ao controle sanitário das cidades (Kucharski *et al.*, 2021, p. 40; Polignano, [2020], p. 3).

Com a Proclamação da República, em 1889, o Brasil passou a adotar uma organização jurídico-política capitalista, mas, ainda era dominada pelo coronelismo. A falta de um modelo sanitário levou a epidemias nas cidades brasileiras, especialmente, no Rio de Janeiro (Polignano, [2020], p. 4).

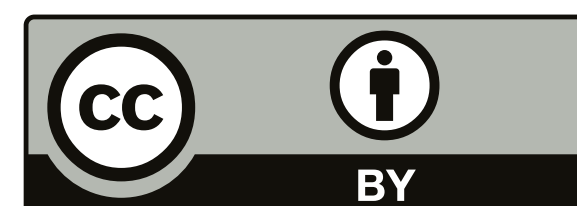
Durante a Primeira República, o movimento sanitário ampliou a autoridade estatal sobre o território e criou as bases para a burocracia em saúde pública. No entanto, as ações de saúde pública focaram mais em medidas coletivas e preventivas, deixando parte da população sem acesso à assistência médica. A preocupação com a saúde integral não era prioridade dos governantes, faltando uma política abrangente de proteção social (Baptista, 2007, p. 31-32).

A operação e o desenvolvimento da política de assistência à saúde tiveram como um dos seus efeitos a geração de assimetrias de poder entre os grupos afetados por ela, modelando também diferentes identidades entre os atores beneficiados pelas políticas. Essa assimetria garantiu que, em diferentes momentos, alguns interesses tivessem maior acesso ao processo decisório, de forma a ter maior capacidade de influenciar os resultados. Desse modo, na análise da trajetória da política tratou-se de verificar como a configuração da política de saúde não apenas afetou o desenvolvimento de atores e a constituição de interesses, mas também modelou as interações e as estratégias políticas dos grupos beneficiados por ela, de tal forma que as transformações da política passam a fluir segundo os parâmetros determinados pelo próprio formato da política. É nessa medida que as políticas de saúde estruturaram o processo decisório (Menicucci, 2007, p. 29).

A saúde envolve a percepção de sua dependência das condições de vida e organização social, assim como a ausência de doenças. A criação da Organização Mundial de Saúde, em 1946, definiu a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Isso demonstra a importância de fatores individuais, físicos, psicológicos, sociais e econômicos para a saúde, com destaque para a influência da organização social na produção de doenças (Dallari, 2008, p. 12).

Foi apenas a partir de 1950, que passaram a ocorrer mudanças no sistema de proteção à saúde no Brasil, decorrente do processo de industrialização e que deslocou o centro econômico do país para os grandes centros urbanos. Isso gerou uma massa operária que necessitava de atendimento médico, levando a uma rápida expansão dos serviços de saúde (Baptista, 2007, p. 38). No entanto, durante o regime militar, os direitos sociais, eram instrumentos de manutenção do poder e legitimidade do governo, enquanto a população sofria com a falta de liberdades civis e sociais (Fortunato; Destro, 2019, p. 25).

Desde os anos 1960, o capitalismo entrou em um ciclo de crise estrutural, marcado por políticas neoliberais hegemônicas. O neoliberalismo levou a um aumento da desigualdade, com concentração de riqueza nas mãos dos detentores de capital. A financeirização da economia permitiu ganhos fictícios para a classe dominante, enquanto a classe trabalhadora enfrentava desemprego, perda de direitos e retrocesso organizacional (Cislaghi, 2021, p. 16-17).



Durante a ditadura militar, houve, então, um aumento da concentração e centralização do capital, com uma crescente privatização, havendo, na área da saúde, uma inversão de prioridades, com ênfase na saúde curativa em detrimento da saúde pública. A medicalização da vida social foi imposta, com a incorporação de tecnologias estrangeiras no setor de saúde (Cislaghi, 2019, p. 62).

Após a crise econômica do regime militar, a sociedade brasileira mobilizou-se por liberdade e democracia, levando à democratização do país no final dos anos 70. As eleições de 1982 foram marcadas por negociações políticas entre forças conservadoras e moderadas, enquanto em 1986, as forças conservadoras venceram devido a práticas corruptas. Setores progressistas e de esquerda receberam apoio popular significativo (Kucharski *et al.*, 2021, p. 46-47).

A globalização e os ajustes macroeconômicos com predominância do capital financeiro trouxeram desafios adicionais para a construção de um sistema de proteção social no Brasil. A fragilidade das forças sociais e sua representatividade limitaram a transformação de demandas em políticas públicas eficazes (Cordeiro *et al.*, 2010, p. 132).

A década de 1990 foi marcada por uma reforma audaciosa na política de saúde no Brasil, em um contexto nacional e internacional desfavorável. Enquanto o mundo discutia a diminuição do papel do Estado, o Brasil ampliava sua responsabilidade na provisão de políticas públicas, indo contra a corrente liberal pró-mercado (Menicucci, 2014, p. 82).

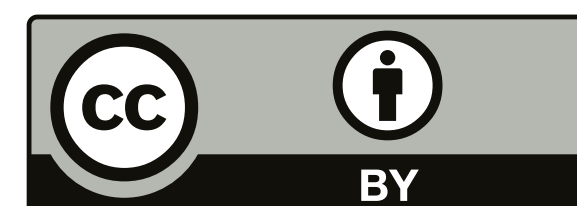
A reforma sanitária defendeu a saúde como parte integral da qualidade de vida, abordando, não apenas a assistência médica, mas também, os determinantes sociais da saúde, como fatores econômicos, sociais e culturais (Brasil, 2007, p. 7-8). O movimento sanitarista impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Kucharski *et al.*, 2021, p. 47).

A reforma foi impulsionada por um movimento em prol da democratização do país, que buscava ampliar os direitos de cidadania, incluindo o direito à saúde, por meio das lutas dos trabalhadores contra a desigualdade do sistema capitalista, sendo o Estado responsável por garantir esses direitos (Menicucci, 2007, p. 35-36; Sousa, 2014, p. 228). Esse movimento articulou novas ideias baseadas em conhecimento acadêmico, formando uma comunidade epistêmica e influenciando as políticas de saúde (Menicucci, 2007, p. 36).

Um dos grandes desafios enfrentados na criação do Sistema Único de Saúde foi a dependência da rede pública de saúde em relação à rede privada, com pouca regulação e influência dos interesses privados sobre o interesse público. A implementação do SUS aconteceu, ao mesmo tempo, em que se discutia a assistência médica supletiva, representada pelos planos de saúde privados (Menicucci, 2014, p. 83).

É fácil entender que os incentivos fiscais são oferecidos exatamente quando se quer incentivar determinado comportamento. Fácil também é entender a consequência do crescimento dos planos de saúde, em parte então financiados pelo governo, porque os incentivos fiscais podem ser contabilizados como gastos públicos – o que deixa de ganhar constitui gasto: a expansão bastante acentuada do segmento privado de forma autônoma a partir dos anos 1960 e particularmente na década de 1980, exatamente quando há um processo de democratização que colocará em cena outros atores políticos e permitirá o surgimento de projetos alternativos de política de saúde que rompam com essa lógica (Menicucci, 2014, p. 80).

Ao longo de todas as Constituições brasileiras, desde 1824 até a redemocratização em 1988, houve modificações nos aspectos institucionais, porém, as garantias de direitos sociais eram limitadas e, muitas vezes, apenas serviam para legitimar o regime vigente (Fortunato; Destro, 2019, p. 30). No que se refere ao direito à saúde, a exceção pode ser vista na Constituição de 1934, que sugeria a possibilidade de competência para a União e Estados cuidarem da saúde (Dallari, 2008, p. 10).



A saúde somente se tornou um direito social reconhecido e garantido na Constituição de 1988, resultado de uma longa trajetória de lutas e mobilização social (Fortunato; Destro, 2019, p. 30-31; Sturza; Souza, 2022, p. 126). A transição democrática permitiu a mudança institucional ao possibilitar que novos atores ganhassem visibilidade e influência no processo decisório. No entanto, as mudanças não foram totalmente descontínuas, devido aos constrangimentos informais que limitaram e limitam a ruptura institucional, onde a interação entre o processo político e as estruturas institucionais da saúde permitiram compreender não apenas a continuidade, mas também, o dinamismo institucional (Menicucci, 2007, p. 36).

A Constituição de 1988 estabelece, no capítulo VIII da Ordem Social e na Seção II relacionada à Saúde, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Polignano, [2020], p. 22). O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Isso significa que a saúde é um direito garantido a todos os cidadãos brasileiros, não sendo um serviço ao qual só se tem acesso mediante pagamento (Matta, 2007, p. 67).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está inserido em um contexto mais amplo da política pública de seguridade social, abrangendo, não só a saúde, mas também, a previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil representou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social abrangente, justa, equânime e democrática, onde o Estado tem o dever de prover e cuidar da saúde da população. O SUS foi fundamental na luta e construção desse modelo protetor brasileiro, garantindo o direito à saúde para todos os cidadãos (Baptista, 2007, p. 55; Matta, 2007, p. 61).

Sob tal perspectiva, a universalidade no acesso à saúde, garantida pelo Sistema Único de Saúde, não significa gratuidade, mas sim, a garantia do direito à saúde como um direito social e coletivo garantido constitucionalmente e financiado por impostos e outros recursos (Matta, 2007, p. 67). Todavia, há uma contradição entre a universalização e a focalização, em que alguns têm acesso restrito de acordo com sua condição financeira (Sousa, 2014, p. 228).

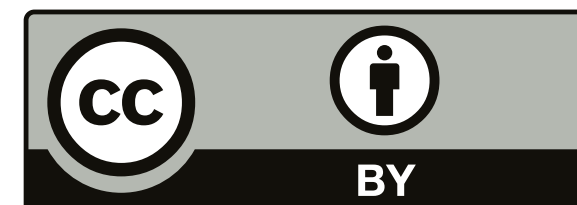
A noção de direito à saúde expressa na Constituição afirma que as condições de saúde da população são resultantes do contexto econômico e social brasileiro que não se reduz à compreensão biomédica do processo de saúde/doença. Ou seja, para uma população atingir padrões aceitáveis de saúde, é necessário, além de ações e serviços setoriais, políticas econômicas que assegurem a igualdade de condições de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento social (Matta, 2007, p.68).

Os princípios do SUS incluem universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade. A equidade busca tratar de forma desigual os desiguais, investindo onde a desigualdade é maior, enquanto a integralidade propõe um atendimento que considera ações preventivas e curativas, valorizando a visão ampliada de saúde (Matta, 2007, p. 66).

Todavia, em que pese a universalização da assistência pública, esta segue tendo os mesmos problemas encontrados na implementação do SUS, legitimando, formalmente, a segmentação da assistência privada. Esse processo evidencia que a mudança institucional na política de saúde no Brasil foi e ainda é marcada por uma dualidade entre a ruptura e a continuidade, influenciada por fatores endógenos e exógenos à política de saúde (Menicucci, 2007, p. 200).

Enquanto defensores do pensamento neoliberal argumentam que a parceria público-privada é necessária para melhorar a qualificação do setor de saúde, críticos da Reforma Sanitária argumentam que a privatização ameaça os direitos conquistados e compromete a regulação e qualidade dos serviços de saúde (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020, p. 25).

Nesse sentido, a chamada crise do capital tem afetado os sistemas universais de saúde, levando a cortes de gastos e a precarização do atendimento. A dualidade entre o sistema público e privado no Brasil reflete a desigualdade no acesso



aos serviços de saúde, prejudicando a efetividade dos princípios do SUS, como a equidade (Sousa, 2014, p. 230).

O funcionamento dos serviços de saúde pública, dependendo da gestão e organização, muitas vezes entra em um círculo vicioso. As condições infraestruturais são precárias e a remuneração é baixa, por isso os profissionais, particularmente os médicos, se recusam a trabalhar no sistema público. Há escassez principalmente de médicos especializados, que preferem se dedicar aos seus consultórios particulares atendendo a planos e seguros (Sousa, 2014, p. 231).

A contratualização de serviços de saúde entre o público e o privado tende a ser burocrática e obscurecida por interesses privados, o que pode levar a lacunas no cumprimento do contexto público. A regulação eficiente da saúde privada é considerada essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020, p. 28).

Essa privatização, principalmente nos anos 2000, trouxe transformações e gerou debates sobre a justificação desse processo. A mistura entre estabelecimentos públicos e privados na área da saúde fez com que a rotulação fosse uma apropriação singular, relacionada à capacidade de pagamento direta ou indireta dos indivíduos, em vez da natureza das instituições de saúde. Isso levou à ocultação do privado no público e do público no privado, tornando a distinção entre os dois setores mais sutil (Bahia, 2010, p. 118-119).

A mescla entre o público e o privado na saúde tem sido criticada por dificultar a implementação de políticas universais de saúde (Cegatti; Carnut; Mendes, 2020, p. 28-29). A crise de 2008, resultou em novas expropriações e privatizações, com a transferência de fundos públicos para o capital. Essa crise levou a uma nova fase do neoliberalismo, mais profunda e violenta, com projetos políticos neofascistas ascendendo ao poder (Cislaghi, 2021, p. 17).

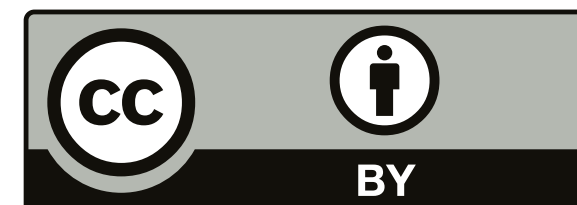
A pandemia do Covid-19, que iniciou no ano de 2020 e assolou o mundo todo, representou, no Brasil, uma oportunidade para a classe dominante se apropriar ainda mais da riqueza e submeter a atividade humana aos seus interesses. Enquanto as empresas mais lucrativas aumentavam seus ganhos, milhões de empregos desapareciam e meio bilhão de pessoas eram empurradas para a pobreza no mundo (Cislaghi, 2021, p. 17). A pandemia mostrou a fragilidade do sistema e a necessidade de alternativas ao neoliberalismo para garantir a sobrevivência da humanidade (Cislaghi, 2021, p. 17).

O crescimento do setor privado de saúde no Brasil relaciona-se às políticas de incentivo à demanda por serviços e à criação de estabelecimentos de saúde privados, onde a comercialização de planos de saúde tem se expandido e, mesmo com a implementação do SUS, a saúde continua sendo apropriada pelo setor privado, resultando em uma relação público-privada complexa (Araujo, 2015, p. 136-137).

A distribuição de renda, extremamente desigual no Brasil, está associada à disparidade de acesso à saúde, com os mais ricos detendo uma parcela significativa da renda, resultando em desigualdades nos anos de estudo e na posse de planos de saúde privados (Cordeiro *et al.*, 2010, p. 133).

Essa privatização da saúde compromete o direito à saúde, desviando recursos, desregulamentando o sistema de compras públicas e precarizando o trabalho na área da saúde. O modelo de gestão, adotado nos governos neoliberais, que busca transferir funções do Estado para a iniciativa privada, enfraquece a universalização e a integralidade das políticas públicas, em especial no setor da saúde (Araujo, 2015, p.142; Cislaghi, 2019, p. 63).

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, duas dimensões são destacadas: a oferta e o tempo de espera. No Brasil, a maior parte dos estabelecimentos com internação, leitos e unidades de serviço de apoio ao diagnóstico e terapia são privados, enquanto a maioria das unidades ambulatoriais é pública (Cordeiro *et al.*, 2010, p. 135). A presença de seguros privados suplementares ao sistema público de saúde apresenta desafios em termos de regulação para garantir a eficiência e equidade do sistema como um todo. Estudos internacionais mos-



tram que, em países onde há uma duplicação de seguros, as listas de espera nos serviços públicos tendem a ser maiores. No caso brasileiro, a cobertura duplicada pode intensificar as desigualdades no acesso devido à heterogeneidade estrutural da sociedade (Cordeiro *et al.*, 2010, p. 139-140).

Hoje, no Brasil, o obscurecimento do debate sobre as relações entre público e privado impede que a natureza contemporânea das bases corporativas, que alicerçam a privatização do sistema de saúde brasileiro, estimule um debate democrático. O liberalismo separa o privado do público e estabelece que o primeiro é o reino de uma pluralidade de interesses e visões irreconciliáveis. Ao público caberia impor ou sobrepor um consenso plasmado numa concepção compartilhada de justiça, a qual minimiza o antagonismo que decorre do pluralismo de valores e tende a reduzir a política à ética. Com isso, o pensamento liberal tende a ignorar o Estado e evadir-se da política, enfatizando duas esferas heterogêneas: a ética e a economia (Bahia, 2010, p. 127).

Atualmente, no Brasil, a privatização da saúde compromete o direito à saúde, desviando recursos e precarizando o trabalho na área. O debate sobre as relações entre público e privado está obscurecido, impedindo um debate democrático sobre a privatização do sistema de saúde brasileiro. O liberalismo separa o privado do público, enfatizando a economia em detrimento do papel do Estado na política de saúde. A mistura entre o público e privado na saúde dificulta a implementação de políticas universais de saúde e intensifica as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

2 ACESSO À SAÚDE E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

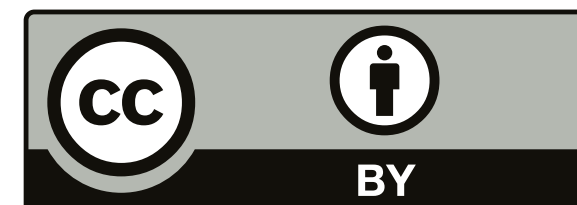
Ao falar sobre a pessoa com deficiência, o histórico é vasto remontando à antiguidade remota e à vida pré-histórica, uma vez que, as doenças incapacitantes e as deficiências físicas são descritas como tão antigas quanto a própria vida. Ao longo da história, as pessoas com deficiência enfrentaram diversos desafios e discriminações, desde serem vistas como portadoras de maldições até serem sacrificadas ou excluídas da sociedade. Com o passar do tempo e o advento de novas crenças e práticas, a visão sobre as pessoas com deficiência evoluiu para incluí-las como seres humanos merecedores de cuidado e assistência (Pereira; Saraiva, 2017, p. 173).

O tema da deficiência é complexo e resulta de um histórico de exclusão e preconceito, levando à estigmatização e marginalização da pessoa com deficiência na sociedade atual. Atualmente, a questão da deficiência é vista como uma questão de Direitos Humanos. Foucault (1978, p. 399), ao discutir a loucura nos séculos XVII e XVIII, estabelece a atribuição pela medicina da influência da lua e do clima às doenças mentais. Ele desenvolve a ideia de “forças penetrantes” para explicar as variações de comportamento decorrentes de fatores ambientais. Além disso, desde a antiguidade, as pessoas com deficiência foram objeto de diversos enfoques, como o modelo de prescindência, que as considerava como castigo divino. A sociedade parecia menos restritiva na época, levando ao surgimento dessas explicações para a deficiência (Foucault, 1978, p. 400; Palacios, 2008, p. 37).

Após a Primeira Guerra Mundial, surgiu o modelo médico ou reabilitador que explicava a deficiência como uma condição médica/biológica, rompendo com explicações religiosas, passando a descrever a deficiência como uma consequência natural de lesões no corpo, sendo a pessoa com deficiência alvo de cuidados biomédicos (Diniz, 2007, p. 22).

A desvantagem vivida pelos deficientes é atribuída a características naturais do corpo, sendo vista como uma tragédia pessoal. O percurso histórico das pessoas com deficiência, no Brasil, foi marcado por fases de eliminação e exclusão, deixando esse segmento à margem da sociedade (Pereira; Saraiva, 2017, p. 177-178).

O Paradigma da Institucionalização da Deficiência surgiu ainda no século XVIII, através do iluminismo e das configurações políticas e econômicas da época, retirando pessoas com deficiência de suas comunidades e mantendo-as em instituições segregadas (França, 2014, p. 106).



No Brasil, a reforma psiquiátrica teve início apenas no final do século XIX, com a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos inspirados no modelo asilar francês. No entanto, a assistência psiquiátrica ainda estava marcada por uma lógica de exclusão social e internação compulsória (Fonte, 2012).

O início da institucionalização dos chamados doentes mentais no país se deu em 1852, através de hospitais psiquiátricos, como o Hospital Psiquiátrico de Barbacena. O hospital, conhecido como “O Colônia”, recebia pessoas de todo o Brasil, que, muitas vezes, eram internadas à força, sem critérios claros e com diagnósticos padronizados. O Colônia tornou-se o destino de diversos grupos sociais considerados indesejados, incluindo os considerados insanos (Tolentino; Oliveira, [2013]).

Todavia, ainda no século XIX, com o avanço da medicina, a deficiência passou a ser vista como um problema médico, levando a uma superação da visão de deficiência como doença para uma condição do sujeito. Surgiram novas técnicas, adaptações e programas de ensino para pessoas com deficiência, culminando no aumento da preocupação com o potencial para o trabalho destas pessoas (Pacheco; Alves, 2007, p. 244).

Desta forma, a pessoa com deficiência, mesmo que não produtiva (para a economia, nas guerras políticas etc) adquire status de humano e possuidor de alma. Nesse sentido, atitudes de exterminação não são mais consideradas como aceitáveis e os cuidados com a pessoa com deficiência passam a ser assegurados pela família e a igreja, mesmo que tais cuidados não garantam, ainda, a integração do deficiente nessas instituições e na sociedade de forma geral (Pacheco; Alves, 2007, p. 243).

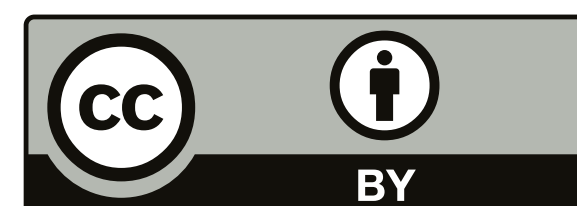
A desinstitucionalização da deficiência questiona a eficácia das instituições e busca reconhecer as pessoas com deficiência como sujeitos de direitos. Movimentos sociais, como a luta anti-manicomial, reivindicam a reintegração familiar e o fim das práticas institucionais prejudiciais. A eugenia, historicamente direcionada a diferentes grupos étnicos e raciais, foi utilizada para controlar a população eugênica, sendo as pessoas com deficiência alvos prioritários (França, 2014, p. 113).

Durante a ditadura militar, a Constituição Federal de 1967 contemplou direitos específicos para pessoas com deficiência, marcando o início de uma preocupação do Estado com essa questão. Posteriormente, em 1988, a Constituição promulgada abandonou o modelo assistencialista em favor da integração social da pessoa com deficiência. Em 1989, foi sancionada a Lei nº 7.853, que visava à integração social das pessoas com deficiência e, em 1999, o Decreto nº 3.298/99 instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, visando garantir o pleno exercício dos direitos dessas pessoas (Pereira; Saraiva, 2017, p. 181).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2009) traz uma visão de deficiência como um conceito em evolução, resultante da interação entre impedimentos e barreiras sociais, adotando, assim, o que chamamos de modelo social da deficiência¹. Antes disso, até os anos 1970, a deficiência era vista sob o viés de um modelo biológico, como um problema individual estigmatizado (Passos; Telles; Oliveira, 2019, p. 155). Atualmente, a definição de pessoas com deficiência, trazida pela citada Convenção, destaca que são indivíduos com impedimentos de longo prazo que, em interação com barreiras, dificultam sua plena participação na sociedade (Brasil, 2009). Essas pessoas enfrentam desafios como exclusão social, acesso limitado a serviços e espaços, além de violência decorrente de padrões de pensamento e comportamento impostos pela sociedade (Mendes; Schroeder; Denari, 2020, p. 2).

Nesse contexto, resta estabelecido que o Brasil teve sua formação do Estado e sua relação com a população influenciadas pelos movimentos europeus do século XVIII, enfrentando duas ditaduras militares, no século XX, que impac-

1 O modelo social afirma que a deficiência constitui uma questão social, não sendo, portanto, de cunho religioso ou somente médico, e demanda intervenções na sociedade, tendo sido criado no final da década de 70. O Brasil, ao assinar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, passa a adotar o modelo social em suas legislações. Tendo em vista o foco do artigo ser o acesso à saúde para a pessoa com deficiência, cabe o entendimento de que o Brasil utiliza do modelo social nas suas legislações, apresentando, todavia conflitos com o modelo biológico quando trata de políticas voltadas à saúde.



taram as relações entre Estado, economia política e direitos. Na área da Saúde Pública, o público foi visto como um dispositivo moderno para garantir higiene e saneamento urbano, além da coesão social durante a industrialização, envolvendo resistências da sociedade civil e interesses econômicos (Lara; Guareschi; Bernardes, 2016, p. 363).

As políticas de saúde abordaram e abordam diversos significados em relação às ações, conhecimentos e práticas que as constituem, sendo um paradigma em constante evolução (França *et al.*, 2010, p. 965). Esse dispositivo de publicização não se limita ao Estado, estendendo-se pela sociedade e gerando novas formas de governança (Lara; Guareschi; Bernardes, 2016, p. 363).

A saúde está diretamente ligada ao ambiente, considerando aspectos físicos como água, esgoto, resíduos domésticos e industriais, controle de vetores, entre outros, e fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, destacando a importância de ambientes saudáveis (França *et al.*, 2010, p. 965). A concepção de saúde como bem-estar físico, mental e social destaca a importância do equilíbrio interno e externo do homem (Martini; Sturza, 2017, p. 29). A adoção de ambientes saudáveis requer intervenções intersetoriais e participação social para garantir o direito à saúde e melhorar as condições de vida da população (França *et al.*, 2010, p. 965).

A saúde pública controla epidemias e atende à população pobre, enquanto a privada é acessível pela previdência social. A Reforma Sanitária questionou o modelo de saúde existente e propôs a universalização do acesso à saúde, mas, a relação entre política pública e privatização no contexto neoliberal gera uma indefinição entre público e privado, desafiando os sujeitos políticos a produzir um governo mais eficaz (Lara; Guareschi; Bernardes, 2016, p. 364).

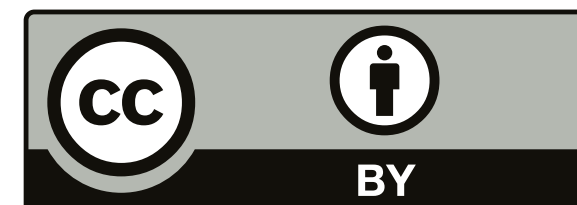
A Reforma Sanitária promoveu um novo discurso de resistência aos interesses neoliberais, defendendo o papel do Estado na garantia do direito à saúde. Isso gerou uma divisão entre o público e o privado na saúde, com a sociedade civil atuando como mediadora entre os direitos sociais e as relações de mercado (Lara; Guareschi; Bernardes, 2016, p. 365).

A população não se tornou apenas um problema a ser gerido pelo governo, mas também, uma força de resistência, mostrando a necessidade de equilibrar interesses individuais e sociais. O neoliberalismo absorveu as críticas dos movimentos sociais, como a Reforma Sanitária, para expandir seu alcance e promover o consumo. A privatização organizada se estendeu para além do Estado e a conexão entre governo e sociedade civil, como estratégia, apresenta desafios para garantir os direitos sociais e resistir aos interesses de mercado (Lara; Guareschi; Bernardes, 2016, p. 365-366).

Conforme menções anteriores, a Constituição de 1988 passou a definir a saúde como um direito de todos a ser garantido pelo Estado, devendo, conforme preceitua o art. 197 da Carta Constitucional, serem os serviços de saúde submetidos a uma regulamentação, fiscalização e controle pelo próprio Poder Público, seja este um serviço público ou privado, como o caso de planos de saúde (Scheffer, 2006, p. 1). Essa evolução legislativa trouxe o conceito de que o direito à saúde é equivalente ao direito à vida de todos os seres humanos, garantindo um tratamento adequado, independentemente da situação econômica (Martini; Sturza, 2017, p. 31).

3.4 ENTRE A PROMESSA E A REALIDADE: NEGATIVAS E RESCISÕES ARBITRÁRIAS NO ACESSO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Neste contexto, a situação de exclusão na preservação e atendimento à saúde de pessoas com deficiência é um problema histórico que se perpetua até os dias atuais. No âmbito das coberturas oferecidas por Planos de Saúde, a situação atual tem gerado debates e grandes discussões jurídicas, especialmente sobre o alcance dos tratamentos que devem ser disponibilizados, ou até mesmo a limitação ou exclusão de cobertura em contratos de plano de saúde, situação que vai de



encontro ao propósito de garantir a saúde integral dos segurados (Santos; Fontes; Lamy, 2017, p. 429).

Situações de exclusões de cobertura assistencial, constantemente denunciadas ou reivindicadas por usurários, expõem, na prática, o desequilíbrio e o conflito entre operadoras, prestadores de serviços e clientes. Esse fato evidencia que nem o suposto virtuosismo da livre iniciativa, nem as normas reguladoras implementadas, têm sido capazes de solucionar o problema de forma adequada, uma vez que ele envolve interesses e expectativas diferentes (Scheffer, 2006, p. 5).

Recentemente, inúmeras pessoas com deficiência relataram, por meio do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Conade), a discriminação dos planos de saúde através do cancelamento e rescisão unilateral de seus respectivos planos, sendo registrado, em menos de um ano, 5,4 mil reclamações, sendo, principalmente, voltadas a pessoas com transtorno do espectro autista (Cancelamentos [...], 2024).

As notícias têm sido recorrentes na mídia nacional, em muitos casos, os cancelamentos, especialmente com relação às pessoas com deficiência mental ou transtorno do espectro autista são motivados por supostos prejuízos causados pelas coberturas aos respectivos planos². Em uma audiência pública realizada no dia 25 de junho de 2024, em conjunto com a Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e da Comissão de Saúde, foi abordada a preocupação relacionada aos cancelamentos arbitrários dos planos de saúde. Segundo posicionamento da presidente da Comissão de Defesa dos Direitos dos Deficientes da Assembleia Legislativa de São Paulo, há uma violação ao direito desses indivíduos, que são considerados um fardo para sociedade e uma quebra financeira aos planos de saúde (Cancelamentos [...], 2024).

A Lei nº 9.656 de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determina, em seu artigo 14, que nenhum indivíduo será impedido de participar dos planos privados de saúde em decorrência de sua idade ou em condição de pessoa com deficiência (Brasil, 1998). Em relação aos planos individuais e familiares, o art. 13 da referida Lei proíbe a rescisão unilateral imotivada do plano privado de assistência à saúde individual ou familiar por iniciativa da operadora. Nessas modalidades, a rescisão somente pode se dar por fraude ou falta de pagamento.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) já firmou entendimento no sentido de que a operadora deve garantir a continuidade da assistência a beneficiários internados ou em tratamento de doenças graves até a alta médica, mesmo após a rescisão unilateral do contrato, desde que os beneficiários arqueem com as mensalidades. Esta decisão é fundamentada no tema repetitivo 1082/STJ: “A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão contratual do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida”.

Há que se ressaltar que, o tratamento para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) se enquadra em tal categoria, uma vez que não pode ser interrompido, configurando um processo contínuo e fundamental para a integridade física e psíquica dos pacientes, devendo ser garantido pelos operadores de planos de saúde, com respaldo Lei nº13.146 de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência- o acesso a todos os serviços e produtos disponíveis no mercado, sem qualquer discriminação ou diferenciação nas cobranças (Brasil, 2015).

Os limites e garantias contratuais de coberturas estabelecidas pelas empresas deste segmento configuram um dos aspectos mais controversos da relação público-privada no sistema de saúde brasileiro. Apesar de ainda não qualificados - tendo em vista os poucos estudos disponíveis -, sabe-se que não são poucos os recursos disponíveis pelo

2 Veja-se: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/mais-saude/noticia/2024/05/08/plano-de-saude-alega-prejuizo-e-cancela-atendimento-a-criancas-autistas-maes-entram-na-justica.ghtml>;
<https://veja.abril.com.br/saude/planos-de-saude-onda-de-cancelamentos-unilaterais-impacta>;
<https://www.metropoles.com/distrito-federal/apos-cancelamentos-de-planos-de-saude-de-autistas-deputado-propoe-cpi>;



SUS para prestar assistência a todo o tipo de cobertura negada pelos planos de saúde, a exemplo as demandas relacionadas à urgência e emergência, alto custo e alta complexidade. Os cidadãos, principalmente os idosos e os portadores de patologias crônicas e deficiências, que possuem planos de saúde individuais, familiares ou coletivos, precisam recorrer, com frequência, à rede pública de saúde diante da situação de exclusões e cobertura e restrições de atendimento (Scheffer, 2006, p. 6).

Todavia, não é apenas um direito consumerista que é violado com as negativas e cancelamentos que tem ocorrido de forma arbitrárias no setor privado, mas também, um direito fundamental e social garantido a todos. A saúde, como direito reconhecido internacionalmente, é considerada um direito humano fundamental que é essencial para a promoção e proteção da qualidade de vida. A luta pelo direito à saúde, no Brasil, tem sido impulsionada pelo controle social, que desempenha um papel crucial na definição dos rumos da saúde como um direito humano fundamental, não limitado a fronteiras geográficas ou políticas (Martini; Sturza, 2017, p. 32).

No mundo globalizado em que se vive, onde o poder econômico impera e dita as regras no seio da sociedade, a condição humana encontra-se constantemente submissa a todas as formas indignas de atitudes e comportamentos, daí que sempre aparecem manifestações favoráveis pelo reconhecimento da dignidade das pessoas submetidas a situações de aviltamento (Martini; Sturza, 2017, p. 33).

O ser humano é o centro e o fim do Direito, baseado no valor da dignidade da pessoa humana. Na sociedade contemporânea, o discurso jurídico, muitas vezes, não condiz com a prática, não refletindo o que propõe. No mundo globalizado, o poder econômico domina e submete a condição humana (Sturza; Costa, 2010, p. 73).

A dignidade da pessoa humana é um valor fundamental que guia a proteção dos direitos fundamentais da pessoa, em todas as áreas. A relação entre a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde é intrínseca, pois a saúde é essencial para a vida e para a dignidade humana. A obrigação do Estado em garantir o direito à saúde decorre do princípio da dignidade da pessoa humana (Martini; Sturza, 2017, p. 33-34; Sturza; Costa, 2010, p. 74).

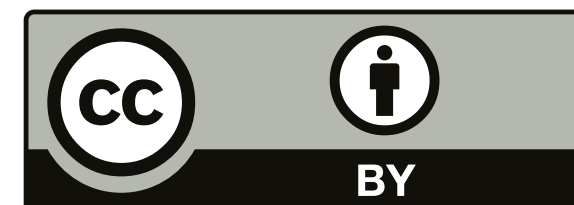
A justiça brasileira também está sendo chamada a se manifestar sobre tais fatos. Em decisão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (2024), a juíza da 1ª Vara Cível de Brasília, proibiu uma operadora de planos de saúde e uma empresa gestora de serviços de saúde de excluírem pacientes com autismo — exceto em casos de inadimplência ou conforme as regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), destacando-se,

[...] Com base no escorço supra, DEFIRO a tutela de urgência para determinas às rés que se abstenham de excluir dos planos de saúde os pacientes com TEA, salvo inadimplemento e desde que na forma do regulamento ANS a tal respeito, sob pena de multa diária no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). Ressalto, ainda, que até o julgamento final da lide, os segurados com TEA que foram excluídos unilateralmente pela ré, na forma como narrada na causa de pedir deduzida na petição inicial (ID 197542779), deverão ser reestabelecidos no plano, nas mesmas condições anteriores à rescisão unilateral, mediante pedido formalizado pelos segurados à ré, por qualquer meio válido de comunicação (inclusive email) o que deve ser atendido por estas últimas no prazo máximo de 3 (três) dias (Distrito Federal e Territórios, 2024).

O próprio Poder Legislativo Nacional vem debatendo o tema, destacando-se a tramitação, na Câmara dos Deputados, do PL 2036/2024, do senador Fabiano Contarato (PT-ES) que proíbe operadoras de rescindir contratos com pessoas idosas e portadores de deficiência; do PL 2473/2024 do senador Jayme Campos (União-MT), que veda a rescisão unilateral quando o beneficiário estiver internado ou em tratamento médico; e do PL 3229/2024 do senador Chico Rodrigues (PSB-RR), que impede que planos de saúde limitem o atendimento multiprofissional em casos de paciente autista.

Conforme Sturza, Nielsson e Biudes (2024, p. 164):

Em relação ao direito à saúde, por ser uma garantia com proteção constitucional, o mesmo deve atender a todo o ser humano. Dessa forma, políticas públicas devem ser formuladas, implementadas e efetivadas, e aqui, envolvendo as mulheres e meninas com



TEA, suas nuances e particularidades. É importante ressaltar que, como todo cidadão, as mulheres e meninas com TEA possuem direito ao acesso integral à saúde, dentro dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante suas inerentes necessidades de cuidados em saúde, bem como, orientação, em todos os níveis de complexidade

Em meio a este cenário, há que se inferir que as pessoas com deficiência ainda enfrentam obstáculos, como a exclusão de cobertura pelos planos de saúde privados. A relação entre o público e o privado, na saúde brasileira, é um tema controverso, com a necessidade de equilibrar interesses individuais e sociais. A luta pelo direito à saúde no Brasil é impulsionada pelo controle social, que desempenha um papel crucial na defesa dos direitos humanos fundamentais.

A dignidade da pessoa humana é um valor fundamental que orienta a proteção dos direitos humanos em todas as áreas, incluindo o direito à saúde. A relação entre a dignidade humana e a saúde é essencial, pois a saúde é fundamental para a vida e a dignidade das pessoas. Diante do cenário globalizado, onde o poder econômico, muitas vezes, prevalece sobre os direitos humanos, é essencial garantir a dignidade das pessoas submetidas a situações de desrespeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa explorou a construção histórica da saúde público-privada no Brasil e o acesso pleno à saúde pelas pessoas com deficiência, a partir do cancelamento e rescisão arbitrária dos planos de saúde. Esta análise revelou que, apesar de considerados como Direitos Sociais e Humanos, o direito à saúde plena e igualitária ainda é uma utopia, onde o acesso e efetivação desse direito encontra barreiras tanto na esfera pública quanto na esfera privada.

O estudo foi organizado em dois eixos principais. O primeiro “Entre o público e o privado: a construção histórica do acesso à saúde no Brasil” abordou o contexto histórico da saúde no Brasil, da chegada da família real portuguesa à efetivação da saúde como um direito fundamental, sob uma perspectiva público-privada. O segundo “Entre a promessa e a realidade: negativas e rescisões arbitrárias no acesso à saúde da pessoa com deficiência” destaca a saúde como um direito social e humano, sendo, portanto, um direito inerente a todos, sem qualquer distinção, não sendo esta a realidade do cenário brasileiro, conforme pode ser visto no cancelamento arbitrário dos planos de saúde.

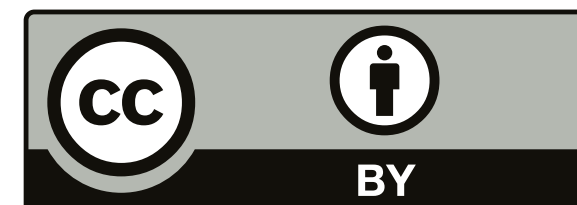
Os resultados corroboram a hipótese inicial de que, embora a saúde seja considerada um direito fundamental a todos, o acesso pleno a esta ainda é uma utopia, principalmente, quando consideradas as barreiras existentes para as pessoas com deficiência. As construções sociais e econômicas criam obstáculos adicionais que impedem a plena acessibilidade a tais direitos, perpetuando, assim, um ciclo de poder e exclusão.

Os cancelamentos arbitrários de planos de saúde para pessoas com deficiência violam o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana. A relação entre o público e o privado na saúde gera desafios para garantir a equidade e eficácia nos serviços de saúde. A luta pelo direito à saúde é impulsionada pelo controle social em defesa dos direitos humanos fundamentais, baseada no valor da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Isabelle Maria Mendes de. Direito à saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 128–145, 2015.

BAHIA, Lígia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. *In*: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.



BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória de direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007.

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, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 1 ago. 2024.

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). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CANCELAMENTOS de planos de saúde das pessoas com deficiências - Direitos das PCDs - 25/06/24.. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2024. 1 vídeo (2 min 15 s.). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=12q74BQ5_-k. Acesso em: 1 jul. 2024.

CEGATTI, Fábio; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no Sistema Único de Saúde—SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 12, p. 1-41, 2020.

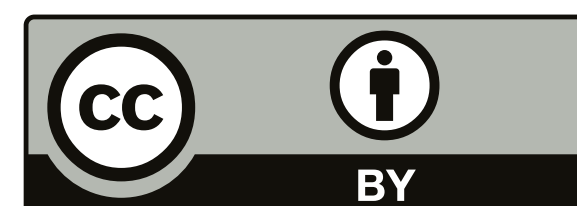
CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 8, n. 35, 2021.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Privatização da saúde no Brasil: da ditadura do grande capital aos governos do PT. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 43, 2019.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque *et al.* Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. *In*: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

da sua negação como direito de todos. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008.



DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. **Número do processo: 0720060-41.2024.8.07.000**. 1 Vara Cível de Brasília. Ação Civil Pública. Decisão Interlocutória. Juíza Simone Garcia Pena, Brasília, DF, 21 de maio de 2024. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/wp-content/uploads/2024/05/decisao-limitar-proibicao-cancelamento-planos-de-saude-autistas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista do programa de pós-graduação em Sociologia da UFPE**, Recife, v. 18, n. 1, 2012.

FORTUNATO, Beatriz Casagrande; DESTRO, Carla Roberta Ferreira. A construção do direito à saúde no Brasil: o plano de fundo antecedente à sua posituação constitucional. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 18-37, | jan./jun. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FRANÇA I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S.; FRANÇA, E. G., COURA, A. S., SPUZA, J. A. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 964-970, dez. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600015> 2010.

FRANÇA, Tiago Henrique. A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 6, n. 11, 2014.

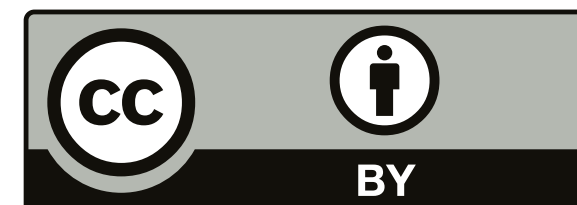
KUCHARSKI, Karina Whhab; BATTISTI, Iara Denise Endruweit; FERNANDES, Denise Medianeira Mariotti; ANASTÁCIO, Zélia Ferreira Caçador. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma trajetória do império à criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, Ijuí, ano 37, n. 117, p. 38-49, 2021. Edição Especial. DOI: <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2022.117.12871>.

LARA, Lutiane de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; BERNARDES, Anita Guazzelli. Reforma sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 360-368, 2016.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaína Machado. A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais: o direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 25–41, 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007.

MENDES, Marlon Jose Gavlik; SCHROEDER, Tânia Maria Rechia; DENARI, Fátima Elisabeth. Violência contra pessoas com deficiência: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 14, p. 1-14, jan./dez. 2020.



MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. p.77-92, 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 320 p.

PACHECO, Kátia Monteiro De Benedetto; ALVES, Vera Lucia Rodrigues. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 242–248, 2007.

PALACIOS, Agustina. **El modelo social de discapacidad**: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Ediciones CINCA, 2008.

PASSOS, Regina Lucia; TELLES, Fernando Salgueiro Passos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Da violência sexual e outras ofensas contra a mulher com deficiência. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp., p. 154-164, dez. 2019.

PEREIRA, Jaqueline Andrade; SARAIVA, Joseana Maria. Trajetória histórico social da população deficiente:: da exclusão a inclusão social. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 168–185, 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. [S. l.: n. d., 2020]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf. Acesso em: 1 ago. 2024.

SANTOS, Adriana de Fátima; FONTES, Samira da Costa; LAMY, Marcelo. Planos de saúde e as negativas de tratamento às crianças com deficiência. In: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO – ENPG, 5., 2017, Santos. **Anais [...]**. Santos: Universidade Santa Cecília, 2017.

SCHEFFER, Mário. **Os planos de saúde nos tribunais**: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições

STURZA, Janaina Machado; COSTA, Marli Marlene Moraes da. O direito à saúde enquanto elemento fundamental da dignidade humana: pressupostos de efetividade e exigibilidade. **Revista do Curso de Direito da FSG**, Caxias do Sul, ano 4, n. 7, p. 71-83, jan./jun. 2010.

STURZA, Janaína Machado; NIELSSON, Joice Graciele; BIUDES, Renata Favoni. A (in)visibilidade de mulheres e meninas com Transtorno do Espectro Autista: Um olhar sob a ótica do direito à saúde e da inclusão de gênero na diversidade. **Coisas do Gênero: Revista de Estudos Feministas em Teologia e Religião**, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 151–171, 2025. Disponível em: <https://revistas.est.edu.br/genero/article/view/3224>. Acesso em: 13 fev. 2025.



STURZA, Janaína Machado; SOUZA, Ezequiel Cruz de. Direito à saúde e Políticas Públicas: o estado de bem-estar social e a evolução no cuidado com a saúde pública. **Conpedi Law Review**, Santiago, v. 8, n. 1, p. 125–144, jul./dez. 2022.

TOLENTINO, Zelma Tomaz; OLIVEIRA, Liziane Paixão Silva. **Um trem doido**: o holocausto brasileiro sob a perspectiva dos direitos humanos. [*S. l.: n. d.*, 2013].

COMO CITAR: NIELSSON, Joice Graciele; BANDEIRA, Mariana Emilia; WEILER, Ana Luisa Dessoy. O acesso à saúde da pessoa com deficiência e as práticas arbitrárias dos planos de saúde brasileiros. **Scientia Iuris**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 144-156, mar. 2025. DOI: 10.5433/2178-8189.2025v29n1.p144-156. ISSN: 2178-8189.

Recebido em: 19/02/2025.

Aprovado em: 10/03/2025.