

A DISSOCIAÇÃO ENTRE LUCRATIVIDADE E LITIGIOSIDADE NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: UMA ANÁLISE EMPÍRICA QUANTITATIVA

THE DISCONNECT BETWEEN PROFITABILITY AND LITIGIOUSNESS IN BRAZILIAN SUPPLEMENTARY HEALTH: A QUANTITATIVE EMPIRICAL ANALYSIS

LA DISOCIACIÓN ENTRE RENTABILIDAD Y LITIGIOSIDAD EN LA SALUD SUPLEMENTARIA BRASILEÑA: UN ANÁLISIS EMPÍRICO CUANTITATIVO

Jose Mario Wanderley Gomes Neto^{*}

Leonardo Souza da Rocha Carvalho^{**}

Franklin Façanha da Silva^{***}

1 Introdução. 2 Da saúde como direito fundamental. 3 Usuários de plano de saúde: consumidores por natureza. 4 Da judicialização da saúde suplementar. 5 Método. 6 Resultados e análise. 7 Conclusões. Referências.

RESUMO

Problema: A crescente judicialização de conflitos relacionados à saúde suplementar (planos de saúde) é causa de prejuízo para as empresas seguradoras?

Contextualização: Este estudo investiga a suposta correlação entre o desempenho financeiro das operadoras de planos de saúde e o volume de judicialização no setor entre 2020-2024.

Método: Com a utilização de dados da ANS e do CNJ, analisou-se a relação entre o lucro líquido anual das operadoras de planos de saúde (Y) e a quantidade anual de processos judiciais tratando de saúde suplementar (X). Os resultados preliminares, após tratamento

^{*} Doutor em Ciência Política e Mestre em Direito Público pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor no PPGD e no PPGDI da Universidade Católica de Pernambuco. Recife, PE, BR. E-mail: jose.gomes@unicap.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4003-856X>

^{**} Mestrando em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco. Advogado. Recife, PE, BR. E-mail: leonardosrc.adv@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6228-8734>

^{***} Mestre em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco. Advogado. Recife, PE, BR. E-mail: juridico@facanha.adv.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7417-6688>



de outliers pandêmicos, indicam uma correlação de Pearson próxima a zero, refutando a hipótese de que o aumento da litigiosidade causa, isoladamente, deterioração linear dos resultados financeiros. Tal fenômeno é, na verdade, consequência de um cálculo estratégico das empresas operadoras de seguro saúde, que se beneficiam em adiar a solução dos conflitos, apenas parcialmente resolvidos no ambiente judicial.

Conclusão: Necessidade de superação dos discursos sobre “quebra” do setor e proposta de releitura jurídico-regulatória baseada na compreensão de que a judicialização, longe de desestabilizar o mercado, atua como mecanismo de correção das assimetrias contratuais e regulatórias.

Palavras-chave: saúde suplementar; judicialização da saúde; lucratividade; rol da ANS; análise econômica do direito.

ABSTRACT

Problem: Does the growing judicialization of disputes involving supplementary health care (private health plans) cause financial losses for insurance companies?

Context: This study examines the alleged correlation between the financial performance of private health plan operators and the volume of litigation in the sector between 2020–2024.

Method: Using data from ANS and CNJ, the study analyzes the relationship between the annual net profit of health plan operators (Y) and the annual number of judicial cases concerning supplementary health care (X). Preliminary results, after treating pandemic-related outliers, indicate a Pearson correlation close to zero, thereby refuting the hypothesis that an increase in litigation, by itself, produces a linear deterioration in financial outcomes. This phenomenon is, in fact, the result of a strategic calculation by health insurance companies, which benefit from delaying the resolution of disputes that are only partially settled through judicial proceedings.

Conclusion: The findings highlight the need to move beyond recurring narratives of an alleged “collapse” of the sector and suggest a regulatory and legal reassessment grounded in the understanding that judicialization, far from destabilizing the market, operates as a mechanism for correcting contractual and regulatory asymmetries.

Keywords: supplementary health; judicialization of health; profitability; ANS roll; economic analysis of law.

RESUMEN

Problema: ¿La creciente judicialización de los conflictos relacionados con la salud suplementaria (planes de salud) ocasiona perjuicios para las empresas aseguradoras?

Contextualización: Este estudio investiga la supuesta correlación entre el desempeño financiero de las operadoras de planes de salud y el volumen de judicialización en el sector entre 2020 y 2024.

Método: Utilizando datos de la ANS y del CNJ, se analizó la relación entre la ganancia neta anual de las operadoras de planes de salud (Y) y la cantidad anual de procesos judiciales que tratan de salud suplementaria (X). Los resultados preliminares, tras el tratamiento de outliers pandémicos, indican una correlación de Pearson cercana a cero, refutando la hipótesis de que el aumento de la litigiosidad provoca, por sí solo, un deterioro lineal de los resultados financieros. Este fenómeno es, en realidad, consecuencia de un cálculo estratégico de las empresas operadoras de seguros de salud, que se benefician al postergar la solución de los conflictos, solo parcialmente resueltos en el ámbito judicial.

Conclusión: Se evidencia la necesidad de superar los discursos sobre una supuesta “quiebra” del sector y se propone una reinterpretación jurídico-regulatoria basada en la comprensión de que la judicialización, lejos de desestabilizar el mercado, actúa como un mecanismo de corrección de las asimetrías contractuales y regulatorias.

Palabras clave: salud suplementaria; judicialización de la salud; rentabilidad; rol de la ANS; análisis económico del derecho.

1 INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar no Brasil desempenha um papel constitucionalmente relevante, atuando como uma extensão da iniciativa privada no dever estatal de garantir o acesso fundamental à saúde. Sob a ótica constitucional de 1988, a saúde suplementar no Brasil não se configura meramente como um nicho de mercado tradicional, mas opera sob o estatuto jurídico de relevância pública.

Embora o artigo 199 da Constituição faculte à iniciativa privada a assistência à saúde, essa atuação ocorre de forma complementar e subordinada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso implica que, ao permitir a exploração econômica desse setor, o Estado não abdica de sua responsabilidade primária; ao contrário, ele incorpora as operadoras privadas como agentes indiretos na consecução de um direito social fundamental.

Contudo, a última década foi marcada por uma tensão crescente entre a sustentabilidade econômica das operadoras e a garantia dos direitos assistenciais dos beneficiários, muitas vezes, por meio, do aparato judicial.

Tradicionalmente, existe uma narrativa corporativa do setor que associa o aumento da judicialização à deterioração dos resultados financeiros das empresas operadoras de planos de saúde (CNJ, 2025; Cechin, 2021). O argumento central dessa narrativa político-jurídica-econômica sugere que a interferência do Poder Judiciário, ao obrigar a cobertura

de procedimentos não previstos contratualmente, desequilibraria o cálculo atuarial e seria fator suficiente para causar prejuízos financeiros sistêmicos.

É evidente que a utilização individual do plano de saúde, especialmente quando associada a tratamentos/medicamentos de alto valor, não se limita ao usuário específico, projetando efeitos diretos sobre o conjunto dos demais beneficiários.

Entretanto, os dados observados no encerramento do exercício de 2024 desafiam essa lógica linear: o setor registrou, simultaneamente, o maior volume de processos judiciais de sua história e uma recuperação robusta de sua lucratividade, superando patamares pré-pandemia.

A compreensão desse fenômeno exige uma reavaliação das premissas que regem a economia da saúde suplementar no Brasil: a coexistência de recordes de litígio e de lucro sugere que a judicialização deixou de ser uma anomalia financeira para se tornar um componente precificado do negócio.

O presente artigo tem como objetivo investigar a suposta existência de correlação estatística entre o lucro líquido das operadoras médico-hospitalares e o volume de novas demandas judiciais no período de 2020 a 2024.

Buscou-se responder se existe correlação estatística entre o volume anual de ações judiciais relativas à saúde suplementar e o lucro líquido agregado das operadoras de saúde no Brasil.

A relevância dessa análise reside na necessidade de desmistificar discursos que, sob o pretexto de solvência financeira, podem mascarar ineficiências de gestão e justificar barreiras de acesso abusivas aos consumidores.

Por sua vez, a hipótese central trabalhada é a de que o setor migrou para um modelo de "precificação do risco jurídico", em que os custos da judicialização são repassados integralmente aos consumidores via reajustes, permitindo a manutenção das margens de lucro independentemente do volume de processos.

2 DA SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

O direito à saúde está alçado à condição de direito fundamental no ordenamento jurídico, sendo reconhecido não apenas como a ausência de doença, mas sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Figueiredo, 2010).

O direito fundamental à saúde está formal e materialmente consagrado na Constituição brasileira como um imperativo de tutela da vida e da dignidade humana, pois a eficácia plena desse direito, que abrange ações de promoção, prevenção e recuperação, está no cerne do debate jurídico, confrontando a promessa constitucional de universalidade, seja na saúde pública, seja na saúde suplementar (Sarlet; Figueiredo, 2008).

Esse direito opera em uma dialética constante entre a liberdade individual (escolha de tratamento e estilo de vida) e a igualdade social (medidas sanitárias coletivas e acesso isonômico), dependendo intrinsecamente do grau de desenvolvimento econômico e cultural do Estado para sua efetivação. A simples declaração constitucional desse direito é insuficiente sem a definição de estruturas estatais que garantam seu conteúdo material (Dallari, 1988).

Buscam-se continuamente critérios seguros para determinar o cumprimento das prestações positivas de saúde, visando a garantir o mínimo existencial e assegurar que as omissões estatais não comprometam o núcleo essencial do direito em face de sua inegável relevância social (Figueiredo, 2010).

Seu caráter fundamental possui uma dupla dimensão: a material, que o estabelece como um pressuposto da vida digna, sendo essencial para o pleno desenvolvimento da pessoa humana e para o exercício dos demais direitos; e a formal, decorrente de sua positivação constitucional, que lhe confere a mais alta hierarquia normativa e a prerrogativa da aplicabilidade imediata contra a inércia ou a omissão estatal (Sarlet; Figueiredo, 2008).

É garantia que se impõe ao Poder Público mediante um complexo dever de proteção e promoção, que deve ser concretizado por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.

No Brasil, tal direito fundamental à saúde se manifesta por meio de um sistema dual.

A primeira dimensão, de caráter universal e social, é corporificada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é o mecanismo institucional do Estado para assegurar o acesso integral, universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para toda a população. O SUS baseia-se na solidariedade social e na responsabilidade pública, devendo prover serviços de recuperação, prevenção e promoção em todos os níveis de complexidade (Sarlet; Figueiredo, 2008).

Nessa dimensão, a implementação das políticas públicas de saúde cristaliza o núcleo essencial do direito à saúde, notadamente aquele ligado ao mínimo existencial e à proteção da vida com dignidade, que não pode ser tolhido pela mera alegação de falta de recursos (Figueiredo, 2010).

A segunda dimensão do acesso à saúde, por sua vez, *a saúde suplementar*, permite que a iniciativa privada complemente o sistema público de saúde por meio de planos e seguros, mediante o custeio de tratamentos executados por prestadores privados, sujeitando-se, contudo, à regulamentação do Estado (p. ex., pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), dada a relevância pública da atividade e o caráter fundamental do bem que é tutelado (Sarlet; Figueiredo, 2008). “[A] constitucionalização da saúde como direito fundamental de aplicabilidade imediata ensejou altos índices de judicialização nas esferas privada e pública” (Gomes Neto *et al.*, 2019, p. 224).

O acesso à saúde suplementar possui caráter de direito fundamental, razão pela qual não pode ser renunciado. Dessa indisponibilidade decorre que interesses econômicos não podem se impor sobre a prestação adequada do cuidado em saúde, sob pena de se comprometer a natureza essencial desse serviço (Santos; Albuquerque, 2021).

O setor suplementar, apesar de privado, não opera em lógica contratual puramente civilista. Trata-se de atividade de relevância pública, conforme determinado no art. 197 da Constituição Federal, sujeita à intervenção regulatória (Agência Nacional da Saúde Suplementar - ANS).

Portanto, a efetividade do direito à saúde se manifesta como um direito fundamental subjetivo que pode ser exigido judicialmente contra o Estado ou no âmbito da saúde suplementar contra as empresas operadoras de planos de saúde, nas hipóteses de suposta lesão ou ameaça à sua concretização.

3 USUÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE: CONSUMIDORES POR NATUREZA

A relação jurídica estabelecida entre o usuário e a operadora de plano de saúde é, por excelência, uma relação de consumo, encontrando seu alicerce nos artigos 2º e 3º da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor - CDC).

O usuário de plano de saúde enquadra-se perfeitamente na definição de consumidor (destinatário final), enquanto a operadora, que presta serviços de assistência à saúde mediante remuneração, subsume-se ao conceito de fornecedor.

Essa premissa legal retira o contrato da esfera puramente civilista (em que se presume a igualdade entre as partes) e o transporta para a tutela consumerista, na qual se reconhece, ab initio, o desequilíbrio estrutural entre os contratantes (Pfeiffer, 2001). O indivíduo, ao contratar a proteção de sua saúde, encontra-se em uma posição de fragilidade informacional, dependendo inteiramente da boa-fé e da expertise da operadora para a garantia de sua integridade física e vida (Lavecchia, 2019).

O fundamento dessa interpretação reside no *princípio da vulnerabilidade*, consagrado no artigo 4º, I, do CDC. No contexto da saúde suplementar, essa *vulnerabilidade é multifacetada*: ela é (1) técnica, pois o paciente desconhece os meandros da medicina e da auditoria médica; e é (2) jurídica, dado que não possui domínio sobre a complexa engenharia contratual e regulatória (e, frequentemente, econômica).

Ademais, a natureza contratual reforça essa condição de submissão: trata-se aqui de contratos de adesão, nos quais as cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pela provedora, suprimindo a autonomia da vontade do usuário no que tange à discussão do conteúdo pactuado. Essa rigidez contratual, aliada à essencialidade do serviço prestado, exige que o Estado intervenha para resolver o desequilíbrio relacional apenas a favor da operadora e proteja a saúde como direito fundamental (Pfeiffer, 2001).

A aplicação do CDC serve como um mecanismo de recomposição do equilíbrio, permitindo a revisão de cláusulas abusivas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada: a condição de consumidor garante ao usuário de plano de saúde, diante de alegadas ameaças ou violações a seus direitos, uma forte proteção por parte do Poder Judiciário (Kozan; Magalhães, 2022).

A jurisprudência pátria já solidificou esse entendimento, culminando na edição da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça (STJ). A Corte Superior pacificou que: "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão". Esse enunciado sumular é a prova cabal de que o sistema jurídico brasileiro não apenas reconhece a condição de consumidor do usuário, mas também impõe ao Judiciário o dever de interpretar as normas contratuais da maneira mais favorável ao aderente (art. 47 do CDC), protegendo-o contra negativas de cobertura injustificadas e reajustes aleatórios.

O reconhecimento do usuário de plano de saúde como consumidor não é mera formalidade, mas uma garantia de dignidade. Ao enquadrá-lo na hipótese normativa de proteção, o ordenamento jurídico assegura que o lucro da atividade empresarial não se sobreponha ao direito à vida (Pfeiffer, 2001).

A vulnerabilidade inerente ao paciente, agravada pelo momento de dor ou doença, demanda uma tutela jurídica qualificada, transformando o CDC em um escudo indispensável contra o arbítrio econômico, assegurando que o contrato cumpra sua função social primordial: a preservação da saúde humana (Mandarino *et al.*, 2015).

4 DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Martinez (2018) aponta que a judicialização da saúde suplementar cria um impacto econômico, visto que as decisões judiciais poderiam afetar o equilíbrio financeiro dos contratos de planos de saúde e gerar efeitos para todo o universo de beneficiários vinculados a uma operadora¹.

A alta taxa de litigância na área de saúde surge do conflito entre a tutela de direitos contratuais/fundamentais, dos beneficiários das operadoras, e as negativas operacionais baseadas em cláusulas e equilíbrio financeiro que “desborda na teoria da reserva do possível” (Andrade; Fonseca, 2021). Essa dualidade sempre será uma constante, em que sempre será pedida a intervenção da justiça brasileira, quando alguma das partes se sentir lesada.

Em muitos casos, a intervenção judicial nos contratos de saúde se mostra bastante positiva, principalmente quando confrontado pelo universo de beneficiários das

¹ Como dito por Milton Friedman, em seu discurso como ganhador do prêmio Nobel em economia de 1976, “não existe almoço grátis”. Independentemente da posição político-econômica do estado ou gestor, sempre existirá um custo, ainda que não visível aos seus beneficiários.

operadoras em razão de direitos fundamentais feridos por cláusulas contratuais abusivas que comprometam a própria função do contrato (Nunes *et al.*, 2021).

Entretanto, o fenômeno da judicialização da saúde suplementar no Brasil não deve ser interpretado simplesmente como um mero excesso de litigância por parte dos cidadãos, que poderia desestabilizar o sistema e causar graves danos econômicos aos atores envolvidos (Cechin, 2021; Cruz; Lima, 2022; CNJ, 2025), mas sim como o sintoma agudo de uma patologia estrutural no mercado de saúde suplementar.

[...] a maioria destes processos judiciais [que buscam benefícios para a saúde dos usuários] têm sido exitosa em favor dos demandantes, em grande parte em razão de interpretação expansiva do direito à saúde que tem sido adotada em todos os níveis do Judiciário brasileiro, da instância mais baixa ao Supremo Tribunal Federal (Ferraz, 2011, p. 46).

Ferraz (2011) deixa claro que a alta taxa de êxito judicial dos usuários reforça a hipótese de que a judicialização está relacionada não ao abuso do direito de ação, mas à falha sistemática das operadoras em cumprir com as obrigações contratuais e regulatórias.

Há, na verdade, uma crise de efetividade contratual, em que a prestação jurisdicional se torna, forçosamente, uma extensão do tratamento médico. As operadoras, inseridas em uma lógica de maximização de lucros e de contenção de sinistralidade, frequentemente adotam interpretações administrativas próprias, restritivas de coberturas e de procedimentos, criando um gargalo institucional que deságua inevitavelmente no Poder Judiciário.

Frequentemente, mencionam que a concessão de coberturas não previstas afeta o mutualismo do contrato, impactando todas as pessoas beneficiárias. Também alegam sofrer um desequilíbrio econômico-financeiro causado pela judicialização, chegando a argumentar que “vão quebrar”. No entanto, há ressalva sobre a falta de provas para sustentar esse argumento (CNJ, 2025, p. 75).

Não se trata de um prejuízo à atividade empresarial supostamente causada por uma escolha do consumidor; do contrário, trata-se de um fluxo processual imposto de forma estratégica e deliberadamente pela negativa de direitos fundamentais à saúde, realizada no âmbito administrativo. “[Verifica-se] o grau de responsabilidade do Poder Judiciário quando se trata da problemática envolvendo planos e seguros privados de saúde, uma vez que esse se tornou o espaço de discussão e reivindicação dos consumidores” (Alves *et al.*, 2009, p. 288).

A conduta das empresas operadoras revela, muitas vezes, uma estratégia deliberada de gestão de custos por meio da negativa de cobertura (o chamado managed care) e de administração judicial de débitos. Esse raciocínio corresponde ao inadimplemento

eficiente, uma vez que a judicialização não é “custo imprevisto”, mas sim custo administrado (Almeida, 1996).

Argumentos técnicos e administrativos são utilizados de forma sistemática para negar tratamentos de alto custo, mesmo quando prescritos por médico assistente e com eficácia comprovada pela ciência: ao transferir para o paciente o ônus de lutar pelo custeio de materiais cirúrgicos ou terapias oncológicas, a operadora aposta na desistência ou na morosidade burocrática, convertendo a gestão da saúde em uma gestão de risco jurídico.

Como se trata de um instrumento jurídico voltado para as situações de urgência, a busca da Justiça tende a ocorrer no limite da necessidade do usuário de plano de saúde, como diante de uma negativa de cobertura específica para o seu caso concreto, ou da impossibilidade de pagar um aumento ilegal, ou ainda na iminência de ter seu contrato rescindido etc. (Alves *et al.*, 2009, p. 283).

Nesse cenário, a vulnerabilidade do paciente atinge seu ápice, uma vez que o consumidor que busca o Judiciário geralmente o faz em momento de extrema fragilidade física e psicológica, premido pela urgência de uma doença grave.

A recusa administrativa da operadora não gera apenas um mero inadimplemento contratual, mas uma angústia existencial que agrava o quadro clínico, em que a judicialização se torna, portanto, um ato de desespero e sobrevivência e a jurisdição passa a ser o instrumento vital para garantir a continuidade da vida, subvertendo a lógica de que o contrato deveria, por si só, prover a segurança esperada (Kozan; Magalhães, 2022).

Nos casos mais críticos, o judiciário converte-se em, apenas, uma etapa do ciclo assistencial, funcionando como instância necessária para viabilizar procedimentos prescritos para os beneficiários das operadoras.

O escopo, contudo, é essencialmente econômico, pois trata de uma lógica de inadimplemento eficiente: por exemplo, sob a ótica financeira de muitas operadoras, é matematicamente mais vantajoso negar a cobertura de mil procedimentos e enfrentar cem ações judiciais (mesmo perdendo a maioria delas) do que custear administrativamente todos os mil tratamentos solicitados. Essa estratégia de “gestão de risco” tem um objetivo: dirimir os custos.

A prática do ilícito contratual é precificada e incorporada ao *business plan* da empresa. O custo de litigar e eventualmente pagar indenizações é, frequentemente, inferior à economia gerada pelas negativas em massa, que não são contestadas judicialmente pelos consumidores que desistem ou faleceram precocemente, antes ou durante o processo.

Essa vantagem econômica é sustentada pela timidez das sanções aplicadas. Embora o Judiciário brasileiro seja, em regra, favorável ao consumidor na garantia do tratamento, as condenações por danos morais costumam ser fixadas em patamares módicos,

insuficientes para exercerem a função pedagógica e punitiva (punitive damages) necessária para desestimular a reincidência.

Ao perceber que a indenização por negar uma cirurgia vital é um valor irrisório frente ao seu faturamento global, a operadora "compra" o risco de violar a lei, transformando a condenação judicial em um mero custo operacional variável, e não em uma sanção repressiva eficaz.

Kozan e Magalhães (2022) apontam que o Poder Judiciário atua preponderantemente como um mecanismo de *enforcement* da regulação setorial em que a litigância massiva não desestabiliza o sistema, mas corrige assimetrias de mercado e falhas na atualização do Rol de Procedimentos, garantindo o acesso a tratamentos efetivos, que sofrem negativas abusivas por parte das operadoras.

A judicialização soluciona apenas parcialmente o conflito, uma vez que o Poder Judiciário atua na proteção do indivíduo usuário de plano de saúde, no caso concreto, por meio de decisões mandamentais que obrigam o custeio, mas falha em corrigir a postura sistêmica do segmento empresarial securitário, que se beneficia da própria conduta, sem incentivos institucionais concretos que promovam o respeito ao usuário consumidor e aos seus direitos.

Enquanto a prática do ilícito for financeiramente atrativa e a regulação administrativa insuficiente para coibir abusos em larga escala, os tribunais continuam abarrotados. O consumidor vence a batalha processual e obtém sua cura física, mas o sistema de saúde suplementar permanece enfermo, lucrando e utilizando o processo judicial como uma etapa calculada de sua cadeia de negócios.

5 MÉTODO

A pesquisa empírica que deu origem a este trabalho adotou uma abordagem quantitativa descritiva e inferencial, utilizando dados secundários de fontes oficiais governamentais para construir a série histórica de 2020 a 2024², codificadas como variáveis quantitativas contínuas (Gomes Neto *et al.*, 2023).

Quadro 1 – Fontes dos dados utilizados na pesquisa

Tipo de Dado	Fonte Principal	Relatório Específico
Lucro / Prejuízo	ANS (Governo Federal)	<i>Prisma Econômico-Financeiro / Demonstrações Contábeis</i> ³

² Não foram incluídos no estudo anos anteriores porque o CNJ só passou a monitorar os dados acerca dos processos sobre a judicialização da saúde suplementar em sua série histórica a partir do ano de 2020.

³ Cf. Brasil (2026).

Vol. de Processos	CNJ (Judiciário)	Justiça em Números / DataJud ⁴ (Assunto: Direito Civil > Saúde Suplementar)
-------------------	------------------	---

Fonte: elaboração dos autores.

Para os dados financeiros, utilizou-se o lucro líquido agregado das operadoras de plano de saúde médico-hospitalares, extraído dos relatórios publicados periodicamente pela ANS.

Quadro 2 – Modelo quantitativo

Ano	Lucro Líquido do Setor (R\$ Bilhões)	Qtd. Processos Judiciais Novos Saúde Suplementar	Contexto Econômico
2020	17,55	141261	Pandemia: Queda drástica de uso (sinistralidade baixa)
2021	2,63	147887	Retomada de procedimentos eletivos
2022	-0,52	170888	Crise de sinistralidade (Pior resultado)
2023	1,92	231555	Recuperação via reajustes
2024	10,19	303233	Explosão de judicialização e lucro recorde pós-pandemia

Fonte: elaboração dos autores.

Para os dados de litigiosidade, foram compilados os números de novos processos distribuídos anualmente referentes à saúde suplementar, com base em dados painéis disponíveis no DataJud do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Quadro 3 – Levantamento dos dados

Levantamento de Dados:
Financeiros: Lucro líquido agregado do setor (Fonte: ANS).
Jurídicos: Volume de novos processos sobre saúde suplementar (Fonte: bases DataJud).
Tratamento Estatístico: Cálculo da correlação de Pearson.

Fonte: elaboração dos autores.

A ferramenta estatística utilizada foi o coeficiente de correlação de Pearson (r), aplicado para medir a força e a direção da relação linear entre as duas variáveis (valor do

⁴ Conselho Nacional de Justiça (2026).

lucro líquido e quantidade total de processos novos sobre saúde suplementar no ano) na série histórica (Levin *et al.*, 2012), com escopo de entender se existe uma relação direta entre o lucro das empresas e o número de processos: *as empresas operadoras de plano de saúde lucram mais ou menos, se são mais ou menos processadas pelos usuários de planos de saúde?* “Com a ajuda do coeficiente de correlação de Pearson (r), podemos determinar a intensidade e a direção da relação entre as variáveis X e Y, ambas medidas no nível intervalar” (Levin *et al.*, 2012, p. 304).

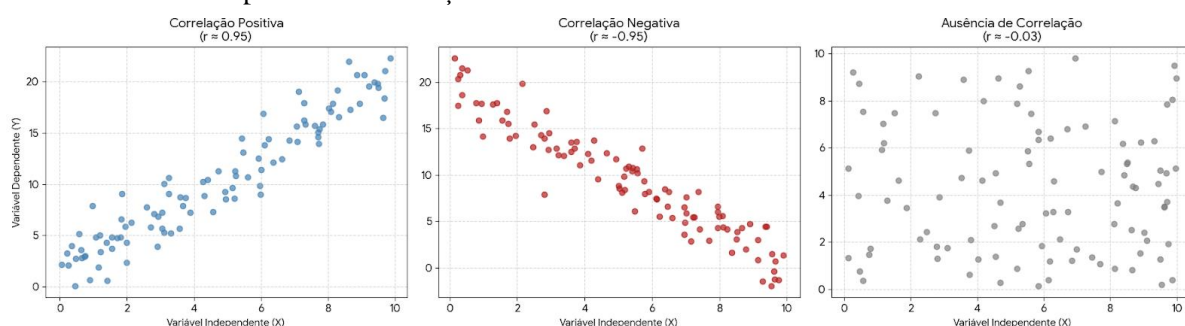
O teste de correlação de Pearson (r) é, assim, a ferramenta quantitativa adequada para medir a existência (ou não) de uma relação linear entre duas variáveis quantitativas contínuas ou escalares, demonstrando se a variação verificada nos valores de uma causa variação nos valores da outra (Gomes Neto *et al.*, 2023; Levin *et al.*, 2012).

Utilizamos o r para estabelecer a existência de uma associação empírica robusta, uma condição necessária, porém não suficiente, para a inferência causal. Portanto, um r forte nos diz que a variação em X é um preditor confiável da variação em Y, servindo como base fundamental para modelos mais complexos.

Assim, o coeficiente de correlação de Pearson (r) constitui a medida de associação bivariada mais parcimoniosa e amplamente utilizada nas ciências sociais e sociais aplicadas para examinar a intensidade e a direção do relacionamento entre duas variáveis quantitativas de nível intervalar ou de razão (Gomes Neto *et al.*, 2023; Levin *et al.*, 2012).

O teste de correlação de Pearson (r) consolida-se como o método estatístico paramétrico padrão para avaliar a força e a direção da associação linear entre pares de dados. Sua aplicação é estritamente desenhada para variáveis quantitativas contínuas ou escalares, como altura, temperatura, tempo ou renda (Levin *et al.*, 2012; Figueiredo Filho; Silva Júnior, 2009).

Gráfico 1 – Exemplos de correlações



Fonte: elaboração dos autores.

Ao calcular um coeficiente que varia entre -1 (correlação negativa perfeita) e $+1$ (correlação positiva perfeita), passando pelo valor 0 (ausência de correlação), essa ferramenta transcende a simples observação gráfica (Gomes Neto *et al.*, 2023; Levin *et al.*, 2012).

O coeficiente de correlação Pearson (r) varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Uma correlação perfeita (-1 ou 1) indica que o escore de uma variável pode ser determinado exatamente ao se saber o escore da outra. No outro oposto, uma correlação de valor zero indica que não há relação linear entre as variáveis (Figueiredo Filho; Silva Júnior, 2009, p. 119).

Do ponto de vista interpretativo, o valor de r tem a capacidade de demonstrar como a variância de uma variável se comporta em sincronia com a variância da outra, validando a existência (ou não) de um padrão sistemático de interdependência (Gomes Neto *et al.*, 2023; Figueiredo Filho; Silva Júnior, 2009). Em termos gerais, quaisquer mudanças nos valores de determinada variável também seriam acompanhadas de mudança nos valores da outra variável, no mesmo sentido ou em sentido contrário.

Por exemplo, quando o teste aponta uma correlação forte (positiva ou negativa), infere-se que as flutuações nos valores da variável independente estão estatisticamente atreladas às mudanças na variável dependente, permitindo previsões confiáveis dentro de um modelo linear.

Cumprir destacar que os valores monetários foram analisados em termos nominais, sem a aplicação de deflacionamento por índice inflacionário. Em análises econômicas de séries temporais, tal procedimento pode influenciar a interpretação da variação real das grandezas observadas.

Todavia, no presente estudo, o objetivo não consiste na aferição do ganho ou da perda real do poder econômico das operadoras, mas sim na verificação da existência, ou não, de correlação estatística entre o lucro e a quantidade de demandas judiciais.

Dessa forma, a utilização de valores nominais não compromete a análise proposta, uma vez que o foco recai sobre o comportamento relacional entre as variáveis, e não sobre a sua variação real ao longo do tempo, razão pela qual a ausência de ajuste inflacionário não altera a conclusão quanto à inexistência de correlação significativa entre os dados examinados.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

A análise metódica dos dados financeiros agregados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revela uma trajetória de volatilidade atípica no lucro líquido das operadoras nos últimos cinco anos, evidenciando uma relação com a dinâmica epidemiológica e comportamental imposta pela pandemia da Covid-19.

Inicialmente, observou-se um acentuado crescimento em 2020, em que o lucro líquido atingiu patamares históricos, não devido a um ganho de eficiência operacional, mas à queda abrupta na taxa de sinistralidade. O isolamento social e o receio do contágio provocaram o represamento massivo de procedimentos eletivos e consultas, gerando um

excedente de caixa circunstancial que mascarou, temporariamente, os desafios estruturais do setor.

No entanto, o período subsequente impôs uma correção severa a essa curva: à medida que as restrições sanitárias arrefeceram, o sistema absorveu não apenas a demanda reprimida, mas também um aumento substancial nos custos assistenciais, impulsionado pela incorporação de novas tecnologias e pelo aumento da variação dos custos médico-hospitalares.

Gráfico 2 – Resultados financeiros das operadoras



Fonte: imagem extraída do site da ANS do Painel Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2026).

A partir dessa constatação descritiva, foi aplicado o teste de correlação de Pearson (r)⁵ para checar se os lucros líquidos anuais das operadoras são afetados pela variação da intensidade da judicialização de conflitos envolvendo a saúde suplementar.

Quadro 4 – Teste de correlação de Pearson (r)

Variável X: Lucro Líquido

Variável Y: Quantidade de Novos Processos - Saúde Suplementar

Resultado do Teste (Pearson- r): A correlação observada é inexistente ($-0,004$) e estatisticamente excludente de qualquer causalidade direta.

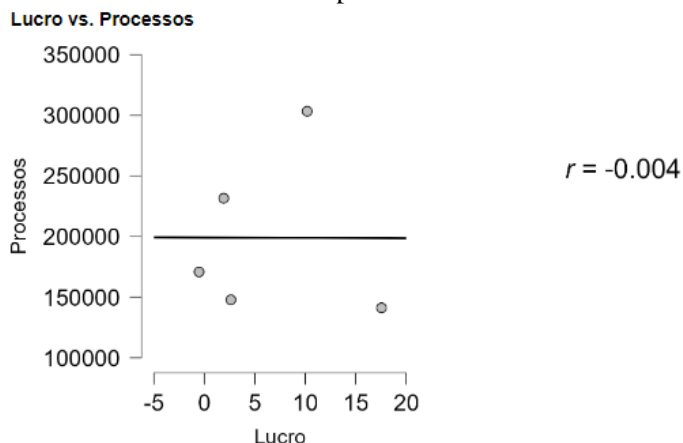
Fonte: elaboração dos autores.

⁵ Os testes estatísticos constantes deste trabalho foram realizados por meio do software JASP versão 0.95.4.

Ao testar a correlação, obteve-se um coeficiente de Pearson no valor de $-0,004$ ($r = -0,004$): estatisticamente, isso indica uma *correlação inexistente ou desprezível*, o que refuta a hipótese de que o aumento do número de processos causa, direta e proporcionalmente, a queda do lucro das empresas operadoras de planos de saúde. Se essa premissa fosse verdadeira, a correlação deveria ser fortemente negativa (próxima a $-1,0$).

Existem aqui duas variáveis que, embora coexistam no mesmo espaço de tempo, relacionadas aos mesmos agentes (operadoras e consumidores usuários de planos de saúde), *não possuem qualquer relação matemática entre si*, afastando qualquer inferência relacionada a uma suposta causalidade entre o tamanho do lucro e a intensidade do passivo judicial das empresas.

Gráfico 3 – Gráfico de dispersão



Fonte: elaborado pelos autores, com base em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do DataJud/CNJ (Brasil, 2026; CNJ, 2026).

A análise dos dados revelou uma desconexão surpreendente entre as variáveis. Enquanto a judicialização apresentou uma tendência de crescimento linear e constante ao longo da década, o lucro líquido comportou-se de maneira cíclica, recuperando-se rapidamente após as crises.

O ano de 2024 serve como prova empírica dessa dissociação: o setor enfrentou 300.233 processos (o maior volume da série histórica) e ainda assim reportou um lucro líquido superior a R\$10,19 bilhões. A análise empírica sugere que essa resiliência financeira se deve à capacidade das operadoras de repassar os custos da judicialização para o coletivo de consumidores.

Dessa forma, o lucro atual não reflete necessariamente eficiência operacional ou redução de conflitos, mas sim uma combinação de blindagem financeira e repasse de custos ao consumidor final. A judicialização, nesse cenário, deixou de ser um risco para se tornar um custo operacional fixo, pois as empresas aprenderam a conviver com o alto volume de processos, incorporando-o na precificação dos planos e na sua contabilidade.

Isso demonstra que o mercado de saúde suplementar possui uma elasticidade de preço peculiar: mesmo com o aumento dos custos e da litigiosidade, a receita cresce via reajuste de preços, indicando que o consumidor absorve o impacto até o limite de sua capacidade de pagamento.

A análise aponta, contudo, para um possível risco de insustentabilidade futura. Embora o lucro tenha se mantido, a base de beneficiários tende a elitizar-se, uma vez que a classe média perde progressivamente a capacidade de arcar com esses repasses.

Em suma, os dados indicam que a suposta indústria da judicialização e a indústria da negativa de cobertura coexistem em um equilíbrio tenso, no qual o saldo final ainda é positivo para as empresas, mas oneroso para a sociedade.

7 CONCLUSÕES

O estudo permite concluir que a suposta relação entre judicialização e prejuízo financeiro das operadoras na saúde suplementar brasileira não é direta nem determinística. A narrativa de que os processos judiciais estariam "quebrando" financeiramente o referido setor empresarial (CNJ, 2025) *não encontra respaldo nos dados objeto da presente pesquisa empírica quantitativa.*

A inexistente correlação estatística encontrada ($r = -0,004$) entre lucro líquido anual e quantidade de novos processos demonstra que variáveis de receita (especificamente a capacidade de impor reajustes e os ganhos financeiros) são mais determinantes para o resultado final do que o volume de despesas decorrentes de condenações judiciais.

Identificou-se que o setor realizou uma transição estratégica: em vez de focar na resolução das causas raiz dos conflitos (o que reduziria os processos), optou-se por precificar o risco jurídico, transferindo o ônus financeiro da litigiosidade para a mensalidade dos beneficiários.

A análise demonstra que a judicialização, longe de representar um fator de ruptura do equilíbrio contratual saudável, revela-se como consequência da postura das próprias operadoras que incorporam o litígio como mais uma etapa ordinária do seu modelo de negócios.

A situação do usuário de planos de saúde revela-se, assim, duplamente penalizada, uma vez que ele financia, por meio de mensalidades cada vez mais altas, os custos de defesa e as indenizações de um sistema que, paradoxalmente, lhe nega cobertura administrativa com frequência crescente.

A judicialização torna-se um mecanismo de *enforcement* regulatório indireto, pois o judiciário cumpre o papel da correção das falhas regulatórias da ANS, no que concerne ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e à eficácia do contrato de saúde celebrado entre operadora e o seu beneficiário.

O custo operacional com custeio dos gastos jurídicos ainda é positivo para as operadoras. Em termos práticos, é mais rentável negar autorização para procedimentos/medicamentos/consultas do que custeá-los, já que apenas uma parcela/fração dessas negativas chega ao judiciário.

O fenômeno da judicialização atual difere do passado qualitativamente: o lucro recorde de 2024 é um sintoma de um mercado que se adaptou à conflitualidade, transformando o litígio em uma linha de despesa ordinária, passível de repasse.

Seria ingênuo, portanto, analisar a saúde do setor de seguros de saúde suplementar apenas sob a ótica da planilha de resultados, focada principalmente em seu passivo judicial. A solvência financeira das operadoras, embora real, está sendo construída sobre a erosão da segurança jurídica e assistencial dos seus consumidores.

Enquanto o lucro for blindado pelo repasse automático de ineficiências, não haverá incentivo econômico real para que as operadoras reduzam a litigiosidade na fonte, pois o equilíbrio atual é financeiramente positivo para as empresas, mas socialmente insustentável.

Os resultados deste estudo corroboram com a tese de que a narrativa empresarial sobre inviabilidade econômica induzida pela judicialização carece de fundamentos empíricos. O discurso não resiste à análise dos dados oficiais que revelam um setor lucrativo, resiliente e adaptado à presença da crescente litigiosidade.

O superavit econômico, especialmente nos períodos de alta litigiosidade, evidencia que o setor das operadoras dos planos de saúde trabalha com margem suficiente para absorver o custo jurídico dos litígios sem comprometer sua sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Painel econômico-financeiro da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2026. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2EyNGY3OGItNWZmYy00ZTJkLWI5YjAtMWU3OTFlZWNmNTYxIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 10 jun. 2026.

ALMEIDA, Celia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 5, p. 3-53, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/1996.v5n1/3-53/pt>. Acesso em: 15 ago. 2025.

ALVES, D. C. *et al.* O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 279-290, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LQtyV8VWmCWy76wyyJBMB8R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2025.

ANDRADE, Eyne Júlia Guede de; FONSECA, Wellington Souza da. A judicialização da saúde pública no Brasil no âmbito de medicamentos. In: CALADO, Vinicius de Negreiros *et al.* **Judicialização da saúde & bioética**. Recife: FASA, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Números do setor**. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor>. Acesso em: 15 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementa**. Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: CNJ, 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **DataJud**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 10 jan. 2026.

CECHIN, José. Judicialização da saúde: direitos e consequências. **Rei-Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 207-225, 2021.

CRUZ, J. I.; LIMA, L. Judicialização da assistência hospitalar negada por planos e seguros de saúde no Estado de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 22, n. 1, e0005, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.176983>

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de saúde pública**, [s. l.], v. 22, p. 57-63, 1988.

FERRAZ, Octávio L. Motta. Health Inequality, Rights, and Courts: The Social Impact of The Judicialization of Health. In: YAMIN, Alicia Ely; GLOPPEN, Siri (ed.). **Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?** Cambridge: Harvard University Press, 2011.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto; SILVA JÚNIOR, José Alexandre. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista política hoje**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009.

FIGUEIREDO, Mariana Fichtner. Algumas notas sobre a eficácia e efetividade do direito fundamental à saúde no contexto constitucional brasileiro. **Boletim do Instituto de Saúde-BIS**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 220-226, 2010.

GOMES NETO, José Mário Wanderley *et al.* Judicialização, prova científica e políticas públicas de fornecimento de medicamentos no estado de Pernambuco: uma análise qualitativa da relação entre as decisões judiciais em matéria de medicamentos off label e os pareceres técnicos oficiais. **Revista Brasileira de Direito Processual – RBDPro**, Belo Horizonte, v. 27, n. 106, p. 201-227, abr./jun. 2019.

GOMES NETO, José Mário Wanderley *et al.* **O que nos dizem os dados?** uma introdução à pesquisa jurídica quantitativa. Petrópolis: Vozes, 2023.

KOZAN, J. F.; MAGALHÃES, M. de A. Relações entre a judicialização de cobertura e a incorporação de tecnologia na saúde suplementar: o caso dos quimioterápicos. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. e0003, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.176965>

LAVECCHIA, A. L. A intervenção judicial nos contratos de plano de saúde: uma análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 277-291, 2019.

LEVIN, Jack *et al.* **Estatística para ciências humanas**. São Paulo: Pearson, 2012.

MANDARINO, Renan Posella *et al.* Ativismo judicial e judicialização da política da relação de consumo: uma análise do controle jurisdicional dos contratos de planos de saúde privados no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 347-360, 2015.

MARTINEZ, Lilia Estay. **Do Impacto Regulatório da Judicialização da Saúde Suplementar**. Brasília: ENAP, 2018.

NUNES, Danyelle Rodrigues de Melo *et al.* Limites da intervenção judicial nos contratos de plano de saúde. In: CALADO, Vinicius de Negreiros *et al.* **Judicialização da saúde & bioética**. Recife: FASA, 2021.

PFEIFFER, R. A. Regulamentação dos planos de saúde e a proteção do consumidor. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 37-57, 2001.

SANTOS, Bruna Barboza Correia dos; ALBUQUERQUE, Karina Viana Fonsêca de. Negativas de cobertura e dano moral: Questões controvertidas durante a pandemia da Covid-19. In: CALADO, Vinicius de Negreiros *et al.* **Judicialização da saúde & bioética**. Recife: FASA, 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Fichtner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, [s. l.], v. 67, p. 125-172, 2008.

NOTA DE COAUTORIA

José Mário Wanderley Gomes Neto: Atuou diretamente na concepção e delimitação do problema de pesquisa focado no impacto financeiro da judicialização sobre as operadoras de saúde. Responsável pelo desenho metodológico da abordagem quantitativa descritiva e inferencial. Realizou a extração e a consolidação dos dados secundários oficiais da ANS e do CNJ (DataJud), executou o tratamento estatístico de outliers pandêmicos, aplicou o

teste de coeficiente de correlação de Pearson ($r = -0,004$) e elaborou as representações gráficas e interpretativas dos resultados empíricos.

Leonardo Carvalho da Rocha: Contribuiu na contextualização jurídica e no enquadramento dos usuários de planos de saúde sob a égide da tutela consumerista e do princípio da vulnerabilidade. Dedicou-se à análise qualitativa do fenômeno do managed care, do inadimplemento eficiente e do cálculo estratégico de gestão de custos das operadoras através da negativa administrativa de coberturas.

Franklin Façanha da Silva: Foi responsável pela estruturação teórica do estudo sob a perspectiva da saúde como direito fundamental de relevância pública, participando ativamente da discussão das conclusões jurídico-regulatórias e da revisão final do texto.

Compromisso de Responsabilidade

Os coautores declaram que participaram suficientemente do trabalho para assumirem a responsabilidade pública por seu conteúdo. Todos revisaram criticamente o texto, validando o modelo analítico de "precificação do risco jurídico" apresentado, e aprovaram a versão final enviada para submissão.

Como citar este documento:

GOMES NETO, Jose Mario Wanderley; CARVALHO, Leonardo Souza da Rocha; SILVA, Franklin Façanha da. A dissociação entre lucratividade e litigiosidade na saúde suplementar brasileira: uma análise empírica quantitativa. **Revista Opinião Jurídica**, Fortaleza, v. 24, n. 45, e6168, jan./dez. 2026. DOI: <https://doi.org/10.12662/2447-6641oj.v24i45.6168.pe6168.2026>. Disponível em: link do artigo. Acesso em: xxxx.