

A ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NOS REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE: UM ESTUDO A PARTIR DAS DECISÕES DOS TRIBUNAIS ESTADUAIS DO SUL DO BRASIL

Eduardo Felipe Pires¹

Daniel Castanha de Freitas²

RESUMO

Os reajustes das mensalidades dos planos de saúde constituem, atualmente, um dos principais fatores relacionados ao fenômeno da judicialização da saúde. A insatisfação dos beneficiários da saúde suplementar quanto ao aumento das mensalidades tem levado um número cada vez maior de controvérsias, acerca da matéria, à apreciação do Poder Judiciário. Em virtude da escassez de estudos sobre o tema, esta pesquisa analisa as decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, no período de 2017 a 2025, em ações que discutem a ilegalidade dos reajustes anuais aplicados aos planos de saúde coletivos. Ao analisar 477 decisões, demonstrou-se que em apenas 17% de todos os casos os reajustes foram considerados ilegais. Denota-se que os tribunais tendem a preservar a livre negociação entre as partes no momento da celebração do contrato. Nos casos de ilegalidade, o fundamento predominante para essa conclusão foi a ausência de transparência e de justificativa da metodologia utilizada pelas operadoras para definir o percentual de aumento. Nestes casos, os tribunais substituíram o índice contratualmente aplicado por outros parâmetros, adotando critérios distintos entre si. Conclui-se que os Tribunais de Justiça da região Sul do Brasil adotaram postura mais restritiva quanto à revisão judicial dos reajustes dos planos de saúde coletivos quando comparados com o TJSP.

Palavras-chave: Planos de saúde. Reajustes. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tribunais de Justiça do Sul do Brasil.

¹ Aluno do 10º período do curso de Direito da FAE Centro Universitário. Voluntário do Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC 2025-2026). *E-mail:* eduardo.pires@mail.fae.edu

² Orientador da Pesquisa. Doutor e Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR. Professor de Direito Administrativo na FAE Centro Universitário. *E-mail:* daniel.freitas@fae.edu

INTRODUÇÃO

Brasília, 10 de abril de 2025. Plenário do Supremo Tribunal Federal. O Supremo Tribunal Federal discute a constitucionalidade da Lei nº 14.454/2022, que alterou o entendimento sobre o rol de procedimentos obrigatórios cobertos pelos planos de saúde privados.

Na ocasião, após a sustentação oral dos advogados perante a tribuna, o Ministro Luís Roberto Barroso indaga uma possível divergência de informações defendidas: “ou os planos bem tiveram lucro estratosféricos, ou bem tiveram dois bilhões de prejuízo. Uma das duas informações não está precisa e, embora ela não seja o fator decisivo, não é irrelevante na análise que precisamos fazer aqui”³.

Apesar da presente pesquisa não ter por objeto a discussão acerca do rol de procedimentos da ANS, mas sim os reajustes de mensalidades dos planos de saúde, o excerto acima permeia, ao menos, duas dimensões deste trabalho: a judicialização da saúde e as controvérsias econômicas subjacentes a esse debate.

Em verdade, a judicialização da saúde apresenta-se como um dos principais desafios à sustentabilidade dos sistemas de saúde no Brasil, afetando de forma crescente e expressiva tanto o setor público quanto o setor privado. Em 2025, foram 338.927 novos processos de judicialização na saúde pública e 310.792 novos processos de judicialização na saúde suplementar⁴. Estima-se que as ações contra planos de saúde podem atingir a marca de 1,2 milhão de processos anuais até 2035⁵.

O fenômeno da judicialização envolvendo planos e seguros de saúde apenas mais recentemente passou a ser objeto de investigação mais sistemática⁶. Normalmente, os estudos empíricos sobre a judicialização da saúde suplementar tendem a concentrar-se nas ações decorrentes de negativas de cobertura assistencial, especialmente naquelas que buscam compelir as operadoras a fornecer tratamentos médicos.

Estes estudos apontam que os beneficiários obtêm, com frequência, decisões favoráveis em ações ajuizadas contra operadoras de planos de saúde, ao mesmo tempo

³ MIGALHAS. **Lucro ou prejuízo?**: Ministro Barroso questiona dados sobre situação financeira de planos de saúde. YouTube, 11 abr. 2025. 1 vídeo (23 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OX1Hfy9rxqA>. Acesso em: 27 jun. 2026.

⁴ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Estatísticas processuais de direito à saúde**: DataJud: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário. Brasília: CNJ, [s. d.]. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 27 jun. 2026.

⁵ DELPINO, Felipe; SCHULZE, Clenio. **Judicialização na saúde suplementar**: desafios regulatórios e caminhos para a sustentabilidade do setor até 2035. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2025.

⁶ AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCHEFFER, Mario César. Judicialização dos planos e seguros de saúde privados. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 22, n. 1, 2022

em que revelam a presença de divergências significativas entre a jurisprudência dos tribunais e as normas que estruturam a regulação da saúde suplementar⁷. As decisões judiciais frequentemente mitigam os limites contratuais e regulatórios que delimitam as obrigações das operadoras, orientando-se pela ampliação da cobertura assistencial aos beneficiários⁸⁻⁹.

Por sua vez, as demandas ditas “não assistenciais” constituem um plano ainda menos explorado da judicialização da saúde suplementar. Dentre os seus temas, estão justamente as ações judiciais que questionam os valores dos reajustes das mensalidades - uma dimensão relevante da judicialização tanto do ponto de vista qualitativo quanto quantitativo¹⁰.

O reajuste é o mecanismo utilizado pelas operadoras para preservar o equilíbrio financeiro do contrato. Sua aplicabilidade normalmente está relacionada à elevação das despesas assistenciais. Esses custos decorrem do aumento do valor unitário dos procedimentos e eventos em saúde, da maior frequência de sua utilização e do financiamento de novas tecnologias, seja por sua incorporação ao rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seja por determinação judicial.

Nesse contexto, os beneficiários, quando descontentes com os reajustes de preços, tendem a recorrer ao judiciário para controlar esse aumento.

Isto posto, o presente estudo propõe-se a investigar a atuação do Poder Judiciário (mais especificamente os Tribunais Estaduais do Sul do Brasil) em litígios envolvendo os reajustes anuais das mensalidades de planos de saúde coletivos, a partir da análise empírica de suas decisões judiciais.

A origem dessa problemática teve como influência principal a pesquisa desenvolvida por Wang *et al.* (2024), no Tribunal de Justiça de São Paulo, onde ao analisar 215 decisões compreendidas entre 2018 e 2021, constatou-se que em 60% dos casos

⁷ TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, mar./jun. 2018, p. 184.

⁸ GONÇALVES, Sandra Krieger. **Judicialização do direito à saúde: análise crítica de decisões judiciais**. 2015. 302 f. Tese (Doutorado em Ciência Jurídica) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Jurídica, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2015.

⁹ MAZZONI, Lidiane. **Judicialização da saúde suplementar e regulação: efeitos das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nas decisões judiciais**. 2021. 232 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Saúde Coletiva, São Paulo, 2021.

¹⁰ WANG, Daniel Wei Liang *et al.* Revisão judicial dos reajustes de planos de saúde no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: entre a livre negociação e a regulação de preço. **Revista de Direito Público (RDP)**, Brasília, v. 21, n. 110, p. 367–394, abr./jun. 2024. p. 369

o reajuste foi considerado abusivo, identificando, ainda, um padrão decisório que, em diversos aspectos, afastou-se do modelo regulatório estabelecido pela Lei nº 9.656/1998 e pelas normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹¹.

Dessa forma, pretende-se realizar o mesmo tipo de investigação para o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), Tribunal de Justiça de Santa Catarina e o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS) e verificar se padrões semelhantes podem ser observados na jurisprudência desses tribunais.

Assim como na pesquisa desenvolvida por Wang, o presente estudo restringe sua amostra aos contratos coletivos de planos de saúde. A escolha dessa modalidade contratual justifica-se pelo fato de os planos coletivos concentrarem a maior parte dos beneficiários da saúde suplementar no Brasil¹², além de estarem submetidos a um regime regulatório menos intervencionista do que aquele aplicável aos planos individuais e familiares.

O recorte temporal da pesquisa abrange o período compreendido entre 2017 e 2025. A investigação concentra-se na identificação dos fundamentos jurídicos empregados pelos tribunais para reconhecer a abusividade ou não dos reajustes anuais dos planos de saúde coletivos, bem como nos critérios adotados para a definição do percentual substitutivo quando determinada a revisão judicial do aumento.

Além desta Introdução e das Considerações Finais, o artigo está estruturado em três seções. A Seção 2 apresenta o regime regulatório dos reajustes de mensalidade dos planos de saúde, com destaque para a opção normativa de permitir a livre negociação dos reajustes nos contratos coletivos, em contraste com a limitação dos reajustes dos planos individuais e familiares ao índice fixado pela ANS. A Seção 3 examina a jurisprudência do TJPR, TJSC e TJRS em ações que discutem a legalidade dos reajustes anuais aplicados aos planos coletivos. Por fim, a Seção 4 analisa as implicações desses entendimentos para a regulação dos planos de saúde coletivos e para a atuação do Poder Judiciário.

¹¹ A pesquisa de Wang *et al.* (2024) concluiu que, na maior parte dos casos analisados, o TJSP substituiu o reajuste aplicado aos planos coletivos pelo índice fixado pela ANS para os planos individuais e familiares, apesar de os contratos coletivos estarem submetidos a um regime regulatório distinto, no qual os percentuais de reajuste são definidos por livre negociação entre as partes.

¹² Segundo dados da ANS, os planos coletivos concentram mais de 80% dos contratos de planos de saúde no Brasil (Brasil, 2025a).

1 A DISCIPLINA REGULATÓRIA DOS REAJUSTES DE MENSALIDADE NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O legislador constituinte positivou o papel da iniciativa privada na promoção da saúde¹³ e resguardou ao Poder Público as funções de regulamentação, fiscalização e controle desse setor da economia¹⁴. Sob tal arcabouço, duas leis empreenderam esforços para delinear o mercado de planos de saúde e promover o equilíbrio das relações entre os agentes que o compõem: a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) e a Lei da Agência Nacional de Saúde (Lei nº 9.961/2000).

Esta última, especificamente, instituiu a agência reguladora responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as empresas que prestam serviços atinentes à saúde suplementar, popularmente conhecida como ANS. Seu surgimento está diretamente atrelado ao interesse governamental de intervir e minimizar as falhas de mercado existentes nesse ambiente¹⁵.

As falhas de mercado inerentes ao setor, ao limitarem a ideia de que os preços dos planos de saúde seriam adequadamente definidos apenas pela dinâmica entre oferta e demanda, exigem uma observação cautelosa¹⁶. A compreensão de contratos de natureza securitária, a comparação entre a diversidade de serviços e redes de prestadores, bem como a avaliação da solidez financeira das operadoras ao longo do tempo são fatores que suscitam uma considerável capacidade informacional por parte dos consumidores – nem sempre presente¹⁷.

Essas, entre outras limitações estruturais no mercado de planos de saúde, reforçam a relevância da atuação regulatória no setor. Nesse sentido, a implementação, pela ANS, de um Rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde, de cobertura obrigatória para todos os planos, contribuiu para a padronização dos serviços ofertados

¹³ BRASIL. Constituição (1988). Art. 199, CF/1988 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

¹⁴ BRASIL. Constituição (1988). Art. 197, CF/1988 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

¹⁵ COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros; MELO, Marcos André C. de. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 193–228, mar./abr. 2001. p. 217-218

¹⁶ MEDEIROS, Márcio Lima. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil: uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010. p.21

¹⁷ CUNHA, Paulo César Melo da. **A regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003. p. 265-266

aos beneficiários e, conseqüentemente, para uma maior transparência daquilo que se contrata. Ademais, a ANS também exerce papel central na organização do mercado ao disciplinar aspectos de funcionamento das operadoras, como a exigência de garantias de capital e viabilidade econômico-financeira para a comercialização de planos ou seguros de saúde.

Essa relação entre consumidor e o fornecedor de serviços privados de saúde estabelece-se através da celebração de um contrato. Os contratos de planos de saúde se assemelham aos contratos de seguro em geral, no sentido em que buscam indenizar a ocorrência de eventos imprevisíveis que impactam negativamente a vida dos segurados e beneficiários¹⁸. Nessa lógica, o usuário realiza aportes antecipados para a formação de um fundo destinado à cobertura de eventuais sinistros.

Tanto o contrato de plano de saúde quanto o contrato de seguro guardam consigo dois pilares econômicos essenciais: o cálculo atuarial e o mutualismo decorrente da coletividade¹⁹. No contexto de planos de saúde, o cálculo atuarial é o método matemático utilizado pelas operadoras para auferir o preço do serviço que será ofertado, para que possam fazer frente aos riscos que suportam no exercício de suas atividades. Por sua vez, o mutualismo está relacionado à ideia de solidariedade, na medida em que os usuários, por meio das mensalidades pagas à operadora, vão constituindo um fundo coletivo do qual qualquer um dos usuários pode se beneficiar²⁰.

Nessa dinâmica, o equilíbrio financeiro do contrato consiste precisamente em estabelecer a justa medida entre o serviço ofertado pela administradora e a retribuição paga pelo contratante. Daí que, por excelência, o reajuste de preço nos planos de saúde é o mecanismo usado para mitigar o desequilíbrio contratual entre as partes²¹.

Para as operadoras de saúde existem duas principais modalidades de reajustes de preço: (i) reajuste anual por variação de custo e (ii) reajuste de faixa etária. O reajuste anual se dá pela combinação de dois fatores²²: variação dos custos médicos hospitalares

¹⁸ BIAZEVIC, Juan Paulo Haye. **Interpretação dos contratos**: os limites de cobertura dos planos de saúde. 2020. 266 f. Tese (Doutorado em Direito – Programa de Pós-Graduação em Filosofia do Direito e Teoria Geral do Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. p. 5

¹⁹ REZENDE, Paulo Roberto Vogel de. **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito Milton Campos, Nova Lima, 2011. p. 70.

²⁰ Idem, p.74-75.

²¹ Idem, p.72.

²² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Reajuste de mensalidade**: conceitos básicos, reajuste por variação de custos, reajuste por mudança de faixa etária. Rio de Janeiro: ANS, 2005c. p. 17-21. (Série Planos de Saúde: Conheça seus Direitos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_reajuste_mensalidade.pdf. Acesso em: 27 jun. 2026.

(inflação em saúde) e da incorporação de novas tecnologias; nos planos coletivos, ainda poderá incidir o chamado reajuste por sinistralidade, situação em que o grupo de beneficiários utiliza o plano de maneira intensa, levando à necessidade de aplicação de índice de reajuste para que o contrato possa ser readequado à nova situação²³. Por sua vez, o reajuste por faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor, estando atrelado ao perfil de utilização dos serviços.

Enquanto a aplicação do reajuste de faixa etária leva em consideração apenas a data de contratação do plano - se anterior ou posterior à vigência da Lei dos Planos de Saúde-, o reajuste anual submete-se a regimes distintos conforme a modalidade contratual: nos planos individuais e familiares, os índices são fixados pela ANS; nos coletivos com menos de 30 beneficiários, adota-se o *pool* de risco; e, nos coletivos com 30 vidas ou mais, os percentuais resultam de negociação entre os contratantes.

Os planos individuais ou familiares são aqueles celebrados entre operadoras e consumidores pessoas físicas. Em 2018, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 441 que definiu a metodologia de reajustes para essa modalidade de plano. Para os contratos firmados após a vigência da Lei nº 9.656/1998, bem como para aqueles anteriormente celebrados, mas posteriormente adaptados ao novo regime jurídico, o reajuste a ser aplicado pela operadora deve observar o índice máximo estabelecido pela agência reguladora, denominado índice de reajuste dos planos individuais (IRPI). Esse parâmetro opera, na prática, como limite superior para a variação das mensalidades, funcionando como um teto regulatório para os reajustes anuais dos planos individuais e familiares²⁴.

Os planos coletivos, por sua vez, normalmente são contratados entre as operadoras de saúde e uma pessoa jurídica, figurando os beneficiários como empregados, associados ou sindicalizados dessa entidade estipulante. Para fins de regulação dos reajustes anuais, essa modalidade pode ser subdividida em dois grupos: (i) planos empresariais com menos de 30 beneficiários, e (ii) planos coletivos empresariais ou por adesão com 30 vidas ou mais.

Em razão da aplicação de reajustes elevados por sinistralidade aos contratos coletivos com reduzido número de beneficiários (carteiras pequenas), a ANS editou a Resolução Normativa n. 309/2012, a qual determinou que as operadoras passassem a

²³ Nesse sentido, vale destacar que o Superior Tribunal de Justiça já decidiu que o reajuste por sinistralidade somente poderia ser aplicado “se e quando demonstrado, a partir de extrato pormenorizado, o incremento na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano” (REsp 2.065.976/SP, Terceira Turma, Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 23.04.2024, DJe. 26.04.2024.)

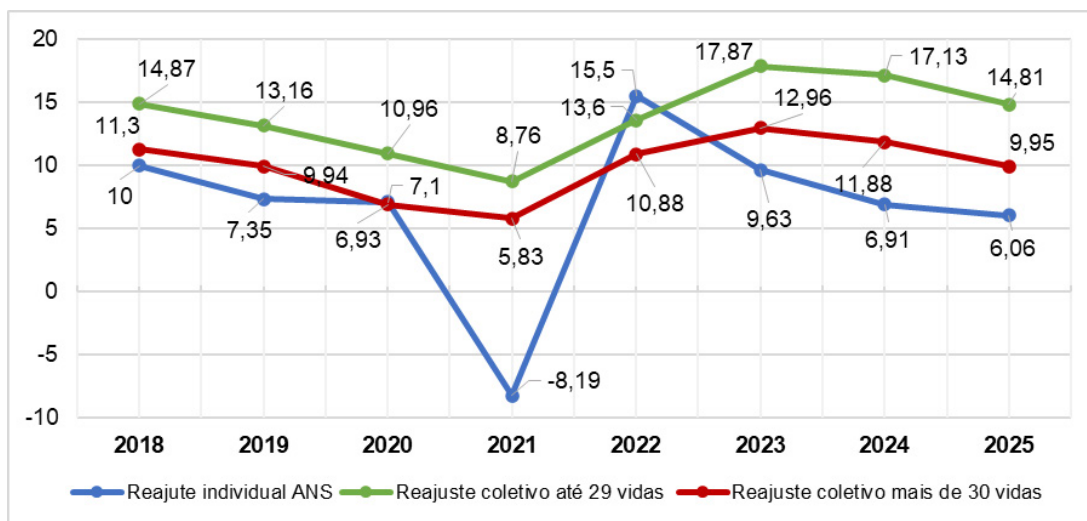
²⁴ HU, Yuri Kasakevic Tsan; MACIEL, Vladimir Fernandes. Teto de reajustes de preços no setor de saúde suplementar brasileiro e seus efeitos sobre a quantidade negociada de planos de saúde. **Revista de Economia Mackenzie**, São Paulo, v. 18, n. especial, p. 176–208, 2021. p. 178

agrupar todos os contratos coletivos com menos de 30 vidas em um único agrupamento para fins de cálculo e aplicação do reajuste anual²⁵.

Por fim, os planos coletivos com 30 beneficiários ou mais não se submetem ao mesmo grau de intervenção regulatória quanto à definição do reajuste anual. Nessa modalidade, os percentuais de aumento das mensalidades são estabelecidos por negociação direta entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, inexistindo teto previamente fixado pela ANS²⁶.

À luz desse arcabouço normativo, verifica-se que os reajustes aplicados aos contratos coletivos se mostram distintos — e, não raramente, superiores — àqueles autorizados pela ANS para os planos individuais (GRAF. 1).

GRÁFICO 1 – Histórico de reajustes autorizados pela ANS e reajustes médios para planos coletivos – 2018 a 2025



FONTE: Brasil (2025b)

A distinção estabelecida pela regulação entre planos individuais e planos coletivos reflete uma escolha institucional quanto ao grau de intervenção estatal na formação

25 TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, mar./jun. 2018, p. 179.

26 Apesar disso, a atuação regulatória não é totalmente afastada. Para essa modalidade de contrato, a ANS possui resoluções normativas que determinam que o reajuste aplicado deve ser comunicado, previamente, à agência reguladora (art. 28 da Resolução Normativa nº 565/2022) e as operadoras possuem o dever de transparência ao disponibilizar à pessoa jurídica contratante o extrato pormenorizado com a memória de cálculo do reajuste, os critérios técnicos adotados e os parâmetros utilizados na definição dos percentuais (arts. 14 e 15 da Resolução Normativa nº 509/2022).

dos preços. No âmbito dos contratos coletivos, especialmente aqueles com mais de 30 vidas, a ANS, por considerar que não há relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, restringe sua atuação ao acompanhamento das variações de preços e à autorização dos índices aplicados²⁷. Ou seja, para os planos coletivos, presume-se que existam condições mais favoráveis para negociação dos preços e reajustes com as operadoras em decorrência do alto volume de beneficiários, condição que os contratantes de planos individuais não possuem²⁸. Assim, ainda que estejam presentes falhas de mercado na modalidade dos planos coletivos, fez-se a opção de deixar o mercado determinar o preço por meio da livre negociação entre as partes.

Entretanto, como se verá adiante, não são raras as situações em que beneficiários de planos coletivos sustentam a abusividade dos reajustes aplicados às mensalidades. Considerando que o regime regulatório não estabelece tetos para os aumentos e que a atuação da ANS é predominantemente fiscalizatória, a revisão dos percentuais aplicados tem sido frequentemente submetida ao crivo do Poder Judiciário. Assim, observa-se a tentativa de conformação dos reajustes em planos coletivos por meio de contornos construídos no âmbito jurisprudencial.

Diante desse contexto, impõe-se examinar como o Poder Judiciário tem enfrentado essas controvérsias. Mais especificamente, importa investigar se as decisões judiciais reconhecem a opção regulatória de atribuir à livre negociação entre as partes a definição dos reajustes anuais nos planos coletivos ou se, ao contrário, estabelecem limites próprios, indicando os critérios utilizados para aferir a adequação do percentual aplicado em cada caso concreto.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS E PROCEDIMENTAIS

Para verificar se os tribunais estaduais defendem que o reajuste nos planos coletivos é prerrogativa negociatória privativa entre as partes, ou se entendem que o aumento de tais reajustes merece intervenção judiciária, o presente trabalho coletou uma amostra de 477 decisões proferidas pelos tribunais estaduais do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no período de 2017 a 2025.

A coleta da referida amostra ocorreu por meio do sítio eletrônico de cada tribunal,

²⁷ FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. São Paulo: MP Editora, 2006. p. 239

²⁸ CECHIN, José; ALVES, Sandro Leal; ALMEIDA, Álvaro. Dinâmica dos custos, formação de preços e controle de reajustes dos planos de saúde no Brasil: a urgência de se revisar a regulação. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 21, p. 133–156, abr./set. 2016. p.153

em levantamento jurisprudencial cujo critério de pesquisa se baseou nas palavras “plano de saúde”; “reajuste”; “coletivo”; “anual”; e na restrição da palavra “etária”.

Em um primeiro momento, as decisões selecionadas foram baixadas em formato PDF e, posteriormente, suas informações foram sistematizadas e codificadas em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel. O procedimento de coleta ocorreu entre dezembro de 2025 e março de 2026 pelo orientando.

Dessa amostra, foram excluídas as decisões que: (i) tinham como objeto contratos coletivos com menos de 30 vidas, submetidos à sistemática de agrupamento para fins de reajuste; (ii) analisavam o reajuste por faixa etária; e (iii) abordavam outras temáticas que não o objeto do estudo.

Dessa forma, a amostra final de decisões que compuseram o estudo foi constituída por 477 casos, conforme discriminado na tabela abaixo:

TABELA 1 – Distribuição de recursos em cada Tribunal

Tribunal	Apelação	Agravo de Instrumento	Recurso Inominado	Total
TJPR	34	19	14	67
TJSC	97	41	1	139
TJRS	221	66	55	292
Total de decisões efetivamente analisadas			477	

FONTE: Os autores (2026)

3 O REAJUSTE ANUAL NOS TRIBUNAIS ESTADUAIS DO SUL DO BRASIL

No TJPR, o reajuste anual foi considerado ilegal em 27 decisões, o que corresponde a 40% das decisões analisadas do referido tribunal. Já no TJSC, essa conclusão foi adotada em 42 casos, representando 30% das decisões examinadas. Por sua vez, esse valor é ainda menor para o TJRS, onde em apenas 15 das 292 decisões analisados o reajuste foi considerado abusivo.

Ou seja, os resultados demonstram que, na grande maioria dos julgados, prevalece o entendimento em favor da livre negociação inerente aos contratos de planos de saúde coletivos. Nas situações em que o reajuste foi considerado abusivo, observa-se, contudo, uma significativa convergência entre os fundamentos adotados pelos tribunais. Em 95% dos casos em que o reajuste foi considerado abusivo, o reconhecimento da abusividade esteve relacionado à ausência de transparência por parte das operadoras, especialmente quanto aos critérios utilizados para a definição do percentual de reajuste e à apresentação de elementos atuariais capazes de justificá-lo, bem como à falta de comunicação prévia aos beneficiários acerca dos novos valores que seriam praticados.

No que se refere aos fundamentos jurídicos utilizados para embasar essas conclusões, verificou-se a predominância de referências à jurisprudência dos próprios tribunais estaduais, às disposições do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078), à jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e às normativas e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para além dos dados quantitativos, buscou-se compreender de forma mais aprofundada como os tribunais examinaram as controvérsias envolvendo os reajustes anuais dos contratos coletivos, quais fundamentos justificaram a revisão judicial desses percentuais e quais critérios foram adotados para a fixação do novo índice de reajuste quando reconhecida a abusividade.

3.1 COMPROVAÇÃO DE NECESSIDADE DO REAJUSTE ANUAL DE PLANOS COLETIVOS

Ao contrário dos resultados obtidos na pesquisa desenvolvida no TJSP, os Tribunais de Justiça da Região Sul demonstraram uma postura de preservação das condições livremente estabelecidas nos contratos de planos de saúde coletivos, privilegiando a autonomia contratual e a livre negociação entre as partes, pautando-se, sobretudo, em elementos probatórios aptos a justificar ou não o reajuste aplicado.

Nesse sentido, a principal ilegalidade identificada nas decisões do TJPR, TJSC e TJRS para fundamentar a invalidade de reajustes esteve relacionada à ausência de comprovação dos elementos utilizados para a definição do percentual aplicado. Em outros casos, o reconhecimento da abusividade pautou-se na invalidade da cláusula de reajuste fundada na sinistralidade, especialmente quando não acompanhada de elementos suficientes para demonstrar a efetiva variação dos custos que justificaria o percentual aplicado.

Para evidenciar como essas questões são enfrentadas pelos três tribunais, serão apresentados excertos de acórdãos que ilustram os principais fundamentos adotados em suas decisões. Foram selecionados trechos que abordam, de forma mais detalhada, os aspectos relevantes para esta pesquisa e que refletem as linhas argumentativas predominantes identificadas na análise da jurisprudência.

De modo geral, para o TJPR, TJSC e TJRS, verificou-se que a justificativa mais recorrente para a revisão judicial dos reajustes anuais foi a insuficiência de fundamentação e de transparência por parte das operadoras quanto à metodologia empregada para a definição do índice de reajuste. Segundo esse entendimento, a simples existência de previsão contratual ou a alegação genérica de aumento da sinistralidade e dos custos assistenciais não são suficientes para demonstrar a legitimidade do

percentual aplicado. Normalmente, os tribunais entenderam que incumbe às operadoras o ônus de apresentar elementos concretos capazes de justificar o reajuste, incluindo a demonstração dos critérios atuariais, financeiros ou econômicos considerados, bem como disponibilizar essas informações de forma clara e acessível ao consumidor. Na ausência dessa comprovação, prevaleceu o entendimento de que o reajuste não atende aos deveres de transparência e informação, sendo presumida a sua abusividade e, por conseguinte, reconhecida sua ilegalidade:

[...] ônus probatório das operadoras a comprovação da razoabilidade e proporcionalidade do reajuste aplicado a partir da demonstração do aumento do grau de sinistralidade, não podendo ser reconhecidos como legítimos aqueles reajustes que se revelarem desmedidos e que colocam o consumidor em desvantagem exagerada. No caso em exame, em sua contestação a operadora se limitou a afirmar que o reajuste se deu nos termos das disposições contratuais e em virtude do aumento da sinistralidade, não apresentando, entretanto, qualquer elemento que permitisse aferir a alegada elevação na demanda do plano pelos usuários [TJPR - Apelação Cível nº 0011987-51.2019.8.16.0194].

[...] a mera alegação de que a majoração de preço aplicada ao contrato deve-se ao aumento do uso do plano pelos beneficiários é inaceitável para a solução da causa, sobretudo porque o cálculo da remuneração da operadora é que deve se submeter à lei de regência e não a lei aos cálculos como pretende a apelante. Ademais, no caso em tela o aumento na prestação devida pela apelada foi de 45% e, embora a apelante afirme que houve aumento na utilização dos serviços, juntou apenas uma tabela que elaborou unilateralmente e nominou de Histórico de Sinistralidade dos últimos 12 meses, sem outras informações mais detalhadas quanto ao uso do serviço, tampouco a apelante fez prova do alegado uso demasiado do plano pelos beneficiários [TJSC - Apelação Cível nº 0302394-62.2014.8.24.0036].

Não há qualquer previsão do reajuste em razão de sinistralidade ou mesmo por variação dos custos médicos, o que afasta completamente a tese da requerida, devendo ser reformada a sentença quanto ao ponto para que os reajustes anuais fiquem limitados ao contratualmente estabelecido, no caso, a variação do INPC [TJRS – Apelação Cível – 70078763224].

Esses fundamentos indicam que parte das decisões dos três tribunais buscam compatibilizar a necessidade de coibir reajustes abusivos com a preservação da lógica de mercado, na qual os preços são definidos pela negociação entre as partes:

À luz do contrato firmado entre as partes, o reajuste anual se encontra devidamente previsto, inclusive quanto à sua forma de cálculo. Ademais, cumpre consignar tratar-se o contrato em exame da modalidade coletivo empresarial por adesão, e quanto a este inexistente regulamentação acerca dos índices de reajuste. (...) Ao que tudo indica, e as próprias razões do recurso dão a saber, pretende a Autora aproximar

a regulação destinada pela ANS aos planos de saúde individuais à modalidade que ostenta – coletivo empresarial por adesão. Tratam-se de modalidades distintas, cujas características estão cumprimamente delineadas na normativa de regência [TJPR - Apelação Cível nº 0012647-13.2017.8.16.0001].

Outrossim, quanto aos índices de majoração, ao contrário do que ocorre nos contratos de assistência à saúde na modalidade familiar/individual, não está a relação contratual vinculada à incidência de percentual previamente estabelecido pela ANS, decorrendo os reajustes das mensalidades diante da sinistralidade e com força na livre negociação com a parte contratante [TJSC – Apelação Cível nº 0318122-62.2016.8.24.0008].

Além dessas considerações quanto à aceitação da opção regulatória de permitir que o percentual de reajuste seja definido pelas forças de mercado, verificou-se que as decisões tendem a ser favoráveis às operadoras quando estas conseguem demonstrar, por meio de cálculos atuariais e de elementos técnicos, a necessidade do reajuste para a preservação do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

Ainda, em determinadas decisões do TJRS, reconheceu-se a validade dos reajustes pactuados sem exigir a produção de prova pericial, como estudos ou cálculos atuariais. Sob essa perspectiva, uma vez que o reajuste tenha sido regularmente comunicado à ANS e não tenha sido objeto de questionamento pela agência reguladora, não haveria, em princípio, fundamentos para que o Poder Judiciário declarasse sua ilegalidade.

Desse modo, presume-se que a variação de preço anual acompanhou a estrutura econômico-atuarial do plano, baseando-se no índice de sinistralidade apurado e nas condições contratadas com a pessoa jurídica, mediante nota técnica atuarial controlada e autorizada pela agência reguladora [TJRS – Apelação Cível nº 5006286-19.2020.8.21.0010].

O reajuste dos planos coletivos é calculado com base na livre negociação entre operadoras e os grupos contratantes (empresas, fundações, associações etc.). Assim, o reajuste anual do contrato deverá apenas ser informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, conforme a livre negociação entre a operadora e o grupo contratante [TJRS – Apelação Cível nº 70061483608].

É de se presumir que os aumentos decorrentes da sinistralidade sejam previamente discutidos entre os contratantes, não havendo abusividade em sua cobrança, menos ainda base jurídica para sua limitação in abstracto pelo Poder Judiciário [TJRS – Apelação Cível nº 70047561295].

Em síntese, verifica-se convergência entre o TJPR, o TJSC e o TJRS quanto à necessidade de preservar a livre negociação inerente aos contratos coletivos, pautando-se as decisões, sobretudo, na capacidade das operadoras de demonstrar, de forma clara, transparente e fundamentada, a metodologia atuarial e econômica empregada para justificar os percentuais de reajuste aplicados.

3.2 A FIXAÇÃO DE NOVOS ÍNDICES DIANTE DO RECONHECIMENTO DA ABUSIVIDADE DOS REAJUSTES

Para os julgados que concluíram que a operadora não satisfaz o critério de transparência e de justificação do reajuste, cabe perguntar como ficaram as mensalidades dos autores das ações em que o reajuste de seus respectivos planos foi revisto pelo Judiciário.

Nas decisões do TJPR em que o reajuste foi considerado ilegal, verificou-se que o percentual aplicado aos contratos coletivos foi, em regra, substituído pelo índice anual autorizado pela ANS para os planos individuais e familiares.

Embora os acórdãos reconheçam que o índice da ANS foi concebido apenas para os planos individuais e familiares, prevaleceu o entendimento de que, diante da ausência de justificativa idônea para o reajuste aplicado ao contrato coletivo, esse índice poderia ser utilizado como parâmetro substitutivo para recompor as mensalidades:

Ademais, considerando a inexistência de provas dos índices aplicados que incorreram no exorbitante aumento da mensalidade dos autores, assim como a necessidade de reajuste a fim de garantir o equilíbrio do contrato, excepcionalmente, mostra-se cabível correção do plano de saúde em tela pelos parâmetros autorizados pela ANS nos planos individuais e familiares para o período objeto desta demanda (janeiro, fevereiro e março de 2020), no percentual de 8,14% [TJPR - Apelação Cível nº 0001066-96.2020.8.16.0194].

Assim, até que se analise a legalidade ou não do reajuste praticado, de rigor o afastamento do índice de 27,36%, porém, deve a mensalidade do plano de saúde ser reajustada, anualmente, somente com base no índice previsto pela ANS para os contratos individuais, ou seja, 13,55% [TJPR – Agravo de Instrumento nº 0003587-82.2018.8.16.0000].

Assim, não podendo ser utilizado o índice imposto pela recorrida, o recurso interposto deve ser provido a fim de julgar procedente a pretensão inicial para declarar a abusividade do reajuste de 130% no valor da mensalidade do plano de saúde em questão, devendo haver limitação aos valores autorizados pela ANS para os contratos individuais, naquele mesmo período [TJPR - Apelação Cível nº 0001643-36.2023.8.16.0108].

Por sua vez, no TJSC, as decisões que reconheceram a ilegalidade do reajuste adotaram diferentes critérios para a redefinição das mensalidades. Entre os parâmetros utilizados destacam-se o IPCA, o IGP-M e, em alguns casos, a apuração do índice adequado deveria ocorrer na fase de cumprimento de sentença. Diferentemente do TJPR, observa-se que o TJSC, em regra, não adotou o índice anual da ANS aplicável aos planos individuais e familiares como parâmetro substitutivo para os contratos coletivos:

Logo, porque patente a abusividade, o reajuste das contraprestações pecuniárias aplicada em agosto de 2020 deve limitar-se ao IGPM acumulado nos doze meses anteriores à data-base, sem qualquer acréscimo a título de “Reajuste técnico”, por custo ou sinistralidade [TJSC –Apelação Cível nº 5010268-89.2020.8.24.0064].

Dessarte, é medida de rigor a reforma parcial da sentença em relação ao ponto, a fim de que o índice de reajuste reputado abusivo seja substituído por percentual adequado, a ser apurado na fase de cumprimento de sentença, à luz de cálculos atuariais voltados à aferição do efetivo incremento do risco contratado [TJSC–Apelação Cível nº 0007099-81.2013.8.24.0079].

Quanto ao índice a ser aplicado, denota-se que na sentença restou consignado que deverá ser adotado o valor estabelecido pela Agência Nacional de Saúde no ano de 2013, valor que se revela adequado e proporcional, diante da ausência de elementos probatórios a indicar a incidência de índice superior [TJSC–Apelação Cível nº 5014073-13.2019.8.24.0023].

O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, por sua vez, nos casos analisadas em que decidiu pela ilegalidade, normalmente afastou a porcentagem atribuída aos reajustes de sinistralidade e indicou que deveria ser seguido apenas o índice de correção estabelecido em contrato. Em esparsas decisões o Tribunal optou por fixar o teto da ANS para os planos individuais e familiares.

Assim, como forma de se evitar desequilíbrio contratual, necessário se observar para o contrato em comento o reajuste nele previsto, qual seja, o IGP-M [TJRS – Apelação Cível 70080083637].

Ou seja, diante da abusividade de aumento que não fornece a precisa informação sobre os índices de reajuste, a busca pelo equilíbrio na relação contratual é feita por meio da manutenção apenas dos reajustes anuais autorizados pela ANS, razão pela qual deve ser mantida a decisão prolatada pelo juiz singular [TJRS – Apelação Cível – 70066602459].

3.3 REAJUSTES DE PLANOS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOB UMA PERSPECTIVA ECONÔMICA E REGULATÓRIA

Como se observa a partir dos resultados desta pesquisa, a disciplina dos reajustes nos contratos coletivos evidencia uma tensão entre a preservação do equilíbrio econômico-atuarial das operadoras e a necessidade de assegurar transparência e razoabilidade na definição dos percentuais aplicados.

De um lado, os tribunais reconhecem a legitimidade da livre negociação própria dos contratos coletivos e, conseqüentemente, a possibilidade de as operadoras promoverem reajustes destinados a refletir a evolução dos custos e a realidade atuarial da carteira. De outro, demonstra-se que essa liberdade não é considerada absoluta, sendo admitida a intervenção judicial quando a operadora não consegue comprovar, de forma clara e fundamentada, os elementos econômicos e atuariais que justificaram o percentual aplicado.

No âmbito das decisões que reconheceram a ilegalidade do reajuste há a percepção de que a reduzida transparência na composição dos reajustes, associada à insuficiente demonstração dos critérios utilizados pelas operadoras e à assimetria de poder existente entre as partes contratantes, coloca os beneficiários em situação de vulnerabilidade.

O controle judicial dos reajustes aplicados aos planos de saúde constitui instrumento legítimo de fiscalização da legalidade das relações contratuais no âmbito da saúde suplementar. Ao analisar cláusulas ou percentuais que possam contrariar normas de ordem pública, o Poder Judiciário não deve substituir-se às operadoras ou à atuação regulatória da ANS, mas verificar a conformidade dos reajustes com os parâmetros jurídicos que disciplinam a relação entre as partes. Essa atuação encontra respaldo no Código de Defesa do Consumidor e nos próprios fundamentos constitucionais de proteção ao consumidor, previstos no art. 5º, XXXII, e no art. 170, V, da Constituição Federal.

Contudo, as intervenções destinadas a corrigir falhas de mercado também podem gerar falhas regulatórias. No contexto dos planos de saúde, um dos principais riscos associados ao controle de preços consiste na possibilidade de que o índice de reajuste definido por um órgão regulador, ou mesmo fixado judicialmente, não reflita adequadamente os custos e riscos inerentes à atividade desempenhada pelas operadoras.

O Poder Judiciário não dispõe, em regra, dos instrumentos técnicos necessários para avaliar, por conta própria, a adequação dos critérios atuariais ou os efeitos sistêmicos de determinado reajuste sobre o equilíbrio das carteiras. Assim, diante da inexistência de parâmetro legal específico para a substituição do percentual considerado abusivo e da complexidade técnica da matéria, os tribunais recorrem, em diferentes situações, a índices que entendem adequados para a recomposição das mensalidades.

Argumenta-se que a imposição de limites aos aumentos das mensalidades reduz a rentabilidade dessa modalidade contratual para as operadoras, o que pode desestimular sua comercialização e contribuir tanto para a diminuição da oferta quanto para a fixação de preços iniciais mais elevados, como forma de compensar a menor flexibilidade para adequação futura dos reajustes²⁹⁻³⁰

De outro modo, a revisão judicial dos reajustes aplicados aos planos de saúde coletivos também pode produzir efeitos econômicos que extrapolam a relação entre as partes diretamente envolvidas no processo. Ao restringir o aumento originalmente previsto, a decisão judicial reduz a receita destinada ao custeio da carteira, alterando a relação entre receitas e despesas assumidas pela operadora. Como consequência,

²⁹ CECHIN, José; Op. cit., p.136.

³⁰ AZEVEDO, Paulo Furquim de et al. **A cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016. p. 59

podem ser adotadas medidas destinadas a recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, tais como a fixação de reajustes mais expressivos em exercícios posteriores ou a readequação da rede credenciada e dos serviços disponibilizados aos beneficiários.

A título exemplificativo, imaginemos uma carteira composta por 30 beneficiários. No ano de 2022, todos os beneficiários dessa carteira foram submetidos a um reajuste anual “Y”. Inconformado com o percentual aplicado, um dos beneficiários (A) ajuíza uma ação e obtém decisão judicial determinando a substituição do reajuste “Y” pelo reajuste “Z”, sendo “Z” inferior a “Y”.

Nessa hipótese, o beneficiário “A” - que obteve decisão favorável - passará a contribuir para o custeio da carteira em valor inferior ao originalmente previsto. Contudo, os custos assistenciais da carteira permanecem inalterados. Assim, caso a operadora busque preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a diferença entre o valor originalmente esperado e aquele efetivamente pago pelo referido beneficiário poderá ser compensada mediante sua redistribuição entre os demais integrantes da carteira.

Sob essa ótica, a judicialização pode gerar efeitos redistributivos que não se limitam ao caso concreto. Embora a decisão beneficie o autor da demanda, seus reflexos econômicos podem ser absorvidos pelos demais beneficiários da carteira, seja por meio de reajustes futuros, seja por outras medidas destinadas à recomposição do equilíbrio contratual. Paradoxalmente, a intervenção judicial que busca conter o aumento da mensalidade de um beneficiário pode contribuir, ainda que indiretamente, para a elevação dos custos suportados pelos demais integrantes do plano coletivo.

Por outra perspectiva, os reajustes aplicados pelos planos de saúde também devem ser compreendidos à luz do desempenho econômico do setor.

Conforme observado pelo Ministro Barroso no excerto contido na introdução deste trabalho, a lucratividade das operadoras constitui fator relevante para a adequada compreensão das controvérsias envolvendo a saúde suplementar. Isso porque o discurso de permanente crise financeira fundamentado no aumento dos custos assistenciais, na cobertura de procedimentos fora do Rol, no envelhecimento da população e nas restrições regulatórias mais rígidas, parece não se sustentar.

Segundo dados divulgados pela ANS, no primeiro trimestre de 2026, as operadoras médico-hospitalares registraram lucro líquido agregado de R\$ 6 bilhões, enquanto o setor como um todo alcançou lucro líquido de R\$ 6,3 bilhões. Além disso, 77,7% das operadoras encerraram o trimestre com resultado líquido positivo³¹.

³¹ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **ANS divulga dados econômico-financeiros do 1º trimestre de 2026**. Brasília, DF: ANS, 9 jun. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-economico-financeiros-do-1deg-trimestre-de-2026>. Acesso em: 27 jun. 2026.

A coexistência entre resultados econômicos expressivos e o recorrente discurso de crise financeira suscita uma questão central: sobre quem recaem, em última análise, os custos desse aparente paradoxo?

Os efeitos dessa dinâmica não se refletem apenas nos indicadores econômico-financeiros das operadoras, mas também na realidade enfrentada pelos beneficiários dos planos de saúde. Para os consumidores, os impactos se materializam no aumento das mensalidades em ritmo superior ao crescimento da renda, na rescisão ou readequação de contratos, na redução das redes credenciadas, na demora para a autorização de procedimentos e na crescente necessidade de recorrer ao Poder Judiciário para assegurar direitos.

Embora o sistema permaneça em funcionamento, essa dinâmica tende a ampliar a litigiosidade e a reduzir a previsibilidade das relações entre os agentes da saúde suplementar. O debate, portanto, deixa de se restringir ao equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e passa a envolver a própria confiança dos beneficiários na atuação das operadoras e na efetividade da regulação estatal. Quando a alegação de dificuldades financeiras convive com a divulgação de resultados econômicos positivos, intensificam-se os questionamentos acerca da legitimidade dos reajustes praticados e da adequada distribuição dos custos do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou lançar luz sobre um tema ainda pouco explorado pela literatura jurídica brasileira: a atuação do Poder Judiciário no controle dos reajustes anuais aplicados aos contratos de planos de saúde coletivos, especialmente diante da tensão existente entre a liberdade de negociação própria dessa modalidade contratual e a necessidade de assegurar transparência e equilíbrio nas relações entre operadoras e beneficiários.

A partir da análise empírica de 477 decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, verificou-se que, de modo predominante, os tribunais analisados tendem a preservar os reajustes pactuados, reconhecendo a legitimidade da livre negociação nos contratos coletivos. A intervenção judicial mostrou-se mais frequente nas situações em que as operadoras não conseguiram demonstrar, de maneira clara e fundamentada, os critérios econômicos e atuariais utilizados para a definição dos percentuais aplicados.

Quando os tribunais entendem pela necessidade de reajuste, recorreram a diferentes parâmetros de correção, entre eles, a aplicação do índice autorizado pela ANS para os planos individuais e de outros indicadores econômicos.

A análise comparativa com o estudo realizado no Tribunal de Justiça de São Paulo também revelou diferenças relevantes. Embora os estudos apresentem diferenças quanto à composição das amostras, aos tipos recursais analisados e ao período abrangido, os resultados encontrados no TJSP indicaram maior frequência de revisão dos reajustes. Em contraste, a presente pesquisa identificou, nos Tribunais de Justiça do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, uma postura predominantemente mais cautelosa em relação à intervenção judicial nos contratos coletivos, com maior preservação dos percentuais pactuados quando acompanhados de elementos capazes de justificar sua aplicação.

Frisa-se, ainda, que a pesquisa apresentada possuía algumas limitações. A utilização da jurisprudência disponibilizada pelos tribunais pode implicar viés de seleção, enquanto a ausência de dados sobre o valor econômico das demandas, a fase processual e o desfecho definitivo dos processos limitam a extensão das conclusões.

Por fim, esta pesquisa não pretendeu oferecer uma solução definitiva para uma questão marcada por elevada complexidade jurídica, econômica e atuarial. Seu propósito foi identificar os principais padrões argumentativos presentes na jurisprudência dos tribunais do Sul do país e, a partir deles, contribuir para o debate sobre os limites da intervenção judicial nos reajustes dos planos coletivos.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCHEFFER, Mario César. Judicialização dos planos e seguros de saúde privados. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1-18, 2022.

AZEVEDO, Paulo Furquim de et al. **A cadeia de Saúde Suplementar no Brasil**: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016.

BIAZEVIC, Juan Paulo Haye. **Interpretação dos contratos**: os limites de cobertura dos planos de saúde. 2020. 266 p. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. (Código de Defesa do Consumidor). Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3. Turma). **Recurso Especial 2.065.976/SP**. Ação Declaratória de Nulidade de Cláusula Contratual C/C Restituição de Valores e Obrigação de Fazer. Plano de Saúde Coletivo. Reajuste Anual. Abusividade Configurada. Relatora: Min. Nancy Andrighi. Brasília, DF: STJ, 23 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018**. Estabelece critérios para cálculo do reajuste máximo das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2018/res0441_20_12_2018.html. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 509, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0509_13_05_2022_rep.html. Acesso em: 26 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 565, de 16 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/legislacao>. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados gerais**: tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura. Rio de Janeiro: ANS, 2025a. Atualizado em: 5 out. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Reajustes de planos coletivos apresentam leve redução em 2025**. Rio de Janeiro: ANS, 2 dez. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/reajustes-de-planos-coletivos-apresentam-leve-reducao-em-2025>. Acesso em: 10 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Reajuste de mensalidade**: conceitos básicos, reajuste por variação de custos, reajuste por mudança de faixa etária. Rio de Janeiro: ANS, 2005c. p. 17-21. (Série Planos de Saúde: Conheça seus Direitos). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_reajuste_mensalidade.pdf. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga dados econômico-financeiros do 1º semestre de 2026**. Rio de Janeiro: ANS, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias-1/periodo-eleitoral/ans-divulga-dados-economico-financeiros-do-1deg-semester-de-2026>. Acesso em: 27 jun. 2026.

CECHIN, José; ALVES, Sandro Leal; ALMEIDA, Álvaro. Dinâmica dos custos, formação de preços e controle de reajustes dos planos de saúde no Brasil: a urgência de se revisar a regulação. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 21, p. 133-156, abr./set. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Estatísticas processuais de direito à saúde**: DataJud: Base Nacional de Dados do Poder Judiciário. Brasília: CNJ, [s. d.]. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 27 jun. 2026.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros; MELO, Marcos André C. de. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 193-228, mar./abr. 2001.

CUNHA, Paulo César Melo da. **A regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

DELPINO, Felipe; SCHULZE, Clenio. **Judicialização na saúde suplementar**: desafios regulatórios e caminhos para a sustentabilidade do setor até 2035. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2025.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Editora, 2006.

GONÇALVES, Sandra Krieger. **Judicialização do direito à saúde**: análise crítica de decisões judiciais. 2015. 302 f. Tese (Doutorado em Ciência Jurídica) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Jurídica, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2015.

HU, Yuri Kasakevic Tsan; MACIEL, Vladimir Fernandes. Teto de reajustes de preços no setor de saúde suplementar brasileiro e seus efeitos sobre a quantidade negociada de planos de saúde. **Revista de Economia Mackenzie**, São Paulo, v. 18, n. especial, p. 176-208, 2021.

MAZZONI, Lidiane. **Judicialização da saúde suplementar e regulação**: efeitos das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nas decisões judiciais. 2021. 232 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

MEDEIROS, Márcio Lima. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil**: uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MIGALHAS. **Lucro ou prejuízo?**: Ministro Barroso questiona dados sobre situação financeira de planos de saúde. YouTube, 11 abr. 2025. 1 vídeo (23 s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0X1Hfy9rxqA>. Acesso em: 27 jun. 2026.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. 9ª Câmara Cível. **Agravo de Instrumento nº 0003587-82.2018.8.16.0000**. Relator: Des. Domingos José Perfetto. Curitiba, 26 abr. 2018.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. 10ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 0012647-13.2017.8.16.0001**. 18ª Vara Cível do Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba. Relator: Des. Domingos Ribeiro da Fonseca. Curitiba, 1º ago. 2019.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. 9ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 0001066-96.2020.8.16.0194**. Relator: Des. Arquelau Araujo Ribas. Curitiba, 4 fev. 2022.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. 9ª Câmara Cível. **Apelação Cível e Recurso Adesivo nº 0011987-51.2019.8.16.0194**. Relator: Des. Alexandre Barbosa Fabiani. Curitiba, 28 jun. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. 9ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 0001643-36.2023.8.16.0108**. Relator: Des. Substituto Alexandre Kozechen. Curitiba, 24 jul. 2025.

REZENDE, Paulo Roberto Vogel de. **Os contratos de plano de saúde e seu equilíbrio econômico-financeiro**: mutualismo, cálculo atuarial e o impacto econômico das decisões judiciais. 2011. 133 p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito Milton Campos, Nova Lima, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 5ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 70047561295**. Comarca de Augusto Pestana. Relator: Des. Gelson Rolim Stocker. Revisor e redator: Des. Romeu Marques Ribeiro Filho. Porto Alegre, 30 maio 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 5ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 70066602459 (CNJ nº 0345623-82.2015.8.21.7000)**. Relatora: Des.ª Isabel Dias Almeida. Porto Alegre, 11 nov. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 6ª Câmara Cível – Regime de Exceção. **Apelação Cível nº 70061483608 (CNJ nº 0340923-97.2014.8.21.7000)**. Comarca de Novo Hamburgo. Relator: Dr. Alex Gonzalez Custodio. Porto Alegre, 29 set. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 6ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 70080083637 (CNJ nº 0373575-31.2018.8.21.7000)**. Relator: Des. Luís Augusto Coelho Braga. Porto Alegre, 28 mar. 2019a.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 6ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 70078763224 (CNJ nº 0241534-03.2018.8.21.7000)**. Comarca de Sapucaia do Sul. Relator: Des. Ney Wiedemann Neto. Porto Alegre, 9 maio 2019b.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. 6ª Câmara Cível. **Apelação Cível nº 5006286-19.2020.8.21.0010/RS**. Relator: Des. Niwton Carpes da Silva. Porto Alegre, 18 nov. 2021.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. 3ª Câmara de Direito Civil. **Apelação Cível nº 2015.066609-3**. Comarca de Jaraguá do Sul. Relator: Juiz Saul Steil. Florianópolis, 26 jan. 2016.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. 2ª Câmara de Direito Civil. **Apelação Cível nº 0007099-81.2013.8.24.0079/SC**. Relatora: Des.ª Rosane Portella Wolff. Florianópolis, 17 nov. 2022.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. 6ª Câmara de Direito Civil. **Apelação Cível nº 0318122-62.2016.8.24.0008/SC**. Relator: Des. Renato Luiz Carvalho Roberge. Florianópolis, 26 nov. 2024a.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. 5ª Câmara de Direito Civil. **Apelação Cível nº 5014073-13.2019.8.24.0023/SC**. Relator: Des. Luiz César Medeiros. Florianópolis, 3 dez. 2024b.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina. **Apelação Cível nº 5010268-89.2020.8.24.0064/SC**. Relator: Juiz Mauro Ferrandin. Florianópolis, 2 set. 2025.

TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 166-187, mar./jun. 2018.

WANG, Daniel Wei Liang *et al.* Revisão judicial dos reajustes de planos de saúde no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo: entre a livre negociação e a regulação de preço. **Revista de Direito Público**, Brasília, v. 21, n. 110, p. 367-394, abr./jun. 2024.