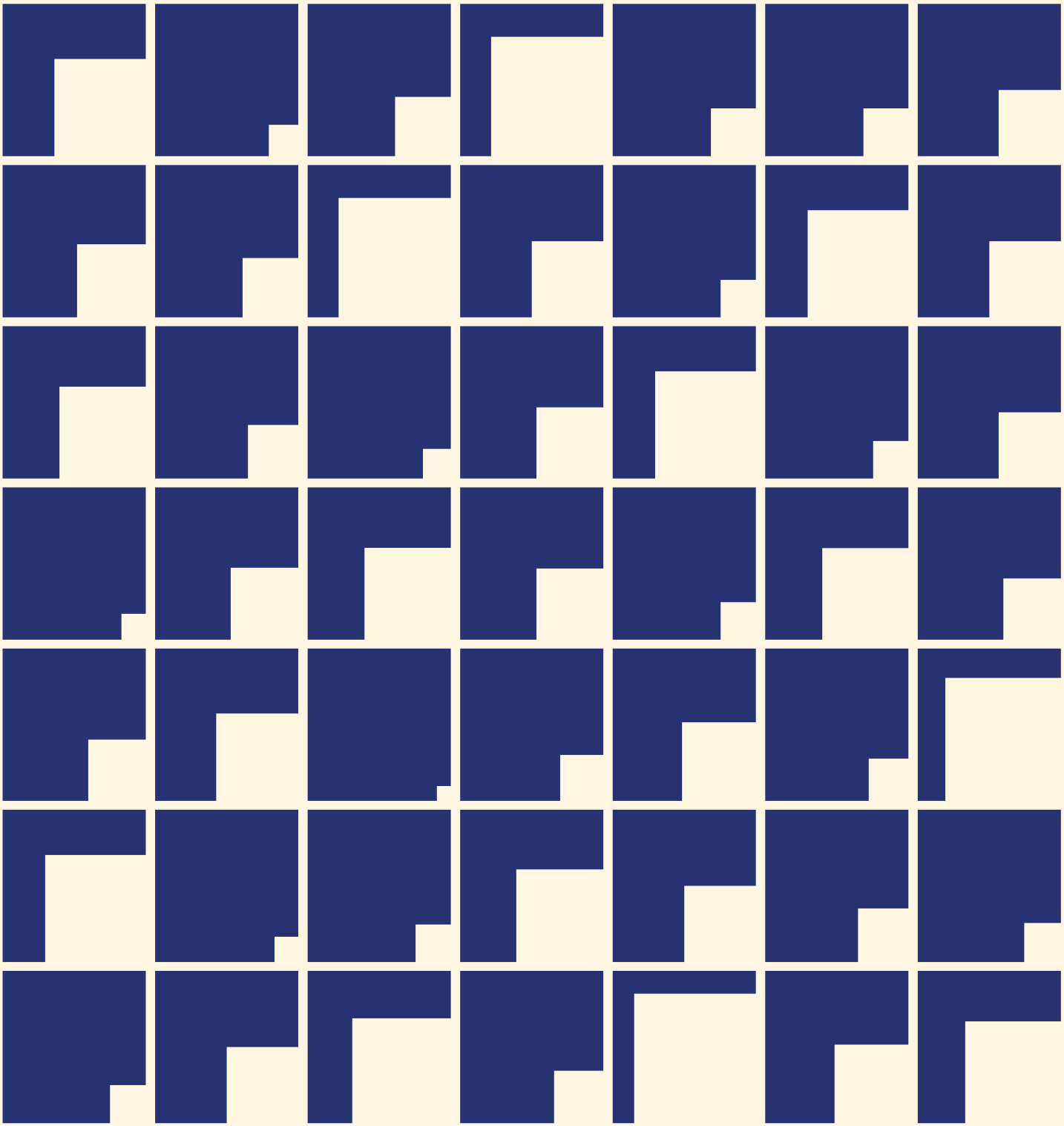
DIAGNÓSTICO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR

SUMÁRIO EXECUTIVO



JUSTIÇA PLURAL
DIREITOS HUMANOS EM FOCO

PNUD

CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Conselho Nacional de Justiça — CNJ

Presidente
Ministro Luiz Edson Fachin

Corregedor Nacional de Justiça
Ministro Mauro Campbell Marques

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

Secretária-Geral
Clara Mota Santos Pimenta Alves

Secretário de Estratégia e Projetos
Paulo Marcos de Farias

Diretor-Geral
Bruno César de Oliveira Lopes

Secretária de Comunicação Social
Gabriela Guerreiro

Coordenadora de Imprensa
Andréa Lemos

Coordenador de Multimeios
Jônathas Seixas

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

Ficha Técnica

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

Juízas Coordenadoras
Ana Lúcia Andrade de Aguiar

Diretora Executiva
Gabriela Moreira de Azevedo Soares

Diretora de Projetos
Isabely Fontana da Mota

Diretor Técnico
Igor Tadeu Silva Viana Stemler

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

Consultora responsável pela elaboração
Luciana Silva Garcia

Membros do Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde Responsáveis pelo Acompanhamento da Pesquisa (Portaria nº 245/2020)
Daiane Nogueira de Lira, Conselheira do CNJ, Coordenadora
Lívia Cristina Marques Peres, Juíza Auxiliar da Presidência do CNJ
Clênio Jair Schulze, Juiz Federal da 4ª Região
Luciana Veiga de Oliveira, Juíza Auxiliar da Presidência do CNJ

Revisão de Texto
Gabriela Amorim

Projeto Gráfico e Diagramação
Gabriella de Azevedo Carvalho

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD)

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

Consultora responsável pela elaboração
Luciana Silva Garcia

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Lista de siglas

ADI Ação Direta de Inconstitucionalidade

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS Atenção Primária à Saúde

ATS Avaliação de Tecnologias em Saúde

CMed Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CNJ Conselho Nacional de Justiça

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

DataJud Base Nacional de Dados do Poder Judiciário

DNT Doenças crônicas não transmissíveis

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

NAT Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário

NatJus Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

NIP Notificação de Intermediação Preliminar

PCDTs Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Remume Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

Rename Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RESME Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

STF Supremo Tribunal Federal

STJ Superior Tribunal de Justiça

SUS Sistema Único de Saúde

TEA Transtorno do Espectro Autista

TPU Tabela Processual Unificada

UBS Unidades Básicas de Saúde

Sumário

01 CONTEXT0, ESCOPO E METODOLOGIA DA PESQUISA 07

1.1 Os Novos Marcos Regulatórios da Jurisprudência do STF 08

1.2.Estratégia Metodológica 09

02 PANORAMA GERAL DA LITIGÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL 10

03 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR 13

3.1.Dinâmica Argumentativa e Estratégia das Operadoras 14

3.2.O Desamparo Técnico da Justiça Cível 15

04 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: FOCO NO SUS E REPERCUSSÃO DO STF 16

4.1.Concentração das Demandas e Desafio da Incorporação 17

4.2.Racionalidade Decisória e o NatJus no SUS 17

4.3.Impacto das Diretrizes do STF na Saúde Pública 17

05 SÍNTESE DOS ACHADOS E CONCLUSÕES 18

01

CONTEXTO, ESCOPO E METODOLOGIA DA PESQUISA

A judicialização da saúde no Brasil se estabeleceu como um dos principais desafios à gestão pública e suplementar, exigindo do Poder Judiciário (PJ) um esforço contínuo de racionalização. O presente relatório, fruto da parceria entre o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), visa fornecer um diagnóstico aprofundado da dinâmica litigiosa, com especial foco na saúde suplementar e no uso de apoio técnico judicial, o NatJus.

O estudo se insere em um "novo momento" da judicialização, caracterizado pela consolidação de diretrizes do Supremo Tribunal Federal (STF) que impõem a observância da Medicina Baseada em Evidências (MBE) para o deferimento de pleitos. Essas decisões reorientam a atuação do Judiciário e exigem maior rigor técnico na análise das demandas, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no setor privado.

1.1 Os Novos Marcos Regulatórios da Jurisprudência do STF

Três marcos jurisprudenciais recentes são cruciais para a compreensão do cenário atual:

Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471)

O Tema 6 consolidou a regra geral da impossibilidade de determinação judicial para o fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS (fora da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, Relação Estadual de Medicamentos Essenciais –Resme, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – Remume). Para a concessão excepcional de fármacos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas não incorporados, foram estabelecidos. **seis requisitos probatórios cumulativos.** A tese exige do autor a comprovação de negativa administrativa, ilegalidade do ato de não incorporação, não possibilidade de substituir o fármaco (ineficácia de substitutos do SUS), MBE (evidências científicas de alto nível, como ensaios clínicos randomizados), imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira. Adicionalmente, estabeleceu-se a obrigatoriedade da consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) para aferir a presença desses requisitos, sob pena de nulidade da decisão.

Tema 1.234 da Repercussão Geral (RE 1.366.243)

Essa decisão validou um acordo de autocomposição interfederativo, estabelecendo critérios objetivos de **competência jurisdicional e responsabilidade de custeio** para medicamentos não incorporados e oncológicos. A competência é fixada na Justiça Federal para tratamentos anuais iguais ou superiores a 210 salários mínimos, com custeio integral pela União. Ações de menor valor (entre 7 e 210 salários mínimos) tramitam na Justiça Estadual, com ressarcimento parcial da União. Tal decisão reafirma a exigência de MBE e impõe o controle judicial obrigatório da legalidade do ato administrativo de indeferimento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), vedada a incursão no mérito administrativo.

Julgamento da ADI 7.265 (Lei n. 14.454/2022)

Embora o julgamento tenha ocorrido após a coleta dos dados, suas diretrizes são centrais para as conclusões do relatório. O STF decidiu pela constitucionalidade da cobertura de tratamentos extra-Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas impôs a observância cumulativa de **cinco requisitos rigorosos** (prescrição, inexistência de negativa expressa ou pendência na ANS, ausência de alternativa terapêutica no Rol, comprovação de eficácia/segurança por MBE e registro na Anvisa). Notavelmente, o Tribunal alinhou os critérios do setor suplementar aos parâmetros do

SUS e tornou **obrigatória** a aferição desses requisitos mediante consulta ao NatJus ou a entes com expertise técnica, desestimulando a fundamentação exclusiva em laudos da parte autora.

1.2 Estratégia Metodológica

A pesquisa utilizou uma metodologia mista, integrando rigor quantitativo e profundidade qualitativa:

- Análise Quantitativa: Baseada em dados descritivos do DataJud (agosto/2024 a julho/2025), mapeando volume de casos novos, taxas de liminares e procedência, conciliações e tempos processuais.
- Mineração de Dados (IA): Análise de uma amostra representativa de 1.992 processos judiciais de 1º Grau (Estadual e Federal). Utilizando Inteligência Artificial (modelo Llama 3.1:405b), foram extraídas informações padronizadas sobre o objeto da demanda (medicamento, TEA, oncologia), uso de NatJus e citação de precedentes.
- Análise Qualitativa: Condução de entrevistas semiestruturadas com magistrados e magistradas federais e estaduais (de 7 UFs e 3 TRFs, selecionados por representatividade, como RS, SP, PA, AC) e representantes do setor regulatório (ANS) e suplementar (operadoras e associações de beneficiários).

02

PANORAMA GERAL DA LITIGÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

O diagnóstico dos dados do DataJud confirma a concentração e a natureza predominantemente emergencial do litígio de saúde, com o Poder Judiciário atuando como garantidor de acesso.

Em agosto de 2025, o Poder Judiciário registrava cerca de 454 mil casos novos e aproximadamente 880 mil casos pendentes no assunto Saúde. A análise da distribuição por ramo da Justiça revela uma forte concentração:

Tabela 1 – Distribuição de casos novos por ramo da Justiça (agosto/2025)

Ramo da Justiça	Casos Novos (agosto/2025)	% do Total
Justiça Estadual	405.372	89%
Justiça Federal	36.968	8%
Superior Tribunal de Justiça (STJ)	12.284	3%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DataJud.

A maioria dos novos litígios recai sobre os tribunais estaduais (89%). Essa concentração é esperada, pois a Justiça Estadual detém a competência residual para a saúde pública (litígios contra estados e municípios) e a competência integral para a saúde suplementar (litígios entre consumidores e operadoras). Consequentemente, a eficácia de quaisquer políticas judiciárias de mitigação ou qualificação das decisões depende primariamente da sua implementação coordenada nos Tribunais de Justiça (TJs).

A análise da série histórica (agosto/2024 a julho/2025) para a saúde pública mostra um pequeno decréscimo no número de casos novos, comparando meses de 2025 com 2024. Isso pode ser um indicador do efeito inicial de racionalização imposta pelas decisões do STF (Tema 1.234 em setembro/2024). A tendência observada é que as novas exigências de rigor probatório e de MBE podem estar desestimulando demandas menos robustas ou redirecionando a litigância, embora o volume total ainda seja elevado.

O Judiciário mantém uma postur favorável ao direito à saúde, caracterizada pelo alto percentual de concessão de liminares (decisões de urgência) e de procedência final dos pedidos.

Tabela 2 – Comparativo de Performance Judicial (Justiça Estadual)

Período (set/24-jul/25)	% Liminares Deferidas	% Procedência (Sentença)
Saúde Pública	~73%	~84%
Saúde Suplementar	~69.5%	~87%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DataJud

Observa-se que, apesar de uma ligeira retração no percentual de liminares deferidas e procedências na saúde pública entre os períodos de set/23-jul/24 e set/24-jul/25 (queda de 5 p.p. e 4 p.p., respectivamente), a taxa final de sucesso (procedência) permanece extremamente alta, especialmente na saúde suplementar (87%).

O fato de o percentual de procedência na saúde suplementar ter se mantido estável, enquanto o deferimento de liminares recuou, sugere que, embora o Judiciário de 1° Grau esteja mais caute-

loso na análise inicial (possivelmente devido aos novos precedentes), ele consistentemente valida as pretensões dos beneficiários em sentença. Essa alta taxa de sucesso atua como um incentivo institucional à litigância, ao mesmo tempo que sinaliza falhas estruturais e administrativas crônicas nas negativas de cobertura e no acesso.

O estudo revela uma heterogeneidade na resposta judicial em saúde, com grandes disparidades no deferimento de liminares e na procedência das ações entre as Unidades da Federação.

A análise dos extremos regionais é particularmente reveladora da influência de fatores locais na prestação jurisdicional. Na Saúde Pública (Justiça Estadual), o estado do Pará (PA) se destaca, com um percentual de deferimento de liminares próximo a 100%. Em contraste, o Acre (AC) apresenta o menor percentual, com cerca de 30%. Essa variação de aproximadamente 70 pontos percentuais demonstra que o acesso à tutela de urgência é drasticamente diferente, dependendo do estado.

Na Saúde Suplementar, Alagoas (AL) e Mato Grosso (MT) figuram com percentuais de procedência acima de 90%, enquanto o Acre, novamente, apresenta o menor percentual de deferimento de liminares (42%) e o maior percentual de indeferimento de pedidos (36%).

Essa heterogeneidade não pode ser explicada apenas pela legislação federal ou pelas súmulas do STF, que são uniformes. A diferença extrema sugere que a cultura judicial de cada tribunal, a capacidade de organização da advocacia (seja ela pública ou privada) e a eficiência da gestão de saúde local (que pode gerar menos negativas injustificadas em algumas regiões) são fatores que influenciam diretamente a intensidade e o sucesso do litígio.

A Justiça Federal (TRFs) leva mais tempo para julgar o mérito na saúde pública do que a Justiça Estadual — médias de 371 e 293 dias, respectivamente. Essa diferença é atribuída à maior complexidade técnica e ao maior valor econômico das demandas que caem sob a competência federal (acima de 210 salários mínimos, conforme Tema 1.234), exigindo maior profundidade na análise e, frequentemente, a consulta ao NatJus. Por outro lado, o Distrito Federal (DF) é o mais célere para decidir liminares na Saúde Suplementar (7,9 dias), enquanto Alagoas (AL) é o mais lento (33,9 dias).

O índice de conciliação é consistentemente baixo em ambos os segmentos de judicialização. Na Justiça Estadual, 17 estados têm um índice de conciliação na saúde pública inferior a 1%. O Rio Grande do Sul (RS), estado com o maior volume de casos novos em saúde pública, registra um índice de conciliação mínimo (cerca de 0,1%). Na Justiça Federal, a conciliação é igualmente baixa.

Na saúde suplementar, a situação se repete: as duas maiores operadoras em número de beneficiários — Hapvida (2,3%) e Notre Dame (2,5%) — apresentam os menores índices de conciliação, apesar de perderem a maioria dos casos em sentença.

O índice de conciliação baixo, combinado com a alta taxa de procedência, sugere que a judicialização é utilizada como uma estratégia de gestão de passivo pelas grandes operadoras e, em menor grau, pelos entes públicos. O custo de litigar e perder judicialmente é compensado pelo ganho obtido com o grande percentual de pessoas beneficiárias que, diante da negativa inicial, desiste do pleito ou não acessa o Judiciário. A concessão de liminares também desincentiva a conciliação por parte dos autores, que já obtiveram o bem da vida e preferem discutir apenas o dano moral em sentença.

03

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O litígio no setor suplementar é marcado por conflitos sobre a fronteira de cobertura contratual, a emergência de novas terapias e a ausência de um suporte técnico sobre produção de evidências para a Justiça Cível.

A análise da amostra de 1.992 processos pela IA revelou a distribuição dos assuntos mais demandados:

Tabela 3 – Assuntos de Pedidos na Saúde Suplementar (Amostra de 1.992 processos)

Assunto do Pedido	% de Processos (Múltiplos Pedidos)
Danos Morais/Materiais	18,7%
Medicamento	13,8%
Tratamento Médico	12,0%
Oncologia/Câncer/Tumor	16,5%
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	10,1%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DataJud

O estudo mostra que 69,4% dos processos envolvem pedidos de acesso a medicamentos ou tratamentos. Deste grupo, 50,2% referem-se a tecnologias que não estão previstas no Rol da ANS, o que confirma que o litígio se concentra nas fronteiras da cobertura obrigatória e não apenas em negativas contratuais simples.

Os pedidos relacionados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), que representam 10,1% da amostra, foram destacados pelos juízes como uma “explosão de demandas”. Esse fenômeno decorre da obrigatoriedade de cobertura ilimitada para sessões de psicologia e fonoaudiologia, mas gera litígios complexos sobre a recusa de terapias não-saúde (como equinoterapia ou musicoterapia) e a cobertura de acompanhante terapêutico escolar, que, segundo as operadoras, extrapolam a cobertura contratada.

O pedido de Dano Moral (18,7% dos pedidos) é um indicador importante de que a judicialização é, em grande parte, uma reação à conduta percebida como abusiva das operadoras. Embora os valores indenizatórios variem, as condenações por recusa indevida de tratamento raramente ultrapassam R$ 10 mil, sinalizando que o Judiciário busca equilibrar a reparação do dano com a moderação do impacto financeiro.

3.1 Dinâmica argumentativa e estratégia das operadoras

Os pedidos da parte autora se baseiam fortemente na **Autonomia Médica**, alegando que o plano pode restringir as doenças cobertas, mas não o tipo de tratamento indicado pelo profissional assistente para a patologia (conforme jurisprudência do STJ).. Também invocam frequentemente a **Dignidade da Pessoa Humana** para combater negativas em casos de urgência ou de vulnerabilidade.

As operadoras (parte ré) fundamentam suas contestações na **Taxatividade do Rol da ANS**, na exclusão contratual de insumos, órteses ou medicamentos de uso domiciliar, e na tese do **Mutualismo**, argumentando que a concessão de coberturas extra-rol onera o sistema para todas as pessoas beneficiárias.

Entrevistados e entrevistadas consideram que a estratégia das operadoras é de litigância de resistência, preferindo negar administrativamente o pedido e esperar a judicialização de um número menor de casos. Os juízes e juízas entrevistados contrapõem que o que é classificado como "litigância predatória" pelos planos é, muitas vezes, litigância repetitiva por parte das operadoras, que reiteradamente negam coberturas que sabem que serão judicialmente concedidas. A Tabela 4 ilustra essa dinâmica:

Tabela 4 – Índice de Conciliação e Litigantes de Maior Volume na Saúde Suplementar (ago/2024-jul/2025)

Operadora (Posição por Beneficiários)	% Liminares Deferidas	% Sentenças de Procedência	Índice de Conciliação
Hapvida (1º)	73%	83% (4º)	2.3% (6º)
Notre Dame (2º)	74% (3º)	88% (1º)	2.5% (5º)
Bradesco Saúde (3º)	66% (6º)	86% (2º)	10% (2º)
Unimed BH (7º)	73% (2º)	N/A	38% (1º)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DataJud

O contraste entre a altíssima taxa de perda (83% a 88% de procedência) e o irrisório índice de conciliação (< 3%) das maiores litigantes (Hapvida e Notre Dame) demonstra que a recusa sistemática e a espera pela decisão judicial é um elemento estrutural na gestão financeira dessas empresas.

3.2 O desamparo técnico da Justiça Cível

Um dos achados mais críticos é o **desamparo técnico da Justiça Cível** em lidar com a complexidade médica. Magistrados e magistradas da Vara Cível reportam que o NatJus é **inacessível** para os litígios da saúde suplementar, classificando essa ausência como um "problema grave". Sem o subsídio técnico institucional, as decisões de primeiro grau na área suplementar se apoiam em dois pilares principais:

- **Laudo do médico assistente:** Vista como a fonte técnica primária, mas cuja suficiência é questionada pelo setor e que, isoladamente, pode levar a decisões sem a devida análise de custo-efetividade ou Medicina Baseada em Evidências.
- **Jurisprudência do STJ:** A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, que interpreta a Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/98) à luz do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 469), é o principal fundamento jurídico utilizado. Julgados sobre a autonomia médica e a abusividade de cláusulas contratuais são citados de forma recorrente. A ausência do NatJus no setor suplementar e a consequente dependência do laudo privado e da jurisprudência protetiva do consumidor geram um ambiente de insegurança jurídica e incerteza regulatória que a decisão do STF na ADI 7.265 tentou endereçar, ao tornar obrigatória a consulta técnica.

04

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: FOCO NO SUS E REPERCUSSÃO DO STF

O litígio na saúde pública é predominantemente concentrado no acesso a medicamentos e na exigência de MBE para a sua concessão, sendo a Justiça Federal o campo onde o rigor técnico é mais acentuado.

4.1 Concentração das demandas e desafio da incorporação

Os dados de mineração de processos confirmam que o objeto da demanda na saúde pública é majoritariamente o fornecimento de tecnologia:

Tabela 5 – Tipos de Pedido na Judicialização da Saúde Pública (Amostra de 1.472 processos)

Pedido	Quantidade de casos	Percentual
Medicamento	1090	74,1%
Tratamento Médico	653	44,4%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do DataJud

O assunto "medicamento" é o principal foco do litígio. A análise revela que 51,3% da amostra refere-se a pedidos de medicamentos ou tratamentos que não são ofertados pelo SUS. Isso indica que a judicialização se dá, em grande parte, na fronteira da incorporação tecnológica (itens não avaliados ou rejeitados pela Conitec) e não apenas em falhas de gestão (desabastecimento de itens Rename).

Os medicamentos mais demandados são imunoterápicos de alto custo, frequentemente para o tratamento de neoplasias malignas, como o pembrolizumabe e o nivolumabe, além de produtos à base de canabidiol/THC.

4.2 Racionalidade decisória e o NatJus no SUS

Em contraste com a Justiça Cível, os magistrados e magistradas de Varas da Fazenda Pública consideram o NatJus uma ferramenta **essencial e racionalizadora**. A sua utilização é vista como crucial para fornecer a base científica (MBE) necessária para distinguir o tratamento com comprovação científica do experimental, limitando o poder discricionário do juiz e/ou juíza e conferindo maior "conforto e segurança" nas decisões.

Apesar do reconhecimento de sua utilidade, a implementação do NatJus enfrenta barreiras: persiste a resistência cultural de magistrados e magistradas que preferem o livre convencimento motivado e resistem a ter seu poder decisório limitado pela informação técnica. Outra dificuldade é a reforma e o descrédito de decisões fundamentadas em NatJus por parte de alguns tribunais de segundo grau, sob o argumento de que o órgão técnico estaria criando uma "terceira instância".

4.3 Impacto das diretrizes do STF na saúde pública

O Tema 1.234 é visto como "ótimo" e uma "diretriz" fundamental para o Judiciário. Há um esforço de estrito cumprimento dos critérios estabelecidos pelo STF por parte dos juízes de primeiro grau

No entanto, há preocupações expressas por entrevistados e entrevistadas de que as diretrizes do STF não estão sendo uniformemente observadas nas decisões de segundo grau. A eficácia da racionalização proposta pelos Temas 6 e 1.234 depende da adesão completa de todas as instâncias jurisdicionais. A inobservância ou interpretação flexível nos tribunais recursais ameaça a uniformidade e a segurança jurídica estabelecidas pelo STF.

05

SÍNTESE DOS ACHADOS E CONCLUSÕES

O diagnóstico da judicialização da saúde, em um contexto de inflexão regulatória e jurisprudencial, revela a consolidação do Judiciário como garantidor do direito, mas expõe graves desafios na gestão interinstitucional do litígio.

Conclusões-chave:

1. Judiciário pró-direito à saúde e desigualdade regional: O Poder Judiciário brasileiro tem uma postura consistentemente favorável à garantia do direito à saúde, conforme comprovado pelas altas taxas de deferimento de liminares e de procedência. Contudo, essa garantia é heterogênea, com disparidades regionais extremas, como o contraste entre Pará e Acre, sugerindo que fatores locais (cultura judicial e eficácia da gestão administrativa) são determinantes para a tutela jurisdicional.

2. Baixo índice de conciliação e litigância estratégica: A conciliação é amplamente ineficaz em ambos os segmentos (índices baixíssimos no RS e nas grandes operadoras). Isso decorre de uma estratégia de litigância de resistência por parte das operadoras e entes públicos, que preferem postergar o acesso ao tratamento até a decisão judicial, dado o alto índice de desistência administrativa das pessoas beneficiárias.

3. Lacuna crítica no apoio técnico à saúde suplementar: O NatJus é reconhecido como essencial e racionalizador na saúde pública, mas sua ausência nas Varas Cíveis que julgam a saúde suplementar (50,2% de litígios extra-rol) cria um vácuo técnico. Essa ausência força magistrados e magistradas a dependerem do laudo de assistente de medicina e da jurisprudência do STJ, enfraquecendo a fundamentação da decisão em evidências científicas, o que está em desacordo com as recentes diretrizes da ADI 7.265.

4. Centralidade da jurisprudência do STJ e desafio do STF: O STJ é a principal fonte jurídica para as decisões de primeiro grau na saúde suplementar. Já na saúde pública, as novas diretrizes do STF (Temas 6 e 1.234) representam um avanço na exigência de racionalidade. O desafio agora reside em garantir que as instâncias de segundo grau observem e apliquem plenamente esses precedentes, evitando a reforma de decisões técnicas e assegurando a uniformidade da jurisprudência.

Recomendações estratégicas para o CNJ e órgãos correlatos:

Com base nas conclusões apresentadas, as seguintes recomendações estratégicas são propostas ao Conselho Nacional de Justiça e aos demais stakeholders do sistema:

A. Aprimoramento da prestação jurisdicional e do apoio técnico

A.1. Expansão e institucionalização do NatJus na saúde suplementar

O CNJ deve promover a expansão imediata e uniforme do acesso e uso do NatJus para as Varas Cíveis. Garantir que magistradas e magistrados com competência sobre a saúde suplementar tenham acesso a pareceres técnicos ad hoc é fundamental para cumprir o requisito de consulta técnica estabelecido na decisão da ADI 7.265 e qualificar a análise de tratamentos extra-rol utilizando parâmetros da Medicina Baseada em Evidências.

A.2. Cumprimento e monitoramento dos precedentes vinculantes do STF

Recomenda-se que o CNJ intensifique as atividades formativas direcionadas a magistrados e

magistradas (incluindo o segundo grau de jurisdição) para garantir a plena compreensão e aplicação dos Temas 6 e 1.234 e da ADI 7.265. É necessário desenvolver mecanismos de monitoramento para verificar o índice de observância dessas teses, especialmente nas instâncias recursais, onde a inobservância pode minar a racionalização esperada.

A.3. Desenvolvimento de protocolos mínimos para neurodivergências

Diante do volume e complexidade das demandas relativas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras neurodivergências, o CNJ deve avaliar a criação de protocolos ou parâmetros mínimos de evidência a serem observados nas decisões judiciais. Esse esforço deve ser realizado em diálogo com as agências reguladoras (ANS e Anvisa), sociedades científicas e sociedade civil, visando mitigar a insegurança jurídica e a litigância sobre terapias não-saúde.

B. Administração da Justiça e prevenção de conflitos

B.1. Plano de estímulo à conciliação na saúde

Considerando o baixo índice de conciliação (0,1% no RS, < 3% nas grandes operadoras), o CNJ deve implementar um plano nacional de estímulo à conciliação na saúde pública e suplementar. Isso inclui a criação de Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CeJuscs) especializados em saúde e a definição de diretrizes para operadoras e entes federativos. Um estudo de caso específico sobre a experiência do Mato Grosso do Sul, com um dos índices de conciliação mais altos, é recomendado para identificar boas práticas replicáveis.

B.2. Pesquisas focalizadas em tribunais de extremo

Recomenda-se o fomento a pesquisas de estudo de caso sobre os extremos da judicialização, visando identificar as causas estruturais locais:

- Rio Grande do Sul (saúde pública): Estudo para identificar as causas da altíssima taxa de casos novos (maior do país) e o índice de conciliação praticamente nulo.
- Acre (saúde suplementar): Estudo sobre o menor percentual de deferimento de liminares e procedência de pedidos, para compreender qualitativamente a dinâmica do litígio naquele estado.

B.3. Catalogação detalhada de tecnologias de saúde

O CNJ deve catalogar o tipo de medicamento e tratamento solicitado (via inserção manual no PJe), indicando se a tecnologia consta no Rol da ANS ou se é incorporada ao SUS. Essa medida é essencial para que o DataJud produza dados gerenciais precisos sobre a fronteira tecnológica que motiva a judicialização.

C. Articulação Interinstitucional

C.1. Fortalecimento da capacidade regulatório-mediadora da ANS

Recomenda-se à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o fortalecimento de suas capacidades institucionais para ampliar e aprimorar a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) como meio eficaz de resolução administrativa. A NIP, apesar de sua eficácia inicial, é vista como um “elefante branco” por alguns, e sua atuação mais vigorosa na fiscalização e repressão de condutas das operadoras pode reduzir o volume de demandas que chegam ao Judiciário.

C.2. Diálogo CNJ e Conitec

O CNJ deve estabelecer um diálogo estruturado com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). A morosidade na análise de incorporação de novas tecnologias de saúde é um fator que impulsiona o ajuizamento de ações. A articulação entre o Poder Judiciário e a Conitec pode prevenir litígios causados pela inércia administrativa.

JUSTIÇA PLURAL
DIREITOS HUMANOS EM FOCO

P N
U D

CNJ
CONSELHO
NACIONAL
DE JUSTIÇA