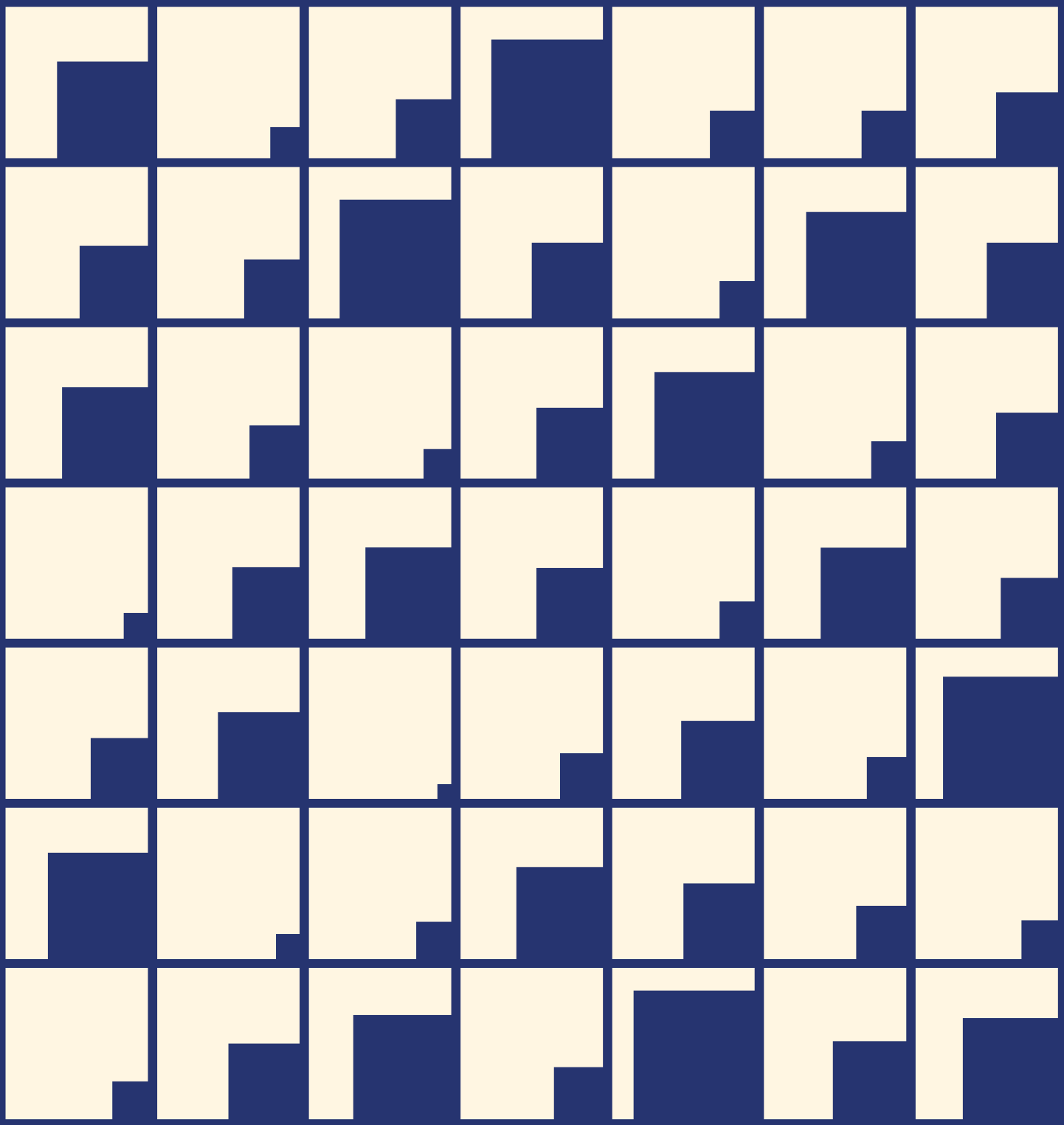
DIAGNÓSTICO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR

Brasília, 2025



JUSTIÇA PLURAL
DIREITOS HUMANOS EM FOCO

PNUD

CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Conselho Nacional de Justiça — CNJ

Presidente
Ministro Luiz Edson Fachin

Corregedor Nacional de Justiça
Ministro Mauro Campbell Marques

Conselheiros e conselheiras
Ministro Guilherme Caputo Bastos
José Edivaldo Rocha Rotondano
Mônica Autran Machado Nobre
Alexandre Teixeira de Freitas Bastos Cunha
Renata Gil de Alcantara Videira
Daniela Pereira Madeira
Guilherme Guimarães Feliciano
Pablo Coutinho Barreto
João Paulo Santos Schoucair
Ulisses Rabaneda dos Santos
Marcello Terto e Silva
Daiane Nogueira de Lira
Rodrigo Badaró

Secretária-Geral
Clara Mota Santos Pimenta Alves

Secretário de Estratégia e Projetos
Paulo Marcos de Farias

Diretor-Geral
Bruno César de Oliveira Lopes

Secretária de Comunicação Social
Gabriela Guerreiro

Coordenadora de Imprensa
Andréa Lemos

Coordenador de Multimeios
Jônathas Seixas

2025
CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA
SAF SUL Quadra 2 Lotes 5/6 - CEP: 70070-600
Endereço eletrônico: www.cnj.jus.br

Ficha Técnica

Conselho Nacional de Justiça | Departamento de Pesquisas Judiciárias (DPJ)

Juízas Coordenadoras
Ana Lúcia Andrade de Aguiar

Diretora Executiva
Gabriela Moreira de Azevedo Soares

Diretora de Projetos
Isabely Fontana da Mota

Diretor Técnico
Igor Tadeu Silva Viana Stemler

Equipe do DPJ responsável pelo acompanhamento e produção de dados quantitativos
Alexander da Costa Monteiro
Carlos Cezar Yoshitake Júnior
Danielly dos Santos Queirós
Felipe de Oliveira Antoniazzi
Filipe Pereira da Silva
Gabriela Moreira de Azevedo Soares
Júlia Caputo Corrêa Pinto
Lucas Antonio Guimarães Petry
Olívia Alves Gomes Pessoa

Consultora responsável pela elaboração

Luciana Silva Garcia

Membros do Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde Responsáveis pelo Acompanhamento da Pesquisa (Portaria nº 245/2020)

Daiane Nogueira de Lira, Conselheira do CNJ, Coordenadora

Lívia Cristina Marques Peres, Juíza Auxiliar da Presidência do CNJ

Clênio Jair Schulze, Juiz Federal da 4ª Região
Luciana Veiga de Oliveira, Juíza Auxiliar da Presidência do CNJ

Revisão de Texto

Gabriela Amorim

Projeto Gráfico e Diagramação

Gabriella de Azevedo Carvalho

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD)

PROJETO BRA 23/027: FORTALECIMENTO DE CAPACIDADES DO PODER JUDICIÁRIO PARA PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS, SOCIOAMBIENTAIS E DO ACESSO À JUSTIÇA POR POPULAÇÕES ESTRUTURALMENTE VULNERABILIZADAS

Consultora responsável pela elaboração
Luciana Silva Garcia

Colaboradoras e colaboradores da equipe do Programa Justiça Plural
Tatiana Whately de Moura
Sâmia Bechelane Cordeiro de Melo
Pedro Lemos da Cruz
Ednilson Couto de Jesus Junior
Laysi da Silva Zacarias
Gabriella de Azevedo Carvalho
Gabriela Amorim

FICHA CATALOGRÁFICA

C755d

Conselho Nacional de Justiça.
Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2025.

132 p.
ISBN: 978-65-5972-204-4 (Justiça Plural)

1. Direito à saúde 2. Judicialização da saúde 3. NatJus I. Título. II. Série III. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

CDD: 340

Lista de Figuras, Quadros e Tabelas

Figuras

Figura 1: Procedimento de coleta e análise dos dados

Figura 2: Organização dos níveis de atenção e assistência à saúde no SUS

Figura 3: Pessoas beneficiárias de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (junho/2024)

Figura 4: Pessoas beneficiários de planos de assistência médica por segmentação assistencial do plano (setembro/2024)

Figura 5: Pirâmide da estrutura etária de pessoas beneficiárias de planos privados de assistência médica (junho/2025)

Figura 6: Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação (Brasil - julho/2025)

Figura 7: Quantidade de casos novos por ramo da Justiça (agosto/2025)

Figura 8: Quantidade de casos pendentes por ramo da Justiça (agosto/2025)

Figura 9: Série histórica de casos novos (agosto/24-julho/25)

Figura 10: Percentual de liminares deferidas na Saúde por período

Figura 11: Percentual de procedência por Saúde por período

Figura 12: Quantidade de casos novos por grau – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Figura 13: Quantidade de casos novos na Justiça Estadual, por tribunal – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Figura 14: Percentual de liminares deferidas na Justiça Estadual por tribunal – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Figura 15: Percentual de procedência e improcedência da ação na Justiça Estadual por tribunal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 16: Distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas

Figura 17: Distribuição das unidades da federação por percentual de procedência da ação

Figura 18: Índice de conciliação da Justiça Estadual – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Figura 19: Tempo médio do ajuizamento da petição inicial até a primeira liminar no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 20: Tempo médio da primeira liminar até a primeira sentença no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 21: Tempo médio do ajuizamento da petição inicial até a primeira sentença no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 22: Tempo médio do julgamento de mérito no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 23: Relação entre unidades de análise de pedidos e contestações

Figura 24: Casos novos do assunto saúde pública – Poder Judiciário (2024-agosto/2025)

Figura 25: Série histórica da quantidade de casos novos e baixados do assunto saúde pública – Poder Judiciário (2024-julho/2025)

Figura 26: Quantidade de casos novos do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 27: Quantidade de casos novos do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 28: Percentual de liminares deferidas do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 29: Percentual de procedência e improcedência no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 30: Distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas no assunto saúde pública

Figura 31: Distribuição das unidades da federação por percentual de procedência da ação no assunto saúde pública

Figura 32: Percentual de liminares deferidas do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 33: Percentual de procedências e improcedências do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025

Figura 34: Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025

Figura 35: Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 36: Tempo médio do ajuizamento da petição inicial até a primeira liminar no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 37: Tempo médio da primeira liminar até a primeira sentença no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 38: Tempo médio do julgamento de mérito no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 39: Tempo médio do ajuizamento da petição inicial até a primeira liminar no assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 40: Tempo médio da primeira liminar até a primeira sentença no assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 41: Tempo médio do julgamento de mérito no assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

Figura 42: Quantidade de casos novos por ano sobre os principais assuntos (por processos pendentes) de judicialização da saúde pública (2020-agosto/2025)

Figura 43: Percentual de deferimento de liminar por unidade da federação nos assuntos saúde pública e saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Figura 44: Percentual de procedência do pedido por unidade da federação nos assuntos saúde pública e saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Quadros

Quadro 1: Proposta de instrumento para análise da amostra de processos judiciais

Quadro 2: Responsabilidades constitucionais por esfera de governo

Quadro 3: Ranking nacional das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias (junho/2025)

Quadro 4: Ranking nacional das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias e IDSS (junho/2025)

Quadro 5: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Norte (junho/2025)

Quadro 6: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Nordeste (junho/2025)

Quadro 7: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Sudeste (junho/2025)

Quadro 8: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Centro Oeste (junho/2025)

Quadro 9: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Sul (junho/2025)

Quadro 10: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias e por percentual do quantitativo de liminares deferidas – Saúde Suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Quadro 11: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias, por percentual do quantitativo de liminares deferidas e quantitativo de sentenças de procedência – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Quadro 12: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias, por percentual do quantitativo de liminares deferidas e quantitativo de sentenças de procedência – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Quadro 13: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias e pelo índice de conciliação – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

Quadro 14: Percentual de processos com pedidos sobre acesso a medicamentos ou tratamentos na judicialização da saúde suplementar

Quadro 15: Percentual de pedidos e decisões com medicamentos ou tratamentos previstos no rol da ANS

Quadro 16: Assuntos dos pedidos formulados pela parte autora – saúde suplementar

Quadro 17: Percentual de menções sobre transtorno do espectro autista – saúde suplementar

Quadro 18: Percentual de menções sobre câncer, tumor ou tratamento oncológico – saúde suplementar

Quadro 19: Assuntos e unidades de análise dos pedidos

Quadro 20: Valores de indenização por dano moral requeridos e concedidos por assunto

Quadro 21: Assuntos e unidades de análise das contestações

Quadro 22: Julgados do STJ citados nas decisões analisadas

Quadro 23: Julgados dos tribunais estaduais nas decisões analisadas

Quadro 24: Assuntos dos pedidos, unidades de análise e fundamentos da decisão – saúde suplementar

Quadro 25: Estados com maior variação de percentuais de deferimento da liminar, procedência e improcedência da saúde na saúde pública – Justiça Estadual

Quadro 26: Percentual de processos por tipo de pedido a judicialização da saúde pública

Quadro 27: Percentual de processos sobre oferta de tratamento/medicamento pelo SUS

Quadro 28: Percentual de processos com referência a registro de medicamento ou tratamento na Anvisa na judicialização da saúde pública

Tabelas

Tabela 1: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Norte (2023)

Tabela 2: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Nordeste (2023)

Tabela 3: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Centro Oeste (2023)

Tabela 4: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Sudeste (2023)

Tabela 5: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Sul (2023)

Tabela 6: Seções judiciárias com maiores percentuais de judicialização da saúde pública (2023)

Lista de siglas

ADI Ação Direta de Inconstitucionalidade

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS Atenção Primária à Saúde

ATS Avaliação de Tecnologias em Saúde

CMed Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CNJ Conselho Nacional de Justiça

Conitec Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

DataJud Base Nacional de Dados do Poder Judiciário

DNT Doenças crônicas não transmissíveis

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

NAT Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário

NatJus Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

NIP Notificação de Intermediação Preliminar

PCDTs Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Remume Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

Rename Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESME Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

STF Supremo Tribunal Federal

STJ Superior Tribunal de Justiça

SUS Sistema Único de Saúde

TEA Transtorno do Espectro Autista

TPU Tabela Processual Unificada

UBS Unidades Básicas de Saúde

Sumário

PARTE 1 | CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA 13

1. APRESENTAÇÃO 14

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA 17

2.1. Diagnósticos sobre a judicialização da saúde no Brasil 18

2.2. Novo momento: julgamento pelo STF do Tema 1.234, Tema 6 e ADI 7.265 20

2.2.1. O Recurso Extraordinário (RE) 566.471, Tema 6 da Repercussão Geral 20

2.2.2. O Recurso Extraordinário (RE) 1.366.243, Tema 1.234 da Repercussão Geral 21

2.2.3. O julgamento da ADI 7.265 22

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA 24

3.1. Realização de entrevistas semiestruturadas: definição do campo de pesquisa 24

3.2. Análise qualitativa de amostra de processos 28

3.3. Análise descritivas dos dados do DataJud 30

3.4. Mineração de dados com IA 30

PARTE 2 | PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL E ASPECTOS GERAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL 32

4. PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL 33

4.1. Organização do Sistema Único de Saúde e principais agravos de saúde no Brasil 34

4.1.1. Níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil 35

4.1.2 Agravos de interesse na saúde pública 37

4.2. Desenho da oferta da saúde suplementar regulada pela ANS, perfil dos beneficiários de planos de saúde no Brasil e maiores planos de saúde quanto ao número de beneficiários 38

4.2.1. Perfil dos beneficiários de planos de saúde no Brasil 40

4.2.2. Cobertura dos planos de assistência médica e maiores operadoras por número de beneficiários 42

5. ASPECTOS GERAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL 47

PARTE 3 | JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL 51

6. ANÁLISE DESCRITIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR 52

6.1. Liminares deferidas e procedência do pedido 53

6.2. Conciliação 58

6.3. Contagem do tempo de ações relacionados à saúde suplementar 59

7. PERCEPÇÕES DOS ATORES ENVOLVIDOS E ANÁLISE DE AMOSTRA DE DOCUMENTOS SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR 63

7.1. O aumento na judicialização da saúde na experiência dos entrevistados 66

7.2. Argumentos utilizados pelas partes 70

7.3. Conciliação 78

7.4. Litigância abusiva 78

7.5. Fontes para fundamentação da decisão judicial 79

7.5.1. Argumentos técnicos 79

7.5.2. Argumentos jurídicos 84

7.6. Percepções dos atores para mitigação da judicialização da saúde suplementar 95

PARTE 4 | JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 97

8. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 98

8.1. Liminares deferidas e procedência do pedido 101

8.2. Conciliação 105

8.3. Contagem de tempo de ações relacionadas à saúde pública 107

9. PERCEPÇÕES DE ATORES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA 111

9.1. Assuntos mais judicializados 111

9.2. Evidências científicas para as decisões: o uso do NatJus 113

9.3. Percepções sobre a decisão do STF no Tema 1.234 114

PARTE 5 | SÍNTESE DOS ACHADOS E RECOMENDAÇÕES 115

10. SÍNTESE DOS ACHADOS 116

11. RECOMENDAÇÕES 119

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 125

APÊNDICE B - PROMPTS UTILIZADOS NA ANÁLISE PROCESSUAL UTILIZANDO IA 130

RESUMO

O relatório Diagnóstico da Judicialização da Saúde Pública e Suplementar tem como objetivo geral a verificação do uso do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) na fundamentação das decisões judiciais e a análise aprofundada da dinâmica da judicialização da saúde suplementar no Brasil. O trabalho adotou uma metodologia mista, que combinou a análise descritiva de dados quantitativos extraídos do DataJud — para mapear o volume de casos novos, as taxas de deferimento de liminares, de procedência e de conciliação, e o tempo processual — com análise qualitativa. Esta etapa incluiu entrevistas semiestruturadas com magistrados, magistradas e representantes do setor de saúde, e a mineração e análise de conteúdo de uma amostra representativa de 1.992 processos judiciais, com o apoio de Inteligência Artificial para extração de dados. Os resultados revelam que a litigiosidade se concentra majoritariamente na Justiça Estadual, mantendo consistentemente altas taxas de deferimento de liminares e de procedência das ações, com os medicamentos e serviços médico-hospitalares se destacando como os principais objetos de disputa. O estudo identificou um índice baixo de conciliação tanto na saúde pública quanto na suplementar. As percepções dos atores sublinham a importância das recentes decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) nos Temas 6 e 1.234 e na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7.265, que estabelecem novos critérios baseados em evidências científicas. Em relação ao NatJus, verificou-se que o seu uso é feito em relação ao litígio da saúde pública, mas não é disponibilizado como apoio em litígios da saúde suplementar. Como conclusões e recomendações, o relatório propõe ao CNJ a ampliação de atividades formativas destinadas a magistradas e magistrados para promover a plena aplicação dos julgados do STF e o uso qualificado de evidências científicas por meio do NatJus. Além disso, destaca a necessidade de se implementar um plano para estimular a conciliação e de se definir estratégias para monitorar o cumprimento das novas diretrizes jurisprudenciais.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; Saúde Pública; Saúde Suplementar; NatJus; Jurisprudência do STF

PARTE 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

1. APRESENTAÇÃO

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) firmaram parceria, no âmbito do projeto BRA/23/027, para "Fortalecimento de capacidades do Poder Judiciário para promoção de direitos humanos, socioambientais e do acesso à Justiça por populações estruturalmente vulnerabilizadas".

O projeto tem por objetivo desenvolver estratégias e subsídios para o fortalecimento das capacidades do Poder Judiciário brasileiro na promoção de direitos humanos, proteção dos direitos socioambientais e fortalecimento do acesso à Justiça, com foco no atendimento das necessidades de populações estruturalmente vulnerabilizadas, sistematizando, assim, os alicerces ambiental, social e de governança da Agenda 2030 no Poder Judiciário (PNUD, 2024). Nesse contexto, deu-se a contratação de consultoria para qualificar a abordagem dos entes envolvidos no projeto quanto ao acesso à Justiça no que se refere à universalização da saúde no Brasil (PNUD, 2024).

As preocupações do CNJ especialmente sobre a judicialização da saúde são de duas ordens:

1. O uso de pareceres/relatórios/notas técnicas do NatJus feitos para subsidiar decisão judicial em demandas que envolvam direito à saúde.

   O CNJ aponta como necessária a compreensão de decisões judiciais que estão utilizando pareceres e notas técnicas emitidos pelos NatJus; os critérios para sua utilização; motivos elencados para a desconsideração de tais pareceres/relatórios/notas técnicas; e quais seriam as características de pareceres/relatórios/notas técnicas bem fundamentados (PNUD, 2024).

2. A judicialização da saúde suplementar

   É de interesse do CNJ conhecer sobre quais são os temas de maior litigância entre consumidores e prestadores de serviços de saúde; fluxos mais correntes para tais ações no âmbito do Poder Judiciário; tempos de tramitação; maiores litigantes, especialmente, no polo passivo; os objetos mais frequentes de decisão judicial (PNUD, 2024).

Para tanto, o CNJ definiu pela realização de estudo de caráter qualitativo sobre o uso do NatJus na fundamentação das decisões judiciais que envolvem questões ligadas à saúde e a judicialização da saúde suplementar.

O relatório aborda duas preocupações do Poder Judiciário brasileiro, integrando dados quantitativos e análises qualitativas: o uso do NatJus e a racionalidade decisória; e a judicialização da saúde suplementar. Para refletir sobre tais questões, a pesquisa tem como objetivo geral verificar o uso do NatJus na fundamentação das decisões judiciais que envolvem questões ligadas à saúde e a judicialização da saúde suplementar. E os seguintes objetivos específicos:

1. Levantar as percepções dos atores envolvidos na judicialização da saúde pública e suplementar, com ênfase em membros do Poder Judiciário, sobre o fenômeno;

2. Analisar as percepções dos membros do PJ e demais atores sobre os efeitos das Súmulas Vinculantes n. 60[1] e n. 61[2] do Supremo Tribunal Federal (STF) na judicialização da saúde no Brasil, com foco nas mudanças observadas no uso do NatJus antes e após sua aplicação;

1 Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurispruden. Acesso em: 23 out. 2025.

2 Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9296. Acesso em: 23 out. 2025.

3. Identificar a utilização do NatJus como fonte de consulta para fundamentação judicial, analisando os critérios utilizados pelos juízes para utilização dos pareceres, relatórios e notas técnicas emitidos pelo NatJus;

4. Analisar qualitativamente os processos amostrados da etapa quantitativa no que se refere aos temas da judicialização da saúde pública e suplementar;

5. Descrever os dados do DataJud sobre judicialização da saúde pública e suplementar.

A pesquisa está contextualizada com o novo momento da judicialização da saúde no Brasil porque considera os efeitos das recentes decisões do Supremo Tribunal Federal, que estabeleceram balizas explícitas para o acesso à saúde pública e suplementar:

1. Súmulas Vinculantes 60 e 61: Essas súmulas representam um esforço do STF para limitar a intervenção judicial e promover o alinhamento das decisões com as diretrizes técnicas do SUS.

2. A ADI 7.265[3]: O estudo também aborda a decisão sobre a constitucionalidade da Lei n. 14.454/2022, que define critérios para a cobertura de tratamentos fora do Rol da ANS em hipóteses excepcionais.

Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa adotou uma metodologia de caráter misto, integrando dados quantitativos e qualitativos, conforme as melhores práticas de análise jurídico-institucional. A análise quantitativa utilizou dados do DataJud para a produção de uma descrição do litígio em saúde pública e suplementar. Esta etapa incluiu o mapeamento de casos novos por tribunal, o percentual de liminares concedidas, sentenças de procedência, conciliações e a mensuração de indicadores de tempo processual (tempo médio para deferimento de liminar e para a primeira sentença).

A análise qualitativa valeu-se de entrevistas e coleta de relatos de membros do Poder Judiciário, de representantes do setor da saúde suplementar e do órgão regulatório, a fim de capturar suas percepções, experiências e os desafios práticos na aplicação dos critérios de evidência científica e na observância dos precedentes do STF, notadamente o Tema 1.234. Também utilizou a análise de conteúdo de uma amostra de processos judiciais (petições iniciais, contestações e sentenças) e mineração de dados de amostra de processos.

O relatório final está estruturado em quatro partes principais, totalizando onze capítulos, que integram a contextualização teórico-jurídica, a análise quantitativa de dados e a discussão qualitativa das percepções dos atores do sistema de justiça.

A Parte I – Contextualização da Pesquisa estabelece o arcabouço teórico-normativo do estudo, iniciando com a Apresentação (Capítulo 1) e a Contextualização da Pesquisa (Capítulo 2). Esta seção aborda os diagnósticos sobre a judicialização da saúde no Brasil e dedica especial atenção ao novo momento do fenômeno, marcado pelas recentes e cruciais decisões do STF. São detalhados os resultados do Recurso Extraordinário (RE) 566.471, Tema 6; do RE 1.366.243, Tema 1.234; e do julgamento da ADI 7.265, que redefiniram os critérios de incorporação e cobertura no SUS e na saúde suplementar.

O Capítulo 3 detalha as estratégias metodológicas empregadas, delimitando o campo de pesquisa. A metodologia inclui a realização de entrevistas semiestruturadas com atores-chave, fun-

3 Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6514968. Acesso em: 23 out. 2025.

damentais para captar as percepções sobre o uso do NatJus e os desafios da judicialização, e a análise qualitativa de amostra de processos para aprofundar a compreensão das práticas judiciais.

A Parte II oferece uma visão panorâmica e contextual sobre os sistemas de saúde e a emergência da litigância. O Capítulo 4 discorre sobre o Panorama do acesso à saúde pública e suplementar no Brasil, detalhando a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e principais agravos de saúde, incluindo seus níveis de atenção da saúde e agravos de interesse público. Em seguida, analisa o desenho da oferta da saúde suplementar, apresentando o perfil das pessoas beneficiárias e a cobertura e as maiores operadoras de planos de saúde. O Capítulo 5 conclui a parte com a discussão dos aspectos gerais da judicialização da saúde no Brasil, situando o fenômeno em sua complexidade sociojurídica.

A Parte III concentra-se na análise aprofundada da litigância no setor suplementar. O Capítulo 6 apresenta a análise descritiva da judicialização da saúde suplementar, fornecendo dados quantitativos cruciais sobre o percentual de liminares deferidas e a procedência do pedido, a efetividade da conciliação e a contagem do tempo de ações. O Capítulo 7 complementa a análise com as percepções dos atores envolvidos, explorando o aumento na judicialização e os argumentos utilizados pelas partes da ação. São analisados os mecanismos de conciliação, a ocorrência de litigância abusiva e as fontes para fundamentação da decisão judicial, com distinção entre argumentos técnicos e argumentos jurídicos. A seção finaliza com as percepções dos atores para mitigação da judicialização.

A Parte IV é dividida em dois eixos temáticos. Inicialmente, o Capítulo 8 dedica-se à judicialização da saúde pública no Brasil, replicando o rigor metodológico da Parte III ao apresentar dados sobre liminares deferidas e procedência do pedido, conciliação e contagem de tempo de ações. O Capítulo 9 traz as percepções de atores sobre a judicialização da saúde pública, focando nos assuntos mais judicializados, no uso de evidências científicas e o NatJus e, principalmente, nas percepções sobre a decisão do STF no Tema 1.234.

Finalmente, a última seção consolida a pesquisa, apresentando a síntese dos achados (Capítulo 10) e as recomendações (Capítulo 11) estratégicas para o Poder Judiciário e órgãos correlatos, concluindo o relatório com propostas de aprimoramento da gestão do litígio de saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

Em 2009, quando foram contabilizados em torno de 500 mil processos sobre o acesso à saúde pública em todo o país, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou audiência pública com o objetivo de discutir a viabilidade de decisões judiciais que obrigam o Estado a fornecer tratamentos e medicamentos não oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e buscar parâmetros para a resolução desses conflitos.

Ao longo de seis dias, foram ouvidos cerca de 50 especialistas dentre advogados, advogadas, defensoras e defensores públicos, promotores, promotoras, procuradores e procuradoras de justiça, magistrados e magistradas, professores, professoras, médicos, médicas, gestores e gestoras, usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde, que abordaram questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde (STF, 2010). Na sequência, o CNJ constituiu um grupo de trabalho para elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde, definido pela Resolução CNJ n. 650/009

Desde então, o CNJ passou a atuar estrategicamente sobre o tema, com instituição do Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde, o Fórum da Saúde, com atribuição de aperfeiçoar os procedimentos e ampliar reforços à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos na área da Saúde Pública e Suplementar (Resolução CNJ n. 107/2010).

Nos anos seguintes, o CNJ emitiu orientações para criação de varas especializadas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública (Recomendação 43/2013), para a instituição de Comitês Estaduais de Saúde como instância adequada para definição da prestação jurisdicional sobre direito à saúde (Resolução CNJ n. 238/2016) e para a criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus), formados por profissionais da saúde para elaborar pareceres baseados em evidências a fim de oferecer apoio técnico aos magistrados na tomada de decisão, incluindo a plataforma digital e-NatJus que consolida pareceres, notas e informações técnicas que oferecem base científica para as decisões judicias (Floriano et al., 2023).

Estas medidas representam uma resposta do Poder Judiciário ao período de expansão da judicialização da saúde no Brasil, que entre os anos de 2010 e 2020, caracterizou-se pelo crescimento exponencial das demandas judiciais, com o aumento quantitativo significativo de ações, e também pela diversificação dos tipos de demandas.

Os fatores que influenciam a judicialização da saúde no Brasil foram abordados por uma significativa literatura científica, que vai desde o campo do Direito, passando pela área da Saúde, Administração Pública e Economia. Em relação aos fatores estruturais do SUS, pesquisas apontam lacunas na cobertura – ausência de medicamentos nas listas oficiais Rename/Ceaf, demoras na incorporação de novas tecnologias –; e problemas de gestão – desabastecimento, filas de espera e inadequação da rede de serviços (Ferraz, 2019).

Quanto aos fatores sociais e econômicos, a literatura aponta a influência do setor privado – prescrições médicas privadas e pressão da indústria farmacêutica –; e desigualdades sociais – acesso diferenciado ao sistema de justiça e perpetuação de iniquidades (Ramos et al., 2017; Vieira, 2023; Sebastiani, 2024). Já quanto a fatores ligados ao Sistema de Justiça, aspectos jurídico-processuais como a facilidade de obtenção de liminares e a interpretação ampla do direito à saúde, foram

identificados. Também contribui a limitada capacitação técnica dos magistrados e magistradas e a dificuldade na avaliação de evidências científicas.

2.1. Diagnósticos sobre a judicialização da saúde no Brasil

O CNJ promoveu duas importantes pesquisas sobre o tema da judicialização da saúde, intituladas Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução (CNJ; Insper, 2019) e Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade (CNJ, 2021).

O levantamento de dados provenientes de estudos distintos converge na identificação de características marcantes do fenômeno da judicialização da saúde. Primeiramente, ambos os estudos confirmam um crescimento exponencial e desproporcional das demandas judiciais na área da saúde. Essa expansão indica que o fenômeno possui uma dinâmica própria, acelerada e desvinculada do aumento geral da litigiosidade, exercendo, assim, pressões específicas e intensas sobre o sistema.

Em segundo lugar, a análise revela uma notável concentração geográfica e jurisdicional. A maioria das ações está centralizada na Justiça Estadual, e a sua distribuição exibe forte heterogeneidade regional. Essa dispersão desigual sugere a influência de fatores estruturais, como a organização do sistema de justiça, a capacidade socioeconômica da população e a organização local dos serviços de saúde, na intensidade do litígio.

Ademais, constata-se a centralidade de medicamentos e serviços hospitalares como os objetos predominantes das disputas. Os relatórios são unânimes em apontar o fornecimento de medicamentos e o tratamento médico-hospitalar como os temas centrais, sublinhando o papel da assistência farmacêutica como um dos principais focos de tensão entre o cidadão e o Estado, especialmente em relação às demandas públicas.

Uma característica adicional é a elevada taxa de deferimento e o uso frequente de liminares. Os estudos corroboram que os demandantes obtêm sucesso significativo nas suas ações. A alta taxa de procedência, aliada à ampla concessão de liminares (decisões de urgência), atua como um poderoso sinal do Judiciário, que tanto pode incentivar novas litigâncias quanto sinalizar falhas sistêmicas no acesso administrativo aos cuidados de saúde.

Por fim, emerge como desafio crítico a dificuldade de integração das decisões judiciais com as políticas públicas de saúde. Há um uso residual das diretrizes e instâncias consultivas, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Esse distanciamento é reforçado pela percepção de gestores de que as decisões judiciais frequentemente não consideram as políticas existentes. Essa falha de articulação é parcialmente explicada pela constatação de que as partes, muitas vezes, não instruem os processos com a robustez técnica necessária, o que, segundo a visão compartilhada por magistradas e magistrados, força a tomada de decisões com base em um conjunto probatório limitado.

Apesar destas diferenças, a combinação dos achados dos relatórios permite construir um perfil detalhado e robusto dos atores e objetos envolvidos no processo judicial. No polo ativo, as ações são majoritariamente ajuizadas por indivíduos (pessoas físicas), o que configura o fenômeno como uma busca primordialmente individual por direitos. Contudo, a literatura aponta para a concentração dos benefícios em camadas socioeconômicas mais elevadas, levantando questionamentos sobre a equidade e o caráter potencialmente regressivo da judicialização. A atuação de atores ins-

titucionais demonstra variação regional, sendo o Ministério Público relevante em certos contextos para a defesa de direitos coletivos ou individuais indisponíveis; enquanto a Defensoria Pública desempenha papel crucial na garantia do acesso à Justiça para a população de baixa renda. Surpreendentemente, entes públicos (municípios e estados) também figuram como autores, predominantemente em fase recursal de decisões desfavoráveis.

O polo passivo é dividido entre entes públicos (municípios e estados), refletindo o litígio contra o sistema público de saúde, e grandes operadoras de saúde suplementar, o que delimita os dois principais eixos da judicialização no Brasil. O perfil dos réus varia drasticamente entre os estados, com foco maior no setor público em alguns locais e predominância do setor suplementar em outros.

Em relação ao objeto da disputa, embora temas de Planos de Saúde e Seguro sejam frequentes no volume total de processos, as demandas contra o Sistema Único de Saúde concentram-se no fornecimento de medicamentos e no tratamento médico-hospitalar. A falta de acesso a especialidades médicas também é uma causa relevante, com destaque para a área de Ortopedia e Traumatologia, cuja alta incidência é coerente com a escassez de profissionais da especialidade em muitos municípios. A urgência inerente a essas demandas é confirmada pela alta concessão de liminares em temas críticos como saúde mental, internações em Unidades de Terapia Intensiva e fornecimento de medicamentos.

A resposta judicial a esse cenário é marcada por uma elevada taxa de procedência dos pedidos, sinalizando um alinhamento do Judiciário com as pretensões dos cidadãos e cidadãs e, concomitantemente, uma possível falha do sistema administrativo. A alta frequência de concessão de liminares reforça o caráter de urgência das demandas, permitindo uma resposta rápida em situações emergenciais, embora a decisão final possa levar um tempo processual considerável. Um achado crítico é o distanciamento das decisões judiciais das políticas de saúde baseadas em evidências, evidenciado pelo uso residual de pareceres de órgãos técnicos, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), e pela insuficiente utilização dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário. Essa lacuna de conhecimento técnico pode levar a decisões que desconsideram critérios de custo-efetividade e equidade.

Diante desse diagnóstico, os relatórios convergem na proposição de um roteiro de racionalização focado no fortalecimento interinstitucional e na melhoria da informação. As recomendações incluem a formação e qualificação de magistrados em Direito Sanitário para proferir decisões mais informadas; o aperfeiçoamento do acesso à informação técnica para subsidiar o Judiciário; o fortalecimento da articulação interinstitucional por meio do diálogo sistemático e comitês técnicos; o incentivo a soluções extrajudiciais, como mediação e câmaras de conciliação, para reduzir o volume de ações; e a racionalização das decisões judiciais, buscando o alinhamento com os princípios do SUS e as deliberações técnicas da Conitec. Em síntese, o consenso é que a superação da judicialização exige a transição de uma gestão reativa para uma abordagem estratégica, pautada em dados e na busca do equilíbrio entre a garantia do direito individual e a sustentabilidade sistêmica.

Especificamente sobre a judicialização da saúde suplementar, impulsionada por vários fatores inter-relacionados, principalmente, ligados ao acesso aos serviços de saúde, às desigualdades sistêmicas e à dinâmica institucional. Esse fenômeno reflete a crescente dependência do judiciário para garantir os direitos à saúde, particularmente no contexto do Sistema Único de Saúde.

Um fator significativo da judicialização é a demanda por medicamentos e tratamentos não for-

necidos pelo SUS, levando indivíduos a buscarem intervenção judicial para acessar os cuidados de saúde necessários (Fernandes et al., 2024). O aumento de ações judiciais geralmente visa o direito à saúde, com muitos casos focando na assistência farmacêutica, destacando as inadequações na provisão de saúde pública (Carvalho et al., 2020; Borchio; Rezende; Zocratto, 2021).

A judicialização da saúde suplementar tende a favorecer indivíduos de níveis socioeconômicos mais elevados, conforme evidenciado por estudos que mostram que municípios com melhores indicadores socioeconômicos têm maior incidência de ações judiciais relacionadas à saúde (Lopes et al., 2019). Essa tendência levanta preocupações sobre a distribuição equitativa dos recursos de saúde, pois o processo judicial pode inadvertidamente reforçar as disparidades existentes em vez de aliviá-las (Lopes et al., 2019).

A presença de instituições jurídicas solidárias, como as Defensorias Públicas, aumenta significativamente a probabilidade de ações judiciais relacionadas à saúde, indicando que as estruturas institucionais desempenham um papel crucial na facilitação da judicialização (Socal et al., 2020). E a complexa relação entre decisões judiciais e gestão da saúde pública pode sobrecarregar recursos e complicar o planejamento de políticas de saúde, criando tensões entre direitos individuais e necessidades coletivas de saúde (Fernandes et al., 2024).

2.2 Novo momento: julgamento pelo STF do Tema 1.234, Tema 6 e ADI 7.265

O ano de 2024 consolidou a atuação do STF no tema da judicialização da saúde. Em setembro, o tribunal definiu critérios para o fornecimento de medicamentos não incorporados na política pública do SUS, com a homologação de acordo firmado entre os entes federativos (Tema 1.234 RG). Também definiu critérios para a concessão judicial de medicamentos não incorporados às listas de dispensação do SUS (Tema 6 RG).

Em 2025, no julgamento da ADI 7.265, o STF decidiu pela constitucionalidade da imposição legal de cobertura de tratamentos ou procedimentos fora do rol da ANS, definida pela Lei n. 14.454/2022, que promoveu alterações na Lei n. 9.656/1998, conferindo às operadoras de planos de assistência à saúde a obrigação de custear tratamentos não previstos no catálogo de cobertura obrigatória da ANS. Contudo, estabeleceu que essa cobertura só poderá ser exigida em hipóteses excepcionais, mediante o preenchimento cumulativo de parâmetros técnicos e jurídicos rigorosos. Registre-se que os dados apresentados na pesquisa – tanto os dados quantitativos como as percepções de atores e análise de documentos de processos judiciais – foram coletados anteriormente ao julgamento da ADI, que ocorreu em setembro de 2025.

2.2.1. O Recurso Extraordinário (RE) 566.471, Tema 6 da Repercussão Geral

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 566.471, que versou sobre o Tema 6 da Repercussão Geral, consolidou a regra geral da impossibilidade de determinação judicial para o fornecimento de medicamentos que não constam nas listas oficiais de dispensação do SUS – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) –, independentemente do custo do fármaco.

A tese também reconhece a possibilidade excepcional da concessão judicial de medicamento registrado na Anvisa, porém não incorporado às listas do SUS, condicionada ao cumprimento cumulativo de seis requisitos probatórios, cujo ônus recai integralmente sobre o autor da ação:

- Negativa Administrativa: comprovação da negativa de fornecimento do fármaco na esfera administrativa, demonstrando que o(a) paciente exauriu as vias burocráticas antes de buscar a tutela jurisdicional.
- Ilegalidade do Ato Administrativo: demonstração da ilegalidade do ato de não incorporação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, da ausência de um pedido formal de incorporação ou, ainda, da mora excessiva na apreciação de tal pedido;
- Insubstituibilidade: comprovação da impossibilidade de substituição do fármaco pleiteado por outro medicamento ou tratamento já constante das listas do SUS e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Este critério visa preservar a racionalidade da gestão de recursos e a adesão às diretrizes terapêuticas estabelecidas;
- Medicina Baseada em Evidências: comprovação da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, à luz da Medicina Baseada em Evidências, requerendo-se evidências científicas de alto nível, tais como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou meta-análises;
- Imprescindibilidade Clínica: demonstração da imprescindibilidade clínica do tratamento pleiteado, por meio de laudo médico fundamentado que detalhe a condição do(a) paciente e o histórico de tratamentos prévios;
- Incapacidade Financeira: comprovação da incapacidade econômica de arcar com o custeio do medicamento, garantindo que a intervenção judicial se dê em situações de vulnerabilidade financeira.
- Adicionalmente, a tese estabelece diretrizes processuais mandatórias para o Poder Judiciário, sob pena de nulidade da decisão, devendo este ao decidir:
- Analisar o Ato Administrativo: Avaliar o ato administrativo de não incorporação da Conitec ou a negativa administrativa à luz das circunstâncias do caso concreto e da política pública do SUS, vedada, contudo, a incursão no mérito administrativo;
- Realizar Consulta Técnica: Aferir a presença dos requisitos de dispensação mediante prévia consulta ao NatJus ou a outros especialistas, não sendo permitido fundamentar a decisão unicamente na prescrição ou laudo médico apresentado pelo autor ou autora;
- Comunicar aos Órgãos: Em caso de deferimento judicial, oficiar aos órgãos competentes para que avaliem a possibilidade de incorporação do fármaco no âmbito do SUS, estimulando a revisão e atualização das listas de medicamentos.

2.2.2. O Recurso Extraordinário (RE) 1.366.243, Tema 1.234 da Repercussão Geral

Em outubro de 2024, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 1.366.243, Tema 1.234 da Repercussão Geral, estabeleceu um marco regulatório para o enfrentamento da judicialização da saúde, especificamente no que concerne ao fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas não padronizados no Sistema Único de Saúde. A decisão validou um acordo de autocomposição construído entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, com o objetivo central de conferir maior eficiência ao julgamento dessas demandas e otimizar o uso dos recursos públicos destinados à saúde.

A tese firmada estabelece critérios objetivos para a definição da competência jurisdicional e da responsabilidade de custeio. Para as demandas relativas a medicamentos não incorporados e oncológicos, ambos com registro na Anvisa, a competência será fixada na Justiça Federal quando o valor do tratamento anual específico for igual ou superior a 210 salários mínimos. Esse valor deve ser determinado com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG - alíquota zero), divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, conforme o art. 292 do Código de Processo Civil. Existindo múltiplos medicamentos com o mesmo princípio ativo, considera-se, para efeito de competência, o de menor valor na lista CMed. As ações que se enquadrarem na competência federal serão custeadas integralmente pela União.

Por outro lado, as ações em que o custo anual unitário do medicamento não incorporado estiver situado entre sete e 210 salários mínimos tramitarão na Justiça Estadual. Nesses casos, a União deverá ressarcir 65% dos desembolsos decorrentes de condenações impostas a estados e municípios, via repasses Fundo a Fundo. Para os medicamentos oncológicos, o percentual de ressarcimento pela União será de 80% para as ações ajuizadas previamente a 10 de junho de 2024. Em ambas as competências, o juiz(a) pode promover a inclusão de estados e/ou municípios no polo passivo para garantir o cumprimento efetivo da decisão, sem que isso resulte em responsabilidade financeira ou ônus de sucumbência aos entes incluídos supletivamente.

A tese também estabeleceu um rigoroso controle judicial do ato administrativo de indeferimento. O Poder Judiciário, sob pena de nulidade do ato jurisdicional, deve obrigatoriamente analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo da não incorporação pela Conitec e a negativa de fornecimento na via administrativa. Contudo, essa análise restringe-se ao controle de legalidade e à teoria dos motivos determinantes, sendo vedada a incursão no mérito administrativo.

Quanto ao ônus da prova, é incumbência do(a) autor(a) demonstrar, com fundamento na Medicina Baseada em Evidências, a segurança e a eficácia do fármaco, bem como a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS. É fundamental que a demonstração de necessidade esteja respaldada em evidências científicas de alto nível, como ensaios clínicos randomizados, revisão sistemática ou meta-análise.

Adicionalmente, o acordo prevê a implementação de uma Plataforma Nacional de governança colaborativa. Esta plataforma centralizará todas as informações relativas às demandas administrativas e judiciais de acesso a fármacos, visando facilitar a análise, a resolução administrativa e o posterior controle judicial, por meio do compartilhamento de dados e da definição de fluxos de atendimento. O acesso à plataforma será realizado via prescrições eletrônicas certificadas. As regras para os medicamentos incorporados e os fluxos de ressarcimento interfederativo devem ser seguidos conforme pactuado pelos Entes Federativos.

2.2.3. O julgamento da ADI 7.265

No julgamento realizado em setembro de 2025, o STF decidiu pela constitucionalidade da imposição legal de cobertura de tratamentos ou procedimentos fora do rol da ANS. Contudo, estabeleceu que essa cobertura só poderá ser exigida em hipóteses excepcionais, mediante o preenchimento cumulativo de parâmetros técnicos e jurídicos rigorosos.

O Tribunal identificou que a Lei n. 14.454/2022 havia definido requisitos excessivamente amplos e imprecisos para a concessão de tratamentos extra rol, o que resultaria em quebra da segurança jurídica, aumento da judicialização e desorganização do sistema suplementar. Para mitigar tais

distorções e garantir a coerência regulatória, o STF alinhou os critérios do setor suplementar aos parâmetros já fixados para o fornecimento de medicamentos no SUS, como nos Temas 6, 1.234 da repercussão geral. Tal alinhamento visa proteger os beneficiários contra terapias ineficazes e valorizar a análise técnica da ANS.

A tese de julgamento consolidou que a cobertura de tratamento ou procedimento não previsto no rol da ANS deverá ser autorizada pela operadora somente se preenchidos, de forma cumulativa, os seguintes requisitos:

- Prescrição por médico ou odontólogo assistente;
- Inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em Proposta de Atualização do Rol;
- Ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição clínica do paciente já incorporada no rol da ANS;
- Comprovação de eficácia e segurança do tratamento, exigindo-se o respaldo em evidências científicas de alto grau, em conformidade com a Medicina Baseada em Evidências ou Avaliação de Tecnologias em Saúde;
- Registro do tratamento ou procedimento junto à Anvisa.

O STF estabeleceu diretrizes explícitas para o Poder Judiciário, com o objetivo de desestimular a judicialização excessiva e reforçar a importância da análise técnica. Em casos de requerimento de cobertura extra rol, o Judiciário não pode substituir a função regulatória da ANS e deve observar o devido processo legal. Sob pena de nulidade da decisão, o juiz ou a juíza deverá:

Verificar a prova do prévio requerimento à operadora de saúde e a consequente negativa, mora irrazoável ou omissão;

Analisar o ato administrativo de não incorporação da tecnologia pela ANS, abstendo-se de incursão no mérito técnico-administrativo;

Aferir a presença dos cinco requisitos cumulativos, mediante consulta obrigatória ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário ou a entes com expertise técnica, sendo vedada a fundamentação da decisão apenas em laudos e relatórios fornecidos pela parte pleiteante;

Em caso de deferimento do pedido de cobertura, oficiar a ANS para que avalie a possibilidade de inclusão futura do tratamento no rol de cobertura obrigatória.

3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

As subseções a seguir especificam as estratégias mobilizadas durante o trabalho de campo para coleta dos dados de natureza qualitativa haja vista cada tipo de análise a ser desenvolvida neste projeto.

3.1. Realização de entrevistas semiestruturadas: definição do campo de pesquisa

O esforço neste âmbito da pesquisa se dividiu, sobretudo, na análise de narrativas de informantes com atuação relevante no campo da saúde suplementar e pública. Para tanto, foram desenhados critérios de seleção de informantes que combinam i. o papel desempenhado no litígio (parte autora, parte ré, decisor) relacionado à saúde pública; ii. o papel desempenhado no litígio (parte autora, parte ré, decisor) relacionado à saúde suplementar; iii. papel desempenhado na regulação; iv. papel desempenhado na elaboração da política judiciária relacionada à judicialização da saúde; v. representação regional, considerando os portes dos tribunais e percentual de população residente em municípios de comarca, considerando as estatísticas processuais de direito à saúde da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud) do CNJ[4].

Para definir o campo territorial de realização das entrevistas semiestruturadas – as unidades da federação em que atuam os informantes – foram mobilizados os seguintes critérios: representação regional de ao menos um estado por região do país; porte do tribunal, a partir da classificação do CNJ (2024a) e os dados estatísticos relacionados à judicialização da saúde, especificamente o peso da saúde pública e suplementar em relação ao total de casos de saúde (CNJ, 2024b).

Em 2023, o Poder Judiciário brasileiro movimentou cerca de 570 mil casos novos relacionados à temática de saúde, sendo 61% de casos relacionados à saúde pública e 41% de saúde suplementar (CNJ, 2024b). Quanto aos casos pendentes, foram cerca de 759 mil, sendo 63% sobre saúde pública e 39% sobre saúde suplementar (CNJ, 2024b).

Analisando o desempenho da justiça estadual, os dados a seguir informam o percentual de casos novos e casos pendentes por unidade da federação, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar. Os estados com maior percentual de judicialização da saúde pública em relação ao total da judicialização da saúde (acima dos 60%) de casos novos e pendentes são Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Roraima, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Já em relação à saúde suplementar estão Alagoas, Bahia, Pernambuco, Paraná e São Paulo.

4 Disponível em: https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude. Acesso em: 23 out. 2025.

Na região Norte do país, desponta o estado do Pará com o maior percentual de casos de saúde pública, seguido por Roraima:

Tabela 1: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Norte (2023)

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
AC	57	44	56	44
AM	48	54	44	59
AP	71	30	60	41
PA	95	5	90	10
RO	76	28	80	23
RR	81	19	89	11
TO	65	36	63	38

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Na região Nordeste, chama atenção a judicialização da saúde suplementar nos estados de Alagoas, Bahia e Pernambuco que alcança percentuais mais elevados em relação à saúde pública como demonstram os dados a seguir. Nos demais estados, prevalece a judicialização da saúde pública:

Tabela 2: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Nordeste (2023)

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
AL	23	81	52	50
BA	23	78	41	61
CE	62	40	60	42
MA	66	36	64	39
PB	66	34	57	43
PE	27	77	24	79
PI	68	36	72	31
RN	58	44	55	47
SE	68	36	64	40

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Na região Centro-Oeste, a judicialização da saúde pública é prevalente, com destaque para o Distrito Federal e Mato Grosso:

Tabela 3: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Centro Oeste (2023)

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
DF	80	21	76	25
GO	69	32	66	35
MS	74	31	64	42
MT	80	22	78	24

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

A judicialização da saúde na região Sudeste é marcada por uma divisão: nos estados do Espírito Santo e Minas Gerais, prevalece a saúde pública, e em São Paulo, a saúde suplementar.

Tabela 4: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Sudeste (2023)

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
ES	84	18	79	23
MG	79	23	80	22
RJ	48	55	62	41
SP	33	67	35	65

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Por fim, na região Sul, o estado do Rio Grande do Sul destaca-se pela maior judicialização da saúde pública, e o estado do Paraná, pela saúde suplementar.

Tabela 5: Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Sul (2023)

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
PR	37	64	57	44
RS	88	13	83	17
SC	66	34	68	33

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

O cenário mais equilibrado, em que os percentuais de judicialização da saúde pública e suplementar aproximam-se (em torno de 40% a 60%) é verificado nos estados do Acre, Amazonas, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro. As maiores disparidades se verificam nos estados do Pará – em que a judicialização da saúde suplementar está em 5% para casos novos e 10% para casos pendentes – e Distrito Federal, Mato Grosso, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul – com

a judicialização da saúde pública em torno de 80% para casos novos e pendentes.

A partir dos dados descritos e considerando o porte dos tribunais estaduais, foram selecionadas as seguintes unidades da federação para realização das entrevistas:

- Região Norte: estado do Pará (médio porte), com a judicialização da saúde pública predominante;
- Região Nordeste: estado de Alagoas (pequeno porte), com a judicialização da saúde suplementar predominante;
- Região Centro-Oeste: Distrito Federal (pequeno porte), com a judicialização da saúde pública predominante;
- Região Sudeste: São Paulo (grande porte), com a judicialização da saúde suplementar predominante;
- Região Sul: Rio Grande do Sul (grande porte), com a judicialização da saúde pública predominante

Além disso, foram realizadas entrevistas nos estados do Rio de Janeiro (grande porte) e Amazonas (médio porte) por apresentarem o cenário mais equilibrado de judicialização.

A Justiça federal, tendo em vista sua competência, apresenta percentuais mais elevados de judicialização da saúde pública: entre 80% e 90%, tanto em casos novos como em pendentes. As seções judiciárias indicadas a seguir trazem os percentuais mais elevados:

Tabela 6: Seções judiciárias com maiores percentuais de judicialização da saúde pública (2023)

TRF/SJ	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
TRF5/CE	95	5	95	5
TRF1/GO	95	10	90	17
TRF1/PI	97	6	90	16
TRF2/ES	97	3	95	6
TRF2/RJ	94	8	97	4
TRF4/PR	99	1	99	1
TRF4/RS	98	3	98	2
TRF4/SC	98	2	98	2

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Assim, para fechar a seleção dos estados, foram selecionadas as seções judiciárias do Paraná e Rio de Janeiro.

Com o início das atividades em campo, definiu-se pela alteração do estado da região Centro-Oeste, substituindo-se o Distrito Federal por Goiás. A justificativa, relevante para o desenvolvimento da pesquisa, é pelo fato de o NatJus, no Tribunal de Justiça de Goiás (TJGO), já atender amplamente às ações judiciais da saúde suplementar. Também nesta ocasião, o CNJ sugeriu ênfase maior nas entrevistas com atores relacionados à saúde suplementar.

Em síntese, foram considerados os seguintes informantes:

- Juízes(as) dos estados do Pará, Amazonas, Alagoas, Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul;
- Juízes(as) federais, das seções judiciárias do Paraná (Tribunal Regional Federal da 4ª Região) e Rio de Janeiro (Tribunal Regional Federal da 2ª Região);
- E especificamente em relação à saúde suplementar, os seguintes informantes:
- Integrantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), especificamente das seguintes unidades funcionais: Ouvidoria, Procuradoria Federal junto à ANS, Diretoria de fiscalização e Diretoria de Normas e habilitação de operadoras[5];
- Integrantes de associações representativas de beneficiários de planos de saúde: Associação de Defesa dos Usuários de Seguros Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps) e Instituto de Defesa de Consumidores (Idec);
- Integrantes de associações representativas de operadoras de planos de saúde;
- Representantes das operadoras de planos de saúde, considerando aquelas com maior número de ações judiciais como rés.
- As entrevistas com os atores envolvidos com a judicialização da saúde pública ocorrem antes do julgamento da ADI 7.265.

3.2. Análise qualitativa de amostra de processos

Para este produto, o CNJ disponibilizou uma amostra aleatória de 991 processos judiciais organizada em planilha Excel com dados sobre tribunal de origem, grau (1° grau, 2° grau ou juizado especial), procedimento (conhecimento não criminal, execução judicial e outros), ID do processo, número do processo, dentre outros. Para a seleção da amostra, foram excluídos os processos de 2° grau e em fase de execução, restando um total de 783 processos, considerando o escopo da pesquisa em levantar e analisar a fundamentação das decisões judiciais de 1° grau no âmbito do processo de conhecimento. A escolha dos processos para análise deu-se a partir da ordem estabelecida na própria relação do CNJ, tendo sido analisados 10% da amostra, ou seja, 78 processos.

As peças processuais coletadas e analisadas foram a petição inicial, a contestação, a decisão em caráter liminar (quando conferida) e a sentença que foram obtidas por meio do site Jus.br.

Para levantamento dos dados, utilizou-se o instrumento apresentado no produto 03 que enfatiza aspectos relacionados ao fundamento das decisões judiciais.

5 As competências destas unidades funcionais estão previstas em Brasil (2022).

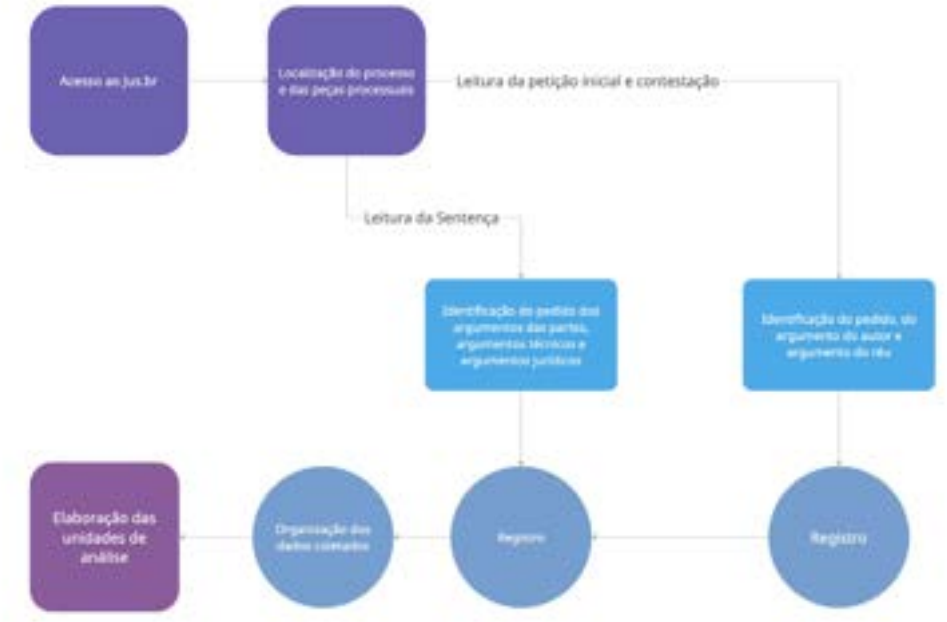
Quadro 1: Proposta de instrumento para análise da amostra de processos judiciais

Elementos	Dado
Identificação do processo	N. processo
	Tribunal
	Vara
	Réu
Argumentos das partes	Pedido do autor – identificação do tema
	Argumentos da parte autora
	Argumentos da parte ré
Decisão judicial (liminar e sentença)	Referência ao laudo do assistente médico (fundamento técnico)
	Referência à jurisprudência do STF (fundamento jurídico)
	Referência à jurisprudência do STJ (fundamento jurídico)
	Referência à jurisprudência do Tribunal de origem (fundamento jurídico)
	Referência à legislação (fundamento jurídico)
	Uso do NatJus (parecer por remessa ou uso de parecer genérico) (fundamento técnico)

Fonte: autoria própria

Em síntese, o procedimento realizado foi o seguinte:

Figura 1: Procedimento de coleta e análise dos dados



Fonte: autoria própria

Para cada processo, foram feitos registros coletados dos documentos – petição inicial, contestação e sentença – seguindo a estrutura do instrumento. Na sequência, os registros foram organizados por grandes eixos: pedidos dos autores e seus argumentos; contestação e seus argumentos; fundamentos técnicos da sentença com uso do laudo do médico assistente e os fundamentos jurídicos divididos em leis, jurisprudência e normas regulatórias. São estes relatórios intermediários que subsidiaram a construção das unidades de análise. Os documentos analisados são anteriores ao julgamento da ADI 7.265.

3.3. Análise descritivas dos dados do DataJud

A pesquisa integrou estratégias quantitativas e qualitativas de forma complementar. A etapa quantitativa baseou-se na exploração dos dados do DataJud, que consolida informações processuais de todos os tribunais brasileiros, dos processos em tramitação desde 2020. A partir do DataJud, foram filtrados os processos de saúde pública e suplementar a partir do código do Assunto, cadastrado segundo as Tabelas Processuais Unificadas (TPU)[6].

A partir da base de dados, é possível identificar padrões e indicadores da judicialização da saúde pública e suplementar. Essa análise descritiva considerou variáveis como volume de casos novos, taxa de deferimento de liminares, percentual de procedência dos pedidos, conciliações e tempo médio de tramitação das ações. Essa dimensão quantitativa complementou a etapa qualitativa da pesquisa, voltada à análise das percepções dos atores judiciais e à compreensão das dinâmicas institucionais, subsidiando a construção de um panorama nacional abrangente sobre a judicialização da saúde no Brasil.

3.4. Mineração de dados com IA

A pesquisa mobilizou ainda a mineração de dados com o uso da inteligência artificial (IA). Para tanto, foram elencadas perguntas que somente poderiam ser respondidas pela análise integral de textos de petições iniciais e sentenças. Utilizou-se a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud) para filtrar os processos do tema “Saúde”; o CODEX para extrair documentos processuais (Petição Inicial e Sentença); o SINAPSE para intermediar o conteúdo das peças processuais; e o modelo de IA Llama 3.1:405b, hospedado na AWS.

Foi produzida uma amostra aleatória representativa com critérios de proporcionalidade. Isso significa que os resultados obtidos podem ser expandidos para todo o universo de processos da saúde, com margem de erro de 5% de confiança. Ressalta-se que, em atendimento à Resolução CNJ n. 615/2025, todos os processos submetidos à IA são de natureza pública, ou seja, não integraram a amostra processos nem documentos sigilosos.

Foi analisada uma amostra de processos da Justiça Estadual e Federal de 1º Grau, julgados entre 2024 e 2025, totalizando 1.992 processos. Aplicou-se a técnica de zero-shot prompt, para identificar informações relevantes diretamente no texto pela IA, sem necessidade de treinamento específico para o contexto jurídico, assegurando uma análise célere, padronizada e uniforme.

As perguntas buscaram identificar idade e sexo do requerente, objeto da demanda, se o tratamento ou medicamento constava no Rol da ANS, se havia pedidos relativos a TEA ou oncologia, se

6 Para seleção foi considerada a mesma parametrização do Painel da Saúde (https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/), qual seja: assuntos saúde pública, 10064, 11855, 10067, 11857, 11852, 11884, 10071, 11856, 10066, 10065, 10070, 11854, 11851, 11883, 10069,11853,12481,12485, 12498,12497,12499,12484, 12496, 12492, 12495, 12494, 12493, 12483, 12505, 12506, 12511, 12518, 12512, 12513, 12514, 12515, 12516, 12517, 12491, 12501, 12502, 12503, 12500, 12504 e 12519. Assunto da saúde suplementar: 6233, 12222, 12225, 12223, 12224, 12482, 12486, 12490, 12487, 12488 e 12489.

as decisões consideraram notas ou pareceres do NatJus e se houve uso de precedentes do STF e STJ, entre outros. As respostas foram estruturadas em JSON.

O uso de IA para a leitura e extração de informações dos documentos mostrou-se altamente eficiente, pois permitiu processar grandes volumes de dados em tempo reduzido. Essa metodologia de pesquisa empírica no Direito ainda é pouco utilizada, em razão da complexidade e da exigência de amplos recursos computacionais.

Foram realizadas 4 rodadas de testes para constatar a compatibilidade das respostas com o conteúdo dos processos, com uma quantidade menor de casos. Comparou-se a planilha das respostas da IA com a análise manual dos processos.

PARTE 2

PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA SUPLEMENTAR NO BRASIL E ASPECTOS GERAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

4. PANORAMA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde está prevista no artigo 196 da Constituição Federal como um 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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A assistência à saúde pela iniciativa privada está prevista no artigo 199 da Constituição Federal, definindo ainda 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.

Cerca de 10 anos depois, com a Lei n. 9.656, de junho de 1998, estabeleceram-se as bases da Saúde Suplementar no Brasil com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Oficialmente, iniciava-se o processo de regulamentação do sistema privado de assistência à saúde. O Brasil possuía, então, dois sistemas de atendimento: o sistema público, caracterizado pelo SUS, e o sistema privado, cuja liberdade de atuação foi garantida pela própria Constituição e regulamentada pela criação da ANS.

Assim, os principais arranjos institucionais previstos pela Constituição para oferta de serviços de saúde são: i) a rede própria do SUS; ii) a instituição privada não lucrativa de caráter filantrópico; iii) a instituição privada com fins lucrativos contratada; iv) a instituição privada com fim lucrativo autônoma. Cada um desses arranjos é regulado por processos e instituições distintos quanto à disponibilização de Tecnologias de Saúde[7] para os cidadãos que acessam o SUS ou instituições privadas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é responsável pela regulação sanitária, tendo por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias relacionados. Cabe à Anvisa autorizar a comercialização de medicamentos, por meio da análise de evidências de eficácia e segurança.

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMed) define os preços máximos de medicamentos para o mercado, por meio da análise de evidências de eficácia, comparação de custos de tratamento e preços internacionais. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) assessora o Ministério da Saúde sobre a incorporação de tecnologias em saúde, por meio da análise de evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade em relação às tecnologias já existentes no SUS.

Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) configura-se como a entidade reguladora e fiscalizadora central do mercado de planos de saúde no Brasil. Sua missão institucional abrange a proteção dos direitos dos consumidores e a garantia da qualidade, universalidade e acesso aos serviços ofertados pela saúde suplementar.

7 As Tecnologias de Saúde são todos os recursos utilizados para prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar doenças, abrangendo desde medicamentos e equipamentos médicos até procedimentos, softwares, sistemas organizacionais e programas de saúde. Elas visam aprimorar a saúde individual e coletiva, resultando em diagnósticos mais rápidos, tratamentos personalizados e melhor gestão dos serviços de saúde (Brasil, 2016).

4.1. Organização do Sistema Único de Saúde e principais agravos de saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um dos maiores e mais intrincados sistemas de saúde pública em escala global. Sua abrangência estende-se desde a atenção básica, incluindo procedimentos de baixa complexidade como a aferição da pressão arterial, até intervenções de alta complexidade, como o transplante de órgãos, assegurando acesso integral, universal e gratuito à totalidade da população brasileira.

A gênese do SUS, marcada pela sua criação, institucionalizou o acesso universal ao sistema público de saúde, eliminando barreiras discriminatórias. A concepção de atenção integral à saúde, que transcende o escopo meramente assistencial, consolidou-se como um direito de todos os cidadãos brasileiros, desde o período gestacional até o final da vida, com um enfoque que prioriza a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a qualidade de vida.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, em seu texto, que "A saúde é direito de todos e dever do Estado". Este marco legal representou um avanço significativo, visto que, no período pré-constitucional, o sistema público de saúde limitava a assistência aos trabalhadores formalmente vinculados à Previdência Social, beneficiando aproximadamente 30 milhões de indivíduos com acesso a serviços hospitalares, enquanto a atenção aos demais cidadãos era majoritariamente suprida por entidades filantrópicas.

A gestão das ações e dos serviços de saúde é fundamentada no princípio da solidariedade e da participação tripartite entre os entes federativos: União, estados e municípios. A ampla rede que compõe o SUS engloba diversas ações e serviços, abrangendo os níveis de atenção primária, média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, além das ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica.

A estrutura organizacional do SUS é composta pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), conforme preceitua a Constituição Federal, cabendo a cada esfera governamental co-responsabilidades específicas:

Quadro 2: Responsabilidades constitucionais por esfera de governo

Esfera Governamental	Responsabilidades-Chave
Ministério da Saúde	Gestor nacional, responsável pela formulação, normatização, fiscalização, monitoramento e avaliação das políticas e ações de saúde, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuação do Plano Nacional de Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
Secretaria Estadual de Saúde	Participa da formulação de políticas, presta apoio técnico-institucional aos municípios, articula-se com o Conselho Estadual de Saúde (CES) e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovação e implementação do Plano Estadual de Saúde.

Esfera Governamental	Responsabilidades-Chave
Secretaria Municipal de Saúde	Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em seu território, em articulação com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o nível estadual para aprovação e implantação do Plano Municipal de Saúde.

Fonte: autoria própria

Os princípios que fundamentam o SUS são cruciais para a sua operacionalização. O primeiro, a Universalidade, estabelece a saúde como um direito inerente à cidadania e um dever do Estado, assegurando o acesso a todas as ações e serviços de saúde a qualquer indivíduo, independentemente de fatores discriminatórios de natureza social ou pessoal.

O segundo princípio, a Equidade, visa à atenuação das desigualdades sociais e sanitárias. Reconhece que, apesar da garantia do direito universal, as necessidades individuais são heterogêneas, demandando, portanto, o tratamento diferenciado dos desiguais. Este princípio se concretiza mediante a alocação preferencial de recursos em áreas de maior vulnerabilidade e carência.

Por fim, a Integralidade preconiza a consideração do indivíduo em sua totalidade, buscando satisfazer todas as suas necessidades de saúde. Para tanto, exige a integração de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, e a articulação intersetorial com outras políticas públicas com impacto direto na qualidade de vida.

A organização do sistema também é regida por princípios operativos. A Regionalização e Hierarquização demandam a estruturação dos serviços em níveis de complexidade crescente, circunscritos a uma área geográfica definida. O planejamento deve ser fundamentado em critérios epidemiológicos, com a precisa identificação da população adscrita. Enquanto a regionalização articula os serviços existentes sob uma gestão unificada, a hierarquização organiza os diferentes níveis de atenção, garantindo o acesso aos serviços conforme a complexidade clínica requerida e a disponibilidade de recursos regionais.

A Descentralização e Comando Único implica a transferência de poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, com o propósito de otimizar a qualidade dos serviços e fortalecer o controle social. A gestão e execução dos serviços de saúde são responsabilidades descentralizadas para o nível municipal, que assume a autonomia gerencial, técnica, administrativa e financeira. Este processo é balizado pelo princípio constitucional do Comando Único, que confere soberania decisória a cada esfera de governo, em consonância com os princípios gerais do sistema.

Por último, a Participação Popular institui a imprescindível participação da sociedade civil no cotidiano do sistema, formalizada através da criação e atuação dos Conselhos e Conferências de Saúde, instâncias deliberativas e consultivas responsáveis por formular estratégias, bem como controlar e avaliar a execução da política de saúde.

4.1.1. Níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil

Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil estão definidos pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, e são classicamente divididos em: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a porta de entrada preferencial do usuário no sistema, sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde ou, quando necessário, referenciar os casos para o tratamento especializado (níveis secundário e terciário).

As Unidades Básicas de Saúde, frequentemente denominadas postos de saúde, são os estabelecimentos da APS. Tais unidades concentram-se em ações de prevenção e promoção da saúde. Nas UBS, são ofertados exames e consultas de rotina por equipes multiprofissionais, incluindo profissionais especializados em Saúde da Família, que atuam para garantir a atenção integral à saúde em um território definido.

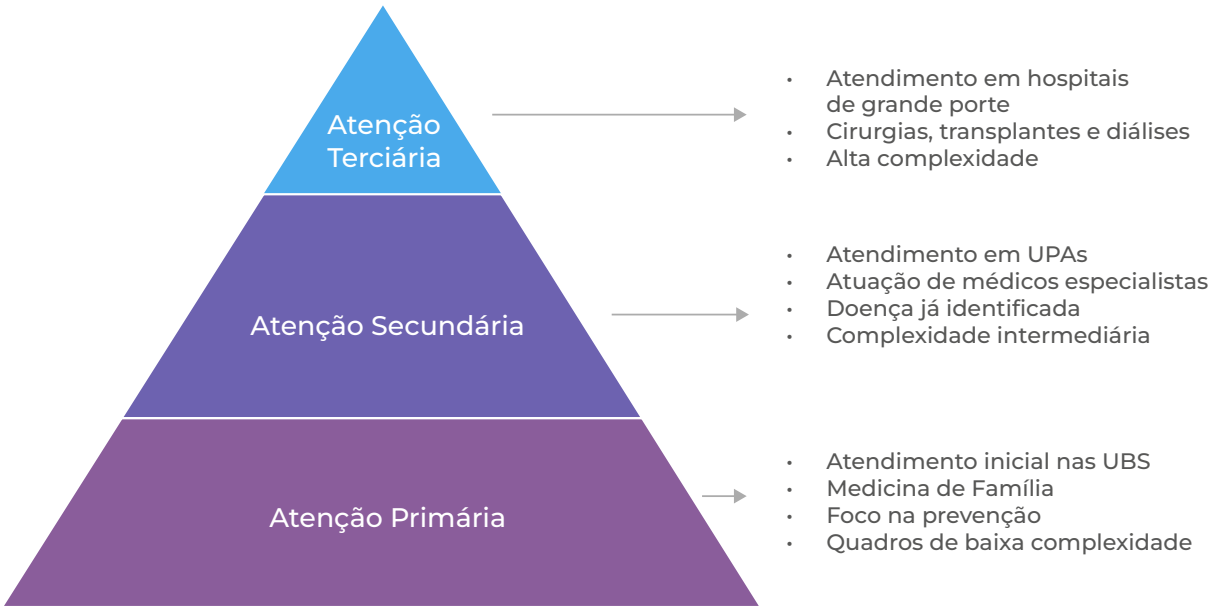
A atenção especializada é subdividida em Atenção Secundária (média complexidade) e Atenção Terciária (alta complexidade), abrangendo serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. A média complexidade é composta por serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, englobando áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, neurologia, psiquiatria e ginecologia. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) integram este nível, concentrando o atendimento de saúde de complexidade intermediária.

O nível de alta complexidade engloba hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e centros de ensino e pesquisa. Essas unidades dispõem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos amplos e complexos, e realizam procedimentos que exigem tecnologia de ponta e custos elevados, como intervenções oncológicas, cardiovasculares, transplantes e assistência a partos de alto risco.

Os especialistas da atenção terciária estão habilitados a gerenciar casos que não puderam ser solucionados na APS ou na média complexidade devido à sua natureza singular ou complexa. Este nível também engloba assistência a cirurgias reparadoras, reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, e outros cuidados especializados de menor ocorrência.

A figura a seguir representa os níveis de atenção e assistência à saúde no SUS:

Figura 2: Organização dos níveis de atenção e assistência à saúde no SUS



Fonte: autoria própria

4.1.2 Agravos de interesse na saúde pública

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) representam um desafio significativo de saúde pública, com condições como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e vários tipos de câncer sendo particularmente prevalentes. Estudos indicam uma prevalência crescente dessas doenças, juntamente com problemas de saúde mental como depressão e transtornos neuropsiquiátricos, afetando particularmente populações vulneráveis (Simões et al., 2021; Duncan et al., 2012). As disparidades regionais também influenciam os resultados de saúde, com variações na carga de doenças em diferentes áreas, exigindo estratégias de saúde pública personalizadas para atender às necessidades locais (Regis et al., 2024; Leite et al., 2015).

Destacam-se, dentre as DNTs, a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus e as neoplasias. A hipertensão arterial sistêmica é um fator de risco primordial para complicações isquêmicas cardíacas, cerebrovasculares, vasculares periféricas e nefropatias, sendo responsável por cerca de 10,4 milhões de óbitos anuais globalmente (Brasil, 2025). Segundo dados do Ministério da Saúde (período de análise de 2010 a 2023), há uma prevalência nacional em indivíduos adultos, com uma proporção significativamente mais elevada em mulheres e um aumento substancial com o avançar da idade. A mortalidade associada à hipertensão foi consistentemente superior no sexo masculino ao longo do período analisado, com taxas mais elevadas entre a população negra (Brasil, 2025).

A diabetes mellitus é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no mundo, estando o Brasil na 4ª posição com cerca de 13 milhões de pessoas diagnosticadas (Brasil, 2022). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2022), a diabetes mellitus é uma doença metabólica causada pela hiperglicemia. O tipo I é o mais recorrente entre crianças e adolescentes, caracterizada como autoimune e se manifesta desde a infância, não podendo ser prevenida. Já o tipo II, que decorre da deficiência de secreção da insulina, é o tipo mais frequente na população geral e pode ser prevenido ou postergado pelo controle de fatores de risco modificáveis. Essa condição aumenta consideravelmente os níveis de açúcar no sangue, que resulta em complicações, como a cetoacidose diabética, o estado hiperglicêmico hiperosmolar e a hipoglicemia, que culminam na amputação de membros inferiores, insuficiência renal crônica e disfunções de vários outros órgãos, como olhos, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneo.

O Ministério da Saúde estima que 90% da carga de diabetes seja causada pela diabetes tipo II, que continua a crescer e é influenciada por fatores demográficos, como o envelhecimento populacional, o crescimento econômico e por hábitos caracterizados como fatores de risco modificáveis, como a alimentação não saudável, o consumo de álcool, a inatividade física, a obesidade e o tabagismo (Brasil, 2022).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2022), a projeção de incidência oncológica para o triênio compreendido entre 2023 e 2025 totaliza 704 mil novos casos de câncer. Excluindo-se os carcinomas de pele não melanoma, o número estimado de novas ocorrências é de 483 mil. O câncer de pele não melanoma configura-se como o de maior incidência esperada, com uma estimativa de 220 mil novos casos, correspondendo a 31,3% do total. Os subsequentes cânceres mais incidentes são: mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) novos casos.

Na população masculina, a distribuição por tipo de câncer aponta para a predominância do câncer de pele não melanoma, com 102 mil novos casos (29,9%), seguido por próstata, com 72 mil

(21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Entre as mulheres, os principais tipos de câncer projetados são: pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) novos casos (Inca, 2022).

A análise da distribuição geográfica da incidência revela uma concentração significativa nas regiões Sul e Sudeste, as quais, em conjunto, abarcam aproximadamente 70% dos casos. A região Sudeste, isoladamente, representa metade da incidência total. Observa-se, contudo, uma considerável heterogeneidade na magnitude e nos tipos de câncer predominantes entre as distintas macrorregiões brasileiras, o que se correlaciona com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). As regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul apresentam os índices de IDH mais elevados, enquanto as regiões Nordeste e Norte detêm os menores (Inca, 2022).

Para a população masculina, o carcinoma de próstata é o tipo predominante em todas as regiões. No entanto, nas regiões com maior IDH, os cânceres colorretais ocupam a segunda ou terceira posição em frequência, ao passo que nas regiões de menor IDH, o câncer de estômago figura como o segundo ou terceiro mais incidente. Na população feminina, o câncer de mama é o mais incidente em todo o território nacional. Nas regiões de maior IDH, os cânceres de cólon e reto constituem o segundo ou terceiro tipo mais frequente, mas, nas regiões com menor IDH, o câncer do colo do útero mantém-se na segunda posição em termos de incidência (Inca, 2022).

4.2. Desenho da oferta da saúde suplementar regulada pela ANS, perfil dos beneficiários de planos de saúde no Brasil e maiores planos de saúde quanto ao número de beneficiários

A Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece a regulamentação do setor e procede à classificação das operadoras de planos de saúde em distintas modalidades, consoante o seu estatuto jurídico (ANS, 2016). Estas categorias incluem: a Autogestão, que se refere a empresas que gerenciam planos de assistência à saúde exclusivamente para seus empregados (ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados), ou para participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Outras modalidades são a Cooperativa Médica e a Cooperativa Odontológica, ambas constituídas como sociedades sem fins lucrativos, em conformidade com o disposto na Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, sendo a última restrita à operação de planos exclusivamente odontológicos. A categoria Filantropia abrange entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde privados, desde que possuam a certificação de filantropia junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e sejam declaradas de utilidade pública pelos órgãos competentes – Ministério da Justiça ou governos estaduais e municipais.

Adicionalmente, há a Administradora de Benefícios, que se restringe à gestão de planos de saúde financiados por outras operadoras, sem, contudo, assumir o risco da operação ou dispor de rede própria, credenciada ou referenciada de serviços. A Seguradora Especializada em Saúde constitui uma sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, com a condição de estar especializada nesse segmento, devendo seu estatuto social proibir a atuação em outros ramos ou modalidades. Por fim, a categoria Medicina de Grupo engloba as demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

A contratação do plano de saúde pela pessoa beneficiária[8] pode ser de caráter individual ou familiar – oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários(as), pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; coletivo empresarial – oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e coletivo por adesão – oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial (ANS, 2016).

Quanto aos segmentos das assistências prestadas pelos planos de saúde, a ANS (2024) define as seguintes possibilidades:

- Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia
- Hospitalar com obstetrícia
- Exclusivamente Odontológico
- Referência
- Ambulatorial + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia
- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico

Para cada segmentação, há uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS.[9]

Na cobertura ambulatorial, está garantida a prestação de serviços de saúde que compreende consultas médicas em clínicas ou consultórios, exames, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais. Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. A realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar fica sob responsabilidade do beneficiário, mesmo sendo feitos na mesma unidade de prestação de serviços e em menos do que 12 horas.

A cobertura hospitalar garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, que pode ser com e sem atenção ao parto: i. cobertura hospitalar sem obstetrícia garante a prestação de serviços em regime de internação hospitalar, com exceção da atenção ao parto; ii. cobertura hospitalar com obstetrícia garante o regime de internação hospitalar, também estando incluída a

8 O termo beneficiário(a) refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários(as) cadastrados no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) da ANS é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde (ANS, 2016)

9 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto pela Resolução Normativa (RN) da ANS n. 465, de 24 de fevereiro de 2024, estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida pelos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDAzMw==. Acesso em: 9 jan. 2024.

atenção ao parto.

A cobertura dos planos da segmentação Referência foi instituída pela Lei n. 9.656/98 e engloba assistência médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura assistencial também foi estabelecida pela Lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas da sua contratação.

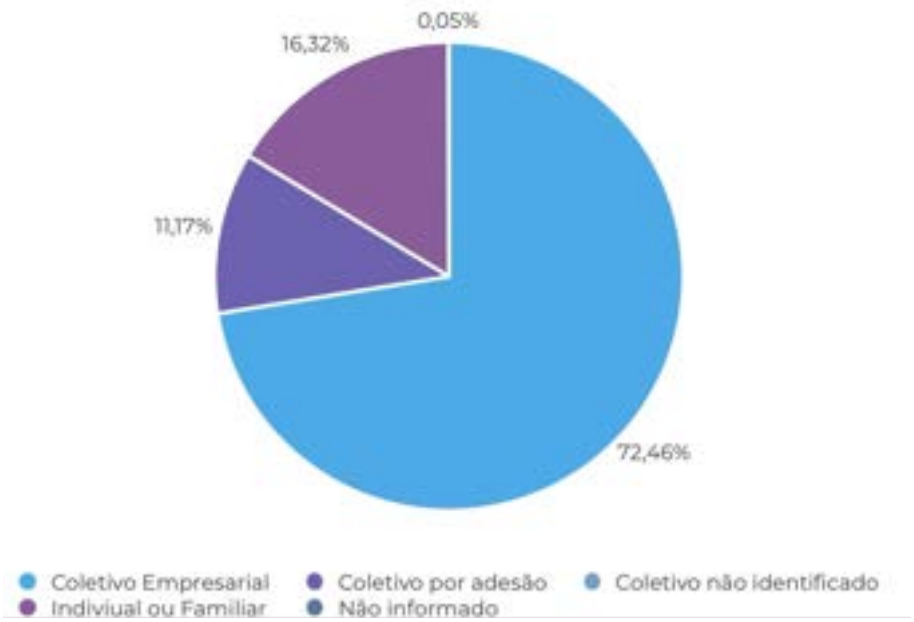
4.2.1. Perfil dos beneficiários de planos de saúde no Brasil

Para auxiliar na compreensão sobre a judicialização da saúde suplementar no Brasil na perspectiva da pessoa beneficiária, apresentamos os dados disponibilizados pela ANS, enfatizando os seguintes conjuntos de dados: i. distribuição percentual de pessoas beneficiárias por planos de assistência médica por tipo de contratação do plano; ii. distribuição percentual de pessoas beneficiárias por planos de assistência médica por segmentação assistencial do plano; iii. taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por unidades da federação.

Segundo a ANS (2025), em junho de 2025, o Brasil contava com 52,8 milhões de pessoas beneficiárias de planos de saúde[10]. Este público é atendido por 671 operadoras com beneficiários(as) (dado de julho de 2025). Em 2024, o setor movimentou cerca de R$ 312 bilhões em receita de mensalidades e R$ 256,8 bilhões em despesas assistenciais.

Em setembro de 2024, cerca de 70% das pessoas beneficiárias de assistência médica contrataram planos de saúde do tipo coletivo empresarial, seguido do contrato individual ou familiar conforme gráfico a seguir:

Figura 3: Pessoas beneficiárias de planos de assistência médica por tipo decontratação do plano (junho/2024)



Fonte: ANS, 2025

10 Assistência médica com ou sem odontologia.

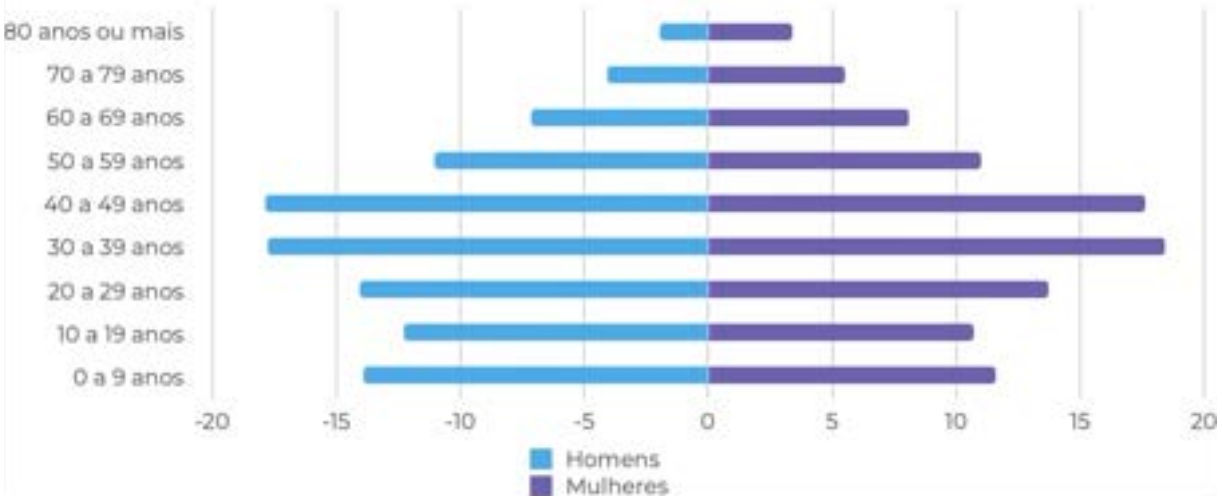
Quanto à segmentação assistencial do plano de saúde, 91% das pessoas beneficiárias têm cobertura assistencial de tipo hospitalar e ambulatorial e apenas 4%, cobertura de referência, conforme gráfico a seguir:

Figura 4: Pessoas beneficiárias de planos de assistência médica por segmentação assistencial do plano (setembro/2024)

Fonte: ANS, 2025

Quanto ao perfil etário e por gênero das pessoas beneficiárias de planos, o gráfico a seguir demonstra que os maiores percentuais de beneficiários e beneficiárias estão nas faixas de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos tanto para homens como para mulheres. Em seguida, beneficiários(as) de 0 a 9 anos de idade, seguidos da faixa de 20 a 29 anos:

Figura 5: Pirâmide da estrutura etária das pessoas beneficiárias de planos privados de assistência médica (junho/2025)

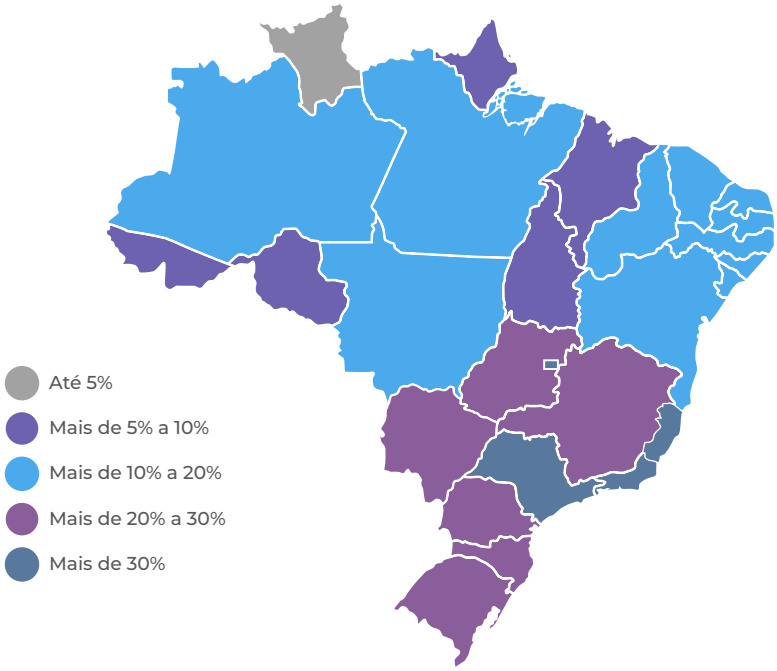


Fonte: ANS, 2025.

4.2.2. Cobertura dos planos de assistência médica e maiores operadoras por número de pessoas beneficiárias

A figura a seguir apresenta a taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidades da federação:

Figura 6: Taxa de cobertura[11] dos planos privados de assistência médica por unidades da federação (Brasil - julho/2025)



Fonte: ANS, 2025

Segundo a ANS, os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo têm mais de 30% da população coberta por planos privados de assistência médica. Minas Gerais, estado da região Sudeste, conta com a taxa de 20% a 30% de sua população como beneficiárias, juntamente com os três estados da região Sul, Mato Grosso e Goiás. Também do Centro-Oeste, o Distrito Federal está no grupo de mais de 30%, e o estado do Mato Grosso entre 10% e 20% de sua população atendida por planos de saúde. Os estados da região Nordeste, com exceção do Maranhão, estão no mesmo grupo, juntamente com Pará e Amazonas. Acre, Rondônia, Amapá, Tocantins e Maranhão contam com 5% a 10% de sua população coberta por planos de saúde e Roraima, único estado com menos de 5% de cobertura.

Pelos dados da ANS, é a população das regiões Sul e Sudeste que conta com a maior cobertura de planos privados de assistência médica, com no mínimo 20% da taxa de cobertura. Por outro lado, a população da região Norte tem em parte uma taxa de cobertura de até 10% e somente dois estados com cobertura de até 20%, o que indica a desigualdade regional do acesso e/ou oferta a planos de saúde privados no país.

Os quadros a seguir apontam as maiores operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias, dados de junho de 2025 em âmbito nacional e por região do país.

11 Razão, expressa em porcentagem, entre o número de pessoas beneficiárias e a população em uma área específica. Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), gerido pela ANS, e das estimativas da população brasileira, calculadas pelo DataSUS/MS, a partir dos dados fornecidos pelo IBGE (ANS, 2016).

Quadro 3: Ranking nacional das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias (junho/2025)

Posição	Código ANS e Operadora	N.º de beneficiários
1º	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	4.382.232
2º	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	3.243.307
3º	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	3.078.472
4º	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	2.923.670
5º	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	2.399.667
6º	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	1.879.248
7º	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	1.564.421

Fonte: ANS, 2025

O quadro apresenta as sete maiores operadoras do país em número de pessoas beneficiárias, a partir de um milhão de beneficiárias(os) em junho de 2025, estando nas três primeiras colocações a HapVida Assistência Médica S.A, a Notre Dame Intermédica Saúde S.A e a Bradesco Saúde S.A. com um total de cerca de 10,7 milhões de pessoas beneficiárias.

A ANS classifica as operadoras de planos de saúde pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que avalia e classifica o desempenho das operadoras de planos de saúde no Brasil, em uma escala de 0 a 1. Ele mede a qualidade dos serviços prestados por meio de quatro dimensões: Qualidade em Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade no Mercado e Gestão de Processos e Regulação. O objetivo é fornecer às pessoas beneficiárias e ao público em geral um parâmetro para a escolha de planos de saúde, com notas a partir de 0,6 indicando bom desempenho[12].

Quadro 4: Ranking nacional das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias e IDSS (junho/2025)

Posição n.º beneficiários (as)	Código ANS e Operadora	IDSS	Posição IDSS
1º	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	0,8263	4º
2º	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	0,8523	3º
3º	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	0,7626	6º
4º	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	0,7877	5º
5º	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	0,7596	7º

12 O cálculo do IDSS é baseado em indicadores que aferem o desempenho de cada operadora em quatro dimensões principais: i. qualidade em Atenção à Saúde (avalia as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde para o atendimento às necessidades dos beneficiários), ii. garantia de Acesso (verifica o atendimento à demanda, a oferta da

6°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	0,9408	2°
7°	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	1,0000	1°

Fonte: ANS, 2025

O quadro a seguir apresenta as sete maiores operadoras da região Norte do país:

Quadro 5: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Norte (junho/2025)

Posição	Código ANS e Operadora	N.° de beneficiários
1°	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	567.246
2°	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	151.071
3°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	87.398
4°	000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	49.671
5°	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	40.785
6°	348520-NOTRE DAME INTERMÉDICA MINAS GERAIS SAÚDE S	25.933
7°	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	21.343

Fonte: ANS, 2025

A operadora HapVida Assistência Médica S.A tem mais beneficiários(as), cerca de 576 mil, que a soma do número de pessoas beneficiárias das demais operadoras com cerca de 376 mil pessoas. Também na região Nordeste, a HapVida desponta como a maior operadora, como apresenta o quadro a seguir:

Quadro 6: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessaos beneficiárias – região Nordeste (junho/2025)

Posição	Código ANS e Operadora	N.° de beneficiários
1°	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	2.388.789
2°	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	481.210
3°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	388.122
4°	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	284.164
5°	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	220.455
6°	346659-CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BA	155.034
7°	000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	110.985

Fonte: ANS, 2025

rede de prestadores de serviços e a garantia de acesso aos serviços de saúde), iii. sustentabilidade no Mercado (analisa o equilíbrio econômico-financeiro e a sustentabilidade das operações da operadora), iv. gestão de Processos e Regulação (confere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS).

E repetindo o cenário da região Norte, a operadora HapVida Assistência Médica S.A tem mais beneficiários(as), cerca de 2.300 mil que a soma do número de pessoas beneficiárias das demais operadoras com cerca de 1.600 mil pessoas no Nordeste do Brasil.

O quadro a seguir apresenta os dados referentes à região Sudeste:

Quadro 7: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Sudeste (junho/2025)

Posição	Código ANS e Operadora	N.° de beneficiários
1°	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	3.125.753
2°	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	2.410.848
3°	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	2.029.950
4°	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	1.849.779
5°	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	1.524.968
6°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	866.037
7°	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	842.663

Fonte: ANS, 2025

A Notre Dame, Amil e Bradesco Saúde concentram cerca de 60% do total de beneficiários(as) dos sete maiores planos de saúde do Sudeste, com cerca de 7,5 milhões de pessoas beneficiárias. A HapVida, por usa vez, em primeira colocação no Norte e Nordeste do Brasil, encontra-se na sétima posição na região Sudeste.

Para a região Centro-Oeste, os dados são os seguintes:

Quadro 8: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Centro-Oeste (junho/2025)

Posição	Código ANS e Operadora	N.° de beneficiários
1°	424188-SERV SOCIAL AUTÔNOMO DE ASSIST À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS E MILITARES DO ESTADO DE GOIÁS – Ipasgo Saúde	568.466
2°	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	511.868
3°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	280.919
4°	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	205.949
5°	000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	113.086
6°	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	112.850
7°	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	99.929

Fonte: ANS, 2025

O Ipasgo Saúde e HapVida concentram cerca de 57% dos beneficiários(as) dos maiores planos da região, sendo que o primeiro colocado – o Ipasgo Saúde – aparece somente no ranking do Centro-Oeste do país. Por fim, a região Sul tem a seguinte configuração:

Quadro 9: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias – região Sul (junho/2025)

Posição	Código ANS e Operadora	N.º de beneficiários
1º	352501-UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MÉDICA LT	617.670
2º	304701-UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE	604.327
3º	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	256.667
4º	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	210.281
5º	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	166.727
6º	000701-UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A	123.874
7º	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	112.088

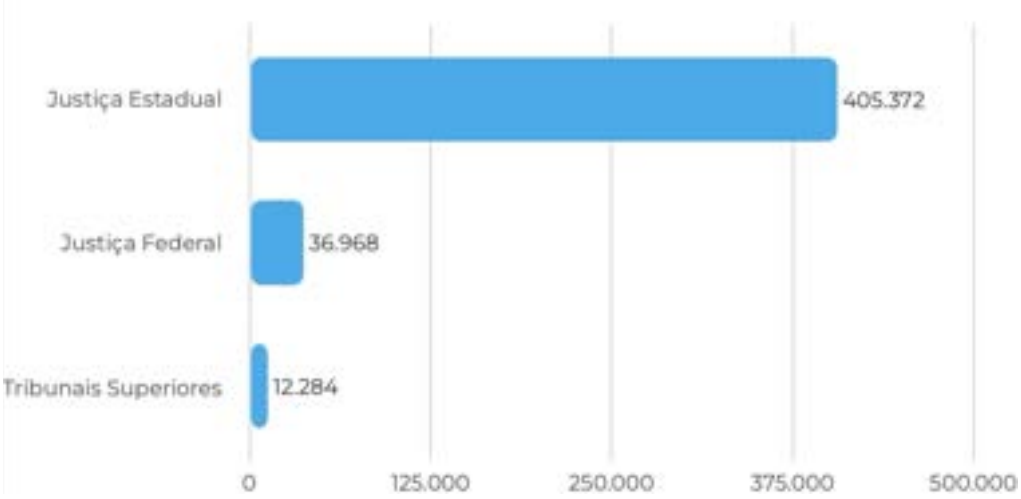
Fonte: ANS, 2025

Com um cenário semelhante ao da região Centro-Oeste, as operadoras em primeiro e segundo lugar do ranking, Unimed Porto Alegre e Unimed Curitiba, aparecem somente na relação da região Sul. As duas detêm cerca de 58% das pessoas beneficiárias dos maiores planos da região.

5. ASPECTOS GERAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Segundo o DataJud, em agosto de 2025, o Poder Judiciário recebeu cerca de 454 mil casos novos[13] relativos ao assunto Saúde, distribuídos da seguinte forma:

Figura 7: Quantidade de casos novos por ramo da Justiça (jan-ago/2025)

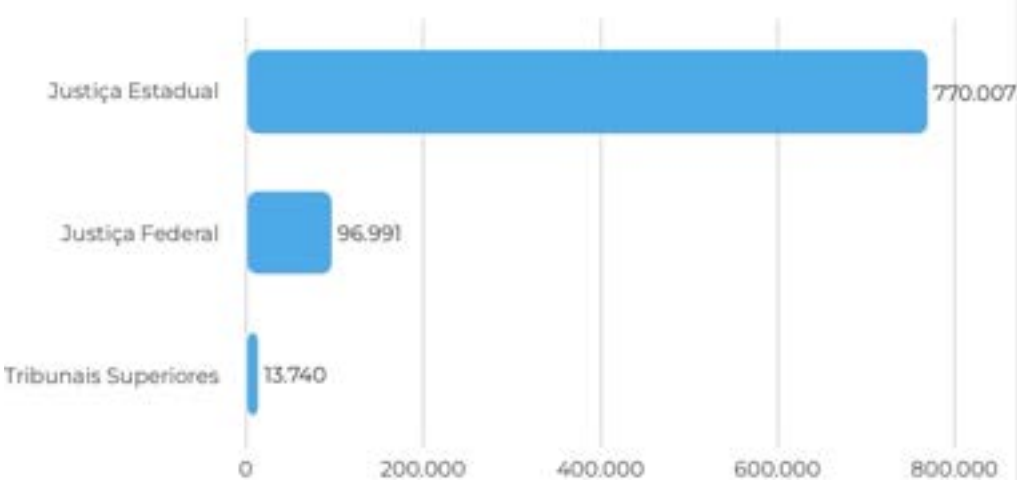


Fonte: DataJud, CNJ

São os tribunais estaduais a principal porta de entrada dos conflitos relacionados à saúde no Brasil que detinham 405.372 casos novos em agosto de 2025, 89% do total de casos. A Justiça Federal, com 36.968 casos, tem 8% do total.E o Superior Tribunal de Justiça recebe cerca de 3% de casos novos, 12.284 do total.

Em agosto de 2025, o Poder Judiciário contava com cerca de 880 mil casos pendentes, distribuídos da seguinte forma:

Figura 8: Quantidade de casos pendentes por ramo da Justiça (agosto/2025)

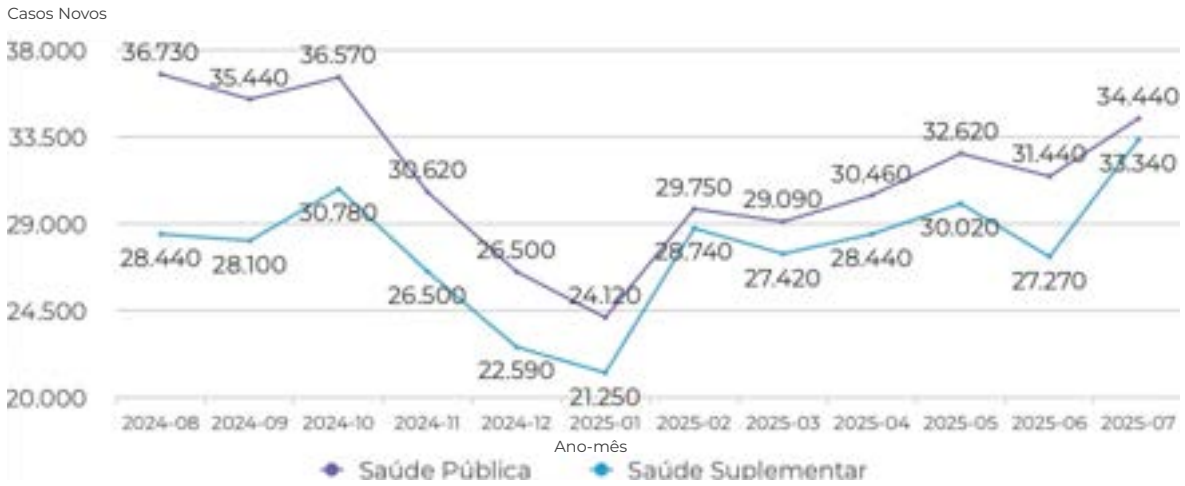


Fonte: DataJud, CNJ

13 Casos novos são processos que deram entrada em um tribunal ou órgão judicial. No contexto dos painéis de estatísticas do CNJ, o termo "Cn" (Caso Novo) se refere a processos com um movimento inicial no mês analisado. Por sua vez, casos pendentes são os processos que ainda não foram finalizados ou julgados. Uma situação chamada "Pendente" pode ser aberta para processos que estão aguardando alguma movimentação ou decisão para serem concluídos. O termo também pode se referir a processos que estão suspensos, em andamento, ou que estão em uma fase específica de execução.

Desagregando os dados quanto à judicialização por assunto, entre agosto de 2024 e julho de 2025, temos o seguinte cenário:

Figura 9: Série histórica de casos novos (em milhares) (agosto/24-julho/25)



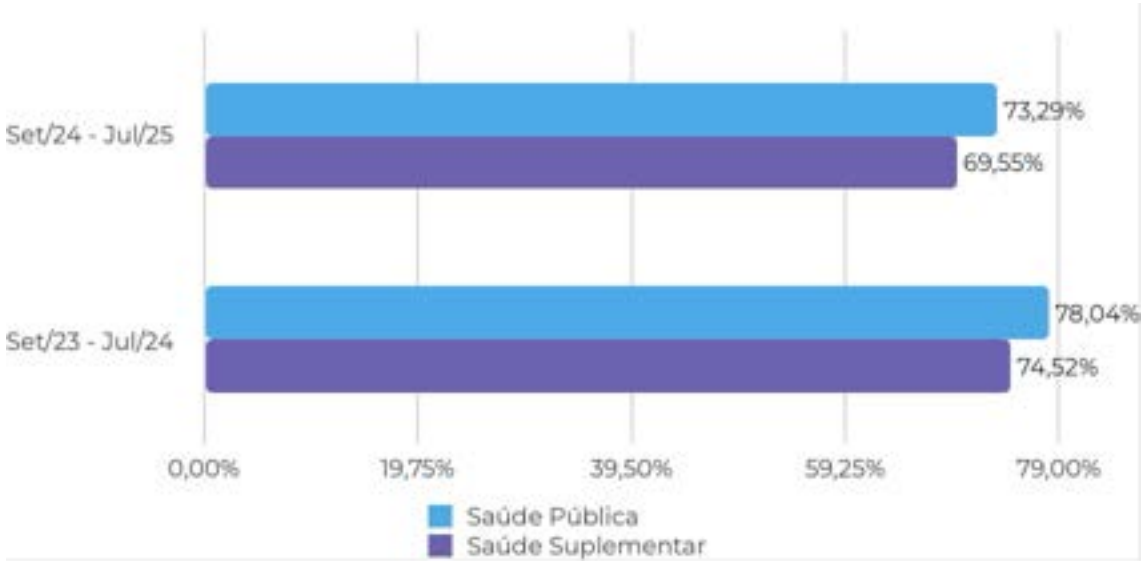
Fonte: DataJud, CNJ

A comparação das séries históricas de casos novos entre a saúde pública e saúde suplementar mostra uma movimentação semelhante entre ambas em todo o período, sendo os casos novos de judicialização da saúde pública em número sempre maior.

Já com a saúde pública, há um pequeno decréscimo do número de casos novos entre fevereiro e março de 2025, seguido de um crescimento entre março e maio. Há uma pequena queda de maio a junho de 2025, mas ainda superior a março (31,44 mil em relação a 29,09 mil) com novo crescimento em julho. Neste mês, o número de casos novos atinge seu ponto mais alto do ano de 2025 (34,44 mil casos novos). Este quantitativo, no entanto, é inferior ao mês de setembro de 2024 (35,44 mil casos novos) ponto mais baixo desse ano, se desconsiderado o declínio do número de casos novos de setembro a janeiro de 2024, característico da judicialização dos assuntos. Este dado pode sugerir que a decisão do STF no âmbito do RE 1.366.243 (Tema 1.234), em setembro de 2024, trouxe efeitos para o ingresso de casos novos.

Os dados a seguir apresentam percentual de liminares deferidas em ações de saúde pública e suplementar, bem como aqueles relacionados à procedência dos pedidos. Os pedidos liminares caracterizam o litígio na saúde: o acesso urgente a medicamentos, tratamentos e exames estão presentes nas ações relacionadas à saúde pública, bem como aos serviços prestados por operadoras de planos de saúde. A figura apresenta o percentual de liminares deferidas relacionadas ao assunto saúde pública e saúde suplementar, comparando os períodos de setembro de 2023-julho de 2024 e setembro de 2024-julho de 2025:

Figura 10: Percentual de liminares deferidas na Saúde por período

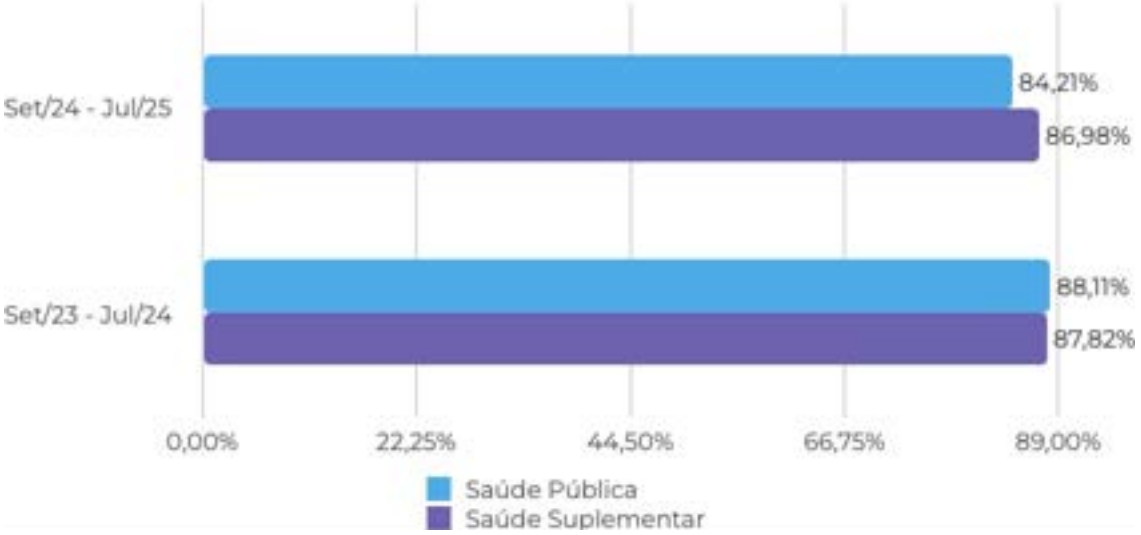


Fonte: CNJ, 2025

Os pedidos relacionados à saúde pública têm um percentual de sucesso, com liminares concedidas, levemente mais alto que a saúde suplementar nos dois períodos analisados, mesmo com uma pequena retração do percentual de ambos do primeiro período para o segundo.

Já quanto à procedência do pedido, o quadro se altera levemente, conforme figura a seguir:

Figura 11: Percentual de procedência por Saúde por período



Fonte: CNJ, 2025

As procedências no âmbito da saúde pública em setembro de 2024-julho de 2025 sofreram um pequeno decréscimo percentual em relação ao período anterior.

Os dados indicam que, no período de setembro de 2023-julho de 2024, os pedidos liminares da saúde pública tinham 78% de êxito e procedência ao final de 88%. Já no período de setembro de 2024 a julho de 2025, as liminares deste tema foram deferidas em cerca de 73% dos pedidos, com procedência final de cerca de 84%. Em geral, houve uma queda no percentual de deferimentos

e procedências de um ano para o subsequente. Uma explicação pode ser o julgamento do RE 1.366.243 (Tema 1.234) pelo STF.

Já no tema da saúde suplementar, no período de setembro de 2023-julho de 2024, os pedidos liminares tinham 74,5% de êxito e procedência ao final de cerca de 88%. No período de setembro-2024-julho de 2025, cerca de 69,5% de liminares foram concedidas, com procedência ao final de cerca de 87%. Ou seja, houve uma queda no percentual de liminares concedidas entre os períodos e a manutenção do percentual de procedências.

PARTE 3

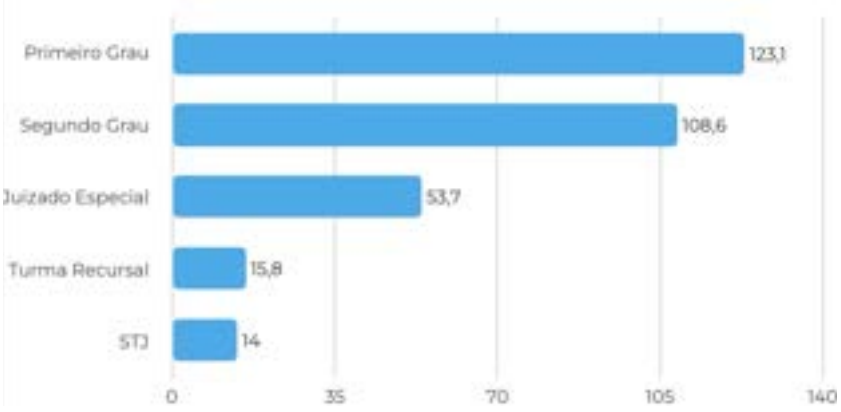
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

6. ANÁLISE DESCRITIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Os pontos centrais das análises descritivas sobre a judicialização da saúde suplementar procuram caracterizar o quantitativo de casos novos entre agosto de 2024 e julho de 2025; de liminares deferidas e de procedência de pedidos, considerando inclusive o ranking das maiores operadoras em número de pessoas beneficiárias; o percentual de conciliação nas ações e a contagem de tempo dos casos novos.

Entre agosto de 2024 e julho de 2025, foram ajuizados cerca de 123 mil casos novos com o tema saúde suplementar no primeiro grau de jurisdição e cerca de 108 mil casos no segundo grau, como apresentado na figura a seguir:

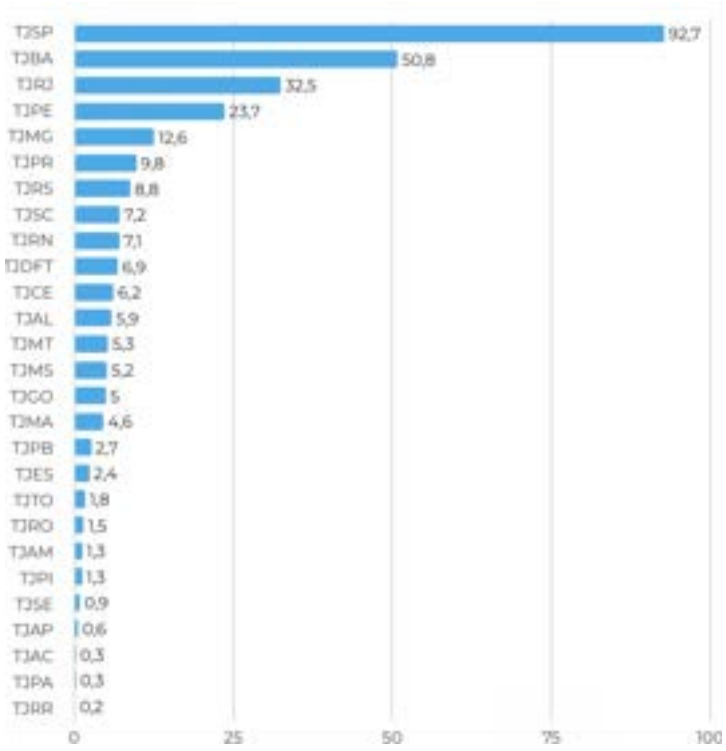
Figura 12: Quantidade de casos novos por grau – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

A distribuição dos casos novos apresenta-se da seguinte forma, no âmbito da Justiça estadual:

Figura 13: Quantidade de casos novos na Justiça Estadual, por tribunal – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: DataJud, CNJ

São Paulo, como maior Tribunal de Justiça do país, tem o maior número de casos novos do período, acumulando quase 93 mil, número maior que a soma dos casos da Bahia e Rio de Janeiro que figuram em segundo e terceiro lugar, respectivamente. Já Roraima, Pará e Acre estão nas três últimas posições, com o acumulado de cerca de 0,8 mil casos novos no período.

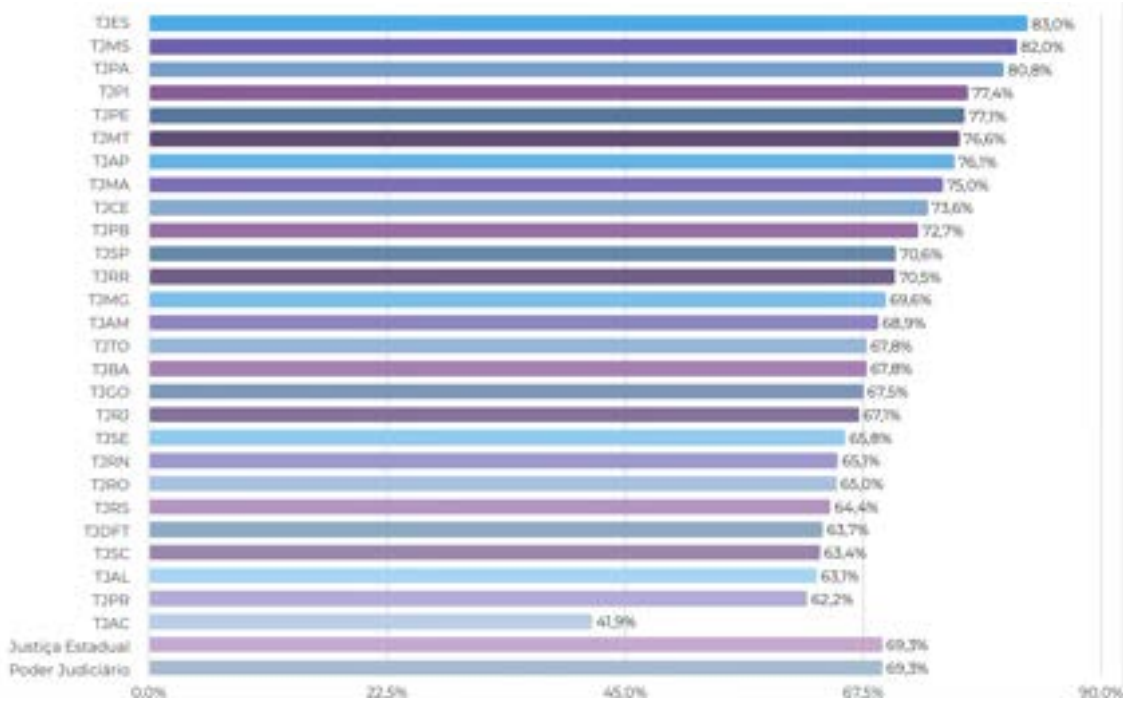
Vale ressaltar que Roraima tem uma taxa de menos de 5% da população do estado coberto por plano de assistência médica. A Bahia, por sua vez, tem de mais de 10% a 20% de taxa de cobertura, mas figura em segundo lugar no número de casos novos no período. Ou seja, mesmo com o percentual pequeno da população do estado com cobertura, a judicialização de casos novos é elevada quando comparada a outros estados.

6.1. Liminares deferidas e procedência do pedido

Quanto aos pedidos liminares e procedência do requerimento da parte autora em desfavor da operadora de plano de saúde, esta seção apresenta os dados percentuais em relação aos tribunais e em relação aos maiores litigantes no polo passivo. Nesse cálculo estão considerados somente os processos de juizados especiais e juízo comum, sem levar em conta o resultado em instâncias recursais, já que em grau de recurso pode ocorrer inversão das partes.

O percentual de liminares deferidas de 69% na Justiça Estadual configura-se da seguinte forma em relação aos tribunais:

Figura 14: Percentual de liminares deferidas na Justiça Estadual por tribunal – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)

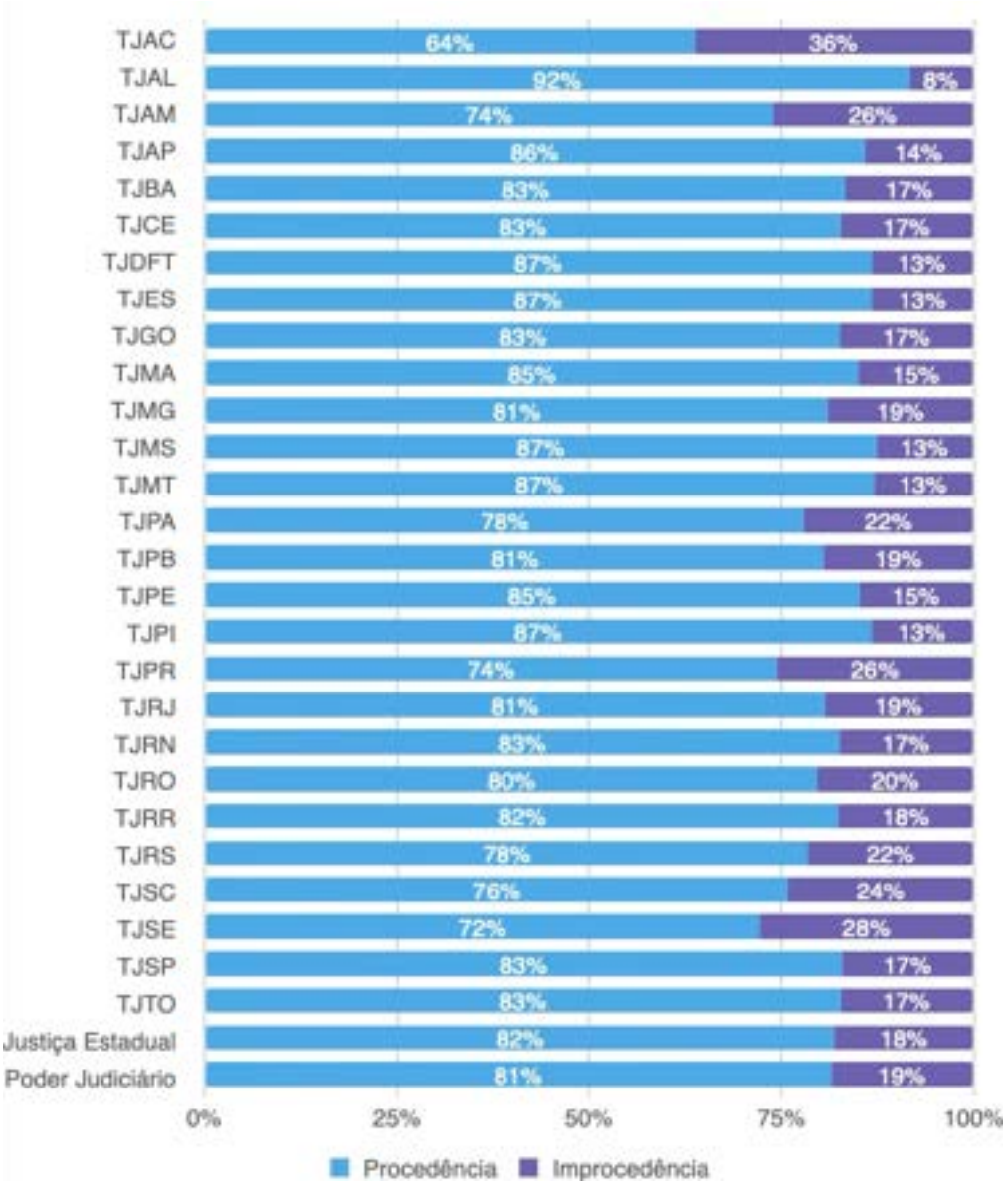


Fonte: CNJ

Os tribunais do Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Pará deferem em torno de 80% a 83% do total de liminares requeridas entre agosto de 2024 a julho de 2025. Por sua vez, o Acre apresenta o menor percentual de deferimento de toda a Justiça Estadual brasileira, cerca de 42%, número consideravelmente inferior ao percentual do Paraná que ocupa a penúltima posição (62,2%). De 300 casos novos que ingressaram no período no TJAC, apenas 126 tiveram liminares deferidas. Já no Espírito Santo, no mesmo período, foram deferidas liminares em 1.992 casos.

Considerando a procedência da ação na Justiça Estadual, a figura a seguir apresenta a proporção de procedência e improcedência para cada estado:

Figura 15: Percentual de procedência e improcedência da ação na Justiça Estadual por tribunal - (agosto/2024-julho/2025)

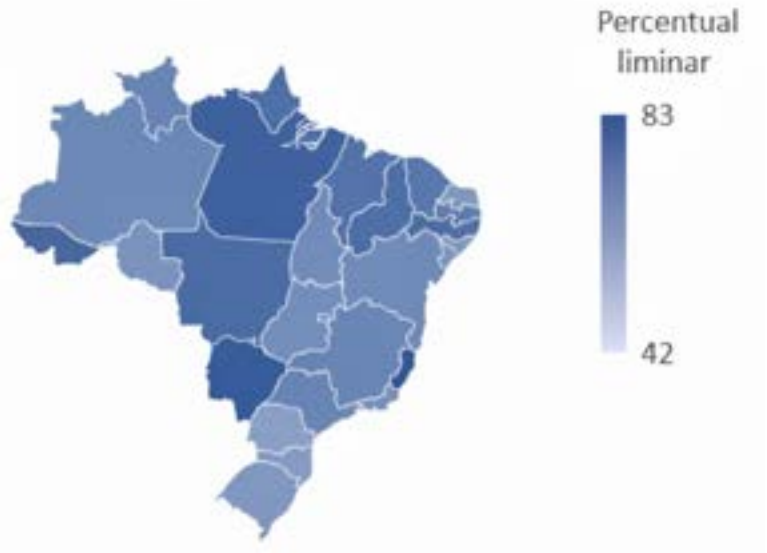


Fonte: CNJ

O percentual de procedência da Justiça Estadual está em 82% no período, sendo o estado do Acre com o maior percentual de indeferimento (36%) e Alagoas com o menor(8%). Entre 80% e 85% de sentenças procedentes, figuram 13 estados: Tocantins, São Paulo, Roraima, Rondônia, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Paraíba, Minas Gerais e Maranhão, Goiás, Ceará, Pernambuco e Bahia. Abaixo dos 80% estão, além do Acre, Sergipe, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Pará e Amazonas. E acima dos 85%, incluindo Alagoas, estão Amapá, Piauí, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.

As figuras a seguir fazem a distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas e procedência da ação, a partir dos dados supra:

Figura 16: Distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas



Fonte: autoria própria

Figura 17: Distribuição das unidades da federação por percentual de procedência da ação

Fonte: autoria própria

Dez estados estão na faixa percentual de deferimento de liminares entre 70% e 79%, são eles: São Paulo, Roraima, Paraíba, Minas Gerais, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Piauí, Mato Grosso e Amapá. E entre 60% e 69% estão Tocantins, Rondônia, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Goiás, Bahia, Sergipe, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Amazonas, Alagoas, Distrito Federal – um total de treze estados.

Uma análise a partir da relação das maiores operadoras de planos de saúde em número de pessoas beneficiárias permite classificá-la considerando o percentual de liminares deferidas, ocupando o primeiro lugar a operadora que tem percentual de liminares deferidas para a parte autora.

Quadro 10: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias e por percentual do quantitativo de liminares deferidas – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)[14]

Posição n.º beneficiários	Código ANS e Operadora	% liminares deferidas	Posição % liminares deferidas
1º	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	73%	1º
2º	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	74%	3º
3º	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	66%	6º
4º	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	70%	4º
5º	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	68%	5º
6º	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	N/A	N/A
7º	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	73%	2º

Fonte: autoria própria

Uma análise a partir da relação das maiores operadoras de planos de saúde em número de pessoas beneficiárias possibilita uma classificação, considerando o percentual de procedência das ações.

Quadro 11: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias e por percentual do quantitativo de sentenças de procedência – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025)[15]

Posição n.º beneficiários	Código ANS e Operadora	% sentenças de procedência	Posição % sentenças de procedência
1º	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	83%	4º
2º	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	88%	1º
3º	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	86%	2º
4º	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	85%	3º
5º	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	82%	5º

14 Certas operadoras de planos de saúde têm nomes semelhantes, mas são pessoas jurídicas distintas. Possuem registros autônomos no cadastro nacional de pessoa jurídica e junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, a exemplo da Sul América, Unimed e Amil.

15 Certas operadoras de planos de saúde têm nomes semelhantes, mas são pessoas jurídicas distintas. Possuem registros autônomos no cadastro nacional de pessoa jurídica e junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, a exemplo da Sul América, Unimed e Amil.

6°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	N/A	N/A
7°	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	N/A	N/A

Fonte: autoria própria

O quadro a seguir compara a posição das operadoras em relação ao percentual de liminares deferidas para a parte autora e em sentenças de procedência quando figuram no polo passivo:

Quadro 12: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de pessoas beneficiárias, por percentual do quantitativo de liminares deferidas e quantitativo de sentenças de procedência – Saúde Suplementar (agosto/2024-julho/2025)[16]

Posição n.° beneficiários	Código ANS e Operadora	Posição % liminares deferidas	Posição % sentenças de procedência
1°	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	1°	4°
2°	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	3°	1°
3°	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	6°	2°
4°	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	4°	3°
5°	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	5°	5°
6°	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	N/A	N/A
7°	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	2°	N/A

Fonte: autoria própria

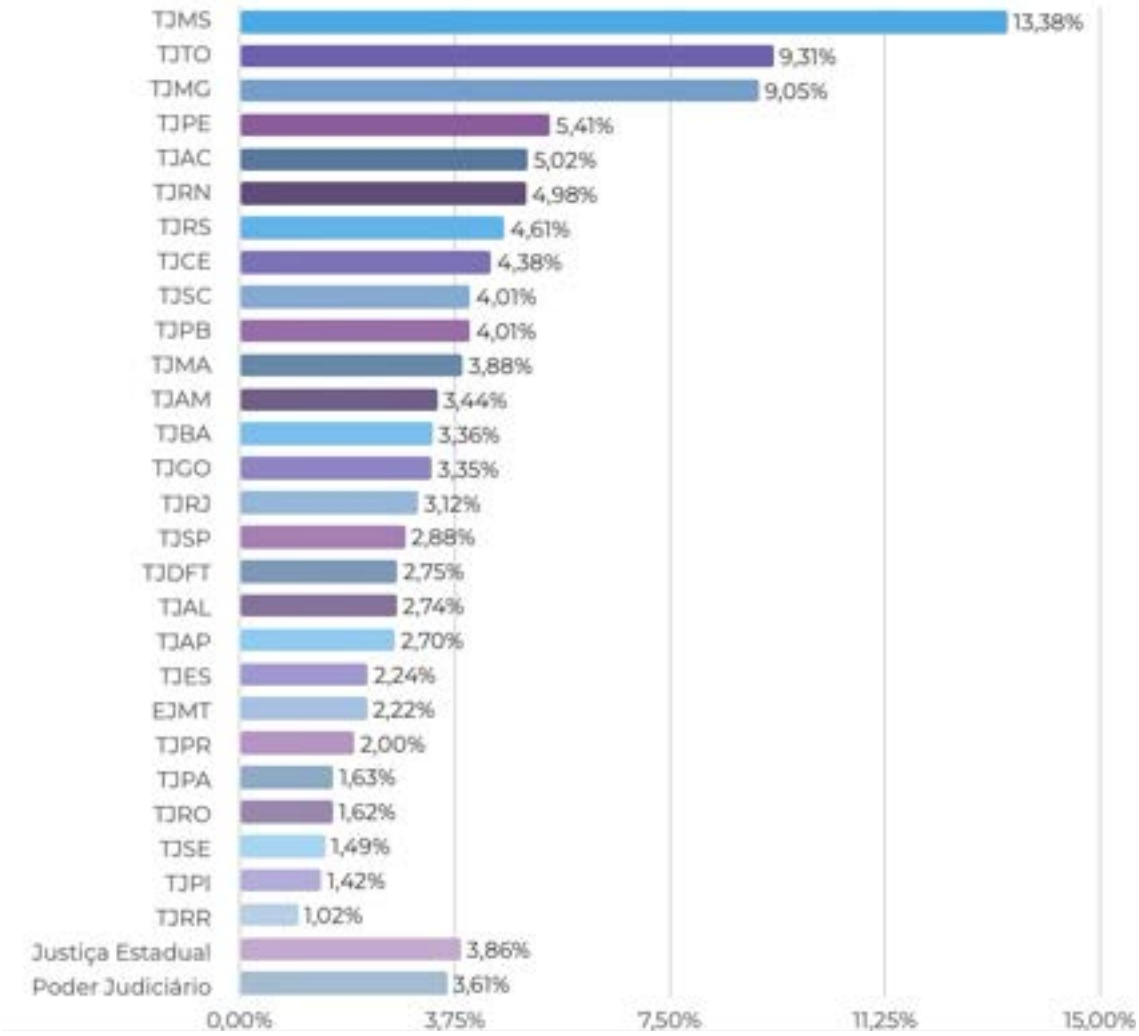
A diferença de posicionamento no ranqueamento das operadoras em relação às liminares deferidas e sentenças de procedência pode ser explicada pela revisão da liminar no momento posterior de elaboração da sentença. Por exemplo, uma ação contra a HapVida Assistência Médica pode ter uma liminar concedida contrariamente à operadora, mas posteriormente o pedido do(a) autor(a) ser indeferido.

16 Idem.

6.2. Conciliação

A figura a seguir apresenta o índice de conciliação, entre agosto de 2024 e julho de 2025. O índice de conciliação é medido pela relação entre o número de sentenças homologatórias de acordo e o total de sentenças proferidas.

Figura 18: Índice de conciliação da Justiça Estadual – saúde suplementar (agosto/2024-julho/2025



Fonte: CNJ

O litígio contra planos de saúde tem baixo índice de conciliação em relação ao cenário geral da conciliação na Justiça Estadual, que está em torno de 9% a 10% de 2024 até agosto de 2025. O Tribunal do Mato Grosso do Sul mantém a primeira posição no assunto saúde suplementar, que detém igualmente em relação ao índice de toda a Justiça Estadual. Em segundo lugar, estão Tocantins e Minas Gerais, que estão na décima e sétima posição, respectivamente, no índice geral.

Roraima, Piauí, Sergipe, Rondônia, Pará e Paraná estão nas últimas posições no índice da saúde suplementar, um cenário totalmente diverso do quadro geral de conciliação. Neste, Rondônia e Roraima figuram em segundo e terceiro lugar, respectivamente.

Em relação às operadoras de planos de saúde, o quadro a seguir apresenta o índice de conciliação dos processos julgados das 20 maiores partes do polo passivo no quantitativo de processos julgados no assunto Saúde Suplementar:

Quadro 13: Ranking das operadoras de planos de saúde por número de beneficiários e pelo índice de conciliação – Saúde Suplementar (agosto/2024-julho/2025)[17]

Posição n.º beneficiários	Código ANS e Operadora	Índice de conciliação	Posição índice de conciliação
1º	368253-HAPVIDA ASSISTENCIA MÉDICA S.A.	2,3%	6º
2º	359017-NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	2,5%	5º
3º	005711-BRADESCO SAÚDE S.A.	10%	2º
4º	326305-AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	7,5%	3º
5º	006246-SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	6,9%	4º
6º	339679-UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	N/A	N/A
7º	343889-UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABAL	38%	1º

Fonte: autoria própria

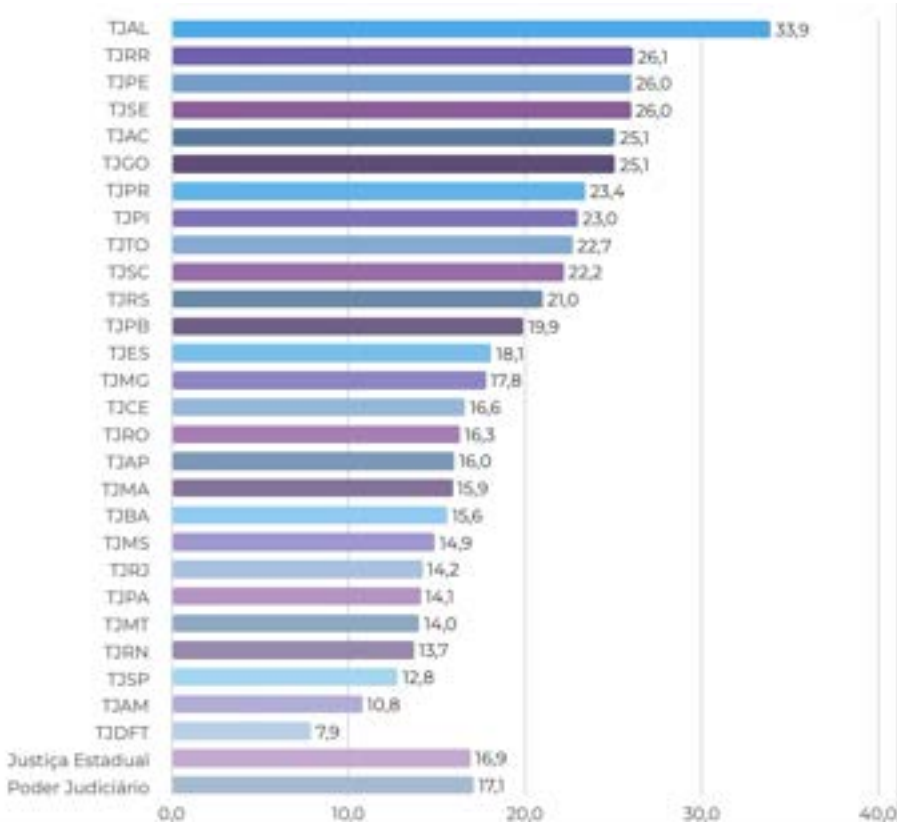
Os dados indicam que as duas maiores operadoras de planos de saúde em número de pessoas beneficiárias têm os menores índices de conciliação no quantitativo de processos julgados: HapVida e Notre Dame têm 2,8% e 2,5%, respectivamente, de índices de conciliação. Já a Unimed Belo Horizonte, sétima colocada em número de pessoas beneficiárias, tem índice de conciliação expressivamente mais elevado que a segunda colocada, a Bradesco Saúde, com 10%.

6.3. Contagem do tempo de ações relacionadas à saúde suplementar

A contagem do tempo de ações relacionadas ao assunto saúde suplementar será apresentada relacionando os seguintes momentos processuais: o tempo médio do ajuizamento da ação até a primeira liminar; o tempo médio da primeira liminar até a primeira sentença; o tempo médio do ajuizamento da petição inicial até a primeira sentença; e o tempo médio do julgamento de mérito; todos representados nas figuras a seguir.

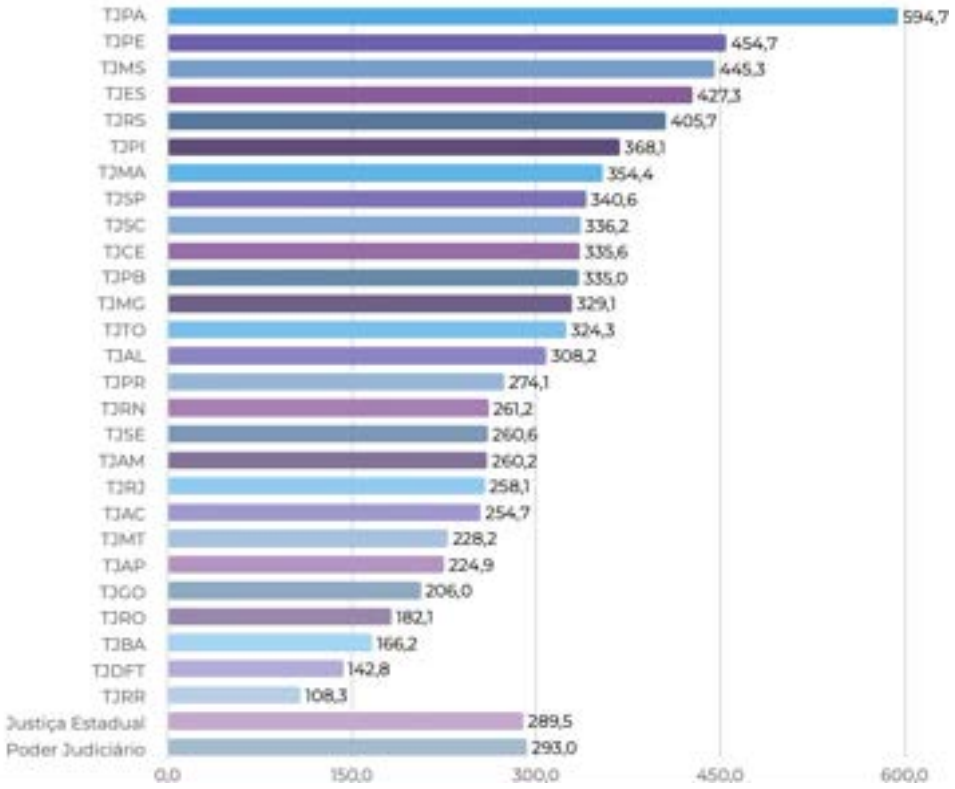
17 Certas operadoras de planos de saúde têm nomes semelhantes, mas são pessoas jurídicas distintas. Possuem registros autônomos no cadastro nacional de pessoa jurídica e junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, a exemplo da Sul América, Unimed e Amil.

Figura 19: Tempo médio, em dias, do ajuizamento da petição inicial até a primeira liminar no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



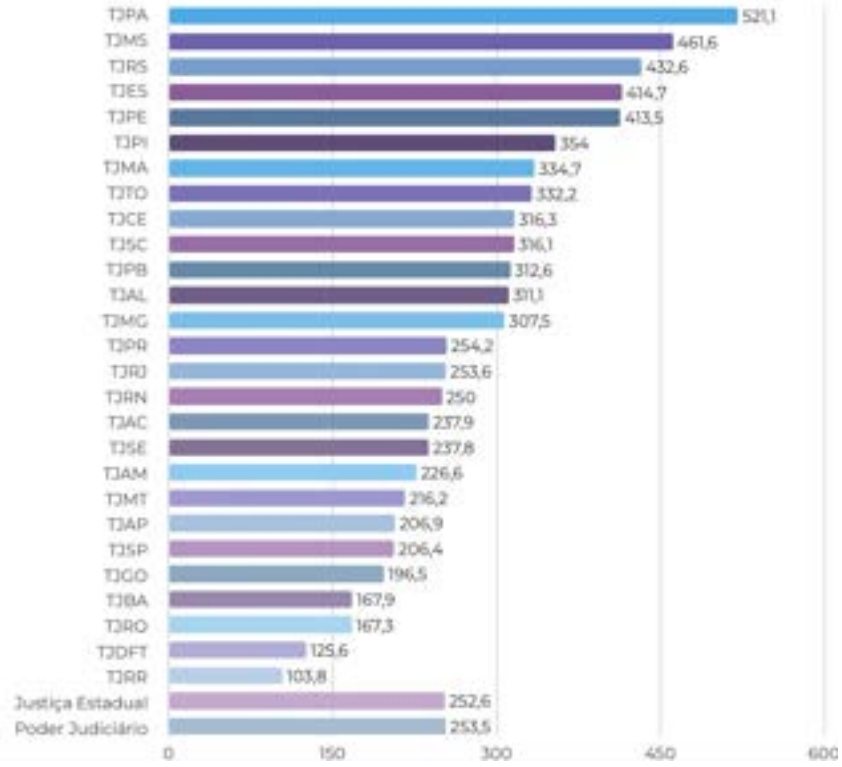
Fonte: CNJ

Figura 20: Tempo médio, em dias, da primeira liminar até a primeira sentença no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

Figura 21: Tempo médio, em dias, do ajuizamento da petição inicial até a primeira sentença no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

Figura 22: Tempo médio, em dias, do julgamento de mérito no assunto saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

Fonte: CNJ

Os dados indicam que, em geral, o mesmo tribunal varia entre as posições mais célere e menos célere em relação às categorias descritas. Por exemplo, o Distrito Federal decide uma liminar em 7,9 dias, sendo o tribunal mais célere do país quanto a esta fase processual, mas demora 111,4 dias para proferir a primeira sentença a partir da decisão da liminar e 125,6 dias da petição inicial até a sentença.

Por sua vez, Alagoas tem o tribunal que demora mais tempo para decidir a primeira liminar, levando 33,9 dias. Entretanto, entre a liminar e a primeira sentença, o tempo médio deste tribunal fica em 104,3 dias, menor que o Distrito Federal. O tribunal de Roraima, o mais célere do país quanto ao tempo médio de julgamento do mérito da ação, com tempo médio de 108,3 dias; e quanto ao tempo médio da petição inicial até a primeira sentença, com 103,8 dias; demora 26,1 dias para decidir sobre a liminar, sendo o segundo tribunal menos célere, ficando atrás apenas de Alagoas.

7. PERCEPÇÕES DOS ATORES ENVOLVIDOS E ANÁLISE DE AMOSTRA DE DOCUMENTOS SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A partir das entrevistas realizadas com atores do campo, análise de amostra de documentos de processos judiciais e mineração de dados de processos judiciais, este capítulo procura aprofundar qualitativamente as análises descritivas apresentadas anteriormente.

Para tanto, serão apresentadas as percepções dos atores sobre o aumento da judicialização da saúde suplementar, os argumentos desenvolvidos pelas partes nos pedidos e contestação, e os fundamentos utilizados para estruturar a decisão judicial, conjuntamente com a análise de amostra de decisões judiciais.

A judicialização da saúde suplementar é vista como um ponto de extrema atenção, porque frequentemente envolve pedidos de urgência, como liminares ou tutelas provisórias, demandando análise detida dos documentos. E as discussões tornaram-se mais complexas do ponto de vista médico, com destaque para casos relacionados a Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Outros temas frequentes incluem fornecimento de medicamentos, tratamentos médico-hospitalares, terapias para transtornos globais de desenvolvimento, questões relacionadas a limites de sessões e reajustes.

> Tenho cerca de quatro mil processos na vara e acho que cerca de 500 processos são de saúde e mais da metade são TEA. Estou estudando o tema, tenho feito conversas com neuropediatras, há aumento astronômico, quatro anos atrás eram zero processos e hoje é mais de 50% do acervo de saúde. Não sei explicar a causa, se há mais consciência, melhor detecção, mais casos (entrevistado 15).

> As questões também que se elevaram muito nos últimos tempos são as relacionadas a tratamentos e terapias para transtornos globais de desenvolvimento, e aqui eu não estou falando só do autismo, mas de outros transtornos globais de desenvolvimento também. Que tem gerado também, digamos assim, uma grande judicialização nessa temática.

> Quando a gente tenta avaliar um pouco o porquê disso, o que salta aos olhos? A ANS já tem cerca de dois anos, talvez mais ou menos isso. Dois, dois anos e meio, até um pouquinho mais. Ela tornou ilimitada as coberturas das sessões de psicologia e de fonoaudiologia. Então, qualquer pessoa que tem um transtorno global do desenvolvimento, ela pode fazer número de sessões ilimitadas. O que a gente observa com isso, é que, nos últimos tempos, a gente teve um uso, digamos assim, muito abusivo disso. Então, muitas vezes, um paciente que tem esses transtornos globais. Ele chega numa clínica. Essa clínica oferece para ele uma série de coberturas. Olha, eu vou cobrir inclusive tratamentos que a gente chama, que não são de saúde. Tratamentos pedagógicos, como musicoterapia, hidroterapia, equinoterapia, entendendo que aquilo é importante para o paciente e a gente não nega, na verdade, que isso seja importante para ele, como parte, digamos assim, desse desenvolvimento, mas não que isso seja uma obrigatoriedade da operadora arcar muitas vezes, também se chega com uma questão de que o plano de saúde deveria cobrir o acompanhante terapêutico na escola, quando a gente está falando de crianças, e

> isso não está na cobertura de saúde. Não está na cobertura do contrato. Então, essa é uma das razões pelas quais a gente observa um grande, digamos assim, a partir da limitação de sessões, um certo abuso no uso desses expedientes e são questões que não estão previstas em contrato, então isso gera realmente uma grande judicialização (entrevistado 14).

Os pedidos relacionados a acesso a medicamentos ou tratamentos médicos estão presentes em cerca de 69% da amostra, um total de 1.382 processos:

Quadro 14: Percentual de processos com pedidos sobre acesso a medicamentos ou tratamentos na judicialização da saúde suplementar

O pedido é sobre tratamentos ou medicamentos?		
Respostas	**Quantidade de casos**	**Percentual**
Sim	1382	69.4%
Não	572	28.7%
Não identificado	38	1.9%
Total	**1992**	100.0%

Fonte: CNJ

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é uma lista de consultas, exames, cirurgias e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde – ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência ou odontológico. Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados planos novos.[18] O quadro a seguir apresenta os dados sobre pedidos e decisões que abordam tratamento ou medicamento incluído no Rol da ANS:

Quadro 15: Percentual de pedidos e decisões com medicamentos ou tratamentos previstos no Rol da ANS

O tratamento/medicamento solicitado está incluído no Rol da ANS? (Petição Inicial e Decisões)		
Respostas	**Quantidade de casos**	**Percentual**
Sim	419	21.0%
Não	999	50.2%
Não identificado	574	28.8%
Total	**1992**	**100.0%**

Fonte: CNJ

Os dados da amostra sugerem que os pedidos relacionados a tratamentos médicos e acesso a medicamentos referem-se a tecnologias que não estão previstas no Rol da ANS, em metade dos

18 Mais informações sobre o rol da ANS está disponível na página da Agência, especificamente em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos Acesso em: 24 out. 2025.

processos analisados. Analisando conjuntamente com os dados do quadro acima, 69% da amostra analisada refere-se a pedidos de medicamentos e tratamentos e deste grupo, metade não estaria prevista no Rol da ANS.

O quadro a seguir apresenta os assuntos dos pedidos formulados pela parte autora. Como a petição inicial pode conter múltiplos pedidos, o percentual total ultrapassa o valor de 100%:

Quadro 16: Assuntos dos pedidos formulados pela parte autora – saúde suplementar

Pedido	Quantidade	Percentual
Danos Morais/Materiais	571	18,7%
Medicamento	421	13,8%
Tratamento Médico	366	12,0%
Contrato	310	10,1%
Reembolso	220	7,2%
Cirurgia	168	5,5%
Internação	90	2,9%
Exame	73	2,4%
TEA	54	1,8%
Oncológico	53	1,7%
Tratamento Multidisciplinar	43	1,4%
Negativa Cobertura	37	1,2%
Insumo	31	1,0%
Home Care	30	1,0%
Consulta	26	0,9%
Suplemento Alimentar	18	0,6%
Internação UTI	6	0,2%

Fonte: CNJ

Os assuntos “indenização por dano material/material”, “tratamento médico” e “medicamento” ocupam as primeiras posições. Os dados sugerem que as demandas para acesso a tratamentos médicos e/ou a medicamentos são formuladas com pedidos de indenização por dano material/moral.

Os quadros a seguir apresentam dados sobre agravos de saúde específicos:

Quadro 17: Percentual de menções sobre transtorno do espectro autista – saúde suplementar

Há menção a transtorno do espectro autista, TEA ou autismo?		
Respostas	**Quantidade de casos**	**Percentual**
Sim	202	10.1%
Não	1581	79.4%
Não identificado	209	10.5%
Total	**1992**	**100.0%**

Fonte: CNJ

Quadro 18: Percentual de menções sobre câncer, tumor ou tratamento oncológico – saúde suplementar

Há menção a câncer, tumor ou tratamento oncológico?		
Respostas	**Quantidade de casos**	**Percentual**
Sim	329	16.5%
Não	1471	73.8%
Não identificado	192	9.6%
Total	**1992**	**100.0%**

Fonte: CNJ

Do total de 1.992, 10% abordam pedidos e decisões sobre TEA e 16,5% tratam de câncer, tumor ou tratamento oncológico, 202 e 329 processos respectivamente.

Para muitos juízes, essas ações geram preocupação devido à sua própria falta de conhecimento na área da saúde, tornando-os "reféns de informações que vêm de fora" (entrevistado 15). A área da saúde não é tão familiar para eles quanto outras matérias do Direito.

A alta quantidade de processos triviais pode sobrecarregar o sistema e dificultar a análise de casos que realmente necessitam da atuação judicial: "em nenhum outro país do mundo existe a judicialização que existe no Brasil, e está passando a hora da gente pensar isso de uma forma mais séria, mais concreta. Isso atrapalha o próprio jurisdicionado" (entrevistado 13).

A judicialização é vista como um sintoma de vários problemas subjacentes:

> E aí eu acho que é um outro ponto que a gente tem que pensar. E aí fica a pergunta também: Onde está a ANS? Eu vi que recentemente... eu vou dar um exemplo de uma operadora. A [nome da operadora] dá muito problema. E talvez ela tenha pouca judicialização porque ela atinge a classe, não atinge uma classe mais alta e as pessoas não têm acesso a advogados e tal. Enfim, mas ela dá muito problema. E, recentemente, a ANS perdoou quase um bilhão de dívida deles. Então, quer dizer, o judiciário lida com o sintoma. Nós não lidamos com a doença. A judicialização é um sintoma. É um sintoma de várias coisas, das negativas da operadora, da demora da ANS, do estado incorporar, da mídia e dos interesses das farmacêuticas e dos médicos em propagandear certos tratamentos. Então, ela é um sintoma. Ela não vai lidar com isso. Nós diminuímos a judicialização na marra. Nós estaremos sonegando direitos (entrevistado 9 – membro do Poder Judiciário).

7.1. O aumento na judicialização da saúde na experiência das pessoas entrevistadas

A judicialização da saúde suplementar é considerada por algumas pessoas entrevistadas como fenômeno exponencialmente crescente ou que apresentou uma explosão de demandas nos últimos três a quatro anos.

> Observando os dados do CNJ atualmente, chegamos a pensar que ela será maior

> que o SUS, a saúde suplementar já representa 41% de casos novos de judicialização embora esteja em 25% da população e, ao mesmo tempo, a redução da judicialização é uma demanda coletiva principal do setor (entrevistado 4).

> Nós tivemos desde uns três, talvez há quatro anos atrás, uma explosão de demandas relacionadas a planos de saúde. E digo mais um ano e meio, mais ou menos, nós temos uma quantidade gigantesca de demandas relacionadas a isso. Eu não sei dizer especificamente ao que possa imputar. Mas o que eu posso de observação, explicar, externar a vocês é uma quantidade gigantesca de novos contratos e com preços muito abaixo do que deveria ser pago num contrato de seguro de saúde. As pessoas vão a médico. A medicina está cada vez mais moderna, com aparelhos modernos, exames modernos e caros. Então, eu acho que isso desestabilizou. É a fome do mercado pelas empresas de plano de saúde, e as pessoas achando que, pagando duzentos reais, trezentos por mês, vão ficar cobertas em sua integralidade, e nós temos uma legislação muito abrangente nesse aspecto, que dá ao segurado uma quantidade enorme de possibilidades dele exercer o seu direito e buscar o atendimento. Então, assim, nós temos um aumento grande dessas demandas por essas duas coisas, tanto a popularização dos contratos com valores muito abaixo do que deveria ser pago, quanto a uma legislação muito ampla, que prevê que esses contratos devem dar uma cobertura enorme. Isso fez com que alguns planos de saúde, antigamente muito respeitados, tivessem uma situação econômica delicada. Nós vemos isso hoje (entrevistado 2).

Em algumas unidades judiciais, especialmente as cíveis, os casos de planos de saúde representam um dos maiores volumes de trabalho. Um juiz mencionou que, em 2014, ações de saúde representavam menos de 5% de seu acervo, aumentando muito com o tempo.

> É um dos maiores volumes que a gente tem para julgar. Hoje é plano de saúde, operadora de saúde. Houve um momento em que os bancos dominaram esse cenário, porque veio a Lei do Superendividamento. Então, as pessoas ajuizaram ações para regularizar sua vida financeira. Mas, hoje em dia, plano de saúde, penso eu, que domina a maior parte. A maior parte das ações que nós recebemos (entrevistado 5).

> Quando assumi a vara em 2014, havia ações de saúde, mas não chegavam a 5% do acervo. E a discussão era reajuste e cobertura, mas somente rol da ANS e de forma mais simples. Com o tempo, foi aumentando, discussão sobre o rol da ANS no STJ, lei de 2022 (entrevistado 15).

As pessoas entrevistadas apontam múltiplos fatores para o aumento da judicialização, frequentemente interligados: as alterações regulatórias e legais sobre o setor; a conduta das operadoras de planos de saúde; fatores relacionados ao Poder Judiciário; a atuação da advocacia e comportamento dos beneficiários; a ausência de fiscalização pela agência reguladora.

A mudança do Rol de Procedimentos da ANS de taxativo para exemplificativo, especialmente com a Lei n. 14.454/2022, é amplamente citada como um fator que agravou as questões. Essa mudança "jogou no colo do judiciário a decisão" sobre o que deve ou não ser coberto, além da legislação ser muito ampla em conferir muitas possibilidades ao segurado(a). A insegurança jurídica no campo e a falta de previsibilidade, bem como a falta de entendimento uniforme, abrem espaço para a litigância predatória.

A negativa de procedimentos ou a demora na resposta/análise levam as pessoas beneficiárias a buscar o Judiciário. Há uma percepção (ou "senso comum") de que as operadoras preferem que as pessoas beneficiárias ajuízem ações ou estas utilizam a judicialização como uma estratégia para gerenciar seu passivo econômico, pois pode ser mais barato negar para muitos e enfrentar poucos processos do que conceder o tratamento/serviço. Há ainda o fator de contratos com valores muito baixos que se popularizaram que, na prática, geram mais problemas e aumentam a judicialização. O avanço rápido da medicina nem sempre é acompanhado na mesma velocidade pelas operadoras ou pela regulação, gerando demandas por tratamentos não listados no Rol da ANS.

> A liberdade de atuação de juizados de 1ª instância, que frequentemente deferem liminares mesmo sem direito claro, contribuindo para o aumento da judicialização. É o efeito da "jurisprudência sentimental", que se baseia mais em emoções ou discursos genéricos e abstratos ("se fosse sua mãe...") do que em fundamentos técnicos e evidências, segundo entrevistado 9. Isso é visto tanto na saúde pública (visão do Estado como "bolso sem fundo"), quanto na saúde suplementar (visão anticapitalista de que planos com dinheiro devem pagar), de acordo com o mesmo entrevistado. Entrevistados e entrevistadas mencionaram a litigância predatória ou "lide fabricada",em que escritórios de advocacia descobrem um "filão" e ajuízam ações de forma exagerada, por vezes em conluio com médicos; ou casos de fraudes, como emissão de nota fiscal duplicada ou laudos fraudulentos (entrevistados 7 e 9).
>
> A opinião de um único profissional muitas vezes estimula a judicialização, como, por exemplo, a busca por cobertura de tratamentos off-label (fora da bula) ou que não atendem às diretrizes de utilização da ANS (entrevistado 8). E há ainda a falta de compreensão por parte de muitos de que o plano de saúde funciona como um seguro/mútuo, e que o aumento das judicializações de coberturas não previstas impacta o custo para todos os(as) beneficiários(as) (mutualidade), segundo o entrevistado 13.
>
> Argumenta-se, também, que a judicialização diminuiria se a agência reguladora fosse mais eficaz na fiscalização e repressão às condutas das operadoras, evitando que os problemas chegassem ao Judiciário. A ANS é vista por alguns como tendo boa regulação, mas baixa repressão. Para outros, a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) da ANS virou um "elefante branco" ou uma "judicialização administrativa" ineficaz (entrevistado 8).

A NIP é uma ferramenta para registro de reclamações de pessoas beneficiárias de planos de saúde, funcionando como uma mediação para solução de conflitos. Segundo o entrevistado 10, a "NIP visa empoderar o consumidor com informações específicas da saúde suplementar e orientação para a escolha do plano".

Existem dois tipos de NIP: a assistencial para negativa de cobertura, com 5 dias para resolução); e a não assistencial para reajustes, rescisão, portabilidade, com 10 dias para manifestação da operadora. Uma vez cadastrada a NIP, a operadora recebe a notificação automaticamente.

Quanto à resolutividade, as NIPs podem ser classificadas como:

- "não procedente", quando o procedimento não é devido, por exemplo, por carência;
- "reparação voluntária eficaz" (RVE), quando o procedimento é devido, e a operadora resolve;

- “núcleo”, quando o procedimento é devido, mas a operadora não cobre, levando a uma multa.

Quanto aos temas das reclamações, segundo o entrevistado 10, a maioria das reclamações referiram-se (cerca de 80%) à cobertura assistencial, especialmente terapias para Transtorno do Espectro Autista (TEA) e câncer.

Se o problema não for resolvido na etapa de mediação, via reparação voluntária, um(a) analista da ANS inicia o procedimento de infração em relação à operadora. Segundo o entrevistado 18, a ANS possui uma alta resolutividade através da NIP, atingindo 90% até 2023, e cerca de 80% atualmente.

Há críticas sobre a falha da ANS na parte de repressão às condutas das operadoras, apesar de sua regulação ser considerada boa e a agência ser vista como a que reage mais rápido às demandas da sociedade em comparação com outras agências reguladoras (entrevistado 15). Apesar da alta resolutividade, o entrevistado 4 avalia que a NIP é um “elefante branco”:

> A ANS vem adotando diversos mecanismos para regulação responsiva, a NIP, mas que virou um elefante branco dentro da agência. Os profissionais não conseguem trabalhar com outros temas como o monitoramento da garantia de atendimentos. O processo ainda está muito obscuro (entrevistado 4).

E o entrevistado 17, ao refletir sobre a alta da judicialização mesmo com a mediação positiva da ANS por meio das NIPs, aponta que “a ANS não consegue obrigar a operadora”, e a atuação do advogado com as concessões de liminares pelo Judiciário é mais célere.

Dois entrevistados também apontam que a NIP vem sendo utilizado por advogados como uma “pré-judicialização” (entrevistados 4 e 14):

> O ponto é que hoje a NIP tem sido utilizada muito, infelizmente, com dois vieses que são preocupantes. O primeiro, é um viés de advogados que se organizam para serem procuradores das pessoas. Então, o que parecia um ambiente administrativo não judicializado acaba sendo, digamos, uma judicialização administrativa, porque ele contrata um advogado. O advogado, às vezes, entra em massa. Então o mesmo advogado entra com mil reclamações dentro da ANS (...) E o pior é a agência. Tem um sistema de aceitação desses pedidos sem, às vezes, nem verificar se aquilo teve um pedido administrativo antes. Por quê? Porque o mercado é regulado. Então, o mercado tem SAC, tem ouvidoria, tem tudo isso. E, às vezes, você entra ali na NIP e não há um flagzinho para perguntar: vem cá, você procurou a operadora antes? Não, não tem isso. Então, o que os advogados começaram a perceber? Um outro caminho, na nossa visão, muito perigoso e de fácil acesso para poder colocar suas questões ali em NIP. E o ponto da NIP é que, além da questão da multa que ela gera para a empresa. Então, às vezes, a empresa faz uma avaliação que não é a mais correta, né? Bom. Vou pagar isso aqui. Oitenta mil, ou vou cobrir aqui esse exame que me pediu de dez mil reais. Mesmo que esse exame de dez mil reais não esteja no contrato, esteja fora do contrato, não seja coberto. Olha que situação. É como se você estivesse chancelando um descumprimento contratual por uma questão de multa, mas, pior que isso, esses índices da NIP repercutem na performance das empresas, de continuidade, de comercialização de produtos para efeito de pontua-

> ção. Então, assim, hoje a gente entende que a NIP não está sendo o melhor espaço para isso, porque os advogados rapidamente perceberam que é uma forma muito fácil e rápida de ter. E o pior, às vezes, cobrando honorários dos clientes. Uma coisa que não caberia pagar nada. Ele vai lá, faz a reclamação dele e deixa a agência olhar (entrevistado 14).

7.2. Argumentos utilizados pelas partes

A partir da análise de uma amostra de processos judiciais, verificou-se que os argumentos dos autores(as) orbitam em torno da proteção ao consumidor, à prevalência do direito à saúde e à vida sobre cláusulas contratuais ou listas restritivas (como o Rol da ANS), e à necessidade de seguir a indicação médica como soberana para o tratamento de doenças cobertas pelo plano. Além disso, muitos casos alegam a abusividade dos reajustes e a ilegalidade de rescisões unilaterais, especialmente em situações de vulnerabilidade (idosos, gestantes, pacientes em tratamento). O estudo possibilitou agrupar pedidos e argumentos em unidades de análise, apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 19: Assuntos e unidades de análise dos pedidos

Assuntos	Unidade de análise
Restabelecimento de plano após cancelamento por suposto inadimplemento	Manutenção ou Restabelecimento de Planos de Saúde
Manutenção do plano de saúde com cobertura integral ou migração para plano individual/familiar em condições idênticas, especialmente para gestantes ou pacientes em tratamento contínuo	
Estabelecimento do contrato após rescisão unilateral, com manutenção das cláusulas e valores	
Manutenção de plano coletivo nos moldes de empregados ativos para aposentados/ex-empregados	
Autorização imediata de cirurgias	Custeio de Procedimentos e Exames
Realização de procedimentos	
Cobertura de tratamentos multidisciplinares, especialmente para Transtorno do Espectro Autista (TEA)	
Custeio de internação para diversas condições cobertura de órteses ou equipamentos	
Custeio de medicamentos de alto custo	Custeio de Medicamentos

Compensação por danos morais, refletindo o sofrimento e a angústia alegados devido às ações das operadoras de saúde (valores variam, como R$ 5.000, R$ 10.000, R$ 20.000, R$ 25.000, 30 salários mínimos, ou 50 salários mínimos)	Indenização por Danos Morais e Materiais
Restituição de valores pagos indevidamente, seja por exames particulares, despesas hospitalares, ou reajustes abusivos	
Revisão e declaração de nulidade de reajustes anuais ou por faixa etária, com substituição por índices da ANS para contratos individuais	Contestação de Reajustes e Condições Contratuais
Abstenção de aplicação de reajustes considerados abusivos e à declaração de inexigibilidade de débitos e restabelecimento de prazos de carência	

Fonte: autoria própria

O respeito à dignidade da pessoa humana aparece como um fundamento frequente nos pedidos formulados, seja de forma explícita nas argumentações, seja de maneira implícita, ao invocar direitos fundamentais como a vida e a saúde, que são pilares da dignidade. E a referência é utilizada em casos distintos, como na rescisão unilateral do contrato de pessoa idosa ou mulher gestante (processo n. 0757197-95.2024.8.02.0001 TJAL e processo n. 0704199-58.2024.8.07.0019 TJDFT, respectivamente); autorização para cirurgias plásticas reparadoras pós-bariátrica (processo n. 0731683-05.2024.8.07.0001 TJDFT); fornecimento de medicamento para anemia decorrente de tratamento de câncer (processo n. 0869745-71.2022.8.14.0301 TJPA); ou ainda na cobertura dos custos de órteses cranianas para tratamento de plagiocefalia posicional em menores (processo n. 1014096-34.2022.8.26.0001 TJSP).

Alguns juízes e juízas percebem que basear-se apenas no princípio da dignidade da pessoa humana enfraquece o julgamento técnico e criticam a "jurisprudência sentimental", como aponta o entrevistado 9: "então, nós ainda temos essa dificuldade aqui, com relação a esse, a essa jurisprudência sentimental, aquela coisa assim: se fosse sua mãe, se fosse seu pai... Uma coisa que eu critico muito" (entrevistado 9).

O dano moral também foi recorrentemente alegado nos pedidos analisados, frequentemente justificados pela recusa indevida de cobertura de tratamentos de saúde, cancelamento abusivo de planos ou outras condutas que causam angústia, sofrimento e violação da dignidade da pessoa beneficiária. Por exemplo, no processo de cancelamento de plano de saúde de mulher gestante anteriormente citado, a autora pediu indenização por danos morais no valor de R$ 20 mil. A sentença condenou as rés a pagar R$ 3 mil pelo dano.

A variação entre os valores de condenação a título de dano moral também se verifica entre tribunais e dentro do mesmo tribunal. O quadro a seguir apresenta o assunto do processo, o valor pedido e o valor concedido de algumas sentenças analisadas:

Quadro 20: Valores de indenização por dano moral requeridos e concedidos por assunto

Assunto	Valor do pedido	Valor concedido	N. processo
Negativa de autorização de internação para procedimentos cirúrgicos urgentes	R$ 15.000	R$ 5.000	0721107-50.2024.8.07.0001 (TJDFT)
Negativa de fornecimento do medicamento Eltrombopague para tratamento de câncer	R$ 25.000	Indeferido	0719429-91.2024.8.07.0003 (TJDFT)
Negativa do plano de saúde em cobrir o medicamento Semaglutida para obesidade	R$ 20.000	Indeferido	0744525-17.2024.8.07.0001 (TJDFT)
Negativa de fornecimento do medicamento Golimumabe.	R$ 5.000	R$ 5.000	0458891-21.2024.8.04.0001 (TJAM)
Negativa de fornecimento do medicamento Thyrogen	R$ 10.000	R$ 10.000	0625228-34.2023.8.04.0001 (TJAM)
Negativa de fornecimento do medicamento Ribociclibe	R$ 50.000	R$ 10.000	0618217-22.2021.8.04.0001 (TJAM)
Negativa de tratamento de infusão urgente	R$ 50.000	R$ 10.000	0665410-62.2023.8.04.0001 (TJAM)
Negativa de enterectomia segmentar por videolaparoscopia	R$ 15.000	R$ 15.000	0700484-17.2022.8.04.0001 (TJAM)
Negativa de cirurgia urgente para correção de coarctação da aorta	R$ 50.000	R$ 10.000	0416285-75.2024.8.04.0001 (TJAM)
Dificuldades no atendimento relacionadas ao uso de “Token”	R$ 12.000	Indeferido	0812423-37.2022.8.19.0210 (TJRJ)
Negativa de procedimento cirúrgico urgente	R$ 20.000	R$ 8.000	0809888-15.2024.8.19.0001 (TJRJ)
Negativa de tratamento multidisciplinar para TEA	R$ 20.000 para o autor e R$ 15.000 para a autora	pagar R$ 10.000 para o primeiro autor e R$ 5.000 para a segunda autora	0805160-62.2023.8.19.0001 (TJRJ)
Cancelamento do plano por fraude de boleto	R$ 20.000	R$ 8.000	0724865-80.2021.8.02.0001 (TJAL)

Negativa de atendimento	R$ 5.000	R$ 5.000	0716237-97.2024.8.02.0001 (TJAL)
Negativa de fornecimento do medicamento Stelara para Doença de Chron	R$ 10.000	R$ 10.000	0702009-54.2023.8.02.0001 (TJAL)
Negativa do exame Dímero D	R$ 10.000	Improcedente	0701180-87.2024.8.02.0082 (TJAL)
Negativa de exame PET-CT Ga-68 PSMA para neoplasia maligna	R$ 10.000	R$ 5.000	0700413-37.2023.8.02.0356 (TJAL)
Rescisão unilateral do contrato de plano de saúde após sua aposentadoria	30 salários-mínimos	R$ 6.000	0700315-82.2023.8.02.0152 (TJAL)
Negativa de procedimento de curetagem e negativação indevida do nome	R$ 10.000 por autor	R$ 5.000 ao primeiro autor e R$ 10.000 à segunda autora	0700240-46.2024.8.02.0075 (TJAL)
Negativa de fornecimento do medicamento Sprycel	R$ 15.000	Indeferido	5048508-24.2023.8.21.0001 (TJRS)
Negativa de cobertura do protocolo KRD27 para Mieloma Múltiplo	R$ 15.000	R$ 5.000	5048954-66.2019.8.21.0001 (TJRS)
Negativa de cobertura de órteses cranianas	R$ 20.000	Indeferido	1014096-34.2022.8.26.0001 (TJSP)
Negativa de fornecimento do medicamento Óleo de Cânhamo	R$ 52.250	Indeferido	1056401-95.2020.8.26.0100 (TJSP)

Mesmo havendo variação entre os valores indenizatórios sobre o mesmo assunto no âmbito do mesmo tribunal (do TJAM, a indenização por recusa de tratamento com medicamento teve valor distinto em dois processos analisados, por exemplo), em geral, a condenação dos planos de saúde não ultrapassa a quantia de R$ 10 mil.Já os argumentos mais comuns apresentados pela parte ré – as operadoras de planos de saúde – para negativa da cobertura são que o procedimento ou tratamento não está incluído no Rol da ANS, não tem cobertura contratual ou possui expressa exclusão contratual. Em alguns casos, a operadora não nega a cobertura do procedimento em si, mas discute a terapêutica recomendada pelo médico do beneficiário, alegando que não é a abordagem adequada.

As defesas dos réus foram analisadas de forma semelhante aos pedidos dos autores: a partir da leitura da sentença e da petição da contestação, foram identificados os seguintes assuntos, organizados nas unidades de análise descritas no quadro a seguir:

Quadro 21: Assuntos e unidades de análise das contestações

Assuntos	Unidade de análise
Taxatividade do Rol da ANS e a desobrigatoriedade de fornecimento de medicação ou procedimentos não previstos no rol ou nas Diretrizes de Utilização (DUTs) da ANS	Não Cobertura ou Limitação Contratual
Medicamentos de uso domiciliar não estão inseridos nas obrigações mínimas do plano, salvo exceções como antineoplásicos orais ou medicação em home	
Medicamentos não registrados na Anvisa não são de cobertura obrigatória	
Procedimentos de caráter meramente estético (ex.: cirurgias reparadoras pós-bariátrica) não possuem cobertura contratual ou previsão no Rol da ANS	
Exclusão contratual de cobertura para certos insumos, órteses (especialmente não ligadas a ato cirúrgico), ou procedimentos	
Exigência de carência de 180 dias para internações clínicas e cirúrgicas, mesmo em casos de urgência e emergência (aplicação da carência é uma prática regulamentada pela Lei n. 9.656/98)	Período de Carência
Perda do direito à isenção de carências por inércia do autor em encaminhar documentação para migração de planos	
Adimplemento da obrigação antes da intimação da tutela provisória de urgência concedida	
Reajustes por faixa etária em conformidade com as condições gerais da apólice, autorizadas pela ANS para planos contratados antes de 1999 e não adaptados à Lei n. 9.656/98	Legalidade de Reajustes e Rescisões
Reajustes praticados em planos coletivos não se submetem aos índices da ANS para planos individuais/familiares, sendo justificados por cálculos atuariais e sinistralidade	
Nova legislação não abarca contratos anteriores à Lei n. 9.656/98 e não adaptados	
Cancelamento por inadimplência do autor, com envio de notificação	
Exercício regular de direito pela operadora	Inexistência de Ato Ilícito ou Dano Moral
Inocorrência da prática de ato ilícito por parte da operadora	
Ausência de dano moral, pois a recusa foi justa, ou discussões contratuais não são passíveis de gerar indenização, ou não houve nexo causal entre a conduta da ré e o suposto dano	
Inépcia da inicial por ausência de documentos comprobatórios ou pedido genérico	
Administradora de benefícios, sem responsabilidade pela deliberação de cobertura ou reajustes	Ilegitimidade Passiva ou Culpa de Terceiro

Culpa exclusiva de terceiro, como a administradora do plano, o hospital ou a empresa contratante do plano coletivo	
Ausência de responsabilidade pela fraude (“golpe do boleto”) da qual a autora foi vítima	
Inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor (CDC), especialmente para planos de autogestão	Aplicação da força obrigatória dos contratos
Defesa do princípio do Pacta Sunt Servanda e do sistema mutualista	

Fonte: autoria própria

Especialmente em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), as operadoras argumentam que o serviço ou tratamento solicitado está disponível na rede credenciada, especialmente em casos como terapias para TEA. Frequentemente, mencionam que a concessão de coberturas não previstas afeta o mutualismo do contrato, impactando todas as pessoas beneficiárias.

Também alegam sofrer um desequilíbrio econômico-financeiro causado pela judicialização, chegando a argumentar que “vão quebrar”. No entanto, há ressalvas sobre a falta de apresentação de provas para sustentar esse argumento. O entrevistado 3 observa que:

> Assim, uma comoção que os planos de saúde gostam de falar: Nós vamos quebrar; o SUS vai explodir. Nós vamos quebrar! Isso já me dá vontade de levantar e sair, porque, de uma forma geral, sem pontuar quais são as questões, que a culpa é da judicialização e que a culpa é deles. Inúmeros itens, como a gente falou no início, que são de responsabilidade deles e que eles gostam de botar no colo do judiciário. Entendeu? Então, assim, isso já me irrita (entrevistado 3 – membro do Poder Judiciário).

Em relação a pedidos de reembolso, a discussão pode ser contratual, sobre a exigência de comprovantes não previstos, ou relacionada à legalidade do reembolso, como em casos de “reembolso sem desembolso” ou notas fracionadas. O entrevistado 8 esclarece a questão:

> [...] nós temos, em alguns casos, uma situação que é a situação clássica, que é um nós temos aqui em [cidade]. Nós temos alguns casos. (...) Mas nós temos os casos que envolvem uma clínica aqui de hemodiálise. (...) Nós temos algumas clínicas aqui que são realmente clínicas de ponta, digamos assim, um [clínica de referência no tratamento], digamos assim, e essas clínicas acabam por gerar resultados mais benéficos, eventualmente a esses pacientes. É natural, assim como uma cirurgia tem uma chance de sucesso maior no [clínica de referência no tratamento]. E aí o que acontece? Qual é a construção argumentativa por trás desses casos? É a de que o plano de saúde não me fornece na rede credenciada clínicas tão boas ou aptas a fornecer o mesmo tipo de tratamento que essa clínica específica, entende? Então, essa clínica consegue me dar um tratamento diferenciado com melhores resultados. E o argumento é qual? Se eu cubro a patologia, eu tenho que cobrir também a clínica que me atende nessa patologia, evidentemente. E aí o argumento é justamente de que o plano deveria cobrir o reembolso integral dessa clínica, porque ele não tem como credenciada uma clínica tão boa quanto aquela. Então, essa é uma discussão que também aparece muito e é uma discussão complicada, porque, no

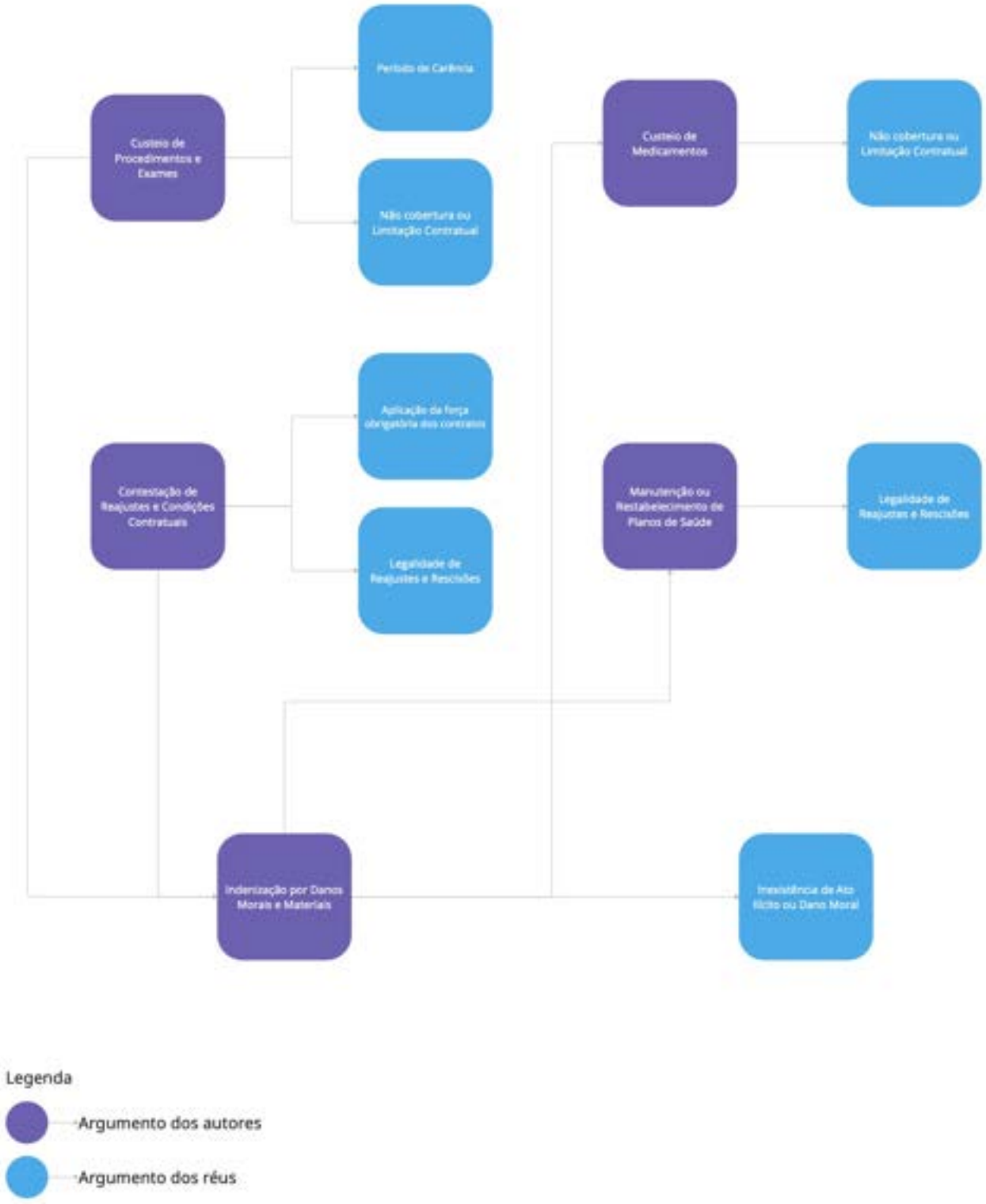
> final das contas, aparece muito aquela situação que a pessoa paga, um plano de um determinado nível, mas quer um atendimento de um nível muito acima daquilo. É uma questão que aparece também bastante (entrevistado 8 – membro do Poder Judiciário).

Em situações de litígios repetitivos, as operadoras chegam a acusar advogados de "litigância predatória", embora alguns juízes e juízas considerem que se trata mais de "litigância repetitiva" por parte dos planos, que reiteradamente negam coberturas que sabem que perderão judicialmente:

> Existe uma diferença importante entre litigância repetitiva de litigância predatória. Essas coisas não podem ser confundidas, e o plano de saúde tem um exemplo clássico. Tem uma situação que os planos de saúde, normalmente, quando eles firmam contratos com pessoas jurídicas, eles estabelecem uma carência de sessenta dias para rescisão unilateral por parte do beneficiário, então a pessoa jurídica tem que dar sessenta dias. Tem um escritório aqui de [cidade], que é especializado em entrar com esse tipo de processo. Ele só entra com esse tipo de processo. Os planos de saúde, inclusive, acusam esse escritório na contestação de ter tido acesso a uma base de dados. Não sou eu que estou falando. São os planos de saúde. Eles falam que esse escritório teria tido acesso a uma determinada base de dados que daí teria tirado... enfim, e que seria um caso de litigância predatória de novo entendimento jurisdicional. Meu entendimento não é litigância predatória. A litigância repetitiva, os planos de saúde repetidamente estão fazendo algo que eles já sabem que é rápido, e aí, por isso, eles estão sendo condenados reiteradamente. Eu julgo procedente. Eu nunca vi o tribunal reformar isso. Todos são demandas procedentes. Não é litigância predatória. É litigância repetitiva (entrevistado 9).

Ao se analisar conjuntamente os argumentos levantados nas petições iniciais e nas contestações, pode-se traçar um paralelo entre as unidades de análise obtidas, identificando certos padrões de alegação de planos de saúde em suas defesas. A figura a seguir representa esta correlação:

Figura 23: Relação entre unidades de análise de pedidos e contestações



Fonte: autoria própria

7.3 Conciliação

Quanto à audiência de conciliação, em geral, é rara ou sequer acontece na área de judicialização da saúde suplementar. Apesar de mecanismos legais, como o artigo 334 do Código de Processo Civil, preverem uma audiência prévia de conciliação antes do prazo para defesa; e a Lei n. 9.099, de 1995 prever o momento processual para tentativa de conciliação como obrigatório, na prática da saúde suplementar ela é incomum e, quando ocorre, tende a ser infrutífera.

De acordo com os dados obtidos nas entrevistas, o posicionamento das partes frequentemente contribui para essa realidade. Pela parte autora, é muito comum que já declare na petição inicial expressamente que não deseja a conciliação. Advogados que atuam frequentemente nessa área costumam incluir essa manifestação logo no início do processo.

> Olha, a audiência de conciliação, porque eu não sei se é assim em outros lugares, mas aqui no [cidade], é muito incomum. O autor, já na petição inicial dizia que não quer conciliação. Eu não designo. Porque não adianta a gente designar uma coisa que vai atrasar o processo (entrevistado 15).

Já quanto à parte ré, os planos de saúde não aceitam conciliar. Quando uma audiência chega a ser designada – geralmente porque o autor manifestou interesse –, o plano apresenta-se sem disposição para negociar.

> Nunca querem. Nunca. Essa audiência que é prevista no artigo 334 do Código de Processo Civil. E agora o STJ até vai decidir se essa audiência é obrigatória ou não. Ela é uma audiência prévia de conciliação que é feita antes de fluir o prazo para a defesa, para a contestação, uma vez não se chegando a um consenso, a um acordo, aí flui o prazo de quinze dias para a empresa apresentar a contestação sobre defesa (entrevistado 19).

Essa postura de ambas as partes leva a um cenário em queo índice de efetividade dos acordos é muito baixo, mesmo quando há tentativas, como o encaminhamento a centros de conciliação especializados, como o CEJUSC da área da saúde. Há menção a casos muito esporádicos em que o plano oferece entrar em contato para buscar uma solução conciliatória, mas o índice dessa tentativa também é considerado muito baixo.

Em suma, apesar da existência de previsão legal e da criação de estruturas para conciliação, a praxe processual na judicialização da saúde suplementar é a não realização ou a ineficiência das audiências de conciliação, devido à manifestação expressa de desinteresse da parte autora e à postura inflexível da parte ré.

7.4. Litigância abusiva

As pessoas entrevistadas apresentam uma percepção de que os planos de saúde utilizam a judicialização como uma estratégia para gerir o acesso a tratamentos e medicamentos, muitas vezes concedendo-o apenas após uma decisão judicial.

A vantagem financeira é um argumento recorrente e um “senso comum” entre as pessoas entrevistadas: seria mais barato para os planos de saúde negar a cobertura inicialmente e enfrentar um número menor de ações judiciais do que conceder o tratamento ou medicamento para todas as pessoas beneficiárias que o solicitam. A ideia é que uma porcentagem significativa de pessoas que têm a cobertura negada não recorrerá ao Judiciário, especialmente em locais onde o acesso

à informação ou à advocacia é mais difícil, como no interior. Portanto, para os planos, "vale a pena recusar porque o número que recorrem ao Poder Judiciário ainda é estatisticamente interessante" (entrevistado 12 – membro do Poder Judiciário).

Em alguns casos, a judicialização é vista não apenas como uma reação, mas como uma parte integrante do planejamento e do "organograma" da operadora, que espera a judicialização para agir. Isso sugere que a recusa inicial e a espera por uma decisão judicial são etapas previstas no processo interno do plano. A estratégia também pode estar ligada a uma forma de gerir o "passivo econômico" ou resolver "alguma questão administrativa ou fiscal orçamentária de recurso interno" (entrevistado 3). Negar e postergar o acesso até uma decisão judicial pode aliviar a pressão financeira imediata.

Os planos podem, ainda, "negar ou, às vezes, demoram, às vezes enrolam" a análise ou resposta aos pedidos, forçando o beneficiário ou beneficiária a buscar o Judiciário para obter uma decisão rápida, muitas vezes através de uma liminar. E mesmo para temas bem regulamentados pela ANS, os planos insistem em argumentar que não está coberto, empurrando esses casos para o Judiciário. O que ocorre com tratamentos oncológicos, mesmo com resoluções específicas. Isso leva à percepção de que "vale a pena recusar".

Essa dinâmica contribui para a sobrecarga do Poder Judiciário, que passa a ser, em muitos casos, a porta de acesso principal para coberturas que, na visão de alguns entrevistados e entrevistadas, deveriam ser concedidas administrativamente. É visto como uma "deficiência da regulação" ou uma falha na fiscalização e repressão por parte da ANS que contribui para que as questões cheguem ao Poder Judiciário.

7.5. Fontes para fundamentação da decisão judicial

Para avaliar os argumentos das partes e fundamentar suas decisões, foram levantados dois grupos de fontes: as jurídicas e as técnicas.

7.5.1. Argumentos técnicos

Quanto à fundamentação técnica, foram mencionados pelos entrevistados e entrevistadas os laudos médicos e relatórios clínicos apresentados pelas partes; pareceres técnicos emitidos por órgãos de apoio ao Poder Judiciário, como o NatJus ou informações da Conitec; perícia judicial; argumentos baseados em evidência científica; e análises de custo-efetividade.

O laudo médico ou relatório do médico assistente é um dos subsídios mais fundamentais apresentados pela parte autora e considerado essencial para conseguir uma liminar. Juízes e juízas frequentemente aderem ao laudo apresentado pelo médico ou médica que acompanha a parte. É visto como um suporte técnico inicial para o tratamento solicitado, no entanto, a sua suficiência pode ser questionada, especialmente se o plano de saúde apresentar um relatório oposto. Em alguns casos, o Judiciário de segunda instância chega a reformar decisões técnicas (baseadas, por exemplo, em NatJus), sob o argumento de que o médico ou médica particular tem mais capacidade de avaliar o caso específico do paciente.

A ausência de um laudo médico que comprove a necessidade do procedimento, exame ou tratamento pode levar à improcedência do pedido. Por exemplo, em um caso de cirurgias plásticas reparadoras pós-bariátrica, a parte autora não apresentou nenhum laudo médico solicitando as cirurgias, nem destacando seu cunho restaurador ou a necessidade pós-cirúrgica, o que levou à improcedência.

> Todavia, no caso dos autos, observo que a autora não juntou nenhum laudo do médico que lhe assistia solicitando tais cirurgias, nem destacando seu cunho restaurador, ou ainda, necessário pós-bariátrica. Sequer há determinando o arquivamento do feito após o trânsito em julgado. documentos da cirurgia bariátrica informada. O único documento apresentado (ID n. 84191789) se trata de orçamento emitido pela consultora financeira da clínica de cirurgia plástica e, embora conste no planejamento cirúrgico os procedimentos de mastopexia com implantes e abdominoplastia+lipoaspiração e abdome, flancos e dorso, se trata unicamente de um orçamento, não há nos autos nenhum documento médico solicitando tais procedimentos, nem que estes são necessários à reparação pós cirúrgica (Processo n.º 0905619-20.2022.814.0301, Tribunal de Justiça do Pará, 1ª Vara do Juizado Especial Cível de Belém).

Em outro caso, um laudo médico nos autos afirmou a existência de tratamento alternativo igualmente efetivo, afastando a excepcionalidade para o deferimento da cobertura.

> De fato, o contrato de assistência à saúde firmado pelas partes em 01/12/2015, prevê a exclusão de cobertura para os procedimentos destinados ao uso no ambiente domiciliar. No caso dos autos, observa-se que o procedimento indicado pelo médico assistente visa atender as necessidades especiais da autora, permitindo a melhora do seu estado de saúde. Contudo, o laudo médico constante nos autos, é conclusivo ao afirmar a existência de tratamento alternativo igualmente efetivo para o caso apresentado, afastando, por conseguinte, a situação de excepcionalidade necessária para autorizar o deferimento da cobertura pleiteada.
>
> (...)
>
> Ante o exposto, com fundamento no art. 487, inciso I, do CPC, JULGO a pretensão formulada por [Nome da parte autora] de UNIMED PLANALTO MEDIO/RS COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A SAUDE LTDA, nos termos da fundamentação (Processo n.º 5002725-12.2024.8.21.0021, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, 3ª Vara Cível de Porto Alegre).

As sentenças levantadas partem de dois fundamentos para deferir ou indeferir o pedido da parte autora com base no laudo do médico ou médica assistente: a autonomia da(o) médica(o) assistente em definir o tratamento da pessoa beneficiária do plano de saúde e a comprovação pela(o) profissional da necessidade e urgência do pedido. Em geral, a negativa de cobertura baseada apenas na ausência do procedimento no Rol da ANS é frequentemente considerada abusiva, especialmente em casos de urgência ou quando a eficácia do tratamento é cientificamente comprovada e indicada por profissionais habilitados.

> A escolha do tratamento não compete ao plano de saúde, mas, tão somente, ao médico que acompanha o paciente, o qual, diante da análise do estado e risco da doença, indica o melhor recurso para o caso. (Processo n.º 0700413-37.2023.8.02.035, Tribunal de Justiça do Alagoas, Juizado Especial Cível e Criminal de União de Palmares)
>
> Nesse contexto, observo que o tratamento consta da documentação que instrui a exordial, tendo sido prescrito pelo profissional que avaliou o quadro clínico da parte

> autora, revelando-se essencial para resguardar a sobrevivência do paciente (fls. 18 - 19 e 25 e 27). A indicação do tratamento mais adequado cabe, exclusivamente, ao médico, não se revelando cabível ingerência do réu quanto ao particular, ao passo que a operadora pode, tão somente, estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento a ser utilizado, consoante prevalece no âmbito do STJ. Processo n.º 0552612-61.2023.8.04.0001, Tribunal de Justiça do Amazonas,18ª Vara Cível e de Acidentes de Trabalho de Manaus).
>
> Sabe-se que a eleição do tratamento adequado à parte autora em atenção ao quadro clínico comprovado por meio dos documentos acostados (index. 12712411 dos autos) – e não foi especificamente impugnado em sede defensiva – cabe exclusivamente ao médico assistente, não podendo a operadora de saúde limitar a conduta terapêutica firme em cláusula contratual limitativa de responsabilidade. Nesse sentido, é corrente a jurisprudência do E. STJ, exemplificada no julgamento do AgInt no AREsp n. 1.333.824/DF, de relatoria da Ministra Maria Isabel Gallotti, da 4ª Turma, julgado em 05/02/2019 e publicado no DJe de 12/2/2019 (Processo n.º 0801460-82.2022.8.19.0205, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, 5ª Vara Cível de Campo Grande).
>
> O tratamento foi prescrito por médico (fls. 24/31), de quem é a responsabilidade pela indicação do tratamento, não podendo previsão contratual ser limitadora do direito do consumidor ao tratamento pleno de sua doença, repita-se, coberta pelo plano (Processo n.º 1014096-34.2022.8.26.0001, Tribunal de Justiça de São Paulo, 5ª Vara Cível da Comarca de São Paulo do Foro Regional I – Santana).
>
> A indicação do tratamento mais adequado cabe, exclusivamente, ao médico, não se revelando cabível ingerência do réu quanto ao particular, ao passo que a operadora pode, tão somente, estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento a ser utilizado, consoante prevalece no âmbito do STJ (Processo n.º 0552612-61.2023.8.04.0001, Tribunal de Justiça do Amazonas, 18ª Vara Cível e de Acidentes de Trabalho de Manaus).

Em diversos casos, laudos e relatórios médicos foram decisivos para indicar a necessidade de procedimentos cirúrgicos, a eficácia de tratamentos, a gravidade de patologias, a indispensabilidade de cirurgias bariátricas, ou a urgência de internação com risco à vida.

> Compreende-se dos autos, que a parte autora foi diagnosticada com um quadro de coarctação da aorta, condição grave que requer intervenção cirúrgica imediata, conforme documentos médico-hospitalares de fls. 16/25, motivo pelo qual lhe fora requisitado internação hospitalar para controle de dor e avaliação especializada, cuja urgência era inerente ao tratamento. (Processo n. 0416285-75.2024.8.04.0001, Tribunal de Justiça do Amazonas, 6ª Vara Cível e de Acidentes de Trabalho de Manaus)
>
> Deve-se entender por situação de urgência ou emergência aquela em que haja risco à vida ou à integridade física do indivíduo, o que se verifica no caso em deslinde, já que, de acordo com a solicitação de internação acostada às fls.23, a parte autora necessitava ser internada em UTI com urgência. (Processo n. 0721445-62.2024.8.02.0001, Tribunal de Justiça do Alagoas, Vara Cível da Capital)

> Os documentos juntados aos autos, principalmente o laudo médico de index 39515578, denotam a delicadeza do estado de saúde da autora e a iminência de piora em seu estado clínico, preenchendo assim, os requisitos legais autorizativos da medida. Ressalte-se que a obrigação legal do plano de saúde em fornecer medicamentos é cabível desde que este constitua o próprio tratamento, o que se verifica no caso em tela, uma vez que a autora necessita dos mesmos para sua sobrevivência. Diante do exposto, DEFIRO PARCIALMENTE A TUTELA ANTECIPADA para determinar que o réu proceda ao custeio e a entrega dos medicamentos listados nos indexadores 39515581 ao 39515589. (Processo n. 0870914-82.2022.8.19.0001, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, 38° Vara Cível)

A perícia judicial é mencionada como um meio de obter subsídio técnico, particularmente em casos de conflito entre laudos ou quando há discussão técnica relevante que não seja meramente protelatória. Contudo, é muito pouco utilizada. Já os posicionamentos da Conitec são fonte de informação técnica, especialmente útil em casos como tratamentos oncológicos. As decisões da Conitec sobre incorporação de tecnologias no SUS fornecem um parâmetro técnico que é considerado por alguns juízes e juízas com maior conhecimento sobre o tema.

> Mas aquele órgão técnico. Eu também costumo recorrer. Conitec ajuda muito, pelo menos para mim. Ajuda muito em questões de câncer. Eles têm bastante informações interessantes lá. Sobre essa questão de câncer (entrevistado 15 - membro do Poder Judiciário).

Especificamente sobre o NatJus, juízes e juízas mencionaram que funciona apenas para as varas de Fazenda Pública, não estando disponível para as varas cíveis:

> Nós da vara cível temos um problema grave que é: nós não dispomos, pelo menos no [estado], de um corpo técnico que nos auxilie no início do processo que nem tem o NatJus, que atende as varas da Fazenda Pública. O NatJus ajuda os juízes da Vara da Fazenda Pública. Os processos contra o estado, contra o município. Então, ele consegue ver, perdão, antes de se deferir uma liminar, ele consegue avaliar, pelo menos minimamente, a situação clínica para indicar se todas aquelas terapias são para serem deferidas no momento, naquele momento, já liminarmente ou se pode esperar um pouco mais, ou a quantidade de sessões que estão sendo pedidas. Mas, na vara cível, nós não temos isso. (...) A gente não acessa (entrevistado 5).

> No [estado], o NatJus não funciona para as varas cíveis. Então, na dúvida, defiro a perícia (entrevistado 15).

> Infelizmente, a gente não pode fazer isso [a consulta ao NatJus]. Não está aberto para a área privada. Eu imagino que uma hora vai se criar um mecanismo semelhante. Mas, no processo regular, a gente não tem a quem se socorrer, porque eu não posso fazer uma perícia antes. Quer dizer, poder até pode, mas vai acabar demorando muito mais ainda, vai criar um custo talvez desnecessário naquele processo (entrevistado 19).

E há também resistência por parte de alguns magistrados e magistradas em utilizar o NatJus, o que pode ser explicado por dificuldades culturais em alterar o modo de trabalho, pela pressão por decidir rapidamente, ou por preferirem o livre convencimento motivado. A frequência de uso,

quando disponível, difere entre os magistrados, com alguns utilizando-o “sempre”, outros “às vezes”, e outros confessando não usar “muito”, optando por buscar subsídio em jurisprudência de casos semelhantes.

> E aí ainda te falo outra coisa. Quando nós recebemos o ofício com o convite para participar da pesquisa. E aí nos grupos, alguns colegas falaram: vocês vão participar? Então, eu já tinha até respondido: claro que eu vou. Claro que eu vou. Mas muitos colegas, quando outros perguntaram: Vocês vão participar? Vocês utilizam o NatJus? E para o meu espanto, muita gente falou, não uso, não gosto, não quero. E repetindo esse argumento de que o médico particular tem mais capacidade de avaliar o caso particular do cliente. E aquilo me espantou também. Eu não tinha essa percepção (entrevista 13).

Para os juízes e juízas com acesso ao NatJus, há o reconhecimento como fonte de subsídio técnico. É visto como um instrumento de apoio que oferece análise multidisciplinar e ajuda a qualificar a decisão, especialmente quando há dúvidas sobre a existência de evidência científica para um determinado tratamento ou medicamento, a aplicabilidade ou compatibilidade de uma terapia para o caso concreto, ou a necessidade de um plano terapêutico. A ideia é que o NatJus fornece “fatos e informações” que ajudam a qualificar a decisão.

> O NatJus é aquilo que eu falei, também, de que eu acho que é muito eficiente. A questão do NatJus, porque, como ele acompanha, como está desenvolvendo essas demandas e as pesquisas. Então, ele também já consegue falar: Olha, ele é experimental, mas pode ter alguma eficácia, por isso ele é experimental, ou não tem. Ou, então, o outro medicamento X consegue atender de forma satisfatória (entrevistado 13).

Juízes e juízas que o utilizam consideram-no muito útil e, por vezes, preferem consultá-lo e não determinar uma perícia. O NatJus pode informar sobre a existência de evidência científica, estudos da ANS e análises da Conitec.

> E eu costumo, sempre nas liminares e nas sentenças,consultar para ver se, por exemplo, o nome do medicamento tem algum parecer relacionado o nome daquele medicamento com aquela doença, entende? E eu sinto esses pareceres tanto nas liminares quanto nas sentenças. Uma limitação aí, né? Por quê, né? Porque é muito diferente da perícia. Nós às vezes pegamos... Eu já peguei um caso uma vez de perícia, a perícia faz um trabalho muito diferente, porque é um trabalho muito particularizado, entende? A perícia vai fazer uma entrevista com aquela pessoa e vai realmente me trazer no processo, um resultado com muita segurança para mim. O perito vai falar se aquele tratamento vai gerar um benefício ou não. No NatJjus, a gente sabe que a gente está fazendo uma análise por aproximação. Aquele é um parecer de um multiprocesso que nós estamos usando para compreender em que medida? Sei lá, o pedido médico não tem nenhuma compatibilidade com aquela patologia, mas eu faço. Uso sim, como essa referência. Só que é uma coisa com muita nuance, entendeu? Não é? (entrevistado 8).

> Eu, por regra, eu utilizo o NatJus aqui do tribunal. Sempre utilizo o NatJus, inclusive, prioritariamente, preferencialmente, a designar a perícia por muitos motivos. Primeiro, porque é uma ferramenta do tribunal. Você tem vários técnicos. E ali você

> tem uma análise que é multidisciplinar. E além de multidisciplinar, você também consegue acompanhar a evolução das demandas judiciais (entrevistado 13).

Alguns juízes e juízas primeiro pesquisam no banco de dados do NatJus para ver se já existe um parecer sobre o caso ou tema similar ("casos pré-prontos"). Se houver, fundamentam a decisão com base nesse parecer. Se não houver ou se o caso apresentar peculiaridades, enviam o caso específico para análise do NatJus e aguardam o retorno.

7.5.2. Argumentos jurídicos

As fontes jurídicas utilizadas pelos juízes e juízas são jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Supremo Tribunal Federal (STF); legislação pertinente, incluindo a Lei n. 9.656, de 1998 (Lei dos Planos de Saúde) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC); resoluções normativas (RNs) da ANS e doutrina (livros e estudos jurídicos) sobre direito dos planos de saúde. As normas mais citadas pelas decisões judiciais coletadas foram:

- Constituição Federal: artigos que garantem o direito fundamental à saúde (artigos 5º e 196) e princípio da liberdade contratual;
- Código Civil (Lei n. 10.406/2002): artigos sobre responsabilidade civil (186, 927), mora (405), inadimplemento (389), contratos (421, 422), abuso de direito (187), e contratos de seguro (757);
- Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/1990): artigos sobre direitos básicos (6º), oferta e publicidade (7º, 35, 39), responsabilidade pelo fato do produto/serviço (14), cláusulas abusivas (51), e contratos de adesão (54 §4º);
- Código de Processo Civil (Lei n. 13.105/2015): artigos sobre tutela de urgência (300), custas e honorários (322, 85), julgamento do mérito (487), ônus da prova (373), e produção de provas (355, 396, 400);
- Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde): artigos sobre cobertura mínima (10, 12), reajustes (15, 16), e rescisão contratual (13, 31, 35-C, 35-F);
- Lei n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso): prioridade no atendimento, proibição à discriminação do idoso, incluindo reajustes abusivos por idade (art. 15, § 3º);
- Lei n. 12.764/2012 (Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista): obrigatoriedade de atendimento multiprofissional para pacientes com autismo;
- Lei n. 14.454/2022: flexibilização da taxatividade do Rol da ANS, estabelecendo critérios para cobertura de procedimentos não listados;
- Lei n. 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência / Lei Brasileira de Inclusão): artigos que garantem direitos à saúde e inclusão para pessoas com deficiência;
- Consolidação das Leis do Trabalho: artigo relacionado à alteração contratual lesiva (art. 468).

A jurisprudência, especialmente do STJ, desempenha um papel fundamental na interpretação e aplicação das leis aos casos de planos de saúde. O quadro a seguir apresenta a parte citada da jurisprudência do STJ utilizada pelas decisões judiciais coletadas como fundamento para a deci-

são e a unidade de análise correspondente.

Quadro 22: Julgados do STJ citados nas decisões analisadas

Julgado	Unidade de análise
Súmula 608 Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão	Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde
Súmula 469 Aplica-se o CDC aos contratos de plano de saúde	
Súmula 597 A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação	Abusividade de cláusula de carência para serviços de assistência médica em situações de urgência e emergência
O plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado, sendo abusiva a negativa de cobertura do procedimento, tratamento, medicamento ou material considerado essencial para sua realização de acordo com o proposto pelo médico. STJ. 4ª Turma. AgInt no AREsp 1181628/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 06/03/2018	

Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor. (REsp 1.053.810/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 15/03/2010).	Autonomia do médico
O médico ou o profissional habilitado – e não o plano de saúde – quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta. (REsp 1.679.190/SP, 3ª Turma, DJe de 02/10/2017)	
Segundo a jurisprudência desta Corte, o plano de saúde deve custear o tratamento de doença coberta pelo contrato, porquanto as operadoras não podem limitar a terapêutica a ser prescrita, por profissional habilitado, ao beneficiário para garantir sua saúde ou sua vida, esclarecendo, ainda, que tal não é obstado pela ausência de previsão no rol de procedimentos da ANS. Em que pese a existência de precedente da eg. Quarta Turma entendendo ser legítima a recusa de cobertura com base no rol de procedimentos mínimos da ANS, esta eg. Terceira Turma, no julgamento do REsp no 1.846.108/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, julgado aos 2/2/2021)	
Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista. (EREsp nº 1886929 e EREsp nº 1889704)	Rol da ANS
Nos tratamentos de caráter continuado, deverão ser observadas, a partir da sua vigência, as inovações trazidas pela Lei n. 14.454/2022, diante da aplicabilidade imediata da lei nova. (REsp 2.037.616-SP)	
É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde (AgInt no REsp 1.890.823/SP, 4Âª Turma, DJe 28/4/2022).	Medicamento de uso domiciliar
As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela Anvisa. (Recursos Repetitivos nº 1.726.563/SP e nº1.712.163/SP)	Medicamento não registrado pela Anvisa

Definição da obrigatoriedade de custeio pelo plano de saúde de cirurgias plásticas em paciente pós-cirurgia bariátrica. (i) É de cobertura obrigatória pelos planos de saúde a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente, em paciente pós-cirurgia bariátrica, visto ser parte decorrente do tratamento da obesidade mórbida. (ii) Havendo dúvidas justificadas e razoáveis quanto ao caráter eminentemente estético da cirurgia plástica indicada ao paciente pós-cirurgia bariátrica, a operadora de plano de saúde pode se utilizar do procedimento da junta médica, formada para dirimir a divergência técnico-assistencial, desde que arque com os honorários dos respectivos profissionais e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo beneficiário, em caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente, ao qual não se vincula o julgador. (Tema 1069 STJ)	Obrigatoriedade de cobertura de Cirurgias Reparadoras Pós-Bariátrica

É possível a resilição unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares». STJ. 4ª Turma. AgInt nos Edcl no ARESP 1.197.972/SP, Rel. Min. Raul Araújo, DJ 20/3/2019.	Rescisão unilateral de contrato coletivo de saúde
Consoante entendimento desta Corte Superior, é inviável a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde individual ou coletivo, pela operadora, durante o período em que o beneficiário estiver submetido a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência e/ou incolumidade física. (STJ: AgInt no REsp 1890669 /SP AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL 2020/0211379-0; Relator(a): Ministro RAULARAÚJO (1143); Órgão Julgador: T4 - QUARTA TURMA Data do Julgamento: 08/03/2021; Data da Publicação/Fonte: DJe 26/03/20)	
Consoante entendimento desta Corte Superior, é inviável a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde individual ou coletivo, pela operadora, durante o período em que o beneficiário estiver submetido a tratamento médico garantidor da sua sobrevivência e/ou incolumidade física. (AgInt no REsp 1890669 /SP AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL 2020/0211379-0; Relator(a): Ministro RAUL ARAÚJO (1143); Órgão Julgador: T4 - QUARTA TURMA Data do Julgamento: 08/03/2021; Data da Publicação/Fonte: DJe 26/03/20)	
É possível a resilição unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares (AgRg no REsp n. 1.477.859/SP)	
Não incidem danos morais quando se discute dúvida acerca da interpretação de cláusulas contratuais ou o inadimplemento contratual (REsp 1800758/SP; AgInt nos EDcl no REsp 1597821/SP).	
É abusiva a rescisão do contrato durante o período gestacional, pois, tratando-se de plano de saúde, bem fundamental associado à dignidade da pessoa humana, o cancelamento implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis tanto à gestante como ao nascituro (STJ - AgInt no AREsp: 2323915 BA	
O adimplemento substancial do contrato pelo devedor não autoriza ao credor a propositura de ação para extinção do contrato, salvo se demonstrada a perda do interesse na continuidade da execução, que não é o caso. (Recurso Especial n. 272.379/MG)	Adimplemento do contrato

O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. (Tema 952, STJ)	Reajuste de mensalidade por mudança de faixa etária
Ao aposentado deve ser assegurada a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial, com as mesmas condições e qualidade de assistência médica. Entretanto, não há falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho. (REsp 1479420/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔASCUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/09/2015, DJe 11/09/2015)	Manutenção no plano de saúde coletivo empresarial por aposentadoria
a) Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial. b) O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador. c) O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências. (Tema 1034 STJ)	
A variação unilateral de mensalidades, pela transferência dos valores de aumento de custos, enseja o enriquecimento sem causa da empresa prestadora de serviços de saúde, criando uma situação de desequilíbrio na relação contratual, ferindo o princípio da igualdade entre partes (AgRg no Ag 1131324/MG)	Reajuste de mensalidade

Há responsabilidade solidária entre as cooperativas de trabalho médico que integram a mesma rede de intercâmbio, ainda que possuam personalidades jurídicas e bases geográficas distintas, sobretudo para aquelas que compuseram a cadeia de fornecimento de serviços que foram mal prestados (teoria da aparência). É transmitido ao consumidor a imagem de que o Sistema Unimed garante o atendimento à saúde em todo o território nacional, haja vista a integração existente entre as cooperativas de trabalho médico, a gerar forte confusão no momento da utilização do plano de saúde, não podendo ser exigido dele que conheça pormenorizadamente a organização interna de tal complexo e de suas unidades. Tanto a Unimed de origem quanto a Unimed executora possuem legitimidade passiva ad causam na demanda oriunda de recusa injustificada de cobertura de plano de saúde. Recurso especial não provido." (REsp n. 1.665.698/CE, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 23/5/2017, DJe de 31/5/2017.)	Responsabilidade solidária da cadeia de consumo
São solidariamente responsáveis pelos danos causados ao consumidor decorrentes de suas atuações, nos moldes do entendimento do E. STJ (AgInt no AREsp n. 2.696.436/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 9/12/2024, DJEN de 19/12/2024.)	
Ainda que comprovada a existência de fraude perpetrada por terceiro, esta não romperia o nexo causal, tampouco eximiria a operadora do plano de saúde da responsabilidade de reparar o dano, tendo em vista tratar-se de fortuito interno, ou seja, risco inerente à atividade desenvolvida." (STJ - AREsp: 1084133 RS 2017/0081573-1, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Publicação: DJ 28/09/2017)	Indenização por dano moral
DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. RECUSA INJUSTIFICADA. DANO MORAL. POSSIBILIDADE. – Mero descumprimento contratual não gera dano moral. Entretanto, se há recusa infundada de cobertura pelo plano de saúde, é possível a condenação para indenização psicológica. (AgRg no Ag 846077 / RJ, 3ª Turma. Relator Ministro HUMBERTO GOMES DE BARROS, DJ 18.6.2007 p. 2	
Tendo se caracterizado a recusa indevida de cobertura pelo plano de saúde, deve ser reconhecido o direito à indenização por danos morais, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada. (AgInt no REsp n. 1.976.123/DF, relator Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 28/11/2022, DJe de 9/12/2022)	
Súmula 362 A correção monetária do valor da indenização do dano moral incide desde a data do arbitramento	

Em menor medida, foram levantadas citações de jurisprudência dos tribunais de origem da decisão judicial organizadas também por conteúdo e unidades de análise:

Quadro 23: Julgados dos tribunais estaduais nas decisões analisadas

Julgado	Unidade de análise
O simples descumprimento de dever legal ou contratual, por caracterizar mero aborrecimento, em princípio, não configura dano moral, salvo se da infração advém circunstância que atenta contra a dignidade da parte. Súmula 75-TJRJ	Indenização por dano moral
Fundamenta que o dano moral é ocasionado por recusa indevida da operadora de saúde. Súmula 339-TJRJ	Indenização por dano moral
O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98. Súmula 100-TJSP	Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde
Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS. Súmula 102-TJSP	Autonomia do médico
Havendo expressa indicação médica, não prevalece a negativa de cobertura do custeio ou fornecimento de medicamentos associados a tratamento quimioterápico. Súmula 95-TJSP	Autonomia do médico
Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento. Súmula 96-TJSP	Autonomia do médico

Fonte: autoria própria

Além da legislação e jurisprudência, as decisões judiciais levantadas indicaram como fonte as normas regulatórias da Anvisa e ANS, mas em caráter subsidiário.

Da Anvisa, foram citadas a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 17/2015 no contexto de uma ação que pedia o fornecimento de Óleo de Cânhamo (CDB). A decisão liminar indicou que a RDC n. 17/2015 permite a importação de medicamentos pela Anvisa, mas exigia que o autor comprovasse o cadastro junto à agência, conforme o Art. 7° dessa resolução, o que não foi feito em sede de cognição sumária (Processo n. 1056401-95.2020.8.26.0100 TJSP). E ainda a RDC n. 335, de 24 de janeiro de 2020, pela parte ré (Processo n. 0757197-95.2024.8.02.0001 TJAL) que argumentou que a rescisão do plano de saúde coletivo da autora ocorreu de forma regular, com aviso prévio e justificativa de insustentabilidade financeira. Foi oferecida à autora a migração para um plano individual/familiar, sem carência e com manutenção das coberturas, nos termos da Resolução.

Já da ANS, foram identificadas as seguintes normas regulatórias:

- Resolução Normativa n. 19/1999 do Consu: Trata do cancelamento de planos coletivos, portabilidade sem carência, e a não obrigatoriedade de oferta de plano individual se não existente no portfólio da operadora.
- Súmula Normativa n. 3/2001: Relacionada à validade do reajuste em planos antigos não adaptados.
- Súmula de n. 5/2003: Indica a aplicação do índice da ANS em caso de omissão da cláusula de reajustes.

- Resolução n. 74/2004: Artigo 3º sobre critérios de reajuste.
- Resolução Normativa n. 171/2008: Refere-se à comunicação de percentuais de reajuste pelas operadoras à ANS.
- Resolução de Diretoria Colegiada n. 29/2000: Artigo 3º sobre a não submissão de planos coletivos ao limite de reajuste para planos individuais.
- Resolução Normativa n. 195/2009: Aborda requisitos para rescisão de contratos coletivos.
- Resolução Normativa n. 279/2011: Base para oferta de migração de plano individual/familiar sem carência e condições de reajuste para ex-empregados(as).
- Resolução Normativa n. 309/2012: Criou o Percentual de Reajuste Único (PRU) para planos coletivos.
- Resolução Normativa n. 387/2015: Artigo 20, inciso VII, possibilita a negativa de cobertura de próteses, órteses e acessórios não ligados a procedimentos cirúrgicos.
- Resolução Normativa n. 389/2015: Artigo 14 exige extrato pormenorizado para reajuste de planos coletivos por adesão com 30 dias de antecedência.
- Resolução Normativa n. 465/2021: Conhecida como o rol de procedimentos normatizado e suas Diretrizes de Utilização (DUTs), incluindo tratamento oncológico.
- Resolução Normativa n. 469/2021: Positiva a cobertura obrigatória e ilimitada de sessões para transtornos globais do desenvolvimento.
- Resolução Normativa n. 488/2022: Artigo 19 sobre a manutenção de beneficiários em plano para ex-empregados, com possíveis condições de reajuste diferenciadas.
- Resolução Normativa n. 509/2022: Trata da rescisão de plano coletivo e extrato pormenorizado para cálculo de reajuste.
- Resolução Normativa n. 515/2022: Relacionada à obrigação de administradoras de benefícios em ofertar novo plano após rescisão.
- Resolução Normativa n. 539/2022: Garante cobertura obrigatória para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).
- Resolução Normativa n. 557/2022: Consonante com as normas de rescisão de contratos coletivos.
- Resolução Normativa n. 565/2022: Permite cláusula de reajuste por situações como reajuste financeiro e sinistralidade em plano coletivo.
- Resolução Normativa n. 566/2022: Estabelece prazo máximo para atendimento de demandas, como 21 dias úteis para cirurgias eletivas.
- Resolução Normativa n. 623/2024: Artigo 3º, IV, estabelece o dever de a operadora fornecer informações claras sobre serviços e mecanismos de regulação.

O Rol da ANS e os índices de reajuste da ANS são frequentemente mencionados como referências para cobertura e valores, respectivamente. Chama atenção a extensa relação de normas da agência reguladora identificadas nas decisões analisadas. Mesmo diante da relevância da jurispru-

dência brasileira como fundamento das decisões, especialmente do STJ, as resoluções da ANS são citadas tanto nos pedidos, como nas contestações e sentenças, o que indica o papel mitigador da judicialização que a agência reguladora pode ter em seu papel de mediação de conflitos.

O conjunto de decisões favoráveis aos pedidos dos autores e autoras possibilitam relacionar as unidades de análise definidas anteriormente com os fundamentos (técnicos e jurídicos) apresentados na sentença. Neste sentido, o quadro a seguir apresenta um complemento ao Quadro 19 sobre assuntos dos pedidos e suas unidades de análise com os fundamentos das decisões identificados nos processos estudados:

Quadro 24: Assuntos dos pedidos, unidades de análise e fundamentos da decisão – saúde suplementar

Assuntos dos pedidos	Unidade de análise dos pedidos	Fundamentos da decisão
Restabelecimento de plano após cancelamento por suposto inadimplemento	Manutenção ou Restabelecimento de Planos de Saúde	
Manutenção do plano de saúde com cobertura integral ou migração para plano individual/familiar em condições idênticas, especialmente para gestantes ou pacientes em tratamento contínuo		Jurisprudência do STJ sobre manutenção no plano de saúde coletivo empresarial por aposentadoria Jurisprudência do STJ sobre aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde
Estabelecimento do contrato após rescisão unilateral, com manutenção das cláusulas e valores		
Manutenção de plano coletivo nos moldes de empregados ativos para aposentados/ex-empregados		

Autorização imediata de cirurgias		
Realização de procedimentos		
Cobertura de tratamentos multidisciplinares, especialmente para Transtorno do Espectro Autista (TEA)	Custeio de Procedimentos e Exames	Apresentação do laudo médico Jurisprudência do STJ sobre autonomia do médico Jurisprudência do STJ sobre abusividade de cláusula de carência para serviços de assistência médica em situações de urgência e emergência
Custeio de internação para diversas condições cobertura de órteses ou equipamentos		
Custeio de medicamentos de alto custo	Custeio de Medicamentos	Apresentação do laudo médico Jurisprudência sobre Rol da ANS Legislação
Compensação por danos morais, refletindo o sofrimento e a angústia alegados devido às ações das operadoras de saúde (valores variam, como R$ 5.000, R$ 10.000, R$ 20.000, R$ 25.000, 30 salários mínimos, ou 50 salários mínimos)	Indenização por Danos Morais e Materiais	Jurisprudência do STJ sobre indenização por danos morais Jurisprudência do STJ sobre responsabilidade solidária da cadeia de consumo
Restituição de valores pagos indevidamente, seja por exames particulares, despesas hospitalares, ou reajustes abusivos		

Revisão e declaração de nulidade de reajustes anuais ou por faixa etária, com substituição por índices da ANS para contratos individuais;	Contestação de Reajustes e Condições Contratuais	Jurisprudência do STJ sobre aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde Jurisprudência do STJ sobre reajuste de mensalidade por mudança de faixa etária
Abstenção de aplicação de reajustes considerados abusivos e à declaração de inexigibilidade de débitos e restabelecimento de prazos de carência		

A constância da jurisprudência do STJ nas decisões analisadas indica a importância do posicionamento do tribunal em matéria de saúde suplementar para os juízes e juízas de primeiro grau em comparação às decisões dos tribunais a questão vinculados, citadas em menor número como jurisprudência.

7.6. Percepções dos atores para mitigação da judicialização da saúde suplementar

Para enfrentar o fenômeno da judicialização da saúde suplementar, um desafio complexo que envolve diferentes atores e esferas, as pessoas entrevistadas apresentaram medidas e sugestões:

- Sugestão 1: Fortalecimento e Melhoria do Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus e similares)

É fundamental que haja um sistema uniforme do NatJus que possa atender a todo o território nacional, com convênios com instituições que tenham essa capacidade. Atualmente, o NatJus nem sempre está disponível para varas cíveis que tratam de saúde suplementar, limitando o suporte técnico. Há discussões e propostas para criar um NatJus integrado para saúde pública e suplementar.

É necessário incentivar os magistrados a acessarem e utilizarem o NatJus. O uso crescente pode qualificar a judicialização. Algumas pessoas entrevistadas relatam que a utilização do NatJus lhes dá conforto e racionalidade para decidir. É importante abordar o desconhecimento e o descrédito de alguns atores em relação ao NatJus e criar meios de simplificação da linguagem técnica dos pareceres e notas técnicas. Foi mencionado que juízes e juízas não utilizam o NatJus, fundamentando-se na previsão legal do livre convencimento motivado para julgar:

> Juiz é leigo, não tem obrigação de saber. Mas ele tem livre convencimento. Hoje a saúde suplementar tem estrutura imensa que não é utilizada. Os enunciados do Fórum de Saúde, as comissões de saúde estaduais. É um esforço grande, mas que é um trabalho praticamente ignorado. Quem está imbuído nas ações de saúde, tem estudo aprofundado das questões. Quando não se está nesse ambiente mais qualificado, vão pelo princípio de que tem autonomia na forma de julgar e nada pode vincular minha decisão, é o livre convencimento motivado (entrevistado 5 – membro do Poder Judiciário).

- Sugestão 2: Criação e Fortalecimento de Mecanismos Pré-Judiciais e Resolução de Conflitos

Sugere-se a instalação de CeJuscs específicos para saúde suplementar como um mecanismo de contenção da judicialização. Termos de cooperação entre Tribunais, ANS, Ministério Público e Defensoria Pública podem criar canais para resolver problemas antes da judicialização.

A Notificação de Intermediação Preliminar da ANS foi criada para ser um espaço de mediação, mas se tornou um "elefante branco": melhorar sua eficácia ou utilizar mecanismos semelhantes de resolução administrativa é visto como importante.

> A NIP é a principal ferramenta da ANS para receber e processar reclamações dos beneficiários. Funciona como um canal eletrônico de entrada onde as queixas são encaminhadas diretamente à operadora, que tem prazos de 5 dias úteis para questões assistenciais e 10 dias úteis para questões não assistenciais para apresentar uma solução. Tem uma alta taxa de resolutividade nessa fase, variando entre 75% e 80%. Se a questão não é resolvida, pode evoluir para um processo sancionador (entrevistado 10).

Alguns juízes e juízas sugerem que se verifique se houve uma tentativa de resolução administrativa com a operadora/seguradora antes de ajuizar a ação, baseando-se, por exemplo, no artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor, que prevê o acesso a órgãos administrativos.

- Sugestão 3: Melhora na Regulação e Fiscalização da ANS

É percebido que a judicialização é, em parte, uma deficiência da regulação e que a ANS deveria ser mais eficaz na fiscalização e repressão de condutas irregulares das operadoras. A ANS precisa de mais fiscais e recursos para estar à frente do mercado. O Judiciário muitas vezes desconsidera a relevância técnica da ANS. É importante que a agência seja reconhecida como órgão técnico essencial. O processo de incorporação de novas tecnologias no Rol da ANS é lento, o que contribui para as demandas judiciais.

- Sugestão 4: Aprimoramento da atuação do Judiciário

A criação de varas ou câmaras institucionalizadas especializadas em saúde nos tribunais de justiça estaduais é considerada importante para a qualidade do julgamento e a uniformização das decisões. Isso permite um ambiente de debate mais qualificado. O papel do STJ em criar temas repetitivos e consolidar entendimentos é fundamental para gerar segurança jurídica e reduzir a "loteria" das decisões. Sugere-se a realização de cursos práticos para juízes e juízas sobre saúde, com a participação de médicos e médicas especializados. É preciso uma mudança cultural para que os juízes e juízas não personalizem os casos.

O enfrentamento à litigância predatória é um desafio reconhecido por várias pessoas entrevistadas. Medidas de fiscalização e investigação sobre possíveis conluios entre médicos e advogados, laudos padronizados e lides fabricadas são necessárias. A falta de investimento das operadoras em coibir fraudes e da ANS em fiscalizar contribui para isso.

- Sugestão 5: Mudança na Postura das Operadoras e Profissionais

As operadoras deverem investir no atendimento administrativo para resolver problemas. É preciso abordar as estratégias das operadoras que parecem preferir judicializar a conceder tratamentos. Médicos(as) e clínicas deveriam fundamentar ampla e tecnicamente, com linguagem acessível, os tratamentos indicados, visando auxiliar na compreensão por leigos da necessidade de tal indicação.

PARTE 4

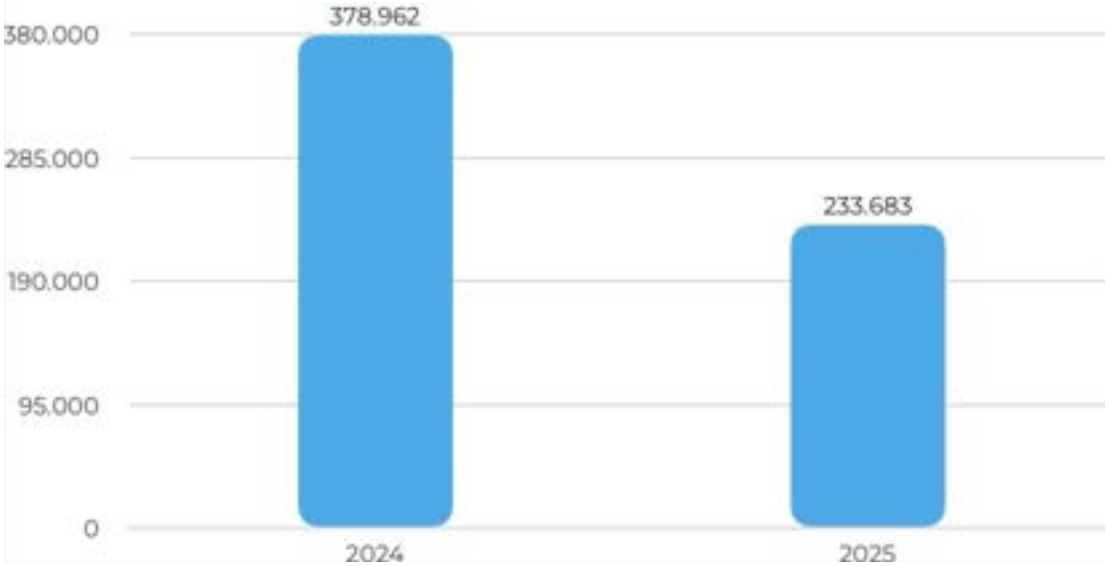
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

8. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Os pontos centrais das análises descritivas sobre a judicialização da saúde pública no Brasil procuram caracterizar o quantitativo de casos novos entre agosto de 2024 e julho de 2025; de liminares deferidas e procedência de pedidos; percentual de conciliação nas ações; e a contagem de tempo dos casos novos. A coleta dos dados sobre o período de agosto de 2024 a julho de 2025 dá-se em virtude do julgamento pelo STF dos temas 6 e 1.234 para se verificar efeitos no quantitativo de casos novos a partir das decisões.

Entre janeiro de 2024 e agosto de 2025, o Poder Judiciário brasileiro recebeu cerca de 600 mil casos novos relacionados à judicialização da saúde pública, assim distribuídos:

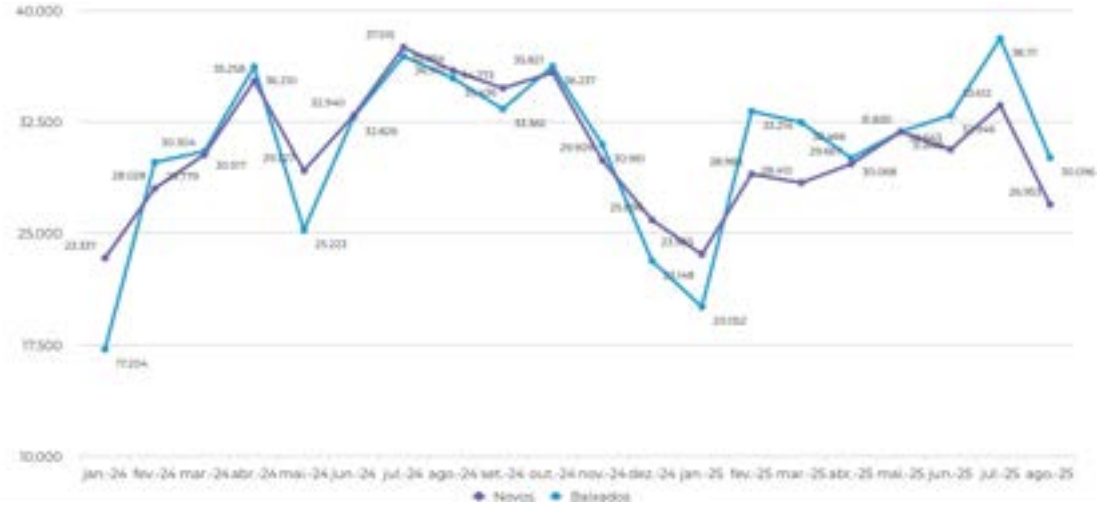
Figura 24: Casos novos do assunto saúde pública – Poder Judiciário (2024-agosto/2025)



Fonte: DATAJUD, CNJ

A série histórica do período demonstra a variação mensal da quantidade de casos novos na figura a seguir:

Figura 25: Série histórica da quantidade de casos novos e baixados do assunto saúde pública – Poder Judiciário (agosto/2025)

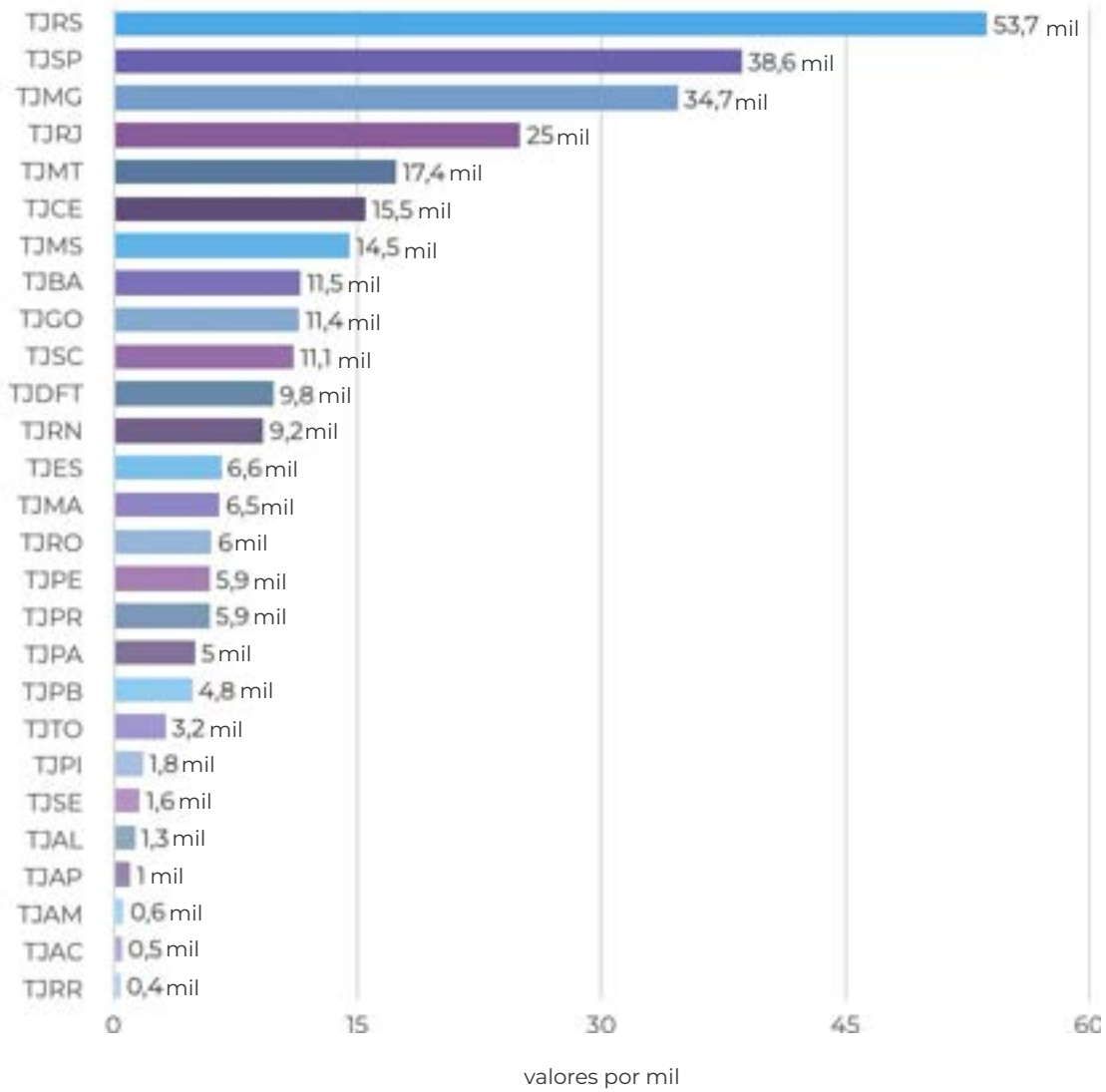


Fonte: DataJud, CNJ

A figura acima indica que o mês de abril de 2025, com cerca de 30 mil casos novos, tem quantitativo inferior ao mesmo mês em 2024, que somou cerca de 36 mil casos novos. Movimento semelhante em relação ao mês de julho de 2025, que somou 33,6 mil casos novos e o mesmo mês no ano anterior, 37,5 mil casos novos. Esta variação da série histórica pode indicar os efeitos da decisão do STF nos Temas 6 e 1.234 e edição das súmulas 60 e 61 do mesmo tribunal (de setembro e outubro de 2024, respectivamente) que determinam a padronização dos fluxos administrativos e judiciais para o fornecimento de medicamentos, e a n. 61 definindo os critérios para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS.

A figura a seguir distribui os casos novos na Justiça Estadual no período estudado, por tribunal:

Figura 26: Quantidade de casos novos do assunto saúde pública – Justiça Estadual (em milhares) (agosto/2024-julho/2025)



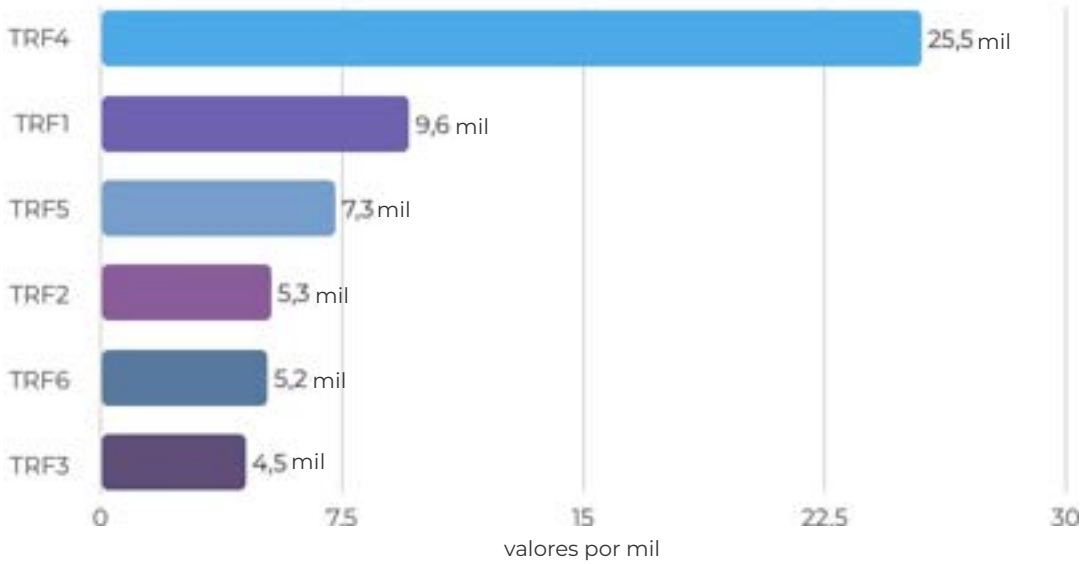
Fonte: CNJ

O estado do Rio Grande do Sul acumula cerca de 53 mil casos novos no período, quantitativo maior de casos novos que a soma dos estados de Roraima, Acre, Amazonas, Amapá, Alagoas, Sergipe, Piauí, Tocantins, Paraíba, Pará, Paraná, Pernambuco, Roraima, Maranhão e Espírito Santo, com o total aproximado de 51 mil casos novos. Chama atenção ainda por ter uma população de 11,2 milhões de habitantes, estando em sexto lugar no ranking nacional atrás de estados como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Quanto à taxa de casos novos por mil habitantes, os estados de Rondônia e Distrito Federal têm taxa de 3,4, valor superior à taxa de São Paulo, com 3,2 casos novos a cada mil habitantes. Mato Grosso, por sua vez, tem taxa de 4,4, e o Rio Grande do Sul, taxa de 4,9 casos novos a cada mil habitantes.

A figura a seguir apresenta o quantitativo de casos novos na Justiça Federal por tribunal regional:

Figura 27: Quantidade de casos novos do assunto saúde pública – Justiça Federal (em milhares) (agosto/2024-julho/2025)



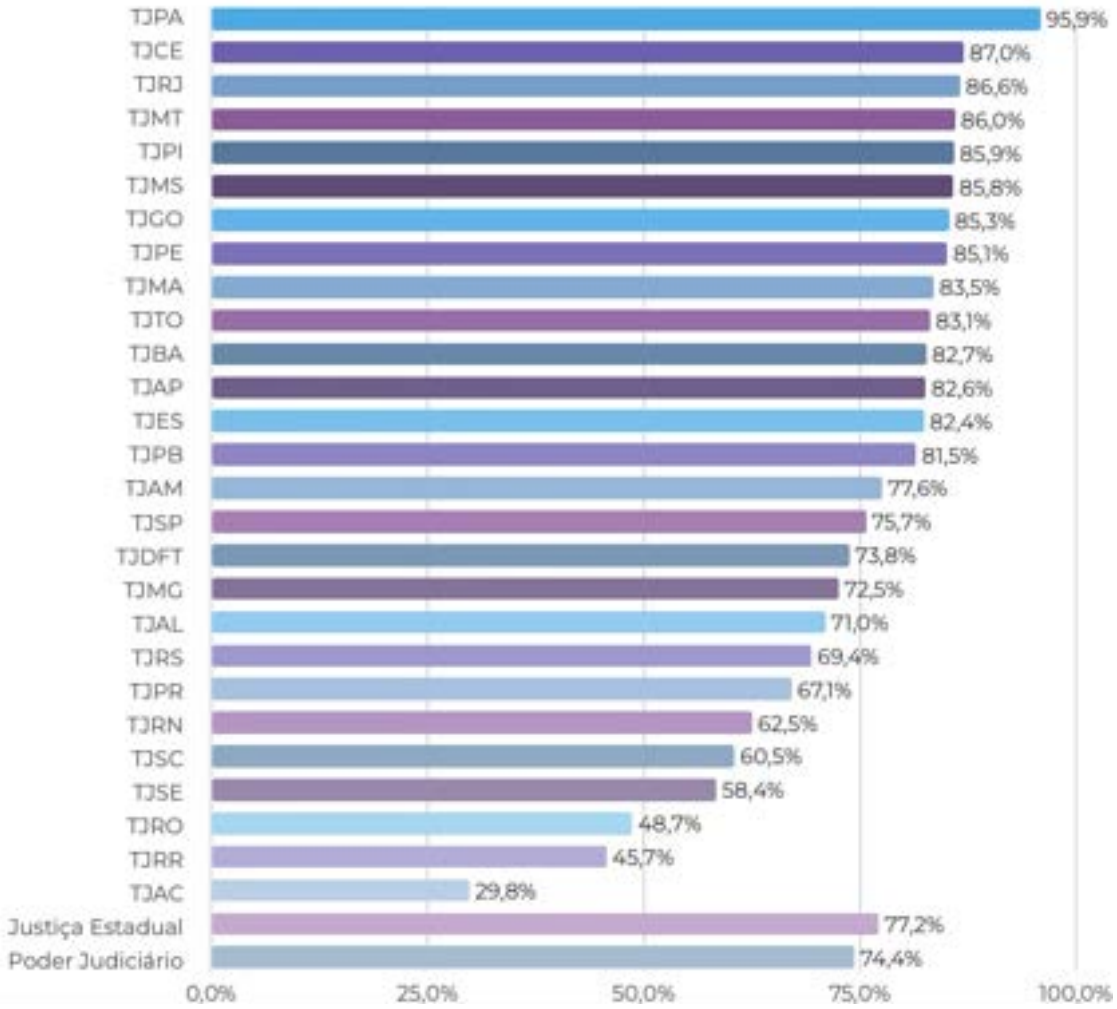
Fonte: CNJ

O TRF-4, que abrange os estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, acumulam o quantitativo de casos novos superior à soma dos casos novos do TRF-1 , TRF-5 e TRF-2, cerca de 22 mil casos. É possível que a quantidade de casos do TRF-4 seja elevada em função da alta judicialização no estado Rio Grande do Sul. O fenômeno que eleva o número de casos novos na Justiça Estadual do estado pode explicar também os dados do ramo federal.

8.1. Liminares deferidas e procedência do pedido

Quanto aos pedidos liminares e procedência do requerimento da parte autora, esta seção apresenta os dados percentuais em relação aos tribunais estaduais e federais. O percentual de liminares deferidas de 77,2% na Justiça Estadual configura-se da seguinte forma em relação aos tribunais:

Figura 28: Percentual de liminares deferidas do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

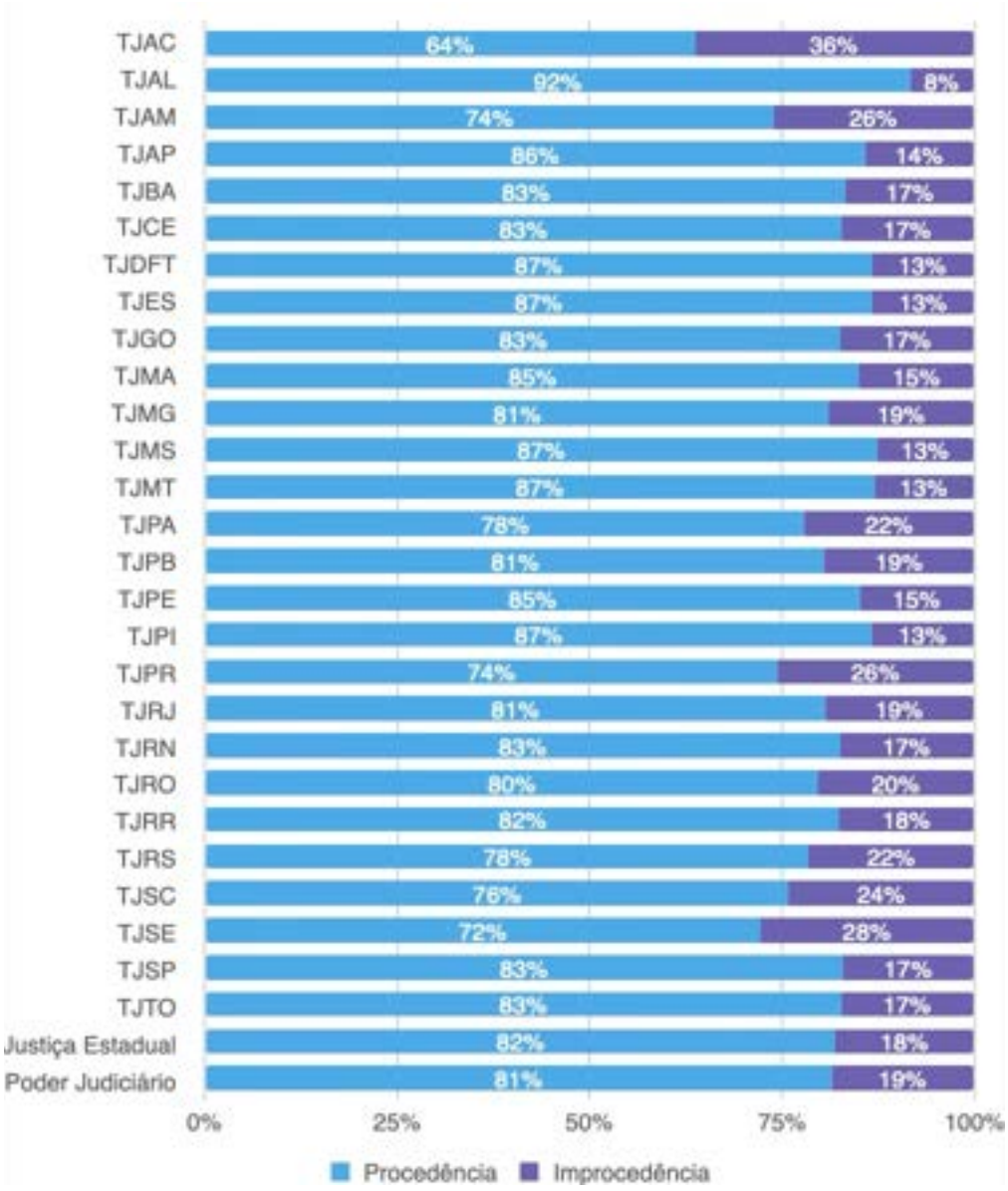


Fonte: CNJ

O percentual de deferimento de liminares fica acima de 80% em 13 tribunais, tendo seis deles um percentual acima de 85%: Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Piauí e Rio de Janeiro. O estado do Pará chama atenção com um percentual próximo a 100% de deferimento de liminares. Por sua vez, o Acre apresenta o menor percentual de deferimento de toda a Justiça Estadual brasileira, cerca de 30%, número consideravelmente inferior que o percentual de Roraima que ocupa a penúltima posição, com cerca de 46%.

Considerando a procedência da ação na Justiça Estadual, a figura a seguir apresenta a proporção de procedência e improcedência para cada estado:

Figura 29: Percentual de procedência e improcedência no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

O percentual de procedência da Justiça Estadual está em 86% no período, sendo o estado de Santa Catarina com o maior percentual de indeferimento (28%) e Pará com o menor (4%). Acima de 90% de sentenças procedentes, figuram os estados de Alagoas, Amazonas, Amapá. Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo e Goiás. Treze estados estão na faixa dos 80%-90% de procedência: Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro e Tocantins.

As figuras a seguir fazem a distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas e procedência da ação, a partir dos dados supra:

Figura 30: Distribuição das unidades da federação por percentual de liminares deferidas no assunto saúde pública

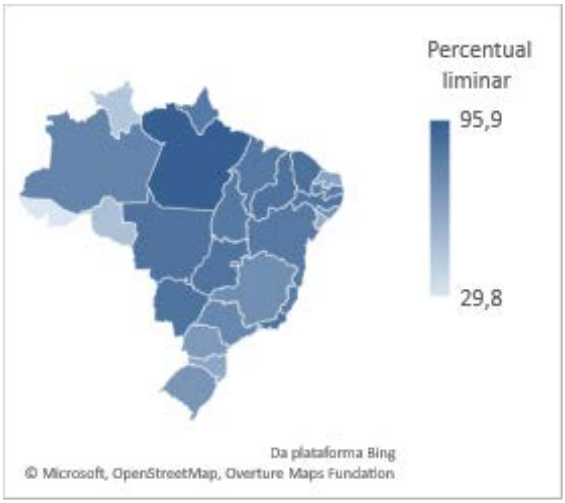
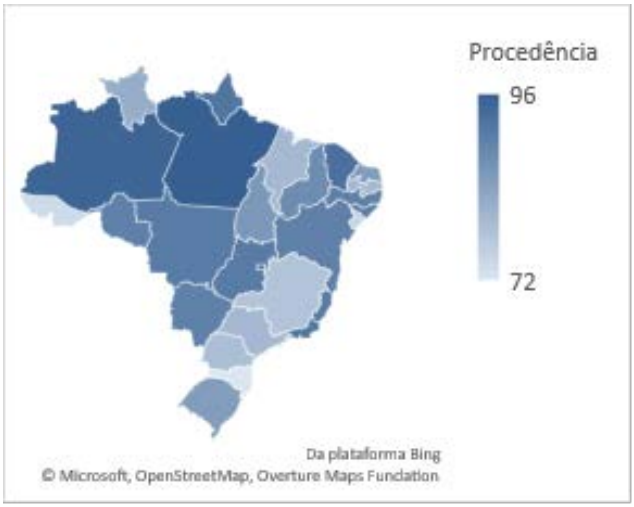


Figura 31: Distribuição das unidades da federação por percentual de procedência da ação no assunto saúde pública



Fonte: autoria própria

As figuras acima chamam atenção para o fenômeno de estados com percentuais de deferimento de liminar e procedência do pedido díspares entre si, ou seja, um estado com percentual baixo de deferimento de liminar, mas elevado de procedência da ação ou vice-versa. O quadro a seguir detalhada os dados:

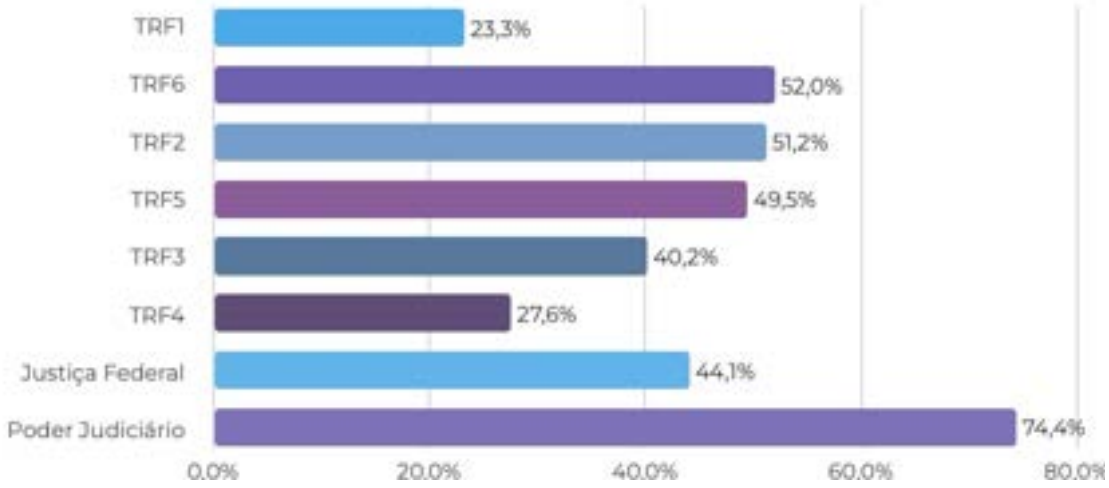
Quadro 25: Estados com maior variação de percentuais de deferimento da liminar, procedência e improcedência da saúda na saúde pública – Justiça Estadual

UF	% deferimento liminar	% procedência	% improcedência
AC	29,8	74	26
AL	71	91	9
AM	77,6	95	5
DF	73,8	92	8
RN	62,5	85	15
RO	48,7	90	10
RR	45,7	82	18
RS	69,4	85	15
SE	58,4	75	25

Fonte: autoria própria

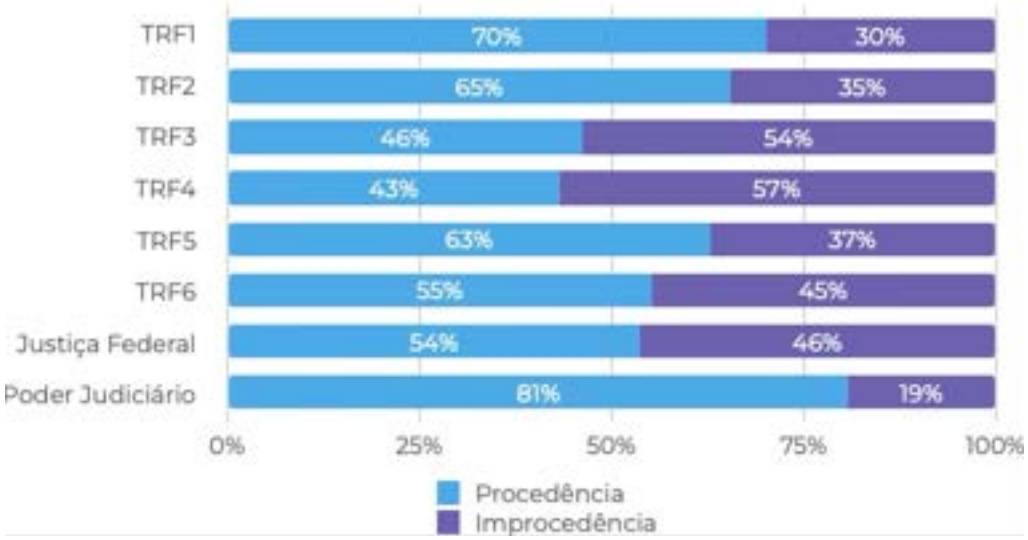
O cenário da Justiça Federal, por sua vez, é distinto, como mostram as figuras a seguir:

Figura 32: Percentual de liminares deferidas do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

Figura 33: Percentual de procedências e improcedências do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)



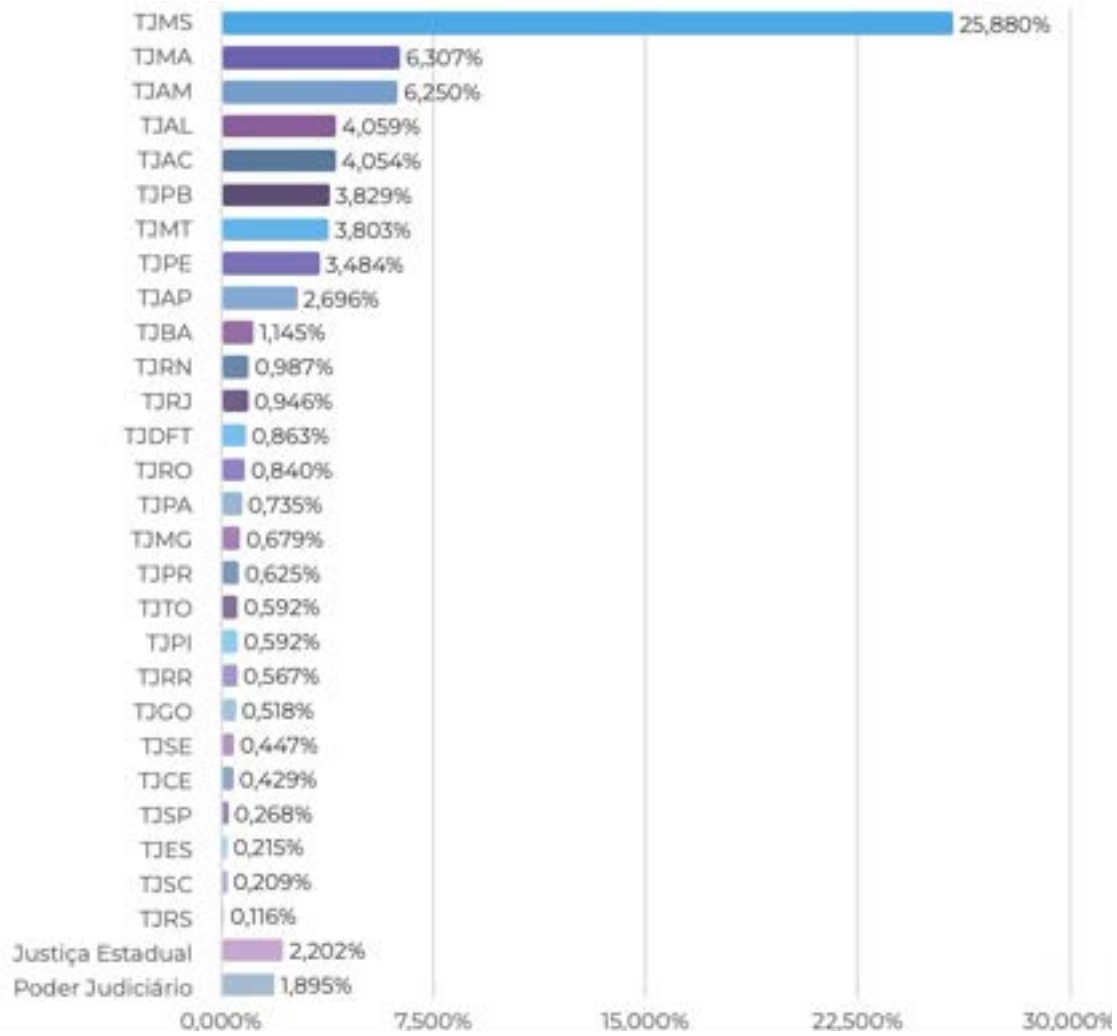
Fonte: CNJ

Os dados apontam uma baixa variação entre os percentuais de deferimento de liminares e procedência das ações: os Tribunais Regionais Federais das 1ª, 2ª, 5ª e 6ª regiões deferem liminares e tendem a decidir pela procedência da ação. Do contrário, os tribunais das 3ª e 4ª regiões deferem um percentual menor de liminares e, consequentemente, de procedência das ações. Mas, em linhas gerais, comparativamente à Justiça Estadual, a Justiça Federal defere menos e dá procedência a um percentual menor de pedidos.

8.2. Conciliação

Comparativamente à saúde suplementar, o índice de conciliação da judicialização da saúde pública é mais elevado. O estado do Mato Grosso do Sul se destaca no cenário com percentual de cerca de 26%. Por outro lado, o Rio Grande do Sul – estado com o maior quantitativo de casos novos – tem o menor índice de conciliação do Brasil, com cerca de 0,1%. Os dados indicam que 17 estados têm índice de conciliação menor que 1%. Aparentemente, não há uma cultura de conciliação no litígio de saúde pública no Brasil, que pode ser justificado pelo elevado percentual de deferimento de liminares, como abordado na seção anterior.

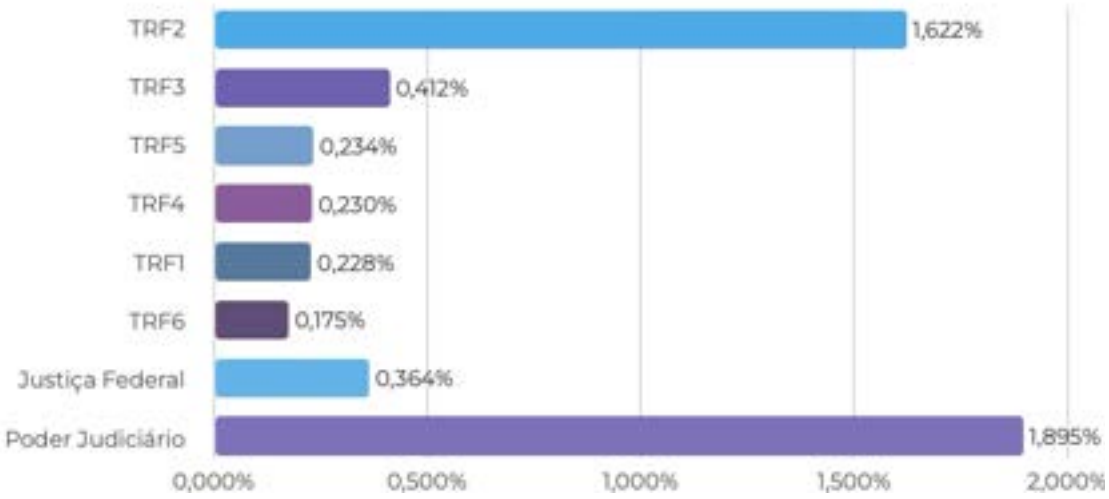
Figura 34: Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

Já no âmbito da Justiça Federal, o índice de conciliação é o seguinte:

Figura 35: Índice de conciliação do assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)



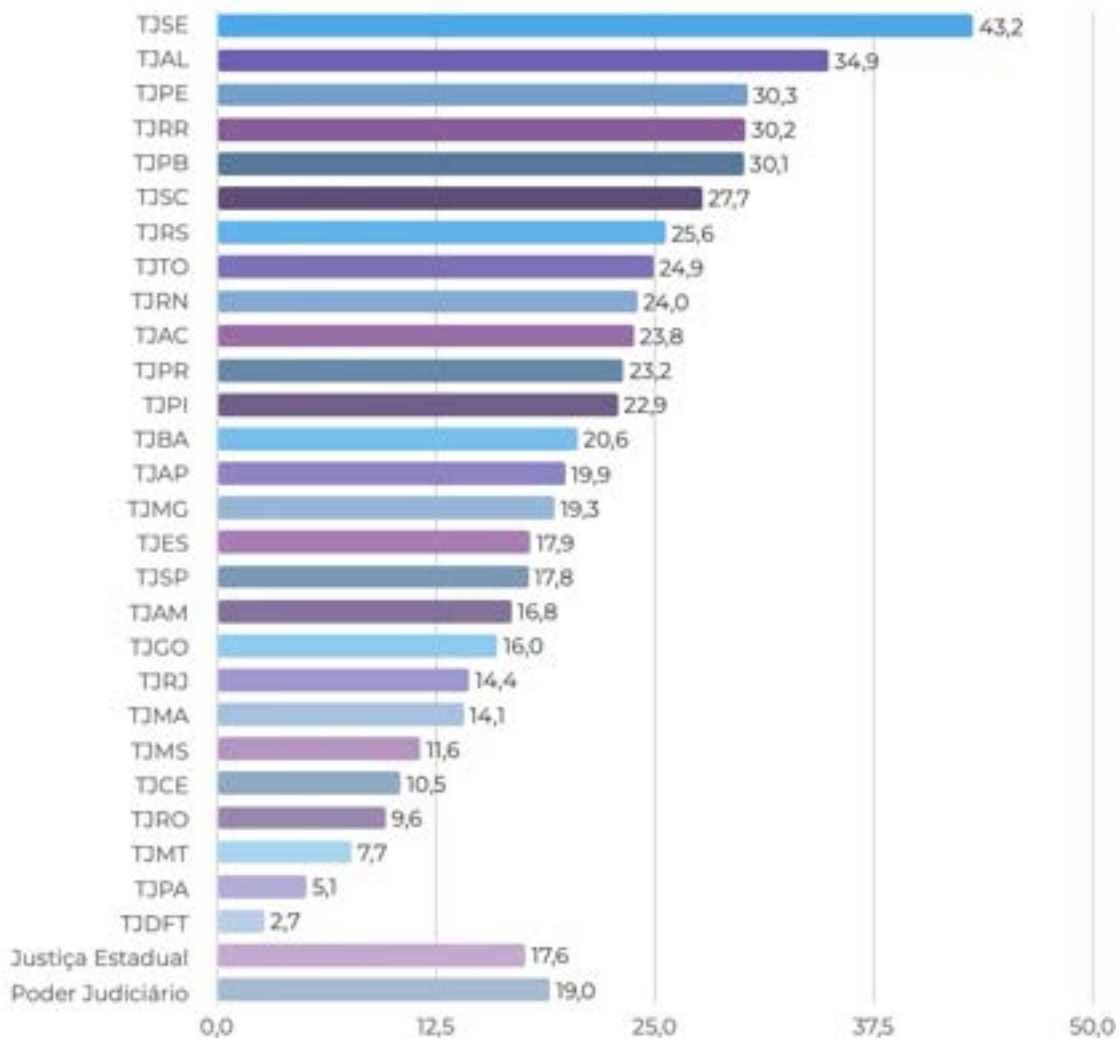
Fonte: CNJ

Os dados indicam que se concilia muito pouco na Justiça Federal. Todos os tribunais, com exceção da 2ª região, têm índices abaixo de 1%. Este cenário pode ser explicado pelo objeto da própria ação, o que é pedido pela parte autora e a competência da União no fornecimento do tratamento de saúde específico. Com o passar dos anos, a jurisprudência brasileira e, sobretudo a partir das posições do STF do final de 2024, definiu com maior precisão as obrigações federais no litígio da saúde.

8.3. Contagem de tempo de ações relacionadas à saúde pública

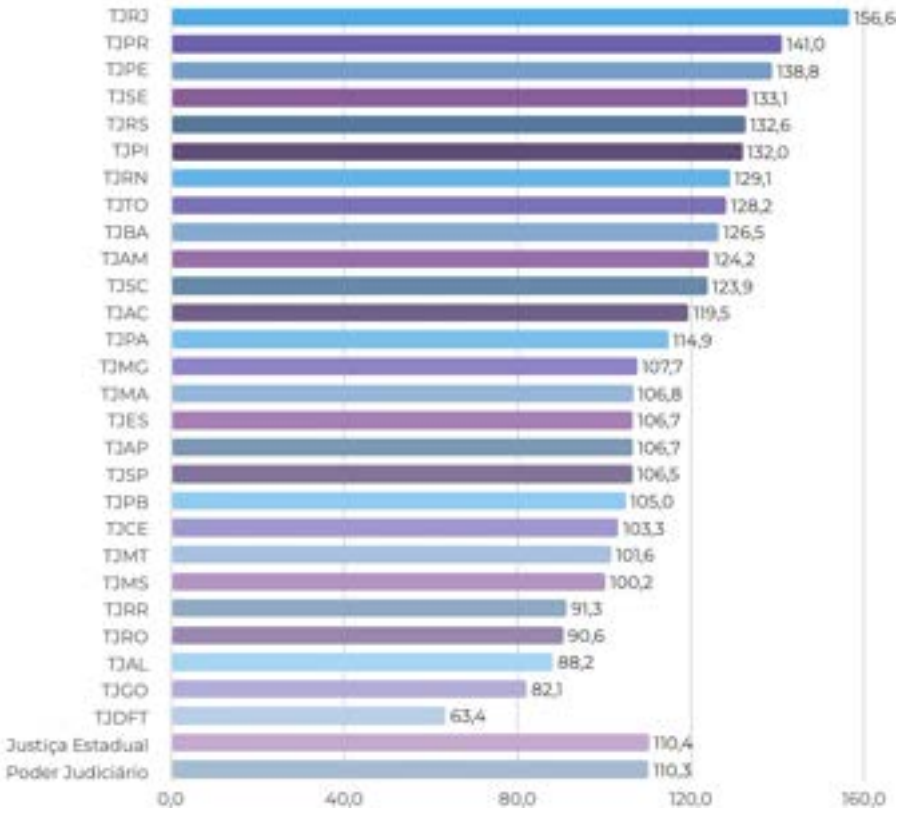
A contagem do tempo de ações relacionadas ao assunto saúde pública será apresentada a partir dos seguintes momentos processuais: o tempo médio do ajuizamento da ação até a primeira liminar; o tempo médio da primeira liminar até a primeira sentença; tempo médio do ajuizamento da petição inicial até a primeira sentença e o tempo médio do julgamento de mérito. Tanto na Justiça Estadual como na Justiça Federal, representados nas figuras a seguir:

Figura 36: Tempo médio, em dias, do ajuizamento da petição inicial até a primeira liminar no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



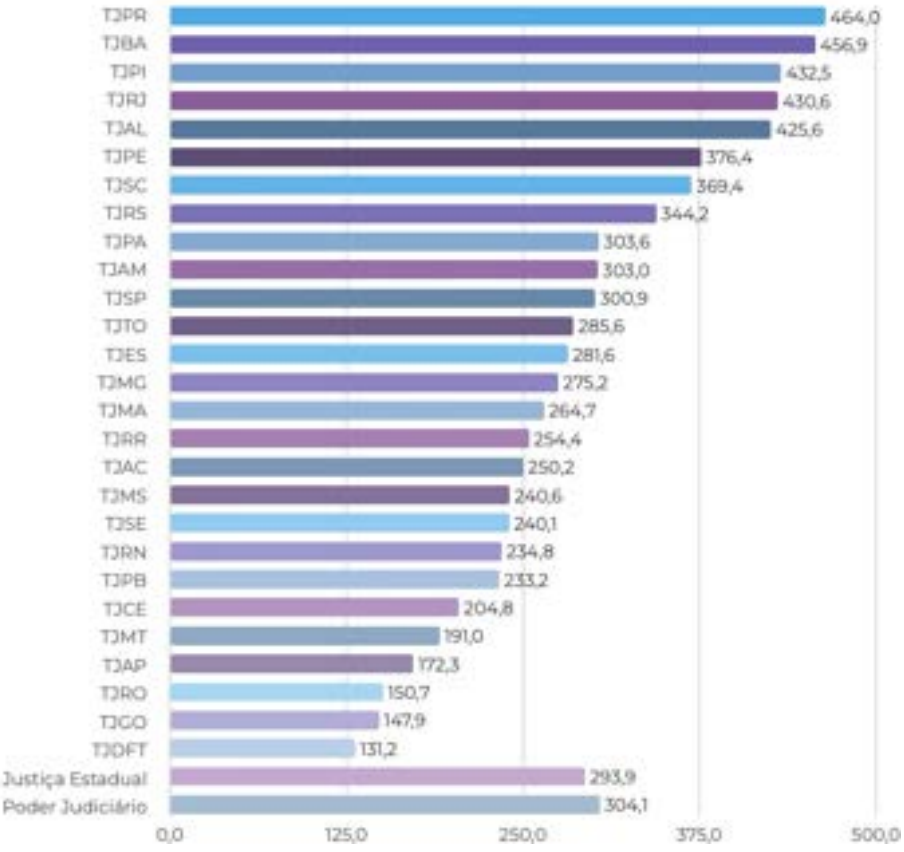
Fonte: CNJ

Figura 37: Tempo médio, em dias, da primeira liminar até a primeira sentença no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

Figura 38: Tempo médio, em dias, do julgamento de mérito no assunto saúde pública – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)

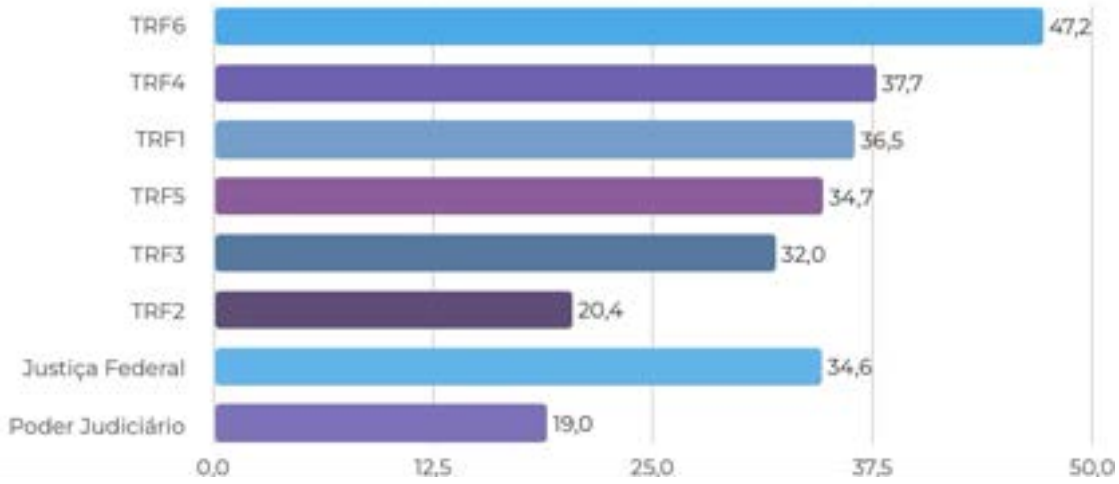


Fonte: CNJ

O Distrito Federal é o estado que apresenta menor tempo médio nos três cenários: a liminar é decidida em cerca de três dias, a sentença em aproximadamente 60 dias, com um total de tempo médio para julgamento do mérito da ação de 130 dias. Pernambuco é dos estados com maior tempo médio tanto para decisão da liminar como para a sentença, com 30 dias e 138 dias respectivamente.

Já na Justiça Federal, o tempo médio até a primeira liminar é de 35 dias, sendo quase o dobro do tempo médio da Justiça Estadual na mesma categoria que é de cerca de 17 dias. Em geral, os Tribunais Regionais Federais decidem sobre liminares no mesmo tempo médio que os tribunais estaduais com maior tempo médio da Justiça Estadual: Sergipe com 43 dias, Alagoas com 35 dias e Pernambuco, Roraima e Paraíba, com 30 dias. A figura a seguir apresenta os dados da Justiça Federal:

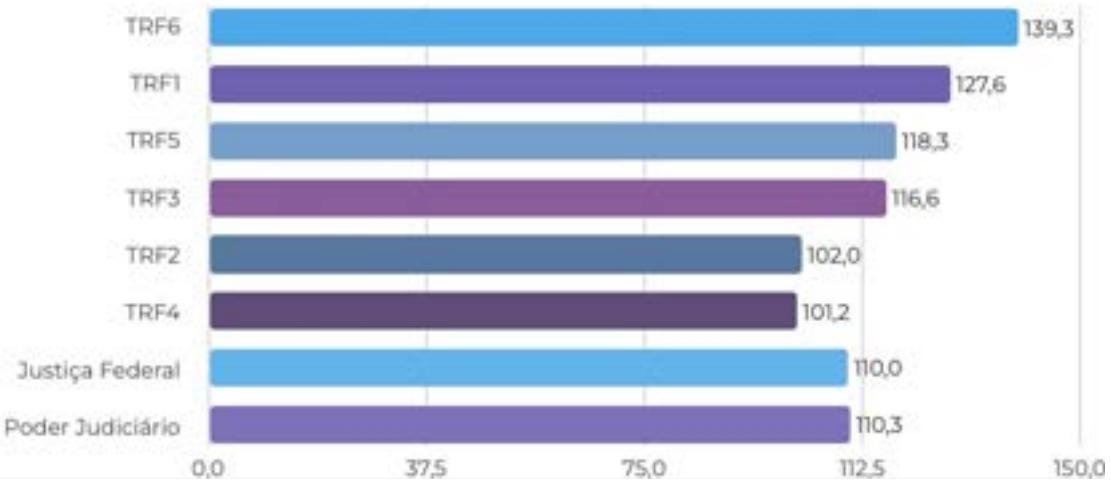
Figura 39: Tempo médio, em dias, do ajuizamento da petição inicial até a primeira liminar no assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: CNJ

Já em relação ao tempo médio da primeira liminar até a primeira sentença, o cenário da Justiça Federal é o seguinte:

Figura 40: Tempo médio, em dias, da primeira liminar até a primeira sentença no assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025)

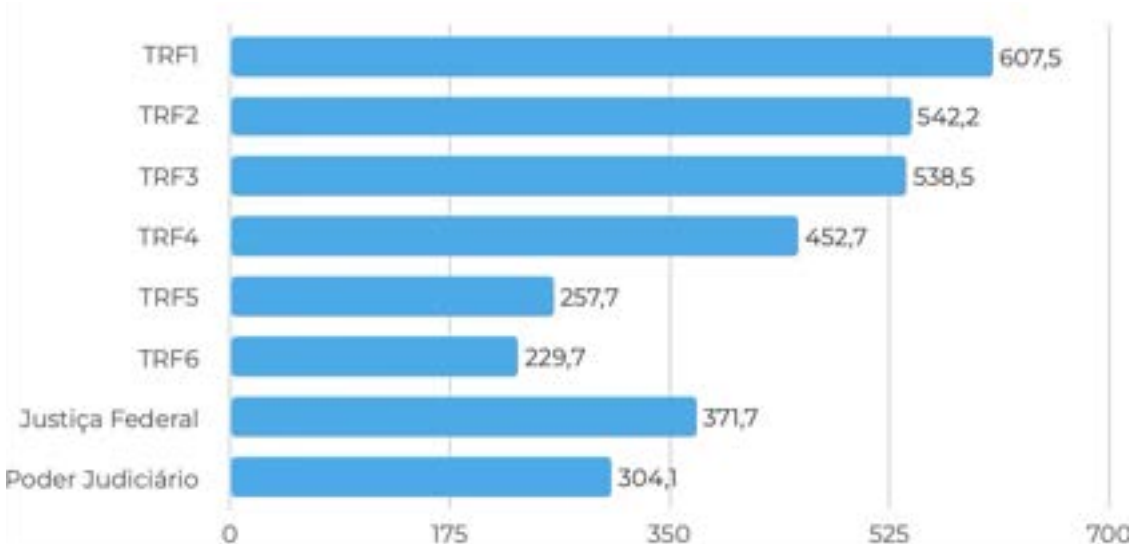


Fonte: CNJ

A média de tempo da Justiça Federal é de 110 dias, semelhante à da Justiça Estadual na mesma categoria. O TRF-6 , com maior tempo médio, 139 dias, tem dado semelhante aos tribunais de Paraná e Pernambuco, com 138 dias e 133 dias, respectivamente. Os tribunais mais céleres, 2ª região e 4ª região, têm tempo médio semelhante ao dos estados do Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, ambos com tempo médio de cerca de 100 dias.

Por fim, o tempo médio de julgamento de mérito na Justiça Federal sobre o assunto saúde pública está apresentado na figura a seguir:

Figura 41: Tempo médio do julgamento de mérito no assunto saúde pública – Justiça Federal (agosto/2024-julho/2025).



Fonte: CNJ

A Justiça Federal julga o mérito no assunto saúde pública no tempo médio de 371 dias, cerca de 78 dias a mais que a Justiça Estadual, com tempo médio de 293 dias. Note-se que o ramo estadual tem um quantitativo de casos novos consideravelmente maior que o ramo federal, considerando sua competência residual para decidir sobre litígios de saúde pública.

9. PERCEPÇÕES DE ATORES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

9.1. Assuntos mais judicializados

Os assuntos mais citados pelas pessoas entrevistadas concentram-se principalmente em garantir o acesso a medicamentos e serviços que deveriam ser fornecidos usualmente pelo SUS. Os medicamentos, em geral, são medicamentos de alto custo, medicamentos oncológicos e Canabidiol. A mineração dos processos judiciais, por sua vez, identificou o seguinte cenário na amostra analisada:

Quadro 26: Percentual de processos por tipo de pedido a judicialização da saúde pública[19]

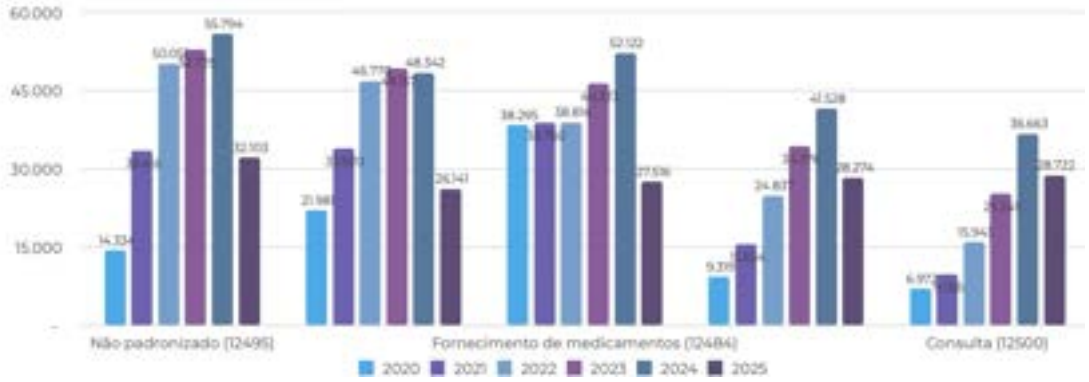
Pedido	Quantidade de casos	Percentual
Medicamento	1090	74,1%
Tratamento Médico	653	44,4%
Oncológico	159	10,8%
Danos Morais/Materiais	46	3,1%
Suplemento Alimentar	41	2,8%
Exame	40	2,7%
Consulta	33	2,2%
Internação	29	2,0%
TEA	26	1,8%
Cirurgia	25	1,7%
Insumo	20	1,4%
Reembolso	8	0,5%
Tratamento Multidisciplinar	7	0,5%
Negativa Cobertura	6	0,4%
Home Care	3	0,2%
Contrato	3	0,2%
Internação UTI	1	0,1%

Fonte: CNJ

Os assuntos “medicamentos” e “tratamento médico” figuram no topo da relação, estando presentes em 1.743 processos da amostra, isolados ou cumulados com outros pedidos. Assim, são os assuntos mais referenciados nos pedidos da amostra. Em quantidade menor, estão as referências a tratamento oncológico/quimioterapia/radioterapia com 159 processos. Estes dados vão ao encontro dos dados do DataJud sobre a quantidade de casos novos por ano sobre os principais assuntos de judicialização da saúde pública:

19 Como a petição inicial pode conter múltiplos pedidos, o percentual total ultrapassa o valor de 100%.

Figura 42: Quantidade de casos novos por ano sobre os principais assuntos (por processos pendentes) de judicialização da saúde pública (2020-agosto/2025)



Fonte: DataJud

A figura indica que o acesso a medicamentos – estejam ou não incorporados ao SUS – é o assunto principal nos casos novos de 2020 a 2025. Mesmo com metodologias distintas de levantamento de dados[20], os cenários sugerem que é a obtenção de medicamentos pelo SUS o principal assunto do litígio em saúde pública no Brasil.

Quanto à oferta do tratamento ou medicamento pelo SUS, o quadro a seguir traz os dados da amostra:

Quadro 27: Percentual de processos sobre oferta de tratamento/medicamento pelo SUS

O medicamento ou tratamento é oferecido pelo SUS?		
Respostas	**Quantidade de casos**	**Percentual**
Sim	175	11,89%
Não	755	51,29%
Não identificado	542	36,82%
Total	**1472**	**100,00%**

Fonte: CNJ

Foram localizados 755 processos, cerca de 51% da amostra, que abordam pedidos de medicamentos ou acesso a tratamentos não ofertados pelo SUS, ou seja, que demandam acesso a tecnologias de saúde não avaliadas pela Conitec e, consequentemente, não listadas no Rename ou em relações semelhantes.

Os medicamentos mencionados de forma recorrente na amostra foram os imunoterápicos, especificamente o pembrolizumabe para tratamento de melanoma metastático, câncer de pulmão de células não pequenas, carcinoma urotelial, câncer gástrico e outros; o nivolumabe, utilizado para tratamento de diversos tipos de câncer como o melanoma, câncer de pulmão e de fígado; e o bevacizumabe para tratamento de câncer de mama. Estes medicamentos podem estar incorporados ao SUS para tratamento de certos tipos de neoplasmas malignos, mas não para outros, por isso, ocorre a judicialização. Além destes, os produtos à base de canabidiol/THC também apa-

20 Os dados do DataJud são encaminhados pelos tribunais, seguindo a regulamentação estabelecida pela resolução CNJ n. 331, de 2020. O assunto, geralmente, é indicado pela parte autora no momento do ajuizamento da ação, seguindo as Tabelas Processuais Unificadas do CNJ.

recem de forma recorrente na amostra estudada.

Ainda sobre medicamentos, cerca de 32% da amostra relaciona-se a pedidos de medicamentos ou tratamentos que já possuem registro na Anvisa, como demonstra o quadro a seguir:

Quadro 28: Percentual de processos com referência a registro de medicamento ou tratamento na Anvisa na judicialização da saúde pública

O medicamento ou tratamento possui registro na ANVISA?		
Respostas	**Quantidade de casos**	**Percentual**
Sim	473	32,13%
Não	181	12,30%
Não identificado	818	55,57%
Total	**1472**	**100,00%**

Fonte: CNJ

A amostra de processos pode indicar que a principal demanda de judicialização da saúde pública é o acesso a medicamentos ou acesso a tratamentos não ofertados pelo SUS ou, caso ofertados, não voltados para tratamento de certos agravos de saúde. Nesse sentido, os medicamentos possuem registro na Anvisa e são voltados ao tratamento de câncer, como os imunoterápicos.

9.2. Evidências científicas para as decisões: o uso do NatJus

O NatJus é visto como uma ferramenta essencial por todas as pessoas entrevistadas que o utilizam na judicialização da saúde pública: “o NatJus fornece a base para entender se o tratamento é científico ou experimental” (entrevistado 22). Os entrevistados e entrevistadas afirmam: “Ao trazer fatos e informações, o NatJus limita o poder do juiz, que, ao julgar sem fatos, está julgando conforme a ideologia” (entrevistado 21). O uso do NatJus proporciona maior “conforto e segurança” ao juiz e à juíza para avaliar a decisão com mais racionalidade (entrevistado 22).

A restrição territorial leva ao uso alternativo de ferramentas como o e-NatJus do CNJ. No entanto, um entrevistado criticou o e-NatJus, classificando-o como “pior, mais lento e menos cooperativo”, citando um caso teste que “não obteve resposta” (entrevistado 21). Outros juízes relataram que o NatJus do CNJ “algumas vezes ajudou, outras não”, ficando por vezes sem resposta (entrevistado 17).

Apesar dos benefícios percebidos, a implementação do NatJus enfrenta barreiras segundo alguns entrevistados. Há uma certa resistência cultural no Judiciário, partindo de magistrados que “não querem ter seu poder limitado pela necessidade de recorrer a informações técnicas” (entrevistado 12) A ideia de recorrer a alguém “incomoda, pois diminui a possibilidade de decidir pela ‘caridade’ ou de forma ideológica” (entrevistado 21).

Outra barreira é a reforma e descrédito pelo segundo grau quanto a decisões fundamentadas nos pareceres do NatJus. Segundo um entrevistado, há posições que o NatJus estaria criando uma “terceira instância”, o que é rebatido com a explicação de que o órgão apenas “fornece os fatos (evidência científica), cabendo ao juiz a decisão jurídica” (entrevistado 17).

9.3. Percepções sobre a decisão do STF no Tema 1.234

A decisão do STF no Tema 1.234 é vista como fundamental para atuação do Poder Judiciário no campo da saúde pública. Nesse sentido, foram destacados os seguintes pontos pelas pessoas entrevistadas:

- Diretriz: o entrevistado 22 considerou que o Tema 1.234 "ótimo" para o seu trabalho: "eu esperava que houvesse balizas mais objetivas, mas a decisão dá ao Judiciário um norte, uma diretriz" (entrevistado 22);
- Base argumentativa: os entrevistados e entrevistadas utilizam a jurisprudência do STF como fonte jurídica em suas decisões, citando especificamente as Súmulas 60 e 61 do STF em sua argumentação;
- Avanço na Maturidade: o entrevistado 21 sugeriu que as exigências estabelecidas pelo do STF contribuem para o "amadurecimento psicológico dos juízes", que com o tempo percebem que nem todas as tecnologias dão resultado ou que, embora deem, são excessivamente caras.

Mas a chegada do Tema 1.234 no dia –a dia de trabalho dos juízes e juízas foi descrita como uma bola de neve pelo entrevistado 21, exigindo que a equipe adaptasse "tudo, todos os padrões, decisão de cumprimento, etc.". Mas adota uma postura de estrito cumprimento da decisão do STF no primeiro grau, afirmando: "se o ministro mandou julgar daquele jeito, tenho que julgar do jeito que ele mandou" (entrevistado 21). Mas também foram identificadas resistências por parte do segundo grau: há "muita decisão que não está seguindo os temas do STF", segundo o entrevistado 22, que também expressou dúvidas se o Tema 1.234 levará à racionalização esperada na judicialização, pois já vê "decisões do segundo grau fugindo do tema ou que não seguem os temas" (entrevistado 22).

Além do Tema 1.234, os entrevistados e entrevistadas citam outros marcos do STF que historicamente pavimentaram o caminho para a racionalização, como a suspensão de Tutelas em 2009, considerado o "marco inicial para a racionalização" da judicialização da saúde pública (entrevistado 17) e a ADI sobre a Fosfoetanolamina (pílula do câncer), mencionada como um "paradigma nessa mudança de entendimento", pois "demorou para ter efeito, [mas] foi um ponto muito importante a partir do qual se passou a exigir a evidência científica" (entrevistado 22).

PARTE 5

SÍNTESE DOS ACHADOS E RECOMENDAÇÕES

10. SÍNTESE DOS ACHADOS

O objetivo geral da pesquisa foi verificar o grau de utilização do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) na fundamentação das decisões judiciais relativas à saúde e analisar o fenômeno da judicialização da saúde suplementar. Os objetivos específicos incluíram levantar as percepções dos diversos atores do sistema de justiça, examinar os efeitos dos precedentes vinculantes do STF, identificar os critérios de utilização do NatJus pelos magistrados e magistradas e descrever o panorama do litígio em saúde pública e suplementar com base em dados do DataJud.

A metodologia empregada foi de caráter misto (quantitativo e qualitativo). A análise quantitativa se baseou na descritiva de dados do DataJud para mapear o volume de casos novos, o percentual de liminares concedidas, sentenças de procedência, conciliações e indicadores de tempo processual e na mineração de dados processuais do Codex. A análise qualitativa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com membros do Poder Judiciário e representantes do setor regulatório e suplementar, complementada pela análise de conteúdo de uma amostra de processos judiciais, visando capturar as percepções e os desafios práticos vivenciados.

O estudo se insere em um contexto de tentativa de inflexão da judicialização, marcado por diretrizes cruciais do Supremo Tribunal Federal (STF) que visam a racionalização e a maior fundamentação científica das decisões. Para a saúde pública, o Tema 6 (RE 566.471) estabeleceu, como regra, a impossibilidade de fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS, condicionando a excepcionalidade a seis requisitos probatórios cumulativos e à consulta obrigatória ao NatJus.

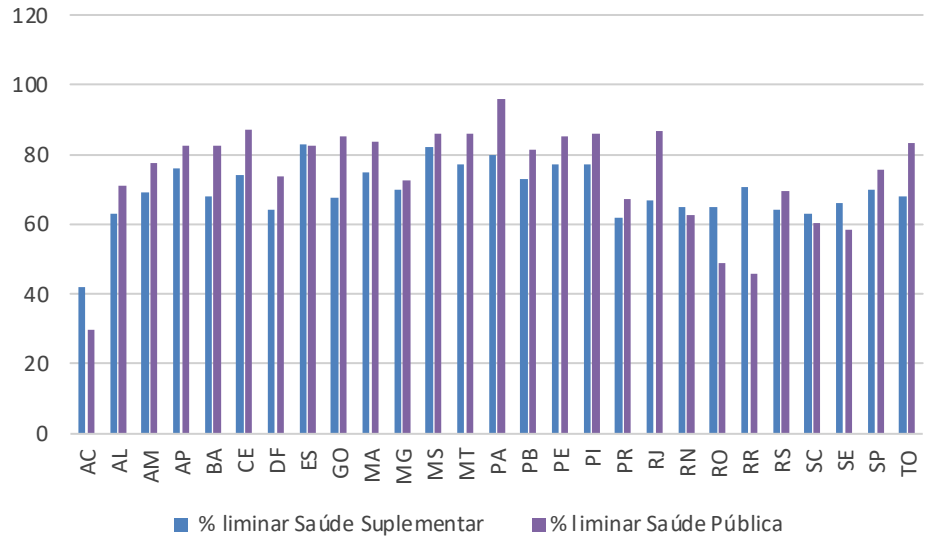
O Tema 1.234 (RE 1.366.243) complementou-o, reafirmando a exigência de evidência científica de alto nível e a obrigatoriedade do controle judicial de legalidade. No setor suplementar, o julgamento da ADI 7.265 manteve a constitucionalidade da Lei n. 14.454/2022, mas impôs o preenchimento cumulativo de rigorosos requisitos técnicos e jurídicos para a cobertura de tratamentos fora do Rol da ANS, alinhando-se aos precedentes do SUS e exigindo a aferição desses requisitos mediante consulta obrigatória ao NatJus ou a entes técnicos.

Os principais achados da pesquisa são:

- Poder Judiciário pró-direito à saúde

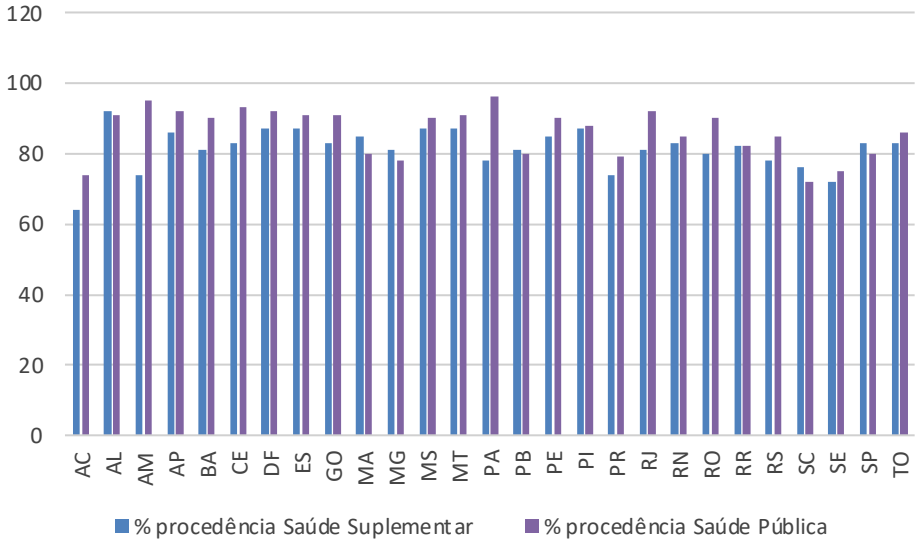
A descrição dos dados estatísticos relacionados à judicialização da saúde suplementar e pública no Brasil aponta que o Poder Judiciário brasileiro, especificamente a Justiça Estadual, é pró-direito à saúde, quanto ao deferimento de pedidos liminares e procedência do pedido inicial.

Figura 43: Percentual de deferimento de liminar por unidade da federação nos assuntos saúde pública e saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: autoria própria

Figura 44: Percentual de procedência do pedido por unidade da federação nos assuntos saúde pública e saúde suplementar – Justiça Estadual (agosto/2024-julho/2025)



Fonte: autoria própria

- Disparidade regional

A concessão da liminar e procedência do pedido apresenta uma variação regional. O estado do Pará se destaca por ter os maiores percentuais de deferimento e procedência em ambos os assuntos (judicialização pública próxima a 100% de deferimento de liminares). Em contraste, o Acre apresenta os menores percentuais de deferimento e procedência de toda a Justiça Estadual, ficando abaixo de 40% em ambos os temas.

- Relevância das evidências científicas, pareceres e notas técnicas do NatJus como fundamento das decisões judiciais

As percepções qualitativas apontaram que, nas Varas Cíveis da Justiça Estadual, o NatJus é percebido como inacessível, e sua ausência constitui um "problema grave" para o apoio técnico às decisões. O fundamento técnico das decisões relacionadas à oferta de tecnologias de saúde pelos planos de saúde baseia-se, em geral, no laudo médico do(a) profissional assistente da parte autora. Em relação à judicialização da saúde pública, o NatJus é percebido como uma ferramenta essencial e racionalizadora, provendo a base científica necessária, limitando o poder discricionário do juiz ou juíza e conferindo maior "conforto e segurança" nas decisões.

- Centralidade da jurisprudência do STJ para decisões sobre saúde suplementar e diretriz fundamental dos Temas 6 e 1.234 para a saúde pública

O principal fundamento jurídico utilizado pelos juízes e juízas de primeiro grau quanto à judicialização da saúde suplementar é a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tanto as entrevistas como a análise de amostra de processos judiciais desenham este cenário.

Quanto ao julgamento do STF firmado nas Súmulas 60 e 61 e Temas 6 e 1.234, ainda não é possível verificar os efeitos na judicialização da saúde pública. Os dados apontam uma variação da série histórica, com queda no número de casos novos comparativamente entre os meses de abril de 2024, abril de 2025, julho de 2024 e julho de 2025. Mas é preciso alargar a série para confirmar os efeitos da decisão. As entrevistas indicam que as decisões do STF representam uma diretriz importante, mesmo com preocupações sobre o nível de observância das súmulas vinculantes pelo segundo grau de jurisdição.

- Concilia-se muito pouco no âmbito da judicialização da saúde

Os dados indicam que se concilia muito pouco tanto na Justiça Estadual como na Federal para os assuntos de saúde pública e suplementar. O estado do Rio Grande do Sul, com o maior quantitativo de casos novos no período, consideravelmente superior aos demais, concilia muito pouco. Na mesma linha, a judicialização relacionada à operadora HapVida como o maior polo passivo de ações de saúde suplementar tem baixo índice de conciliação.

11. RECOMENDAÇÕES

A partir dos achados da pesquisa, serão apresentadas recomendações com o objetivo de aprimorar a prestação jurisdicional, a administração da Justiça e para promover uma maior convergência entre a regulação estatal e a judicialização da saúde.

Quanto ao aprimoramento da prestação jurisdicional, as recomendações são as seguintes:

- Valorização da evidência científica na construção da racionalidade jurisdicional e expansão do NatJus

Como foi constatado no âmbito da judicialização da saúde pública, a consulta ao NatJus pelo juiz ou juíza tem sido essencial para se garantir segurança jurídica ao processo decisório. Por isso, o CNJ deve promover a expansão da ferramenta para solução de litígios relacionados à saúde suplementar, garantindo à magistratura acesso a pareceres especificamente formulados para o caso em análise, nos termos de julgamento da ADI 7.265.

- Cumprimento dos Temas 6 e 1.234 e decisão da ADI 7.265

As decisões proferidas pelo STF nos Temas 6 e 1.234 e na ADI 7.265 estabelecem a interpretação constitucional da legislação sobre o acesso à saúde pública e suplementar, além de firmar diretrizes que incorporam à racionalidade jurisdicional preceitos da medicina baseada em evidências, respeitando os aspectos regulatórios de responsabilidade das agências estatais. Nesse sentido, o CNJ deve promover atividades formativas voltadas à magistratura para compreensão plena e aplicação dos julgados.

- Quanto à administração da Justiça, sugere-se:

Ampliação das atividades formativas sobre uso de evidências científicas e o NatJus no processo decisório

O CNJ tem promovido atividades formativas voltadas à magistratura sobre o uso de evidências científicas e o sobre o NatJus, a exemplo do FonaJus Itinerante.[21] Recomenda-se a ampliação destas atividades, especialmente para juízes e juízas com competência sobre judicialização da saúde suplementar. Esta medida, juntamente com a garantia de acesso da ferramenta por estes atores, tem o potencial de promover decisões judiciais fundamentadas em evidências científicas de maior qualidade.

- Plano de estímulo à conciliação na saúde pública e suplementar

Concilia-se muito pouco em ações de judicialização da saúde pública e suplementar. Recomenda-se ao CNJ a adoção de plano que estimule a conciliação com diretrizes voltadas aos tribunais, entes federativos e operadoras de planos de saúde. Sugere-se um estudo específico sobre a experiência do Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul, com maior índice de conciliação do país tanto na saúde pública como na suplementar.

- Monitoramento dos efeitos das decisões do STF

Considerando a relevância dos Temas 6 e 1.234 e decisão na ADI 7.265, recomenda-se ao CNJ a definição de estratégias de monitoramento do cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo STF com o objetivo especial de verificar a variação no quantitativo de casos novos, o percentual de deferimento de liminares e procedência de pedidos em ações de saúde pública e suplementar. Su-

21 Para mais informações, ver https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/fonajus-itinerante/.

gere-se ainda o monitoramento do índice de reforma de decisões de primeiro grau pelo segundo grau, considerando as observações feitas pelos atores entrevistados quanto à adesão as diretrizes do STF pelos órgãos colegiados dos tribunais.

- Promoção de pesquisas focalizadas em tribunais

Recomenda-se ao CNJ o fomento à pesquisa de estudo de caso sobre a judicialização da saúde pública no Rio Grande do Sul, estado com maior quantitativo de casos novos do país, superando São Paulo, que tem o maior número de habitantes. Esta pesquisa teria como objetivo identificar as principais causas, fluxos das demandas em relação ao Poder Executivo e proposição de sugestões para redução do litígio. Recomenda-se ainda estudo de caso sobre Tribunal de Justiça do Acre que apresenta o menor percentual de deferimento de liminares e procedência de pedidos do país na saúde suplementar, com valor significativamente inferior ao segundo colocado. Esta pesquisa teria como objetivo identificar os assuntos dos pedidos formulados, o argumento das contestações e o fundamento das decisões de forma a se compreender qualitativamente o fenômeno.

- Catalogação do tipo de medicamento e tratamento de saúde no momento da propositura da ação

Não há ferramentas disponíveis para identificação dos tipos de medicamentos e tratamentos solicitados, tampouco se as tecnologias de saúde constam no Rol da ANS ou se incorporadas ao SUS. Recomenda-se ao CNJ a catalogação dos tipos de medicamentos e tratamentos de saúde nas ações sobre judicialização da saúde pública e suplementar, por inserção manual no âmbito do processo judicial eletrônico, no momento da propositura da ação e ainda a indicação se consta no Rol da ANS ou se se trata de tecnologia já incorporada ao SUS.

Por fim, quanto à relação entre as agências e processos regulatórios e o Poder Judiciário propõe-se:

- Implementação do Acordo de Cooperação Técnica n. 139/2024 firmado entre o CNJ e a ANS

O acordo estabelece a parceria entre a ANS e o CNJ, visando o aperfeiçoamento da atuação de cada uma das instituições, por meio de ações destinadas a assegurar a garantia de assistência à saúde suplementar, a celeridade processual, a efetividade da prestação jurisdicional, o reforço da regulação e a prevenção de conflitos relacionados ao tema.

- Diálogo entre a Conitec e o Poder Judiciário

O tempo do processo de incorporação das tecnologias de saúde ao SUS, atribuição da Conitec, pode influenciar na redução de casos novos sobre a judicialização da saúde. Uma demora da análise pela Conitec pode causar ajuizamento de ações sobre determinado tratamento ou medicamento. Por isso, recomenda-se ao CNJ que firme diálogo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS para prevenção de litígios sobre o tema.

- Desenvolvimento de protocolos ou parâmetros mínimos a serem observados nas decisões judiciais envolvendo casos de TEA e outras neurodivergências

Recomenda-se ao CNJ avaliar a pertinência de estabelecer protocolos ou parâmetros mínimos a serem observados nas ações judiciais envolvendo casos de TEA e outras neurodivergências, em diálogo com as agências reguladoras, especialistas e sociedade civil.

- Fortalecimento das capacidades institucionais da ANS para ampliação do uso da NIP

Recomenda-se à ANS o fortalecimento de suas capacidades institucionais para ampliação e aprimoramento da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) como meio de resolução de reclamações e outras demandas das pessoas beneficiárias dos planos de saúde, considerando a efetividade do instrumento no âmbito regulatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual da Sala de Situação da ANS. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/manual-sala-de-situacao.pdf . Acesso em: 30 out. 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim panorama: saúde suplementar. v.7, n. 8, 1º trimestre de 2025. 9 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/publicacoes/Panorama_Saude_Suplementar_Ed_09_jun_2025_r07.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde. Segmentação Assistencial. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/segmentacao-assistencial#:~:text=Cobertura%20dos%20planos%20da%20segmenta%C3%A7%C3%A3o,24%20horas%20da%20sua%20contrata%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 30 out. 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde. Dados consolidados de saúde suplementar. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor . Acesso em: 10 out. 2025.

BORCHIO, F. D. D.; REZENDE, M. C. B. de; ZOCRATTO, K. B. F.. Direito à saúde, racionalidade e judicialização: uma revisão integrativa da literatura de 1988 a 2020. Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário, v. 10, n. 4, pp. 176–196. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.17566/CIADS.V10I4.669. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 53, n. 45,Dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico, v. 56, n. 14, 15 set. 2025.

CARVALHO, A. L. B. de; DINIZ, A. M. S.; BATISTA, B. N. de M.; BARBOSA, D. de S.; ROCHA, E., Santos; O. A. N.; NASCIMENTO, R. V. do. Determinantes da judicialização da saúde: uma análise bibliográfica. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 4, pp. 117–134. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.17566/CIADS.V9I4.670. Acesso em: 30 out. 2025.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça; Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: CNJ, 2021.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2024. Brasília: CNJ, 2024a. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2024/05/justica-em-numeros-2024-v-28-05-2024.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. Estatísticas da Judicialização da Saúde 2023. Brasília: CNJ,

2024b.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSEÑOR, I. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M. I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, Á.; BARRETO, S. M. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. Revista De Saúde Pública, n. 46, pp. 126–134, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017. Acesso em: 30 out. 2025.

FERNANDES, G. R.; CORREIA, C. M. R.; SILVA, A. C. et al. A judicialização da saúde no Brasil. Revista Camalotes, v. 3, n. 2, 2024. DOI: 10.62559/recam.v3i2.97. Acesso em: 30 out. 2025.

FERRAZ, O. L. M.. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. Revista de Direito Sanitário, v. 20, n. 1, pp. 35-59, 2019.

FLORIANO, F. R. et al.. Estratégias para abordar a Judicialização da Saúde no Brasil: uma síntese de evidências. Revista Brasileira de Políticas Públicas, v. 13, n. 2, pp. 45-67, 2023.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LEITE, I. da C.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. de A.; DAUMAS, R. P.; RODRIGUES, R. N.; SANTOS, M. de F.; OLIVEIRA, A. F. de; SILVA, R. S. da; CAMPOS, M. R.; MOTA, J. C. da.. Burden of disease in Brazil and its regions, 2008. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 7, pp. 1551–1564. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00111614. Acesso em: 30 out. 2025.

LOPES, L. de M. N.; ACURCIO, F. de A.; DINIZ, S. D.; COELHO, T. L.; ANDRADE, E. I. G. (Un)Equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil. International Journal for Equity in Health, v. 18, n. 1, art. n. 10, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/S12939-019-0914-5 . Acesso em: 30 out. 2025.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Termo de Referência, 2024. BRA/23/027 - Fortalecimento de capacidades do Poder Judiciário para promoção de direitos humanos, socioambientais e do acesso à Justiça por populações estruturalmente vulnerabilizadas. Brasília: PNUD, 2024.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T.; GUIMARÃES, R. M. et al. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. Revista de Direito Sanitário, v. 18, n. 2, pp. 18-38. DOI: 10.11606/ISSN.2316-9044.V18I2P18-38 Acesso em: 30 out. 2025.

REGIS, T. G.; OLIVEIRA, A. C. A. de; MATOSO, A. L. C. P.; DANTAS, I. de M.; NOGUEIRA, J. L. F.; ALVES, L. M. B.; HENRIQUES, R. P. de S. A.; SILVA FILHO, R. A. da; BARBOSA, E. da S. Principais doenças e agravos de interesse na saúde pública por regiões brasileiras. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 9), e76216. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-462. Acesso em: 30 out. 2025.

SEBASTIANI, R. T.. O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil: análise pautada nos dados do CNJ existentes entre 2008 e 2023. Contribuciones a las ciencias sociales, v. 17, n. 5, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.5-064. Acesso em: 30 out. 2025.

SIMÕES, T. C.; MEIRA, K. C.; SANTOS, J. dos; CÂMARA, D. C. P. Prevalence of chronic diseases and access to health services in Brazil: evidence of three household surveys. Ciência e Saúde Coletiva, v. 26, n. 9, set. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.6084/m9.figshare.19922237. Acesso em: 30 out. 2025.

SOCAL, M. P.; AMON, J. J.; BIEHL, J. Right-to-Medicines Litigation and Universal Health Coverage: Institutional Determinants of the Judicialization of Health in Brazil. Health and Human Rights, v. 22, n. 1, pp. 221–235. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348422. Acesso em: 30 out. 2025.

STF – Supremo Tribunal Federal. Audiências públicas abrem os microfones do Supremo à sociedade. Brasília, 19/04/2010. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=124643. Acesso em: 30 out. 2025.

VIEIRA, F. S. Judicialization and right to health in Brazil: a trajectory of matches and mismatches. Health Policy and Planning, v. 38, n. 4, pp. 445-452, 2023.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data e hora do início da entrevista:

Nome:

Órgão/instituição:

Tema de atuação (saúde pública ou suplementar):

Qual função/cargo ocupa na instituição a qual integra?

a) Juízes

Aspectos gerais

Como o senhor(a) percebe a judicialização da saúde pública/saúde suplementar, em seu dia-a-dia de trabalho? Na sua experiência, quais os motivos do aumento na judicialização da saúde?

Quais os principais argumentos jurídicos suscitados pelas partes?

Como se desenvolve o encontro das partes na audiência de conciliação? Há possibilidade de acordo? Qual o posicionamento das partes?

Nos casos de judicialização da saúde suplementar, o(a) senhor(a) considera que há algum tipo de estratégia por parte dos planos de saúde para darem acesso a tratamentos ou medicamentos somente a partir e com base em decisão judicial?

Quanto à judicialização da saúde pública, qual a postura das Secretarias de Saúde dos estados ou de órgãos governamentais de modo geral frente aos processos judiciais enfrentados? Quais seriam as dificuldades das Secretarias de Saúde dos estados em oferecer o atendimento aos pleitos dos(as) usuários(as) (exemplo, orçamento, falta do medicamento/equipamento, etc.)

Fundamentos técnicos das decisões/uso do NATJUS

Quais os subsídios técnicos no campo da saúde que o senhor utiliza para fundamentar suas decisões? Quais considera mais relevantes?

(Em caso de menção ao NATJUS) Como faz uso do NATJUS? Como avalia o acesso aos pareceres e notas técnicas? São de fácil ou difícil compreensão?

(Em caso de não fazer menção ao NATJUS) Já ouviu falar do NATJUS? Recebeu alguma orientação do tribunal sobre seu uso?

Súmulas 60 e 61 do STF e argumentação jurídica

Como constrói a argumentação jurídica da decisão? Quais fontes jurídicas utiliza?

Como avalia o posicionamento do STF sobre a necessidade de observação dos acordos interfederativos homologados pelo tribunal quanto ao pedido de acesso a fármacos/medicamentos na rede pública de saúde (súmula vinculante 60 do STF)?

Como avalia o posicionamento do STF que afirma que a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas pelo tribunal em julgamentos anteriores (súmula vinculante 61 do STF)?

Desafios e boas práticas

Quais os principais desafios e obstáculos para a redução da judicialização da saúde pública/ saúde suplementar?

Tem conhecimento de medidas para redução da judicialização da saúde pública/saúde suplementar?

b) Defensores públicos, membros do Ministério Público e procuradores de estados

Aspectos gerais

Como o senhor(a) percebe a judicialização da saúde pública/saúde suplementar, em seu dia-a-dia de trabalho? Na sua experiência, quais os motivos do aumento na judicialização da saúde?

Quais os principais argumentos jurídicos utilizados?

Como se desenvolve o encontro das partes na audiência de conciliação? Há possibilidade de acordo? Qual o posicionamento das partes?

Nos casos de judicialização da saúde suplementar, o(a) senhor(a) considera que há algum tipo de estratégia por parte dos planos de saúde para darem acesso a tratamentos ou medicamentos somente a partir e com base em decisão judicial?

Quanto à judicialização da saúde pública, qual a postura das Secretarias de Saúde dos estados ou de órgãos governamentais de modo geral frente aos processos judiciais enfrentados? Quais seriam as dificuldades das Secretarias de Saúde dos estados em oferecer o atendimento aos pleitos dos(as) usuários(as) (exemplo, orçamento, falta do medicamento/equipamento, etc.)

Fundamentos técnicos das petições

No âmbito da sua instituição, há suporte técnico semelhante ao NatJus para contribuição com argumentos de defesa? Se sim, como funciona? Em caso negativo, como lida com o conhecimento técnico?

Súmulas 60 e 61 do STF e argumentação jurídica

Como constrói a argumentação jurídica da decisão? Quais fontes jurídicas utiliza?

Como avalia o posicionamento do STF sobre a necessidade de observação dos acordos interfederativos homologados pelo tribunal quanto ao pedido de acesso a fármacos/medicamentos na rede pública de saúde (súmula vinculante 60 do STF)?

Como avalia o posicionamento do STF que afirma que a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas pelo tribunal em julgamentos anteriores (súmula vinculante 61 do STF)?

Desafios e boas práticas

a) Quais os principais desafios e obstáculos para a redução da judicialização da saúde pública/ saúde suplementar?

b) Tem conhecimento de boas práticas para redução da judicialização da saúde pública/saúde suplementar?

c) Integrantes do Comitê Executivo Nacional do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução de demandas de assistência à saúde do CNJ;

Como o senhor/a percebe a judicialização da saúde pública e suplementar, em seu dia-a-dia de trabalho?

Quais os principais desafios e obstáculos para a redução da judicialização da saúde pública e da suplementar?

Tem conhecimento de medidas para redução da judicialização da saúde pública e suplementar?

Como tem sido a atuação dos comitês estaduais na execução dos planos estaduais de saúde? O Comitê Nacional faz o monitoramento e avaliação das ações?

Há ainda alguma lacuna jurídica ou de regulamentação em que o CNJ deva atuar? Haveria alguma tentativa de interferência de poder político ou econômico nas políticas judiciárias sobre a saúde, especialmente, a suplementar?

Quais os principais desafios e obstáculos para a redução da judicialização da saúde pública e suplementar?

Tem conhecimento de medidas para redução da judicialização da saúde pública e suplementar?

Como tem sido a atuação dos comitês estaduais na execução dos planos estaduais de saúde? O Comitê Nacional faz o monitoramento e avaliação das ações?

d) Integrantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Qual o papel da regulação da agência na redução da judicialização da saúde suplementar?

Como o perfil da judicialização da saúde suplementar no Brasil orienta a atuação da agência?

Como percebe a atuação dos atores envolvidos na judicialização da saúde suplementar: o Poder Judiciário, o CNJ, o Ministério Público, os planos de saúde, as associações de usuários?

e) Integrantes de associações representativas de beneficiários de planos de saúde

Quais as questões e argumentos mais comuns relacionados à judicialização da saúde suplementar?

Como o senhor(a) percebe a atuação do Poder Judiciário no tema?

Como o senhor(a) percebe a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no tema da judicialização?

Como o senhor(a) percebe a atuação das Operadoras de Plano de Saúde no tema da judicialização?

Quais os principais desafios e obstáculos para a redução da judicialização da saúde suplementar?

Há dificuldades de comunicação/entendimento entre as associações representativas de benefi-

ciários e as operadoras de planos de saúde? Quais são as vias utilizadas para entrar em acordo com as operadoras de planos de saúde, além do Judiciário?

f) Integrantes de associações representativas de operadoras de planos de saúde/ Representantes das operadoras de planos de saúde

Quais as questões e argumentos mais comuns relacionados à judicialização da saúde suplementar?

Como o senhor(a) percebe a atuação do Poder Judiciário no tema?

Considerando algumas posições reiteradas do Poder Judiciário que favorecem os beneficiários dos planos de saúde, como as empresas têm se posicionado sobre conciliações?

Como o senhor(a)percebe a atuação do Poder Judiciário no tema?

Como o senhor(a) percebe a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar no tema da judicialização?

Quais os principais desafios e obstáculos para a redução da judicialização da saúde suplementar?

Há alguma dificuldade para dar acesso a tratamentos ou medicamentos para algum grupo de beneficiários em razão de doença específica ou de pedido específico?

Há alguma lacuna nas normativas sobre a saúde suplementar que, se suprida, favoreceria o atendimento mais rápido do beneficiário e/ou eliminando a judicialização?

Tem conhecimento de boas práticas para redução da judicialização da saúde suplementar?

APÊNDICE B

PROMPTS UTILIZADOS NA ANÁLISE PROCESSUAL UTILIZANDO IA

APÊNDICE B - PROMPTS UTILIZADOS NA ANÁLISE PROCESSUAL UTILIZANDO IA

Saúde Pública

Perguntas para busca das respostas nas Decisões:

1 - A ação é contra qual estado, município ou União?

2 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, identifique do que trata o pedido da ação judicial.

3 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, identifique o tratamento ou medicamento solicitado na ação.

4 - O medicamento ou tratamento possui registro na ANVISA? Sim ou não.

5 - O medicamento ou tratamento é oferecido pelo SUS?

6 - Qual a doença mencionada no pedido da ação identificado? Informe o nome da doença e o CID, se houver.

7 - As decisões judiciais aplicam pareceres ou notas técnicas do NatJus (e-NatJus)? Não considerar caso o parecer técnico do NatJus seja citado somente na fundamentação do pedido. O intuito é identificar somente os casos em que o juiz recorreu ao parecer técnico para subsidiar sua decisão.

8 - As decisões mencionam a súmula vinculante nº 60 do STF? Sim ou não.

9 - As decisões mencionam a súmula vinculante nº 61 do STF? Sim ou não.

10 – As decisões mencionam alguma recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC

11 - Há menção a transtorno do espectro autista, TEA ou autismo?

Saúde Suplementar

Perguntas para busca das respostas nas Petições Iniciais:

1 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, qual a idade da parte autora/requerente?

2 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, qual o sexo da parte autora, masculino ou feminino?

3 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, a ação é contra qual empresa ou instituição?

4 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, qual o pedido da ação judicial?

5 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, o pedido é sobre tratamentos ou medicamentos? Sim ou não.

6 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, qual o

tratamento ou medicamento solicitado na ação?

7 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, o tratamento ou medicamento solicitado está incluído no rol da ANS? Sim ou não.

8 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, qual a doença mencionada? Informe o nome da doença e o CID, se houver.

9 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, há menção a terapias avançadas como gênicas ou celulares? Sim ou não.

10 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, há menção a transtorno do espectro autista, TEA ou autismo? Sim ou não.

11 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, há menção a câncer, tumor ou tratamento oncológico? Sim ou não.

Perguntas para busca das respostas nas Decisões:

12 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, há menção a descumprimento ou não cumprimento de decisão judicial? Sim ou não.

14 - As decisões mencionam a súmula vinculante nº 60 do STF? Sim ou não.

15 - As decisões mencionam a súmula vinculante nº 61 do STF? Sim ou não.

16 - As decisões mencionam o tema 1234 (RE 1.366.243) do STF? Sim ou não.

17 - As decisões mencionam o REsp 1.733.013/PR do STJ? Sim ou não.

18 - Excluídos trechos de citação a precedentes, jurisprudências ou de outros documentos, o tratamento ou medicamento solicitado está incluído no rol da ANS? Sim ou não.

JUSTIÇA PLURAL
DIREITOS HUMANOS EM FOCO

P N
U D

CNJ
CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA