



# NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE AO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIOLÓGICOS, CONSEQUÊNCIAS E POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA A REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE





# NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE AO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIOLÓGICOS, CONSEQUÊNCIAS E POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA A REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE



1.ª edição

**Ivanilson Alexandre Guedes da Silva  
Maria Emilia Camargo**

**NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE AO FORNECIMENTO DE  
MEDICAMENTOS IMUNOBIOLÓGICOS, CONSEQUÊNCIAS E  
POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA A REDUÇÃO DA  
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

ISBN 978-65-6054-225-9





**Copyright © dos autores e das autoras.**

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY- NC 4.0).



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

Silva, Ivanilson Alexandre Guedes da.  
S586n Negativa do plano de saúde ao fornecimento de medicamentos imunobiológicos, consequências e possíveis soluções para a redução da judicialização da saúde [livro eletrônico] / Ivanilson Alexandre Guedes da Silva, Maria Emilia Camargo. – 1. ed. – São Paulo: Arché, 2025.  
193 p.; 23 cm.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-6054-225-9

1. Medicamentos imunobiológicos – Aspectos jurídicos. 2. Planos de saúde – Cobertura – Brasil. 3. Direito à saúde – Brasil. 4. Judicialização da saúde – Brasil. I. Camargo, Maria Emilia. II. Título.  
CDD 344.046

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.  
São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941  
<https://periodicorease.pro.br>  
contato@periodicorease.pro.br

1<sup>a</sup> Edição- *Copyright*® 2025 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria da Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.  
CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

#### **EQUIPE DE EDITORES**

#### **EDITORIA- CHEFE**

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

#### **CONSELHO EDITORIAL**

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubirailze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciências Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinham- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Fajardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albaredo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrade Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

## **DECLARAÇÃO DOS AUTORES**

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

## **DECLARAÇÃO DA EDITORA**

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado à Viviane, minha amada esposa, aos meus filhos Gabriel Alexandre e Gabriele Maria, pelo apoio, compreensão e paciência.

Aos meus pais, Manoel Ivanildo e Maria Guedes, pelo amor, orações e nas suas simplicidades o apoio sempre a mim dispensados.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro plano a Deus, Pai, Filho e Espírito Santo, e ainda, a santíssima virgem Maria, por ter me concedido a misericórdia e a graça de já na maturidade ter conseguido iniciar e concluir o curso de Mestrado em Ciências Jurídicas.

Finalmente, agradeço a Profa Dra. Maria Emilia Camargo, por ter ao longo do curso sempre me atendido com muita presteza, pela dedicação e seriedade com a qual ministra suas aulas, terá sempre a minha mais sincera admiração.

*"A justiça atrasada não é justiça, senão  
injustiça qualificada e manifesta".*  
*Rui Barbosa*

## RESUMO

O Brasil tem sido palco de questões de grande repercussão nas áreas da Medicina e do Direito. Um deles é o conflito entre direitos fundamentais e direito empresarial/cobertura contratual que muitas vezes se chocam perante o Poder Judiciário entre o direito à saúde e à vida do ser humano e as Operadoras de Planos de Saúde. Infelizmente, um exemplo recorrente é a recusa dos planos privados de saúde no fornecimento de medicamentos de alto custo. Referem-se a dois direitos fundamentais de extrema importância, o direito à saúde e à vida, garantidos pela Constituição da República de 1988, o que acaba sendo um enorme desafio a ser colocado nas mãos do Poder Judiciário. Assim, esta dissertação tem como objetivo analisar a responsabilidade das operadoras de planos de saúde diante das negativas de cobertura de medicamentos para doenças autoimunes, à luz da Constituição, da legislação e da jurisprudência. Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado em levantamento bibliográfico e pesquisa documental, pois visa demonstrar, por meio de argumentação jurídica, acompanhada de estudos de artigos já publicados, da doutrina e da jurisprudência nacionais, que o direito à saúde e à vida deve prevalecer neste caso específico, quando há conflito com o direito imposto por meio de cláusulas contratuais ou mesmo no polêmico ROL da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, as decisões devem ser pautadas em favor do interesse maior que é a saúde e consequentemente a vida do ser humano, com efeito, quando esta pode causar danos irreversíveis. Nesse contexto, faz-se necessário buscar novas soluções e alternativas para resolução do litígio na esfera extrajudicial, buscando sempre descobrir novos caminhos consensuais entre pacientes/contratantes e operadoras de planos de saúde privados.

**Palavras-chaves:** Imunobiológicos. Judicialização. Direito a Saúde e a Vida. Dignidade humana. Desjudicialização.

## ABSTRACT

Brazil has been the stage for issues of great repercussion in the fields of Medicine and Law. One of them is the conflict between fundamental rights and business law/contractual coverage, which often clash before the Judiciary between the right to health and to life and the Health Insurance Operators. Unfortunately, a recurring example is the refusal of private health plans to provide high-cost medicines. This involves two fundamental rights of utmost importance: the right to health and the right to life, guaranteed by the 1988 Federal Constitution, which ultimately poses a significant challenge to be addressed by the Judiciary. Thus, this dissertation aims to analyze the liability of health plan operators in the face of denials of coverage for medications used in the treatment of autoimmune diseases, in light of the Constitution, legislation, and case law. Methodologically, this is a qualitative study, based on bibliographic survey and documentary research, as it seeks to demonstrate, through legal reasoning supported by studies of already published articles, national legal doctrine, and jurisprudence, that the right to health and to life must prevail in this specific case. When in conflict with contractual clauses or even with the controversial list (ROL) of the National Supplementary Health Agency (ANS), decisions must be guided by the higher interest of protecting health and, consequently, human life, especially when denial may lead to irreversible harm. In this context, it is necessary to seek new solutions and alternatives for resolving disputes in the extrajudicial sphere, always aiming to establish new consensual pathways between patients/contracting parties and private health plan operators.

**Keywords:** Immunobiologics. Judicialization. Right to Health and Life. Human dignity. Dejudicialization.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Números de beneficiários por UF .....	38
Quadro 2 - Relação das revisões bianuais do Rol de Procedimentos da ANS.....	70
Quadro 3 - DICOL – Diretoria Colegiada da ANS.....	128
Quadro 4 - Principais diferenças entre as duas comissões CITEC/CONITEC.....	132
Quadro 5 - Confira os prazos máximos para atendimento.....	145

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - dezembro/2024) .....	34
Figura 2 – Dados do Setor.....	37
Figura 3 – Detalhamento dos números do setor de planos de saúde em dezembro/2024.....	38
Figura 4 – Judicialização da Saúde.....	65
Figura 5 – Composição da CONITEC.....	131
Figura 6 – Fluxo da NIP.....	144
Figura 7 – Operadoras Ativas com Unidades de Ouvidorias cadastradas na ANS.....	149

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ART – Artigo

Anti-TNF – Anticorpo anti-fator de necrose tumoral

CAMSS – Câmara de Saúde Suplementar

CEME – Central de Medicamentos

CFB – Constituição Federal Brasileira

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPC – Código de Processo Civil

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

NATJUS – Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

NCPC – Novo Código de Processo Civil

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Procedimentos de Alta Complexidade

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESP – Recurso Especial

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 01 .....</b>	<b>19</b>
INTRODUÇÃO	
<b>CAPÍTULO 02 .....</b>	<b>28</b>
REFERENCIAL TEÓRICO	
<b>CAPÍTULO 03 .....</b>	<b>117</b>
MARCO METODOLÓGICO	
<b>CAPÍTULO 04 .....</b>	<b>124</b>
RESULTADOS E DISCUSSÕES	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>155</b>
REFERÊNCIAS.....	167
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>188</b>

## **CAPÍTULO 01**

### **INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, uma grande parcela da população brasileira, buscou socorrer-se dos Planos de Saúde, sendo esta opção, uma espécie de fuga do já tão assoberbado SUS – Sistema Único de Saúde, a contrassenso, quando os usuários dos planos necessitam deste, para um evento mais gravoso, em várias situações acabam por encontrar um NÃO como resposta.

É pacífico entendimento, que depois da promulgação da Carta Magna Nacional de 1988, houve a nível nacional uma maior consciência da população em relação aos seus direitos, havendo uma crescente busca da judicialização em todas as esferas e sem sombra de dúvidas a saúde foi uma delas.

Logo, houve um aumento da judicialização da saúde no Brasil, sobretudo quando em se tratando de operadoras de planos de saúde o paciente tem a solicitação do seu medicamento ou tratamento NEGADO.

Nesse diapasão é que se encontra contextualizado o ramo da Ciência Jurídica, se vendo diante da necessidade de intervir a fim de garantir a vida, a saúde e a dignidade humana.

Outro aspecto importante, é que, surgindo a negativa do plano de saúde, surgem em consequência, a dor, o sofrimento, a angústia, a aflição e por muitas e muitas vezes o agravamento da própria doença.

O trabalho de pesquisa buscará, através de um posicionamento crítico e inovador, deixar de forma clara e evidente que a vida é o bem maior e que não deve haver relativização da saúde e da vida.

Outrossim, a judicialização da saúde é um tema recorrente nos

tribunais pátrios, o que efetivamente se busca é entender o contexto das decisões judiciais, se de fato, possuem um condão coercitivo/educativo, para além de garantir o direito daquele que busca socorrer-se do judiciário, vá além, buscando-se, encontrar mecanismos que reduzam o aumento do litígio e se busque encontrar o caminho para a Desjudicialização, pautando- se em um maior diálogo entre pacientes, médicos e operadoras de planos de saúde.

Nesse diapasão, torna-se imprescindível que se busque encontrar novos conceitos e enxergar novos horizontes, que possam abranger soluções pacíficas e eficientes que não seja a judicialização.

A problematização da presente pesquisa, gira-se em torno de buscar elucidar quais as principais consequências da negativa de fornecimento de medicamentos pelos planos de saúde para o tratamento de doenças autoimunes, e quais medidas podem ser implementadas para reduzir a judicialização da saúde.

## **1.1 PROBLEMA DE PESQUISA**

No Brasil, a negativa de cobertura por parte dos planos de saúde quanto à disponibilização de medicamentos imunobiológicos aos seus beneficiários representa um dos principais entraves no acesso integral e eficaz à saúde, direito este consagrado constitucionalmente. Tal conduta tem gerado uma série de desafios, não apenas de ordem jurídica, mas também de natureza social e médica, refletindo diretamente no tratamento e na qualidade de vida dos pacientes acometidos por enfermidades graves ou crônicas, cuja terapêutica muitas vezes depende exclusivamente desses fármacos de alto custo.

A recusa administrativa, sob o argumento de ausência de previsão no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou de caráter experimental do medicamento, frequentemente ignora a prescrição médica individualizada e os princípios fundamentais do ordenamento jurídico brasileiro, como o direito à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana. Essa realidade impõe aos beneficiários um ônus desproporcional, obrigando-os, em diversas situações, a buscar a via judicial como única alternativa para assegurar o tratamento prescrito.

Diante desse panorama, delineia-se o seguinte problema de pesquisa:

De que modo a negativa dos planos de saúde à cobertura de medicamentos imunobiológicos impacta os direitos fundamentais dos beneficiários, especialmente no que tange ao acesso à saúde, às consequências jurídicas e sociais decorrentes, e à efetividade das decisões judiciais no ordenamento jurídico brasileiro? Diante dessa conjuntura existe possibilidade para a redução da judicialização?

A partir dessa problemática, pretende-se contribuir para o debate acadêmico e jurídico sobre a eficácia das políticas públicas e privadas de saúde, e para a busca de soluções que respeitem, de forma efetiva, os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da saúde e do acesso à justiça.

## 1.2 HIPÓTESE

Parte-se da hipótese de que a negativa, por operadoras de planos de saúde, à cobertura de medicamentos imunobiológicos, mesmo quando

regularmente prescritos por profissional habilitado, configura afronta direta aos direitos fundamentais à saúde e à vida, consagrados na Constituição Federal de 1988, sendo, portanto, juridicamente indevida. Tal conduta, ainda que amparada em diretrizes administrativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), revela-se incompatível com os princípios da dignidade da pessoa humana, da solidariedade e da função social dos contratos, justificando a atuação do Poder Judiciário como meio de garantir a efetividade do direito à saúde e de coibir práticas abusivas no âmbito da saúde suplementar.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Analisar a responsabilidade das operadoras de planos de saúde diante das negativas de cobertura de medicamentos para doenças autoimunes, à luz da Constituição, da legislação e da jurisprudência.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Compreender, à luz da doutrina especializada e da legislação vigente, os fundamentos teóricos e normativos relacionados ao direito à saúde, enfatizando seus conceitos, definições e aspectos essenciais.
- Analisar o direito à saúde e à vida como direitos fundamentais e sociais, com foco na obrigação dos planos de saúde em fornecer medicamentos de alto custo aos beneficiários.

- Investigar o papel do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde, especialmente diante das negativas de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde.
- Avaliar as decisões recentes do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre a responsabilidade dos planos de saúde, à luz da Lei nº 14.454/2022, que modifica a Lei nº 9.656/1998, no tocante à cobertura de tratamentos não previstos no rol da ANS.
- Examinar o posicionamento do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) e demais tribunais pátrios, em relação à concessão de indenizações por danos morais decorrentes da negativa de fornecimento de medicamentos de alto custo pelas operadoras.
- Discutir estratégias para a melhoria do atendimento prestado pelos planos de saúde, em conformidade com as Leis nº 8.080/1990 e nº 9.656/1998, com vistas à redução da judicialização do acesso à saúde.

#### **1.4 JUSTIFICATIVA**

Diante do exposto, a presente pesquisa, justifica-se pela relevância social, jurídica e científica do tema da negativa de cobertura de medicamentos imunobiológicos por operadoras de planos de saúde, problemática que tem se intensificado no cenário brasileiro contemporâneo. O crescente número de demandas judiciais movidas por beneficiários em busca da garantia de acesso a tratamentos médicos essenciais evidencia não apenas a fragilidade dos mecanismos regulatórios da saúde suplementar, mas também a necessidade de aprofundamento crítico sobre os limites legais da atuação das operadoras frente aos direitos

fundamentais dos consumidores.

Os medicamentos imunobiológicos representam importante avanço no tratamento de enfermidades graves, crônicas e autoimunes, sendo muitas vezes a única alternativa terapêutica viável para assegurar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, por se tratar de terapias de alto custo e nem sempre contempladas no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sua cobertura costuma ser negada pelas operadoras, mesmo diante de prescrição médica fundamentada. Essa realidade tem provocado a judicialização em massa de casos semelhantes, gerando sobrecarga no Judiciário e incertezas tanto para os beneficiários quanto para os profissionais de saúde.

Dessa forma, a escolha do tema se justifica, ainda, pela necessidade de promover uma reflexão crítica acerca dos limites da autonomia contratual no âmbito da saúde suplementar, à luz dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do direito à saúde e da função social dos contratos. Busca-se compreender em que medida as negativas baseadas exclusivamente na ausência de previsão contratual ou de inclusão no rol da ANS se coadunam com os direitos dos consumidores e com os fundamentos do Estado Democrático de Direito.

Além disso, o estudo pretende contribuir com o debate acadêmico e com a construção de soluções jurídicas e administrativas que possam auxiliar na redução da judicialização da saúde, sem prejuízo à proteção dos direitos fundamentais. Nesse sentido, a dissertação se propõe a analisar criticamente a jurisprudência dominante, as normativas vigentes e as possibilidades de aperfeiçoamento do sistema regulatório, propondo

alternativas que equilibrem os interesses econômicos das operadoras com a garantia do acesso equitativo e eficaz à saúde.

Por fim, justifica-se pela atualidade e complexidade da temática, que envolve aspectos jurídicos, médicos, regulatórios e éticos, exigindo um estudo multidisciplinar e aprofundado para a compreensão dos impactos da judicialização e das estratégias necessárias para a promoção de um sistema de saúde suplementar mais justo, eficiente e respeitador dos direitos humanos.

## **1.5 DELIMITAÇÃO**

Esta pesquisa delimita-se à análise jurídica das negativas de cobertura de medicamentos imunobiológicos por operadoras de planos de saúde no Brasil, com foco nas implicações dessa prática para o direito à saúde e na jurisprudência dos tribunais pátrios, especialmente após a promulgação da lei 14.454/2022. O estudo concentra-se na saúde suplementar, excluindo diretamente as demandas relativas ao SUS, e considera decisões proferidas a partir da década de 2010.

Além da análise normativa e jurisprudencial, a pesquisa se propõe a identificar e discutir mecanismos jurídicos e administrativos que possam contribuir para a redução da judicialização desses casos, promovendo um equilíbrio entre os direitos dos consumidores e a sustentabilidade do setor privado de saúde.

## **1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO**

A dissertação se desenvolveu em cinco principais capítulos. O

primeiro capítulo trata da introdução composta de delimitação do tema, justificativa, objetivos gerais e específicos e hipótese. O segundo capítulo, apresenta o referencial teórico.

O terceiro capítulo é dedicado aos procedimentos metodológicos. O quarto capítulo apresenta os resultados e discussões, enquanto que o quinto trata das considerações finais. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas.

## **CAPÍTULO 02**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PLANOS DE SAÚDE DIREITO A VIDA

#### 2.1.1 Surgimento dos Planos de Saúde

Não se pode falar, ainda que de forma sintetizada do surgimento dos planos de Saúde no Brasil, sem estabelecer um marco divisorio.

É praticamente unanimidade entre os autores pesquisados que o marco divisor é a constituição de 1988.

Nos dizeres de Emerson Cardoso dos Santos:

Para uma melhor compreensão da evolução da prestação do serviço de saúde privado no Brasil, é importante estabelecer um marco divisor entre os eventos relacionados a esse segmento a fim de compreender melhor como ele surgiu e se desenvolveu, como era regulamentado antes e depois desse marco referencial. Para tanto, elege-se a data da promulgação da Constituição Federal de 1988 como ponto divisor. Diante disso, pergunta-se: antes da atual Carta Magna existia o serviço privado de assistência à saúde. Como era regulamentado? A resposta é sim, existia! Mas não regulamentado de forma específica. (SANTOS, 2018, p.27).

De um modo bem sintetizado, os planos de saúde começaram a surgir no Brasil, na década de 1960, podendo citar de maneira exemplificativa as Industrias localizadas no ABC Paulista, obviamente o principal objetivo dessas empresas era buscar garantir uma melhoria da saúde dos seus operários, firmando convênio-empresa financiados pelos empregadores, porém o objetivo maior por traz de tudo isso, era que se cuidando melhor da saúde dos seus trabalhadores, eles adoeceriam menos e com isso geraria menos ausências (faltas ao trabalho) por motivo de doenças que poderiam ser prevenidas, através de uma medicina preventiva

e rotineira, logo, estariam os empregadores garantindo nada mais do que o aumento da produtividade de suas empresas:

Assim define Antônio Joaquim Fernandes Neto:

Os contratos de planos de saúde, são instrumentos de política econômica, adotados para prover o direito à saúde. (...) São pessoas Jurídicas de direito privado, com liberdade de forma societária, que se dedicam a captar e administrar recursos necessários ao custeio de atividades de assistência a saúde do consumidor, prestando-as diretamente ou por terceiros. (FERNANDES NETO, 2002, p. 50)

Como já foi explanado anteriormente, a comercialização dos planos de saúde está diretamente ligada, desde o seu nascimento, a intensificação da industrialização e da urbanização, consequentemente gerando mais emprego formal e renda para os trabalhadores.

Porém até o ano de 1998, tratava-se de um seguimento não regulamento, somente com o seguimento da Lei nº 9.656/98, é que as operadoras de planos privados de saúde começaram a ter uma regulamentação para operarem, até então, proviam as suas prestações de serviço no atendimento aos usuários/beneficiários sem nenhum tipo de regulamentação, é dizer, agiam a partir de critérios próprios criados por elas mesmas.

Assevera Maria Stella Gregori:

O desequilíbrio contratual era regra com preponderância entre os interesses dos fornecedores sobre os consumidores. (GREGORI, Maria. A normatização da Saúde Suplementar no Brasil. In: GREGORI, Maria. Planos de Saúde: A Ótica da Proteção do Consumidor. São Paulo (SP). Editora Revista dos Tribunais. 2019, disponível em: <https://thomsonreuters.jusbrasil.com.br/doutrina/secao/1250396903/a-normatizacao-da-saude-suplementar-no-brasil-planos-de-saude-a-otica-da-protecao-do-consumidor#a-186348950>). Acesso em: 21 de Maio de 2023).

Não se conhece muito sobre a evolução do seguimento de saúde suplementar no âmbito nacional, até o ano de 2000, existindo antes do referido ano uma ausência ou apenas fragmentos de informações dissociadas. (Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.9.n.10. out. 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11936>)

Os marcos regulatórios da Saúde Suplementar no Brasil são um conjunto de leis e regulamentações que visam garantir o acesso à saúde privada de qualidade e proteger os direitos dos consumidores. Os principais marcos são:

#### Lei nº 9.656/98

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelecendo as regras para o funcionamento dos planos de saúde e as obrigações das operadoras.

#### Medida Provisória (MP) 1665

Alterou a Lei nº 9.656/98 dois dias após sua publicação, e sofreu diversas reedições até a MP 21.77-44 de 2001.

#### Lei nº 9.961/2000

Criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável por regulamentar e fiscalizar o setor de saúde suplementar.

A Lei nº 9.656/98, apesar de ter sido um marco importante na regulamentação da saúde suplementar, sofreu diversas alterações ao longo dos anos, principalmente por meio de Medidas Provisórias. Essas alterações geraram insegurança jurídica e dificuldades na aplicação da lei.

A criação da ANS, por sua vez, representou um avanço na

regulação do setor, pois o órgão passou a ser responsável por definir as regras para os planos de saúde, fiscalizar o cumprimento dessas regras e proteger os direitos dos consumidores.

Na atualidade, o seguimento de saúde suplementar encontra-se formado pelos planos de saúde privados, estes são ofertados por pessoas jurídicas de direito privado e por alguns seguimentos de planos de saúde que se encontram ligados à associações (planos coletivos por adesão) e alguns diretamente ligados aos próprios órgãos empregadores que ofertam cobertura assistencial através de convênios firmados com planos de saúde aos seus empregados/servidores, tendo como marco inicial mais antigo que se tem conhecimento no Brasil o plano de saúde Cassi.

Assim define Emerson Cardoso dos Santos:

Apesar de ser considerada marco inicial da Previdência Social, a Lei Eloy Chaves não é reconhecida como ponto de origem dos planos de saúde no Brasil. Vinte anos depois da Eloy Chaves, em 1944, o Banco do Brasil constitui a sua caixa de aposentadoria e pensão – Cassi que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. (SANTOS, Emerson Cardoso dos, 218, p. 28).

Conforme a Figura 1, podemos dizer que, a concentração de planos de saúde está intimamente ligada a fatores como renda, emprego e infraestrutura.

Estudos revelam que as desigualdades regionais são um fator significativo no acesso à saúde suplementar. Regiões mais ricas, como o Sudeste, tendem a ter maior cobertura por planos de saúde privados. Em contrapartida, regiões como o Norte e Nordeste, com menor renda e infraestrutura, enfrentam maiores dificuldades para ter acesso a esses planos. “A atuação do setor privado suplementar no Brasil é bastante

concentrada em estados das regiões Sudeste, Sul e parte da Centro-Oeste, o que se expressa na distribuição espacial da taxa de pessoas com planos privados de saúde por Unidade da Federação (UF), a qual é proporcional ao desenvolvimento socioeconômico local”. FIOCRUZ. Introdução ao Sistema Único de Saúde - Módulo 2 - Aula 2. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/introducao-sus/modulo2/aula2.html>. Acesso em: 26 maio 2025.

A desigualdade de renda e escolaridade também influencia o acesso a planos de saúde. Populações mais ricas e com maior escolaridade tendem a ter maior probabilidade de ter acesso a planos privados, enquanto os mais pobres e com menor nível de escolaridade dependem mais do SUS. “A desigualdade de acesso à saúde é uma realidade que afeta milhões de pessoas, principalmente em áreas remotas ou economicamente desfavorecidas.” Como a telemedicina atua no combate à desigualdade de acesso à saúde. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/desigualdade-de-acesso-a-saude>. Acesso em: 27 mai. 2025.

Essas regiões frequentemente enfrentam escassez de médicos especialistas e recursos médicos avançados, o que compromete a qualidade do atendimento. A taxa de cobertura dos planos de assistência médica está apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil – Junho/2025)



Fonte: ANS.

No ano de 2000, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estando vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, nasceu com o objetivo de ser uma instituição que atuasse promovendo a primordial defesa do interesse do público consumidor dos planos de saúde privados/suplementar.

Nasceu diante de um cenário que já existia em plena atuação, porém atuando sem nenhuma agência governamental reguladora, o que gerou um crescimento desordenado, existindo uma diversidade de tipos de planos de saúde e diversas operadoras que buscavam de forma desorganizada e desordenada atender um mercado consumidor carente de prestação de um serviço tido como um direito fundamental.

A legislação que busca dar o mínimo de segurança jurídica as atuações dos planos de saúde tem como pilares de sustentação a Lei nº 9.656, de 1998 e a Lei nº 9.96116 de 2000, esta última por sua vez vem a definir quais as competências da ANS.

Sobre a atuação da ANS discorre Luis Hernan Contreras Pinochet:

A ANS tem competência para regulamentar as atividades das operadoras tanto no que diz respeito à cobertura assistencial como em relação aos aspectos econômico-financeiros, bem como para fiscalizar o mercado (PINOCHE, Luis Herman Contreras - PEREIRA, 2010, p.36).

Sem dúvidas que a criação da ANS veio trazer alterações de suma importância, porém a grande parte dessas alterações e mudanças se referem aos planos de saúde obtidos com vigência inicial em janeiro de 1999, estes chamados popularmente como planos novos, já no tocante aos planos obtidos anteriores a esta data, não foi garantido os mesmos direitos, são os popularmente conhecidos como planos velhos.

Mesmo em relação aos chamados planos velhos, o Poder Judiciário quando provocado tem de maneira louvável em situações específicas e pontuais, garantido o direito cobertura aos contratantes.

Nesse diapasão é a jurisprudência pátria:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO ANTERIOR À L. 9.656/98. EXCLUSÃO DE COBERTURA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. ABUSIVIDADE. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. SENTENÇA MANTIDA. 1. Os contratos de plano de saúde celebrados em data anterior à vigência da Lei nº 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) se amoldam às disposições deste diploma legal, uma vez que se cuida de hipótese de instrumento de trato sucessivo. 2. A recusa de cobertura ao tratamento psiquiátrico se mostra iníqua e restringe obrigação fundamental, inerente à natureza do próprio

contrato e coloca o consumidor em desvantagem exagerada, práticas estas vedadas pelo artigo 51, inciso IV, e § 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor. 3. A seguradora deve responder pelos danos morais causados à parte autora, de acordo com o disposto no art. 186 c/c art. 927, ambos do CC, cuja incidência decorre da prática de conduta ilícita, revelada, no caso dos autos, em razão da negativa injustificada da cobertura do tratamento solicitado. 4. Diante das nuances do caso concreto, o arbitramento da verba indenizatória no montante de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), tal como fixado pelo juízo de primeira instância, não desbordou do razoável, tendo em vista a dupla finalidade da indenização: servir como compensação e como desestímulo à prática ilícita por meio da punição. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - APL: 3714450 PE, Relator: José Fernandes de Lemos, Data de Julgamento: 20/03/2019, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 02/04/2019)

Dentre as novas regras trazidas pela criação da ANS, destacam-se: a obrigatoriedade de ser ofertado pelo plano de saúde, ampla cobertura dos serviços prestados de saúde, nesse sentido inclui-se a cobertura de todas as enfermidades/patologias que estejam previstas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sem sombra de dúvidas tivemos um avanço no tocante ao equilíbrio entre o consumidor e as operadoras de planos de saúde. “A Lei nº 9.656/98 estabeleceu que os planos de saúde devem oferecer cobertura para todas as doenças constantes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), promovendo um avanço na proteção dos direitos dos consumidores” (LOPES; LOPES, 2015, p. 112).

Apesar de já existir grandes avanços, é premente a necessidade e aperfeiçoamento da legislação para garantir maior clareza e segurança jurídica, além de maior proteção aos direitos dos consumidores. “Apesar dos avanços regulatórios, é essencial aprimorar a legislação dos planos de saúde para garantir maior clareza normativa e proteção efetiva ao

consumidor, minimizando conflitos judiciais” (MARTINS, 2015, p. 89).

Um dos fatores para que se possa buscar uma legislação mais eficaz, é que o setor de Planos de Saúde no Brasil, tem ano após ano batido recordes em números de beneficiários. “O setor de planos de saúde manteve, em 2024, o crescimento significativo em números de beneficiários em suas duas segmentações. Segundo o levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no mês de dezembro, o setor totalizou 52.210.290 usuários em planos de assistência médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 34.466.532 beneficiários. Esses resultados fizeram com que cada segmento alcançasse novo recorde de beneficiários no setor.” (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024). Na Figura 2, apresenta-se os dados do setor de planos de saúde em dezembro de 2024 e na Figura 3: Detalhamento dos números do setor de planos de saúde em dezembro/2024.

Figura 2 - Setor de planos de saúde fecha 2024 com números recordes de beneficiários.



Fonte: ANS.

Em 2023, foram 52,2 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 34,5 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

Figura 3 - Detalhamento dos números do setor de planos de saúde em dezembro/2024

<b>Números do setor em dezembro de 2024:</b>	
✓	52.210.290 Beneficiários em planos de assistência médica;
✓	34.466.532 Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos;
✓	667 Operadoras ativas médico-hospitalares com beneficiários;
✓	320 Operadoras ativas exclusivamente odontológicas com beneficiários;
✓	700 Operadoras ativas médico-hospitalares;
✓	391 Operadoras ativas exclusivamente odontológicas;
✓	São Paulo, Minas Gerais e Amazonas são os estados que tiveram o maior ganho de beneficiários, no comparativo com dez. 23 e 24 (Assist. Médica).
✓	São Paulo, Minas Gerais e Paraná são os estados que tiveram o maior ganho de beneficiários, no comparativo com dez. 23 e 24 (Exclusivamente odontológico)

Fonte: ANS.

A relação do número de beneficiários por Unidade Federativa, estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Números de Beneficiários por UF – Unidade da Federação

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	dez/23	dez/24	dez/23	dez/24
Acre	43.799	44.977	19.902	21.947
Alagoas	388.877	388.720	484.247	433.664

Amapá	62.306	63.359	48.146	48.266
Amazonas	586.794	657.184	556.914	592.732
Bahia	1.694.443	1.733.006	1.827.084	1.905.007
Ceará	1.432.761	1.438.473	1.320.466	1.395.473
Distrito Federal	943.859	991.695	677.627	705.719
Espírito Santo	1.285.044	1.333.072	726.743	860.598
Goiás	1.873.563	1.938.929	908.606	964.486
Maranhão	518.168	523.093	325.272	376.595
Mato Grosso	675.121	680.742	271.467	306.966
Mato Grosso do Sul	663.929	682.766	458.161	361.721
Minas Gerais	5.678.179	5.813.785	2.815.166	3.039.994
Pará	873.279	905.184	541.632	575.797
Paraíba	459.673	471.734	510.242	549.013
Paraná	3.100.169	3.154.676	1.714.210	1.935.503
Pernambuco	1.415.355	1.448.083	1.281.431	1.372.620
Piauí	398.325	408.554	192.172	238.081
Rio de Janeiro	5.660.478	5.587.982	3.659.678	3.860.725
Rio Grande do Norte	610.081	629.442	540.146	587.542
Rio Grande do Sul	2.604.767	2.645.051	1.025.066	1.102.937
Rondônia	158.358	163.532	120.738	129.634

Roraima	31.218	30.873	12.255	13.661
Santa Catarina	1.667.545	1.707.570	879.035	948.598
São Paulo	18.040.069	18.281.718	11.101.831	11.727.288
Sergipe	332.319	338.714	244.461	262.683
Tocantins	123.779	126.694	132.032	143.369

Fonte: ANS.

No site da referida agência é possível constatar que: O setor de planos de saúde manteve, em 2024, o crescimento significativo em números de beneficiários em suas duas segmentações. Segundo o levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no mês de dezembro, o setor totalizou 52.210.290 usuários em planos de assistência médica. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 34.466.532 beneficiários. Esses resultados fizeram com que cada segmento alcançasse novo recorde de beneficiários no setor. Os dados podem ser conferidos na Sala de Situação, ferramenta de consulta disponível no portal da ANS. (<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fecha-2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios>>. Acesso em: 08 Fev. 2025).

### 2.1.2 Saúde um direito fundamental

O art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, estabelece que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários. A saúde é de fato um elemento fundamental para que as pessoas possam

desfrutar plenamente de seus direitos e participar ativamente da sociedade. É um aspecto crucial para a obtenção da cidadania e para garantir a dignidade de cada indivíduo.

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos)

A Constituição Federal do Brasil, em seus artigos 6º e 196, reconhece o direito à saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos. O artigo 6º elenca a saúde como um dos direitos sociais, garantindo a proteção à maternidade, à infância e a assistência aos desamparados, enquanto o artigo 196 estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurando políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essa elevação da saúde a condição de direito fundamental reforça sua importância na sociedade brasileira.

O direito à saúde é de fato um desdobramento do direito à vida e está intrinsecamente ligado à preservação da dignidade da pessoa humana. A capacidade dos indivíduos de desfrutar de uma vida saudável não apenas afeta diretamente sua própria qualidade de vida, mas também tem um impacto significativo na sociedade como um todo, incluindo a realização dos princípios fundamentais de um Estado democrático de direito. A tutela completa e indispensável do direito à saúde é, portanto, crucial para

assegurar que cada pessoa possa viver com dignidade e exercer plenamente sua cidadania. (<<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-direito-a-saude-e-a-dignidade-humana-uma-analise-com-base-no-artigo-196-da-constituicao-federal-do-brasil/1907701495>>). Acesso em: 22 Jul. 2024).

Logo, a Carta Suprema de 1988 reservou, em seu conteúdo, justo e merecido assento ao direito à saúde.

Os direitos fundamentais de segunda dimensão referem-se aos direitos sociais, econômicos e culturais, tais direitos, reclamam condutas positivas por parte do Estado, é dizer, deve haver condutas e/ou ações positivas por parte do Estado para que tais direitos possam ser efetivados em favor da população, logo, o individuo tem o direito de exigir do Estado ou da iniciativa privada que esteja investida nos deveres do Estado, que haja uma efetiva ação positiva ou negativa no que diz respeito ao direito a saúde. Conforme ensina Yeda Tatiana Cury, os direitos sociais, surgiram da tentativa de tentar mitigar as desigualdades sociais, assumindo o Estado, a responsabilidade de promover, o mínimo necessário a sobrevivência do mundo civilizado (CURY, 2005, p 25).

Nos dizeres de José Afonso da Silva:

[...] prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas nas normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização das situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 2002, p.285-286).

Em se tratando de um direito social de caráter fundamental, este por sua vez deve ser respeitado, não importando se quem desrespeitou foi o Estado ou o Plano de Saúde privado, de certo, que o direito à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível, sendo coerente exigir do Poder Público o cumprimento desse dever, de forma que seja garantido a todo o cidadão o acesso à saúde.

Essa questão é de suma importância, uma vez que a Constituição Federal estabelece que o Poder Público é responsável por garantir a cobertura integral, gratuita, universal e igualitária nos serviços de saúde, ou seja, sem restrições. Portanto, os planos de saúde devem assumir todas as despesas médicas e hospitalares necessárias para atender às necessidades de seus segurados.

### **2.1.3 Doenças autoimunes**

As doenças autoimunes ocorrem quando o sistema imunológico do corpo ataca erroneamente suas próprias células e tecidos. Algumas doenças autoimunes comuns incluem artrite reumatoide, lúpus, etc... (Disponível em: <https://labvital.com.br/glossario/exames-laboratoriais-e-monitoramento-de-doencas-autoimunes/>. Acesso em: 22 de jul de 2024)

As doenças autoimunes se caracterizam pela presença de autoanticorpos e reações inflamatórias contínuas devido à perda da tolerância imunológica e desregulação do sistema imunológico. Isso resulta em danos e disfunção de órgãos.

Estudos recentes sugerem uma ligação entre o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e um risco aumentado de várias doenças

autoimunes. Além disso, há pesquisas em andamento sobre o uso potencial de medicamentos imunobiológicos para atenuar e melhorar as mais diversas variedades de doenças autoimunes.

Como outros exemplos de doença autoimune, podemos citar: lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjogren, espondilite anquilosante, hoje denominada de espondiloartrite, polimialgia reumática, alopecia areata, doença de Crohn, vitiligo, psoríase, etc... (Disponível em: <https://www.rededorsaoluz.com.br/doencas/doenca-auto-imune>. Acesso em: 22 de jul de 2024)

Recentes pesquisas e desenvolvimentos na área de medicamentos imunobiológicos para doenças autoimunes têm sido bastante promissoras. Esses medicamentos são projetados para atingir componentes específicos do sistema imunológico para ajudar a controlar condições autoimunes, os esquemas desenhados para o tratamento dessas doenças, baseados no uso destes agentes Imunobiológicos, são denominados genericamente de “imunomodulação”, “terapia com imunobiológicos” ou mais comumente “terapia com biológicos”. Além da eficácia observada, uma das maiores vantagens da imunomodulação é o seu perfil de segurança. Quando bem utilizados, a maioria dos efeitos tóxicos característicos dos tratamentos sistêmicos imunossupressores convencionais não se apresentam. ( O que são medicamentos imunobiológicos ou biológicos? Disponível em: <<https://www.alergiaeimunologia.com.br/imunomodulacao-terapia-com-imunobiologicos-biologicos/>>. Acesso em: 02 Abr. 2024).)

É importante observar que o uso de medicamentos imunobiológicos para doenças autoimunes devem ser cuidadosamente

supervisionados por profissionais de saúde, pois podem ter efeitos significativos no sistema imunológico. (O que são medicamentos imunobiológicos ou biológicos? Disponível em: <<https://www.alergiaeimunologia.com.br/imunomodulacao-terapia-com-imunobiologicos-biologicos/>>. Acesso em: 02 Abr. 2024).

É crucial trabalhar em estreita colaboração com profissionais de saúde para entender os possíveis benefícios e riscos associados a esses tratamentos, é imprescindível buscar a orientação de profissionais médicos qualificados ao considerar novos tratamentos ou medicamentos para doenças autoimunes. (O que são medicamentos imunobiológicos ou biológicos? Disponível em: <<https://www.alergiaeimunologia.com.br/imunomodulacao-terapia-com-imunobiologicos-biologicos/>>. Acesso em: 02 Abr. 2024).

Para o Dr. Javier Ricardo Carbajal Lizárraga:

Nos últimos anos, a pesquisa na área das doenças autoimunes e inflamatórias tem sido intensa, resultando num conhecimento mais detalhado dos mecanismos imunológicos subjacentes a estas doenças. Com isso, está mais claro o papel que o sistema imunológico desempenha no surgimento e progressão das mesmas e novos enfoques de tratamentos têm exigido novas ferramentas terapêuticas como os imunobiológicos, comumente chamados de biológicos. Os tratamentos convencionais para estas doenças estão dirigidos a suprimir de forma extensa a resposta imunológica do indivíduo (imunossupressores). Todos trazem um risco elevado de toxicidade, além de infecções e neoplasias, que impedem o seu uso prolongado e continuado. Atualmente, eles vem sendo por vezes complementados e muitas vezes substituídos, com grandes vantagens, por tratamentos com biológicos. Medicamentos biológicos são fabricados por biossíntese em células vivas mediante técnicas de engenharia genética. Eles são, em sua maioria, anticorpos monoclonais que ligam especificamente citocinas (mensageiros) ou seus receptores, modificando seletivamente o acionar de células

ou moléculas imunológicas importantes na indução e manutenção das lesões. Assim, elas podem ser usadas como ferramentas para modificar pontos estratégicos da resposta imunológica aberrante, origem da doença. Os esquemas desenhados para o tratamento dessas doenças, baseados no uso destes agentes Imunobiológicos, são denominados genericamente de “imunomodulação”, “terapia com imunobiológicos” ou mais comumente “terapia com biológicos” Além da eficácia observada, uma das maiores vantagens da imunomodulação é o seu perfil de segurança. Quando bem utilizados, a maioria dos efeitos tóxicos característicos dos tratamentos sistêmicos imunossupressores convencionais não se apresentam. Infliximabe, Omalizumabe, Adalimumabe, são alguns dos biológicos já conhecidos por médicos e pacientes. Outros como Ustequinumabe, Secuquinumabe, Dupilumabe, etc. tem chegado recentemente para oferecer soluções onde os primeiros não mostraram grandes benefícios. A correta e segura aplicação da terapia com Biológicos exige profundo conhecimento dos mecanismos imunológicos, tanto na saúde, quanto na doença. O paciente, por sua vez, tem que se comprometer com o tratamento; evitando “pular” doses e/ou seus controles periódicos, sob risco de toxicidade, complicações ou falha na eficácia. Com todo, o uso de Biológicos na área médica por mais de uma década não tem apresentado riscos graves para a segurança dos pacientes, mesmo que no longo prazo. Por isso, atualmente os Biológicos são considerados seguros, essenciais e indispensáveis como alternativa terapêutica para o tratamento das doenças autoimunes e inflamatórias. (Dr. Javier Ricardo Carbajal Lizárraga).

CRM 92607. RQE 21798. Especialista em Alergia e Imunologia. (O que são medicamentos imunobiológicos ou biológicos? Disponível em: <<https://www.alergiaeimunologia.com.br/imunomodulacao-terapia-com-imunobiologicos-biologicos/>>. Acesso em: 02 Abr. 2024).

Faz-se necessário dizer, que com o passar do tempo, os medicamentos convencionais, anti-inflamatórios, analgésicos e o famigerado MTX (metrotrexato), este último muito usado principalmente em pacientes de oncologia, deixavam gradativamente de surtir efeito, logo,

a partir de então, a Sentença estava prolatada, esta, por sua vez, não era nada vantajosa, pois condenava o paciente à INVALIDEZ PERMANENTE. (SILVA, Ivanilson Alexandre Guedes da. Direito ao Portador de Espondilite Anquilosante (EA) concorrer a uma das Vagas em Concurso Público Reservadas aos Portadores de Necessidades Especiais (PNE's) Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 06 mar 2014, 05:30. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/38569/direito-ao-portador-de-espondilite-anquilosante-ea-concorrer-a-uma-das-vagas-em-concurso-publico-reservadas-aos-portadores-de-necessidades-especiais-pne-s>. Acesso em: 22 jul 2024)

Na última década começou a aparecer uma luz no fim do túnel para os portadores de Espondilite Anquilosante, novas drogas possibilitam um controle na evolução da doença, foram descobertas e lançadas no mercado os chamados Medicamentos Imunobiológicos, anti-TNF alfa, estes medicamentos interferem diretamente no curso da doença. (SILVA, Ivanilson Alexandre Guedes da. Direito ao Portador de Espondilite Anquilosante (EA) concorrer a uma das Vagas em Concurso Público Reservadas aos Portadores de Necessidades Especiais (PNE's) Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 06 mar 2014, 05:30. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/38569/direito-ao-portador-de-espondilite-anquilosante-ea-concorrer-a-uma-das-vagas-em-concurso-publico-reservadas-aos-portadores-de-necessidades-especiais-pne-s>. Acesso em: 22 jul 2024)

A “grosso modo” e sem utilizar a linguagem médica, tais medicamentos, agem dizendo aos anticorpos que não ataquem o seu dono,

atuam diretamente em uma proteína e bloqueiam o ataque dos anticorpos ao seu próprio dono, logo a inflamação diminui ou cessa totalmente, (SILVA, Ivanilson Alexandre Guedes da. Direito ao Portador de Espondilite Anquilosante (EA) concorrer a uma das Vagas em Concurso Público Reservadas aos Portadores de Necessidades Especiais (PNE's) Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 06 mar 2014, 05:30. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/38569/direito-ao-portador-de-espondilite-anquilosante-ea-concorrer-a-uma-das-vagas-em-concurso-publico-reservadas-aos-portadores-de-necessidades-especiais-pne-s>. Acesso em: 22 jul 2024)

Artigo publicado no site da Sociedade Paulista de Reumatologia, assim define os medicamentos imunobiológicos:

“O conceito de medicamento imunobiológico inclui vacinas ou anticorpos modificados laboratorialmente, que podem ser humanos ou de origem animal, e agem diretamente sobre determinadas moléculas endógenas. Esses agentes imunobiológicos têm alvos moleculares específicos como citocinas pró-inflamatórias (p. ex.: TNF $\alpha$ , IL1, IL6) ou receptores de membrana celular (p. ex.: CD20, CD4) e atuam objetivando modular a resposta imunomediada. A variedade desses medicamentos vem aumentando a cada ano, trazendo avanços marcantes no tratamento e resultando em melhoria no prognóstico de doenças imunoinflamatórias.” (Prado MS, Rocha SB, Andrade LEC. Imunogenicidade dos fármacos imunobiológicos. Rev Paul Reumatol. 2016 jul-set;15(3):27-37. DOI: <https://doi.org/10.46833/reumatologiasp.2016.15.3.27-37.>)

Vale dizer, que tais medicamentos não curam a doença, pois está é até então tida como uma doença crônica e incurável, vários estudos demonstram bons resultados e boas taxas de remissão da doença, e assim, uma grande parte dos pacientes, conseguem trabalhar, estudar, ou seja, levam uma vida um pouco mais próxima do normal, e o que é melhor

sentem pouca dor ou nenhuma dor, neste sentido é o entendimento do artigo de publicado no conceituado site da site da sociedade paulista de Reumatologia:

*“Como um avanço aos anticorpos quiméricos, os anticorpos humanizados vieram para reduzir os problemas com HAMA e HACA. Mediante recursos de engenharia genética, esses anticorpos têm 95% de sua sequência proteica com características humanas<sup>6</sup>. Posteriormente, surgiram os AcM totalmente humanos, nos quais 100% da sequência proteica é de natureza humana. Contudo, apesar de toda a tecnologia para reduzir a imunogenicidade, ainda assim encontramos a formação de anticorpos contra esses monoclonais, denominados anticorpos humanos anti-humanos (HAHA – human anti-human antibody).*

*Esse tipo de tecnologia gerou uma variedade de medicamentos hoje amplamente utilizados para o tratamento de doenças imunomedidas. Vários estudos têm demonstrado bons resultados e boas taxas de remissão nos pacientes submetidos a tratamento com esse tipo de medicamento. (grifos nossos)” ( Prado MS, Rocha SB, Andrade LEC. Imunogenicidade dos fármacos imunobiológicos. Rev Paul Reumatol. 2016 jul-set;15(3):27-37. DOI: <https://doi.org/10.46833/reumatologiasp.2016.15.3.27-37>. Acesso em: 22 jul. 2024)*

Há de se lembrar que o medicamento imunobiológico não faz milagres, não cura a doença, apenas proporciona ao paciente uma melhor qualidade de vida. Logo as lesões existentes, não desaparecem, continuam existindo e podem inclusive aumentar, mas desta vez o paciente pode ter a doença sob controle e o curso evolucional da mesma, poderá ser interrompido ou evoluirá um pouco mais lentamente, sendo essencial para melhorar a qualidade de vida e controlar os sintomas. (<https://www.clinicasoma.com.br/post/mitos-e-verdades-sobre-o-tratamento-com-imunobiol%C3%B3gicos>. Acesso em: 22 jul 2024)

Apesar de não ser o enfoque principal deste trabalho, mas necessário se faz, informar ao leitor, que um dos maiores obstáculos ao uso dessa nova terapia, é o seu alto custo, que gira em média de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a cada mês, praticamente impossível para que a totalidade dos pacientes possa arcar com os custos do tratamento, mas graças à boa legislação brasileira, no que diz respeito às doenças crônicas autoimunes, tanto o SUS – Sistema Único de Saúde, como os Planos de Saúde, são obrigados a custearem os tratamentos, e em havendo NEGATIVA o judiciário tem sido taxativo em determinar o fornecimento da medicação. É neste sentido o entendimento da jurisprudência do STJ – Superior Tribunal de justiça:

“ADMINISTRATIVO. MANDADO DE SEGURANÇA. RECURSO ORDINÁRIO. DIREITO À SAÚDE. ESCONDILITE ANQUILOSANTE. HUMIRA. MEDICAMENTO PREVISTO NA LISTA DO SUS PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMÁTICA. INTOLERÂNCIA DO IMPETRANTE AOS MEDICAMENTOS INDICADOS PELO SUS PARA O TRATAMENTO DE SUA ENFERMIDADE. DIREITO LÍQUIDO E CERTO. PRESENÇA. SEGURANÇA CONCEDIDA. 1. A Corte estadual, por maioria apertada de votos, denegou a ordem, por entender que o impetrante não fez prova do direito líquido e certo ao medicamento postulado, já que, “para o tratamento da enfermidade que o acomete, há no mercado diversos medicamentos, alguns deles fornecidos pelos SUS (...), cuja eficácia não foi descartada, devendo o paciente comprovar, de forma plena, que o medicamento pleiteado é o único capaz de contribuir para a sua saúde”. (e-STJ fls. 176-177) 2. No caso, juntamente com a petição inicial, o impetrante fez juntar diversos laudos médicos, subscritos pelo reumatologista Dr. Caio Moreira (CRM-MG 008257), que dão conta de que a sua enfermidade não tolera o medicamento sulfassalazina, bem como o uso de antiinflamatórios não-esteroidais-AINEs e de corticóide. Há nos autos, inclusive, uma declaração assinada pelo médico, atestando que acompanha o paciente

desde 2001 e que a sua enfermidade mostrou-se intolerante e pouco sensível aos medicamentos usualmente prescritos para o tratamento da espondilite anquilosante, que são os fornecidos pelo SUS. 3. A autoridade impetrada não infirmou a declaração do médico que acompanha, há anos, o impetrante. Apenas argumentou que o remédio postulado, embora previsto na listagem padronizada do SUS, não foi destinado pela Portaria n.º 2.577/2006 do Ministério da Saúde ao tratamento da doença que acomete o impetrante, mas apenas da artrite reumática em suas várias modalidades. 4. Em outras palavras, a autoridade impetrada: (a) afirmou que o medicamento pretendido também é utilizado no tratamento da espondilite anquilosante; (b) admitiu que o remédio está na relação padronizada de remédios do Sistema Único de Saúde; (c) reconheceu que o impetrante tem intolerância aos demais medicamentos fornecidos pelo SUS para o tratamento de sua doença; mas (d) contrapôs-se à pretensão do impetrante por entender que a Portaria n.º 2.577/2006 do Ministério da Saúde não indica o remédio para o tratamento da espondilite, mas apenas da artrite reumática. 5. Ora, se o medicamento está previsto na lista do SUS é indicado para o tratamento da doença que acomete o impetrante, e este não tolera, ou é insensível, aos demais medicamentos utilizados no combate à doença, não pode ser recusado pela autoridade impetrada, única e simplesmente, porque Portaria do Ministério da Saúde indica o remédio para a artrite reumática, e não para a espondilite anquilosante. 6. O direito à vida e à saúde é direito fundamental de todos e responsabilidade do Estado, não podendo ser amesquinhado por ato infralegal que indica o remédio para uma doença e não para outra, catalogada sob a mesma rubrica do CID. 7. Recurso ordinário provido. (STJ - RMS: 30723 MG 2009/0204663-5, Relator: Ministro CASTRO MEIRA, Data de Julgamento: 23/11/2010, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 01/12/2010). (grifos nossos)”

Vale ainda dizer, que a terapia imunobiológica em várias patologias, deverá ser feita por tempo indeterminado, isto é, por toda a vida do paciente, tal entendimento já é ponto pacífico dentro de toda a comunidade médica:

“Recomendação 14 - A utilização de drogas anti-TNF na espondilite anquilosante por longo prazo costuma manter

resposta clínica, sem aumento de eventos adversos. Atualmente, estima-se que seu uso deva ser por tempo indeterminado. (grifos nossos)” Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da espondilite anquilosante. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbr/a/Y6T9QFnrh5wTFhLVhv8MSmd/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 02 Abr. 2024.

Ao longo deste texto, pôde-se notar que, apesar das doenças autoimunes se tratarem de doenças incuráveis, hoje em dia existem tratamentos eficazes que permitem que o paciente, mesmo enfrentando algumas limitações e lesões decorrentes da agressividade da doença, continue ativo no mercado de trabalho. Dessa forma, é garantido o direito dele a viver sem dor, a seguir trabalhando e a prover seu sustento e o de sua família com dignidade.

#### 2.1.4 Contratos relação consumerista

Frente ao já sobrecarregado e desacreditado SUS, as pessoas estão desesperadamente buscando adquirir um Plano de Saúde privado na esperança de ter um recurso ao qual recorrer em momentos de necessidade. Lamentavelmente, na maioria das vezes em que precisam de atendimento para questões mais sérias, acabam enfrentando recusas por parte da operadora. De acordo com a visão predominante, devido à precariedade do serviço público de saúde, a sociedade brasileira testemunhou o surgimento de um novo setor econômico: o das empresas mantenedoras de planos privados de assistência à saúde (GAGLIANO; PAMPLONA, 2006, p. 221).

Para Lígia Bahia:

O contraste entre o atendimento personalizado, com hora marcada em consultórios particulares e realização imediata

de exames e procedimentos terapêuticos, e a filas e os prolongados tempos de espera para marcação de consultas e exames na rede pública confere aos planos privados de saúde o status de passaporte de saída do caos. (BAHIA, 2006, p 161).

Podemos observar que a relação jurídica entre as partes que estão contratando, neste caso específico, é considerada uma relação de consumo de acordo com a Constituição de 1988 e o Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90, art. 1.º). Essa relação é regulada por normas de ordem pública e interesse social.

Com efeito, vale lembrar que o contrato estabelecido entre as partes, na grande maioria das vezes, se caracteriza como Contrato de Adesão e, dessa forma, subordina-se às normas protetoras do consumidor, parte vulnerável da relação contratual, o qual deve ser protegido em seus direitos fundamentais de cidadão, principalmente quando se trata do direito à vida e à saúde.

Sobre os contratos de Planos de Saúde, no ensina Antônio Joaquim Fernandes Neto:

De forma semelhante à observada na maior parte dos contratos de consumo, os planos de saúde também são formalizados mediante adesão da parte consumidora às cláusulas e condições estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor. Não existe, como nos contratos paritários, possibilidade de discussão ou questionamento das regras por parte do consumidor". Deve ser observado que estes contratos se baseiam muito na confiança depositada pelo consumidor em relação à Operadora de Planos de Saúde contratada, e trazem sempre implícita enorme expectativa de cobertura contra os riscos que se obrigou a contratar. Nesse sentido, o autor citado acima (ob. cit. Pág. 145) ensina que: "Os serviços de assistência à saúde são cada vez mais caros e complexos, inacessíveis à renda da maior parte dos indivíduos e famílias, que é obrigada a confiar nas promessas de segurança contra os riscos que a levou a contratar um

plano de saúde (NETO, 2002, p. 137).

Portanto, é importante sempre interpretar os contratos de planos de saúde com foco no equilíbrio e na harmonia da relação jurídica, levando em consideração a boa fé objetiva das partes envolvidas, conforme estabelecido no artigo 4º, caput, e seu inciso III do CDC.

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: (Redação dada pela Lei nº 9.008, de 21.3.1995) (...)

III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;

Nesse cenário, quando o consumidor, que é a parte mais vulnerável na relação, contrata um serviço, ele acredita que, se um evento futuro e incerto afetar sua saúde, poderá contar com seu Plano de Saúde. Se isso não fosse possível, seria mais provável recorrer ao SUS e economizar o dinheiro que é pago mensalmente para a iniciativa privada, é neste diapasão o pensamento do ilustre advogado sanitarista e professor de direito médico da USP e da PUCPR, Silvio Guidi, considera que dois pontos são fundamentais para entender a alta judicialização da saúde suplementar no Brasil.

O primeiro deles é o enorme hiato entre a expectativa do consumidor, quando contrata um plano de saúde, e aquilo que é efetivamente oferecido pela operadora. A principal razão que leva alguém a contratar um plano de saúde é o

medo de depender exclusivamente do SUS [Sistema Único de Saúde]. A percepção da sociedade em relação ao SUS é de insegurança, com enorme receio de simplesmente não conseguir atendimento”, avalia. Diante disso, quando há a contratação do plano de saúde, o consumidor passa a acreditar que todas as suas necessidades de saúde serão atendidas em toda e qualquer circunstância. “Mas um produto assim, com esse perfil universal e infinito, simplesmente não existe. Nem no Brasil nem em nenhum lugar do mundo. As operadoras oferecem, sim, uma cobertura para todas as doenças e agravos de saúde”, comenta o professor ao destacar que a forma de assistência às necessidades segue uma lista predefinida de procedimentos e tecnologias (o famoso rol da ANS). Resumindo: nem tudo que está disponível no mercado, tampouco o que ainda está no ambiente de experimentação, é coberto pelas operadoras. “Mas o consumidor só vai se deparar com essa realidade quando a necessidade de saúde efetivamente chega. Dessa forma, em um momento bem sensível da vida, o consumidor terá uma expectativa frustrada. Essa enorme frustração é tradicionalmente direcionada ao Judiciário”, comenta. O segundo ponto, diz ele, tem a ver com o aumento das discussões sobre o assunto na sociedade. “Isso faz chegar ao consumidor a informação de que essas negativas de cobertura são levadas ao Poder Judiciário, que, com enorme frequência, julga a causa em favor do consumidor”, diz. Importante destacar que a discussão judicial entre operadoras e consumidores sempre foi conhecida, mas ganhou destaque em 2022. Naquele ano, houve a discussão no STJ sobre a extensão do rol de procedimentos da ANS. (Judicialização contra planos de saúde salta 50% em 3 anos; entenda o problema. Disponível em: <<https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/judicializacao-contra-planos-de-saude-salta-50-em-3-anos-entenda-o-problema/>>. Acesso em: 22/07/2024).

Havendo a recusa tácita ou expressa da operadora do plano de saúde a fornecer cobertura, o beneficiário deve recorrer ao judiciário e invocar os direitos garantidos pelo Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990). De acordo com Gabriel Schulman, a jurisprudência tem reconhecido a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde, independentemente da estrutura jurídica

adotada pela operadora. (SCHULMAN, 2009, p 207).

Alguns julgados asseveram o posicionamento de SCHULMAN:

QUINTA CÂMARA CÍVEL APELAÇÃO CÍVEL Nº 0031988-46.2016.8.17.2001 COMARCA: Recife - 14ª Vara Cível – Seção A. APELANTE/APELANTE ADESIVO: Sul América Companhia de Seguro Saúde e Paulo de Tarso Basto Menelau. APELADO/APELADO ADESIVO: Paulo de Tarso Basto Menelau e Sul América Companhia de Seguro Saúde. RELATOR: Des. Agenor Ferreira de Lima Filho. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL – DIREITO DO CONSUMIDOR – PLANO DE SAÚDE – TRATAMENTO DE ARTRITE PSORIÁTICA – NECESSIDADE DE APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR – NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA – PLANO DE SAÚDE QUE NÃO ESTÁ AUTORIZADO A RESTRINGIR AS OPÇÕES DE TRATAMENTO DO SEGURADO – MEDICAMENTO PREVISTO NO ROL DA ANS – NEGATIVA INDEVIDA – DANOS MATERIAIS – OCORRÊNCIA - DANOS MORAIS CONFIGURADOS – INDENIZAÇÃO DEVIDA – AFRONTA AO DIREITO À SAÚDE E AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA – INVERSÃO DA SUCUMBÊNCIA – RECURSO DA RÉ IMPROVIDO – RECURSO ADESIVO DO AUTOR PROVIDO. 1. É permitido ao plano de saúde estabelecer quais as patologias contratualmente cobertas, mas não pode determinar a forma de tratamento a ser empregada, impedindo a utilização de exames, tratamentos, materiais e medicamentos mais modernos e eficazes à melhoria do estado de saúde do segurado. 2. Cabe ao médico responsável pelo caso, determinar o tratamento apropriado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade do paciente, desta forma, o plano de saúde não está habilitado, tampouco autorizado, a restringir as alternativas cabíveis para o restabelecimento da saúde do segurado. 3. Tratando-se de paciente acometido por artrite psoriática em estado avançado, em razão da qual possui fortes dores e rigidez nas articulações, é indevida a negativa de cobertura da aplicação do medicamento Humira 40mg (Adalimumabe), sob o fundamento de que o seu uso deve ser domiciliar e não a nível hospitalar. 4. Devidamente comprovado que, ante a recusa de cobertura do tratamento pelo plano e da urgência da situação, o autor teve que arcar com os custos iniciais, comprovados através de recibo emitido pelo hospital prestador de serviço, deve ser mantida

a condenação ao ressarcimento pelo prejuízo material suportado. 5. No caso de negativa indevida de cobertura de tratamento médico, há clara afronta ao direito à saúde, além de inobservância ao princípio da dignidade da pessoa humana, não sendo o caso de mero aborrecimento. Por conseguinte, restam evidenciados os danos morais, sendo cabível a respectiva indenização. 6. O valor fixado a título de indenização por danos morais não deve ser fixado em patamar elevado, capaz de apresentar enriquecimento indevido para o ofendido, tampouco diminuto, a ponto de se tornar inócuo aos objetivos do instituto da responsabilidade civil. Dentro dessa análise, considerando as questões fáticas trazidas a julgamento e observando o posicionamento deste Órgão Julgador em casos análogos, deve ser acolhido o pedido de indenização no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). 7. Reformada a sentença, reconhece-se a sucumbência integral da parte Ré, que deverá arcar com as custas processuais e honorários sucumbenciais, estes majorados, nos termos do art. 85, § 11º, do CPC, de 10% para 15% sobre o valor da condenação. 8. Recurso da Ré improvido. Recurso adesivo do Autor provido. ACÓRDÃO Visto, relatado, discutido e votado o presente recurso acima referenciado, ACORDAM os Excelentíssimos Desembargadores integrantes da Quinta Câmara Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, em sessão desta data, à unanimidade de votos, em negar provimento à Apelação da Ré e dar provimento ao Apelo Adesivo do Autor, para reformar a sentença e condenar a Ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com correção monetária pela tabela do ENCOGE e juros de mora de 1% ao mês, ambos a partir do arbitramento da indenização, tudo nos termos dos votos, da ementa e da resenha em anexo, que fazem parte integrante deste julgado. Recife, data registrada no sistema. Des. Agenor Ferreira de Lima Filho Relator CK

(TJ-PE - AC: 00319884620168172001, Relator: AGENOR FERREIRA DE LIMA FILHO, Data de Julgamento: 06/04/2021, Gabinete do Des. Agenor Ferreira de Lima Filho)

**APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. APLICABILIDADE. NEGATIVA DE COBERTURA DO TRATAMENTO PRESCRITO PELO MÉDICO.**

IMPOSSIBILIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. MAJORAÇÃO. ADEQUAÇÃO DA VERBA SUCUMBENCIAL. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO ADESIVO PROVIDO E APELO IMPROVIDO. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, nos termos da Súmula 469, do STJ. Segundo a hodierna jurisprudência do STJ, mesmo nos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98, revela-se abusiva a negativa de cobertura dos custos de medicamentos, órteses, próteses, exames ou fisioterapia, por parte dos planos de saúde, quando estes forem indispensáveis para o sucesso da cirurgia ou tratamento do paciente. A negativa do plano de saúde à cobertura do tratamento não se justifica porque, de acordo com o médico que assiste o paciente, tal tratamento é o mais adequado ao quadro clínico apresentado. A recusa indevida do plano de saúde ao custeio de medicamento necessário ao pleno restabelecimento da saúde do segurado transborda os limites da razoabilidade e configura dano moral. Reconhecida a abusividade do ato praticado pela ré, qual seja, a recusa indevida ao custeio do tratamento necessário ao pleno restabelecimento da saúde da autora; levando em consideração as condições econômicas da ofensora; a gravidade potencial da falta cometida; e as circunstâncias do fato, o valor do dano moral deve ser fixado em R\$10.000,00 (dez mil reais). Na ação de indenização por dano moral, a condenação em montante inferior ao postulado na inicial não implica sucumbência recíproca – Sumula 326 STJ. Cabe ao Réu o pagamento integral das custas processuais e dos honorários advocatícios, inclusive os devidos na fase recursal, a teor do art. 85, § 1º e § 11, do CPC/2015, que ora fixo em 20% (vinte por cento) do valor da condenação.(TJ-BA - APL: 05639334220188050001, Relator: LISBETE MARIA TEIXEIRA ALMEIDA C SANTOS, SEGUNDA CAMARA CÍVEL, Data de Publicação: 04/05/2021)

CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE MENOR DIAGNOSTICADA COM DERMATITE ATÓPICA. LAUDO MÉDICO QUE ATESTA A NECESSIDADE DO USO INDISPENSÁVEL DO MEDICAMENTO DUPILUMABE (DUPIXENT) 300MG. NEGATIVA DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE. DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E À SAÚDE. REQUISITOS LEGAIS DEMONSTRADOS. ROL DE

PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS. NATUREZA EXEMPLIFICATIVA. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA. REFERÊNCIA PARA COBERTURA ASSISTENCIAL MÍNIMA. COMPETÊNCIA DO MÉDICO PARA INDICAÇÃO DO TRATAMENTO ADEQUADO DE ACORDO COM A NECESSIDADE DO PACIENTE. PRECEDENTES STJ E TJCE. PEDIDO DE PRESTAÇÃO DE CAUÇÃO. REJEITADO. INEXISTÊNCIA DE FUNDAMENTOS PARA REFORMA DA DECISÃO. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Cinge-se a controvérsia recursal em verificar possível desacerto da decisão interlocutória que deferiu o pedido de tutela de urgência formulado na exordial, para o fim específico de determinar à demandada/agravante que autorize o tratamento médico requestado pela autora/agravada e, por via de consequência, forneça o medicamento DUPIXENT (DUPILUMABE), na dose prescrita pelo médico responsável. 2. A relação travada entre a autora/agravada e a demandada/agravante se traduz em relação de consumo. Assim sendo, aplicável, ao caso, as normas do Código de Defesa do Consumidor, principalmente aquelas voltadas a impedir a abusividade de cláusulas contratuais que geram limitação de direitos, inexecução do contrato em si e as que ensejam desrespeito à dignidade da pessoa humana e à saúde. 3. O Superior Tribunal de Justiça já pacificou o entendimento de aplicabilidade do Código Consumerista às relações contratuais através do enunciado da Súmula nº 608, in verbis: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão". 4. O princípio do pacta sunt servanda encontra limite no direito fundamental da dignidade humana e na proteção à vida quando estão em risco os direitos fundamentais à vida e à saúde, em se tratando de natureza consumerista. Assim, possível é a adequação dos contratos de planos de saúde aos ditames da lei, de modo a viabilizar a decretação da nulidade de cláusulas que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou seja, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. 5. Saliente-se, em conformidade com o entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça, a princípio, cabe ao médico e não ao plano de saúde determinar qual o tratamento adequado para a obtenção da cura. Ademais, o responsável pela definição do tipo de tratamento mais adequado para o sucesso da intervenção médica é o profissional que acompanha a

paciente, a quem cabe solicitar os procedimentos necessários e averiguar a necessidade da utilização dos materiais e a respectiva vantagem ou desvantagem que eles podem trazer. 6. O plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura, e que é abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. 7. Com efeito, a alegação de que o tratamento não está previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde listado pela ANS não merece prosperar, já que este aponta coberturas mínimas como orientação a ser observada pelos planos de saúde, não impedindo ampliação que possa oferecer tratamento adequado. 8. De mais a mais, malgrado seja de conhecimento desta Relatora acerca do julgamento na sessão do dia 08/06/2022, em que o Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento de que rol da ANS é, em regra, taxativo, é certo que tal decisum não foi proferido em caráter vinculante. Assim, é inadmissível a recusa do plano de saúde em cobrir tratamento médico voltado à cura de doença coberta pelo contrato sob o argumento de não constar da lista de procedimentos da ANS, visto que entendo que este rol é meramente exemplificativo, impondo-se uma interpretação mais favorável ao consumidor. 9. Desta forma, no presente caso, estão presentes os requisitos legais autorizadores da concessão da tutela antecipada em favor da parte Agravada, tendo em vista que os documentos acostados tanto a este recurso, como aos autos do processo de origem, atestam a probabilidade do direito e perigo de dano, não havendo, portanto, motivos para modificar a decisão impugnada. 10. Por conseguinte, quanto à exigência da prestação de caução para concessão da tutela de urgência, face ao perigo de irreversibilidade da tutela concedida na decisão guerreada, tenho que o acolhimento deste pedido constitui obstáculo à satisfação do próprio direito perseguido. Além disso, no presente caso a parte Agravada é beneficiária da justiça gratuita, circunstância essa que autoriza o julgador à dispensa da caução, conforme previsão contida no § 1º do art. 300 do CPC. 11. Balizados esses parâmetros, entendo que o direito à saúde, elevado à categoria dos direitos fundamentais, por estar interligado ao direito à vida e à existência digna, representa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, sendo considerado pela doutrina e legislação pátria uma obrigação do Estado, dos planos de saúde e uma garantia de todo o cidadão. 12. Destarte, impõe-se a manutenção da decisão ora

vergastada, porquanto houve a correta aplicação do ordenamento jurídico ao caso pelo julgador de origem. 13. Recurso conhecido e não provido. Decisão mantida. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 2<sup>a</sup> Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, em conhecer do recurso para lhe negar provimento, nos termos do voto proferido pela Relatora. Fortaleza, data e hora indicadas pelo sistema. CARLOS ALBERTO MENDES FORTE Presidente do Órgão Julgador DESEMBARGADORA MARIA DAS GRAÇAS ALMEIDA DE QUENTAL Relatora (TJ-CE - AI: 06363543520208060000 Fortaleza, Relator: MARIA DAS GRAÇAS ALMEIDA DE QUENTAL, Data de Julgamento: 20/07/2022, 2<sup>a</sup> Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 21/07/2022)

À luz da mais abalizada doutrina e da jurisprudência consolidada no ordenamento jurídico pátrio, é indiscutível que o contrato celebrado entre o beneficiário e a operadora de plano de saúde configura uma típica relação de consumo. Por essa razão, deve ser regido pelos princípios e normas do Código de Defesa do Consumidor, impondo-se sua interpretação de forma mais benéfica à parte hipossuficiente na relação contratual, em consonância com o princípio da vulnerabilidade do consumidor.

### **2.1.5 Negativa do Plano de Saúde e suas consequências**

Neste primeiro momento busca-se apenas, fazer algumas breves considerações acerca das consequências em relação ao ato abusivo praticado pelos planos de saúde, ficando par capítulo próprio um maior detalhamento de tais consequências.

O paciente portador de doença autoimune, já por si só é um paciente fragilizado, que quando necessita de tratamento ambulatorial através de terapia com medicamentos imunobiológicos, via de regra, já passou por

todos os outros tipos de tratamentos possíveis para tentar reverter ou pelo menos atenuar a sua enfermidade, sendo estes por sua vez infrutíferos.

A título exemplificativo, é possível mencionar a utilização de fármacos como anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), corticosteroides, bem como medicamentos imunossupressores como a sulfassalazina e o metotrexato, amplamente empregados no manejo terapêutico de patologias autoimunes e inflamatórias crônicas. Conforme destacado nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia, “o uso de corticosteroides na fase inicial da doença melhora o prognóstico do paciente” e “a instituição de tratamento para pacientes com AR deve ser precoce (nos primeiros meses após o início dos sintomas), o que aumenta o índice de resposta clínica e reduz a progressão radiológica de dano articular nos primeiros anos de tratamento”. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/tvghqpZhQ3kYDG9rzsZhVD/>. Acesso em: 27 maio 2025.

Diante das infrutíferas tentativas de controlar a dor e o curso evolutivo da doença, não resta outra solução para o médico assistente, a não ser prescrever medicamentos imunobiológicos para buscar com isso conter o curso evolutivo da doença e reduzir a dor do paciente, possibilitando ao mesmo voltar a ter a alegria de viver sem dor. Conforme destacado por Costa et al. (2024), “as terapias imunomoduladoras têm mostrado grande potencial no manejo de doenças autoimunes, oferecendo uma abordagem eficaz para controlar a progressão da doença e melhorar os desfechos clínicos”. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15996>. Acesso em: 27

maio 2025.

Ao receber um NÃO como resposta a sua solicitação do tratamento, seja de forma expressa ou tácita, além de agravar o sistema emocional do paciente que já se encontra bastante fragilizado, essa negativa acaba aumentando o curso evolutivo da doença já que o tratamento é retardado.

Infelizmente, diante da negativa, além das consequências já citadas, vem uma das mais polêmicas, porém chamada aqui do mal necessário a Judicialização da Saúde.

Para o CNJ, a judicialização de temas vinculados à saúde surge da necessidade de se ter acesso ao direito previsto constitucionalmente e que, muitas vezes, por conta de todas as dificuldades de se estabelecer atendimento universal para toda a população, não se efetiva na prática. (JUDICIALIZAÇÃO E SOCIEDADE Ações para acesso à saúde pública de qualidade. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio\\_Judicializacao-e-Sociedade.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade.pdf). Acesso em: 22 jul. 2024)

O debate sobre esse tema não se estende ao fato de ser correto ou não judicializar tais temas, mas busca compreender os impactos da judicialização no Poder Judiciário e nos poderes executivos locais. (JUDICIALIZAÇÃO E SOCIEDADE Ações para acesso à saúde pública de qualidade. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio\\_Judicializacao-e-Sociedade.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade.pdf). Acesso em: 22 jul. 2024).

O ano de 2020 trouxe um grande desafio, a pandemia decorrente da COVID-19 Com isso os serviços de saúde se viram pressionados e foram

percebidas transformações O tratamento em virtude da COVID-19 alcançou a posição de quinto tratamento mais frequente no Brasil durante o ano Assim, as questões aplicadas a respeito de estratégias assumidas para enfrentar as demandas judiciais advindas do contexto pandêmico, um terço das secretarias municipais e menos da metade das estaduais, como apontado no relatório, estabeleceram mecanismos de interlocução intersetorial específicos para lidar com o excedente de demandas dessa natureza.

Para Clenio Jair Schulze:

A discussão da Judicialização da Saúde não pode ficar limitada apenas à avaliação dos critérios de decisão e da adoção da Saúde Baseada em Evidências. É preciso qualificar o âmbito de atuação dos atores que atuam na Judicialização da Saúde para permitir antecipar problemas e, principalmente, encontrar solução mais eficiente e menos onerosa aos entes públicos e às operadoras planos de Saúde. (A Judicialização da Saúde no Século XXI, Disponível em: <https://ajufesc.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CLENIO-JAIR-SCHULZE-.pdf>. Acesso em: 18 abr 2023)

Verifica-se que de fato, houve um aumento significativo das demandas judiciais em face das operadoras de Planos de Saúde, o que deveria ser exceção tornou-se regra.

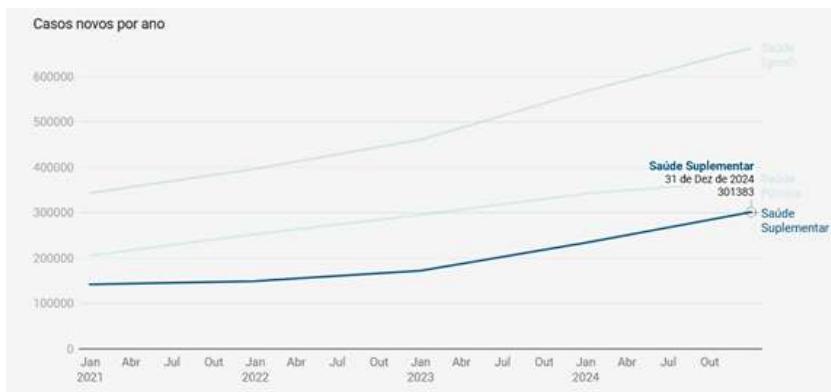
Nesse diapasão corrobora Fernando Capez:

O aumento da judicialização da saúde suplementar no Brasil tem sido atribuído a diversos fatores, dentre os quais a falta de clareza das cláusulas contratuais dos planos de saúde, a negativa de cobertura de procedimentos médicos e/ou hospitalares, a insuficiência da rede pública de saúde e a necessidade de tratamentos de alto custo. (A judicialização no sistema de saúde suplementar do Brasil. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2023-mar-02/controversias-juridicas-judicializacao-sistema-saude-suplementar->>

Verifica-se com base na realização do 15º FONAJUS – Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, Segundo os dados do painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde, entre 2020 e 2024, houve um crescimento de 92,86% no número de novos casos recebidos pelo Judiciário, saindo de 344.220 processos novos em 2020 para 663.864 no ano passado. Os casos de saúde pública tiveram um crescimento acima de 80% nesse período, enquanto a saúde suplementar mais que dobrou em quatro anos, registrando 112,4% de aumento, saindo de 141.861 processos novos em 2020 para 301.383 no ano passado. (Fonajus 15 anos: ações e políticas qualificam decisões judiciais na saúde. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-15-anos-acoes-e-politicas-qualificam-decisoes-judiciais-na-saude/> Acesso em 19 Abr 2025).

Na Figura 4, apresenta-se o comportamento dos casos novos por ano da Judicialização da Saúde.

Figura 4 - Comportamento dos casos novos por ano da Judicialização da Saúde.



Fonte: CNJ

Conforme dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no contexto das comemorações dos 15 anos do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), em 31 de dezembro de 2024, foram ajuizadas 301.383 ações judiciais relacionadas à saúde suplementar no Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). (CNJ celebra 15 anos do Fonajus e debate sobre judicialização da saúde. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-celebra-15-anos-do-fonajus-e-debate-sobre-judicializacao-da-saude>. Acesso em: 20 maio 2025.)

Embora o relatório não detalhe especificamente o número de ações referentes à solicitação de medicamentos imunobiológicos, estudos anteriores indicam que o fornecimento de medicamentos é uma das principais causas de judicialização na saúde suplementar. Por exemplo, levantamento do CNJ aponta que, em 2022, cerca de 8,76% das ações judiciais em primeira instância relacionadas à saúde suplementar tratavam de "Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos". (Conselho Nacional de Justiça (CNJ); INSPER. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.)

Aplicando essa proporção ao total de ações ajuizadas em 2024, estima-se que aproximadamente 26.400 processos possam estar relacionados à solicitação de medicamentos. É importante ressaltar que essa estimativa é baseada em dados anteriores e que a proporção pode ter variado ao longo do tempo

Abstrai-se em síntese da legislação e da literatura contemporânea

sobre o delicado tema, que negar cobertura/fornecimento de medicamentos pelo Plano de Saúde é prática abusiva e inadmissível.

Diante da prescrição do médico assistente, sendo este o mais indicado para prescrever a medicação que mais se adequa ao caso do paciente, tendo mesma eficácia comprovada, é obrigação do Plano de Saúde fornecer ao paciente a medicação prescrita. Ainda que esta seja de alto custo.

Recente acórdão publicado pelo STJ não deixa dúvidas:

RECURSO ESPECIAL Nº 2105812 - SP (2023/0393474-0)  
RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI  
RECORRENTE : OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE LTDA  
ADVOGADOS : MAURO VINÍCIUS SBRISSA  
TORTORELLI - SP151716 ANA MARIA DELLA NINA  
ESPERANÇA - SP285535 RECORRIDO : RODRIGO  
GAMA ARRUDA ADVOGADO : MARCIO DA CUNHA  
LEOCÁDIO - SP270892 EMENTA RECURSO  
ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER.  
NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.  
AUSÊNCIA. CERCEAMENTO DE DEFESA. SÚMULA  
7/STJ. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR.  
PREScriÇÃO DE RISANQUIZUMABE PARA  
TRATAMENTO DE PSORÍASE. OBRIGAÇÃO DE  
COBERTURA PELA OPERADORA A PARTIR DA  
INCLUSÃO NO ROL DA ANS. 1. Ação de obrigação de  
fazer ajuizada em 27/05/2020, da qual foi extraído o presente  
recurso especial, interposto em 28/06/2023 e concluso ao  
gabinete em 06/11/2023. 2. O propósito recursal é decidir  
sobre: (i) a negativa de prestação jurisdicional; (ii) o  
cerceamento de defesa; e (iii) a obrigação da operadora de  
plano de saúde de cobrir medicamento de uso domiciliar  
incluído, no curso do processo, no rol de procedimentos e  
eventos em saúde da ANS. 3. É firme a jurisprudência do STJ  
no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC quando  
o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível  
à hipótese, soluciona integralmente a controvérsia submetida  
à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela  
pretendida pela parte. 4. Diante do contexto delineado pelo  
Tribunal de origem para afastar o alegado cerceamento de  
defesa, não há como alterar a conclusão acerca da

desnecessidade da produção da prova requerida sem o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, vedado pela súmula 7/STJ. 5. Além das exceções ao art. 10, VI, previstas na Lei 9.656/1998, a ANS estabelece que a medicação de uso domiciliar poderá, também, ser ofertada aos beneficiários por liberalidade da operadora ou através de previsão no contrato principal de plano de assistência à saúde ou em contrato acessório a este (art. 3º da Resolução Normativa 487/2022), além de ser obrigatória a cobertura daqueles associados a procedimentos e eventos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde. 6. Após a inclusão do medicamento de uso domiciliar no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, com diretriz de utilização para o Documento eletrônico VDA40756338 assinado eletronicamente nos termos do Art.1º §2º inciso III da Lei 11.419/2006 Signatário(a): FÁTIMA NANCY ANDRIGHI Assinado em: 20/03/2024 17:54:12 Código de Controle do Documento: ee02e8a5-bfd2-4326-8371-39dea1ed55d0 tratamento da doença que acomete o beneficiário, a operadora de plano de saúde não pode mais recusar o seu custeio, do contrário incorrerá em negativa indevida de cobertura. 7. Hipótese em que, conforme estabelece a Resolução Normativa 536/2022, que alterou o anexo II da Resolução Normativa 465/2022, deve a operadora arcar, a partir de 06/05/2022, com o fornecimento do medicamento Risanquizumabe, prescrito pelo médico assistente para o tratamento do beneficiário, diagnosticado com psoriase. 8. Recurso especial conhecido e parcialmente provido. ACÓRDÃO Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto da Sra. Ministra Relatora. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva (Presidente) e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora. Ausentes, justificadamente, os Srs. Ministros Humberto Martins e Marco Aurélio Bellizze. Brasília, 19 de março de 2024. MINISTRA NANCY ANDRIGHI Relatora. Disponível em: <[https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento\\_tipo=integra&documento\\_seriencial=236027224&registro\\_numero=202303934740&etica\\_numero=&publicacao\\_data=20240322&formato=PDF](https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_seriencial=236027224&registro_numero=202303934740&etica_numero=&publicacao_data=20240322&formato=PDF)>. Acesso em 09 Fev 2024.)

## 2.1.6 ROL de procedimentos da ANS

A revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ocorre a cada dois anos e tem como objetivo principal garantir que a lista de procedimentos esteja sempre atualizada e adaptada às novas tecnologias e necessidades dos pacientes. Além disso, a revisão do Rol busca trazer maior previsibilidade para todos os envolvidos no sistema de saúde, como operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e pacientes.

A última revisão do Rol, realizada em 2021, resultou na inclusão de 3.287 procedimentos, que foram divididos em quatro grandes capítulos:

1. Procedimentos gerais: Abrangem procedimentos administrativos, como consultas e agendamentos.
2. Procedimentos clínicos, ambulatoriais e hospitalares: Incluem exames, terapias e internações.
3. Procedimentos cirúrgicos e invasivos: Compreendem cirurgias e outros procedimentos que envolvem a introdução de instrumentos no corpo do paciente.
4. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos: Englobam exames que auxiliam no diagnóstico de doenças e procedimentos utilizados no tratamento das mesmas.

É importante ressaltar que a revisão do Rol é um processo dinâmico e contínuo, que busca acompanhar a evolução da medicina e as demandas da sociedade. Por isso, a participação de todos os interessados é fundamental para que a lista de procedimentos seja sempre a mais completa e eficiente possível.

O primeiro Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido

pela ANS foi o definido pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 10/1998, tendo sido, posteriormente, atualizado da seguinte forma: Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/actualizacao-do-rol-de-procedimentos/historico-das-actualizacoes-1>. Acesso em: 27. Mai. 2025.

O Quadro 2, mostra a relação das revisões bianuais do Rol de Procedimentos da ANS.

**Quadro 2 - Relação das revisões bianuais do Rol de Procedimentos da ANS**

<b>Normativo</b>	<b>Vigência</b>
Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - Consu nº 10/1998	04/11/1998 a 11/05/2000
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 21/2000	12/05/2000 a 25/06/2002
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 41/2001	14/01/2000 a 06/05/2001
Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 67/2001	07/05/2001 a 28/09/2004
Resolução Normativa - RN nº 9/2002	26/06/2002 a 05/07/2007
Resolução Normativa - RN nº 82/2004	29/09/2004 a 01/04/2008
Resolução Normativa - RN nº 154/2007	06/07/2007 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 167/2008	02/04/2008 a 06/06/2010
Resolução Normativa - RN nº 211/2010	07/06/2010 a 31/12/2011
Resolução Normativa - RN nº 262/2011	01/01/2012 a 01/01/2014
Resolução Normativa - RN nº 338/2013	02/01/2014 a 01/01/2016
Resolução Normativa - RN nº 387/2015	02/01/2016 a 01/01/2018
Resolução Normativa - RN nº 428/2017	02/01/2018 - 31/03/2021
Resolução Normativa - RN nº 465/2021	01/04/2021 - em vigor

Fonte: ANS

O Tema 500 do Supremo Tribunal Federal (STF), julgado no Recurso Extraordinário nº 657.718, abordou a questão da negativa de fornecimento de medicamentos não registrados na Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA) pelo Estado. A tese firmada pelo STF estabelece que, como regra geral, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais ou não registrados na ANVISA. Contudo, admite-se, em situações excepcionais, a concessão judicial desses medicamentos quando preenchidos três requisitos: (i) existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, (ii) registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior e (iii) inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. Além disso, a decisão ressalta que as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA devem ser propostas em face da União. Embora a tese do Tema 500 se refira ao fornecimento pelo Estado, sua aplicação em casos envolvendo planos de saúde privados tem sido objeto de debate.

A jurisprudência recente do Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem reconhecido a obrigação dos planos de saúde em fornecer medicamentos registrados na ANVISA, mesmo que prescritos para uso off-label, desde que haja indicação médica fundamentada. Essa divergência entre as esferas pública e privada evidencia a necessidade de intervenção do Poder Judiciário para assegurar o cumprimento dos direitos fundamentais à saúde e à vida, especialmente em casos que envolvem tratamentos com medicamentos imunobiológicos essenciais para o tratamento de doenças graves.

Tema 500 - Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA.

Há Repercussão?

Sim

Relator(a):

## MIN. MARCO AURÉLIO

Leading Case:

RE 657718

Descrição:

Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 1º, III; 6º; 23, II; 196; 198, II e § 2º; e 204 da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, de o Estado ser obrigado a fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Tese:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Embora a presente pesquisa trate especificamente da judicialização da saúde suplementar, é imprescindível registrar a relevância do Tema 1.234 do Supremo Tribunal Federal (STF), que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos cujo custo alcance até 210 salários mínimos. A tese firmada pelo STF estabelece que tais demandas devem ser propostas na Justiça Federal, em face da União, não competindo aos Estados ou Municípios a responsabilidade pelo fornecimento desses medicamentos. Essa delimitação reforça a necessidade de intervenção judicial adequada, garantindo a efetividade do direito à saúde sem

extrapolar a competência dos entes federativos.

No contexto da saúde suplementar, a problemática se intensifica quando operadoras de planos de saúde negam a cobertura de medicamentos imunobiológicos prescritos por profissionais habilitados, muitas vezes em razão de alto custo ou ausência de previsão contratual explícita. Nesses casos, a atuação do Poder Judiciário torna-se essencial para assegurar que os direitos constitucionais à vida e à saúde sejam respeitados, garantindo que o paciente tenha acesso aos tratamentos indispensáveis, inclusive quando envolve medicamentos de alto valor econômico. A integração do Tema 1.234 ao estudo da saúde suplementar evidencia a necessidade de decisões judiciais fundamentadas, que harmonizem a aplicação da legislação vigente com a proteção efetiva dos direitos dos beneficiários de planos privados, promovendo a concretização do direito à saúde de forma equilibrada e juridicamente segura.

RE 1.366.243 (Tema 1234) Regras e competência para ações com pedido de fornecimento de medicamentos pelo SUS

Trata-se de recurso extraordinário, com repercussão geral (Tema 1234), em que o Estado de Santa Catarina questiona decisão do Tribunal de Justiça local, que garantiu a um cidadão, sem condições financeiras, o fornecimento de medicamento que não faz parte das listas oficiais de medicamentos oferecidos pelo SUS (Rename, Resme e Remune) para tratar sua doença. No caso, a ação foi ajuizada apenas contra o Estado de Santa Catarina. O Estado alegou que essas ações devem ser propostas contra a União, pois é o Ministério da Saúde que decide quais medicamentos devem ou não ser oferecidos pelo SUS. As ações judiciais que pedem o fornecimento de medicamentos fora da lista oficial do SUS devem obrigatoriamente ser propostas contra a União e processadas na Justiça Federal?

1. Para tornar mais eficiente o julgamento de ações que pedem medicamentos pelo SUS e melhorar o uso do dinheiro público em saúde, o STF aprovou um acordo entre União,

Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo regras para essas ações.

2. O acordo diz que as ações judiciais que ações pedindo medicamentos que não estão na lista do SUS, mas que têm registro na Anvisa, devem ser propostas na Justiça Federal se o valor anual do medicamento for igual ou maior que 210 salários mínimos. Nesse caso, a União pagará o custo total do medicamento. Se o valor for entre 7 e 210 salários mínimos, a ação será julgada na Justiça Estadual, e a União reembolsará 65% das despesas dos Estados e Municípios, ou 80% para medicamentos oncológicos. Essa regra só vale para ações iniciadas após a publicação da decisão.

Com a promulgação da lei 14.454/2022 que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, pôs-se fim a uma grande celeuma e polêmica que sempre aterrorizou os pacientes/usuários dos Planos de Saúde.

Lei 14454/22 | Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Ver tópico (13959 documentos) O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Ver tópico (94 documentos) Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações: Ver tópico (78 documentos) “Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam

planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

.....” (NR) “Art.  
10.....

..... § 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação.

..... § 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. § 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou Ver tópico (1 documento) II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (NR) Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Ver tópico (48 documentos) Brasília, 21 de setembro de 2022; 201º da Independência e 134º da República. JAIR MESSIAS BOLSONARO. Publicado no DOU de 22/09/2022.

Outrossim, a jurisprudência pátria após a promulgação da magnifica lei, se posicionou em desfavor na taxatividade do ROL de procedimentos da ANS.

É nesse sentido a decisão do Superior Tribunal de Justiça a seguir:

CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE MEDICAMENTO FORA DO ROL DA ANS. EXCEPCIONALIDADE VERIFICADA. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. No caso, a Corte local entendeu presentes os requisitos para possibilitar a concessão do medicamento à luz do art. 10, § 13, I, da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei 14.454/2022.2. A Segunda Seção desta Corte Superior, no julgamento dos EREsp 1.925.051/SP, de relatoria do Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, julgado em 18/4/2024, decidiu que, "comprovado o preenchimento dos critérios para flexibilização do rol da ANS definidos na nova lei, cabe ao plano de saúde fornecer tratamento não previsto no rol da ANS".3. Agravo interno desprovido.

(STJ - AgInt no AREsp: 2523049 PR 2023/0385203-4, Relator.: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 19/08/2024, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 02/09/2024)

### **2.1.7 Abusividade das Cláusulas Contratuais**

A precariedade histórica do Sistema Único de Saúde em cumprir os mandamentos constitucionais, como o acesso universal e o atendimento integral à saúde, tem levado grande parte da população a buscar alternativas na iniciativa privada. Nessa tentativa de suprir a omissão estatal, muitos consumidores recorrem à contratação de planos de saúde, sendo o contrato de adesão a modalidade mais comum, por melhor atender ao perfil socioeconômico da maioria da população brasileira. Essa modalidade contratual, frequentemente firmada entre operadoras privadas e entidades como empresas, sindicatos e associações de classe, apresenta-se vantajosa para as operadoras, mas nem sempre garante proteção adequada aos beneficiários. Nesse sentido, conforme aponta Schaefer (2021, p. 93), “o contrato de adesão caracteriza-se pela ausência de fase

pré-negocial e com cláusulas preestabelecidas unilateralmente pelo contratado-fornecedor". (SCHAFFER, 2012, p. 58).

Ainda, nesse sentido, ensina Fernanda Schaefer:

É a forma utilizada pelos contratos de massa para consolidar os instrumentos contratuais pré-redigidos, regulada pelo art. 54, do Código de Defesa do Consumidor, que visa atingir um número indeterminado de futuras relações contratuais. Não se trata de forma autônoma ou tipo contratual, mas técnica de formação contatual que, para as empresas, é mais vantajosa por ser mais rápida e segura, e, para os consumidores, é mais perigosa, culminando, em regra, em cláusulas abusivas ou que determinem grande desequilíbrio contratual (SCHAFFER, 2012, p. 57).

De forma recorrente, as operadoras de planos de saúde sustentam que não violam os contratos firmados tampouco a legislação aplicável, alegando o fiel cumprimento das cláusulas pactuadas. Argumentam, ainda, que é o beneficiário quem busca desvirtuar os termos contratuais, pretendendo ampliar a cobertura para além do que fora originalmente acordado. Em sua defesa, sustentam a legalidade da exclusão de determinados procedimentos, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos de uso ambulatorial. As operadoras também destacam que todas as cláusulas restritivas de direito encontram-se expressamente previstas e destacadas nos contratos de adesão. Em alguns casos, chegam a alegar que pedidos que visam ampliar as obrigações contratuais, por meio de decisão judicial, configurariam afronta ao princípio do *pacta sunt servanda*, sob o argumento de que seria nulo ou mesmo inconstitucional impor obrigações não convencionadas pelas partes.

No entanto, conforme assevera Carlos Roberto Gonçalves (2021,

p. 189), “os contratos de adesão, sobretudo os relacionados à saúde suplementar, devem ser interpretados restritivamente quanto às cláusulas que limitam direitos do consumidor, pois a vulnerabilidade deste no contexto contratual impõe ao Judiciário a função de garantir equilíbrio e proteção ao direito fundamental à saúde”.

Além disso, Maria Helena Diniz (2020, p. 256) destaca que “a função social do contrato impõe limites à autonomia privada, especialmente quando se trata de contratos de adesão, nos quais a parte aderente possui reduzida margem para negociação, cabendo à interpretação e ao controle judicial assegurar a proteção dos direitos fundamentais, como a saúde e a dignidade da pessoa humana”.

Dessa forma, apesar das alegações das operadoras, a prevalência do direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal, e a proteção do consumidor, garantida pelo Código de Defesa do Consumidor, impõem a revisão das cláusulas limitativas quando estas contrariarem o interesse público e o princípio da boa-fé objetiva.

A cláusula que limita a responsabilidade da operadora de plano de saúde colocando o consumidor em desvantagem exagerada deve ser anulada e interpretada favoravelmente ao consumidor.

O contrato redigido pela Operadora, junto com sua linguagem técnica que dificulta a compreensão do contratante, coloca este em uma posição vulnerável, permitindo que a Operadora imponha um caráter unilateral ao negócio.

Assim, a igualdade jurídica esconde na verdade uma desigualdade real. O CDC foi criado para corrigir essa disparidade, proibindo

explicitamente a presença de cláusulas abusivas. Segundo Fernanda Schaefer, cláusulas abusivas são aquelas que causam um desequilíbrio significativo no contrato em prejuízo do consumidor (SCHAFFER, 2012, p. 57).

Para Luiz Netto Lôbo:

Consideram-se abusivas as condições gerais que atribuem vantagens excessivas ao predisponente, acarretando em contrapartida demasiada onerosidade ao aderente e um injusto desequilíbrio contratual. Através delas, o predisponente, abusando da atividade que exerce e de debilidade jurídica do aderente, estabelece conteúdo contratual iníquo, com sacrifício de razoável equilíbrio das prestações (LÔBO, 1991, p. 12).

Sobre contrato de adesão, segundo lição de Ana Maria Zauhy Girms:

O contrato de adesão é negócio jurídico no qual a participação de um dos sujeitos sucede pela aceitação em bloco de uma série de cláusulas formuladas antecipadamente, de modo geral e abstrato, pela outra parte, para constituir o conteúdo normativo e obrigacional de futuras relações concretas. (GARMS, Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/707/clausulas-abusivas-nos-contratos-de-adesao-a-luz-do-codigo-do-consumidor/2.>).

Em que pese os contratos de adesão, é notória a percepção de sua significativa desvantagem, uma vez que este apresenta as chamadas cláusulas abusivas. Normalmente, essas cláusulas não são percebidas nem mesmo identificadas no momento de contratar, isto é, o aderente na maioria das vezes não tem ideia do que está acordando e as consequências que as referidas cláusulas podem causar. Destarte, na maioria das vezes, estas cláusulas configuram um abuso contra os consumidores. (PEIXOTO, Marco Aurélio Ventura. Cláusulas abusivas nos contratos de adesão.

Uma das manifestações mais recorrentes da limitação contratual e da prática de cláusulas abusivas nos contratos de adesão ocorre quando as operadoras de planos de saúde preveem, expressamente, a exclusão de cobertura para o fornecimento de medicamentos prescritos para uso fora do ambiente hospitalar, ou seja, fora do regime de internação ou de atendimento ambulatorial. Entretanto, mesmo que tais medicamentos sejam destinados ao uso domiciliar, o simples fato de sua administração ocorrer fora do ambiente hospitalar não isenta a operadora da responsabilidade de fornecê-los, sobretudo quando se demonstrar que tais medicamentos são essenciais à preservação da saúde e à recuperação do paciente.

Esse tipo de cláusula restritiva, frequentemente imposta de forma unilateral pelas operadoras, revela-se incompatível com os princípios que regem o Direito do Consumidor, notadamente a boa-fé objetiva e a vulnerabilidade do consumidor. A recusa injustificada do fornecimento de medicamentos indispensáveis compromete não apenas a eficácia do tratamento médico prescrito, mas também fere frontalmente o direito fundamental à saúde, previsto no artigo 6º da Constituição Federal e protegido pelo Código de Defesa do Consumidor.

Tais cláusulas restritivas de direito, são consideradas abusivas e consequentemente, nulas de pleno direito, o Código de Defesa do Consumidor – CDC, em seu art. 51, é taxativo ao afirmar que tais cláusulas

abusivas, são nulas e devem ser interpretadas em favor da parte mais vulnerável na relação jurídica.

PROCESSO CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA INJUSTIFICADA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MÉDICO. DESCUMPRIMENTO DE NORMA CONTRATUAL A GERAR DANO MORAL INDENIZÁVEL. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO ACERCA DA NÃO APROVAÇÃO DO MEDICAMENTO PELA ANVISA. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO. 1. A recusa injustificada de Plano de Saúde para cobertura de procedimento médico a associado, configura abuso de direito e descumprimento de norma contratual, capazes de gerar dano moral indenizável. Precedentes. 2. As cláusulas restritivas ao direito do consumidor devem ser interpretadas da forma mais benéfica a este, não sendo razoável a seguradora se recusar a prestar a cobertura solicitada. 3. Agravo regimental não provido. (STJ, AgRg no REsp 1253696/SP, Min. Rel. Luis Felipe Salomão, 4ª Turma, julgamento em 18.8.2011). (GRIFOU-SE).

A limitação contratual é uma característica marcante do contrato de adesão, no qual o consumidor se depara com um contrato pronto, redigido e regulamentado, restando-lhe apenas aderir ao que lhe foi apresentado. Nesse caso, o contratante é meramente um aderente ao que lhe foi oferecido, tornando a unilateralidade explícita e necessitando da proteção do Estado para evitar a restrição de seus direitos. Acredita-se que também esse argumento apresentado pelas operadoras de planos de saúde para não fornecer a medicação prescrita ao segurado é refutado pela melhor doutrina e jurisprudência nacional. (Jurisprudência deve limitar abusos ao consumidor nos contratos de adesão. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-ago-12/jurisprudencia-limita-abusos-consumidor-contratos-adesao/>. Acesso em: 24 jul. 2024)

## 2.2 TUTELA DE URGÊNCIA

### 2.2.1 Probabilidade do direito

O novo Código de Processo Civil dispõe, em seu art. 300 e seguintes, sobre as tutelas de urgência, exigindo-se para a sua concessão a existência de “elementos que evidenciem a probabilidade do direito” e o “perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo”.

Conforme o Artigo 300 do Código de Processo Civil (BRASIL 2015, p.1653, Art. 300).

“A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

§ 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la.

§ 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia.

§ 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.”

Para que fique evidenciada a probabilidade do direito a parte autora deve acostar aos autos todos os documentos necessários para que levem ao convencimento do julgador a extrema necessidade do deferimento da tutela de urgência pleiteada.

Sendo imprescindível nesses casos, a juntada de elementos como: laudo médico circunstanciado, onde possa prestar ao julgador todos os esclarecimentos necessários, sobrepondo a necessidade do paciente e a eficácia da medicação para o caso específico, deve ficar claro o suficiente a eficácia da medicação e a existência de estudos científicos que apontam

evidências da eficácia do medicamento prescrito e a imprescindibilidade na sua administração.

Para o recém empossado Des. Marcus Vinicius Rios Gonçalves:

O CPC atual exige elementos de convicção que evidenciem a probabilidade do direito. As evidências exigidas não são da existência ou da realidade do direito postulado, mas da sua probabilidade. O legislador preferiu falar em “probabilidade” em vez de “plausibilidade”, as duas expressões poderiam ser distinguidas, já que algo plausível não é o mesmo que algo provável. Se determinada circunstância é plausível, isso significa que não será de se surpreender se ela de fato for confirmada, se de fato existir; se for provável, causará alguma perplexidade o fato de ela não existir, de não se verificar. Isso nos levaria, pois, a conclusão de que a probabilidade seria um tanto mais exigente que a plausibilidade: nenhuma delas coincide com a certeza, mas a primeira está mais próxima dela que a segunda. (...) É preciso que o requerente aparente ser o titular do direito que está sob ameaça, e que esse direito aparente merecer proteção. (...) O juiz tem que estar convencido, senão da existência do direito ameaçado, ao menos de sua probabilidade. É preciso que ele tenha aparência de verdade. A urgência e a intensidade da ameaça podem, muitas vezes, repercutir sobre o requisito da probabilidade. O exame pode ser mais ou menos rigoroso, dependendo do grau de urgência, e da intensidade da ameaça. (GONÇALVES, 2016, p. 364, 365).

## 2.2.2 Perigo do Dano ou risco ao resultado útil do processo

Em sendo constatado o *fumus boni juris*, a fumaça do bom direito, não poderá ser examinada de forma isolada, mas depende da análise em conjunto da situação do perigo real e dos valores jurídicos em disputa (GONÇALVES, 2016, p. 365.).

Trazendo para a perspectiva do tema abordado no presente estudo, verificasse-a que o perigo do dano, deve ser demonstrado, de forma clara e inequívoca, uma vez que a falta da utilização do medicamento ao qual se

pleiteia pode acarretar, a piora dos sintomas do paciente, sendo esta piora inevitável sem a utilização do fármaco indicado pelo médico assistente, levando-se a progressão mais rápida da doença, por vezes levando ao risco até de morte.

Logo, o paciente não pode suportar o ônus da espera pelo julgamento final do processo para a percepção do benefício.

Sem dúvidas que nas ações que buscam o direito a obter medicamentos, o dano irreparável ou de difícil reparação, se faz presente através da NEGATIVA da obtenção do medicamento administrativamente, sem o medicamento, sem o tratamento adequado, a doença não para, irá sem dúvidas evoluir, fazendo com que o requerente padeça ainda mais de sua moléstia, e, em muitos casos podendo leva-lo a própria morte. O dano neste caso é um dano concreto, real, não se trata de um dano fictício, hipotético ou eventual, merecendo no caso em concreto a proteção estatal. (Necessidade da antecipação da tutela e da indenização por danos morais, diante da negativa do plano de saúde ao fornecimento de medicamento. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/necessidade-da-antecipacao-da-tutela-e-da-indenizacao-por-danos-morais-diante-da-negativa-do-plano-de-saude-ao-fornecimento-de-medicamento/>>. Acesso em 23 Jul. 2024.)

Recomenda-se a exegese da lei, a valoração de interesses em jogo em cada caso, notadamente os direitos fundamentais, como tem ocorrido nas liminares de proteção imediata à vida e à saúde do povo.

Vale mencionar que, a jurisprudência emanada do Superior Tribunal de Justiça é assente no sentido de que: "É vedada, como princípio geral, a concessão de liminar de caráter eminentemente satisfativo, excepcionando-se as hipóteses de providências médicas urgentes" (RSTJ 127/227).

AGRAVO DE INSTRUMENTO - DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PRELIMINARES - TUTELA ANTECIPADA - CARÁTER SATISFATIVO - POSSIBILIDADE - DIREITO À SAÚDE - RESPONSABILIDADE CONJUNTA E SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS - REJEIÇÃO. 1. "É vedada, como princípio geral, a concessão de liminar de caráter eminentemente satisfatório, excepcionando-se as hipóteses de providências médicas urgentes" (RSTJ 127/227). 2. A obrigação de prestar o serviço de saúde pública de forma gratuita é de qualquer dos entes federativos, conjunta e solidariamente. Posicionamento consolidado pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal. 3. Preliminares rejeitadas. MÉRITO - MEDICAMENTO - PEMETREXEDE - CÂNCER - TRATAMENTO REALIZADO EM UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (UNACON) - DROGA NÃO FORNECIDA PELO SUS - NEGATIVA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE - RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA - DIREITO À SAÚDE - AUSÊNCIA DE LISTAGEM DOS FÁRMACOS DISPENSADOS GRATUITAMENTE - COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DA TUTELA ANTECIPADA - IMPOSIÇÃO DE MULTA PECUNIÁRIA À FAZENDA PÚBLICA - POSSIBILIDADE - PRAZO PARA CUMPRIMENTO - RAZOABILIDADE 1. Presença do periculum in mora e do fumus boni iuris, ante a comprovação prévia da gravidade da doença (mesotelioma pleural), da necessidade do medicamento requerido (pemetrexede), indicado por médico de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), e a ausência de listagem de drogas previamente selecionadas pela Administração Pública para o tratamento da moléstia. 2. Conforme jurisprudência pacífica do STJ, é cabível a fixação de multa pecuniária em face da Fazenda Pública. 3. Razoabilidade do prazo de 20 (vinte) dias fixado para o cumprimento da decisão. 4. Recurso não provido.

(TJ-MG - AI: 10313130146910001 MG, Relator: Áurea Brasil, Data de Julgamento: 22/05/2014, Câmaras Cíveis / 5ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 30/05/2014)

Resta-se então, demonstrado que o requisito relativo ao perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, tem-se que, em razão da

enfermidade que acomete o paciente, torna imprescindível que a mesma, em prol da manutenção de sua saúde, direito constitucionalmente assegurado, sob a égide da indicação médica referenciada, tenha o direito, ainda que em sede de tutela provisória de urgência, de acesso ao medicamento prescrito às expensas do plano de saúde contratado.

O risco enfrentado é atual ou iminente, não se trata de um risco improvável e remoto, existe de forma clara receio fundado.

Diante das circunstâncias fáticas e jurídicas acima expostas e da clara orientação jurisprudencial, faz-se imprescindível à concessão antecipada dos efeitos da tutela jurisdicional requeridas nas ações que possuem como objeto a NEGATIVA ao fornecimento de medicamentos imunobiológicos.

### **2.2.3 Irreversibilidade dos efeitos da decisão**

Tem-se que ao rigor da lei, a concessão da tutela de urgência liminarmente (inaudita altera pars), para que a operadora de plano de saúde forneça em caráter urgente e imediato o medicamento do qual necessita o paciente para o controle da sua enfermidade/moléstia grave, deve além, de obedecer aos requisitos já anteriormente citados, verificar a possibilidade ou não da reversibilidade ao *status quo*.

Estabelecidas essas premissas, faz-se pertinente pontuar que, em sede de tutela provisória de urgência (*cautelar ou antecipada*), o juízo, sob o prisma da cognição sumária (*e, portanto, não exauriente*), restringe-se à verificação dos requisitos previstos no art. 300, *caput*, do Código de Processo Civil (*a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao*

*resultado útil do processo).*

Assente-se, ainda, que o(a) magistrado(a), lastreado(a) no art. 297 do CPC, goza do poder geral de cautela, de modo que, na condução do processo, deve busca não só a lisura deste, como também determinar, ou adotar, as medidas que considerar adequadas para a efetivação da tutela provisória.

Contudo, não se pode esquecer de observar o critério previsto na lei de irreversibilidade da decisão, mas como exigir que o consumidor parte mais fragilizada na relação consumerista, tenha condições no caso em concreto de, em sendo necessário, ressarcir o plano de saúde de todo o valor despendido pelo mesmo para a obtenção do tratamento medicamentoso do qual necessita.

Mais uma vez citando o ilustre professor Marcus Vinicius Rios Gonçalves:

Um dos requisitos para a concessão da tutela de urgência antecipada é que os seus efeitos não sejam irreversíveis (art. 300, § 3º). A irreversibilidade não é do provimento, já que este, em princípio, sempre poderá ser revertido, mas dos efeitos que ele produz. Não é fácil determinar quando o provimento é ou não irreversível. Em princípio, seria reversível aquele que, em caso de posterior revogação ou cessação de eficácia, não impeça as partes de serem repostas ao status quo ante. Mas há situações complexas: às vezes, a volta à situação anterior não é impossível, mas muito difícil. Por exemplo: impor ao réu o pagamento de determinada quantia é reversível, porque a quantia pode ser reposta; mas a reposição pode ser, no caso concreto, muito difícil, se o autor não tiver condições econômicas para fazê-la. (...) Não sendo reversíveis os efeitos do provimento, o juiz não deve deferir a tutela antecipada. Mas é preciso considerar que, às vezes, haverá o que Athos Gusmão Carneiro chama de “irreversibilidade recíproca”: “Com certa frequência, o pressuposto da irreversibilidade ficará ‘superado’ ante a constatação da ‘recíproca irreversibilidade’. Concedida a

antecipação de tutela, e efetivada, cria-se situação irreversível em favor do autor; denegada, a situação será irreversível em favor do demandado”. A solução será o juiz valer-se do princípio da proporcionalidade, determinando o interesse mais relevante, e afastando o risco mais grave. (GONÇALVES, 2016, p. 366 – CARNEIRO apud GONÇALVES, 2016, p. 366).

Corroborando o pensamento dos ilustres doutrinadores, segue a jurisprudência pátria:

Fornecimento de medicamentos – Inviabilidade da aplicação do disposto na decisão proferida no REsp 1.657.156 do Col. STJ, uma vez que a medida diz respeito a medicamentos não incorporados pelo Sistema único de Saúde – SUS – Ausência de prova de que os medicamentos indicados na inicial não façam parte da relação daqueles acolhidos pelo SUS – Medicamentos com prescrição médica especializada - Tutela antecipada bem concedida – Fundamentação da sentença que justifica a medida, eis que obrigação do Estado em prover a saúde e a ausência de medicamentos de uso contínuo (diabetes e hiperplasia de próstata) que colocam em risco a vida do recorrente – Irreversibilidade da medida com relação ao Município que deve ser sopesada com a irreversibilidade da morte que poderá atingir o recorrido em caso de inércia do Estado – Princípio da convivência das liberdades públicas que justifica a adoção de medida que atenda ao interesse do hipossuficiente – Sentença que deve ser mantida por seus próprios e jurídicos fundamentos – RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO.

(TJ-SP - RI: 10010341420168260137 Cerquilho, Relator: Rodrigo Pares Andreucci, Data de Julgamento: 15/03/2019, Turma Recursal Cível e Criminal, Data de Publicação: 12/03/2019) (Grifos nossos)

Nesse viés, resta demonstrado que o requisito da irreversibilidade resta devidamente superado ante a gravidade do caso e ser a própria saúde e a vida do paciente/requerente estarem em jogo.

#### **2.2.4 Multa astreintes**

Uma vez superados os critérios obrigatórios para o convencimento

do julgador no intuído de se conseguir a antecipação da tutela para a que seja imediatamente reparada a negativa arbitrária do Plano de saúde, é hora de focar em um dos principais desafios nas ações para obter medicamentos, em se tratando de medicamentos imunobiológicos, estamos nos referindo a medicamentos de alto custo, inacessível a maioria da população brasileira.

Havendo a conceção da antecipação da tutela, é indispensável que o magistrado possa lançar mão de todos os recursos necessários e possíveis que estão a sua disposição no direito para se ver valer a sua decisão cumprida.

No antigo CPC de 1973, a previsibilidade de impor multa pelo descumprimento da decisão estava prevista no art. 273, § 3º do CPC, que hoje no CPC de 2015 equivalem ao art. 536, §1º e ao art. 537.

Há de se ressaltar que via de regra a única maneira que o julgador tem a sua disposição para garantir que a sua decisão seja cumprida é o arbitramento da multa *astreintes*.

Para Nelson Nery Júnior:

Deve ser imposta a multa, de ofício ou a requerimento da parte. O valor deve ser significativamente alto, justamente porque tem natureza inibitória. O juiz não deve ficar com receio de fixar o valor em quantia alta, pensando no pagamento. O objetivo das *atreintes* não é obrigar o réu a pagar o valor da multa, mas obriga-lo a cumprir a obrigação na forma específica. A multa é apenas inibitória. Deve ser alta para que o devedor desista de seu intento de não cumprir a obrigação específica. Vale dizer, o devedor deve sentir ser preferível cumprir a obrigação na forma específica a pagar o alto valor da multa fixada pelo juiz. (NERY JUNIOR, 2013, p. 808).

A Jurisprudência pátria atualizada não deixa dúvidas sobre o assunto:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. IMPOSIÇÃO DE MULTA DIÁRIA. CABIMENTO. ENTENDIMENTO FIRMADO NO JULGAMENTO DO RESP 1.474.665/RS, REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA DO PARTICULAR PROVIDOS, PARA RECONHECER O CABIMENTO DA FIXAÇÃO DAS ASTREINTES. 1. No julgamento do REsp. 1.474.665/RS, representativo de controvérsia, de relatoria do eminentíssimo Ministro BENEDITO GONÇALVES, a Primeira Seção desta Corte referendou o posicionamento aqui sustentado de que é cabível a imposição de multa diária - astreintes -, em face da Fazenda Pública, como meio de compelir o devedor a cumprir a obrigação de fornecer o tratamento médico necessário ao combate de sua moléstia. 2. Embargos de divergência do Particular providos, para reconhecer a possibilidade de fixação das astreintes, em face da Fazenda Pública, como forma de compelir ao cumprimento da obrigação fixada em sentença, notadamente quando referente ao tratamento de moléstia prejudicial à saúde.

(STJ - EREsp: 1097054 MS 2008/0221906-7, Relator: Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, Data de Julgamento: 14/11/2018, S1 - PRIMEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 21/11/2018)

Com efeito, verifica-se que ainda que o Magistrado arbitre multa pelo descumprimento da decisão *astreintes*, multa esta que deverá ser revertida em favor do paciente/requerente; por mais absurdo que pareça, ainda existem operadoras de planos de saúde que descumprem deliberadamente a decisão, não restando outra saída senão lançar mão de bloqueios judiciais via SISBAJUD, revertendo-se o valor para a aquisição da medicação da qual necessita o paciente.

Mais uma vez a jurisprudência corrobora com o entendimento:

PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA GRAVE. NEGATIVA. TRATAMENTO PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO. INICIADA COBERTURA DE TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA SUBCUTÂNEA DEVIDA. INTERRUPÇÃO ABRUPTA. COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO. ALEGAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE DANO MORAL. ABALO PSICOLÓGICO CONFIGURADO. SENTENÇA REFORMADA. ÔNUS SUCUMBENCIAIS REDISTRIBUÍDOS. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (TJPR - 9ª Câmara Cível - 0004677-67.2021.8.16.0050 - Bandeirantes - Rel.: DESEMBARGADOR ALEXANDRE BARBOSA FABIANI - J. 16.04.2023)

(TJ-PR - APL: 00046776720218160050 Bandeirantes 0004677-67.2021.8.16.0050 (Acórdão), Relator: Alexandre Barbosa Fabiani, Data de Julgamento: 16/04/2023, 9ª Câmara Cível, Data de Publicação: 20/04/2023).

Observa-se então, que o deferimento da tutela antecipada de urgência não é sinônimo de efetividade da medida, para que a medida seja de fato efetivada, faz-se necessário a aplicação de multa em face do requerido.

Ainda citando o excelente doutrinador Marcus Vinicius Rios Gonçalves:

A multa. É mecanismo de coerção para pressionar a vontade do devedor renitente que, temeroso dos prejuízos que possam advir ao seu patrimônio, acabará por cumprir aquilo a que vinha resistindo. Dentre os vários meios de coerção, a multa, que se assemelha as. *astreintes* do direito francês, é dos mais eficientes. (...) o juiz fixará um prazo para o cumprimento da obrigação e poderá estabelecer multa periódica (em regra, diária) para a hipótese de inadimplemento. Ela incidirá a cada dia de atraso, pressionando o devedor até que satisfaça a obrigação. (GONÇALVES, 2016, p. 762).

## 2.3 CONSEQUÊNCIAS E INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO

### 2.3.1 Consequências do Ato Abusivo

Contrata-se um plano de saúde com a legítima expectativa de que se terá acesso facilitado a serviços médicos em momentos críticos, sem enfrentar barreiras financeiras ou entraves burocráticos. Todavia, a realidade frequentemente se revela distinta, especialmente quando cláusulas contratuais não são devidamente esclarecidas ao consumidor ou consistem em verdadeiras “surpresas”. Tais cláusulas limitadoras de cobertura assistencial, como exclusões de tratamentos ou imposições de carência para certas condições, não costumam ser evidentes no momento da contratação, o que culmina em negativas inesperadas nos momentos de maior vulnerabilidade do usuário.

Como já reconheceu o Superior Tribunal de Justiça, “é abusiva a cláusula de plano de saúde que limite qualquer procedimento médico, fisioterápico ou hospitalar prescrito para doenças cobertas nos contratos de assistência à saúde” (BRASIL, 2018). Disponível em: [https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-11-27\\_09-22\\_Clausula-que-restrinja-tratamentos-medicos-e-abusiva-ainda-que-contrato-seja-anterior-a-Lei-dos-Planos-de-Saude.aspx](https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-11-27_09-22_Clausula-que-restrinja-tratamentos-medicos-e-abusiva-ainda-que-contrato-seja-anterior-a-Lei-dos-Planos-de-Saude.aspx). Acesso em: 27 maio 2025.

A prática de negar cobertura em situações que deveriam ser atendidas é amplamente debatida e na grande maioria das vezes é considerada ilegal.

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

infelizmente não possui o caráter coercitivo necessário para obrigar as operadoras de planos de saúde a fornecerem o tratamento do qual o contratante necessita. Essa limitação vem sendo criticada por instituições como o Ministério Público Federal, que aponta que “a regulação da ANS tem se mostrado insuficiente para garantir o equilíbrio econômico entre consumidores e operadoras de planos de saúde” (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2024). Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr2/2024/mpf-recomenda-a-ans-providencias-para-proteger-consumidor-de-praticas-abusivas-cometidas-por-planos-de-saude>. Acesso em: 28 maio 2025.

Levando-se neste momento a pensar mais estritamente com relação ao ser humano que padece de alguma doença autoimune, é relevante observar que, as consequências ao se negar o tratamento podem se dar em dois momentos distintos, em ambas as situações pode trazer consequências negativas desde o agravamento da doença até o risco de morte.

No primeiro momento a ser discorrido, ocorre quando o paciente é diagnosticado com uma patologia autoimune e necessita para o controle da sua enfermidade de iniciar o mais rápido possível de algum medicamento imunobiológico.

Na segunda hipótese, bastante comum, ocorre quando o paciente já faz uso de algum tipo de medicamento imunobiológico de alto custo, porém, esses medicamentos não curam a doença e sim proporcionam um controle da enfermidade, fazendo com que ela não continue a avançar e, em muitas situações é possível se ver a remissão da doença, porém, existe o que se conhece por refratariedade, ou seja, quando aquela medicação

começa a deixar de fazer efeito ou reduz muito a sua eficácia, levando o paciente a uma piora dos sintomas.

Neste momento então ao ser devidamente avaliado pelo profissional médico que o assiste, a solução encontrada é quase sempre a mudança da medicação por uma outra, um outro imunobiológico mais moderno que possa ao adentrar no organismo do paciente fazer com que o mesmo possa reagir de forma positiva e retornar a ter o controle da sua patologia.

Com efeito, é exatamente neste momento acometido por desespero, dor e sofrimento, quando mais necessita da utilização do plano de saúde, a operadora recusa-se a cumprir com as suas obrigações, diante da surpresa negativa e da desumanidade, o paciente acaba passando por constrangimentos que sempre buscou evitar ao contratar um plano de saúde.

Ao se encontrar tão fragilizado já pela doença que o acomete, vê-se ainda mais debilitado ao ter abruptamente negado a mudança do medicamento, trazendo além da dificuldade de conviver com uma doença imunobiológica, agora para seu maior desespero dor psicológica, sofrimento e angústia.

Os tribunais pátrios já tão assoberbados se posicionam:

PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA GRAVE. NEGATIVA. TRATAMENTO PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO. INICIADA COBERTURA DE TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA SUBCUTÂNEA DEVIDA. INTERRUPÇÃO ABRUPTA. COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO. ALEGAÇÃO DE

OCORRÊNCIA DE DANO MORAL. ABALO PSICOLÓGICO CONFIGURADO. SENTENÇA REFORMADA. ÔNUS SUCUMBENCIAIS REDISTRIBUÍDOS. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (TJPR - 9ª Câmara Cível - 0004677-67.2021.8.16.0050 - Bandeirantes - Rel.: DESEMBARGADOR ALEXANDRE BARBOSA FABIANI - J. 16.04.2023) (TJ-PR - APL: 00046776720218160050 Bandeirantes 0004677-67.2021.8.16.0050 (Acórdão), Relator: Alexandre Barbosa Fabiani, Data de Julgamento: 16/04/2023, 9ª Câmara Cível, Data de Publicação: 20/04/2023) (GRIFOU-SE)

O que ocorre é sem dúvidas as chamadas cláusulas “surpresa” cláusulas que o contratante só toma conhecimento quando vê a sua cobertura negada, logo, entende-se que a prática de negar a cobertura ao usuário do plano de saúde é ilícita e ilegal.

Nesse sentido posiciona-se a jurisprudência pátria:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. TRATAMENTO OM IMONOGLUBINA HUMANA. COBERTURA DEVIDA. 1. A OBRIGAÇÃO DA RÉ É DE FORNECIMENTO DE TODOS OS NECESSÁRIOS AO TRATAMENTO IMUNOBIOLÓGICO INTRAVENOSO, NA DOSAGEM RECOMENDADA PELO MÉDICO ASSISTENTE. 2. RECONHECIDO QUE O CONTRATO ENTABULADO ENTRE AS PARTES PREVÊ A COBERTURA DE TRATAMENTO DA PATOLOGIA APRESENTADA PELA PARTE AUTORA, REVELA-SE ABUSIVA A CLÁUSULA CONTRATUAL QUE EXCLUI DA COBERTURA OS MEDICAMENTOS CORRELATOS. O PLANO DE SAÚDE NÃO PODE SE RECUSAR A CUSTEAR FÁRMACO PRESCRITO PELO MÉDICO, POIS CABE A ESTE DEFINIR QUAL É O MELHOR TRATAMENTO PARA O SEGURADO. PRECEDENTES DESTA CÂMARA E DO STJ. 3. NOS TERMOS DO ART. 51, IV, DO CDC, MOSTRA-SE ABUSIVA A CLÁUSULA CONTRATUAL QUE EXCLUI DO TRATAMENTO O FÁRMACO PLEITEADO, UMA VEZ QUE COLOCA O CONSUMIDOR EM DESVANTAGEM EXAGERADA FRENTE À

OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS MANTIDOS SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO, AINDA QUE A SENTENÇA TENHA CONTEÚDO PREDOMINANTEMENTE COMINATÓRIO. PERCENTUAL MANTIDO EM OBSERVÂNCIA ÀS DIRETRIZES DO ART. 85, § 2º, DO CPC. APELAÇÃO DESPROVIDA.

(TJ-RS - APL: 50170988420198210001 PORTO ALEGRE, Relator: Isabel Dias Almeida, Data de Julgamento: 15/04/2020, Quinta Câmara Cível, Data de Publicação: 15/04/2020) (GRIFOU-SE).

Conforme entendimento jurisprudencial supra, ao NEGAR o procedimento solicitado pelo paciente, o plano de saúde age com abuso de direito e comete um ato ilícito, nos dizeres do professor Silvio Venosa, o ato ilícito, traduz-se em um comportamento voluntário que transgride um dever devendo este ser reparado através de indenização (DE SALVO VENOSA, 2004, p. 26), compartilha-se aqui, deste entendimento.

Em síntese a as consequências do ato abusivo realizado pela negativa injustificada de planos de saúde em fornecer medicamentos imunobiológicos prescritos por médicos acarretam consequências graves principalmente para o paciente, podendo ainda causar consequências para a operadora de saúde.

As consequências para o paciente giram em torno de diversos aspectos e fatores que vão desde a:

Piora do estado de saúde: A interrupção ou a demora no tratamento podem levar à progressão da doença, agravando sintomas e diminuindo a qualidade de vida.

Aumento de custos: A necessidade de buscar tratamentos alternativos ou mais caros por conta própria pode gerar um grande impacto financeiro para o paciente e sua família.

Danos psicológicos: A angústia, o estresse e a incerteza sobre o futuro podem causar danos emocionais significativos.

Risco de morte: Em casos mais graves, a falta do medicamento pode levar ao óbito.

Apesar do foco da presente pesquisa seja o paciente/consumidor como parte mais fragilizada da relação, não se pode deixar de mencionar que também existe consequências para a própria operadora do plano de saúde:

Processos judiciais: A negativa abusiva pode gerar ações judiciais, resultando em condenações por danos morais e materiais.

Multa: As operadoras de saúde podem ser multadas pelos órgãos reguladores, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Perda de clientes: A má reputação pode levar à perda de clientes e à dificuldade em conquistar novos.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) possui jurisprudência consolidada no sentido de que a negativa de medicamentos prescritos por médico é considerada abusiva.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é firme no entendimento de que a negativa de cobertura para medicamentos devidamente prescritos por profissional habilitado, sem justificativa técnica plausível, configura prática abusiva (STJ, 2020). Tal entendimento foi ampliado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que, no julgamento do Tema 500 da Repercussão Geral (RE 657.718/MG), admitiu, em caráter excepcional, a possibilidade de fornecimento de medicamentos ainda não registrados na Anvisa, desde que possuam registro em agências

reguladoras internacionais de renome, inexistam substitutos terapêuticos disponíveis no país e haja comprovação da imprescindibilidade clínica (BRASIL, STF, 2019). Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>. Acesso em: 28 maio 2025.

Além disso, no julgamento do Tema 1161 (RE 1.165.959/SP), o STF reafirmou que é dever do Estado fornecer medicamentos sem registro nacional quando autorizada sua importação pela Anvisa e demonstrada a necessidade inadiável do paciente, a inexistência de alternativa terapêutica adequada e a incapacidade financeira do usuário (BRASIL, STF, 2021). Esses precedentes são fundamentais para respaldar juridicamente os pleitos envolvendo medicamentos de alto custo ou de uso compassivo, reforçando o direito à saúde como um bem jurídico indisponível. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1900817881/inteiro-teor-1900817883>. Acesso em: 28 maio 2025.

### **2.3.2 Nexo causal e culpa**

Não se faz necessário aqui, discorrer sobre todas as teorias acerca do nexo causal, sendo de muito mais importância demonstrar onde se configura o nexo de causalidade quando as operadoras de planos de saúde negam o medicamento solicitado pelo contratante.

Não existe uma regra efetiva para se estabelecer o nexo causal, via de regra, verifica-se, se o evento ocorrido contribuiu efetivamente para a ocorrência do dano, no caso em estudo, verificar-se-á, se ao NEGAR o

medicamento do qual o contratante necessita para o seu tratamento, o plano de saúde contribuiu efetivamente para as ocorrências danosas que se deram posteriormente a NEGATIVA.

Há de se observar quais as consequências danosas vieram à tona, nessas situações por já estar com a sua saúde fragilizada e necessitando o quanto antes iniciar o tratamento, o paciente/contratante passa pelo constrangimento, pela dor e pelo sofrimento, causados pelo plano de saúde que negou o procedimento solicitado pelo médico especialista, ademais, nestas situações, não raro, o paciente além da doença, agora passa a ter mais um sofrimento psicológico, passa muitas vezes a ter o eu estado de saúde agravado, vindo inclusive em muitos casos a ter que se afastar de suas atividades laborais por causa do não início do tratamento para ter a sua patologia controlada e/ou curada.

Conclui-se que ao descumprir o contrato o plano de saúde, gera no contratante constrangimento, dor e sofrimento.

A culpa revela-se de três maneiras, negligência, imprudência e imperícia, todas sendo corolário da inobservância de um dever que o agente deveria conhecer e cumprir, mas não o fez.

Para o mestre em responsabilidade civil, José Aguiar Dias:

A culpa é a falta de diligência na observância da norma de conduta, isto é, o desprezo, por parte do agente, do esforço necessário para observá-la, com resultado não objetivado, mas previsível, desde que o agente se detivesse na consideração das consequências da sua atitude. (DIAS, 1979, p. 80).

A relação de consumo existente entre a operadora de plano de saúde e o contratante, é regida pelo art. 14 do CDC, aliás, sobre o tema em lume o STJ editou a súmula n. 469, dispondo esta que: aplica-se o Código de

Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, tratando-se de relação de consumo, onde a responsabilidade civil é objetiva, exigindo-se apenas a prova do dano e o nexo causal para gerar a obrigação de indenizar os danos tanto matérias quanto morais sofridos pelo consumidor/paciente, vale lembrar que, em se tratando de relação de consumo, o CDC determina a inversão do ônus da prova.

Sobre a inversão do ônus da prova discorre João Batista de Almeida:

Para inverter esse quadro francamente desfavorável ao consumidor, o legislador alterou, para as relações de consumo, a regra processual do ônus da prova, atento as circunstâncias de que o fornecedor está em melhores condições de realizar a prova de fato ligada a sua atividade. (ALMEIDA, 2010, p. 106).

A jurisprudência se posiciona sobre o tema:

Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenizatória. Plano de saúde. Alegação de negativa de fornecimento do medicamento DUPILUMABE (Dupixent) necessário ao tratamento de dermatite atópica grave. Sentença de procedência para condenar a operadora de saúde ré a fornecer o medicamento prescrito ao paciente enquanto durar o tratamento, bem como para pagar a quantia de R\$5.000,00 a título de indenização por danos morais. Apelação do réu. Laudo médico que comprova a necessidade do tratamento indicado. Medicamento que possui registro na ANVISA. Terapia Imunobiológica endovenosa ou subcutânea inclusa no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Falha na prestação do serviço configurada. Art. 14 do CDC. Súmula 340 do TJRJ. Danos morais inequívocos. Quantum indenizatório fixado de acordo com as especificidades do caso e os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Precedentes do TJRJ. Recurso desprovido.

(TJ-RJ - APL: 01247449320228190001 202300118125, Relator: Des(a). CLÁUDIA TELLES DE MENEZES, Data de Julgamento: 25/04/2023, QUARTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 5<sup>a</sup> CÂMARA, Data de

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – IMPUGNAÇÃO AO VALOR DA CAUSA – MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO – DESPROVIMENTO - PLANO DE SAÚDE – AUTOR DIAGNOSTICADO COM PSORÍASE EM PLACAS GRAVES – PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO IMUNOBIOLÓGICO COM O FÁRMACO CONSENTYX (SECUQUINUMABE) – ROL DA ANS – CATÁLOGO MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO DOS PROCEDIMENTOS BÁSICOS A SEREM COBERTOS – HISTÓRICO DO PACIENTE – DEMAIS MEDICAMENTOS (ORAIS E TÓPICOS) SE MOSTRARARAM INEFICAZES - RECUSA ILEGÍTIMA – COBERTURA DEVIDA – DEVER DE RESSARCIMENTO EVIDENCIADO – DANOS MORAIS AUSENTES – MERO DESCUMPRIMENTO CONTRATUAL – SENTENÇA REFORMADA NO PARTICULAR – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. Tratando-se de pleito de medicamento de alto custo, de uso contínuo, por tempo indeterminado, o valor da causa será o equivalente ao valor anual do medicamento mensal necessário, nos termos do que dispõe o § 2º do artigo 292 do Código de Processo Civil. (TJPR - 9ª C.Cível - 0010024-34.2018.8.16.0035 - São José dos Pinhais - Rel.: DESEMBARGADOR DOMINGOS JOSÉ PERFETTO - J. 22.05.2021)

Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco

Diário de Justiça Eletrônico Nacional

Certidão de publicação 3390 de 04/07/2024

Intimação

Número do processo: 0001583-53.2024.8.17.2710

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CIVEL

Tribunal: Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco

Órgão: 2ª Vara Cível da Comarca de Igarassu

Tipo de documento: Despacho\_Intimação\_Intimação

(Outros)

Disponibilizado em: 04/07/2024

Inteiro teor: Clique aqui Teor da Comunicação Tribunal de Justiça de Pernambuco Poder Judiciário DIRETORIA REGIONAL DA ZONA DA MATA 2ª Vara Cível da Comarca de Igarassu Processo nº 0001583-53.2024.8.17.2710 AUTOR(A): IVANILSON ALEXANDRE GUEDES DA SILVA RÉU: UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO INTIMAÇÃO Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca de Igarassu, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro

teor da Sentença, conforme transcrito abaixo: "(...) Diante do exposto e por tudo o mais que dos autos consta, com supedâneo no art. 487, I, do Código de Processo Civil, consolidando a tutela de urgência de ID 165246721, RESOLVO O MÉRITO, JULGANDO PROCEDENTES OS PEDIDOS EXORDIAIS, de modo a: DETERMINAR que UNIMED RECIFE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, sob pena de multa diária no valor de R\$ 1.000,00 (Um mil reais), alcançando o valor máximo de R\$ 60.000,00 – sessenta mil reais, a ser revertida em favor do demandante forneça, caso ainda não o tenham feito, ao autor, NO PRAZO DE QUARENTA E OITO HORAS, o medicamento (COSENTYX 300 MG/2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL), prescrito pelo Dr. Gilberto Pereira Malta Júnior – médico reumatologista, CRM PE 9.683 (ID n. 165025620 e 165027939), indispensável para o tratamento de suas enfermidades. CONDENAR a UNIMED RECIFE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, consoante textualizado nos fundamentos desta decisão, a pagar ao demandante, a título de compensação por danos morais, o valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), a ser corrigido com base na tabela do ENCOGE, tendo-se por termo a quo a data da presente decisão (Súmulas 362/STJ e 160 TJPE, respectivamente); cominando-se, ainda, juros de mora no percentual de 1% (art. 406 do CC em vigor e a sua combinação com o art. 161, §3º, do CTN), tendo-se por termo inicial a data da citação. CONDENAR a UNIMED RECIFE – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO no pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, sendo que estes, por força do §3º do art. 20 do Código de Processo Civil, fixo em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação. Publique-se. Registre-se.

Intimem-se. No caso de interposição de recurso de apelação, intime-se a parte apelada, por intermédio de seus advogados/procuradores para, no prazo de 15 (quinze) dias (a teor do art. 1.010, §1º, do Código de Processo Civil), apresentar, querendo, contrarrazões. Decorrido o prazo, com ou sem a apresentação da resposta, remetam-se os autos à instância superior, com as nossas homenagens, e após as baixas necessárias na Distribuição, independentemente de novo comando judicial. Após cumpridas as formalidades legais, ARQUIVEM-SE, com as baixas necessárias e as cautelas de estilo. Igarassu-PE, data e assinatura eletrônicas. LECÍCIA SANT'ANNA DA COSTA Juíza de Direito" IGARASSU, 3 de julho de 2024. ADRIANA ROSE ALVES DE SOUZA Diretoria Reg. da Zona da Mata. (GRIFOS NOSSOS)

O nexo causal é a relação de causa e efeito entre dois eventos, ou seja, quando um evento é considerado a causa do outro. No contexto jurídico, é um conceito importante para determinar a responsabilidade por um dano ou evento, na presente pesquisa, o nexo causal aqui se consolida, do ato ilícito realizado pelo plano de saúde, que ao NEGAR o medicamento solicitado pelo contratante, desencadeia uma série de consequências danosas para o paciente.

### **2.3.3 Responsabilidade Civil**

Com previsão legal no art. 37, § 6º da Constituição Federal, é um tema de grande relevância no âmbito do direito do consumidor. Essa modalidade de responsabilidade se distingue da responsabilidade civil subjetiva, na qual a comprovação da culpa do agente causador do dano é requisito essencial para a configuração do dever de indenizar.

Na responsabilidade civil objetiva, por outro lado, a obrigação de reparar o dano surge independentemente da demonstração da culpa. Basta que a vítima comprove o dano sofrido e o nexo de causalidade entre este e

a conduta do agente.

Essa teoria, que encontra fundamento na teoria do risco, parte do princípio de que aquele que exerce uma atividade que gera risco de dano para terceiros deve ser responsabilizado por eventuais prejuízos decorrentes dessa atividade, independentemente de ter agido com culpa ou não.

A aplicação da responsabilidade civil objetiva ganhou força com o advento do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que a adotou como regra geral nas relações de consumo. O CDC estabelece que o fornecedor de produtos ou serviços responde, independentemente de culpa, pelos danos causados aos consumidores em decorrência de defeitos nos produtos ou serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas.

Essa previsão legal visa proteger o consumidor, que muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade em relação ao fornecedor, e incentivar a melhoria da qualidade dos produtos e serviços oferecidos no mercado.

Neste sentido é o entendimento da Jurisprudência:

Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenizatória. Plano de saúde. Alegação de negativa de fornecimento do medicamento DUPILUMABE (Dupixent) necessário ao tratamento de dermatite atópica grave. Sentença de procedência. Apelação do réu. Laudo médico que comprova a necessidade do tratamento indicado. Medicamento que possui registro na ANVISA. Terapia Imunobiológica endovenosa ou subcutânea inclusa no rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Falha na prestação do serviço configurada. Art. 14 do CDC. Súmula 340 do TJRJ. Danos morais inequívocos. Quantum indenizatório fixado em R\$ 10.000,00, de acordo com as

especificidades do caso e os princípios da razoabilidade e proporcionalidade. Precedentes do TJRJ. Recurso desprovido.

(TJ-RJ - APL: 08440561420228190001 202300115834, Relator: Des(a). CLÁUDIA TELLES DE MENEZES, Data de Julgamento: 18/04/2023, QUARTA CAMARA DE DIREITO PRIVADO (ANTIGA 5<sup>a</sup> CÂMARA, Data de Publicação: 19/04/2023)

APELAÇÃO E RECURSO ADESIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PRELIMINAR DE NULIDADE AFASTADA. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO OFF LABEL. prescrição médica. Indispensabilidade do tratamento. AUSÊNCIA DE COBERTURA NO ROL DA ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. JULGADO NÃO VINCULANTE DA CORTE SUPERIOR. DANOS MORAIS. Majoração. Apelo desprovido e recurso adesivo PROVIDO parcialmente. 1. A sentença enfrentou a matéria fundamentadamente, não havendo que se falar em ausência de valoração de provas. Ademais, não há que se falar em inovação probatória quando o juízo de origem cita a Nota Técnica nº 1177, pois a referência a tal nota técnica figura apenas para frisar que, além da indicação pelo médico que assiste a autora, há outras indicações médicas quanto ao tratamento que ora se pleiteia; 2. Havendo prescrição da médica que acompanha a autora que, na qualidade de profissional, detém o conhecimento e a técnica para avaliar corretamente a necessidade do tratamento em questão, não pode a ré/1<sup>a</sup>apelante duvidar da necessidade do tratamento ou recusar a cobertura do medicamento com base na alegação de que ele está fora da apólice contratada por possuir caráter experimental/off label; 3. A obrigação das operadoras de saúde não se exaure ao referido rol disposto pela ANS, uma vez que os eventos ali relacionados estão elencados de maneira exemplificativa, e não de modo exaustivo como leva a crer as Operadoras de Plano de Saúde; 4. Havendo expressa indicação médica acerca da indispensabilidade do tratamento, é abusiva a

negativa de cobertura de custeio de tratamento de enfermidade coberta pelo plano sob o argumento de aquele não estar previsto no rol de procedimentos da ANS; 5. Não serve como paradigma julgado do STJ cujo resultado não é vinculante, além de possuir particularidades; 6. Diante da gravidade da que padece a autora/2<sup>a</sup> apelante, da urgência/imprescindibilidade do tratamento solicitado pela profissional médica, da extensão do dano, da culpabilidade da ré, das condições pessoais da vítima, do caráter punitivo-pedagógico da verba e dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, revela-se condizente com a realidade dos autos fixar a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a título de danos morais; 7. Apelação desprovida e Recurso adesivo provido parcialmente, para majorar os danos morais. (TJ-AC - AC: 07127745320198010001 Rio Branco, Relator: Des. Roberto Barros, Data de Julgamento: 25/08/2020, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 27/08/2020)

É importante destacar que os planos de saúde têm obrigação de resultado, devendo assegurar a prestação do serviço com zelo e presteza.

Para Fernanda Schaefer:

Assim, a obrigação das operadoras de planos e seguros de saúde é de resultado, ou seja, assumem o compromisso de prestar um serviço médico de alto padrão e confiabilidade e garantir indenização caso esse resultado não seja alcançado por falha de seus médicos credenciados. Portanto o contrato é considerado descumprido quando o serviço não é executado nos moldes prometidos, como ocorre quando há um erro médico e, por serem as operadoras coordenadoras de toda a rede contratual, são elas, pelo princípio da solidariedade, responsáveis por acidentes de consumo.

### **2.3.4 Valor indenizatório e seu caráter**

O ponto central da questão reside na compreensão de que, em casos de negativa de cobertura de medicamentos imunobiológicos pelos planos

de saúde, o que de fato o paciente necessita naquele momento é do tratamento adequado ao restabelecimento da sua saúde e controle da sua enfermidade.

A indenização por danos morais, embora possa ser pleiteada e concedida, é uma consequência do reconhecimento da falha do plano de saúde em cumprir com suas obrigações contratuais e legais.

Vale ressaltar, que apesar de compreensível o sentimento de frustração e desesperança que um paciente pode sentir ao ter suas expectativas de melhora negadas, especialmente quando já está fragilizado pela doença. A dor e o sofrimento se intensificam em um momento em que o paciente mais precisa de apoio e cuidado.

Um dos argumentos comumente utilizados pelos planos de saúde refere-se à chamada indústria do dano moral. Em resumo, afirmam que não cometem nenhum ato que justificasse a obrigação de indenizar e que tal demanda não passa de uma tentativa de obter lucros fáceis, por meio da indústria do dano moral.

Na grande maioria das vezes o paciente/contratante, não busca o poder judiciário de imediato, busca antes uma solução administrativa para o seu problema, porém na grande maioria das vezes essa busca por uma solução factível é infrutífera.

Sabe-se ao certo que o paciente não tem em sua mente obter enriquecimento ilícito com a provável indenização pelos danos morais sofridos, busca tão somente, a melhora da sua enfermidade, a indenização a ser obtida, caso logre êxito é uma mera consequência do ato ilícito praticado pelo plano de saúde.

Ressalte-se que o objetivo principal da ação judicial não é buscar uma indenização milionária, mas sim garantir o acesso ao tratamento necessário para a recuperação da saúde.

A indenização por danos morais, quando pleiteada, é uma consequência do reconhecimento da falha do plano de saúde em cumprir com suas obrigações contratuais e legais, e não o objetivo principal da ação.

É importante frisar que a fixação do valor da indenização por danos morais fica a critério do juiz, que leva em consideração diversos fatores, como a gravidade da doença, o impacto da negativa no paciente, o tempo de espera pelo tratamento, entre outros.

O dano moral, nesses casos, reside justamente no sofrimento e na angústia causados pela negativa de cobertura, que agravam ainda mais a situação de fragilidade do paciente.

A busca pela via administrativa para solucionar o problema antes de ingressar com a ação judicial demonstra a boa-fé do paciente e sua tentativa de resolver a questão de forma amigável.

A alegação de "indústria do dano moral" por parte dos planos de saúde não se sustenta quando se analisa a realidade dos fatos e a jurisprudência dos tribunais, que têm reconhecido o direito dos pacientes à indenização por danos morais em casos de negativa de cobertura abusiva.

Nesse sentido é o entendimento jurisprudencial do STJ:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA. RECUSA INJUSTIFICADA. ANS. ROL MÍNIMO DE COBERTURA. NEGATIVA DE TRATAMENTO. DANO MORAL. CABIMENTO. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados

Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. A Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça reafirmou a jurisprudência no sentido do caráter meramente exemplificativo do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) , reputando abusiva a negativa da cobertura, pelo plano de saúde, do tratamento considerado apropriado para resguardar a saúde e a vida do paciente. 3. A jurisprudência desta Corte Superior reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma delas. 4. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece o direito ao recebimento de indenização por danos morais oriundos da injusta recusa de cobertura, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada. 5 . Agravos internos não providos. (STJ - AgInt no REsp: 1925823 DF 2021/0065125-5, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 16/11/2021, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 22/11/2021) (GRIFOU-SE).

Sabientemente os tribunais estaduais seguem a linha de raciocínio do STJ:

Apelação. Ação de obrigação de fazer (plano de saúde). Negativa de cobertura. Paciente que necessita de procedimento (biópsia) para a realização do tratamento quimioterápico indicado para o controle de sua doença, para o seu bem-estar e manutenção da saúde. Princípio da dignidade da pessoa humana, direito à vida e à saúde. Súmula 96 do TJSP. Precedentes. Obrigação de custeio. Danos morais configurados. Negativa de cobertura que gera o dever de indenizar (danos morais in re ipsa). Reiterada recusa no atendimento. Quantum indenizatório mantido. Ação parcialmente procedente. Sentença mantida. Recurso não provido. (TJ-SP - Apelação Cível: 1012629-04.2023.8.26.0577 São José dos Campos, Relator: Pastorelo Kfouri, Data de Julgamento: 12/01/2024, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/01/2024)

Resta-se elucidado, que o quantum a ser arbitrado pelo magistrado deve levar em consideração todos os prejuízos causados ao consumidor pela negativa, seja ela expressa ou tácita e o caráter indenizatório deve

levar em consideração o fator educativo, para que situações semelhantes não retornem a acontecer.

Nesse sentido entende a jurisprudência:

CDC. PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE ATIVA. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO. RELAÇÃO DE CONSUMO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MEDICAMENTO QUIMIOTERÁPICO. TRATAMENTO DOMICILIAR. AUSÊNCIA DE COBERTURA CONTRATUAL. CLÁUSULA ABUSIVA. NULIDADE. DANO MORAL. O contrato coletivo de plano de saúde gera direitos e deveres entre a operadora dos serviços de saúde e o terceiro beneficiário, consolidando um vínculo jurídico transcendente secundário, conferindo legitimidade a estas partes para questionar diretamente o contrato firmado entre os contratantes originários. O terceiro beneficiário, inobstante não tenha participado da estipulação originária, pode exigir o cumprimento da obrigação instituída em seu favor. A negativa de custeio de tratamento domiciliar indicado por médico, mesmo fundamentada em exclusão contratual, coloca em risco a contratação, despontando como abusiva. Constitui abuso de direito, rendendo ensejo à indenização por danos morais, a negativa de cobertura no fornecimento da medicação quimioterápica a ser ministrada de forma domiciliar, quando evidenciada a necessidade e urgência no tratamento indicado por profissional habilitado. A conduta transcende o mero descumprimento contratual, evidenciando um completo descaso com o direito do consumidor, configurando ofensa aos atributos da personalidade. A indenização deve ter o caráter não só compensatório pelos constrangimentos, aborrecimentos e humilhações sofridas pela parte ofendida, mas também punitivo e preventivo, a fim de se evitar a reincidência. Portanto, o quantum deve ser fixado levando-se em conta a situação econômica das partes, a gravidade do dano, os incômodos experimentados pela parte autora e o aspecto educativo da sanção, tendo sempre como parâmetros a proporcionalidade e a razoabilidade da condenação. Recurso conhecido e não provido. (TJ-DF - APC: 20110710238582 DF 0023300-18.2011.8.07.0007, Relator: ANA MARIA DUARTE AMARANTE BRITO, Data de Julgamento: 17/12/2014, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 22/01/2015. pág. 438)

Resta evidenciado de maneira límpida e cristalina, que as alegações trazidas pelos planos de saúde buscando justificar o não arbitramento da indenização pelos danos morais que causou, sendo uma delas o enriquecimento ilícito, não encontra guarida no direito brasileiro, devendo o direito a saúde, a vida e a dignidade humana sobrepor-se a tais argumentos.

Nesse diapasão é o entendimento de Fernando Gaburri:

A indenização por danos morais não pode configurar enriquecimento ilícito por parte do ofendido, devendo cingir-se a estipulação de penalidade de certa monta, capaz de desencorajar o ofensor de voltar a cometer atos atentatórios desse jaez (GABURRI, 2008, p. 96).

### **2.3.5 Necessidade da Intervenção do Poder Judiciário**

Diante das consequências acima elencadas e suscitadas, verifica-se que, a partir da judicialização em matérias de saúde, sobretudo diante da evolução da sociedade e, paralelamente, da medicina e do surgimento de novos tratamentos para o controle e/ou cura de patologias — algumas já existentes, mas que careciam de terapêuticas adequadas —, surgem situações em que determinados casos não encontram amparo na norma posta ou, quando encontram, esta é descumprida. Nessas circunstâncias, torna-se imprescindível a intervenção do Poder Judiciário, a fim de conter abusos e desmandos praticados pelas operadoras de planos de saúde, assegurando, assim, a efetividade do direito fundamental à saúde.

Causas da Intervenção do Poder Judiciário:

- Complexidade Social: A sociedade contemporânea é marcada por crescente complexidade, com novas demandas e conflitos surgindo

constantemente. Embora já existam normas que buscam disciplinar a matéria, muitas vezes elas são descumpridas ou aplicadas de forma insuficiente, tornando necessária a intervenção do Judiciário para assegurar a efetividade dos direitos constitucionalmente garantidos.

- Insuficiência de Estruturas Não Jurídicas de Resolução de Conflitos: Formas alternativas de resolução de conflitos, como a mediação e a conciliação, embora relevantes, nem sempre são suficientes para resolver a complexidade das demandas atuais. Nessas situações, cabe ao Judiciário garantir o cumprimento da lei e pacificar os litígios.
- Garantia da Efetividade do Direito: O papel do Judiciário não é criar novos direitos, mas assegurar a aplicação plena e efetiva daqueles já previstos em lei. Assim, sua atuação é essencial quando há omissão, resistência ou descumprimento por parte dos responsáveis pela execução das normas, especialmente no campo do direito à saúde.
- Compromisso do Juiz com o Bem Comum: O magistrado, ao interpretar e aplicar a legislação existente, deve estar atento às peculiaridades do caso concreto e ao contexto social, de modo a assegurar que o direito fundamental à saúde seja respeitado e concretizado.

A atuação do Poder Judiciário é essencial para garantir a efetividade das normas e a proteção dos direitos fundamentais, especialmente em situações complexas ou diante de lacunas na aplicação da lei. Em contextos nos quais o direito enfrenta desafios para acompanhar a evolução social e tecnológica, o Judiciário precisa intervir para assegurar que os preceitos legais sejam plenamente respeitados, sem, contudo, usurpar as funções dos outros poderes.

É importante destacar que a intervenção judicial deve ser pautada pela cautela e pelo equilíbrio, considerando o contexto social e os princípios constitucionais, de modo a proteger os interesses coletivos e individuais.

No caso do direito à saúde e à vida, quando há conflito com cláusulas contratuais ou ausência de previsibilidade legal, a intervenção do Judiciário torna-se imprescindível para resguardar o bem maior — a vida — e assegurar que os direitos fundamentais sejam efetivamente cumpridos.

A negativa de cobertura por planos de saúde é uma questão recorrente que gera grande insatisfação. Frequentemente, as negativas ocorrem sob alegações como:

- Não cumprimento do período de carência: Ocorre quando o beneficiário solicita um procedimento antes de completar o tempo mínimo de contribuição exigido pelo plano.
- Exclusão de cobertura contratual: O plano pode alegar que o procedimento solicitado não está previsto no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou que há exclusão contratual específica.
- Alegação de doença preexistente: O plano pode se recusar a cobrir tratamentos relacionados a doenças que o beneficiário já possuía antes da contratação, caso não tenham sido devidamente declaradas.

Essas negativas podem gerar graves prejuízos aos usuários, especialmente quando se trata de tratamentos urgentes ou de alto custo.

A intervenção do Poder Judiciário se manifesta quando este atua

para garantir a efetividade das leis e a proteção dos direitos fundamentais, especialmente nos casos em que a norma existente não é suficiente para assegurar a realização plena desses direitos. No contexto da saúde suplementar, a intervenção judicial se revela, por exemplo, em decisões que:

- Obrigam os planos de saúde a fornecer medicamentos e tratamentos não previstos no rol da ANS: Os juízes, considerando a urgência e a necessidade do tratamento, podem determinar a cobertura mesmo que não haja previsão expressa na lei ou no contrato.

Entende a jurisprudência:

Ementa: CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. MEDICAMENTO SPRAVATO. FORNECIMENTO AMBULATORIAL. QUADRO DEPRESSIVO GRAVE RESISTENTE. RECUSA DE COBERTURA DE TRATAMENTO. LEI N. 9.656/98. ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. ALEGAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL. IRRELEVÂNCIA. TRATAMENTO PROPOSTO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PACIENTE. NECESSIDADE E URGÊNCIA COMPROVADAS. INEFICÁCIA DAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS. ILICITUDE DA RECUSA. COBERTURA DEVIDA. 1. O Superior Tribunal de Justiça, nos termos da Súmula n. 608, pacificou entendimento no sentido de que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. 1.1. A empresa do plano de saúde como entidade de autogestão não se aplica o Código de Defesa do Consumidor. 2. A Lei n. 9.656/1998, ao tratar sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e ao estabelecer o plano-referência, prevê a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para definir a amplitude das coberturas (art. 10, § 4º). 3. Com o advento da Lei n. 14.454/2022, ficou estabelecido que o rol de procedimentos previsto na Resolução Normativa n.

465/2021 ostenta natureza apenas exemplificativa, de modo que as operadoras de planos de saúde somente podem indeferir a cobertura de exames, tratamentos, terapias e medicamentos não previstos na lista da Agência Nacional de Saúde Suplementar, desde que ausentes (i) a comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (ii) as recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), ou recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais . 4. Não obstante seja permitido às operadoras de planos de saúde definir contratualmente a exclusão de cobertura de tratamento para determinadas doenças, não se pode perder de vista o fato de que, em se tratando de enfermidade abrangida contratualmente, a recusa de emissão de autorização para a realização de tratamento prescrito pelo médico assistente deve vir, necessariamente, acompanhada de justificativa técnica, não podendo a administradora do plano de saúde basear-se unicamente no fato de não haver previsão no rol de coberturas mínimas editado pela ANS. 4.1. Em observância aos fins sociais do contrato, incumbe à ré garantir o direito à saúde, reconhecendo a competência do médico responsável pelo acompanhamento da autora, para determinar a extensão de suas necessidades, sendo ilícita a recusa da emissão da respectiva autorização de cobertura pela operadora do plano de saúde. 5. Observado, no caso concreto, que a operadora do plano de saúde, ao se recusar a emitir autorização para cobertura do tratamento ambulatorial com o fármaco SPRAVATO (Cloridrato de Escetamina Intransal), prescrito para redução dos sintomas depressivos resistentes e redução do risco de autoextermínio, limitou-se a afirmar que o procedimento recomendado não se encontra previsto no rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sem indicar qualquer justificativa de caráter técnico ou científico para tanto, tem-se por configurada a ilicitude de sua conduta. 6 . Apelação Cível conhecida e não provida. Honorários de sucumbência majorados. (TJ-DF 0734823-81.2023 .8.07.0001 1839656, Relator.: CARMEN BITTENCOURT, Data de Julgamento: 05/04/2024, 8<sup>a</sup> Turma Cível, Data de Publicação: 23/04/2024)

- Consideram abusivas cláusulas contratuais que limitam direitos dos consumidores: O Judiciário pode invalidar cláusulas que considera abusivas, garantindo maior proteção aos beneficiários.

Não existe mais espaço no mundo contemporâneo para a aplicação da letra fria da lei, que se limitava o julgador, sem sombra de dúvidas houve uma clara e necessária mudança no papel dos juízes. Alguns fatores contribuíram para essa transformação:

- Aumento da complexidade social: As relações sociais se tornaram mais complexas, exigindo do Judiciário uma atuação mais dinâmica para solucionar conflitos.
- Necessidade de interpretação judicial: A simples declaração do direito se mostrou insuficiente para lidar com as novas demandas sociais, exigindo uma interpretação mais abrangente das leis.
- Superação do positivismo legalista: A visão positivista, que limitava o direito à lei escrita, foi sendo superada, abrindo espaço para uma interpretação mais valorativa e principiológica.

Com isso, o Poder Judiciário assumiu um papel mais ativo, buscando garantir a efetividade dos direitos fundamentais, como o direito à saúde e a vida.

O protagonismo do Judiciário se manifesta na sua atuação como garantidor dos direitos, especialmente em áreas sensíveis como a saúde. Ao adotar uma postura mais ativa, os magistrados buscam dar concretude aos direitos previstos na Constituição, mesmo diante de omissões ou lacunas legislativas.

## **CAPÍTULO 03**

### **MARCO METODOLÓGICO**

### **3 MARCO METODOLÓGICO**

A presente pesquisa adota uma abordagem metodológica de natureza qualiquantitativa, considerando-se a necessidade de integrar a análise estatística dos dados com a interpretação crítica e contextual, com vistas à compreensão aprofundada do fenômeno jurídico estudado. Tal opção metodológica encontra respaldo na doutrina de Godoy (1995) e Mezzaroba e Monteiro (2023), que reconhecem a relevância da complementaridade entre métodos qualitativos e quantitativos na investigação científica aplicada ao Direito.

Quanto aos procedimentos metodológicos, a presente dissertação classifica-se como pesquisa bibliográfica e documental, uma vez que se fundamenta na análise de obras doutrinárias, artigos científicos e documentos oficiais previamente publicados, com o objetivo de embasar teoricamente a investigação proposta (GODOY, 1995; MEZZAROBA; MONTEIRO, 2023).

A pesquisa bibliográfica constitui modalidade de investigação que se apoia na análise de materiais previamente publicados, tais como livros, artigos científicos, dissertações, teses e outros documentos de natureza acadêmica. Tal abordagem é imprescindível para a consolidação de um arcabouço teórico robusto, permitindo ao pesquisador compreender o panorama atual das discussões sobre determinado objeto de estudo, identificar lacunas existentes no conhecimento científico e posicionar sua própria produção em consonância com os debates já consolidados. Conforme destaca Gil (2002), a pesquisa bibliográfica exerce papel

fundamental na construção do percurso investigativo, ao facilitar a formulação de hipóteses e o delineamento metodológico da pesquisa.

A elaboração do presente estudo fundamenta-se em critérios metodológicos rigorosos, orientados pela necessidade de garantir a relevância, a atualidade e a confiabilidade das fontes consultadas, com vistas a produzir análise consistente sobre a judicialização da saúde suplementar, em especial quanto à negativa de cobertura de medicamentos imunobiológicos. Para tanto, adotou-se a seguinte estratégia de seleção:

A análise jurisprudencial concentrou-se em decisões dos tribunais superiores, notadamente do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), considerando-se julgados que tratam especificamente da negativa de cobertura de medicamentos imunobiológicos por planos de saúde. Não deixando de lado, a análise das decisões do Tribunal de Justiça de Pernambuco e demais Tribunais de Justiça Estaduais. Foram priorizadas decisões recentes, proferidas nos últimos dez anos, de modo a refletir a evolução do entendimento jurisprudencial em consonância com as normas constitucionais e infraconstitucionais aplicáveis ao direito à saúde. A seleção buscou identificar precedentes com fundamentação detalhada, que evidenciassem a interpretação dos tribunais sobre a efetividade do direito à saúde frente à resistência das operadoras de planos privados.

A pesquisa doutrinária incluiu obras, artigos e ensaios de autores reconhecidos no campo do direito constitucional, direito da saúde e direito administrativo. Os critérios de seleção contemplaram relevância

acadêmica, autoridade do autor, atualização bibliográfica e aderência ao tema da judicialização da saúde suplementar. A análise doutrinária teve como finalidade fornecer suporte teórico sólido para a compreensão dos princípios constitucionais, limites e responsabilidades do Judiciário diante da negativa de cobertura de medicamentos imunobiológicos.

Foram considerados artigos publicados em periódicos científicos indexados, preferencialmente com revisão por pares, abordando a judicialização da saúde, o acesso a medicamentos imunobiológicos e os impactos da negativa de cobertura pelos planos de saúde. Priorizou-se material publicado nos últimos dez anos, em língua portuguesa e inglesa, para abranger a perspectiva nacional e internacional sobre o tema. A seleção observou, ainda, a pertinência metodológica dos estudos, incluindo análises quantitativas de processos judiciais, estudos de caso e revisões sistemáticas sobre a implementação de políticas de saúde e direitos dos pacientes.

Em todas as categorias, foram considerados os seguintes critérios complementares: pertinência direta ao tema, clareza e rigor metodológico, fundamentação legal e constitucional consistente, e contribuição efetiva para a compreensão da problemática da judicialização da saúde suplementar. Fontes que não atendiam a esses critérios foram descartadas, de modo a assegurar a confiabilidade e a consistência da análise crítica desenvolvida nesta dissertação.

Ademais, a pesquisa bibliográfica, além de proporcionar um exame crítico do conhecimento já consolidado na literatura, viabiliza a formulação de novas interpretações e abordagens sobre o objeto de estudo.

Conforme ressaltam Marconi e Lakatos (2017), tal modalidade de investigação contribui significativamente para o desenvolvimento de uma compreensão abrangente e devidamente fundamentada da temática em questão. Simultaneamente, oferece ao pesquisador os subsídios necessários para uma análise criteriosa da validade, pertinência e atualidade das teorias e dos dados disponíveis. Desse modo, a pesquisa bibliográfica não se limita à coleta de informações, mas desempenha papel essencial na estruturação, fundamentação e contextualização da produção científica, constituindo etapa imprescindível à maioria dos estudos acadêmicos e jurídicos.

A análise dos dados empreendida neste estudo seguiu uma perspectiva interpretativa e compreensiva, pautada na consideração do contexto em que os fenômenos se manifestam. Tais fenômenos revelam-se de forma mais fidedigna quando observados em seu ambiente natural, ao qual estão intrinsecamente vinculados, o que impõe uma abordagem analítica que respeite sua integralidade. Em contraposição a métodos que fragmentam o objeto de estudo em variáveis independentes, opta-se por uma leitura que valoriza a complexidade e a interdependência entre os elementos investigados, permitindo uma compreensão mais holística e integrada da realidade (CARNELUTTI, 2018; GODOY, 1995; LAKATOS; MARCONI, 2017; QUEIROZ, 2022).

Ainda, buscou-se adotar pra análise dos dados obtidos, uma perspectiva interpretativa e compreensiva, orientada pela consideração do contexto em que os fenômenos se inserem. Tais fenômenos são mais adequadamente compreendidos quando examinados no ambiente em que

naturalmente se manifestam, exigindo, portanto, uma abordagem analítica que preserve a integralidade das relações observadas. Dessa forma, evita-se a redução do ambiente e dos sujeitos investigados a meras variáveis isoladas, privilegiando-se uma visão sistêmica e relacional da realidade (CARNELUTTI, 2018; GODOY, 1995; MEZZAROBA; MONTEIRO, 2023).

Com base na metodologia adotada, busca-se investigar a hipótese da existência de um ou mais mecanismos capazes de contribuir para a redução da judicialização da saúde no Brasil. Tal hipótese foi submetida à análise crítica com base na literatura especializada sobre o tema, incluindo obras doutrinárias, artigos acadêmicos, jurisprudência e diplomas normativos, os quais serão analisados de maneira crítica. A partir dessa análise, foi possível verificar a confirmação ou a refutação da hipótese inicialmente proposta.

Finalmente, foram analisados os principais obstáculos à implementação de mecanismos de redução da judicialização da saúde em dois níveis distintos: os desafios de natureza jurídica e os aspectos sociais próprios da realidade brasileira. A partir disso, foram examinados os resultados oriundos das experiências e dos instrumentos já existentes no ordenamento jurídico nacional, inclusive os voltados à resolução extrajudicial de conflitos, a fim de verificar sua compatibilidade com a proposta de mitigação da excessiva judicialização das demandas de saúde no país. Nesse sentido, conforme salienta Sarlet (2024), o direito à saúde, apesar de consagrado constitucionalmente, enfrenta entraves operacionais que muitas vezes exigem a intervenção judicial, o que evidencia a

necessidade de estratégias eficazes que fortaleçam a tutela administrativa e extrajudicial desse direito fundamental.

Cumpre salientar que, durante o desenvolvimento da presente dissertação, foram integralmente observadas as normas éticas pertinentes à proteção dos direitos autorais. Considerando que o estudo não envolveu a participação de seres humanos ou animais, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## **CAPÍTULO 04**

### **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente, item encontra-se estruturado de modo a expor os resultados alcançados em conformidade com os objetivos previamente estabelecidos, valendo-se, para tanto, da utilização de tabelas, gráficos e descrições minuciosas, instrumentos que viabilizam uma análise aprofundada e uma compreensão substancial dos dados obtidos.

### 4.1 DESJUDICIALIZAÇÃO

Em 2023, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) registrou 234.111 ações judiciais contra operadoras de planos de saúde, um número recorde desde que o órgão começou a fazer o levantamento em 2020. Esse número representa um aumento de 60% em relação a 2020 e de 33% em relação a 2022.

O CNJ e o Supremo Tribunal Federal (STF) estão estudando medidas para lidar com a alta litigiosidade no setor. Uma das iniciativas é a Resolução nº 530/2023, que estimula os tribunais de justiça e federais a criar parcerias com o SUS e com as operadoras de planos de saúde. O objetivo é reduzir a judicialização e ampliar o cumprimento da legislação sanitária.

A judicialização da saúde ocorre quando o usuário não consegue acesso a medicamentos ou tratamentos de saúde, que são negados pelo plano de saúde.

Embora não exista um prazo fixado em lei, é bastante comum que haja análise do pedido de liminar em 48 horas após a propositura da ação

contra o plano de saúde. Em alguns casos onde há risco de morte do paciente, por exemplo, essa análise pode ocorrer no mesmo dia.

A questão em comento não é buscar a solução diante da judicialização, mas o grande desafio de se buscar meios que possam de forma eficaz reduzir ao mínimo a judicialização.

Conforme reportagem na conceituada revista Consultor jurídico demonstra que a judicialização só tem aumentado nos últimos anos.

Número de ações contra planos de saúde dobra em três anos

O número de ações judiciais de consumidores contra operadoras de planos de saúde não para de crescer. Em 2024, foram registrados quase 300 mil novos casos. A informação é do jornal *O Globo*.

No geral, esse tipo de processo mais do que dobrou nos últimos três anos, e o volume é o maior já registrado desde o início do monitoramento do Conselho Nacional de Justiça, em 2020.

Negativas de tratamento e reajustes abusivos de contratos por parte das operadoras são os principais motivadores das demandas, conforme advogados do setor ouvidos pelo jornal.

Em São Paulo, a maior parte dos novos processos versa sobre garantia de tratamento médico (64,7%) e fornecimento de medicamentos (17,9%). Conforme dados do Tribunal de Justiça de São Paulo, foram 21.334 novas ações em 2024, 0,7% a menos que o total registrado no ano anterior.

Nos quatro primeiros meses de 2024, a Agência Nacional de Saúde (ANS) recebeu 5.648 reclamações de usuários contra operadoras. Só sobre as rescisões de contrato, o número foi 31% acima do patamar registrado em igual período de 2023.

Em novembro do ano passado, o CNJ e a ANS decidiram firmar um acordo de cooperação que prevê a elaboração de notas e pareceres técnicos da ANS, para abastecer o e-Natjus, sistema que reúne informações do setor para ajudar juízes na tomada de decisões. A plataforma conta com uma equipe técnica e banco de dados desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com os hospitais Albert Einstein e Sírio-Libanês.

A estimativa da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) é que, entre 2019 e 2023, a judicialização tenha custado R\$ 17,1 bilhões às operadoras. Segundo ainda a reportagem, as empresas afirmam que a judicialização acarreta uma elevação do custo dos contratos — ou seja, todos os consumidores acabam pagando por ela. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2025-fev-07/numero-de-acoes-contra-planos-de-saude-dobra-em-tres-anos/>>. Acesso em 09 Fev, 2025.)

A crescente judicialização de demandas envolvendo planos de saúde sobrecarrega o Poder Judiciário, torna os processos mais lentos e onerosos, e nem sempre garante a solução mais justa e eficiente para o paciente. A desjudicialização de conflitos, por meio de métodos como a mediação e a conciliação, pode ser uma alternativa mais rápida, eficaz e satisfatória para ambas as partes.

#### **4.1.1 Atuação da ANS**

Além do SUS, a Constituição de 1988 também reconheceu a importância da atuação do setor privado na saúde suplementar, como forma de complementar os serviços oferecidos pelo SUS. A saúde suplementar é oferecida por operadoras de planos de saúde, que comercializam planos de assistência médica e odontológica.

Com o objetivo de regulamentar e fiscalizar as atividades do setor de saúde suplementar, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei nº 9.961/2000. A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por estabelecer as regras para o funcionamento dos planos de saúde, garantir a qualidade dos serviços oferecidos e proteger os direitos dos consumidores.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é composta e

dirigida por uma diretoria colegiada de até cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente, os diretores são indicados pelo Presidente da República, sendo a indicação submetida a prévia aprovação do Senado Federal, dentre as funções da diretoria podemos citar: Administrar a ANS, propor normas sobre matérias de sua competência, aprovar seu regimento interno, cumprir e fazer cumprir normas relativas à saúde suplementar. Os mandatos são de três anos, havendo a possibilidade de recondução, e ainda, havendo a possibilidade que um dos diretores acumule o cargo de Diretor-Presidente (SECCHIN, 2016).

No Quadro 3, é apresentada a diretoria colegiada da ANS.

Quadro 3 - DICOL – Diretoria Colegiada da ANS

PRESI	Presidência
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão

Fonte: ANS.

A regulamentação da saúde suplementar pela ANS é fundamental para garantir que os planos de saúde ofereçam serviços de qualidade, que os consumidores tenham acesso a informações claras e transparentes sobre os planos e seus direitos, e que o setor seja fiscalizado de forma adequada.

Para Renato Luis Dresch Fábia Madureira de Castro Bicalho:

A Saúde suplementar, representada pela assistência privada, contemplada no art. 199 da Constituição Federal,

regulamentada pela Lei nº 9.656/98 e se sujeira à regulação da Agência de Saúde Suplementar – ANS por meio da criação de normas, realização de controle e fiscalização da atividade das operadoras de planos de saúde, visando assegurar o interesse público.

Agência Reguladora: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – a Lei 9.961/2000 instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, QUE É UMA Autarquia Federal vinculada ao Ministério da Saúde. As operadoras de Planos de Saúde no Brasil estão subordinadas a referida Agência que possui as seguintes competências;

- Definir políticas e diretrizes para a regulação do setor de saúde suplementar;
- Regular as operadoras e suas regulações consumidores e prestadores da rede;
- Autorizar registro e funcionamento de operadoras, registro de planos, fiscalização e aplicação de penalidades, etc;
- Instituir diretrizes e elaborar rol de procedimentos;
- Publicar normas e regulação, instituir uma agenda regulatória;
- Determinar alienação de carteiras e liquidação de operadora;
- Autorizar reajustes, dentre outras competências;

(DRESCH, Renato Luís e BICALHO, Fábia Madureira de Castro. Manual de Direito a Saúde: normatização e Judicialização / Comitê Executivo da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. DEL REY, 2019, p. 55-56).

A atuação da ANS contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos no país, tanto no âmbito do SUS quanto no da saúde suplementar.

A ANS periodicamente edita resoluções que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial **mínima** nos planos privados de assistência à saúde, logo tal rol deve servir de forma minimamente exemplificativa para que as operadoras e os consumidores possam ter um parâmetro mínimo a seguir.

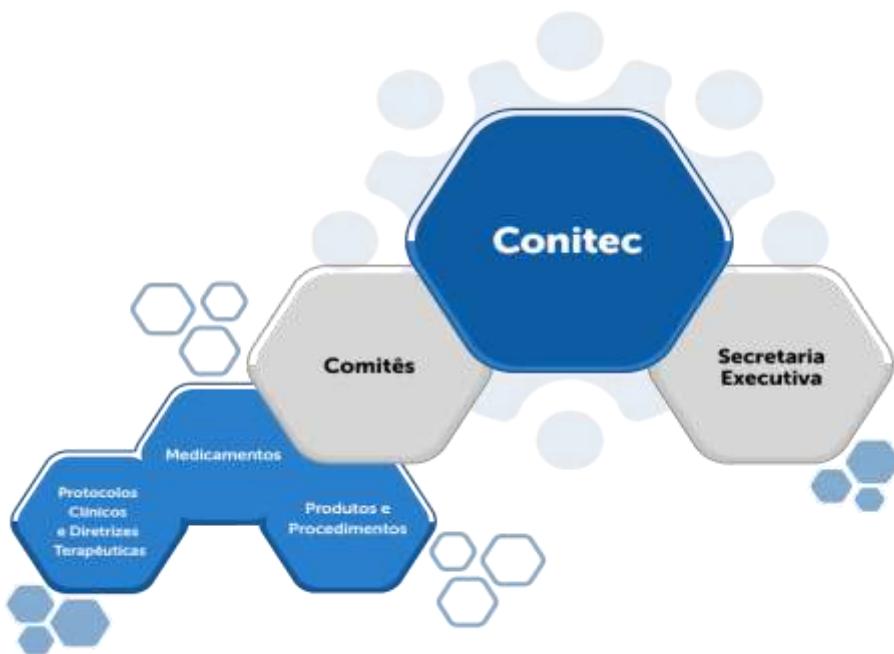
A constante evolução da ciência e o desenvolvimento de novas drogas pelos laboratórios de pesquisa são cruciais, especialmente para patologias onde a cura ainda não foi alcançada, mas apenas o controle da doença. As pesquisas científicas avançam continuamente para disponibilizar medicamentos mais eficazes para o tratamento de diversas enfermidades.

Com efeito, deve-se ter em mente que é fundamental que os planos de saúde garantam a cobertura de medicamentos inovadores, desde que aprovados pelos órgãos reguladores, para que os pacientes tenham acesso aos tratamentos mais eficazes disponíveis.

#### **4.1.2 Atuação do CONITEC**

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, é um órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, e tem como objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, a CONITEC é composta por Comitês e Secretaria-Executiva, a qual é exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. CONITEC/2025. Disponível em: <https://www.gov.br/CONITEC/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional>. Acesso em: 16 Fev 2025. Na Figura 5, mostra-se a composição da CONITEC.

Figura 5 - Composição da CONITEC.



Fonte: CONITEC.

A CONITEC é composta por Comitês e Secretaria-Executiva, a qual é exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

O próprio site da referida comissão traz um questionário de perguntas e respostas que são de suma importância para o entendimento de como se dá o funcionamento e quais os objetivos da CONITEC.

A seguir, são descritos apresentados os de maior importância para esta pesquisa, com destaque especial para o item de número 15:

## 1) O que é a CONITEC?

A CONITEC é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, regulamentada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, e pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, e tem por finalidade assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, alteração ou exclusão, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de tecnologias em saúde, como medicamentos, produtos e procedimentos, assim como na constituição ou na alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

## 2) Qual a diferença entre a CITEC e a CONITEC?

A CONITEC, criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, substituiu a antiga Comissão de Incorporação de Tecnologias no SUS (CITEC) na atribuição de avaliar as demandas de incorporação de tecnologias no SUS. No entanto, a atual CONITEC funciona sob novas regras, rotinas, fluxos e organização. O Quadro 4 apresenta as principais diferenças entre as duas comissões.

Quadro 4 - Principais diferenças entre as duas comissões (CITEC/CONITEC)

Aspecto	CITEC (antiga)	CONITEC (atual)
Nome	Comissão de Incorporação de Tecnologias em Saúde	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
Abrangência	Foco em medicamentos	Abrangência maior: medicamentos, procedimentos, produtos e protocolos

		clínicos
Organização	Plenário e Secretaria-Executiva	Comitê de Medicamentos, Comitê de Produtos e Procedimentos, Comitê de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, e Secretaria-Executiva
Natureza da Avaliação	Avaliação de tecnologias em saúde	Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, com foco na análise de evidências científicas, impacto orçamentário e análise de custo-efetividade
Público-alvo	-	Qualquer pessoa ou instituição pode solicitar análise
Base legal	-	Lei nº 12.401/2011

FONTE: CONITEC.

### 3) Qual é a diferença entre o papel da CONITEC e da Anvisa?

O papel da CONITEC difere bastante do papel da Anvisa na avaliação das tecnologias. A Anvisa realiza uma avaliação de eficácia e segurança de um medicamento ou produto para a saúde visando à autorização de comercialização no Brasil. No entanto, para que essas tecnologias possam ser utilizadas no SUS, além de receber o registro da Anvisa, elas precisam ser avaliadas e aprovadas pela CONITEC, que considerará a análise da efetividade da tecnologia, comparando-a aos tratamentos já incorporados no SUS. Caso a nova tecnologia demonstre superioridade em relação às já ofertadas no SUS, serão avaliados também a magnitude dos benefícios e riscos esperados, o custo de sua incorporação e os impactos orçamentário e logístico que trará ao sistema.

#### 4) Qual o tipo de tecnologia é avaliada pela CONITEC?

Medicamentos, produtos para a saúde e procedimentos utilizados tanto no diagnóstico de doença, como no tratamento e prevenção. Tecnologias relacionadas aos processos assistenciais que ocorrem nos serviços de saúde, como produtos para desinfecção e esterilização de materiais médico-hospitalares, ou mesmo produtos desenvolvidos para facilitar o trabalho das equipes de saúde, que não são prioridades dos procedimentos assistenciais, são avaliadas diretamente pelo serviço de saúde, dispensando a avaliação da CONITEC.

#### 5) Como se dá a decisão sobre a incorporação das tecnologias no SUS?

Para proferir suas recomendações, a CONITEC se baseia na análise das melhores evidências científicas disponíveis na literatura sobre a eficácia, efetividade, acurácia e a segurança de medicamentos, assim como na avaliação de estudos econômicos dessas tecnologias, elaborados sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. Antes da emissão de parecer final sobre cada tecnologia analisada, os relatórios da CONITEC são submetidos à Consulta Pública por 20 dias. Após esse período, as contribuições recebidas são analisadas pela Comissão, que, então, profere a recomendação final sobre a incorporação da tecnologia no SUS.

Cabe ressaltar que a decisão de incorporar, ou não, a nova tecnologia no SUS é do Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS/MS), conforme determina a legislação que regula as ações da CONITEC.

6) Quem pode demandar a incorporação, alteração e exclusão de tecnologias no elenco do SUS?

Não há restrições quanto ao tipo de demandante. Ou seja, qualquer pessoa ou instituição pode solicitar a análise da CONITEC a respeito da incorporação, alteração e exclusão de tecnologias no elenco do SUS. No entanto, as demandas devem preencher os requisitos documentais exigidos legalmente, conforme determina o Art. 15 do Decreto nº 7.646/2011. Ao protocolar sua proposta, o interessado deve entregar o formulário específico integralmente preenchido, de acordo com o modelo disponível no endereço eletrônico da CONITEC, juntamente com os documentos indicados no próprio formulário.

7) Qual é o prazo para a avaliação das demandas/processos e onde os resultados são disponibilizados?

O prazo para análise é de 180 dias, contados a partir da data do protocolo de solicitação do pedido. Esse prazo pode ser prorrogado por mais 90 dias, quando as circunstâncias exigirem. Nesse período, está incluído o tempo de consulta pública e todas as etapas da análise do processo. A decisão final é publicada no Diário Oficial da União (DOU) e disponibilizada no endereço eletrônico da CONITEC.

8) Qual é o passo a passo para submeter uma proposta de incorporação de tecnologia no SUS?

As informações detalhadas sobre a elaboração das propostas de incorporação podem ser acessadas no portal eletrônico da CONITEC, no qual há instruções detalhadas sobre a elaboração das propostas de

incorporação: links para os formulários específicos, de acordo com o tipo de tecnologia, e informações sobre a montagem do processo físico (dossiê) que deve ser entregue.

Como estabelecido pelo Regimento Interno da CONITEC (Portaria nº 2.009, de 13/09/2012), é necessária a apresentação das evidências científicas no formato de um Parecer Técnico-Científico ou Revisão Sistemática.

15) Qual é a relação entre a CONITEC e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)?

A ANS tem assento no plenário da CONITEC e, portanto, participa do processo de avaliação de incorporação de tecnologias no elenco do SUS. Por sua vez, a CONITEC também tem representação no grupo da ANS que atua no trabalho de revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde. A ANS tem a responsabilidade de revisar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e plano referência), contratados pelos consumidores a partir de 02 de janeiro de 1999. Este trabalho é realizado com a participação de um grupo técnico composto por representantes de operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e entidades de defesa do consumidor, entre outros atores do mercado de saúde suplementar. As tecnologias que tiveram sua incorporação negada por falta de evidências de benefício e por problemas com a segurança na CONITEC poderão ter a sua incorporação negada no rol da Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/CONITEC/pt-br>

#### **4.1.3 Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS)**

Conforme disposto no site do CNJ – Conselho Nacional de Justiça, os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NATJUS (criado pela Resolução 238/2016), destinados a subsidiar os magistrados com informações técnicas, o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde celebraram o Termo de Cooperação n. 21/2016, cujo objeto é proporcionar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais subsídios técnicos para a tomada de decisão com base em evidência científica nas ações relacionadas com a saúde, pública e suplementar, visando, assim, aprimorar o conhecimento técnico dos magistrados para solução das demandas, bem como conferindo maior celeridade no julgamento das ações judiciais.

Nesse sentido, por meio da assinatura do referido termo de cooperação, foi criado o projeto Banco Nacional de Pareceres – Sistema E-NATJUS.

O sistema E-NATJUS está a serviço do magistrado para que a sua decisão não seja tomada apenas diante da narrativa que apresenta o demandante na inicial. Com a plataforma digital, essas decisões poderão ser tomadas com base em informação técnica, ou seja, levando em conta a evidência científica, inclusive com abordagem sobre medicamentos similares já incorporados pela política pública, aptos a atender o autor da ação sem a necessidade de se buscar o fármaco ainda não incorporado, mas requerido pelo demandante.

Objetivo: a criação de um banco de dados nacional para abrigar pareceres técnico-científicos e notas técnicas elaboradas com base em evidências científicas na área da saúde, emitidos pelos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJUS) e pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS).

Finalidade: reduzir a possibilidade de decisões judiciais conflitantes em temas relacionados a medicamentos e tratamentos, concentrar em um único banco de dados notas técnicas e pareceres técnicos a respeito dos medicamentos e procedimentos, bem como facilitar a obtenção de dados estatísticos pelos agentes (médicos, juízes, advogados, etc) que atuam e acionam o sistema, permitindo a obtenção de relatórios circunstanciados sobre os vários temas da Judicialização da Saúde e prevenir a judicialização da saúde, já que disponibilizará publicamente os pareceres e notas técnicas, evitando a formalização de pedidos cujos tratamentos não são recomendados.

Desafio: ganhar a adesão e a confiança dos magistrados e atender a contento as demandas em termos de conteúdo e tempo, estabelecendo uma ferramenta útil e confiável para sistematizar as Notas Técnicas e Pareceres Técnicos-Científicos.

Nota Técnica: é um documento de caráter científico, elaborado pela equipe técnica dos Núcleos de Apoio ao Judiciário (NATJUS), que se propõe a responder, de modo preliminar, a uma questão clínica sobre os potenciais efeitos de uma tecnologia para uma condição de saúde vivenciada por um indivíduo. A NT é produzida sob demanda, ou seja, após a solicitação de um juiz como instrumento científico para auxílio da

tomada de decisão judicial em um caso específico.

Parecer Técnico-Científico: também é um documento de caráter científico, elaborado pela equipe técnica dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), por força do Termo de Cooperação n. 21/2016, que se propõe a responder, de modo sumarizado e com base nas melhores evidências científicas disponíveis, a uma questão clínica sobre os potenciais efeitos (benefícios e riscos) de uma tecnologia para uma condição de saúde. O PTC pode resultar em: (a) conclusões suficientes para indicar e embasar cientificamente o uso de uma tecnologia; (b) conclusões suficientes para contraindicar seu uso; (c) apenas identificar que as evidências disponíveis são insuficientes (em termos de quantidade e/ou qualidade) e sugerir que recomendações, para seu uso ou não, não podem ser levantadas considerando o conhecimento atual. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/>.

Acesso em: 16 Fev 2025.

Em síntese, o sistema NATJUS foi criado para integrar o poder judiciário e os órgãos de saúde, servido de subsídio para que o Magistrado possa realizar consultas técnicas sobre a solicitação de determinado medicamento, se o mesmo está disponível no SUS, ou, ainda, se existem outros fármacos com o mesmo princípio ativo que possam servir para atender a demanda do paciente, não obstante, o referido sistema seja utilizado de forma prioritária para tratar das demandas judiciais que envolvem o Estado no polo passivo, este pode também servir de parâmetro para as demandas contra os planos de saúde.

#### **4.1.4 Alternativas a Não Judicialização**

Tendo como objetivo principal desta pesquisa, além de debater e elucidar os motivos que levam os planos de saúde a NEGAR os medicamentos imunobiológicos, tão necessários e essenciais para dar qualidade de vida e em muitos casos manter o bem maior que é a vida do paciente, buscou-se através de inúmeras leituras e buscas alternativas para a redução da judicialização da saúde, mais especificamente, em obter o medicamento imunobiológico pelas vias administrativas de forma célere e eficaz sem a necessidade de intervenção do Poder judiciário.

Dentre as alternativas de soluções de conflitos extrajudiciais, os que poderiam ser aplicáveis ao caso em comento, seria a Mediação extrajudicial, apesar de termos no âmbito do direito a Conciliação e a Arbitragem, estas duas últimas não se adequariam ao caso, haja vista que a conciliação ocorre quando a demanda judicial já impetrada e a arbitragem é frequentemente utilizada para solucionar direitos patrimoniais disponíveis, é dizer, tudo aquilo que pode ser transacionado.

Vale ressaltar que o presente trabalho discute a negativa de medicamentos imunobiológicos por parte dos planos de saúde, logo, quem necessita de um medicamento como este, não dispõem na maioria das vezes do precioso tempo de espera, sendo assim, qualquer método de solução de conflito extrajudicial que possa ser aplicável ao caso, não pode jamais demorar, pois a sua morosidade pode levar a piora do paciente ou até a morte do mesmo.

Com o surgimento da Lei nº 13.140/2015, a mediação extrajudicial foi formalmente reconhecida no brasil como um método de solução de

conflitos extrajudicial. A referida lei, estabelece premissas de como deve ocorrer a mediação, dentre elas, a autonomia das partes, a imparcialidade e a confidencialidade incluindo a confidencialidade, a autonomia das partes e a voluntariedade do processo, vale ressaltar que a referida lei prevê a possibilidade das partes buscarem caso queiram a homologação judicial, tornando-se o termo de mediação o título executivo extrajudicial ou judicial conforme se já o caso. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm) Acesso em: 16 Fev 2025.

Diante da cultura da judicialização, e ainda, tendo em vista a provável ineficácia dos métodos existentes para evitar a judicialização da saúde, especificamente nos caso do fornecimentos de medicamentos imunobiológicos de alto custo, há de se buscar, mecanismos existentes que possam cumprir o seu papel obtendo-se eficácia necessária sem a necessidade da intervenção do poder judiciário.

A priori a mediação extrajudicial, seria, talvez, a melhor forma de se buscar resolver a negativa do plano de saúde, porém como já foi dito, isso demanda tempo e ademais a voluntariedade das partes, ou seja, ninguém pode obrigar a operadora do plano de saúde a participar de uma negociação extrajudicial.

Todavia, é possível vislumbrar mecanismos concretos de mitigação desse cenário de judicialização excessiva, desde que se adotem medidas articuladas entre os entes reguladores, os prestadores de serviço e o Poder Público. Nesse sentido, destacam-se as seguintes possibilidades:

#### **4.1.4.1 Atualização e Ampliação do Rol da ANS**

A revisão periódica do rol da ANS deve acompanhar a evolução da ciência médica e incorporar, com maior celeridade, os medicamentos e tratamentos cuja eficácia e segurança estejam comprovadas. A defasagem desse rol em relação à realidade clínica constitui uma das principais causas das negativas indevidas, e sua modernização é essencial para garantir a cobertura adequada sem a necessidade de intervenção judicial. Nem sempre o rol da ANS acompanha, adequadamente, as novas tecnologias (PORTELLA, Raphael. *Novas tecnologias e o rol da ANS*. Consultor Jurídico, 9 jun. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-jun-09/raphael-portella-novas-tecnologias-rol-ans/>. Acesso em: 22 maio 2025.)

#### **4.1.4.2 Regulamentação das Exceções à Taxatividade do Rol**

Embora o Supremo Tribunal Federal tenha firmado entendimento pela taxatividade mitigada do rol da ANS (Tema 1236 de repercussão geral), tal orientação contempla hipóteses excepcionais em que a negativa de cobertura se mostra ilegítima, como nos casos em que houver prescrição médica fundamentada, inexistência de alternativas terapêuticas no rol e comprovação da eficácia do tratamento.

A regulamentação clara dessas exceções, com critérios objetivos, já existe, o que precisa é que a mesma seja posta em prática pelos planos de saúde, pois a lei, não deixa dúvidas quanto, a regulamentação clara dessas exceções, com critérios objetivos, pode conferir segurança jurídica e orientar tanto operadoras quanto beneficiários, contribuindo para a

diminuição da litigiosidade.

Lei 14454/22 | Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022

(...) 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. § 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou Ver tópico (1 documento) II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.” (NR) Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Ver tópico (48 documentos) Brasília, 21 de setembro de 2022; 201º da Independência e 134º da República. JAIR MESSIAS BOLSONARO. Publicado no DOU de 22/09/2022. (grifos nossos)

Por outro lado, na busca por alternativas que promovam a desjudicialização da saúde, destaca-se o papel da ANS, a quem incumbe o dever de fiscalizar e de atuar na solução de conflitos entre usuários de planos de saúde e operadoras, sendo, portanto, a instância adequada a ser açãoada para intervir nessas situações.

Diante do exposto, cabe analisar quais medidas poderiam ser adotadas pela ANS no âmbito de sua competência, destacando-se, nesse contexto, o TCAC – Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta – e o NIP – Notificação de Intermediação Preliminar.

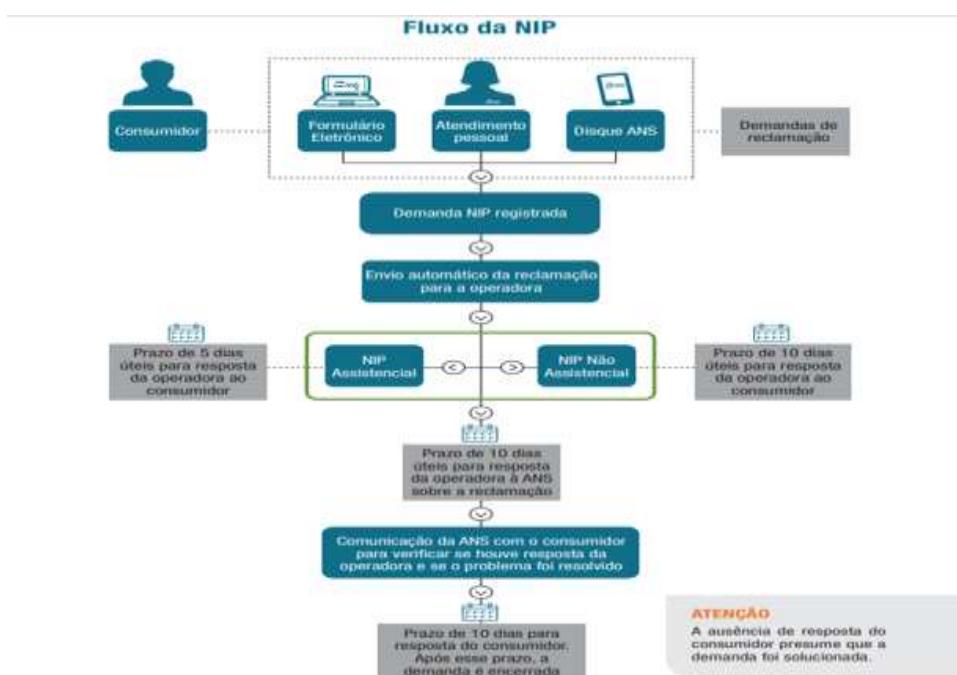
Sabe-se que o NIP corresponde à Notificação de Intermediação Preliminar, mas de que maneira esse instrumento opera em prática?

O próprio site da ANS nos responde:

Ao registrar uma reclamação, por meio da NIP - Notificação de Intermediação Preliminar, forma amigável de composição de conflitos, o consumidor terá acesso à resposta da operadora ou administradora de benefícios e poderá informar para a ANS se seu problema foi realmente resolvido. Em caso negativo, sua demanda pode virar um processo sancionador na ANS, que poderá resultar em aplicação de penalidade.

As notificações de intermediação preliminar são apresentadas na Figura 6.

Figura 6 - Fluxo da NIP – Notificação de Intermediação Preliminar



Fonte: ANS - Reclamar sobre plano de saúde (NIP)

Só a título de elucidação, a NIP assistencial refere-se a questões de cobertura de procedimentos e a NIP não assistencial abrange outras questões que, mesmo não sendo diretamente sobre a cobertura, afetam o beneficiário e podem ser resolvidas pela ANS.

Verifica-se que, para o caso de negativa de medicamento imunobiológico, o NIP é assistencial, ou seja, houve negativa expressa ou tácita da assistência solicitada, mais uma vez, nos deparamos na questão dos prazos, é necessário dizer, que para se ingressar com o NIP perante a ANS, deve o paciente antes, ter requerido de forma administrativa o medicamento do qual necessita a operadora de plano de saúde, tendo como prazo para resposta da sua solicitação 10 (dez) dias úteis. No quadro 5, são mostrados os prazos máximos para atendimento.

Quadro 5 - Prazos máximos para atendimento

<b>Serviços</b>	<b>Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)</b>
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades	14 (catorze)
Consulta/ sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/ sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/ sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/ sessão com fisioterapeuta	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime	10 (dez)

Serviços	Prazos máximos de atendimento (em dias úteis)
ambulatorial	
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato

Fonte: ANS.

Após o protocolamento do pedido perante a operadora de plano de saúde decorridos 10 dias úteis, o medicamento imunobiológico solicitado deve ser deferido, em havendo recusa esta deve ser por escrito e devidamente fundamentada, não havendo resposta, considera-se recusa tácita, bastando para comprovar o usuário ter em posse o comprovante de protocolo da solicitação do medicamento.

Observa-se assim, que após todo esse tempo o contratante poderá ingressar junto a ANS com uma reclamação formal NIP que gerará um protocolo e a operadora terá um prazo para responder ao consumidor de 5 dias úteis e a ANS 10 dias úteis respectivamente, qual o motivo da sua recusa ou da sua mudança de atitude e o consequente fornecimento da medicação pleiteada.

Senão vejamos, depois de todo esse tempo, o que menos dispõe o solicitante é de tempo para esperar, sabe-se que o paciente que necessita de tais medicamentos, como já foi neste trabalho explanado, são doenças autoimunes, doenças graves ou gravíssimas que podem deixar sequelas irreversíveis ou até levar o paciente ao óbito.

Nesse lapso temporal, muitos pacientes estão ao dessabor da dor, do sofrimento e do agravamento da sua patologia, muitos tem deixado de

trabalhar pelo agravamento da sua doença.

#### Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta:

O Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) é um acordo celebrado entre a ANS e as operadoras, pelo qual elas se comprometem a cessar a prática irregular e a corrigir eventuais danos causados.

O TCAC está previsto na Lei nº 9.656/98 e foi regulamentado pela RN nº 372/2015 e configura uma alternativa à aplicação de penalidade. É uma ferramenta regulatória que vem sendo utilizada pela ANS, porque seus efeitos são mais rapidamente percebidos pelos consumidores, na medida em que obriga a operadora a corrigir uma conduta que esteja sendo praticada em desacordo com legislação. Sua assinatura suspende o processo administrativo sancionador. <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/termos-de-compromisso/termo-de-compromisso-de-ajuste-de-conduta>.

#### 4.1.4.3 Fiscalização e Sanção das Práticas Abusivas

A atuação reguladora da ANS deve ser mais incisiva no que tange à coibição de práticas abusivas por parte das operadoras, especialmente quando estas se recusam sistematicamente a fornecer tratamentos clinicamente indicados. A imposição de sanções administrativas efetivas pode inibir condutas lesivas aos direitos dos consumidores e evitar a necessidade de ações judiciais.

Redução dos prazos do NIP para situações urgentes, não se pode

tratar situações que podem esperar da mesma maneira que se trata situações em que o paciente não pode esperar, onde ele luta contra o tempo.

#### **4.1.4.4 Educação e Capacitação dos Agentes Envolvidos**

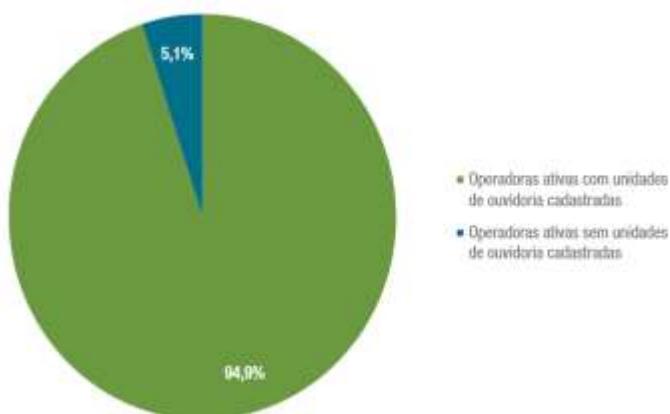
A capacitação técnica de profissionais da saúde, operadores do direito e servidores públicos sobre os aspectos legais, médicos e contratuais que envolvem o fornecimento de imunobiológicos é essencial para que se compreenda a complexidade do tema e se busquem soluções mais adequadas e menos litigiosas.

#### **4.1.4.5 Ouvidorias dos Planos de Saúde**

De acordo com a RN nº 323/2013, todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem ter ouvidoria instituída. Além disso, devem, anualmente, enviar à ANS um relatório sobre o atendimento aos seus usuários. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/canais\\_atendimento/ouvidoria-1](https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria-1). Acesso em: 09 Mar 2025.

A Figura 7, apresenta o percentual das Operadoras Ativas com Unidade de Ouvidoria Cadastrada na ANS;

Figura 7 – Operadoras Ativas Com Unidade de Ouvidoria Cadastrada na ANS



Fonte: TabNet, SIB/ANS 05/2024 e Sistema de Cadastro de Ouvidorias da ANS 05/2024

As ouvidorias das operadoras de planos de saúde desempenham um papel fundamental na mediação entre beneficiários e operadoras, garantindo um canal qualificado para a resolução de demandas e aprimoramento contínuo dos serviços prestados. De acordo com a Resolução Normativa (RN) nº 323/2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as ouvidorias possuem atribuições específicas que visam assegurar a efetividade dos direitos dos beneficiários e promover maior transparência e eficiência na comunicação entre as partes.

Dentre as principais competências estabelecidas pela RN nº 323/2023, destacam-se:

1. Atendimento e Análise de Demandas – Receber, registrar e analisar manifestações de beneficiários que não tenham sido solucionadas pelos canais regulares de atendimento da operadora.

2. Mediação e Resolução de Conflitos – Buscar soluções para as demandas apresentadas, atuando de forma imparcial e técnica na intermediação de conflitos entre usuários e operadora.
3. Monitoramento e Aprimoramento – Avaliar periodicamente as manifestações recebidas para identificar falhas operacionais e sugerir melhorias nos processos e na prestação dos serviços.
4. Relatórios e Transparência – Elaborar relatórios periódicos sobre as demandas recebidas, fornecendo à ANS e à alta administração da operadora dados relevantes para o aprimoramento do atendimento e da gestão dos serviços de saúde suplementar.
5. Garantia de Resolução Eficiente – Assegurar que as reclamações sejam tratadas de forma eficaz, respeitando os prazos e normas estabelecidos pela regulamentação vigente. Disponível em:  
<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==>. Acesso em 09 Mar 2025.

Diante do acima exposto e da crescente judicialização da saúde, tendo impacto negativo e bastante significativo tanto para as operadoras quanto para o sistema de saúde como um todo. Para mitigar esse fenômeno, as ouvidorias podem adotar medidas estratégicas, tais como:

- Fortalecimento da Resolução Administrativa – Ampliar a capacidade de resolução de demandas na esfera administrativa, garantindo respostas céleres e fundamentadas aos beneficiários, evitando, assim, a necessidade de recorrer ao Poder Judiciário.

- Atuação Preventiva – Identificar e tratar as causas recorrentes de conflitos, sugerindo melhorias nos processos internos da operadora para minimizar situações que possam gerar litígios.
- Esclarecimento de Normas e Direitos – Disponibilizar informações claras e acessíveis sobre os direitos dos beneficiários e a cobertura contratual, reduzindo dúvidas e interpretações equivocadas que possam levar a ações judiciais.
- Diálogo com Beneficiários e Entidades Representativas – Estabelecer canais de comunicação eficazes e promover ações de escuta ativa, facilitando a solução de demandas antes que se tornem litígios.
- Capacitação Contínua – Treinar as equipes da operadora para lidar com as demandas dos beneficiários de forma humanizada e assertiva, prevenindo conflitos desnecessários.

Faz-se necessário que as ouvidorias atuem de forma a buscar efetivamente a intermediação entre o paciente, o médico assistente que prescreveu a medicação e com o setor de auditoria ou outro responsável por analisar e deferir a demanda administrativa, sendo que, verificando-se qualquer dúvida sobre o fármaco receitado ou ainda, sobre sua eficácia, tal dúvida seja dirimida entre os interlocutores envolvidos, e mais, que tal situação seja solucionada no menor lapso temporal possível.

As ouvidorias, por estarem na linha de frente do relacionamento com os beneficiários, têm um papel estratégico não apenas na resolução de conflitos, mas também na melhoria contínua dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde.

Ao analisar as reclamações não solucionadas nas instâncias

ordinárias, as ouvidorias podem identificar padrões de falhas sistêmicas, como problemas recorrentes na negativa de cobertura, dificuldades no acesso a procedimentos ou falhas no atendimento. Essas informações, quando devidamente tratadas, permitem que as operadoras adotem medidas corretivas e preventivas, aprimorando seus processos internos e elevando a qualidade da assistência à saúde.

Além disso, ao promoverem um diálogo mais transparente e efetivo, as ouvidorias contribuem para a construção de uma cultura de pacificação e colaboração, reduzindo a necessidade de judicialização e fortalecendo a confiança dos beneficiários no sistema de saúde suplementar. Dessa forma, essas instâncias não apenas protegem os direitos dos consumidores, mas também impulsionam um modelo mais sustentável e eficiente de prestação de serviços de saúde.

Dessa forma, as ouvidorias, ao desempenharem suas atribuições de maneira eficiente e proativa, não apenas garantem a satisfação dos beneficiários, mas também contribuem para a redução da judicialização, promovendo um sistema de saúde suplementar mais equilibrado e sustentável.

Infelizmente o que se vê hoje na prática, é um total descaso com o cliente/paciente, quando o mesmo busca socorrer-se da ouvidoria do seu plano de saúde, não vale de muita coisa, primeiro, não tem acesso ao ouvidor ou a equipe técnica, simplesmente preenche um formulário ou envia um e-mail, de pronto, recebe uma resposta fria hoje formulada pela IA (inteligência artificial) de que a sua demanda está sob análise que que deverá aguardar o tempo necessário para que tenha a obtenção da sua

resposta.

Diante das barbaridades impostas aos usuários de planos de saúde, não é muito difícil verificar que o que se falta é mesmo boa vontade para fazer com que o mecanismo da ouvidoria possa de fato cumprir o seu papel e funcionar colaborando de maneira mais eficaz para a construção de uma cultura da paz e colaboração entre as partes contribuindo de forma eficaz para a tão almejada redução da judicialização da saúde.

#### **4.1.4.6 Fortalecimento dos Mecanismos Administrativos de Resolução de Conflitos**

A criação e ampliação de canais administrativos específicos de mediação e conciliação, como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), as Câmaras de Saúde Suplementar e os programas de mediação da ANS e do Procon, desde que que possa ter atuação específica nos diversos temas que abrangem a judicialização da saúde, buscando formas de solucionar o conflito antes mesmo que possa nascer, atentando-se para uma celeridade essencial, por se tratar de situações que envolvem na maioria das vezes urgência no atendimento e cada segundo é importante para a não piora ou óbito do paciente.

Levando-se em conta os ajustes acima citados, tais mecanismos em conjunto com a ouvidoria dos planos de saúde, poderão sim, vir a constituírem alternativas eficazes para a resolução célere e desjudicializada das controvérsias que envolvem o fornecimento de medicamentos imunobiológicos.

A adoção obrigatória de etapas conciliatórias pré-processuais poderia funcionar como filtro para demandas judiciais desnecessárias.

Portanto, embora a judicialização da saúde seja um instrumento legítimo de concretização de direitos fundamentais, ela não deve constituir a via ordinária de acesso aos medicamentos essenciais, como os imunobiológicos.

A adoção de medidas integradas, que contemplem a atuação regulatória eficiente, a atualização normativa, o fortalecimento da mediação administrativa e a educação jurídica e médica, configura-se como caminho viável e necessário para a redução sustentável da judicialização no âmbito da saúde suplementar no Brasil.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os procedimentos metodológicos adotados ao longo desta dissertação revelaram-se apropriados para a consecução do objetivo geral, qual seja, examinar a conduta das operadoras de planos de saúde no Brasil, especialmente diante das reiteradas negativas de cobertura, fomentando, a partir disso, a reflexão crítica sobre a real função atribuída a tais entidades no contexto do sistema de saúde suplementar.

Buscou-se, com o presente estudo, delimitar os contornos da atuação dessas operadoras na prestação dos serviços de saúde, considerando sua corresponsabilidade no cumprimento dos deveres constitucionalmente atribuídos ao Estado.

Buscou-se, ainda, investigar as principais implicações jurídicas e sociais decorrentes da recusa, por parte dos planos de saúde, do fornecimento de medicamentos destinados ao tratamento de doenças autoimunes, bem como identificar medidas eficazes que possam contribuir para a mitigação da judicialização da saúde no país.

Neste sentido, obteve-se resultados importantíssimos, chegando-se a achados durante a pesquisa que levam diretamente a comprovação do aumento da judicialização da saúde no Brasil, de forma que chegou a mais de 100% (cem por cento) de aumento durante os períodos compreendidos entre os anos de 2020 e 2024, especificamente envolvendo os planos de saúde privados.

Embora o relatório divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) não apresente, de forma específica, o quantitativo de ações judiciais

voltadas à obtenção de medicamentos imunobiológicos, é possível afirmar, com respaldo em estudos anteriores, que o fornecimento de medicamentos representa uma das principais causas de judicialização no âmbito da saúde suplementar.

Nesse sentido, dados do próprio CNJ, relativos ao ano de 2022, apontam que aproximadamente 8,76% das demandas judiciais em primeira instância, vinculadas à saúde suplementar, referiam-se a "Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos". Com base nessa proporção, e considerando o total de 301.383 ações ajuizadas até dezembro de 2024, estima-se que cerca de 26.400 processos possam estar diretamente relacionados à solicitação de medicamentos.

Ressalte-se, contudo, que tal estimativa tem caráter aproximativo e encontra-se sujeita a variações decorrentes da evolução dos padrões de litigância, das decisões administrativas e judiciais, bem como das políticas públicas de regulação e cobertura assistencial.

Ainda assim, o dado reforça a relevância do debate em torno da judicialização da saúde suplementar, sobretudo no que tange ao fornecimento de medicamentos de alto custo, como os imunobiológicos, e evidencia a urgência da implementação de mecanismos eficazes de regulação, mediação e resolução de conflitos.

À luz das reflexões desenvolvidas ao longo deste trabalho, é possível afirmar que a atuação das operadoras de planos de saúde, sobretudo no que tange à negativa de cobertura de tratamentos e medicamentos, tem produzido impactos profundos, especialmente sobre os pacientes, sujeitos mais fragilizados da relação contratual.

As consequências dessas negativas se desdobram em múltiplas esferas: clínicas, econômicas, emocionais e, em casos extremos, vitais, comprometendo de forma substancial a concretização do direito fundamental à saúde, previsto no art. 6º e assegurado com primazia pelo art. 196 da Constituição Federal.

A recusa injustificada ou o atraso no fornecimento de tratamentos prescritos por profissionais habilitados acarreta, frequentemente, o agravamento do quadro clínico do paciente, aumento das despesas particulares com terapias alternativas, sofrimento psíquico relevante e, em determinadas situações, risco real à vida.

Essa realidade escancara não apenas o descompasso entre a atividade assistencial prestada pelas operadoras e os ditames constitucionais, mas também revela a precariedade da regulação e da responsabilização efetiva desses entes privados quando investidos em funções de caráter público.

Não obstante, deve-se observar que tais práticas também ensejam consequências para as próprias operadoras de saúde, que passam a figurar como réis em demandas judiciais cada vez mais numerosas, resultando em condenações por danos materiais e morais.

Além disso, a atuação em desconformidade com os preceitos legais e regulamentares pode implicar em sanções administrativas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como em perda de credibilidade e de competitividade no mercado.

Dessa forma, a presente pesquisa reafirma a imprescindibilidade de um maior rigor na fiscalização da atuação das operadoras, além da adoção

de mecanismos mais eficazes para prevenir condutas abusivas, reduzir a judicialização da saúde e garantir a concretização dos direitos fundamentais dos usuários.

Ressalta-se, portanto, que a efetivação do direito à saúde, mesmo quando operacionalizado por entes privados, deve se orientar pelo princípio da dignidade da pessoa humana e pela função social da atividade econômica, conformando-se aos limites constitucionais e legais que regem a matéria.

Neste diapasão, sob a ótica da Constituição Federal, da legislação infraconstitucional pertinente, da jurisprudência pátria e da análise crítica da controvertida decisão do Superior Tribunal de Justiça – posteriormente objeto de reação legislativa por meio do Projeto de Lei n.º 2.033/2022, convertido na Lei n.º 14.454, de 21 de setembro de 2022 –, observou-se que a natureza jurídica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, deve ser compreendida de forma exemplificativa, com impacto direto na definição do papel das operadoras de saúde suplementar na cobertura de medicamentos de alto custo.

Com efeito, ainda que, que um tratamento ou medicamento não listado no rol seja coberto, é necessário: Provas de eficácia, com base em evidências científicas e plano terapêutico e recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) ou de um órgão internacional de renome.

Ao longo da pesquisa, no tocante aos objetivos específicos, foi possível constatar que, embora os planos privados de saúde possuam natureza contratual e complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS),

estão, inegavelmente, submetidos às normas de ordem pública que regem a proteção do consumidor e a efetivação dos direitos fundamentais, especialmente quando assumem a função de garantir o acesso a tratamentos essenciais à preservação da saúde dos contratantes.

A análise jurídica desenvolvida evidenciou que a recusa imotivada ou infundada à cobertura de medicamentos – inclusive os de alto custo – afronta diretamente o princípio da dignidade da pessoa humana e configura prática abusiva, vedada pelo Código de Defesa do Consumidor.

Revelou-se ainda que o posicionamento jurisprudencial, sobretudo dos tribunais superiores (STJ e STF), tem evoluído no sentido de resguardar os direitos dos consumidores, reconhecendo a responsabilidade das operadoras quando estas, investidas na função do Estado, falham em garantir o acesso integral ao tratamento médico prescrito.

A promulgação da Lei nº 14.454/2022, ao alterar a Lei nº 9.656/1998 e estabelecer critérios para a superação do rol de procedimentos da ANS, representou um importante avanço normativo, reforçando a tese de que o referido rol possui natureza exemplificativa, sobretudo diante de casos excepcionais e devidamente fundamentados.

A legislação passou a conferir maior segurança jurídica tanto para os beneficiários quanto para os julgadores, funcionando como instrumento de harmonização entre o interesse coletivo e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar.

Ainda, observou-se, por meio da análise de decisões do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) e demais tribunais pátrios, uma crescente tendência ao reconhecimento de danos morais em virtude da negativa de

cobertura, configurando-se não apenas como reparação, mas também como medida pedagógica frente ao descumprimento contratual por parte das operadoras.

Diante disso, observou-se também que a judicialização da saúde, embora muitas vezes necessária para a efetivação de direitos, é um reflexo da ausência de mecanismos mais eficazes e preventivos por parte das operadoras e dos órgãos reguladores.

A implementação de práticas administrativas transparentes, associadas a uma interpretação jurídica compatível com a Constituição Federal e com os princípios protetivos do direito do consumidor, mostra-se essencial para a construção de um modelo de saúde suplementar mais justo, equitativo e eficiente.

Portanto, é imprescindível que as operadoras de planos de saúde cumpram rigorosamente suas obrigações legais e contratuais, especialmente quando investidas nos deveres estatais, promovendo um atendimento digno, célere e eficaz.

Tal conduta não apenas preservará os direitos fundamentais à saúde e à vida, mas também contribuirá significativamente para a redução da judicialização e para o fortalecimento do sistema de saúde suplementar no Brasil.

Ao longo do estudo, evidenciou-se que a judicialização da saúde tem se consolidado como meio de efetivação do direito fundamental à saúde, diante da omissão ou atuação deficiente das operadoras de planos de saúde. No entanto, a crescente sobrecarga do Judiciário e a morosidade decorrente impõem a necessidade de repensar os mecanismos de resolução

desses conflitos de forma extrajudicial.

Constatou-se que, embora a via judicial seja um instrumento legítimo de garantia dos direitos fundamentais, ela não deve constituir o caminho ordinário para o acesso a tratamentos indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade da pessoa humana. Assim, torna-se imperioso o fortalecimento de mecanismos administrativos, preventivos e alternativos para a solução de litígios, priorizando-se a construção de uma cultura de paz e de cooperação entre operadoras e consumidores.

Entre as estratégias propostas para mitigar a judicialização excessiva, destaca-se, em primeiro lugar, a urgente atualização e ampliação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de forma a acompanhar os avanços da medicina e incorporar, com maior agilidade, medicamentos e terapias com eficácia científica comprovada. A defasagem do rol, como demonstrado, constitui uma das principais causas das negativas indevidas de cobertura, gerando insegurança jurídica e prejuízos à saúde dos beneficiários.

Em segundo plano, é imprescindível a regulamentação objetiva das exceções à taxatividade do rol da ANS, conforme previsto pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 1236 de Repercussão Geral. Estabelecer critérios claros para a aplicação da taxatividade mitigada é medida que confere previsibilidade às relações contratuais e pode reduzir a litigiosidade sem comprometer o direito à saúde.

Destaca-se também a relevância da criação e fortalecimento de mecanismos administrativos de resolução de conflitos, como os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), as câmaras de mediação da

ANS e programas de conciliação junto aos órgãos de proteção ao consumidor, os quais, se adequadamente estruturados, podem representar alternativa célere e eficaz à via judicial. A implementação obrigatória de etapas conciliatórias pré-processuais, especialmente em casos de urgência médica, surge como medida salutar na filtragem de litígios desnecessários, evitando agravamentos clínicos decorrentes da demora na prestação jurisdicional.

Do mesmo modo, é urgente uma atuação mais enérgica dos órgãos reguladores, notadamente da ANS, na fiscalização e repressão a práticas abusivas perpetradas pelas operadoras, com aplicação de sanções efetivas. A redução dos prazos de resposta aos pedidos de informação e providências (NIP) em situações de urgência também se revela essencial, tendo em vista que, no contexto da saúde, o fator tempo pode significar a diferença entre a vida e a morte.

Ressalta-se também, a necessidade de educação continuada e capacitação técnica dos agentes envolvidos, incluindo profissionais da saúde, operadores do direito e servidores públicos, para que compreendam a complexidade das questões relacionadas à cobertura de medicamentos de alto custo. A formação técnica e jurídica adequada é fundamental para a construção de decisões mais justas e sensíveis à realidade clínica dos pacientes.

Identificou-se a necessidade de adoção de medidas estruturantes, capazes de mitigar a litigiosidade e garantir maior efetividade ao direito à saúde. Entre tais medidas, destacam-se a atualização contínua do rol da ANS, a regulamentação objetiva das hipóteses excepcionais de cobertura,

o fortalecimento das ouvidorias e dos canais administrativos de mediação, bem como a atuação mais rigorosa da Agência Nacional de Saúde Suplementar na fiscalização e sanção de condutas abusivas.

Constatou-se, ademais, a importância de se valorizar os mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos, especialmente em situações que envolvam risco iminente à saúde ou à vida do beneficiário. A capacitação de profissionais da saúde, operadores do direito e servidores públicos quanto aos aspectos técnicos e jurídicos do fornecimento de medicamentos imunobiológicos mostra-se igualmente essencial para a redução de equívocos e para o aprimoramento das decisões administrativas e judiciais.

Ainda que a judicialização da saúde continue a desempenhar papel relevante na efetivação de direitos fundamentais, ela não deve ser considerada como via ordinária de acesso a tratamentos essenciais. Pelo contrário, deve ser reservada às hipóteses em que se esgotem os instrumentos administrativos disponíveis e reste demonstrada a omissão ou a resistência injustificada das operadoras em cumprir suas obrigações.

Reconhecendo, por fim, que o tema em questão não se encontra exaurido e dada a sua complexidade e atualidade, propõem-se as seguintes sugestões para futuras pesquisas:

- Estudo comparativo de sistemas regulatórios internacionais que apresentem baixos índices de judicialização da saúde suplementar, com vistas à identificação de boas práticas que possam ser adaptadas ao contexto brasileiro;

- Análise quantitativa e qualitativa do impacto da Lei n.º 14.454/2022 na redução das ações judiciais relativas à negativa de cobertura de medicamentos não incluídos no rol da ANS;
- Avaliação da efetividade das ouvidorias das operadoras de saúde como instrumentos de prevenção de conflitos e promoção dos direitos do consumidor;
- Investigação da atuação e eficácia dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), das Câmaras de Saúde Suplementar e dos programas de mediação da ANS e do Procon;
- Estudo interdisciplinar sobre os efeitos psicossociais da negativa de cobertura de medicamentos de alto custo, visando à construção de políticas públicas mais humanizadas;
- Análise aprofundada da responsabilidade civil das operadoras em face da recusa indevida de tratamento, com enfoque nos critérios de fixação de indenização por danos morais e materiais;
- Reflexão crítica sobre a complementariedade entre o sistema público e o privado na garantia do direito à saúde, à luz dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade.

Tais sugestões visam fomentar o aprofundamento acadêmico da matéria e contribuir para o aperfeiçoamento do arcabouço normativo e institucional que rege a saúde suplementar no Brasil, na perspectiva da máxima efetividade dos direitos fundamentais à saúde, à vida e à dignidade da pessoa humana.

Em síntese, conclui-se que a superação dos entraves relativos ao fornecimento de imunobiológicos pelas operadoras de saúde exige a

adoção de uma abordagem multissetorial, integrada e coordenada, que envolva a atuação legislativa, regulatória, administrativa e judicial. Apenas por meio de políticas públicas eficazes, regulação atualizada e práticas colaborativas entre os diversos atores envolvidos será possível alcançar uma redução sustentável da judicialização da saúde e assegurar, de forma ampla e efetiva, o direito fundamental à saúde, nos moldes preconizados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

#### Considerações finais

Negativa do plano de saúde ao fornecimento de medicamentos imunobiológicos, consequências e possíveis soluções para a redução da judicialização da saúde

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, João da Silva. Manual de Direito do Consumidor. 4. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2010.

ALVES, Jones Figueirêdo; MONTENEGRO FILHO, Misael. Manual das audiências cíveis. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

BAHIA, Lígia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

BAHIA, Lígia. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Joaquim Nabuco, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. Suffragium – Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará, Fortaleza, v. 5, n. 8, 2009.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à Saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SOUZA NETO, C. P.; SARMENTO, D. (Orgs.). Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2007.

BARROSO, Luís Roberto. O Novo Direito Constitucional Brasileiro: Contribuições para a Construção Teórica e Prática da Jurisdição Constitucional no Brasil. São Paulo: Saraiva, 2013.

BONAVIDES, Paulo. Curso de direito constitucional. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

CALMON DE PASSOS, José Joaquim. Art. In: Reforma do CPC. São Paulo: Saraiva, 1996.

CAHALI, Francisco José. *Curso de arbitragem: teoria geral, prática, jurisprudência, legislação*. 2. ed. São Paulo: RT, 2012.

CAHALI, Yussef Said. *Plano de Saúde – Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

CARNELUTTI, F. **Metodologia do Direito**. 1. ed. Leme/SP: CL EDIJUR, 2018.

CARNEIRO, Athos Gusmão. *Da antecipação de tutela*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

CARVALHO, Washinton Rocha de; LÉPORE, Paulo; RESENDE, Mariana Junqueira Bezerra; SOUZA, Otávio Augusto de. *Manual do Advogado Cível – Teoria e Prática*. Bahia: JusPODIVM, 2014.

CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental à saúde: Evolução, normatização e efetividade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

DE SALVO VENOSA, Silvio. *Contratos em Espécies e Responsabilidade Civil*. São Paulo: Atlas, 2004.

DIAS, José de Aguiar. *Da responsabilidade civil*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

DINAMARCO, Cândido Rangel. *Instituições de direito processual civil*. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Contratos**. 34. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

DRESCH, Renato Luís; BICALHO, Fábia Madureira de Castro. *Manual de Direito à Saúde: normatização e judicialização*. Belo Horizonte: Del Rey, 2019.

GABURRI, Fernando; DONATO DE ARAÚJO, Vaneska (coords.). *Responsabilidade Civil*. São Paulo: RT, 2008.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. Novo curso de direito civil, volume III – responsabilidade civil. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: contratos em espécie**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

GONÇALVES, Marcus Vinicius Rios. Direito processual civil esquematizado. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019 – Informações sobre saúde e acesso aos serviços de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KIMURA, Alexandre Issa. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Juarez Oliveira, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LENZA, Pedro. Direito constitucional esquematizado. 10. ed. São Paulo: Método, 2006.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. Condições gerais dos contratos e cláusulas abusivas. São Paulo: Saraiva, 1991.

LOPES, Renata Maria Gil da Silva; LOPES, José Fernando da Silva. **Planos de Saúde no Brasil: Doutrina e Jurisprudência**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MARINONI, Luiz Guilherme. Código de processo civil comentado artigo por artigo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MARTINS, Plínio Lacerda. Planos e Seguros de Saúde. 1. ed. São Paulo: Petrus, 2010.

MEZZAROBA, O.; MONTEIRO, C. S. **Manual de Metodologia da pesquisa no Direito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

NERY, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. Código de Civil Comentado. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

NERY, Nelson; NERY, Rosa Maria. Código de Processo Civil Comentado e Legislação Extravagante. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

NETO, Antônio Joaquim Fernandes. Plano de Saúde e Direito do Consumidor. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

NETO, Sebastião de Assis; JESUS, Marcelo de; MELO, Maria Izabel de. Manual de Direito Civil. Bahia: JusPODIVM, 2013.

PINOCHET, Luis Herman Contreras; PEREIRA, Ana Cristina. Planos de saúde: você conhece seus direitos? São Paulo: Paulus, 2010.

PITASSI, Sandro Lucio Barbosa; FERREIRA, Aldo Pacheco. A atuação do Poder Judiciário na concreção das políticas públicas de saneamento básico: possibilidade e limites. Saúde em Debate, v. 43, n. 4, 2019, p. 11.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Saraiva, 2012.

QUEIROZ, Rafael Mafei Rabelo; FEFERBAUM, Marina. Metodologia da Pesquisa em Direito - Técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses. 2<sup>a</sup> ed. Saraiva, 2022.

QUEVEDO, L. A. et al. **Determinantes e condicionantes sociais nos planos de saúde: análise de documentos**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1907-1916, 2017.

ROQUE, Andre; GARJADONI, Fernando; TOMITA, Ivo Shigueru; DELLORE, Luiz; DUARTE, Zulmar (orgs.). Novo CPC anotado e comparado. Tudo em um. 1. ed. Indaiatuba – São Paulo: Foco Jurídico, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SCHUMAN, Gabriel. Planos de saúde – saúde e contrato contemporaneidade. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SCHWARTZ, Gilberto; BARCELLOS, Ana Paula de. Judicialização da Saúde no Brasil: impactos e propostas para o sistema de justiça e o SUS. Brasília: CNJ, 2019.

SHAEFER, Fernanda. Responsabilidade civil dos planos & seguros de saúde. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2010.

SECCHIN, Lenise Barcellos de Mello. Agências reguladoras e contrato de gestão, limites e potencialidades. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas/ Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2015.

SESTELO, José Antonio de Freita; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 29.

SMOLEN, Josef S. et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Annals of the Rheumatic Diseases*, v. 75, n. 1.

SOARES, Natanael Dantas. A função social do contrato de plano de saúde. Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI, Fortaleza, 2010, pp. 9-12.

SILVA, José Afonso da. Comentário contextual à constituição. 4. ed. São

Paulo: Malheiros, 2007.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. *Curso de direito processual civil: teoria geral do direito processual civil e processo de conhecimento*. 47. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 14. ed. rev. atual. ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2024.

VILLAS BOAS, Marco; CECHIN, José. *Judicialização da saúde*. Palmas: Editora Esmat, 2020.

### **Consultas a Internet:**

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).** Consumidor. Começam a valer as novas coberturas dos planos de saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2331--a-partir-de-2012014-comecam-a-valer-as-novas-coberturas-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 20 jul. 2024.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil).** Resolução Administrativa nº 65, de 1 de dezembro de 2016. Dispõe sobre as normas e os procedimentos necessários aos trabalhos da Ouvidoria - OUVID. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzM1Nw==>. Acesso em: 09 mar. 2025.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil).** Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA>. Acesso em: 09 mar. 2025.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).** ANS incorpora medicamentos ao Rol. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-incorpora->

medicamentos-ao-rol. Acesso em: 22 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). ANS incorpora novas tecnologias ao Rol. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-incorpora-novas-tecnologias-ao-rol-5>. Acesso em: 22 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Setor fecha 2023 com 51 milhões de **beneficiários** em planos de assistência médica. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2023-com-51-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>. Acesso em: 26 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Detalhamento dos números do setor de planos de saúde em dezembro/2024.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fecha-2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios>. Acesso em: 26 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **DICOL – Diretoria Colegiada da ANS.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/composicao>. Acesso em: 16 fev. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Números de beneficiários por UF – Unidade da Federação.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fecha-2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios>. Acesso em: 26 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Operadoras ativas com unidade de ouvidoria cadastrada na ANS.** Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/canais-de-atendimento/ouvidoria/REAOuvitorias\\_2024.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/canais-de-atendimento/ouvidoria/REAOuvitorias_2024.pdf). Acesso em: 01 ago. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Prazos máximos para atendimento.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do>

consumidor/prazos-maximos-de-atendimento. Acesso em: 16 fev. 2025.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Relação das revisões bianuais do Rol de Procedimentos da ANS.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/historico-das-atualizacoes-1/historico-das-atualizacoes>. Acesso em: 19 abr. 2025.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Setor de planos de saúde fecha 2024 com números recordes de beneficiários.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fecha-2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios>. Acesso em: 26 maio 2025.

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil – junho/2025).** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 26 maio 2025.

**ALMEIDA, Marília.** Negativa de cobertura é maior problema dos planos de saúde. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/noticias/negativa-de-cobertura-e-maior-problema-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 20 jul. 2024.

**ALVES, F. O.** Desjudicialização da saúde: alternativas para enfrentar a judicialização. JusBrasil, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/desjudicializacao-da-saude-alternativas-para-enfrentar-a-judicializacao/788428843>. Acesso em: 19 mai. 2025.

**ARAÚJO, Clarice von Oertzen.** Contribuições do pragmatismo ao desenvolvimento das instituições. Revista Duc In Altum – Cadernos de Direito, v. 9, n. 17, 2017, p. 15. Disponível em: <https://revistas.faculdadedamas.edu.br/index.php/cihjur/article/view/463/412>. Acesso em: 21 jan. 2025.

**BADIA, Bruno Dutra.** Características do plano de saúde e satisfação dos beneficiários. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. IESS nº

0015/2008. Disponível em: [http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=284&id\\_tipo=3#.VaVYL\\_lViko](http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=284&id_tipo=3#.VaVYL_lViko). Acesso em: 20 jul. 2024.

BAHIA, Lígia. Planos de Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/planos-de-saude>. Acesso em: 26 maio 2025.

**BARROS, Natasha Mira; RESENDE, Adriano de Oliveira.** A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: EFEITO DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA NA GARANTIA AO DIREITO À SAÚDE. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 9, p. 2798–2813, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i9.11293. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11293>.

**BRASIL.** Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Decreto/D9492.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Decreto/D9492.htm). Acesso em: 09 mar. 2025.

**BRASIL.** Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 março 2015. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13105-16-marco-2015-780273-publicacaooriginal-146341-pl.html>. Acesso em: 23 jul. 2024.

**BRASIL.** Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm). Acesso em: 09 mar. 2025.

**BRASIL.** Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709compilado.htm). Acesso em: 09 mar. 2025.

**BRASIL.** Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Dispõe sobre a gestão,

organização, processo decisório e controle social das agências reguladoras. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13848.htm). Acesso em: 09 mar. 2025.

**BRASIL.** Superior Tribunal de Justiça (STJ). Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista. Brasília, 8 jun. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 22 maio 2025.

**BRASIL.** Superior Tribunal de Justiça. Cláusula que restrinja tratamentos médicos é abusiva, ainda que contrato seja anterior à Lei dos Planos de Saúde. 27 nov. 2018. Disponível em: [https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-11-27\\_09-22\\_Clausula-que-restrinja-tratamentos-medicos-e-abusiva-ainda-que-contrato-seja-anterior-a-Lei-dos-Planos-de-Saude.aspx](https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-11-27_09-22_Clausula-que-restrinja-tratamentos-medicos-e-abusiva-ainda-que-contrato-seja-anterior-a-Lei-dos-Planos-de-Saude.aspx). Acesso em: 27 maio 2025.

**BRASIL.** Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1.165.959/SP.** Relator: Min. Marco Aurélio. Julgado em 18 junho 2021. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1900817881/inteiro-teor-1900817883>. Acesso em: 28 maio 2025.

**BRASIL.** Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 657.718/MG.** Relator: Min. Marco Aurélio. Julgado em 22 maio 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>. Acesso em: 28 maio 2025.

**BRASIL.** Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Comportamento dos casos novos por ano da judicialização da saúde.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-15-anos-acoes-e-politicas-qualificam-decises-judiciais-na-saude/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

**BRASIL.** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). **Composição da CONITEC.** Disponível

em: <https://www.gov.br/CONITEC/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional>. Acesso em: 01 ago. 2025.

**BRASIL. NIP – Notificação de Intermediação Preliminar.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/receber-reclamacoes-sobre-possiveis-praticas-irregulares-de-operadoras-de-planos-privados-de-assistencia-a-saude-inclusive-administradoras-de-beneficios>. Acesso em: 16 fev. 2025.

CECHIN, José. Idosos em planos de saúde crescem de forma constante e batem recorde em número de vínculos no País. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2024. Disponível em: <https://www.ies.org.br/press-release/idosos-em-planos-de-saude-crescem-de-forma-constante-e-batem-recorde-em-numero-de>. Acesso em: 26 maio 2025.

Como a telemedicina atua no combate à desigualdade de acesso à saúde. Disponível em: <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/desigualdade-de-acesso-a-saude>. Acesso em: 27 mai. 2025

**CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ).** CNJ celebra 15 anos do Fonajus e debate sobre judicialização da saúde. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-celebra-15-anos-do-fonajus-e-debate-sobre-judicializacao-da-saude>. Acesso em: 20 maio 2025.

**CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ); INSPER.** Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insperr-CNJ.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.

**CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO (Brasil).** Portaria nº 581, de 9 de março de 2021. Estabelece orientações para exercício das competências das unidades do Sistema de Ouvidoria do Poder Executivo federal. Brasília, DF: CGU, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/ouvidorias/legislacao/portarias/portaria-no-581-consolidada-v2.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2025.

COSTA, R. J. C.; GUIMARÃES, G. M.; MACHADO, C. W.; REIS, M. H. D. G. dos. Terapias imunomoduladoras no tratamento de doenças autoimunes: uma revisão integrativa de evidências clínicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 1, n. 01, p. 13–14, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15996>. Acesso em: 27 maio 2025.

**Doenças autoimunes.** James Fernandez, MD, PhD, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/doen%C3%A7as->imunol%C3%B3gicas/rea%C3%A7%C3%A7%C3%95es-al%C3%A9rgicas-e-outras-doen%C3%A7as-relacionadas-%C3%A0-hipersensibilidade/doen%C3%A7as-autoimunes. Acesso em: 02 abr. 2024.

**FIOCRUZ. Introdução ao Sistema Único de Saúde - Módulo 2 - Aula 2.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/introducao-sus/modulo2/aula2.html>. Acesso em: 26 maio 2025.

**Fórum do Judiciário para a Saúde aprova medidas para redução da judicialização.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/forum-do-judiciario-para-a-saude-aprova-medidas-para-reducao-da-judicializacao/>. Acesso em: 09 mar. 2025.

**GARMS, Ana Maria Zauhy.** Cláusulas abusivas nos contratos de adesão à luz do Código do Consumidor. São Paulo, 1997. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/707/clausulas-abusivas-nos-contratos-de-adesao-a-luz-do-codigo-do-consumidor/2>. Acesso em: 29 jun. 2024.

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: O CAMINHO DO JURISDICIONADO AO TRATAMENTO EXPERIMENTAL.** Fernando Aragone, Lígia Maria Comis Dutra. Unisanta Law and Social Science, 7(1), 2024. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/726>. Acesso em: 22 nov. 2024.

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: PERFIL DAS DEMANDAS, CAUSAS E PROPOSTAS DE SOLUÇÃO.** Instituto de Ensino e Pesquisa – INSPER – CNJ. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2025.

**JUS NAVIGANDI.** Rol da ANS: embate entre STJ e Legislativo. 2022. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/99931/o-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude-da-agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans-e-o-embate-entre-o-stj-e-o-legislativo>. Acesso em: 22 maio 2025.

**MANUAL PRÁTICO DE MEDIAÇÃO E DESJUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: DIRETRIZES PARA GESTORES E OPERADORAS.** Disponível em: <https://www.uniara.com.br/arquivos/file/ppg/direito/producao-intelectual/producoes-tecnicas/2021/maciel-fernandes.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2025.

**Mastrodi, J.; Fulfule, E.** O problema da judicialização da saúde no Brasil: sugestão de novos rumos. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/viewFile/22425/20474>. Acesso em: 09 fev. 2025.

**MATTOS FILHO.** STJ decide pela taxatividade do rol da ANS e suas exceções. 2022. Disponível em: <https://www.mattosfilho.com.br/unico/stj-taxatividade-ans/>. Acesso em: 22 maio 2025.

**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF).** MPF recomenda à ANS providências para proteger consumidor de práticas abusivas cometidas por planos de saúde. Procuradoria-Geral da República, 4 nov. 2024. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr2/2024/mpf-recomenda-a-ans-providencias-para-proteger-consumidor-de-praticas-abusivas-cometidas-por-planos-de-saude>. Acesso em: 28 maio 2025.

**PORTELLA, Raphael Ricci.** Novas tecnologias como cláusula geral de mitigação do rol taxativo da ANS. Consultor Jurídico, São Paulo, 9 jun.

2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-jun-09/raphael-portella-novas-tecnologias-rol-ans>. Acesso em: 20 maio 2025.

Prado MS, Rocha SB, Andrade LEC. Imunogenicidade dos fármacos imunobiológicos. *Rev Paul Reumatol.* 2016 jul-set;15(3):27-37. DOI: <https://doi.org/10.46833/reumatologiasp.2016.15.3.27-37>. Acesso em: 22 jul. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 2, p. 141–157, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/tvghqpZhQ3kYDG9rzsZhVD/>. Acesso em: 27 maio 2025.

STJ - RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA: RMS 30723 MG 2009/0204663-5. Disponível em <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17676279/recurso-ordinario-em-mandado-de-seguranca-rms-30723-mg-2009-0204663-5>>. Acesso em: 22 jul.

Tema 500 - Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>. Acesso em: 10 ago 2025.

Tema 1234 - Regras e competência para ações com pedido de fornecimento de medicamentos pelo SUS. Disponível em: [https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243\\_tema1234\\_infosociedade1.pdf](https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade1.pdf). Acesso em: 10 ago 2025.

TRAVASSOS, C. M. R.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sfS4bXQSMgBF4RnfPRbm4nd/>. Acesso em: 26 maio 2025.

VARELLA, Drauzio. Planos de saúde estão num beco sem saída. *Folha de*

*S.Paulo, São Paulo, 18 out. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/amp/colunas/drauziovarella/2023/10/planos-de-saude-estao-num-beco-sem-saida-e-a-única-opção-e-a-prevenção.shtml>. Acesso em: 26 maio 2025.*

### **Jurisprudências:**

**BRASIL.** Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação cível. Cláusula contratual que exclui cobertura de tratamento médico-hospitalar – Abusividade – Incidência do CDC. Acórdão n. 0335319-9, 4<sup>a</sup> Câmara Cível, julgado em 23 maio 2001.

**BRASIL.** Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação cível. Cooperativa médica – Contrato de prestação de serviços – Não cobertura de tratamento – Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. Acórdão n. 0324266-6, 3<sup>a</sup> Câmara Cível, julgado em 14 fev. 2001.

**BRASIL.** Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Apelação cível. Plano de saúde – Direito do consumidor – Responsabilidade objetiva – Solidariedade entre os integrantes da cadeia de consumo. Processo n. 0012861-43.2010.8.19.02002, 25<sup>a</sup> Câmara Cível/Consumidor, julgado em 26 fev. 2014.

**BRASIL.** Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde – Negativa de cobertura – Paciente que necessita de procedimento (biópsia) para tratamento quimioterápico – Princípio da dignidade da pessoa humana – Direito à vida e à saúde – Súmula 96 do TJSP – Danos morais configurados – Obrigação de custeio – Recurso não provido. Processo n. 1012629-04.2023.8.26.0577, 7<sup>a</sup> Câmara de Direito Privado, São José dos Campos, julgado em 12 jan. 2024.

**BRASIL.** Superior Tribunal de Justiça. Agravo interno no recurso especial. Plano de saúde – Cobertura – Recusa injustificada – Rol mínimo de cobertura da ANS – Danos morais – Cabimento – Jurisprudência consolidada – Agravos internos não providos. Processo n. 1925823 DF 2021/0065125-5, Terceira Turma, julgado em 16 nov. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenizatória. Plano de saúde – Negativa de fornecimento do medicamento Dupilumabe para tratamento de dermatite atópica grave – Registro ANVISA – Terapia imunobiológica incluída no rol da ANS – Falha na prestação do serviço configurada – Danos morais – Quantum indenizatório fixado em R\$ 10.000,00 – Recurso desprovido. Processo n. 0844056-14.2022.8.19.0001, Quarta Câmara de Direito Privado, julgado em 18 abr. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Acre. Apelação e recurso adesivo. Fornecimento de medicamento off label. Prescrição médica – Indispesabilidade do tratamento – Ausência de cobertura no rol da ANS – Rol exemplificativo – Julgado não vinculante da Corte Superior – Danos morais – Majoração – Apelo desprovido e recurso adesivo provido parcialmente. Processo n. 0712774-53.2019.8.01.0001, Segunda Câmara Cível, Rio Branco, julgado em 25 ago. 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenizatória. Plano de saúde – Negativa de fornecimento do medicamento Dupilumabe para tratamento de dermatite atópica grave – Registro ANVISA – Terapia imunobiológica incluída no rol da ANS – Falha na prestação do serviço configurada – Danos morais – Quantum indenizatório fixado conforme razoabilidade e proporcionalidade – Recurso desprovido. Processo n. 0124744-93.2022.8.19.0001, Quarta Câmara de Direito Privado, Rio de Janeiro, julgado em 25 abr. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Apelação cível. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Plano de saúde – Medicamento de alto custo (Secuquinumabe) para tratamento de psoríase em placas graves – Rol da ANS catalogado como exemplificativo – Recusa ilegítima – Dever de resarcimento – Danos morais ausentes – Sentença reformada – Recurso parcialmente provido. Processo n. 0010024-34.2018.8.16.0035, 9ª Câmara Cível, São José dos Pinhais, julgado em 22 mai. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação cível. Ação de cobrança. Plano de saúde – Negativa de cobertura – Fornecimento de medicamento – Tratamento imunobiológico intravenoso

– Cláusula abusiva que exclui medicamento correlato – Precedentes – Honorários advocatícios mantidos. Processo n. 50170988420198210001, Porto Alegre, Quinta Câmara Cível, Relator: Isabel Dias Almeida, julgado em 15 abr. 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Apelação cível. Plano de saúde – Fornecimento de medicamento para dermatite atópica grave – Negativa – Tratamento imunobiológico subcutâneo – Sentença reformada – Dano moral configurado – Ônus sucumbenciais redistribuídos. Processo n. 0004677-67.2021.8.16.0050, Bandeirantes, 9<sup>a</sup> Câmara Cível, Relator: Alexandre Barbosa Fabiani, julgado em 16 abr. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de divergência em recurso especial. Processual civil – Fornecimento de medicamentos – Imposição de multa diária (astreintes) – Cabimento reconhecido – Representativo de controvérsia. EREsp 1097054/MS, Relator: Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, julgado em 14 nov. 2018, Primeira Seção, DJe 21 nov. 2018.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Recurso Inominado. Fornecimento de medicamentos – Impossibilidade de aplicar decisão do REsp 1.657.156/STJ – Medicamentos não incorporados ao SUS – Ausência de prova contrária – Prescrição médica especializada – Tutela antecipada mantida – Obrigaçāo do Estado de prover saúde – Risco de vida do paciente – Princípio da convivência das liberdades públicas – Sentença mantida. Processo n. 10010341420168260137, Cerquilho, Turma Recursal Cível e Criminal, Relator: Rodrigo Pares Andreucci, julgado em 15 mar. 2019, publicado em 12 mar. 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Agravo de Instrumento. Direito Constitucional e Administrativo – Ação civil pública – Fornecimento de medicamento – Tutela antecipada de caráter satisfativo – Responsabilidade solidária dos entes federativos – Medicamento Pemetrexede para tratamento de câncer – Drogas não fornecida pelo SUS – Multa pecuniária contra Fazenda Pública – Prazo razoável para cumprimento – Recurso não provido. Processo n. 10313130146910001, Relator: Áurea Brasil, julgado em 22 maio 2014, 5<sup>a</sup> Câmara Cível, publicado em 30 maio 2014.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo regimental no recurso especial. Responsabilidade civil – Plano de saúde – Recusa injustificada de cobertura – Dano moral configurado – Cláusulas restritivas interpretadas em favor do consumidor – Agravo regimental não provido. AgRg no REsp 1253696/SP, Relator: Min. Luis Felipe Salomão, 4<sup>a</sup> Turma, julgado em 18 ago. 2011.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação Cível. Plano de saúde – Negativa de cobertura para tratamento de quimioterapia oral – Beneficiário com neoplasia maligna – Glivec – Tratamento ambulatorial coberto – Cláusula limitativa abusiva – Precedentes – Recurso improvido. Processo n. 990.10.503394-6, 3<sup>a</sup> Câmara de Direito Privado, Relator: Des. Jesus Lofrano, julgado em 30 nov. 2010.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 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 da ANS – Ato estatal submetido ao regime jurídico de direito administrativo – Rol como referência básica estabelecida por lei – Aplicação subsidiária do CDC – Fixação da tese da taxatividade, em regra, com parâmetros objetivos para superação em casos excepcionais – Tratamento para autismo (ABA) com cobertura reconhecida pela ANS em resolução superveniente – Perda superveniente do interesse recursal – Embargos de divergência desprovidos. Processo n. 1.889.704/SP, 2<sup>a</sup> Seção, Relator: Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 08 jun. 2022, publicado no DJe em 03 ago. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso especial. Plano de saúde – Cobertura de medicamento de uso domiciliar – Prescrição de Risanquizumabe para tratamento de psoríase – Obrigaçāo da operadora após inclusão no rol da ANS – Negativa indevida – Recurso parcialmente provido. Processo n. 2105812/SP (2023/0393474-0), 3<sup>a</sup> Turma, Relatora: Min. Nancy Andrichi, julgado em 19 mar. 2024, publicado no DJe em 22 mar. 2024. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento\\_tipo=integra&documento\\_sequencial=236027224&registro\\_numero=202303934740](https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=236027224&registro_numero=202303934740). Acesso em: 09 fev. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Apelação cível. Direito do consumidor – Plano de saúde – Tratamento de artrite psoriática – Necessidade de aplicação de medicação em ambiente hospitalar – Negativa indevida de cobertura – Medicamento previsto no rol da ANS – Dano material e moral configurados – Indenização fixada – Reforma parcial da sentença – Sucumbência da ré. Processo n. 0031988-46.2016.8.17.2001, 5<sup>a</sup> Câmara Cível, Relator: Des. Agenor Ferreira de Lima Filho, julgado em 06 abr. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça da Bahia. Apelação cível e recurso adesivo. Ação ordinária de obrigação de fazer – Plano de saúde – Contrato anterior à Lei nº 9.656/98 – Aplicação do CDC – Negativa indevida de cobertura de tratamento – Dano moral configurado – Majoração da verba indenizatória – Reforma da sentença. Processo n. 0563933-42.2018.8.05.0001, 2<sup>a</sup> Câmara Cível, Relatora: Des. Lisbete Maria Teixeira Almeida C. Santos, julgado em 04 maio 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Ceará. Agravo de instrumento. Plano de saúde – Paciente diagnosticada com dermatite atópica – Necessidade de uso do medicamento Dupilumabe (Dupixent) – Recusa de cobertura – Rol da ANS como referência mínima – Aplicação do CDC – Decisão de tutela de urgência mantida – Recurso não provido. Processo n. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso em Mandado de Segurança. Administrativo. Mandado de segurança. Recurso ordinário. Direito à saúde. Espondilite anquilosante. Humira. Medicamento previsto na lista do SUS para tratamento de artrite reumática. Intolerância do impetrante aos medicamentos indicados pelo SUS para o tratamento de sua enfermidade. Direito líquido e certo. Presença. Segurança concedida. Recurso ordinário provido. RMS n. 30.723/MG, Segunda Turma, Relator: Min. Castro Meira, julgado em 23 nov. 2010, publicado no DJe em 01 dez. 2010.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Apelação cível. Direito civil e do consumidor. Plano de saúde. Contrato anterior à L. 9.656/98. Exclusão de cobertura de tratamento psiquiátrico. Abusividade. Danos morais configurados. Sentença mantida. Recurso a que se nega provimento. TJPE, APL n. 3714450/PE, 5<sup>a</sup> Câmara Cível, Relator: Des. José Fernandes de Lemos, julgado em 20 mar. 2019, publicado em 02 abr.

2019.

0636354-35.2020.8.06.0000, 2<sup>a</sup> Câmara de Direito Privado, Relatora: Des. Maria das Graças Almeida de Quental, julgado em 20 jul. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso em Mandado de Segurança. Administrativo. Mandado de segurança. Recurso ordinário. Direito à saúde. Espondilite anquilosante. Humira. Medicamento previsto na lista do SUS para tratamento de artrite reumática. Intolerância do impetrante aos medicamentos indicados pelo SUS para o tratamento de sua enfermidade. Direito líquido e certo. Presença. Segurança concedida. Recurso ordinário provido. RMS n. 30.723/MG, Segunda Turma, Relator: Min. Castro Meira, julgado em 23 nov. 2010, publicado no DJe em 01 dez. 2010.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DE MEDICAMENTO FORA DO ROL DA ANS. EXCEPCIONALIDADE VERIFICADA. SÚMULA 83/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. Ministro RAUL ARAÚJO, Julgado em: 19/08/2024, publicado no DJe em 02 set. 2024

BRASIL. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Apelação cível. Direito civil e do consumidor. Plano de saúde. Contrato anterior à L. 9.656/98. Exclusão de cobertura de tratamento psiquiátrico. Abusividade. Danos morais configurados. Sentença mantida. Recurso a que se nega provimento. TJPE, APL n. 3714450/PE, 5<sup>a</sup> Câmara Cível, Relator: Des. José Fernandes de Lemos, julgado em 20 mar. 2019, publicado em 02 abr. 2019.

**BRASIL.** Tribunal de Justiça de Minas Gerais. *Apelação cível. Cooperativa médica – Contrato de prestação de serviços – Não cobertura de tratamento – Aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor.* Acórdão n. 0324266-6, 3<sup>a</sup> Câmara Cível, julgado em 14 fev. 2001.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abusiva, 108

Abuso, 79

Adesão, 79

Agravamento, 20

Ambulatoriais, 69

Análise, 135

Aperfeiçoamento, 25

Arbitramento, 111

Assevera, 77

Assistente, 84

Assoberbado, 20

Atendimento, 30

Ausência, 73

### B

Beneficiários, 73

Bibliográfica, 118

Bibliográficas, 27

### C

Causador, 103

Causalidade, 98, 104

Cirúrgicos, 69

Clareza, 36

Clínicos, 69

Coercitivo, 21

Constrangimento, 99

Consumidor, 34

Consumidores, 26, 32

Consumo, 100

Contemporâneo, 24

Contextualizado, 20

Contratos, 77

Convênio, 29

Critérios, 119

**D**

- Decorrência, 104  
Desjudicialização, 12  
Dignidade, 12  
Direito, 12  
Divergência, 71  
Divisório, 29  
Documental, 12

**E**

- Educativo, 110  
Eficácia, 22  
Elementos, 82  
Empresarial, 12  
Enfermidades, 36  
Entendimento, 20  
Equilíbrio, 113  
Esferas, 71  
Espacial, 33  
Estruturas, 112

**F**

- Factível, 107  
Fármaco, 84  
Fenômeno, 118  
Fornecimento, 71  
Funcionamento, 31  
Fundamentação, 121

**H**

- Hipótese, 22  
Hospitalar, 80  
Hospitalares, 69  
Humana, 25  
Humano, 12

**I**

- Ilícito, 103  
Imprescindível, 111  
Imunobiológicos, 24  
Imunobiológicos, 12  
Indenização, 107

Indevida, 23	<b>P</b>
Industrialização, 30	Paciente, 20
Infrutífera, 107	Pacientes, 74
Inovação, 134	Panorama, 22
Instituição, 34	Pesquisa, 24
Intimamente, 32	Plataforma, 137
Investigar, 24	População, 20
<b>J</b>	Preexistente, 113
Judicialização, 20	Preservação, 80
Judicialização, 12	Prioritária, 139
<b>L</b>	Probabilidade, 82
Legislação, 23	Procedimentos, 69
Levantamento, 125	<b>Q</b>
<b>M</b>	Qualidade, 104
Medicamentos, 24, 138	<b>R</b>
Multidisciplinar, 26	Reconhecimento, 108
<b>O</b>	Referencial, 27
Operadoras, 20	<b>S</b>
	Saúde, 12

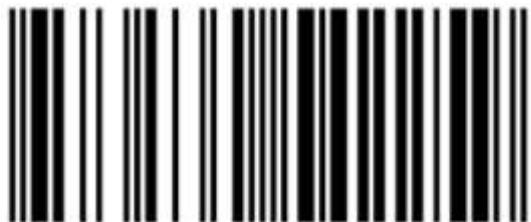
Segurança, 36	Tratamentos, 114
Sistemática, 136	Tutelas, 82
Sofrimento, 107	<b>U</b>
Subsidio, 139	Unilateralidade, 81
Sustentabilidade, 26	Usuários, 74
<b>T</b>	<b>V</b>
Taxatividade, 75	Vulnerabilidade, 104
Tecnologia, 134	

**NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE AO FORNECIMENTO DE  
MEDICAMENTOS IMUNOBIOLÓGICOS, CONSEQUÊNCIAS  
E POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA A REDUÇÃO DA  
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.  
São Paulo- SP.  
Telefone: +55(11) 5107- 0941  
<https://periodicorease.pro.br>  
[contato@periodicorease.pro.br](mailto:contato@periodicorease.pro.br)

**NEGATIVA DO PLANO DE SAÚDE AO FORNECIMENTO DE  
MEDICAMENTOS IMUNOBIOLÓGICOS, CONSEQUÊNCIAS E  
POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA A REDUÇÃO DA  
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

**B**



9786560542259