



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

CURSO DE DIREITO

JÚLIA DE HOLANDA CAVALCANTI LINS CALDAS

**CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS GASTROPLASTIA COMO  
CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAU III: Análise da  
Obrigatoriedade de Custeio no Âmbito da Saúde Suplementar**

**Recife**

**2025**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE

BACHARELADO EM DIREITO

JÚLIA DE HOLANDA CAVALCANTI LINS CALDAS

**CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS GASTROPLASTIA COMO  
CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAU III: Análise da  
Obrigatoriedade de Custeio no Âmbito da Saúde Suplementar**

TCC apresentado ao Curso de Direito da  
Universidade Federal de Pernambuco, Centro  
de Ciências Jurídicas, como requisito para a  
obtenção do título de bacharela em Direito.

Área de Direito Civil e do Consumidor.

**Orientadora:** Cristiniana Cavalcanti Freire

**Recife**

**2025**

Caldas, Júlia de Holanda Cavalcanti Lins .

Cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia como continuação do tratamento da obesidade grau III: Análise da obrigatoriedade de custeio no âmbito da saúde suplementar / Júlia de Holanda Cavalcanti Lins Caldas. - Recife, 2025.

50

Orientador(a): Cristiniana Cavalcanti Freire

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Jurídicas, Direito - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Direito civil. 2. Direito do consumidor. 3. Saúde suplementar. 4. Obesidade grau III. 5. Direito à saúde. 6. Cirurgia plástica reparadora. I. Freire, Cristiniana Cavalcanti. (Orientação). II. Título.

340 CDD (22.ed.)

JÚLIA DE HOLANDA CAVALCANTI LINS CALDAS

**CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS GASTROPLASTIA COMO  
CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAU III: Análise da  
Obrigatoriedade de Custeio no Âmbito da Saúde Suplementar**

TCC apresentado ao Curso de Direito da  
Universidade Federal de Pernambuco, Centro  
de Ciências Jurídicas, como requisito para a  
obtenção do título de Bacharela em Direito.

Área de Direito Civil e do Consumidor.

Aprovado em: 15/12/2025.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cristiniana Cavalcanti Freire  
Universidade Federal de Pernambuco

Prof<sup>º</sup>. Louis Guillaume Theodore Bueno Santos Martins  
Universidade Federal de Pernambuco

Prof<sup>º</sup>. Ivo Emanuel Dias Barros (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

À toda a minha família, em especial aos meus  
pais, Alexandre Lins Caldas e Henriqueta  
Cavalcanti Lins Caldas.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por ter me guiado até aqui, abrindo os caminhos e me dando o discernimento necessário para maximizar as oportunidades que a vida me deu. À Maria Santíssima, por sempre interceder por mim, iluminando minha jornada e aproximando minhas orações de seu Santo Filho.

Aos meus pais, Alexandre Lins Caldas e Henriqueta de Holanda Cavalcanti Lins Caldas, por sempre acreditarem em mim e por nunca medirem esforços para me oferecer as oportunidades as quais me trouxeram até onde estou, espero orgulhá-los e retribuí-los por todo sacrifício feito em nome da minha criação e formação.

À toda minha família, em especial meu irmão, Victor Caldas, por sempre caminhar ao meu lado, desde o início da jornada. À minha tia-avó, Lúcia Caldas, por ter sido peça essencial na minha criação e formação como pessoa e mulher, obrigada por sempre ser uma de minhas maiores incentivadoras e acreditar no meu potencial. À minha tia e madrinha, Iêda Cruz, por tornar toda a caminhada mais leve e feliz, lembrando o sentido de tudo.

Aos meus tios, Orígenes Caldas, Cristina Ferreira Lima e Ivenes Caldas, por serem exemplos de juristas que me inspiraram na escolha de minha profissão, e que me acompanharam nos primeiros passos de minha carreira jurídica.

Ao meu namorado, Dr. Marcus Araújo Filho, por ter caminhado ao meu lado desde o início, me lembrando que terei sempre a quem retornar, mesmo nos momentos mais difíceis. Obrigada por todo o incentivo e por acreditar em mim, até mesmo quando eu não acreditava em mim mesma.

Aos meus professores, que foram imprescindíveis para formar profissionais diligentes, corretos e questionadores, foi uma honra aprender com nomes tão importantes do mundo jurídico. Em especial, à minha orientadora, a professora Dra. Cristiniana Cavalcanti Freire, pelo apoio e pelas orientações que fizeram deste trabalho algo de que posso me orgulhar.

Aos meus chefes, Naara Tarradt e Bruno Becker, por me apresentarem ao mundo do Direito da Saúde, por todos os ensinamentos diários, por todas as oportunidades e pelo companheirismo de sempre.

Por fim, agradeço às minhas amigas e colegas de profissão que tornaram a caminhada leve e agradável, mesmo quando estávamos passando pelos momentos mais desafiadores da

graduação. Em especial, à minha amiga Jéssica Caroline, que fez parte de toda a minha caminhada no curso e que carregarei comigo nas próximas batalhas e vitórias por toda a minha vida.

## RESUMO

A obesidade grau III configura uma doença crônica de alta complexidade e impacto social, que demanda tratamento multidisciplinar e contínuo. Quando o paciente não obtém êxito com os métodos convencionais de emagrecimento, a gastroplastia surge como alternativa terapêutica eficaz, promovendo significativa perda de peso. Contudo, o emagrecimento acentuado acarreta o excesso de pele e suas consequências físicas e psíquicas, exigindo, muitas vezes, a realização de cirurgias plásticas reparadoras. Ocorre que, embora a jurisprudência, especialmente após o julgamento do Tema 1.069 do Superior Tribunal de Justiça, reconheça a obrigatoriedade de cobertura dessas cirurgias pelos planos de saúde, as operadoras frequentemente negam o custeio sob argumentos contratuais ou regulatórios. Partindo dessa problemática, este trabalho tem como objetivo analisar em que medida a negativa de custeio das cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia contraria o direito fundamental à saúde e os princípios consumeristas, considerando a legislação vigente, a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a jurisprudência consolidada do STJ. Constatou-se que tais negativas violam os princípios da boa-fé objetiva, da vulnerabilidade do consumidor e da função social do contrato, além de restringirem o alcance do direito à saúde em sua dimensão integral. Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se o método dedutivo e a pesquisa bibliográfica e documental, com o intuito de demonstrar que a cirurgia plástica reparadora constitui etapa indispensável à reabilitação física e psicológica do paciente, devendo ser de cobertura obrigatória pelas operadoras de saúde.

**Palavras-chave:** obesidade grau III; gastroplastia; cirurgia plástica reparadora; direito à saúde; saúde suplementar; função social do contrato; jurisprudência do STJ



## ABSTRACT

Grade III obesity is a chronic disease of high complexity and social impact, requiring continuous and multidisciplinary treatment. When patients do not achieve satisfactory results with conventional weight-loss methods, bariatric surgery emerges as an effective therapeutic alternative, leading to significant weight reduction. However, the substantial weight loss often results in excess skin and its physical and psychological consequences, making reconstructive plastic surgery necessary in many cases. Although Brazilian case law — particularly after the Superior Court of Justice's ruling in Theme No. 1,069 — has established the mandatory coverage of such surgeries by health plans, operators frequently deny reimbursement based on contractual or regulatory arguments. Based on this issue, the present study aimed to analyze to what extent the denial of coverage for post-bariatric reconstructive plastic surgeries violates the fundamental right to health and consumer protection principles, considering the current legislation, the regulation of the National Supplementary Health Agency (ANS), and the consolidated jurisprudence of the Superior Court of Justice. The study concluded that such denials breach the principles of good faith, consumer vulnerability, and the social function of contracts, as well as restrict the full realization of the right to health. The research employed the deductive method and bibliographic-documentary analysis to demonstrate that reconstructive plastic surgery constitutes an essential stage of the patient's physical and psychological rehabilitation and must, therefore, be mandatorily covered by health insurance operators.

**Keywords:** grade III obesity; bariatric surgery; reconstructive plastic surgery; right to health; supplementary health care; social function of contracts; Superior Court of Justice case law.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBESIDADE GRAU III: TRATAMENTOS CONSERVADORES, GASTROPLASTIA E CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA.....</b>	<b>13</b>
2.1 Obesidade: Um Panorama Epidemiológico e de Saúde Pública.....	13
2.2 A Eficácia Limitada dos Métodos Tradicionais de Tratamento .....	15
2.3 A Gastroplastia como Solução Terapêutica Alternativa.....	16
2.4 Consequências da Grande Perda de Peso .....	18
2.5 Cirurgia Plástica Reparadora Como Continuidade do Tratamento da Obesidade Grau III .....	20
<b>3 O PAPEL DAS OPERADORAS PRIVADAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE, LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E REGULAÇÃO DO SETOR.....</b>	<b>22</b>
3.1 Os Planos Privados de Assistência à Saúde e o seu Papel na Garantia do Direito Social à Saúde.....	22
3.2 A Relação Contratual de Consumo entre as Operadoras e seus beneficiários.....	24
3.3 A Legislação Aplicável aos Contratos de Plano de Saúde e o Papel Regulador da ANS .....	26
<b>4 ANÁLISE JURÍDICA DA OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO DOS PROCEDIMENTOS REPARADORES NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>29</b>
4.1 Teses de Defesa das Operadoras e a Falta de Validade Jurídica .....	30
4.1.1 A Falta de Previsão Contratual e a Existência de Cláusulas de Exclusão.....	30
4.1.2 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e sua Natureza Taxativa...32	
4.1.3 Cirurgia Plástica Reparadora de Caráter Estético ou Funcional? .....	36
4.2 A Cirurgia Plástica Reparadora Pós-Bariátrica Como Continuidade do Tratamento Contra a Obesidade Grau III e a Necessária Extensão da Cobertura Contratual.....	37
4.3 O Tema 1.069 dos Recursos Repetitivos do STJ e a Consolidação do Entendimento Acerca da Obrigatoriedade de Custeio das Cirurgias Plásticas Reparadoras Pós-Gastroplastia .....	39
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade grau III configura-se como uma grave condição de saúde pública, com significativas implicações na qualidade de vida e no bem-estar físico e psicossocial dos indivíduos afetados. Reconhecida formalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica, a obesidade está intrinsecamente associada a um espectro de comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, apneia obstrutiva do sono e distúrbios osteoarticulares. Em face da complexidade e da refratariedade da doença a tratamentos convencionais, a medicina contemporânea recorre à cirurgia bariátrica, também denominada gastroplastia, como uma intervenção terapêutica de alta eficácia.

O procedimento, regulamentado e previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), embora exitoso na redução ponderal, frequentemente acarreta consequências funcionais e estéticas que comprometem a integralidade do resultado terapêutico, notadamente o excesso de tecido epitelial (dermolipectomia) e alterações na conformação corporal. Para a devida reabilitação do paciente, a intervenção subsequente por meio de cirurgias plásticas reparadoras é rotineiramente indicada, objetivando a restauração da funcionalidade, a mitigação do desconforto físico (dermatites, infecções, limitação de movimentos) e o restabelecimento do equilíbrio psicossossocial, não possuindo, portanto, natureza meramente estética.

Não obstante o caráter funcional e essencial de tais procedimentos, observa-se, na prática da saúde suplementar, a reiterada e abusiva recusa de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde. Tais negativas são fundamentadas, em regra, na alegação de exclusão contratual de procedimentos estéticos e na suposta ausência de previsão no Rol da ANS.

Este cenário de litígio persistente ganha relevo jurídico após o julgamento do Tema 1.069 de Recursos Repetitivos pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). Nesta ocasião, o Tribunal pacificou o entendimento de que as cirurgias reparadoras pós-gastroplastia possuem nítido caráter funcional e terapêutico, sendo, por consequência, de cobertura obrigatória pelos planos de saúde quando fundamentadas por indicação médica. A persistência das negativas, mesmo após a consolidação deste entendimento jurisprudencial, revela uma significativa dissonância entre a norma judicial e a conduta das operadoras, fragilizando a efetividade do direito à saúde suplementar.

Diante do exposto, o presente estudo propõe o seguinte Problema de Pesquisa: Em que medida a recusa de custeio das cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia pelas operadoras de planos de saúde configura violação ao direito fundamental à saúde e aos princípios do Código de Defesa do Consumidor, considerando o arcabouço normativo vigente, a regulação da ANS e a tese consolidada pelo Superior Tribunal de Justiça?

A relevância do presente estudo se justifica pela imperiosa necessidade de investigar a eficácia do direito fundamental à saúde, contemplado nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal, no âmbito das relações de consumo da saúde suplementar. A análise das negativas de cobertura transcende a discussão contratual, imiscuindo-se na proteção de valores constitucionais basilares, como a dignidade da pessoa humana, a boa-fé objetiva nas relações de consumo e o acesso integral e continuado ao tratamento de saúde. O tema assume, portanto, relevância jurídica e social inegável, buscando equilibrar a autonomia privada das operadoras com a proteção dos direitos fundamentais dos consumidores.

O Objetivo Geral desta pesquisa é analisar a obrigatoriedade do custeio das cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia pelos planos de saúde, sob a égide da legislação brasileira, da regulação da ANS e da jurisprudência do STJ.

Como Objetivos Específicos, delineiam-se: a) Compreender a natureza jurídica dos planos de saúde e sua subsunção ao Direito do Consumidor; b) Identificar e refutar os principais argumentos utilizados pelas operadoras para a negativa de cobertura; c) Analisar o papel da ANS na regulação, fiscalização e garantia da cobertura dos procedimentos; e d) Avaliar, com base na doutrina e na jurisprudência, a incompatibilidade das negativas com os princípios da dignidade da pessoa humana e da boa-fé contratual.

Para tanto, este trabalho parte da hipótese de que a negativa de cobertura para as cirurgias plásticas reparadoras pós-bariátrica é indevida, por configurar uma violação expressa ao direito à saúde e aos princípios do Código de Defesa do Consumidor, desrespeitando, sobretudo, a orientação jurisprudencial consolidada pelo STJ, que reconhece a natureza reparadora e terapêutica dos referidos procedimentos.

O presente estudo está estruturado em três seções. A primeira aborda os aspectos fisiopatológicos da obesidade grau III, as consequências da cirurgia bariátrica e a essencialidade do procedimento plástico reparador. A segunda seção se dedica ao exame do papel regulatório das operadoras de planos de saúde, a legislação aplicável e a regulação do setor de saúde

suplementar. Por fim, o terceiro capítulo analisa o entendimento jurisprudencial dos Tribunais de Justiça e do Superior Tribunal de Justiça sobre a temática, com destaque para o alcance da tese fixada no Tema 1.069, apresentando uma reflexão crítica sobre as indevidas negativas de cobertura e seus impactos na efetividade do direito à saúde integral.

## **2 OBESIDADE GRAU III: TRATAMENTOS CONSERVADORES, GASTROPLASTIA E CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA**

A Organização Mundial de Saúde classifica a obesidade enquanto uma epidemia global, a qual vem crescendo de forma exponencial, especialmente dentre a faixa etária de 5 a 19 anos. Segundo a OMS, no ano de 2022, 1 a cada 8 pessoas no mundo vivia com obesidade, número esse que, entre os adultos, dobrou desde a década de 1990, e quadruplicou em relação às crianças e adolescentes (OMS, 2025).

Por ser uma doença crônica e multifatorial, a obesidade se mostra como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, visto que acarreta o aparecimento de diversas comorbidades que prejudicam a funcionalidade da fisiologia humana. Doenças coronarianas representam a principal causa de morte relacionada ao sobrepeso ou à obesidade, mas outras condições como a diabetes *mellitus*, neoplasias diversas e doenças do trato digestivo, são frequentemente relacionadas ao excesso de peso (FRANCISCHI *et al*, 2000).

Levando em consideração a seriedade da condição como um todo, bem como o impacto socioeconômico de sua crescente, esta seção visa iniciar o debate acerca do problema, entendendo a obesidade enquanto doença crônica e multifatorial. Busca-se destacar os métodos conservadores de tratamento e os limites de sua eficácia em determinados cenários, apresentando a gastroplastia como uma alternativa terapêutica consolidada e com resultados expressivos na redução de peso e no controle de comorbidades. Além disso, serão analisadas as consequências positivas e negativas decorrentes do procedimento bariátrico, especialmente no que se refere ao surgimento de excessos cutâneos, cuja correção por meio da cirurgia plástica reparadora integra a continuidade do tratamento e se mostra essencial para a plena reabilitação física e psicossocial do paciente.

### **2.1 Obesidade: Um Panorama Epidemiológico e de Saúde Pública**

Para diagnosticar um indivíduo com sobrepeso ou obesidade, os profissionais de saúde utilizam o índice de Massa Corporal (IMC), que pode ser obtido por meio da divisão entre o peso em quilogramas e a altura em metros, medida ao quadrado (OMS, 2000). A classificação do IMC é dada de forma que entre os índices de 25 a 29,9kg/m<sup>2</sup>, o indivíduo está dentro da categoria de sobrepeso, e se o IMC for igual ou maior que 30 kg/m<sup>2</sup>, o paciente já está dentro da faixa da obesidade.

Apesar de o sobrepeso e a obesidade já serem considerados fatores de risco para o aparecimento de comorbidades relacionadas ao excesso de peso, nosso objeto de estudo gira em torno do grau mais elevado da doença, a Obesidade Grau III.

Conhecida como obesidade clínica, a obesidade grau III (CID E66.8), é diagnosticada com base em um IMC igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, sendo a escala mais séria dentro da classificação do sobrepeso. A obesidade grau III pode contribuir para o desenvolvimento de comorbidades mais graves, que afetam diretamente a qualidade e a expectativa de vida do indivíduo. Dentro das condições de saúde acarretadas pela doença em apreço, podemos destacar a aterosclerose, caracterizada pelo acúmulo de placas de gordura nas artérias, problemas respiratórios, hipertensão, diferentes tipos de câncer, como o de pâncreas, mama e fígado, e até condições relacionadas a saúde mental, como a depressão (FRANCISCHI *et al*, 2000).

Além disso, a obesidade é hoje reconhecida como uma das principais epidemias do século XXI, apresentando um cenário epidemiológico complexo e alarmante em nível global. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 2,5 bilhão de adultos no mundo estão com sobrepeso, e cerca de 890 milhões são obesos (OMS, 2025). Antes associada a países de alta renda, a obesidade agora também é prevalente em países de baixa e média renda *per capita*.

Embora a genética e o comportamento individual tenham seu papel no que tange ao fato gerador da doença, o principal motor desse avanço epidemiológico reside nos fatores ambientais. A disseminação de dietas ricas em ultraprocessados, como *fast foods* e bebidas açucaradas, em conjunto com o aumento do sedentarismo, é apontada como a causa predominante para a escalada da obesidade (ANJOS, 2006).

Devido ao caráter multifatorial da doença, a crescente exponencial na demanda por tratamento contra a Obesidade grau III perante os sistemas de saúde requer a atuação de equipes multidisciplinares e ações que vão além do próprio setor da saúde. No Brasil, existem políticas e estratégias como a Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade (LCSO), que busca organizar os serviços voltados ao tratamento da doença e integrá-los às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Apesar disso, a implementação dessas práticas ainda enfrenta desafios, como a falta de profissionais qualificados para o tratamento da doença como um todo, para o aconselhamento adequado dos pacientes e a baixa adesão dos que necessitam do tratamento.

É evidente, portanto, que a obesidade grau III se trata de uma epidemia global crônica, de alto risco para a saúde do indivíduo, e que necessita de tratamento imediato para evitar a evolução de comorbidades a ela relacionadas, ou remediar aquelas que já apareceram nos estados iniciais da doença.

## **2.2 A Eficácia Limitada dos Métodos Tradicionais de Tratamento**

Tradicionalmente, a primeira linha de tratamento contra a obesidade se manifesta por meio do método clínico, conservador e não cirúrgico. Porém, a fim de analisar os métodos tradicionais de emagrecimento, é necessário entender de antemão duas das grandes causas da obesidade: o aumento exponencial da ingestão calórica somado ao crescente sedentarismo da sociedade.

A ingestão de alimentos com alta densidade energética, ou seja, muito calóricos e pouco volumosos, se não acompanhada de atividades físicas, que visam não só melhorar o funcionamento do corpo humano com um todo, mas também aumentar o gasto calórico do indivíduo, promove um ganho de peso considerável, aumentando as chances de desenvolvimento da obesidade e de diferentes comorbidades a ela relacionadas. Assim, o tratamento clínico contra o sobrepeso e a obesidade leva em consideração esses fatores externos, trabalhando, de modo focal, sobre o fato gerador de cada um deles.

A abordagem conservadora para o trato da obesidade consiste numa combinação de condutas clínicas que objetivam a perda de peso do paciente, associando o tratamento dietético e medicamentoso com a prática de exercícios físicos. Além disso, tem-se como extremamente relevante o acompanhamento psicológico durante o processo de emagrecimento, visto a situação de imensa fragilidade emocional que esse tipo de tratamento desencadeia no paciente. Diante da necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o trato da obesidade, nos resta discutir sobre algumas das nuances do método conservador para o emagrecimento.

O acompanhamento nutricional do paciente, feito por meio do tratamento dietético, visa adequar a alimentação saudável à rotina do indivíduo, de modo a estabelecer “hábitos e práticas relacionados à escolha dos alimentos, comportamentos alimentares, adequação do gasto energético e redução da ingestão energética que terão que ser incorporados a longo prazo” (NONINO-BORGES *et al*, 2006, p. 249). Dessa forma, é por meio do planejamento nutricional que os pacientes com obesidade podem ter uma perda de peso significativa, com a ingestão calórica reduzida e a diminuição considerável no consumo de alimentos de alta



densidade energética, o corpo humano passa a gastar mais energia do que consome, desencadeando melhores resultados no que tange ao emagrecimento.

A prática de atividades físicas como parte da rotina do paciente, mesmo que, de forma isolada, não promova a redução exponencial do peso, ao associá-la com a mudança dos hábitos alimentares, impulsiona o gasto de energia diário e, ao influenciar o balanço energético, pode funcionar como uma barreira que previne o ganho, ou promove a perda de peso. (ALVES, ANDRADE e PACHÚ, 2022). Sendo assim, ela também é uma ferramenta no tratamento da obesidade.

Uso de medicamentos para auxiliar o processo de emagrecimento de pessoas obesas têm sido cada vez mais evidente com o passar dos anos. O manejo de fármacos, associado ao tratamento dietético e à prática de atividades físicas, se mostra eficaz para alcançar os resultados pretendidos para os pacientes em tratamento contra o sobrepeso (ZIMMERER, 2023). Contudo, a utilização de medicamentos não deve ser a primeira escolha para o tratamento da obesidade, pois podem causar efeitos colaterais adversos como insônia, dependência, hipertensão e problemas gastrointestinais (ANDRADE, 2019).

Não obstante a eficácia do método clínico de tratamento, é necessário entender que nem sempre ele é totalmente eficaz. Estudos indicam que somente 5 a 10% de pacientes que conseguem perder uma quantidade significativa de peso conseguem manter os resultados após dois anos (SAFER, 1991). É baixíssima, portanto, a porcentagem de indivíduos que conseguem manter o peso a longo prazo, após um processo de emagrecimento excessivo, principalmente se o paciente esteve exposto a dietas muito restritivas (MATHUS-VLIEGEN, 2005), potencializando as chances de ocorrência do famoso "efeito rebote".

Dessa forma, se mostra necessária a busca por tratamentos alternativos que auxiliem os pacientes que não conseguiram resultados satisfatórios no processo de emagrecimento pelos métodos convencionais. A cirurgia bariátrica é, dentre os tratamentos invasivos, a melhor opção para aqueles com indicação específica

### **2.3 A Gastroplastia como Solução Terapêutica Alternativa**

A gastroplastia, popularmente conhecida como cirurgia bariátrica, consiste em uma intervenção cirúrgica que visa melhorar os hábitos alimentares do indivíduo, tendo como objetivo final a perda substancial de peso em pacientes com sobrepeso excessivo, especialmente aqueles com obesidade grau III. Para tal, reúne-se um conjunto de técnicas para

redução estomacal, destacando-se entre elas a Gastrectomia Vertical, a banda gástrica ajustável e o *bypass* gástrico (MAGALHÃES *et al.*, 2024).

Dessa forma, a cirurgia bariátrica, em suas diferentes técnicas, se mostra como meio alternativo aos métodos tradicionais de tratamento. A sua importância fica ainda mais evidente ao considerar que os tratamentos clínicos para a obesidade são, via de regra, ineficazes a longo prazo para pacientes com obesidade grau III (ZILBERSTEIN *et al.*, 2001). A terapia é atualmente reconhecida como a melhor estratégia para reduzir o excesso de peso, visto que não apenas melhora a qualidade de vida do paciente, mas também auxilia na minimização das complicações de saúde associadas à obesidade (COSTA *et al.* 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), os pacientes com IMC igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup>, sem necessidade de presença de comorbidades associadas, ou com IMC igual ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades frequentemente atreladas à obesidade grau III, são os pacientes com indicação direta para cirurgia bariátrica (SBCBM, 2016). Ou seja, a gastroplastia é indicada principalmente para o trato do paciente diagnosticado com um grau de obesidade elevado, se mostrando como um dos tratamentos mais efetivos contra a obesidade grau III (COSTA *et al.* 2009).

O acesso à gastroplastia foi democratizado nos últimos anos para aqueles com indicação. A Agência Nacional de Saúde (ANS), inseriu o procedimento em destaque no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, de forma que os planos de saúde devem, obrigatoriamente, oferecer a cobertura da cirurgia àqueles pacientes que se encaixam nos critérios definidos. Os planos de saúde devem cobrir a gastroplastia para aqueles pacientes que: 1. São maiores de 18 anos, ou estão entre 16 e 18 anos, com escore maior que +4 na análise do IMC por idade; 2. possuem de 35 Kg/m<sup>2</sup> a 39,9Kg/m<sup>2</sup>, com associação de pelo menos uma comorbidade associada que ameacem a vida; 3. possuem IMC de 40 Kg/m<sup>2</sup> a 49,9 Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, com falha no tratamento clínico; 4. Pacientes com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, ou com limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar, ou com doença cardiopulmonar grave e descompensada, hipertensão portal, com varizes esofagogástricas, doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior, ou com síndrome de *Cushing* decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (ANS, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS) também oferta gratuitamente a cirurgia bariátrica para aqueles com indicação. O Ministério da Saúde, na Portaria Nº 424/2013, definiu os critérios

de elegibilidade para a realização da gastroplastia pelo SUS. O índice de Massa Corporal é um dos fatores principais: pacientes com IMC igual ou superior a 40 kg/m<sup>2</sup> são considerados aptos, mesmo sem a presença de outras doenças associadas. Já aqueles com IMC entre 35 kg/m<sup>2</sup> e 39,9kg/m<sup>2</sup> precisam ter comorbidades graves associadas à obesidade, como diabetes tipo 2 e hipertensão. Além disso, é exigido um histórico de tratamento clínico de perda de peso sem sucesso por pelo menos dois anos, com acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. A idade também é um fator importante, com a faixa ideal sendo entre 18 e 65 anos, e uma avaliação psicológica é essencial para garantir que o paciente esteja preparado para as profundas mudanças de estilo de vida que a cirurgia exige (BRASIL, 2013).

Portanto, a gastroplastia se estabelece como a principal e mais efetiva estratégia para o tratamento da obesidade grau III, especialmente para os pacientes com quadros mais severos. Ao promover uma perda de peso significativa e duradoura, a cirurgia não só melhora a saúde do paciente e reduz as comorbidades, mas também serve como o ponto de partida para um novo estilo de vida. No entanto, o processo de transformação corporal não se encerra com o procedimento cirúrgico e a perda de peso subsequente. O rápido emagrecimento pode resultar em um excesso de pele, gerando desconforto físico e insatisfação com a nova imagem corporal.

## **2.4 Consequências da Grande Perda de Peso**

A perda de peso excessiva acarreta uma série de questões funcionais e mentais que podem dificultar a vida cotidiana dos pacientes e prejudicar a eficácia do tratamento contra a obesidade como um todo. Não há dúvidas de que o tratamento de uma patologia busca não só evitar que esta continue a se manifestar de maneira prejudicial à saúde, mas também buscar o bem-estar geral do indivíduo. Não há sentido, dessa maneira, tratar a enfermidade somente até determinado ponto, deixando de avaliar todos os riscos e consequências do tratamento, que podem ser maléficos ao bem-estar físico e psíquico do paciente.

Em consequência ao emagrecimento em grande escala, o excesso de tecido epitelial em regiões críticas como braços, pernas, abdômen e, no caso das mulheres, mamas, pode causar desconforto físico e muitas vezes, a depender da gravidade do caso, acarretar problemas funcionais para o paciente, o qual pode ter sua saúde e bem-estar prejudicados de forma indefinida. As cirurgias plásticas reparadoras de retirada de excesso de pele surgem como alternativa terapêutica para pacientes que sofrem com as consequências funcionais, físicas e psíquicas decorrentes do pós-operatório da gastroplastia.

Ou seja, dentre as consequências da perda massiva de peso, temos o acúmulo de tecido epitelial flácido, principalmente nas áreas do abdômen inferior, da região pubiana, dos braços, quadríceps, do interior e topo das coxas, e das mamas, resultando inclusive em ptose (queda) mamária (CABBABE, 2016 *apud* OLIVEIRA, SAHIUM e CUNHA, 2025). Essa concentração excessiva de pele nas regiões apontadas pode causar diversos problemas de ordem física e funcional, como por exemplo dificuldade de se exercitar, prejuízo na postura e na capacidade de movimento (ANDRADE *et al.*, 2021). Assim, observam-se o surgimento de dores localizadas e aquelas causadas pelo esforço ou trabalho, além de uma série de complicações cutâneas, incluindo irritação da pele, ulcerações, intertrigo (assaduras ou inflamação de dobras) nas áreas intertriginosas, infecções recorrentes nas pregas cutâneas e no umbigo, e dificuldades na higiene, culminando em mau-odor e desconforto físico de modo geral (GUNNARSON, 2015 *apud* OLIVEIRA, SAHIUM e CUNHA, 2025; BØKSET, 2022 *apud* OLIVEIRA, SAHIUM e CUNHA, 2025).

Para além disso, segundo Cequeira (2018), a presença de excesso de pele após perda massiva de peso pode ocasionar consequências de ordem psicológica, como por exemplo o aparecimento de características de depressão, ansiedade, de *stress* e a chamada Vergonha da Imagem Corporal (VIC). Diante desse contexto, a VIC seria um quadro psicopatológico decorrente das restrições físicas cotidianas geradas pelo excesso de pele no grupo de pessoas em destaque, parecendo influenciar diretamente a sintomatologia depressiva por meio de seu efeito prévio sobre a ansiedade (GILBERT 2002 *apud* CEQUEIRA, 2018). Em outras palavras, o paciente que lida diariamente com as consequências do excesso de pele pode sofrer com diversos distúrbios psicológicos, desde mais brandos, até psicopatologias mais sérias como por exemplo quadros de ansiedade e de depressão decorrentes da VIC.

Dessa forma, não obstante ao fato de que a gastroplastia, ou cirurgia bariátrica, de fato possui uma resposta clínica altamente satisfatória, no sentido de que grande parte dos pacientes que se submetem à essa intervenção cirúrgica tem uma melhora significativa no quadro clínico geral e, especialmente, em relação às comorbidades associadas à obesidade (OLIVEIRA, SAHIUM e CUNHA, 2025), muitos deles ainda sofrem com as consequências subsequentes à realização do procedimento cirúrgico em destaque. (ANDRADE *et al.*, 2021).

Diante da ciência de que o tratamento cirúrgico da obesidade grau III traz consequências subsequentes à saúde do paciente, que podem prejudicar física e/ou psicologicamente a melhora do quadro clínico geral do indivíduo, é evidente que os métodos alternativos que visam

minimizar essas consequências devem ser vistos como forma de dar continuidade ao tratamento da patologia original do paciente, qual seja, a obesidade grau III.

## **2.5 Cirurgia Plástica Reparadora Como Continuidade do Tratamento da Obesidade Grau III**

A cirurgia plástica reparadora tem como principal objetivo minimizar as consequências funcionais do acúmulo excessivo de tecido epitelial em pacientes que sofreram grande perda ponderal, especialmente em casos de pacientes pós-gastroplastia, visto que o procedimento em referência é o meio de tratamento que ocasiona perda de peso em pacientes obesos de maneira mais eficaz e rápida. Dessa forma, realizada a cirurgia reparadora, os pacientes não só preservam as vantagens da cirurgia bariátrica como, ao mesmo tempo, reverterem os impactos negativos decorrentes de sua realização (ANDRADE *et al.*, 2021).

Segundo Jieng et al (2021), em pesquisa realizada com mais de 6 mil pacientes com histórico de obesidade e realização de cirurgia bariátrica, a maioria dos indivíduos relatou melhora substancial na qualidade de vida após o procedimento reparador, abrangendo a imagem corporal, a capacidade física e o bem-estar psicossocial, reforçando a importância do procedimento reparador para pacientes com grande acúmulo de pele decorrente da gastroplastia.

Ainda, existem indícios de que a realização da cirurgia reparadora em pacientes anteriormente submetidos à cirurgia bariátrica promove também uma maior facilidade no processo de perda de peso a longo prazo, além de uma maior aderência dos indivíduos à mudança de hábitos e estilo de vida saudável, colaborando com a manutenção dos resultados alcançados por meio da gastroplastia (ELABD, 2020).

Não bastasse tudo isso, em pesquisa realizada com uma amostra de 139 pacientes com obesidade grau III, ficou constatado que após a cirurgia bariátrica, cerca de 52,5% dos que foram submetidos a cirurgia plástica reparadora ainda possuíam sobrepeso, enquanto 24,4% ainda apresentavam um quadro de obesidade residual e somente 23,1% possuíam IMC considerado normal. Ou seja, mesmo que os resultados da cirurgia bariátrica sejam incontestáveis, e que, dentro da amostra de pacientes estudados, houve redução de 98,6% na frequência de obesidade grau III, fica claro que os pacientes que se submetem aos procedimentos reparadores seguem buscando a melhor forma possível de contornar o problema do sobrepeso, minimizando os efeitos colaterais da gastroplastia (ROSA *et al.*, 2018).

Dessa forma, é evidente que, ao traçar como meta a reabilitação integral do paciente acometido com obesidade grau III, é necessário levar em consideração todas as etapas de seu tratamento, desde o pontapé inicial, qual seja a preparação para realização da cirurgia bariátrica, até a reabilitação funcional e psicológica do paciente, que, a depender do caso, pode ser iniciada por meio do procedimento reparador, o qual visa eliminar os resquícios físicos e psicológicos de um processo de tratamento tão intenso e emocionalmente custoso ao indivíduo.

Diante desse contexto, é inevitável concluir que a cirurgia plástica reparadora é parte essencial e indissociável do tratamento contra a obesidade grau III, visto que é passo fundamental para a reabilitação completa do paciente, que visa não só tratar a doença de forma isolada, mas buscar a saúde e bem-estar do indivíduo de maneira geral.

Assim, tendo em vista a relevância médica e social da cirurgia reparadora, passa-se a examinar a dimensão jurídica da controvérsia quanto à sua cobertura no âmbito da saúde suplementar.

### **3 O PAPEL DAS OPERADORAS PRIVADAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE, LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E REGULAÇÃO DO SETOR**

Partindo do pressuposto de que a cirurgia plástica reparadora pós-gastroplastia faz parte do tratamento contra a obesidade grau III, visando minimizar as consequências psíquicas e funcionais decorrentes da perda excessiva de peso, é possível concluir que se trata de questão diretamente relacionada à saúde do paciente, devendo-lhe serem assegurados todos os meios de tratamentos necessários à cura ou melhora da enfermidade, como forma de efetivação do direito à saúde.

Nesse contexto, com vistas a, posteriormente, iniciar o debate sobre o direito de acesso às cirurgias reparadoras para os pacientes anteriormente submetidos à gastroplastia, mostra-se necessário introduzir o estudo sobre o sistema de saúde do Brasil e suas peculiaridades. Para tal, veremos que as operadoras privadas de planos de assistência à saúde possuem um papel complementar ao dever do Estado, no que diz respeito à garantia ao acesso integral à saúde.

Esta seção do trabalho visa discorrer sobre os planos privados de assistência à saúde e seu papel complementar na efetivação desse direito social, bem como discutir sobre a natureza jurídica consumerista dos contratos privados de assistência à saúde, a sua regulamentação jurídica, e possíveis limitações contratuais que venham a justificar a negativa administrativa das operadoras quando procuradas pelos pacientes para custear os procedimentos reparadores.

#### **3.1 Os Planos Privados de Assistência à Saúde e o seu Papel na Garantia do Direito Social à Saúde**

A Constituição Federal de 1988 é o marco normativo que consagrou em seu artigo 6º, o direito social à saúde (BRASIL, 1988). Os direitos sociais são aqueles que necessitam de uma atuação positiva do Estado, no sentido que cabe ao poder público tanto a alocação de verbas quanto a implementação de providências administrativas voltadas à concretização desses direitos. Segundo Marinho e Almeida (2024), os direitos sociais têm como propósito assegurar melhores condições àqueles em situação de vulnerabilidade, buscando promover a igualdade material entre os indivíduos. Por serem expressão dos direitos humanos, esses direitos visam concretizar a dignidade da pessoa humana e demandam do Estado uma atuação positiva,

voltada à redução das desigualdades socioeconômicas em uma sociedade marcada por disparidades.

Assim, ao dispor sobre o direito social à saúde, a Constituição Federal de 1988 visou garantir o acesso universal à assistência de saúde no Brasil, promovendo a igualdade material entre a sociedade. Para tal, o constituinte dispôs expressamente nos artigos 197 e 199 da CF, sobre o sistema de saúde do Brasil enquanto um sistema misto, operado em sua essência pelo SUS (Sistema Único de Saúde), e apoiado por um subsistema privado, caracterizado pela delegação de serviços públicos a entidades privadas e pela atuação das conhecidas operadoras privadas de planos de saúde (ALVES, 2022).

É sabido que é dever do Estado garantir acesso à saúde a toda a população, sendo facultado à iniciativa privada atuar nesse setor. A atuação das entidades privadas no que diz respeito à saúde, como já citado anteriormente, possui dupla natureza, uma complementar ao serviço público e uma suplementar. O papel complementar da iniciativa privada na saúde diz respeito à prestação de serviços e fornecimento de insumos, que são feitos em delegação de serviço público, por meio de contratos de direito público ou convênio, tendo participação limitada e controlada pelo poder público (MOREIRA, 2015).

O sistema suplementar de saúde, por sua vez, é caracterizado pela atuação das operadoras privadas de planos de assistência à saúde, de modo a oferecer serviços de saúde, em troca de uma contraprestação pecuniária compatível (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

A necessidade de assistência suplementar de saúde no Brasil se dá, principalmente, em virtude da insuficiência do SUS no que tange à atenção da coletividade, devido à indisponibilidade e o desequilíbrio entre demanda popular e oferta de serviços públicos. Diante desse contexto, o subsistema suplementar de saúde é muito importante para maximizar a atenção à saúde para a sociedade como um todo, especialmente em um país como o Brasil, que é repleto de desigualdades sociais acentuadas por uma alta concentração de renda. O surgimento dos planos privados de assistência à saúde permite que a procura por serviços de saúde seja dividida entre o setor público e a iniciativa privada, de maneira a minimizar a sobrecarga de demandas enfrentada pelo SUS e aumentar a oferta de serviços para aqueles que podem usufruir da execução da iniciativa privada (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Ainda segundo Moreira (2015, p. 258), a execução suplementar da assistência à saúde, está submetida à "regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público", visto que o objeto da execução é direito fundamental que possui alta relevância pública. As entidades



privadas não podem, portanto, agir somente de acordo com seus interesses particulares que visam, por exemplo, aumentar a margem de lucro das operadoras, mas devem agir com o principal escopo de expandir o sistema de saúde do Brasil, maximizar o acesso aos serviços à ele relacionados e auxiliar o poder público na execução desse direito fundamental, garantindo acesso igualitário à coletividade.

Dessa forma, é evidente que o sistema suplementar de saúde, por meio da atuação das operadoras privadas, contribui para a efetivação do direito social à saúde. Como dito, os direitos sociais têm como finalidade garantir melhores condições de vida àqueles em situação de vulnerabilidade, promovendo a igualdade material entre os indivíduos, com base na concretização dos direitos humanos e, consequentemente, da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, a atuação das entidades privadas no sistema de saúde também colabora para alcançar esses mesmos objetivos. Assim, ao prever a possibilidade de participação da iniciativa privada de forma suplementar ao sistema público, o constituinte demonstrou os meios pelos quais seria possível assegurar a efetividade prática desse direito social.

### **3.2 A Relação Contratual de Consumo entre as Operadoras e seus beneficiários**

Os contratos de plano de saúde são aqueles em que uma das partes, a operadora, assume a obrigação perante a outra, o beneficiário, de garantir a cobertura dos riscos relacionados à assistência à saúde.

As operadoras privadas de plano de saúde oferecem serviços médicos, hospitalares e odontológicos aos seus beneficiários, em troca de uma contraprestação mensal que deve ser compatível à cobertura oferecida. As condições gerais sobre o valor dos prêmios, a abrangência da cobertura, os reajustes, as exclusões, o cancelamento do plano, entre outras, devem estar expressamente previstas no contrato firmado entre a operadora e os seus beneficiários.

No Brasil, os contratos em geral são regidos pelo Código Civil de 2002, que traz as disposições gerais e específicas sobre as relações contratuais, estabelecendo normas e princípios norteadores que visam assegurar aos contratantes as condições mínimas de segurança jurídica quanto à celebração e execução dos negócios jurídicos privados. O referido Código Civil Brasileiro, ao legislar sobre os contratos, elenca alguns princípios com vistas a direcionar a formação e a execução dos contratos, estando dentre os principais deles o princípio da

autonomia privada da vontade, a função social do contrato, a boa-fé objetiva, a força obrigatória dos contratos (*pacta sunt servanda*), entre outros (BRASIL, 2002).

Entretanto, os contratos de plano de saúde em específico, mesmo que possuam natureza jurídica negocial, possuem particularidades que estão diretamente ligadas a sua função social, acabando por mitigar, de certa maneira, os princípios contratuais clássicos (BARROS, 2020). Essa mitigação está diretamente relacionada à necessidade de concretização do direito fundamental tutelado, qual seja o Direito à Saúde, de forma que a função social no contrato de plano de saúde se mostra ainda mais relevante se comparada a outros tipos contratuais. Ainda segundo Barros (2020), o princípio da autonomia privada da vontade, por exemplo, não é absoluto na relação contratual entre os planos de saúde e seus beneficiários, visto que o interesse da coletividade deve se sobrepor a possíveis interesses particulares das operadoras, com vistas a cumprir a função social deste tipo contratual e a concretizar o direito social à saúde.

Dessa forma, tem-se que os contratos de plano de saúde são regidos pelas disposições contratuais clássicas, e que essa normatividade acontece de maneira mitigada e compatível com as particularidades e necessidades desse tipo contratual, com vistas a cumprir sua função social, sendo esta diretamente relacionada à concretização do direito fundamental à saúde.

Além disso, os contratos de plano de saúde são alcançados intimamente pelas disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC). É evidente que a relação existente entre a operadora de plano de saúde e os seus beneficiários é caracterizada enquanto uma relação de consumo. Conforme dispõe o artigo 2º do CDC, é consumidor "toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final". Os contratantes de planos de saúde, por sua vez, desfrutadores diretos da assistência privada de saúde, são destinatários finais do serviço contratado, enquadrando-se assim, como consumidores. Já o artigo 3º do CDC, ao dispor sobre os fornecedores, disciplina:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Destarte, não há dúvidas no que tange à natureza da relação entre beneficiário e plano de saúde. Cuida-se, claramente, de relação de consumo em que o consumidor é parte vulnerável e pequenina diante do fornecedor, devendo existir todo um sistema de normas visando a proteção do beneficiário (GOMES, 2020). Os contratos de plano de saúde estão, portanto, submetidos às regras do CDC, desde o momento da contratação, até a plena execução do negócio jurídico. Esse entendimento foi confirmado pelo Superior Tribunal de Justiça, que editou a súmula 608, assegurando a aplicação das normas do CDC aos contratos de plano de saúde, salvo aqueles administrados por entidades de autogestão (Súmula 608, STJ).

O artigo 4º, inciso III, do CDC, elenca o princípio da boa-fé objetiva enquanto essencial para a "harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico". Isto é, os princípios elencados pelo CDC que regem as relações de consumo e, de maneira especial, o princípio da boa-fé objetiva, são essenciais para que a execução da assistência à saúde por entidades privadas funcione da melhor forma possível, visto que foram pensados para assegurar o equilíbrio entre a proteção do usuário consumidor, a concretização do direito social à saúde e o interesse privado, entendendo a necessidade do desenvolvimento econômico e tecnológico.

Conclui-se, portanto, que os contratos de plano de saúde são regidos pelas normas do Código Civil de 2002, no que diz respeito às regras e disposições contratuais, mas que muitos dos princípios previstos nessa fonte normativa são relativizados e mitigados, ao levar em consideração a função social do contrato, visando a concretização do direito fundamental à saúde, e as disposições do Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista a natureza consumerista existente na relação entre beneficiário, ora consumidor, e plano de saúde, ora fornecedor de bens e serviços.

### **3.3 A Legislação Aplicável aos Contratos de Plano de Saúde e o Papel Regulador da ANS**

Após o advento da Constituição Federal de 1988, marco normativo que previu expressamente, em seu artigo 199, a possibilidade de execução suplementar da assistência à saúde pela iniciativa privada, os contratos de plano de saúde eram regulados, como já discutido em tópico anterior, pelas disposições do CDC. Esse período pós CF, por conseguinte, foi marcado pela regulação principal do CDC quanto à proteção dos beneficiários das seguradoras, contra a própria atuação destas (GOMES, 2020).

Todavia, a regulação do setor suplementar da saúde ainda era carente, de modo que foi necessária a edição de lei que regesse de forma específica a execução desse serviço pela iniciativa privada. Foi diante dessa necessidade que, em junho de 1998, foi promulgada a Lei 9.656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 1998). A edição da referida lei teve como principal escopo efetivar os dispositivos constitucionais que preveem a instituição do sistema de saúde suplementar, de modo a definir diretrizes fundamentais para a atuação das operadoras de planos de saúde, bem como as coberturas mínimas que devem ser asseguradas em benefício dos consumidores (DANIELLE, 2015).

A edição da Lei nº 9.656/1998 estabeleceu normas básicas de funcionamento das seguradoras de saúde, bem como regulou a relação entre operadora e beneficiário, sempre à luz das disposições do Código de Defesa do Consumidor. Inicialmente, com vistas a colocar em prática esse controle, a referida lei conferiu os poderes de fiscalização e regulação ao Ministério da Saúde, por meio do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (GOMES, 2020). Em 1999, porém, essa regulação foi unificada, por meio da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

A ANS, enquanto autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pela "regulação, pela normatização, pelo controle e pela fiscalização das operadoras de planos de saúde e de suas relações com prestadores de serviços e consumidores" (JUNIOR; MACHADO; LIMA, 2024). Dentre as suas principais atribuições, a Agência Nacional de Saúde Suplementar busca, por exemplo, definir o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, determinando a cobertura mínima obrigatória que as operadoras devem oferecer aos seus beneficiários, fiscalizar as atividades das seguradoras e aplicar sanções em caso de apuração de irregularidades, regular a incidência de reajustes e revisões de preço e promover a concorrência sadia no setor da assistência privada à saúde (BRASIL, 2000).

Nesse contexto, a ANS surge com o principal objetivo de colocar em prática a regulação e a fiscalização previstas tanto na Constituição Federal, como na Lei 9.656/88. A criação da ANS foi, portanto, essencial para organização do setor privado de assistência à saúde, visto que é responsável pela busca do equilíbrio nas relações entre operadoras e consumidores, bem como pela fiscalização da qualidade da assistência prestada.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, estabelecido pela ANS, em especial, se mostra extremamente relevante no debate quanto a obrigatoriedade de custeio de procedimentos plásticos reparadores, visto que é responsável por definir todos os procedimentos, exames, tratamentos e medicamentos que devem ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde. Em tese, o referido Rol define a cobertura mínima obrigatória a ser oferecida aos beneficiários de plano de saúde, de maneira a obrigar as operadoras a oferecerem os serviços nele listados, e possui, em regra, natureza taxativa.

O cenário observado no âmbito administrativo é a negativa em massa por parte das operadoras de planos de saúde, quando instadas a autorizar cirurgias reparadoras para pacientes com excesso de pele ocasionado pela grande perda ponderal decorrente da gastroplastia. A falta de previsão do procedimento em referência no Rol da ANS é uma das principais justificativas que as seguradoras utilizam quando negam cobertura da cirurgia reparadora a seus beneficiários, mas não a única. Como veremos a seguir, as operadoras de planos de saúde negam a autorização para a cirurgia reparadora sob diversas outras justificativas que já foram, em sua maioria, refutadas por decisões judiciais.

Na próxima seção deste trabalho, abriremos o debate sobre a obrigatoriedade de custeio dos procedimentos reparadores, analisando as variáveis da discussão à luz da Lei 9.656/98, da normatividade da ANS e das disposições do Código de Defesa do Consumidor.

#### **4 ANÁLISE JURÍDICA DA OBRIGAÇÃO DE CUSTEIO DOS PROCEDIMENTOS REPARADORES NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

A discussão sobre a obrigatoriedade jurídica de custeio das cirurgias reparadoras pós gastroplastia se torna relevante a partir do momento em que as operadoras de planos de saúde passam a negar, administrativamente, o pleito de seus beneficiários quando instadas a autorizar os procedimentos em destaque. Não é exagero afirmar que a grande maioria das operadoras não oferecem cobertura para esse tipo de procedimento, mesmo quando o paciente possui clara indicação clínica para tal.

Neste pisar, a negativa em massa na esfera administrativa gera intensa judicialização acerca da temática. Isto é, os consumidores necessitam ingressar com uma ação judicial de obrigação de fazer, visando compelir as operadoras a autorizarem as cirurgias plásticas reparadoras. Em levantamento realizado no *site* Jusbrasil, na área de pesquisa de jurisprudência, utilizando o termo “cirurgia plástica reparadora pós-bariátrica”, foram obtidos mais de 10.000 resultados, dado que confirma a tendência de negativa administrativa por parte das operadoras e a consequente judicialização das demandas pelos consumidores insatisfeitos (JUSBRASIL, 2025).

Desta feita, ao observar o cenário prático quanto ao acesso aos procedimentos reparadores pelos beneficiários de planos de assistência à saúde e, tendo em vista que a cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia faz parte do tratamento contra a obesidade grau III, faz-se necessário analisar, pela ótica jurídica, a obrigatoriedade de custeio de tais procedimentos por parte das operadoras de planos de saúde. Para tal, abriremos o debate com base nas disposições consumeristas, na Lei 9.656/98, nas resoluções normativas da ANS; na jurisprudência do Tribunal de Justiça de Pernambuco e no entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça acerca do tema.

Esta seção do trabalho pretende, primeiramente, expor as principais teses de defesa utilizadas pelas operadoras de planos de saúde, bem como analisar se elas possuem ou não fundamento jurídico, como forma de analisar a obrigatoriedade de custeio dos procedimentos reparadores para pacientes pós-bariátricos. Para isso, trataremos sobre a matéria em discussão, realizando uma análise doutrinária e jurisprudencial, tudo isso para que seja possível chegar à conclusão sobre o objeto central do presente estudo.

#### 4.1 Teses de Defesa das Operadoras e a Falta de Validade Jurídica

As operadoras de planos de saúde, enquanto entidades privadas, buscam, naturalmente, satisfazer os seus próprios interesses econômicos. Portanto, não é surpreendente quando, ao serem instadas pelos seus beneficiários a autorizarem os procedimentos reparadores, as operadoras buscam fundamentos legais e contratuais que possam amparar juridicamente suas respostas negativas.

Ocorre que, à luz de todo o exposto anteriormente, é evidente que os contratos de plano de saúde possuem natureza específica, tratando-se de relação de consumo e da tutela de um bem jurídico de alta relevância pública, necessitando, assim, de tratamento diferenciado, especialmente ao levar em consideração que possuem a sua função social diretamente ligada à efetivação de um direito fundamental.

Todavia, não obstante a importância dos bens jurídicos tutelados, quais sejam, a saúde e a vida dos pacientes, as operadoras de planos de saúde insistem em negar administrativamente esse tipo de procedimento aos seus beneficiários anteriormente submetidos à gastroplastia. Com vistas a justificar essa negativa em massa, as operadoras se utilizam de argumentos legais e contratuais, pretendendo convencer o consumidor de que este não possui direito aos procedimentos reparadores. Portanto, mostra-se relevante discorrer sobre as principais teses de defesa alegadas pelas seguradoras, bem como discutir se estas possuem, ou não, validade jurídica no plano concreto.

##### 4.1.1 A Falta de Previsão Contratual e a Existência de Cláusulas de Exclusão

Um dos principais argumentos utilizados pelas operadoras de planos de saúde ao negarem cobertura dos procedimentos reparadores aos seus beneficiários que possuem indicação médica para tal, é que a cirurgia plástica reparadora não possui cobertura contratual e que, à luz do princípio do *pacta sunt servanda*, a força obrigatória dos contratos impediria que qualquer procedimento que não constasse originalmente no contrato assinado fosse coberto pelas operadoras. Além disso, é comum que os contratos de plano de saúde possuam cláusulas que excluem, expressamente, as cirurgias plásticas da extensão de sua cobertura, o que leva as operadoras a justificarem a negativa, utilizando por base essas disposições expressas de exclusão.

Pois bem, a alegação supracitada somente faria sentido caso estivéssemos tratando de tipo contratual comum, no qual a autonomia da vontade das partes no momento da celebração do negócio jurídico e força obrigatória do contrato fossem soberanos dentro da relação contratual.

Ocorre que, a partir das considerações apresentadas até o momento, inclusive à luz da já mencionada Súmula 608 do STJ, infere-se que o tipo contratual firmado entre a operadora de plano de saúde e o beneficiário é qualificado como uma relação de consumo, onde a parte consumidora é dotada de uma vulnerabilidade que é presumida, visto sua menor expertise negocial frente ao poder econômico do fornecedor. É evidente, portanto, que uma relação contratual onde existe uma parte que é vulnerável-perante a outra, não pode receber o mesmo tratamento que um contrato entre partes de igual poder receberia.

A existência de cláusulas abusivas nos contratos de plano de saúde é extremamente comum, de modo que disposições contratuais que oneram excessivamente uma das partes, podem ser declaradas nulas de pleno direito. Conforme disciplina Fim (2024, p. 317 e 318):

“Cláusulas abusivas são disposições inseridas em contratos ou documentos legais que colocam uma das partes (geralmente o consumidor) em desvantagem significativa e contrariam princípios básicos de equilíbrio e justiça nas relações contratuais. Essas cláusulas exploram a vulnerabilidade do consumidor ou impõem condições excessivamente desfavoráveis, comprometendo seus direitos e interesses.”

No mesmo sentido, disciplina o art. 51, XV e § 1º, II e III, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990):

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

XV – estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:

II – restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III – se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso. (BRASIL, 1990).

Neste contexto, é possível concluir que qualquer cláusula contratual que exclua expressamente a cobertura de cirurgias plásticas reparadoras é nula em pelo direito, visto que está restringindo obrigações fundamentais do fornecedor que são inerentes à natureza do contrato, ameaçando a integridade de sua função social, afrontando, assim, as disposições do CDC.



A jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça de Pernambuco também confirma esse entendimento, baseando-se na súmula 608 do STJ. Em sede de apelação, em julgamento realizado perante a 8ª Câmara Cível Especializada do TJPE, confirmou-se a tese de que “A relação contratual entre as partes possui natureza de consumo, sendo aplicável o Código de Defesa do Consumidor, inclusive para a interpretação de cláusulas contratuais em favor do consumidor” (TJPE, Apelação Cível nº 0115582-11.2023.8.17.2001).

Portanto, não obstante a indiscutível relevância dos princípios contratuais do *pacta sunt servanda* e da autonomia da vontade para reger uma relação contratual, é evidente que, tratando-se de contratos de plano de saúde e da relação de consumo entre operadora e beneficiário, tais princípios não podem ser considerados em absoluto. Assim sendo, não há validade jurídica no argumento levantado pelas operadoras, visto que a simples falta de previsão contratual, ou a existência expressa de cláusula que exclua esse tipo de procedimento, não exime o fornecedor de obrigações inerentes à natureza do contrato, que busca a manutenção da saúde e da vida do beneficiário, de modo a promover o equilíbrio contratual, a boa-fé objetiva e, principalmente, garantir o cumprimento da função social do contrato.

#### *4.1.2 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e sua Natureza Taxativa*

Noutro giro, superado o argumento acima discutido, cumpre-se destacar outra justificativa bastante utilizada pelas operadoras de planos de saúde quando negam a cobertura dos procedimentos reparadores, qual seja a falta de previsão expressa dessas cirurgias no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, ou simplesmente “Rol da ANS”, segundo Gregori (2021, p. 46), é responsável por “definir a amplitude das coberturas de assistência à saúde, de acordo com a segmentação do plano adotada, isto é, referência, ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológica e suas combinações”. Em outras palavras, o Rol da ANS define a cobertura assistencial mínima obrigatória que as operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus beneficiários de acordo com as especificidades de cada segmentação contratada. O referido Rol é atualizado sucessivamente de dois em dois anos, com vistas a contemplar novas tecnologias e expandir a cobertura assistencial obrigatória, podendo, no entanto, promover atualizações extraordinárias, fora desse período de dois anos, em situações emergenciais (GREGORI, 2021).

As operadoras de planos de saúde utilizam como argumento para negar os procedimentos reparadores aos seus beneficiários, o fato de que não existe previsão da cirurgia plástica reparadora para pacientes pós-bariátrica expressa no Rol, nem em nenhuma Resolução Normativa da ANS. Sustentam, também, que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde possui natureza exclusivamente taxativa, de modo que quaisquer procedimentos que não estejam em sua listagem, não deveriam necessariamente ser cobertos pelos planos de saúde.

A dicotomia entre a natureza taxativa ou exemplificativa do referido Rol é discutida no âmbito jurisprudencial há algum tempo. Por um lado, havia uma tendência no Judiciário de admitir o Rol da ANS enquanto meramente exemplificativo, sob a justificativa de que o mesmo só serviria de exemplo da cobertura mínima obrigatória, não sendo absoluto quanto à exclusão de qualquer outro procedimento, terapia, exame ou medicamento que não estivesse nele listado. Em decisão monocrática do ano de 2023, que julgou o Agravo de Instrumento de nº0017778-95.2023.8.17.9000, o Desembargador Humberto Costa da 4ª Câmara Cível do TJPE decidiu:

“Não obstante o tratamento “estimulação magnética transcraniana – EMT” não integre o Rol mínimo de cobertura obrigatória de planos de saúde estabelecido pela ANS–Agência Nacional de Saúde, entendo que esse Rol não tem conteúdo numerus clausus dado que o rol de Procedimentos da ANS, apenas exemplifica os procedimentos mínimos a serem cobertos pelos planos de saúde, não se tratando de um rol taxativo a ser utilizado em prejuízo do consumidor.” (TJPE, Agravo de Instrumento n. 0017778-95.2023.8.17.9000).

Por outro lado, o entendimento mais recente consolidado acerca do tema foi firmado pelo Supremo Tribunal Federal, em setembro de 2025, no julgamento da ADI 7265/DF, com relatoria do Ministro Luís Roberto Barroso. Nesta oportunidade, o tribunal pleno do STF reconheceu o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS enquanto um rol taxativo, podendo, se preenchidos alguns requisitos, ter sua taxatividade mitigada para compelir as operadoras de planos de saúde a custearem procedimentos, exames, materiais, tratamentos ou medicamentos que não estejam listados no referido rol. Vejamos:

“Em caso de tratamento ou procedimento não previsto no rol da ANS, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos: (i) prescrição por médico ou odontólogo assistente habilitado; (ii) inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol (PAR); (iii) ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS; (iv) comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou ATS, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível; e (v) existência de registro na Anvisa.” (STF, ADI 7265/DF, Informativo 1191, 2025).

Portanto, baseando-se no entendimento mais recente fixado pela Suprema Corte, conclui-se que o referido Rol não é, de fato, exemplificativo, mas possui natureza taxativa mitigada, de forma que, caso o tratamento ou procedimento em referência não esteja previsto no Rol, mas preencha os 5 requisitos definidos pelo STF, as operadoras devem, necessariamente, cobri-los.

As cirurgias plásticas reparadoras para pacientes anteriormente submetidos à gastroplastia, conforme veremos a seguir, apesar de não constarem expressamente no Rol, preenchem todos os requisitos definidos pelo STF, de modo que as operadoras de planos de saúde devem promover cobertura desses procedimentos para seus beneficiários.

Primeiramente, é evidente que o paciente que busca autorização para realizar a cirurgia reparadora já possui indicação médica, visto que somente assim poderia fazer a requisição perante a operadora. Conforme já amplamente discutido em tópicos anteriores, a cirurgia plástica reparadora tem caráter funcional, de forma que o excesso de pele causado pela grande perda ponderal traz consequências físicas e psíquicas ao paciente, devendo o médico assistente oferecer laudo médico detalhado, com a indicação clara para a realização do procedimento.

Em uma segunda análise, inexistiu negativa da ANS acerca de procedimentos reparadores para pacientes pós-bariátricos. Em parecer técnico Nº 10/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, inclusive, a Agência Nacional de Saúde Suplementar esclarece a obrigatoriedade de cobertura do procedimento de Abdominoplastia no caso de pacientes que “apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago)” (ANS, 2021). Isso comprova que, apesar de não existir previsão expressa no Rol para os procedimentos reparadores pós-gastroplastia em geral, existe uma tendência favorável à obrigatoriedade de cobertura de cada um deles.

Ademais, cumpre-nos discorrer sobre a ausência de solução alternativa de tratamento que já esteja prevista no Rol de Procedimentos. Após uma breve análise do que foi discorrido na primeira seção deste trabalho, observa-se que a primeira e única linha de tratamento contra os desconfortos funcionais causados pelo excesso de pele é a cirurgia plástica reparadora, não havendo nenhum meio alternativo que venha a substituir esse tratamento. Neste mesmo pisar, discorre Nota Técnica sobre os procedimentos reparadores pós gastroplastia, realizada pelo Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário- NatJus do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT):

“b) Há tratamento convencional que seja eficaz para o quadro do Agravado? O tratamento indicado, cirúrgico, já é o tratamento convencional para a condição do paciente. c) O Agravado já utilizou as opções de tratamentos convencionais? Em caso positivo, houve resposta clínica favorável? O tratamento indicado, cirúrgico, já é o tratamento convencional para a condição do paciente. O paciente tem histórico relatado de outras intervenções cirúrgicas reparadoras, como ginecomastia e torsoplastia. d) O tratamento prescrito é imprescindível, considerando, entre outros aspectos, o quadro de saúde do Agravado? O tratamento cirúrgico da lipodistrofia tem objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente principalmente no tocante à saúde mental e bem-estar social. Existem evidências científicas apontando para maiores chances de manutenção do peso, ao passo que, do ponto de vista psicológico, o excesso de pele pode agravar sintomas de depressão. Portanto, considerando esse aspecto e ante o brevemente descrito nos relatórios médicos disponibilizados ao NATJUS, pode-se considerar como imprescindível, todavia, uma avaliação mais pormenorizada depende de perícia médica.” (NATJUS/TJDFT, 2025, p. 3).

Assim, não há o que se discutir acerca da existência de qualquer meio alternativo para o trato da enfermidade, visto que a cirurgia plástica reparadora é o único tratamento existente que é capaz de reduzir os impactos físicos e funcionais acarretados pelo excesso de tecido epitelial.

Por fim, considerando que o 5º requisito elencado pelo STF não se aplica no que tange às cirurgias plásticas reparadoras, nos resta discorrer sobre a comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências. Pois bem, o presente trabalho já mencionou em sua primeira seção, diversos estudos e pareceres médicos que evidenciam não só a segurança, mas também a eficácia desse meio de tratamento. Porém, somente a título de exemplo, cumpre-nos rememorar a revisão sistemática realizada por Jiang et al (2021), que avaliou estudos que analisaram mais de 6 mil pacientes, chegando à conclusão de que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia plástica reparadora pós-gastroplastia relataram melhora na qualidade de vida em todas as dimensões, incluindo imagem corporal e funções físicas e psicossociais.

Portanto, diante de todo o exposto, é possível concluir que não há validade jurídica na negativa das operadoras quando instadas a autorizarem os procedimentos reparadores, sob a justificativa de que os mesmos não possuem previsão no Rol da ANS, e que este teria natureza exclusivamente taxativa. Isto porque, como visto, a taxatividade do Rol em referência pode ser mitigada se cumpridas as imposições determinadas pelo Supremo Tribunal Federal, e também porque o procedimento plástico reparador para pacientes que sofrem com pele excessiva após a realização da gastroplastia, cumpre todas esses requisitos, de modo que deve ser, obrigatoriamente, custeado pelas operadoras privadas de plano de saúde.

#### *4.1.3 Cirurgia Plástica Reparadora de Caráter Estético ou Funcional?*

Finalmente, outro argumento bastante utilizado pelas operadoras de saúde ao negarem o custeio das cirurgias reparadoras a seus beneficiários, é que o referido procedimento teria caráter meramente estético, não sendo de obrigação do plano de saúde arcar com cirurgias que visam o mero embelezamento dos pacientes.

Pois bem, conforme amplamente discutido no curso do presente trabalho, a cirurgia plástica reparadora, diferentemente de outros tipos de cirurgias plásticas, possui como objetivo minimizar os problemas físicos e as consequências funcionais acarretadas pelo excesso de pele. Segundo Macedo e Rosa (2020), o excesso de tecido epitelial decorrente da grande perda ponderal no paciente que se submeteu à cirurgia bariátrica, pode acarretar consequências físicas no indivíduo, como o surgimento de “intertrigo, infecções fúngicas e limitações funcionais para deambulação, micção e atividade sexual”.

Além disso, é evidente que as cirurgias plásticas reparadoras, por se tratarem de procedimentos altamente invasivos, deixam marcas e cicatrizes que dificilmente seriam consideradas esteticamente agradáveis, outro motivo pelo qual não se sustenta o argumento que os procedimentos em destaque possuem caráter meramente estético.

Não há dúvidas de que, as cirurgias de contorno corporal auxiliam os pacientes a resgatarem, estruturalmente, um corpo mais perto do ideal de saúde ao considerar as suas estaturas e biotipos. Naturalmente, a plástica reparadora traz satisfação estética àqueles que passaram certo tempo lidando com o exterior muito diferente ao comparado com seus corpos reais debaixo da armadura de pele e gordura deixadas pela perda de peso. Neste sentido, ainda segundo Macedo e Rosa (2020), a cirurgia plástica reparadora “ajuda a promover a reintegração social e psicológica desses pacientes com um sofrimento já prolongado”. Não há dúvidas, portanto, de que a cirurgia plástica reparadora promove, também, uma melhora estética nos pacientes a ela submetidos.

Contudo, o cerne da questão consiste no fato de que a necessidade funcional do procedimento reparador sobrepõe, em muito, a mínima satisfação estética trazida por eles, de modo que não se trata, de maneira alguma, de procedimento cujo objetivo é meramente estético, buscando o mero embelezamento. A partir do momento em que a saúde física e psíquica no paciente está sendo lesada, a operadora de saúde tem o dever oferecer assistência,

com vistas a cumprir a função social do contrato e garantir a efetivação do direito fundamental à saúde. Vejamos decisão do TJPE, de outubro de 2025, que confirma essa tese:

“EMENTA:AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIAS PLÁSTICAS REPARADORAS PÓS-BARIÁTRICAS. CARÁTER FUNCIONAL DO PROCEDIMENTO. SÚMULA 30 DO TJPE. TEMA REPETITIVO 1069/STJ. OBRIGATORIEDADE DE COBERTURA QUANDO INDICADA PELO MÉDICO ASSISTENTE COMO PARTE DO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA. LAUDO MÉDICO COMPROBATÓRIO. DÚVIDA QUANTO AO CARÁTER ESTÉTICO AFASTADA. PRESENÇA DE INTERTRIGOS, ULCERAÇÕES E ADERÊNCIAS CUTÂNEAS. PROBABILIDADE DO DIREITO E PERIGO DE DANO DEMONSTRADOS. REFORMA DA DECISÃO AGRAVADA. PROVIMENTO DO RECURSO.” (TJPE, Agravo de Instrumento nº. 0021262-84.2024.8.17.9000).

Portanto, conclui-se que a cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia possui caráter funcional e é necessária para a reabilitação completa do paciente, na medida que faz parte do ciclo de tratamento contra a obesidade grau III. Assim, não existe razão no argumento das operadoras privadas de planos de saúde, visto que resta afastada a hipótese de que o procedimento reparador somente visa o mero embelezamento do paciente, e que possui natureza estritamente estética.

Essa constatação, além de todas as outras construídas ao longo deste tópico, nos levam a conclusão de que os argumentos utilizados pela defesa das operadoras de saúde, ao negarem o custeio dos procedimentos reparadores aos pacientes anteriormente submetidos à gastroplastia, não possuem validade no plano jurídico. Diante disto, nos resta somente discutir sobre o posicionamento jurisprudencial acerca da obrigatoriedade de custeio da cirurgia plástica reparadora pós- bariátrica.

#### **4.2 A Cirurgia Plástica Reparadora Pós-Bariátrica Como Continuidade do Tratamento Contra a Obesidade Grau III e a Necessária Extensão da Cobertura Contratual**

A cirurgia plástica reparadora, para pacientes acometidos por excesso de pele após grande perda ponderal, deve ser vista como parte imprescindível do tratamento contra a obesidade grau III, uma vez que é passo de extrema importância na reabilitação completa do paciente que, mesmo após a gastroplastia, continua em processo de busca pela recuperação de sua saúde e de sua qualidade de vida.

Considera-se, portanto, a cirurgia plástica reparadora como parte indissociável do tratamento contra a obesidade grau III, de forma que é ilegal a conduta da operadora de saúde que nega autorização para tais procedimentos à pacientes com indicação médica. Não há sentido na atitude destas entidades privadas ao custearem todas as etapas do tratamento, para

no final, negarem autorização para os procedimentos reparadores, visto que o tratamento é único e que a natureza e a função social do contrato de plano de saúde obrigam o fornecedor a garantir o acesso à saúde do consumidor, e não o mero enriquecimento da empresa. Não cabe ao plano de saúde, portanto, definir o meio para a cura da enfermidade, ou intervir na escolha ou indicação de um tratamento, visto que o médico assistente é a única autoridade técnica e intelectualmente capacitada que pode estabelecer a melhor abordagem e/ou tratamento de acordo com a situação clínica do paciente.

Neste mesmo pisar, entende o Superior Tribunal de Justiça que, havendo cobertura contratual ou legal para a doença, não pode o plano de saúde negar cobertura de tratamento necessário para assegurar a saúde do indivíduo, pois se há cobertura da doença, também deve haver cobertura de procedimentos ou medicamentos que sejam necessários para a cura desta. Nesse sentido, é abusiva qualquer cláusula contratual que “exclui tratamento prescrito para garantir a saúde ou a vida do segurado, porque o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura” (STJ, 2020). Desse modo, em se tratando de questões relativas à saúde, deve sempre prevalecer a indicação médica, visto que cabe ao especialista eleger o tratamento adequado ao paciente e não ao plano de saúde.

Diante do exposto e, a partir desse entendimento, é possível concluir que, independentemente da existência de cláusula que exclua expressamente algum tipo de procedimento da abrangência do plano, se existe cobertura para a doença a ele relacionada, deve haver uma extensão da cobertura contratual para que o paciente, ora consumidor, tenha acesso ao tratamento indicado pelo seu médico assistente, buscando a cura da enfermidade a ele acometida.

Pois bem, a cirurgia plástica reparadora, conforme já discutido em tópico anterior, atualmente, é o único meio de tratamento para minimizar as consequências funcionais, físicas e psíquicas ocasionadas pelo excesso de pele, de maneira que é comumente indicada pelos médicos para os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e que sofrem com esses efeitos negativos. Também é sabido que a grande maioria dos planos de saúde não oferecem cobertura para esse tipo de procedimento, sob as mais diversas justificativas, mas especialmente sob o fato que inexistente previsão contratual.

À luz do entendimento do STJ sobre a extensão da cobertura contratual, não há dúvidas no que tange à necessidade de custeio dos procedimentos reparadores pós gastroplastia para

pacientes com indicação médica, uma vez que a doença, qual seja a obesidade grau III, é classificada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, sob o CID E66.81, e é de cobertura obrigatória pelo plano de saúde. Assim, considerando que a doença possui cobertura necessária, à luz do entendimento do STJ, quaisquer procedimentos ou medicamentos elencados pelo médico assistente como necessários para a cura da enfermidade devem ser oferecidos pelas operadoras, não cabendo ao plano de saúde definir a melhor técnica ou tratamento para o tratamento da doença.

#### **4.3 O Tema 1.069 dos Recursos Repetitivos do STJ e a Consolidação do Entendimento Acerca da Obrigatoriedade de Custeio das Cirurgias Plásticas Reparadoras Pós-Gastroplastia**

A crescente de negativas no âmbito administrativo por parte das operadoras de saúde quando instadas pelos seus beneficiários a autorizarem as cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia, gerou um número expressivo de demandas judiciais acerca do tema, o que levou a Segunda Turma do Superior Tribunal de Justiça, em 2020, por unanimidade, afetar o recurso especial de Nº 1.870.834 - SP ao rito dos recursos repetitivos.

Tal afetação foi realizada conforme o rito previsto no artigo 1.036 do Código de Processo Civil de 2015 (CPC), e teve como objetivo delimitar a controvérsia sobre obrigatoriedade de custeio pelo plano e saúde de cirurgias plásticas em paciente pós-cirurgia bariátrica. Na oportunidade, o STJ confirmou entendimento que já era maduro no âmbito da própria corte bem como em Tribunais de Justiça espalhados pelo Brasil, os quais já vinham decidindo a favor do pleito dos beneficiários e reconhecendo a cirurgia plástica reparadora pós-gastroplastia como parte indissociável do tratamento contra a obesidade grau III.

No julgamento do Tema 1.069 dos recursos repetitivos em 2022, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça fixou, por unanimidade, duas teses sobre a obrigatoriedade de custeio, pelos planos de saúde, de operações plásticas após a realização da cirurgia bariátrica, vejamos:

"(i) É de cobertura obrigatória pelos planos de saúde a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente, em paciente pós-cirurgia bariátrica, visto ser parte decorrente do tratamento da obesidade mórbida.

(ii) Havendo dúvidas justificadas e razoáveis quanto ao caráter eminentemente estético da cirurgia plástica indicada ao paciente pós cirurgia bariátrica, a operadora de plano de saúde pode se utilizar do procedimento da junta médica, formada para dirimir a divergência técnica assistencial, desde que arque com os honorários dos



respectivos profissionais e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo beneficiário, em caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente, ao qual não se vincula o julgador." (STJ, 2022).

Pois bem. A primeira tese fixada pela segunda turma do STJ confirma o entendimento de que as operadoras de plano de saúde devem custear as plásticas reparadoras no caso de pacientes que foram submetidos à gastroplastia e sofrem com as consequências do excesso de pele. Neste prisma, foi reconhecida a natureza funcional e reparadora do procedimento em destaque, e foi uniformizado o entendimento de que ele faz parte do tratamento contra a obesidade grau III, não podendo ser negado pela operadora privada sob os argumentos comumente utilizados e já superados em tópico anterior.

Sobre o tema, a corte entendeu que a obrigação do plano de saúde para com seu beneficiário não se encerra no momento da autorização para a cirurgia bariátrica, devendo as consequências desta também serem levadas em consideração na busca pela recuperação total do paciente. O caráter reparador ou funcional distingue a cobertura obrigatória daquela puramente estética. Ou seja, se a cirurgia plástica tiver função de restaurar integridade funcional, corrigir lesão, prevenir complicações ou retomar a plena saúde do paciente, ela entra nas hipóteses em que é obrigação do plano oferecer cobertura.

Conclui-se que, no caso de negativa de autorização da cirurgia plástica reparadora para pacientes pós-bariátricos que possuem clara indicação médica juntamente com laudo médico consubstanciado retificando a necessidade funcional do procedimento, não há qualquer argumento que a operadora pudesse sugerir que viesse a justificar a negativa.

A corte, porém, elencou uma possibilidade a qual a defesa das operadoras de saúde poderia utilizar com o objetivo de afastar a tese de obrigatoriedade de custeio desses procedimentos. A segunda tese fixada pelo STJ, no julgamento do Tema 1.069, garante às operadoras, em caso de dúvida legítima acerca da natureza funcional ou estética da cirurgia reparadora, a opção de utilizar o procedimento da junta médica. Isto é, em caso de dúvida razoável acerca do caráter do procedimento, a operadora pode realizar a junta médica, que consiste na reunião de profissionais da área de saúde, formada para dirimir divergências técnicas sobre a indicação e natureza de determinado procedimento, como um mecanismo técnico de mediação entre o médico assistente do paciente e o plano de saúde.

O procedimento da Junta Médica não é novidade trazida pela referida tese, mas é instituto que já era previsto pela ANS, por meio da RN nº 424/2017, que dispõe sobre os “critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-

assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde" (BRASIL, 2017).

Sobre o procedimento da Junta Médica, no tocante à cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia, se faz necessário tecer três apontamentos destacados pelo STJ ao fixar a segunda tese em destaque.

O primeiro deles é que, independentemente da conclusão alcançada pela junta, o pagamento dos honorários médicos deve ser efetuado pela parte requerente, qual seja a operadora de saúde, de modo que não deve o beneficiário ser onerado excessivamente.

Além disso, a partir da leitura da tese em destaque, é possível observar o cuidado do julgador ao destacar o fato de que o resultado da junta médica não pode e nem deve prejudicar o direito de ação do beneficiário. Isto é, mesmo que a junta médica chegue à conclusão que a cirurgia reparadora em análise possui caráter meramente estético e que, devido a isto, não deve ser coberta pelo plano de saúde, o paciente não perde o direito de recorrer ao Poder Judiciário. O parecer da junta não é definitivo e não impede o paciente de ajuizar ação para questionar a legalidade da conduta do plano.

Por fim, o julgador salienta que a conclusão da Junta não vincula a decisão do julgador, de maneira que, se a decisão for contrária à indicação feita pelo médico que acompanha o paciente, o juiz não está obrigado a decidir seguindo este entendimento. A junta médica realiza um parecer técnico, mas quem decide em última instância é o juiz, com base nas provas apresentadas no processo e no seu livre convencimento motivado. Assim, o parecer da junta é apenas um elemento de prova, não uma decisão vinculante, isso garante a independência do Poder Judiciário e impede que a análise técnica se sobreponha ao controle judicial da legalidade e da razoabilidade da conduta do plano de saúde.

O Superior Tribunal de Justiça, portanto, confirmou a hipótese de que a cirurgia plástica reparadora pós-gastroplastia possui caráter funcional, que ultrapassa eventuais benefícios estéticos desencadeados por sua realização. Para isso, adotou o entendimento que os procedimentos reparadores são, de fato, desdobramentos naturais do tratamento contra a obesidade grau III, de maneira que não pode a operadora negar assistência ao paciente acometido pela doença, mesmo quando esta já foi parcialmente tratada. A obrigação do plano de saúde não se encerra após a grande perda ponderal decorrente da cirurgia bariátrica, visto

que esta não necessariamente devolve a plena saúde ao paciente, que pode sofrer com as consequências físicas e funcionais dessa grande perda de peso.

As referidas teses fixadas pelo STJ, foram passos essenciais para a uniformização do entendimento acerca do tema no âmbito dos Tribunais de Justiça estaduais, norteados as decisões sobre a cirurgia plástica reparadora pós-bariátrica ao redor do Brasil, e garantindo o direito de ação dos beneficiários. Além disso, o julgamento do tema 1.069 dos recursos repetitivos pelo STJ, garantiu, mesmo que indiretamente, que o consumidor, ora beneficiário de plano de saúde, tivesse seus direitos resguardados, levando em consideração sua posição de vulnerabilidade frente ao fornecedor.

Não menos importante, é o fato que a fixação desse entendimento assegura ao consumidor a tutela judicial do seu direito fundamental à saúde, e garante que os interesses econômicos das operadoras de saúde não se sobreponham ao interesse público de tutela desse direito previsto constitucionalmente.

Atualmente, o entendimento na esfera judicial é pacífico quanto à necessidade de cobertura no âmbito da Saúde Suplementar dos procedimentos reparadores para pacientes que se submeteram à gastroplastia, como continuidade do tratamento contra a obesidade grau III. Isso garante que seja executada a função social do contrato, que é tão relevante para os contratos de plano de saúde, e que está diretamente relacionada à efetivação de um direito fundamental, visando resguardar um bem jurídico tão precioso, qual seja a vida e a saúde do indivíduo. A efetivação desse direito social também está diretamente ligada a dignidade da pessoa humana e a noção de que a plena saúde do indivíduo engloba uma esfera muito mais ampla do que somente a melhora de resultados pontuais, mas também abrange a saúde física, psíquica e a busca por uma melhora na qualidade de vida do paciente, objetivando uma recuperação completa, que vai muito além do trato pontual de uma doença, devendo ser levadas em consideração a saúde e o bem-estar do paciente como um todo.

## 5 CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu constatar que a negativa de custeio das cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia por parte das operadoras de saúde contraria frontalmente o direito fundamental à saúde e os princípios basilares das relações de consumo. Embora as operadoras sustentem suas recusas sob o argumento de ausência de previsão contratual ou de limitação do rol da ANS, tais fundamentos não resistem à análise jurídica à luz da Constituição, da legislação infraconstitucional e da jurisprudência consolidada.

Ficou evidenciado que a cirurgia reparadora, quando clinicamente indicada, não possui natureza meramente estética, mas funcional e terapêutica. Ela constitui etapa indispensável à reabilitação física e psicológica do paciente acometido por obesidade grau III, sendo, portanto, uma continuidade lógica e necessária do tratamento iniciado com a gastroplastia. Negar sua cobertura equivale a interromper o tratamento médico antes de sua conclusão, comprometendo não apenas a recuperação da saúde, mas a própria dignidade do indivíduo que buscou no procedimento cirúrgico uma chance de reintegração social e de melhoria de vida.

No campo jurídico, a investigação demonstra que o ordenamento brasileiro impõe às operadoras de planos de saúde deveres que extrapolam o mero cumprimento contratual. Os contratos de plano de saúde, regidos pela Lei nº 9.656/1998 e pelo Código de Defesa do Consumidor, devem observar a boa-fé objetiva e a função social, de modo que não se admite interpretação restritiva que esvazie a finalidade do contrato — a preservação da saúde e da vida do consumidor. Ao invocar cláusulas limitativas e interpretações rigorosas do rol da ANS, as operadoras acabam por distorcer a lógica do sistema suplementar de saúde, que existe justamente para ampliar o acesso à assistência, e não o restringir.

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, especialmente após o julgamento do Tema 1.069 dos Recursos Repetitivos, confirmou o entendimento de que é obrigatória, de fato, a cobertura de cirurgias plásticas de caráter reparador ou funcional, quando indicadas pelo médico assistente como parte indissociável do tratamento contra a obesidade grau III. Ainda assim, a resistência das operadoras na esfera revela um descompasso entre o que se encontra juridicamente pacificado e a prática efetiva do setor. Essa postura reitera a prevalência de uma lógica econômica em detrimento do princípio da dignidade da pessoa humana, transformando

o acesso à saúde em um privilégio condicionado à judicialização, e não um direito fundamental previsto constitucionalmente.

Assim sendo, conclui-se que a negativa de custeio das cirurgias plásticas reparadoras pós-gastroplastia afronta diretamente o direito fundamental à saúde, viola os princípios consumeristas da boa-fé e da vulnerabilidade do consumidor frente ao poder do fornecedor, e desvirtua a função social dos contratos de assistência suplementar, que é tão essencial nesse tipo contratual. Garantir a efetivação do direito à saúde implica reconhecer que o tratamento do paciente não se limita à cura da doença, mas à restauração plena de sua integridade física e psicológica como parte integrante desta cura plena. Enquanto prevalecer a resistência das operadoras em cumprir obrigações já consolidadas pela legislação e pela jurisprudência, a efetividade do direito à saúde continuará refém de uma lógica mercantil, que subordina a dignidade humana às conveniências do mercado e aos interesses econômicos privados.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J. A.; ANDRADE, K. A.; PACHÚ, C. O. **A influência da atividade física para pessoas com obesidade: uma revisão integrativa.** *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. 1-14, 2022.

ALVES, S. M. C. **Saúde como direito e o subsistema de saúde suplementar.** *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 8-9, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/393>. Acesso em: 17 out. 2025.

ANDRADE, T. B. et al. **O farmacêutico frente aos riscos do uso de inibidores de apetite: a sibutramina.** [S. l.], 2019. Disponível em: <https://docplayer.com.br/216198135-O-farmacautico-frente-aos-riscos-do-uso-de-inibidores-de-apetite-a-sibutramina.html>. Acesso em: 10 ago. 2025.

ANDRADE, M. V. et al. **Abdominoplastia pós-bariátrica: os impactos na saúde, na qualidade de vida e no bem-estar social do paciente.** *RESU – Revista Educação em Saúde*, v. 9, supl. 1, 2021.

ANJOS, L. A. **Obesidade e saúde pública.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 100 p. (Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-344-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BARROS, M. C. C. de. **Contratos de planos de saúde: princípios básicos da atividade.** Rio de Janeiro: Judicialização da Saúde, TJ-RJ, 2020. Disponível em: [https://emerj.tjrj.jus.br/files/pages/publicacoes/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/6/judicializacaodasaude\\_290.pdf](https://emerj.tjrj.jus.br/files/pages/publicacoes/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/6/judicializacaodasaude_290.pdf). Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 set. 1990. Atualizada até 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18078compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm). Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm). Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm). Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Dispõe sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade de cirurgia bariátrica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 mar. 2013. Seção 1, p. 43. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre critérios para junta médica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2017/res0424\\_27\\_06\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2017/res0424_27_06_2017.html). Acesso em: 18 set. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parecer Técnico nº 10/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021**. Cobertura: abdominoplastia. Rio de Janeiro: ANS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/>. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7265/DF. Rel. Min. Luís Roberto Barroso**. Tribunal Pleno. Julgado em 18 set. 2025. *Informativo STF*, n. 1191, Brasília, 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/informativo/>. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 608. Aplica-se o CDC aos contratos de plano de saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portaltip/Inicio/Sumulas>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgInt no AREsp 1573618/GO. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. 4ª Turma. Julgado em 22 jun. 2020**. Disponível em: <https://stj.jus.br>. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema 1.069. Planos de saúde. Cirurgia plástica reparadora pós-bariátrica**. 2ª Seção. Rel. Min. Luis Felipe Salomão. Julgado em 8 jun. 2022. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo\\_pesquisa=T&cod\\_tema\\_inicial=1069&cod\\_tema\\_final=1069](https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1069&cod_tema_final=1069). Acesso em: 15 out. 2025.

CERQUEIRA, A. L. R. **Excesso de peles, vergonha da imagem corporal e comportamento alimentar: consequências da cirurgia bariátrica**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade do Minho, Braga, 2018. Disponível em: <https://repositorium.uminho.pt/entities/publication/88a565b0-a314-46e5-8750-dc3d89842f6f>. Acesso em: 02 out. 2025.

COSTA, A. C. C. et al. **Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 55-59, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/gmtdDzD6dDhFWn6FBhQnL6D/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

COSTA, D. L. et al. **Repercussão da perda de peso após um ano de gastroplastia em Y-de-Roux**. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 37, n. 2, p. 139-143, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912010000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000200005). Acesso em: 18 jun. 2025.

CUEVA, R. V. B. **Saúde suplementar: o dever de deferência às normas da ANS na jurisprudência do STJ**. *Revista Jurídica de Seguros*, 2019. Disponível em:

[https://sindsegsc.org.br/arquivo/publicacao/139/documento/revista\\_juridica\\_de\\_seguros\\_10\\_maio\\_2019.pdf#page=11](https://sindsegsc.org.br/arquivo/publicacao/139/documento/revista_juridica_de_seguros_10_maio_2019.pdf#page=11). Acesso em: 17 out. 2025.

DANIELLI, R. **A efetividade do direito à saúde no Estado social: análise da saúde suplementar pela Lei 9.656/1998.** *Revista de Direito Civil Contemporâneo*, v. 3, p. 99-113, 2015. Disponível em: <https://revistadoatribunais.com.br/>. Acesso em: 14 out. 2025.

ELABD, R.; SAMARGANDI, O. A.; ALGHANIM, K. et al. **Body contouring surgery improves weight loss after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis.** *Aesthetic Plastic Surgery*, v. 45, p. 1064-1075, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-020-02016-2>. Acesso em: 14 out. 2025.

GOMES, J. A. **Contratos de planos de saúde.** 2. ed. Leme, SP: Mizuno, 2020. Disponível em: [https://cdnv2.moovin.com.br/acasadolivrojuridico/imagens/files/manuais/19676\\_contratos-de-planos-de-saude.pdf](https://cdnv2.moovin.com.br/acasadolivrojuridico/imagens/files/manuais/19676_contratos-de-planos-de-saude.pdf). Acesso em: 18 out. 2025.

JIANG, Z. et al. **A systematic review of body contouring surgery in post-bariatric patients.** *Obesity Reviews*, v. 22, n. 5, e13201, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.1320>. Acesso em: 8 out. 2025.

JUSBASIL. **Portal Jusbrasil.** Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=cirurgia+reparadora+ap%C3%B3s+bari%C3%A1trica>. Acesso em: 27 out. 2025.

MACEDO, J. L. S.; ROSA, S. C. **Qual é o papel da cirurgia plástica na saúde de pacientes pós-bariátricos?** *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 35, n. 1, p. 71-78, 2020. DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/WSJncY984GxYtFWqwXPTKsq/?lang=pt>.

MAGALHÃES, I. R. et al. **Cirurgia bariátrica: indicações e técnicas cirúrgicas.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 2, p. 469-483, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1408>. Acesso em: 03 ago. 2025.

MARINHO, N. G. T. M.; ALMEIDA, E. R. **A efetividade dos direitos sociais no Brasil e a garantia do direito à saúde.** *REASE – Revista Ibero-Americana de Humanidades*, v. 10, n. 6, p. 3503-., jun. 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14665>. Acesso em: 19 out. 2024.

MARQUES, C. L. **Relações de consumo na pós-modernidade: em defesa de uma interpretação finalista dos artigos 2º e 29 do CDC.** *Revista da Faculdade de Direito da UFRGS*, v. 19, p. 93-123, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/0104-6594.71523>. Acesso em: 10 dez. 2025.

MATHUS-VLIEGEN, E. M.; BALANCE STUDY GROUP. **Long-term maintenance of weight loss with sibutramine.** *European Journal of Clinical Nutrition*, v. 59, p. S31-S38, 2005. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/1602172>. Acesso em: 25 set. 2025.

MOREIRA, M. R. M. **O contrato de plano de saúde e sua função social.** *Revista da Faculdade de Direito da USP*, v. 110, p. 251-276, 2015. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r35386.pdf>. Acesso em: 29 out. 2025.



NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. **Tratamento clínico da obesidade**. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 39, n. 2, p. 246-252, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Carla-Nonino/publication/289453316\\_Clinical\\_treatment\\_of\\_obesity/links/5825be6308ae7ea5be7b5b7b/Clinical-treatment-of-obesity.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carla-Nonino/publication/289453316_Clinical_treatment_of_obesity/links/5825be6308ae7ea5be7b5b7b/Clinical-treatment-of-obesity.pdf). Acesso em: 10 set. 2025.

NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO AO JUDICIÁRIO – NATJUS. **Nota Técnica – Saúde Suplementar. Cirurgia plástica reparadora/excessos de pele devido à perda ponderal pós-bariátrica**. Processo n.º 0712649-13.2025.8.07.0000. Brasília: Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, 2025. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/notas-laudos-e-pareceres/natjus-df/4187.pdf/@download/file/4187.pdf>. Acesso em: 25 out. 2025.

OLIVEIRA, A. L.; SAHIUM, G. S.; CUNHA, M. A. A. **Correlações entre cirurgia bariátrica e cirurgia plástica subsequente**. *Revista Brasileira de Ciências Médicas*, v. 1, n. 1, 2025. Disponível em: <https://ojs.uniceplac.edu.br/index.php/rbcm/article/view/268>. Acesso em: 19 out. 2025.

PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça. **Apelação 0115582-11.2023.8.17.2001**. Recife, 2023. Disponível em: <https://www.tjpe.jus.br/>. Acesso em: 30 out. 2025.

PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça. **Agravo de Instrumento nº 0017778-95.2023.8.17.9000**. Rel. Des. Humberto Vasconcelos. Recife, 2023. Disponível em: <https://www.tjpe.jus.br/>. Acesso em: 30 out. 2025.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da ANS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1211-1220, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2025.

ROSA, S. C. et al. **Anthropometric and clinical profiles of post-bariatric patients**. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 45, n. 2, e1613, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/X3sVghNHRsFHXZzqXK6JKRK/?lang=en>. Acesso em: 30 set. 2025.

SAFER, D. J. **Diet, behavior modification, and exercise**. *Southern Medical Journal*, v. 84, n. 12, p. 1470-1474, 1991. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/1749981>. Acesso em: 30 set. 2025.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O sistema único de saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 531-562.

WESTBURY, S. et al. **Obesity stigma: causes, consequences, and solutions**. *Current Obesity Reports*, v. 12, p. 10-23, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-023-00495-3>. Acesso em: 29 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity and overweight. Fact sheet**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 12 ago. 2025.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C. **O papel da cirurgia no tratamento da obesidade**. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 58, n. 12, p. 950-959, 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Manoel-Neto>

[2/publication/286654004\\_The\\_surgery\\_in\\_the\\_obesity\\_treatment/links/569fa55308ae2c638eb7b81a/The-surgery-in-the-obesity-treatment.pdf](https://publication/286654004_The_surgery_in_the_obesity_treatment/links/569fa55308ae2c638eb7b81a/The-surgery-in-the-obesity-treatment.pdf). Acesso em: 15 set. 2025.

ZIMMERER, E. N. et al. **Efeitos do uso do Ozempic no tratamento da obesidade.** *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 13, 2023. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/1849>. Acesso em: 15 set. 2025.