



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

LUANA DA NÓBREGA MALTEZ
NOEMI NEGRÃO VIANA

A INTERFERÊNCIA DO JUDICIÁRIO EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE:
Uma análise jurídica

SALVADOR
2024



LUANA DA NÓBREGA MALTEZ
NOEMI NEGRÃO VIANA

A INTERFERÊNCIA DO JUDICIÁRIO EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE:
Uma análise jurídica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Direito do Centro Universitário UniFTC, Unidade Salvador, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Rosário Magalhães
Conceição

SALVADOR

2024



MALTEZ, Luana; VIANA, Noemi. **A interferência do judiciário em contratos de planos de saúde: uma análise jurídica.** Orientador: Professor Daniel Rosário Magalhães Conceição. 2024. 26 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Bacharelado em Direito, Centro Universitário UniFTC, Salvador, 2024.

**A INTERFERÊNCIA DO JUDICIÁRIO EM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE:
Uma análise jurídica**

**THE JUDICIAL INTERFERENCE IN HEALTH PLAN CONTRACTS: A legal
analysis**

Luana da Nóbrega Maltez¹

Noemi Negrão Viana²

Daniel Rosário Magalhães Conceição³

RESUMO

A interferência do Poder Judiciário nos contratos de planos de saúde levanta questões importantes sobre os limites dessa atuação, especialmente no contexto da saúde suplementar. Este trabalho investiga se a intervenção judicial nos contratos de planos de saúde gera questionamentos sobre a extensão da atuação estatal, analisando como essa interferência afeta a relação entre consumidores e operadoras. A hipótese central é que, ao regular contratos de maneira direta, o Judiciário pode gerar insegurança jurídica e impactos econômicos para as operadoras, comprometendo a sustentabilidade do sistema. Entretanto, essa atuação também pode ser fundamental para garantir a proteção de direitos que não estão devidamente resguardados pelas operadoras. O objetivo principal deste estudo é avaliar se a interferência judicial gera questionamentos sobre os limites da atuação estatal, bem como investigar os efeitos dessa intervenção nos contratos de saúde suplementar.

Palavras-chave: Consumidor. Direito à saúde. Insegurança jurídica. Intervenção judicial. Planos de saúde.

¹ Discente de Graduação do Curso de Direito do Centro Universitário UniFTC - Unidade Salvador – BA. E-mail: luanamaltez98@gmail.com

² Discente de Graduação do Curso de Direito do Centro Universitário UniFTC - Unidade Salvador – BA. E-mail: noemiviana01@gmail.com

³ Docente Orientador do Centro Universitário UniFTC - Unidade Salvador – e-mail: daniel.rosario@ftc.edu.br

ABSTRACT

The interference of the Judiciary in health insurance contracts raises important questions about the limits of this role, especially in the context of supplementary health. This paper investigates whether judicial intervention in health insurance contracts raises questions about the extent of state intervention, analyzing how this interference affects the relationship between consumers and operators. The central hypothesis is that, by regulating contracts directly, the Judiciary can generate legal uncertainty and economic impacts for operators, compromising the sustainability of the system. However, this action can also be essential to guarantee the protection of rights that are not properly protected by operators. The main objective of this study is to assess whether judicial interference raises questions about the limits of state intervention, as well as to investigate the effects of this intervention on supplementary health contracts.

Keywords: Consumer. Health plans. Judicial intervention. Legal uncertainty. Right to health

1. INTRODUÇÃO

No cenário jurídico brasileiro, tem havido uma grande discussão sobre a interferência do Poder Judiciário nos contratos de planos de saúde. É compreensível, descrito como uma questão essencial para proteger os interesses dos pacientes, mas que também levanta dúvidas sobre os limites de tal intervenção, sobretudo na saúde suplementar. Até que ponto a judicialização pode ser usada ao mesmo tempo para proteger os direitos e ameaçar a previsibilidade e a viabilidade econômica das operadoras? Isso ocorre porque ao interferir diretamente nos contratos entre duas entidades privadas, o Judiciário fere a cláusula do direito privado e afeta a autonomia contratual e a regulação setorial. Neste sentido, é essencial concluir quão legítima e produtiva é a atuação e qual deve ser o “limite”? A hipótese que orienta esta pesquisa é que a interferência judicial nos contratos de planos de saúde, embora necessária para a defesa dos direitos dos beneficiários, também pode gerar insegurança jurídica e desconfiança em relação às operadoras. Além disso, ao se sobrepor às regras contratuais e regulatórias, essa intervenção tende a impactar o equilíbrio econômico das empresas que prestam serviços de saúde suplementar. Isso pode, em última análise, prejudicar os consumidores, ao invés de protegê-los, uma vez que decisões judiciais imprevisíveis podem desestabilizar o setor.

Portanto, a principal questão a ser respondida nesta pesquisa é se, de fato, a atuação do Judiciário gera dúvidas sobre o processo mencionado. Em outras palavras, o que se pretende aqui é pesquisar até que ponto a jurisdição influencia a regulação, de modo a entender, do prisma do consumidor e das operadoras e até que ponto o Judiciário deve realmente interferir.

A metodologia empregada será baseada em uma análise qualitativa de acórdãos e documentos judiciais recentes referentes a conflitos de consumidores versus operadoras. A pesquisa documental e bibliográfica se faz necessária para enquadrar as decisões judiciais em um contexto mais amplo do arcabouço regulatório da saúde suplementar. Para isso, serão compiladas leis, tratados doutrinários e artigos de especialistas que permitam uma avaliação crítica e embasada das consequências sociais e jurídicas da judicialização desse setor. Desta forma, a importância do tema se concentra no crescente número de processos em âmbito judicial relativos à saúde suplementar, os quais comprometem a relação entre a defesa do consumidor e a manutenção financeira das operadoras. Por reunir

dados que balizam a discricionarietà da atuação judicial, a pesquisa pode auxiliar na definição de melhores práticas, sugerindo medidas que incidam em maior estabilidade do setor. Dessa forma, espera-se que as conclusões deste trabalho possam servir como base para futuras reformas legislativas e políticas públicas, com o objetivo de garantir um sistema de saúde suplementar mais justo e eficiente.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para investigar a interferência do Poder Judiciário nos contratos de planos de saúde e os questionamentos acerca dos limites dessa atuação, este estudo adota uma abordagem qualitativa, baseada em análise documental e de conteúdo. A pesquisa tem como foco a análise de decisões judiciais recentes que envolvem conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde, permitindo identificar as principais limitações e impactos dessas intervenções. A seleção dos acórdãos se dará por meio de consulta a bases de dados jurídicas e repositórios de jurisprudência, priorizando casos relevantes que tratam da atuação judicial no setor de saúde suplementar.

Além disso, será realizada uma revisão bibliográfica abrangente de doutrinas, legislações e artigos científicos pertinentes ao tema. Serão consultadas publicações especializadas em direito à saúde, contratos e regulação da saúde suplementar, com o objetivo de contextualizar as decisões judiciais e identificar as tendências doutrinárias e legislativas sobre o assunto. A pesquisa documental incluirá também leis, regulamentos e pareceres técnicos que tratam da regulação dos planos de saúde no Brasil, assim como tratados internacionais que influenciam a regulamentação da saúde suplementar. “O que geralmente se recomenda é que seja considerada fonte documental quando o material consultado é interno à organização, e fonte bibliográfica quando for obtido em bibliotecas ou bases de dados” (Gil, 2010, p. 31).

A análise dos dados coletados seguirá um processo de leitura crítica e fichamento das decisões judiciais e fontes bibliográficas, buscando identificar padrões e divergências na aplicação da jurisprudência. Esse método permitirá avaliar como as decisões dos tribunais têm influenciado o equilíbrio entre a proteção dos direitos dos consumidores e a sustentabilidade econômica das operadoras. A interpretação dos resultados obtidos será realizada à luz de teorias jurídicas que tratam da judicialização da saúde e dos limites da atuação estatal em contratos firmados entre particulares.

Dessa forma, a metodologia adotada será capaz de fornecer uma visão clara e crítica dos impactos da judicialização sobre o setor de saúde suplementar, além de contribuir para o debate sobre possíveis reformas legislativas e melhorias nas práticas regulatórias. O enfoque qualitativo permitirá uma compreensão mais aprofundada das implicações jurídicas e sociais decorrentes da intervenção judicial,

proporcionando subsídios para a formulação de soluções equilibradas que promovam maior estabilidade no setor.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Direito à saúde pelo prisma constitucional

A saúde possui uma importância fundamental para a vida e a dignidade do ser humano, sendo reconhecida pela atual Constituição Federal (CF) como um direito essencial. Não deve ser confundida com outras atividades econômicas, pois a vida em si é o bem mais precioso de um indivíduo.

É crucial ressaltar que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 196, estabelece que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

Conforme o artigo acima, em conjunto com os artigos 198 a 200, todos da CRFB/88, o direito à saúde configura-se como um direito social, exigindo dos entes públicos a realização de ações específicas, cuja efetivação é imprescindível para a concretização desse direito. Dentro deste contexto, “[...] o Poder Judiciário encarrega-se da função primordial de julgar e fiscalizar/assegurar o fiel cumprimento da Constituição [...] em prol de uma sociedade mais justa e equilibrada” (Nascimento, 2022, p.90).

O direito à saúde está intrinsecamente ligado ao direito à vida, sendo um direito fundamental que não pode sofrer limitações ou restrições, quer por meio de legislações estaduais, quer por legislações federais. Isso se deve à primazia que a Constituição atual confere à dignidade da pessoa humana e à proteção da saúde do cidadão, acima de quaisquer outras prerrogativas.

Deve-se entender o direito à saúde, nas palavras de Schwartz, como:

“Um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças, ao mesmo tempo que visa a melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar”.

As ações e serviços de saúde devem ser executados de forma eficiente, integral, imediata e contínua, conforme deles necessitar o beneficiário, sob pena de desconsiderar o direito à Vida e ferir o Princípio da dignidade da pessoa humana.

O Estado começa a intervir nos direitos sociais de maneira normativa, ao estabelecer mecanismos que possibilitem aos indivíduos proteger seus próprios interesses. Além disso, atua como regulador das relações jurídicas para corrigir desigualdades. Isso visa garantir uma progressividade, propiciando um aumento gradual no potencial de proteção dos direitos sociais essenciais.

A inclusão dos direitos sociais no ordenamento jurídico reflete a preocupação constitucional em assegurar sua implementação e os valores consagrados na Constituição. Dessa forma, é definida a estrutura do conteúdo jurídico desses direitos e sua possibilidade de serem reivindicados pelos cidadãos, conforme estipulado no princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional, que se encontra no artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal.

3.2 Saúde suplementar e a judicialização

A saúde complementar, de caráter privado, foi autorizada pelo Estado e criado meios de regulamentação desse serviço no país. Buscando resguardar o direito das duas partes, sendo, consumidor e operadoras de planos de saúde, foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Acrescente-se a Resolução nº 39.248, de 16 de abril de 1985, que direciona objetivos e princípios gerais norteadores do Estado para desenvolver, reforçar e manter uma política forte de proteção ao consumidor (Castilho, 2023).

Apesar de regulamentos e leis específicas sobre o assunto, comumente ocorrem decisões na esfera jurídica acerca do alcance da cobertura de procedimentos por parte das operadoras, sendo alicerçadas por direitos fundamentais, principalmente o direito à dignidade da pessoa humana, o direito à vida, o direito à saúde e o princípio de proteção ao consumidor. Com isso, cria-se um ambiente de dúvida em volta do momento de ingerência que o Estado de Direito atravessa.

Essas bases são essenciais para distinguir entre judicialização e ativismo judicial, e sua contraparte, autocontenção judicial ou deferência jurídica. Enquanto a judicialização deriva da própria estrutura institucional prevista na CF/88, que inclui acesso à justiça, definição constitucional de direitos fundamentais e papel dos

Tribunais Constitucionais em fazer cumprir esses direitos, o ativismo está relacionado à postura ativa de juízes e tribunais na interpretação e aplicação dos princípios estabelecidos na Constituição, especialmente na expansão do significado e abrangência na proteção dos direitos fundamentais.

No ano de 2021, de acordo com informações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), aproximadamente 75 milhões de processos estavam em andamento nos tribunais do Brasil. Esse alto índice de litigância tem sido identificado por especialistas como um grave desafio de administração no sistema judicial, acarretando sérias repercussões para a sociedade devido ao consumo de recursos humanos, financeiros e tempo.

Diversos fatores contribuem para essa realidade, tais como a complexidade do sistema judiciário, o grande volume de recursos, a isenção de custos para acesso à justiça, a necessidade de efetivar os princípios constitucionais programáticos, o aumento da conscientização dos cidadãos sobre seus direitos e a intrincada complexidade das relações sociais contemporâneas permeadas pela influência das inovações tecnológicas.

Embora o direito seja visto como um conjunto de regras destinadas a manter a ordem e a convivência pacífica na sociedade, muitas vezes percebe-se que a regulação do comportamento nem sempre consegue resolver rapidamente os conflitos sociais por meio das decisões judiciais. As decisões judiciais acabam sendo o centro das atenções na prática, especialmente quando trazem inovações na interpretação das leis, sem que fique claro o raciocínio que levou o juiz à decisão. Por isso, é essencial compreender como os juízes realmente atuam, questionando a ideia de que sempre agem no interesse público apenas por ocuparem determinado cargo (Silva, 2023).

No cenário complexo dos contratos de planos de saúde, onde os interesses dos consumidores muitas vezes colidem com as prerrogativas das operadoras, a intervenção do judiciário torna-se um ponto crucial. O dilema é que diversas dessas interpretações ou decisões, sem um embasamento sólido e constitucionalmente adequado, são consideradas como a expressão da vontade do órgão judiciário responsável pela aplicação do direito - sofrem daquela arbitrariedade característica do positivismo normativista.

A partir da judicialização da saúde suplementar, é comum deparar-se com decisões de cunho ativista, muitas vezes desprovidas de embasamento constitucional sólido, que negligenciam a existência de legislação específica sobre a matéria e de

resoluções normativas da Agência Reguladora destinadas a regular aspectos não abordados pelo legislador. Por outro lado, também se observam decisões cautelosas diante do comportamento inadequado de certas operadoras que desrespeitam as normas do setor, o Código de Defesa do Consumidor e os contratos dos segurados.

Tornou-se comum, decisões que baseadas nos direitos fundamentais, ignoram as leis específicas regulamentadoras e os contratos firmados.

MARQUES DOURADO ACÓRDÃO AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO LIMINAR.** PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO. DECISÃO QUE CONCEDEU A TUTELA DE URGÊNCIA. ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR ESPECÍFICO. TERAPIA ABA. PRESCRIÇÃO MÉDICA. **NECESSIDADE COMPROVADA. ALEGATIVA DE AUSÊNCIA DE COBERTURA. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE.** RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 8023984-90.2022.8.05.0000, tendo como Agravante CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL, sendo Agravado V.M.D.D, REPRESENTADO PELA GENITORA CALINA MARQUES DOURADO Acordam os Desembargadores integrantes da Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Bahia, à unanimidade de votos, em CONHECER E NEGAR PROVIMENTO ao recurso.(TJ-BA - AI: 80239849020228050000 Des. Lidivaldo Reaiche Raimundo Britto, Relator: LIDIVALDO REAICHE RAIMUNDO BRITTO, PRIMEIRA CAMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/12/2022) (Destaques acrescentados)

É essencial debater os temas mais complexos no âmbito da saúde suplementar, frequentemente levados ao judiciário e sujeitos a tratamentos discrepantes, inclusive com decisões contraditórias no mesmo tribunal. Com a regulação da saúde suplementar, muitas perguntas e debates surgem acerca do controle dos planos privados de saúde e das obrigações das operadoras em relação aos beneficiários, especialmente no que diz respeito aos planos antigos, contratados antes da implementação da Lei nº 9.656/98, que entrou em vigor em janeiro de 1999.

3.2.1 ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Lei 9.656/98 foi instituída com o objetivo de normatizar a Saúde Suplementar, estabelecendo direitos e deveres das operadoras de plano de saúde e de seus beneficiários. Trata-se, portanto, de lei especial acerca desta temática.

A ANS é o órgão fiscalizador e regulador da saúde suplementar reconhecido constitucionalmente (art. 199 Constituição Federal/88). É quem elabora e edita o rol de benefícios, que comporta os eventos em saúde que possuem cobertura

para os beneficiários dos planos de saúde privados, conforme o art. 4º, III, da Lei nº 9961/00:

Art. 4º Compete à ANS: (...) III elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

A ANS, estabeleceu no art. 2º, da RN 465/21 que o Rol é considerado taxativo:

“Art. 2º Para fins de cobertura, considera-se taxativo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disposto nesta Resolução Normativa e seus anexos, podendo as operadoras de planos de assistência à saúde oferecer cobertura maior do que a obrigatória, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.”

É o entendimento da 2ª seção do Preclaro Superior Tribunal de Justiça – STJ, composta pela terceira e quarta turma, que levou em consideração a participação de entidades representativas do setor da saúde suplementar na condição de *amicus curiae*.

O Conselho Federal de Medicina - CFM ponderou que o rol de benefícios da ANS é referência básica para fins assistenciais. Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE reforçou que o rol é referência para coberturas mínimas obrigatórias, contemplando procedimentos indispensáveis ao diagnóstico e tratamento de todas as doenças listadas na CID.

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE. DIVERGÊNCIA ENTRE AS TURMAS DE DIREITO PRIVADO ACERCA DA TAXATIVIDADE OU NÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE ELABORADO PELA ANS. ATRIBUIÇÃO DA AUTARQUIA, INEQUIVOCAMENTE ESTABELECIDNA NA SUA PRÓPRIA LEI DE CRIAÇÃO. ATO ESTATAL DO REGIME JURÍDICO DE DIREITO ADMINISTRATIVO AO QUAL SE SUBMETEM FORNECEDORES E CONSUMIDORES DA RELAÇÃO CONTRATUAL DE DIREITO PRIVADO. GARANTE A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO, A RECUPERAÇÃO E A REABILITAÇÃO DE TODAS AS ENFERMIDADES. SOLUÇÃO CONCEBIDA E ESTABELECIDNA PELO LEGISLADOR PARA EQUILÍBRIO DOS INTERESSES DAS PARTES DA RELAÇÃO CONTRATUAL. ENUNCIADO N. 21 DA I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CNJ. CDC. APLICAÇÃO SUBSIDIÁRIA À RELAÇÃO CONTRATUAL, SEMPRE VISANDO O EQUILÍBRIO. HARMONIZAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA SEÇÕES NO SENTIDO DE VELAR AS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E A DISCRICIONARIEDADE TÉCNICA DA AUTARQUIA ESPECIALIZADA. FIXAÇÃO DA TESE DA TAXATIVIDADE, EM REGRA, DA RELAÇÃO EDITADA PELA AGÊNCIA, COM ESTABELECIMENTO DE PARÂMETROS

OBJETIVOS PARA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS SUBMETIDAS AO JUDICIÁRIO.

1. A Lei n. 9.961/2000 criou a ANS, estabelecendo no art. 3º sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Já o art. 4º, III, elucida que compete à ANS elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades.

2. Por inequívoca opção do legislador, extrai-se tanto do art. 10, § 4º, da Lei n. 9.656/1998 quanto do art. 4º, III, da Lei n. 9.961/2000 que é atribuição dessa agência elaborar o Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei dos Planos e Seguros de Saúde. Nessa toada, o Enunciado n. 21 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ propugna que se considere, nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n. 9.656/1998, o Rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

3. Por um lado, a Resolução Normativa ANS n. 439/2018, ora substituída pela Resolução Normativa ANS n. 470/2021, ambas dispendo sobre o rito processual de atualização do Rol, estabelece que as propostas de sua atualização serão recebidas e analisadas mediante critérios técnicos relevantes de peculiar complexidade, que exigem alto nível de informações, quais sejam, utilização dos princípios da avaliação de tecnologias em saúde - ATS, princípios da saúde baseada em evidências - SBE, manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor. Por outro lado, deixando claro que não há o dever de fornecer todas e quaisquer coberturas vindicadas pelos usuários dos planos de saúde, ao encontro das mencionadas resoluções normativas da ANS, a Medida Provisória n. 1.067, de 2 de setembro de 2021, incluiu o art. 10-D, § 3º, I, II e III, na Lei 9.656/1998 para estabelecer, no mesmo diapasão do regramento infralegal, a instituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10, devendo apresentar relatório que considerará: I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso; II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.

4. O Rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. **Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo - devendo, ademais, a cobertura mínima, paradoxalmente, não ter limitações definidas - tem o condão de efetivamente padronizar todos os planos e seguros de saúde e restringir a livre concorrência, obrigando-lhes, tacitamente, a fornecer qualquer tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, o que representaria, na verdade, suprimir a própria existência do "Rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais extensa faixa da população.**

5. A par de o Rol da ANS ser harmônico com o CDC, a Segunda Seção já pacificou que "as normas do CDC aplicam-se apenas subsidiariamente nos planos de saúde, conforme previsão do art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. De qualquer maneira, em casos de incompatibilidade de normas, pelos critérios da especialidade e da cronologia, há evidente prevalência da lei especial nova" (EAREsp n. 988.070/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 8/11/2018, DJe de 14/11/2018). Dessa maneira, ciente de que o Rol da ANS é solução concebida pelo próprio legislador para

harmonização da relação contratual buscada nas relações consumeristas, também não caberia a aplicação insulada do CDC, alheia às normas específicas inerentes à relação contratual.

6. Não se pode perder de vista que se está a discutir direitos e obrigações da relação contratual que envolvem plano de saúde e usuário, e não o estabelecimento de obrigação de fazer ou de não fazer a terceiro, que nem mesmo integra a lide. A ANS, ao contrário do médico-assistente da parte litigante, analisa os procedimentos e eventos sob perspectiva coletiva, tendo em mira a universalização do serviço, de modo a viabilizar o atendimento do maior número possível de usuários. Mesmo o correto e regular exercício profissional da Medicina, dentro das normas deontológicas da profissão, usualmente possibilita ao profissional uma certa margem de subjetividade, que, por vezes, envolve convicções pessoais ou melhor conveniência, mas não pode nortear a elaboração do Rol.

7. Conforme adverte a doutrina especializada, muito além de servir como arrimo para precificar os valores da cobertura básica e mínima obrigatória das contratações firmadas na vigência da lei de Planos de Saúde, o Rol de procedimentos, a cada nova edição, delinea também a relevante preocupação do Estado em não expor o consumidor e paciente a prescrições que não encontrem respaldo técnico estudado e assentado no mundo científico, evitando-se que virem reféns dos interesses - notadamente econômicos - da cadeia de fornecedores de produtos e serviços que englobam a assistência médico-hospitalar e odontológica suplementar.

8. Legítima é a confiança que está de acordo com o direito, despertada a partir de circunstâncias objetivas. Com efeito, o entendimento de que o Rol - ato estatal, com expressa previsão legal e imperatividade inerente, que vincula fornecedores e consumidores - deve ser considerado meramente exemplificativo em vista da vulnerabilidade do consumidor, isto é, lista aberta sem nenhum paralelo no mundo, ignora que é ato de direito administrativo, e não do fornecedor de serviços, assim como nega vigência a diversos dispositivos legais, ocasionando antisseleção, favorecimento da concentração de mercado e esvaziamento da competência atribuída à ANS pelo Poder Legislativo para adoção de medidas regulatórias voltadas a equilibrar o setor de saúde suplementar de forma ampla e sistêmica, com prejuízo para toda a coletividade envolvida. **Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.**

9. Em recentes precedentes específicos envolvendo a supressão das atribuições legais da ANS, **as duas Turmas de Direito Público decidiram que, "segundo entendimento firmado neste Superior Tribunal de Justiça, até prova cabal em contrário, deve prevalecer a presunção de legitimidade dos atos administrativos praticados pelas agências reguladoras"**, "sendo inviável qualquer discussão acerca do próprio mérito administrativo" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.834.266/PR, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 22/3/2021, DJe de 25/3/2021). Ademais, assentaram que não é papel do Judiciário promover a substituição técnica por outra concepção defendida pelo julgador, sendo "incabível substituição da discricionariedade técnica pela discricionariedade judicial" (AgInt no REsp n. 1.823.636/PR, relator Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, julgado em 14/9/2021, DJe de 16/9/2021).

10. Diante desse cenário e buscando uma posição equilibrada e ponderada, conforme o entendimento atual da Quarta Turma, a cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos não previstos no Rol da ANS somente pode ser admitida, de forma pontual, quando demonstrada a efetiva necessidade, por

meio de prova técnica produzida nos autos, não bastando apenas a prescrição do médico ou odontólogo que acompanha o paciente, devendo ser observados, prioritariamente, os contidos no Rol de cobertura mínima. Deveras, como assentado pela Corte Especial na esfera de recurso repetitivo, REsp n. 1.124.552/RS, o melhor para a segurança jurídica consiste em não admitir que matérias técnicas sejam tratadas como se fossem exclusivamente de direito, resultando em deliberações arbitrárias ou divorciadas do exame probatório do caso concreto. Ressaltou-se nesse precedente que: a) não é possível a ilegítima invasão do magistrado em seara técnica à qual não é afeito; b) sem dirimir a questão técnica, uma ou outra conclusão dependerá unicamente do ponto de vista do julgador, manifestado quase que de forma ideológica, por vez às cegas e desprendido da prova dos autos; c) nenhuma das partes pode ficar ao alvedrio de valorações superficiais.

11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.

12. No caso concreto, a parte autora da ação tem esquizofrenia paranoide e quadro depressivo severo e, como os tratamentos medicamentosos não surtiram efeito, vindica a estimulação magnética transcraniana - EMT, ainda não incluída no Rol da ANS. O Conselho Federal de Medicina - CFM, conforme a Resolução CFM n. 1.986/2012, reconhece a eficácia da técnica, com indicação para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas, esquizofrenias, bem como para o planejamento de neurocirurgia, mantendo o caráter experimental para as demais indicações. Consoante notas técnicas de NatJus de diversos Estados e do DF, o procedimento, aprovado pelo FDA norte-americano, pode ser mesmo a solução imprescindível para o tratamento de pacientes que sofrem das enfermidades do recorrido e não responderam a tratamento com medicamentos - o que, no ponto, ficou incontroverso nos autos.

13. Com efeito, como o Rol não contempla tratamento devidamente regulamentado pelo CFM, de eficácia comprovada, que, no quadro clínico do usuário do plano de saúde e à luz do Rol da ANS, é realmente a única solução imprescindível ao tratamento de enfermidade prevista na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID, notadamente por não haver nas diretrizes da relação editada pela Autarquia circunstância clínica que permita essa cobertura, é forçoso o reconhecimento do estado de ilegalidade, com a excepcional imposição da cobertura vindicada, que não tem preço significativamente elevado.

14. Embargos de divergência a que se nega provimento.

(EREsp n. 1.886.929/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 8/6/2022, DJe de 3/8/2022.) (Destques acrescentados).

Ainda nesse mesmo julgamento, no REsp Nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5), foi amplamente debatido a respeito da flexibilização do aludido rol, vejamos alguns trechos do referido:

“(…) A flexibilização desmedida do rol acaba por prestigiar invariavelmente a opinião de um médico em detrimento da robusta análise técnica feita pela ANS no processo de atualização periódica, o que, em boa medida, compromete a credibilidade da regulação implementada pela Agência, e, com isso, todo o cuidado projetado na adoção de critérios.

Agência Nacional de Saúde – ANS *Amicus curiae*”

“A realização de qualquer procedimento que não esteja descrito na Nota Técnica de Registro de Produto registrada na ANS e nos instrumentos contratuais, poderá implicar em riscos financeiros para a operadora, pois seu custo não terá sido contemplado no preço da contraprestação quando da avaliação atuarial.

Instituto Brasileiro de Atuária – IBA *Amicus curiae*.”

“A ABRAMGE desde logo aponta que o Rol de Procedimentos e Eventos da ANS é TAXATIVO, e não há abertura para qualquer outra interpretação (...) Caso o Rol de Procedimentos fosse exemplificativo, não daria para saber o universo que compõe a cobertura mínima, o que impediria que os planos de saúde mensurassem os custos associados a tal cobertura, impossibilitando o estabelecimento de parâmetros de precificação individual ou coletiva para os beneficiários.

Associação Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE *Amicus curiae*”

Nas palavras do Eminentíssimo Ministro Luís Felipe Salomão, na posição de relator:

(...) Por um lado, não se pode deixar de observar que o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população. **Por conseguinte, considerar esse mesmo rol meramente exemplificativo, representaria, na verdade, negar a própria existência do "rol mínimo" e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais ampla faixa da população** (é nítido que, lamentavelmente, salvo os planos de saúde coletivo empresariais, subvencionado pelo próprio empregador, em regra, atualmente os planos de saúde são acessíveis apenas às classes média alta e alta da

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), por outro lado, tem como objetivo regulamentar as relações entre consumidores e fornecedores, considerando as normas de conduta gerais. Portanto, embora os contratos de planos de saúde estejam sob a égide do CDC, de acordo com a súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), as determinações sobre essa matéria são de responsabilidade da Lei dos Planos de Saúde e das resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3.3 Autonomia dos contratos e sua (in)segurança

É de suma relevância honrar a liberdade das partes ao finalizar um contrato. O contrato, essencialmente, é o mecanismo que viabiliza a composição dos interesses e a realização harmoniosa das interações cotidianas de cada pessoa. Assim, ele proporciona às partes a certeza e a sensação de segurança de que as obrigações assumidas serão cumpridas.

No contexto histórico do Estado moderno, especialmente na fase do liberalismo, emergiu a noção de que o contrato representa a liberdade contratual ou a autonomia privada. Ele foi, portanto, estruturado com base na oferta e na aceitação, respeitando o consentimento livre e a igualdade entre as partes, funcionando como uma norma que regulamenta suas relações, resumido na conhecida máxima *pacta sunt servanda*. Dessa maneira, o contrato adquiriu uma proteção quase inabalável, tanto por parte do Estado quanto da sociedade, vinculando os contratantes de forma ética e jurídica.

Aceitar um tratamento diferenciado para pessoas que pagam o mesmo valor é, na verdade, uma violação do princípio da igualdade ou isonomia, ao contrário do que se defende constitucionalmente. Buscar uma cobertura ampla e sem restrições não apenas causa um desequilíbrio na economia atual, transferindo o ônus para os outros beneficiários, mas também acentua a desigualdade no tratamento entre os próprios beneficiários.

Essa limitação é fundamental para a sobrevivência do sistema de saúde privado, pois os preços dos planos são definidos com base nos riscos associados. Ignorar esse aspecto pode levar as operadoras de saúde a uma crise financeira. Se a

seguradora for obrigada a cobrir tratamentos não previstos no contrato, isso criará um desequilíbrio evidente nas relações contratuais, podendo resultar em um aumento nos reajustes das mensalidades para todos os beneficiários ou até na falência da seguradora e comprometimento dos serviços prestados aos demais consumidores. Isso ocorre porque, sem considerar o risco na formação do preço contratual, a execução desse contrato se tornará economicamente inviável, dificultando a continuidade dos serviços pela operadora de saúde.

A CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) também aplica estudos sobre custo-efetividade na saúde suplementar; se essa análise não for feita, a operadora não consegue se manter e o consumidor perde o acesso ao atendimento médico desejado. Procedimentos não cobertos, ao serem determinados judicialmente, a sua incorporação em larga escala pode causar sérios danos ao setor, resultando em aumentos significativos nos custos das mensalidades aos beneficiários no geral.

3.3.1 Do mutualismo e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro no contrato

Um dos principais aspectos que caracterizam os planos de saúde, independentemente de sua modalidade, é o mutualismo. Esse princípio permite a distribuição dos riscos relacionados à assistência à saúde entre todos os participantes da carteira administrada pela Operadora, por meio da criação de um fundo comum que arcará com os custos decorrentes dos eventos cobertos.

A própria Federação Nacional de Saúde Suplementar – Fena Saúde, que representa 14 grupos de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde e serviços exclusivamente odontológicos, descreve o conceito de mutualidade da seguinte maneira: “Muitos pagam para que alguns poucos utilizem quando necessário. O que o mutualismo faz é exatamente reunir em um mesmo plano ou seguro pessoas que utilizam e um grande número das que não precisarão utilizar.”

O mutualismo refere-se à colaboração de diversos membros em benefício de certos integrantes do grupo, sempre que necessário, já que individualmente não conseguiriam arcar com custos elevados. Essa é a forma mais simples e natural de unir esforços. Para o avanço desse setor no Brasil, é fundamental respeitar a cultura do mutualismo.

Assim, no contexto mutualístico, a ampliação dos direitos individuais acordados resulta em consequências econômicas severas, impactando negativamente todos os participantes do plano. Isso garante aos beneficiários procedimentos que muitas vezes carecem de comprovação quanto à precisão, eficácia e segurança para a saúde – aspectos que deveriam ser avaliados tecnicamente – levando ao aumento das mensalidades e comprometendo o equilíbrio financeiro de outros contratos.

A prestação de tratamento de forma não estipulada no contrato acarreta um grande prejuízo para as Operadoras de plano de saúde, uma vez que cria incerteza em relação às obrigações contratuais.

Os planos de saúde, tanto os de prestação de serviços quanto os de seguro médico, consistem em atividades econômicas desempenhadas por empresas, que, por sua vez, almejam obter lucro como consequência dessas operações. É importante ressaltar que existem diversos planos de saúde, cada um com coberturas distintas, e, obviamente, seus preços também variam. O que não deve ser tolerado, conforme o Código do Consumidor, são cláusulas que sejam ambíguas, omissas ou consideradas abusivas.

O Poder Judiciário recebe uma série de ações fundamentadas nesse Código, questionando a abusividade das cláusulas acordadas, mas é necessário que essa questão seja analisada levando em conta também a função social do contrato, uma vez que, restringir a cobertura de tratamento é uma prática comum em contratos de seguros. Um contrato sem previsibilidade de gasto é inviável para manutenção de qualquer negócio, impossibilitando um equilíbrio econômico-financeiro.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Análise da intervenção judicial e o desequilíbrio causado

Portanto, o deslinde desta pesquisa indicou a complexidade de encontrar um equilíbrio entre a proteção dos direitos dos consumidores de planos de saúde e a viabilidade econômica das operadoras. Embora o direito à saúde criado pela constituição tenha gerado uma obrigação positiva por parte do Estado, também indiretamente incentivou o surgimento das operadoras privadas. No entanto, sempre existem desafios práticos e jurídicos para implementar este direito, especialmente em um ambiente com contratos privados, onde a autonomia e a previsibilidade são cruciais para a sustentabilidade do sistema.

Nesse sentido, a experiência de judicialização da saúde suplementar mostrou que o Judiciário pretende cobrir a falta de proteção do plano e defender os beneficiários. No entanto, a intervenção tem consequências claras no equilíbrio econômico-financeiro das operadoras. Se o tratamento não está no Rol de Procedimentos da ANS, a cobertura extracontratual aumenta os custos de operação, que podem ser repassados ao consumidor pela mensalidade. Assim, o cliente perde a capacidade de pagar o plano, pois a alternativa demonstrou que o sistema é insustentável. Destarte, sob a premissa do mutualismo e da autonomia do contrato, um dilema específico se apresenta.

Detectou-se desta forma, que a tensão entre oferta de serviços e sustentabilidade financeira é um dos grandes dilemas do sistema de saúde suplementar brasileiro, pois a ampliação dos direitos individuais dos beneficiários sem o devido suporte técnico e financeiro prejudica o coletivo.

A prestação de cuidados, não previamente estipulados no contrato, compromete a saúde financeira das operadoras. As incertezas geradas por tratamentos fora do escopo contratual podem desestabilizar os orçamentos, levando a uma espiral de aumento de custos e descontentamento entre os usuários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou avaliar os limites e os impactos da judicialização nos contratos de planos de saúde no Brasil. O foco era o papel do Judiciário na proteção de um direito fundamental, o à saúde, em um regime contratual baseado em relações privadas. Segundo o estudo, a judicialização da saúde suplementar é essencial em muitos sentidos para garantir direitos fundamentais dos beneficiários, mas também impõe desafios sérios à dinâmica das operadoras e à sustentabilidade do sistema.

A partir de nossa pesquisa, vimos a necessidade de equilibrar a defesa dos direitos fundamentais e a sustentabilidade econômica do sistema. Os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais representam um compromisso social e político na construção de uma sociedade mais justa e igualitária. O desafio reside em encontrar um equilíbrio entre a proteção dos contratos e a necessidade de garantir que todos os beneficiários tenham acesso ao cuidado de saúde, sem comprometer a viabilidade do sistema.

A complexidade do sistema de planos de saúde sob o prisma do mutualismo revela que deve existir um equilíbrio entre os direitos individuais e o bem-estar coletivo, bem como a importância de garantir a transparência nas relações contratuais. Esses são temas centrais para um debate mais aprofundado sobre a saúde suplementar no Brasil. O mutualismo não deve ser apenas um conceito teórico, mas uma prática efetiva que respeite as diversidades e promova a saúde de todos os usuários envolvidos.

O Judiciário deve reconhecer os direitos constitucionais, mas também a sustentabilidade dos contratos e da agência reguladora parece ser uma medida promissora para limitar intervenções judiciais excessivas e preservar tanto os direitos individuais quanto a estabilidade do sistema de saúde suplementar.

A pesquisa indicou que a ação judicial pode desarmonizar o princípio do mutualismo, elevando custos de forma universalizada e impondo encargos financeiros adicionais às operadoras. Isso acarreta alta nos valores cobrados nos planos e restringe o acesso da população a levar um plano de saúde. Ou seja, a judicialização desordenada e sem critérios técnicos bem delineados, torna a situação jurídica insegura e o contrato imprevisível ameaçando até a própria situação econômica e financeira dos contratos.

Em conclusão, a atuação judicial deve ser supletiva, compatível com as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O respeito à ordem normativa da ANS, por meio do Rol de Procedimentos e a taxatividade, seria um caminho para um sistema sustentável, justo e equilibrado, que compatibilize os direitos individuais com o interesse e a estabilidade do setor. Esse equilíbrio pode ser alcançado implementando reformas legislativas e políticas públicas que garantam a proteção dos direitos humanos, sem comprometer a viabilidade das empresas operadoras de planos de saúde, e assim, a manutenção do direito à saúde de forma sustentável e equitativa.

6.REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **RN Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e dá outras providências. 2021. Disponível em <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzMw==>. Acesso em 14 abr. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 18 abr 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em 18. abr. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EResp nº 1886929 / SP (2020/0191677-6)**. Relator Min. LUIS FELIPE SALOMÃO. Diário de justiça eletrônico, SP SÃO PAULO, 31 de ago. 2022. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?i=1&b=ACOR&livre=\(\(%27ERE SP%27.clas.+e+@num=%271886929%27\)+ou+\(%27EResp%27+adj+%271886929%27\).suce.\)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja](https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27ERE SP%27.clas.+e+@num=%271886929%27)+ou+(%27EResp%27+adj+%271886929%27).suce.)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja). Acesso em 31 out. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EResp Nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5)**. Relator Min. LUIS FELIPE SALOMÃO. Diário de justiça eletrônico, SP SÃO PAULO, 31 de ago. 2022. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?i=1&b=ACOR&livre=\(\(%27RES P%27.clas.+e+@num=%271733013%27\)+ou+\(%27REsp%27+adj+%271733013%27\).suce.\)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja](https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27RES P%27.clas.+e+@num=%271733013%27)+ou+(%27REsp%27+adj+%271733013%27).suce.)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja). Acesso em 31 out. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, segunda seção. **Súmula nº 608**.

Disponível

em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_60

8_2018_segunda_secao.pdf. Diário da Justiça Eletrônico do STJ, 17 abr. 2018, p. 1.571-1.572. Acesso em 16 set. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **O uso de limiares de custo-efetividade nas decisões em saúde**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/2022/20221106_relatorio-uso-de-limiar-es-de-custo-efetividade-nas-decisoes-em-saude.pdf. Acesso em: 16 set 2024.

CASTILHO, Ricardo dos S.. **Fundamentação constitucional da eficácia dos direitos fundamentais nas relações entre particulares**. IN: CASTILHO, Ricardo dos S.. **Direitos Humanos**. São Paulo: Editora Saraiva, 2023. 7ed. p.133-141. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555599589/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

CNJ. **Justiça em Números 2021: Judiciário manteve serviços com inovação durante a pandemia**. 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/justica-em-numeros-2021-judiciario-manteve-servicos-com-inovacao-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

CARLINI, Angélica. FENASAÚDE. **Fundamentos dos Planos e Seguros de Saúde - Mutualismo, Pacto Intergeracional, Risco Moral e Seleção Adversa**. 2018. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/publicacoes/fundamentos-dos-planos-e-seguros-de-saude-mutualismo-pacto-intergeracional-risco-moral-e-selecao-adversa>. Acesso em 17 set 2024.

GIL, Antonio Carlos. Como classificar as pesquisas? In.: GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010. 5ed. p.25-43.

NASCIMENTO, Luane S. **Direito à Saúde: a limitação do intervencionismo judicial**. (Coleção Universidade Católica de Brasília). São Paulo: Almedina, 2022. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556277127/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SCHWARTS, Germano. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Livraria do Advogado Ed., Porto Alegre: 2001.

SILVA, Marco Aurélio Souza da. **Ativismo, populismo e judicialização da política: a difícil tarefa de compreender o comportamento decisório judicial**. REVISTA DE DIREITO ADMINISTRATIVO E CONSTITUCIONAL - A&C, ano 2023, n. 93, p. 101-131, jul. 2023. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/v2/revista/P123/E52356/107384>. Acesso em: 21 abr. 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA. Agravo de instrumento: AI 80239849020228050000. **Jusbrasil**. 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ba/1731181020>. Acesso em 17 abr. 2024.

VIANNA, Geraldo Luiz. **Judicialização Da Saúde Suplementar**. 1.ED.. Belo Horizonte: Fórum, 2014. Disponível em: <https://www.forumconhecimento.com.br/livro/L1637>. Acesso em: 21 abr. 2024.