



CENTRO UNIVERSITÁRIO FG - UNIFG
BACHARELADO EM DIREITO

LUCIANO DA SILVA ROCHA

**A MAMOPLASTIA REDUTORA E OS ENTRAVES DE COBERTURA DOS PLANOS
DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE LEGAL E CONCEITUAL**

Guanambi-BA

2021

LUCIANO DA SILVA ROCHA

**A MAMOPLASTIA REDUTORA E OS ENTRAVES DE COBERTURA DOS PLANOS
DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE LEGAL E CONCEITUAL**

Artigo científico apresentado ao curso de Direito do Centro Universitário FG – UNIFG, como requisito de avaliação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Profa. Esp. Cinthia da Silva Barros

Guanambi-BA

2021

A MAMOPLASTIA REDUTORA E OS ENTRAVES DE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE LEGAL E CONCEITUAL

Luciano da Silva Rocha¹, Cinthia da Silva Barros²

¹Graduando do curso de Direito pelo Centro Universitário de Guanambi FG - UNIFG

²Docente do curso de Direito do Centro Universitário de Guanambi FG - UNIFG

RESUMO:

O presente estudo busca analisar as nuances que envolvem a negação assistencial médico-hospitalar pelos planos de saúde a procedimentos e eventos não previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Nesse contexto de exclusão, considerando o reconhecimento patológico da hipertrofia mamária (gigantomastia) pela Organização Mundial de Saúde – OMS, o objetivo geral consiste em apontar e discutir as divergências legais doutrinárias a respeito dos fundamentos levantados pelas operadoras de planos de saúde para negarem cobertura à mamoplastia redutora. Nessa esteira, os objetivos específicos se consolidam em discutir sobre o direito fundamental à saúde; conceituar a gigantomastia e suas consequências à saúde; contextualizar a negativa de cobertura dos planos de saúde; distinguir os tipos de cirurgia plástica estética e reparadora; abordar a incidência do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde e entendimentos jurisprudenciais sobre o tema. Com isso, de posse dos materiais e métodos condizentes ao estudo da problemática, apesar do vínculo consumerista entre os usuários e planos de saúde, bem como os dispositivos constitucionais que tratam do direito à saúde e autorizam a exploração complementar de serviços e ações em saúde pela iniciativa privada, é possível identificar óbices e discordâncias legais entre os dispositivos infraconstitucionais que fomentam discussões de cunho formal e/ou conceitual em detrimento da patologia gigantomastia e suas consequências físicas, emocionais e psicológicas.

Palavras-chave: ANS. Direito a Saúde. Gigantomastia. Mamoplastia Redutora. Planos de Saúde.

¹**Endereço para correspondência:** Rua Melquíades David de Souza, nº 31, Bairro Centenário, Jacaraci/BA
Endereço eletrônico: lusirocha89@gmail.com

ABSTRACT:

The present study seeks to analyze the nuances that involve the denial of medical and hospital assistance by health plans to procedures and events not foreseen in the list of the National Supplementary Health Agency - ANS. In this context of exclusion, considering the pathological recognition of breast hypertrophy (gigantomastia) by the World Health Organization - WHO, the general objective is to point out to discuss and point out the legal and doctrinal divergences regarding the grounds raised by health plan operators to deny coverage for mammoplasty. reductive. In this context, the specific objectives are consolidated in talking about the fundamental right to health; conceptualize gigantomastia and its health consequences; contextualize the negative coverage of health plans; distinguish the types of cosmetic and reconstructive plastic surgery; address the impact of the Consumer Protection Code on health insurance contracts and jurisprudential understandings on the subject. With this, possession of the materials and methods consistent with the study of the problem, despite the consumerist link between users and health plans, as well as the constitutional provisions that address the right to health and authorize the complementary exploration of health services and actions by private initiative, it is possible to identify obstacles and legal disagreements between infraconstitutional devices that foster formal and / or conceptual discussions to the detriment of gigantomastia pathology and its physical, emotional and psychological consequences.

Keywords: ANS. Right to Health. Gigantomastia. Reductive Mammoplasty. Health insurance.

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, importante frisar que o art. 6º da Constituição Federal de 1988, define a saúde como um direito social, elevado a direito fundamental de todo cidadão (BRASIL, 1988).

Através do Sistema Único de Saúde - SUS, incumbe ao Estado a obrigação de dispor dos meios necessários que possam garantir acesso à saúde a cada cidadão, podendo os serviços e ações ligadas à saúde serem explorados pelo setor privado como atividade de mercado em caráter suplementar, conforme permitido pela Constituição Federal de 1988 (NUNES JÚNIOR; GROU, 2007).

Desse modo, em caráter extensivo, o art. 199 da Constituição Federal dispõe que: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988).

Assim, é possível interpretar que embora seja dever do Estado assegurar o direito à saúde, a Carta Magna também permite que as instituições privadas explorem os serviços e ações de promoção assistencial à saúde.

Nesse sentido, como forma de disciplinar as ações provenientes dos planos e seguros privados de assistência à saúde, tem-se a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 (BRASIL, 1998).

Arelado ao objetivo de fazer cumprir as disposições regulamentares da referida lei, criou-se a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), vinculada ao Ministério da Saúde, através da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a qual tem poder imperativo, fiscalizatório e regulador dos serviços e ações promovidos pelas instituições privadas de assistência à saúde (BRASIL, 2000).

Assim, entende-se as referidas leis como complementares no âmbito da normatização estabelecida à saúde prestada pela iniciativa privada.

Deste modo, o *caput* do art. 10, da Lei nº 9.656/98, dentre os requisitos de que dispõe, define a instituição de plano referência com cobertura médico-ambulatorial e hospitalar às patologias listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse sentido, o § 4º, do art. 10, da referida lei, dispõe que a amplitude de cobertura assistencial em saúde é atribuída à ANS, conforme rol de procedimentos e eventos em saúde (BRASIL, 1998).

Entretanto, apesar de algumas patologias serem devidamente classificadas como tais e reconhecidas pela OMS, conforme preconiza o artigo retrocitado, ainda assim, muitos procedimentos e tratamentos terapêuticos dessas doenças não contam no rol da ANS. Assim, insurge o debate da presente abordagem, pois a não figuração dos procedimentos e eventos em

saúde previstos pela listagem da ANS, tem se tornado o principal argumento levantado pelos planos de saúde para negarem cobertura assistencial médico-hospitalar.

Se insere nesse contexto, a hipertrofia mamária, denominada gigantomastia, reconhecida como patologia pela OMS e classificada no CID pelo código N62 (OMS, 1997). Entretanto, o procedimento cirúrgico intitulado mamoplastia redutora não figura no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS.

Destarte, consoante o contexto ressaltado e os conflitos acerca da problemática, a abordagem do presente artigo será desenvolvido sob a análise dos aspectos formais, técnicos e literais motivadores da negação de custeio da mamoplastia redutora pelos planos de saúde.

Em contrapartida, diante a negação de cobertura enfatizada, serão demonstradas as consequências à saúde física e psicológica das portadoras de gigantomastia, os aspectos distintivos dos procedimentos estéticos e reparadores, a mensuração da indicação médica como forma de obrigar a cobertura assistencial dos planos de saúde, os efeitos jurídicos decorrentes da ausência de previsão do procedimento no rol da ANS, a incidência das regras do código consumerista, bem como a tutela do direito fundamental a saúde e o respeito ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

MATERIAIS E MÉTODOS

Com vistas a designar respostas e obtenção de resultados confiáveis, necessário o uso de um método específico.

“O método é um recurso que requer detalhamento de cada técnica aplicada na pesquisa. É o caminho sistematizado, formado por etapas, que o pesquisador percorre para chegar à solução.” (MOTTA, 2012, p. 83).

A metodologia proposta foi a hipotética-dedutiva, doravante a relevância social do tema ser pouco explorado, o qual demonstra lacunas enviesadas pela inquietação da problemática. Desenvolvido por Karl Popper, o método hipotético-dedutivo consiste na formulação de hipóteses ou conjecturas vinculadas à percepção cognitiva e dedutiva do pesquisador quando os conhecimentos disponíveis sobre determinado assunto são insuficientes, visando assim, impulsionar uma proposta ou teoria que possa explicar o fenômeno inquietante, buscando testar ou falsear as consequências atreladas às hipóteses formuladas (GIL, 2008, p. 31-32).

Quanto a estrutura do projeto, foi alicerçado através de revisão da legislação atinente ao tema, bem como da literatura, trabalhos científicos e exploratórios que visam responder à

problemática proposta, ou seja, apontar formas de rechaçar os argumentos formais e lacunosos alegados pelos planos de saúde como forma de negação de cobertura à mamoplastia redutora.

Esta estrutura se alinha à pesquisa qualitativa, as quais de acordo Martins; Theófilo, (2007, p. 135), “[...] pedem descrições, compreensões e análises de informações, fatos, ocorrências que naturalmente não são expressas por números”.

Dentre as fontes bibliográficas que foram mais consultadas para o desenvolvimento deste trabalho estão o Google Acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library OnLine), Portal de Periódicos Capes/MEC e ConJur, além de legislações constitucionais e infraconstitucionais, livros, revistas eletrônicas, jurisprudências e artigos sobre o tema.

1. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

Inicialmente, faz-se necessário ressaltar que após o término da Segunda Guerra Mundial a saúde tornou-se objeto da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade”, e acrescenta que:

Gozar de melhor estado de saúde que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica e social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados (OMS, 1946)

Nessa esteira, a elevação histórica do direito à saúde a um direito fundamental tem estreita relação com a dignidade da pessoa humana, a qual se fortalece com a valorização dos direitos humanos a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos pós-guerra, principal marco de formulação de várias constituições.

Assim, o princípio da dignidade da pessoa humana se estabelece como paradigma primário do ordenamento jurídico brasileiro, o qual privilegia a legitimidade da liberdade e perfeita realização do direito à existência plena e saudável a todo ser humano, especialmente aqueles imanescentes à garantia e efetivação do direito à saúde (MARTINS, 2008, p. 55-59).

Com base nisso, nas palavras de Luz Segundo (2020, p. 5)

a obrigatoriedade da proteção máxima à pessoa, por meio de um sistema jurídico-positivo formado por direitos fundamentais e da personalidade humana, tem o escopo de garantir o respeito ao indivíduo, propiciando-lhe uma existência digna e protegida de qualquer espécie de ofensa, quer praticada pelo particular, quer pelo Estado.

Importante ressaltar a nomenclatura dada ao título II da Constituição Federal de 1988, destinada aos direitos e garantias fundamentais dispostos entre os artigos 5º a 17. Nesse ínterim,

conforme previsão do art. 6º da Carta Magna, a saúde é um direito social, elevado a direito fundamental (BRASIL, 1988).

Ademais, observa-se na Constituição Federal de 1988 (Art. 1º, III), que a dignidade da pessoa humana é tomada como princípio fundamental da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988).

Quanto ao provimento do direito à saúde, o art. 196 da Carta Magna atribui ao Estado o dever de garanti-lo a todo cidadão por meio de políticas públicas e econômicas, com o fim de reduzir o risco de doenças através do acesso igualitário às ações e serviços de proteção e recuperação dos cidadãos.

Entretanto, os artigos 197 e 199 da Carta Magna, estendem às instituições privadas a livre iniciativa de explorar a saúde de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Nessa seara, de acordo com Grando e Lucion (2016, p. 13):

Embora reconhecido na Constituição Federal como um direito fundamental, e como tal, deve ser prestado pelo Estado, a realidade social brasileira revela que a preocupação com a saúde e a atual situação da saúde pública, fazem com que a população procure outros meios de proteção. É o que ocorre com a busca pelos planos privados de saúde.

Não obstante, segundo Vieira (2014), tendo em vista a saúde ser o bem jurídico tutelado tanto para o Estado como para a iniciativa privada, apesar dos planos de saúde serem de natureza contratual, o respeito ao direito fundamental à saúde, deve prevalecer, haja vista a sua proteção constitucional.

Sob a ótica de um contexto generalista dos direitos da personalidade, tendo em vista a idealização de promoção da justiça social, ainda que a autonomia privada seja alicerce do direito privado, tais exigências devem ser igualmente atendidas (LUZ SEGUNDO, 2020, p. 14).

Nessa perspectiva, ainda que a iniciativa privada tenha autorização constitucional para explorar os serviços ligados à saúde, apesar da natureza jurídica contratual da relação, deve-se primar pelo respeito e defesa dos direitos fundamentais. Nessas condições, o Estado tem a função de influenciar decisivamente sobre tais relações com o objetivo de concretizar a essencialidade dos direitos fundamentais na busca pela realização da igualdade material e justiça social, para assim, assegurar a proteção de vida digna dos beneficiários da saúde privada (SCHMIDT, 2014, p. 122-124).

Sobre esse quadro analítico, vale mencionar o art. 174 da Constituição Federal, pelo qual é possível interpretar que apesar dos serviços e ações em saúde promovidos pelo poder público e iniciativa privada serem regidos por normas distintas, incumbe ao Estado o poder de

fiscalizar e controlar as ações destinadas ao setor público, extensivo ao setor privado em caráter regulador e indicativo (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, Moreira Neto (2003) salienta que em decorrência da insuficiência do Estado, retratado em prover os recursos suficientes à manutenção dos serviços e políticas públicas voltadas à saúde, em caráter auxiliar o Estado concede ao setor privado a faculdade de explorá-los sem que perca a sua natureza pública, passando o Estado a assumir, além das funções executórias, também o papel regulador e fiscalizatório sobre a atuação das instituições privadas.

2. GIGANTOMASTIA

Inicialmente, se faz necessário definir o conceito da patologia gigantomastia e as implicações à saúde das mulheres acometidas.

De acordo com André e Chocial (2010, p. 657):

A gigantomastia é uma condição não rara, caracterizada por um aumento excessivo do volume das mamas, que pode provocar danos físicos e psicológicos para as pacientes. Os sintomas incluem mastalgia, ulceração, infecção submamária, problemas posturais, cervicalgia, dorsalgia e injúria por tração crônica dos 4º, 5º e 6º nervos intercostais, provocando perda da sensibilidade mamária.

Dentre as consequências psicológicas ocasionadas pela hipertrofia mamária, estão relacionadas com a dificuldade de convívio social, em razão da desarmonia da mulher com o corpo, devido ao volume excessivo dos seios. Assim, a redução da autoestima, da vida sexual, ansiedade e depressão são recorrentes em pessoas portadoras da patologia (CORREA, 2019, p. 205).

Ademais, para efeito do alívio dos sintomas físicos dolorosos ocasionados pela gigantomastia, o procedimento indicado para o tratamento da doença é denominado mamoplastia redutora (ANDRÉ e CHOCIAL, 2010, p. 657).

Conforme se verifica, a gigantomastia afeta tanto a saúde física como psicológica das mulheres. Assim, após pesquisa científica aplicada em mulheres portadoras de gigantomastia em fases pré e pós-operatória, mediante as técnicas disponíveis para o tratamento, com o fim de medir o grau de satisfação e a mudança na qualidade das mulheres submetidas à mamoplastia redutora, segundo Freire (2001, p. 67), conclui que:

A cirurgia para redução das mamas acarreta alterações positivas tanto na esfera física, quanto psicológica e social das pacientes. [...] mostrou-se válido para avaliar a qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária e detectar mudanças na qualidade de vida das pacientes com hipertrofia mamária após o procedimento cirúrgico.

No mesmo sentido, referente aos efeitos na qualidade de vida das mulheres portadoras de gigantomastia, Freire (2004, p. 85), enfatiza que “a mamoplastia redutora promove um impacto positivo na capacidade funcional e melhora o quadro de dor”.

Diante o exposto, é possível interpretar que a mamoplastia redutora é o procedimento indicado para o tratamento das pessoas portadoras de gigantomastia. Assim, considerando os danos físico/psicológicos decorrentes, resta evidenciado tratar-se de uma patologia, pois, nos termos da OMS a saúde é definida como, “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946).

3. DISTINÇÃO ENTRE CIRURGIA ESTÉTICA E REPARADORA

Diante o exposto até então nos capítulos anteriores, a interpretação da mamoplastia redutora se convalida como um procedimento típico das cirurgias plásticas. Deste modo, tendo em vista a relevância patológica da gigantomastia, vale ressaltar a conceituação distintiva entre as cirurgias plásticas de cunho estético e reparador.

Nessa senda, conforme descrevem Schimitt e Rohden (2020), a diferença consistente entre cirurgia estética e reparadora pode ser medida através do grau de importância do procedimento, sendo as cirurgias de natureza estética aquelas que as pacientes realizam para aprimorar os corpos sem estarem doentes ou portadoras de deformidades. Já as cirurgias reparadoras são aquelas realizadas com o objetivo de restaurar a normalidade da saúde física e psicológica das pessoas submetidas.

Na mesma linha de pensamento, de acordo Granato e Costa (2015, p. 2) cirurgias plásticas são aquelas realizadas para a satisfação pessoal da paciente e não por necessidade, ou seja, são procedimentos de cunho facultativo, os quais visam apenas a satisfação pessoal com o próprio corpo. Por outro lado, as cirurgias reparadoras, apesar de proporcionar ganho estético, se caracterizam pela necessidade corretiva de deformidades ou defeitos congênitos, sendo seu objetivo finalístico o tratamento da patologia e suas consequências danosas que afetam questões psicológicas e autoestima.

De acordo Saretti (2020, n.p.):

[...] procedimentos que não estejam ligados diretamente ao tratamento de doenças, como cirurgias plásticas, devem ser custeadas inteiramente pelo cliente. Contudo, existem situações em que o procedimento, que em princípio seria estético, é crucial para tratar problemas de saúde existentes ou com potencial de surgir.

Não obstante, Schimitt e Rohden (2020, p. 219) acrescentam:

se levamos em consideração aspectos sociais e psicológicos, tomando a saúde de maneira mais integral, boa parte das cirurgias plásticas, em certo sentido, podem também ser compreendidas enquanto reparadoras. Estamos, certamente, simplificando o argumento que subjaz a perspectiva mais geral que observamos ao longo da pesquisa.

Diante o exposto, alinhado a esse entendimento, vale ressaltar a jurisprudência adotada pela 17ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais/MG, que considerou abusiva a recusa de cobertura a realização de mamoplastia redutora em paciente com gigantomastia pelo argumento da esteticidade do procedimento. Vejamos a ementa do acórdão:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – COBERTURA DE CIRURGIA DE MAMOPLASTIA REDUTORA – PRESCRIÇÃO MÉDICA – CIRURGIA NÃO ESTÉTICA COM FINALIDADE REPARADORA – RECUSA ABUSIVA – DANO MORAL – OCORRÊNCIA – Tendo em vista que o procedimento cirúrgico pleiteado possui caráter reparador e não estético, uma vez que visa corrigir as alterações da coluna cervical da parte agravada decorrente da sobrecarga das mamas, revela-se abusiva a recusa de cobertura da parte ré – A recusa indevida de cobertura de plano de saúde é causa suficiente de danos morais.
(TJ-MG – AC: 10879140006872002 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 13/02/2020, Data de Publicação: 21/02/2020)

Cabe frisar, por oportuno, que no ramo das obrigações existem as obrigações de meio e resultado. Deste modo, conforme destaca Cruz (2004, n.p.), as cirurgias estéticas propriamente ditas, definidas como aquelas em que a mulher busca o procedimento por uma questão de vaidade e não patológica, visando apenas o embelezamento, tem a natureza de resultado, pelo qual o profissional tem o dever de alcançá-lo. Por outro lado, as cirurgias de reparação estão vinculadas à obrigação de meio, pois se origina de uma necessidade decorrente de deformidades congênitas ou patológicas.

Nesse ínterim, diante a definição da gigantomastia e sua natureza patológica observada, cabe frisar a tipicidade da mamoplastia redutora essencialmente reparadora.

Por essa razão, sob uma perspectiva comparativa, vale salientar que a cirurgia de reconstrução da mama, encontra previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (ANS, 2021).

Nesses moldes, por oportuno, vale enfatizar que o procedimento de reconstrução da mama é considerado uma cirurgia reparadora pelo Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (Planserv), que define “a cirurgia reparadora se propõe a reconstruir e/ou restaurar a mama feminina após a cirurgia de mastectomia ou quadrantectomia por câncer de mama” (BAHIA, 2017).

Logo, ainda que a mamoplastia redutora se afigure como um procedimento cirúrgico reparador, o Parecer Técnico nº 19/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 da Resolução Normativa nº 428/2017 da ANS, denota distinção entre os mesmos, qual seja:

O artigo 10-A da Lei nº 9.656/1998, estabelece que cabe às operadoras de planos de saúde, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. [...] Por outro lado, o procedimento MASTOPLASTIA OU MAMOPLASTIA PARA CORREÇÃO DA HIPERTROFIA MAMÁRIA (procedimento realizado para corrigir o gigantismo mamário) não consta do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Por essa razão, não possui cobertura obrigatória.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO ACERCA DA NEGATIVA DE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE A MAMOPLASTIA REDUTORA

Consoante a interpretação do art. 10, da Lei nº 9.656/98, é critério obrigacional de cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar da saúde privada a toda e qualquer doença listada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. De tal sorte, alinhado a essa universalização prevista pela OMS, o art. 35-F da mesma lei, complementa que todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde firmadas em contrato, devem receber amparo assistencial das seguradoras de saúde (BRASIL, 1998).

No entanto, o § 4º do art. 10, da Lei nº 9.656/98, define que a amplitude de cobertura dos planos de saúde será definida por normas editadas pela ANS (BRASIL, 1998).

Nessa esteira, a ANS é criada pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, sendo uma de suas competências o estabelecimento da referência básica constituída através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas excepcionalidades, ao qual ficam submetidas as seguradoras de planos de saúde (BRASIL, 2000).

Conforme Bento (2018, p. 27):

A Lei nº 9.961/2000 apresenta a competência da ANS, dentre outros deveres, é de sua alçada estabelecer as características gerais dos contratos firmados entre os usuários e as operadoras, elaborar e atualizar o rol básico de eventos e procedimentos em saúde, autorizar reajustes e revisão dos valores dos planos de saúde. Além disso, é também a responsável por fixar critérios para o procedimento de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços das operadoras, bem como autorizar o registro dos planos de assistência à saúde e o funcionamento de suas administradoras.

É importante enfatizar que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela ANS, institui a referência básica para cobertura mínima obrigatória de atenção aos planos privados de assistência à saúde (ANS, 2017).

Deste modo, nas palavras de Ribeiro (2019, p. 38), entende-se que a previsão mínima de procedimentos obrigatórios a que as operadoras devem oferecer assistência aos usuários, em suma, visa evitar abusos atinentes a redução e/ou exclusão aos procedimentos e eventos em saúde necessários e essenciais ao beneficiário. No entanto, mesmo aqueles que não conste no rol da ANS, não obsta que as referidas operadoras sejam compelidas a prestarem cobertura mediante as circunstâncias do caso.

Para Vieira (2014), tendo em vista a rede privada de saúde ser regida por normas diversas como as Leis 9.656/98 e 9.961/2000, Código de Defesa do Consumidor, resoluções normativas, Organização Mundial de Saúde e princípios contratuais do Código Civil de 2002, todos alinhados aos ditames da Constituição Federal de 1988, a partir do instante que há recusa de assistência e custeio a determinados tipos de tratamento por alegações meramente formais e literais, resulta em um paradoxo interpretativo por não haver consenso na doutrina e jurisprudência se a previsão estabelecida pelo rol da ANS tem cunho exaustivo ou meramente exemplificativo, haja vista não haver menção expressa de sua natureza pela agência reguladora.

Contudo, diante o paradoxo existente, em detrimento à listagem da OMS, valendo-se da formalidade adstrita ao texto da ANS, apesar da relação contratual existente entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, estes frequentemente adotam a ausência de previsão de procedimentos obrigatórios de custeio no rol da ANS, como argumento de negação.

Segundo Trettel (2014), a censura dos planos de saúde à assistência médico-hospitalar aos beneficiários se apoia no entendimento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura obrigatória ser de competência exaustiva, limitando-se apenas ao que prevê a listagem da agência reguladora. Por outro lado, alguns membros do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor defendem que tal edição deve ser pautada em princípios do Código de Defesa do Consumidor.

Por outro lado, Morozowski (2019), discorda ser de natureza meramente exemplificativa, e argumenta, se assim fosse, geraria mais problemas que soluções judiciais e que a redução das demandas judiciais se torna possível mediante a elaboração do dito rol alinhado a instrumentos processuais coletivos, para assim, discutir os pontos cruciais do tema que visam promover efeitos amplos.

Diante o exposto, há uma crescente demanda judicial pleiteada pelos beneficiários de planos de saúde que fundamentam os litígios sob a alegação de que o rol previsto pela ANS é meramente exemplificativo, pelo qual se configura abusividade das operadoras de planos de saúde ao limitar a realização de procedimentos apenas àqueles previstos no rol da ANS (PADILHA, 2018, n.p.).

Para Vieira (2014, p. 56):

Se a própria Lei 9.656/98 determinou uma cobertura abrangente ao definir os planos de saúde atenderiam “todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação”, não deveria as operadoras limitar o que a lei não limitou. De igual modo, essa interpretação é infundada, já que a ANS através de uma norma administrativa, não elaboraria um rol divergindo com os dispositivos da lei, até mesmo pela sua condição hierarquicamente inferior.

Outro ponto inquietante no âmbito do judiciário, ressurgiu sobre a mensuração do poder da indicação médica como forma de obrigar os planos de saúde a cobrirem procedimentos não listados pela ANS.

Nessa linha de pensamento, Boaventura (2017, n. p), conclui que a realização do procedimento oriundo de indicação médica vincula obrigatoriedade de cobertura das operadoras de planos de saúde, restando abusiva e atentatória ao princípio da dignidade da pessoa humana a negativa assistencial.

Não obstante, a jurisprudência da Súmula 102 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, dispõe que “havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS” (TJSP, 2013).

Ademais, no âmbito do Código de Ética Médico, conforme o inciso II, é direito médico “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente” (CFM, 2009).

Entretanto, há de se enfatizar o contrassenso existente no âmbito interno do Superior Tribunal de Justiça, entre a 3ª e 4ª Turmas sobre o assunto.

A 3ª Turma do STJ, conforme se extrai do REsp nº 1.883.066, negou provimento ao recurso de operadora de saúde, sob o entendimento de que a ausência de previsão de cobertura de procedimentos no rol da ANS, não afasta o direito ao usuário de exigí-lo, alinhando-se ao teor da Súmula 102 do TJSP, reconhecendo abusividade a negativa de cobertura de procedimento de saúde com expressa indicação médica. Em linha contrária, a 4ª Turma do STJ, destaca que o teor da súmula 102, é temerário, pois assim sendo, demonstra incompatibilidade com os princípios do contraditório e ampla defesa, bem como destaca que não cabe ao judiciário substituir as atribuições legais da ANS (CONJUR, 2020).

5 A INCIDÊNCIA DO CDC NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, estabelece o direito do consumidor como um direito fundamental e a defesa do consumidor como um princípio da ordem econômica, respectivamente predispostos nos artigos 5º, XXXII e 170, VI da Carta Magna (BRASIL, 1988).

Com base nisso em consonância com os citados artigos constitucionais e art. 48 da ADCT, o art. 1º, do Código de Defesa do Consumidor, criado pela Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990, estabelece normas de proteção e defesa do consumidor de ordem pública e interesse social (BRASIL, 1990).

No que tange a definição da figura do consumidor, o art. 2º da referida lei, define que “consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final” (BRASIL, 1990).

Sobre tal definição, de acordo Filomeno (2001, p. 26-27):

[...] levando-se em conta tão-somente o personagem que no mercado de consumo adquire bens ou então contrata a prestação de serviços, como destinatário final, pressupondo-se que assim age com vistas ao atendimento de uma necessidade própria não para o desenvolvimento de uma outra atividade negocial.

Por outro lado, o art. 3º da Lei nº 8.078/90, estabelece que “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” (BRASIL, 1990).

Diante o exposto, entende-se que a relação jurídica regulamentada pelo CDC é formada pelas figuras do consumidor e fornecedor, o qual visa tutelar os direitos e defesa do consumidor com amparo constitucional, haja vista sua situação de vulnerabilidade frente ao fornecedor.

Consoante Bonfim (2018, p. 45) “o princípio da vulnerabilidade engendra o princípio da proteção ao consumidor, constitucionalmente garantido, na medida em que estabelece a figura do consumidor como um sujeito de direitos vulnerável frente ao fornecedor”.

Nesses moldes, torna-se prudente analisar os dispositivos que tratam da incidência do Código de Defesa do Consumidor em contratos desse tipo.

O art. 35-G da Lei 9.656/1998, atribui a incidência do CDC aos contratos de planos de saúde de forma subsidiária, define a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor aos contratos feitos entre usuários e operadoras de planos de saúde que além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (BRASIL, 1998).

Atinente a isso, o entendimento da Súmula 100 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, dispõe que “contrato de plano/seguro saúde se submete aos ditames do Código de Defesa

do Consumidor e da Lei nº 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais” (TJSP, 2013).

Não obstante, a revogada Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, tinha o seguinte texto: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. Entretanto, como já mencionado, fora revogada pela Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, segunda seção, página 1, pela qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão” (STJ, 2018).

Assim, vale salientar que os planos de saúde de autogestão, dentre outras particularidades, são associações sem fins econômicos, onde os beneficiários tem a possibilidade de participarem de gestão e promover o controle social, sendo uma das características dos planos de saúde de autogestão, a possibilidade dos beneficiários participarem da gestão promovendo o controle social, característica tal que os diferenciam das seguradoras de saúde convencionais (ANS, 2016).

Atrelado a essa definição, para Gama (2003, p. 49) os planos de saúde de autogestão, apesar de considerados empresas de serviços e atividades de assistência médico-hospitalares, também regulamentadas pela ANS, se diferenciam das operadoras de mercado por não terem como objetivo o lucro, motivo este que as isentam de certas obrigações legais.

Ademais, em observância à Súmula 608, para Bonfim (2018, p. 40-41), há uma evidente mitigação à tutela consumerista, que conseguinte potencializa a vulnerabilidade dos consumidores frente às abusividades de negação de cobertura dos planos de saúde.

Entretanto, com o fim de relacionar as funções normativas, segundo Paixão Filho (2018, p. 473-476), diante o sincretismo idealizado entre o CDC e a Lei nº 9.656/98, ambos deveriam ser aplicados de forma conjunta e harmônica. No entanto, acrescenta que apesar de pacificado nos tribunais superiores a relação entre a ANS e o CDC, o órgão regulador negligencia a sua aplicabilidade, dando margem para que as seguradoras de planos de saúde mitiguem direitos assistenciais dos segurados, levando estes a buscarem a tutela de seus direitos no âmbito do Poder Judiciário.

5.1 Entendimentos jurisprudenciais contrários à exclusão de cobertura da mamoplastia redutora pelas operadoras de planos de saúde

Diante toda a explanação até então abordada, em detrimento aos argumentos levantados pelos planos de saúde para negarem cobertura à mamoplastia redutora, tendo em vista a incidência do CDC em contratos de planos de saúde, vale citar alguns entendimentos

jurisprudenciais que tratam da amplitude do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; da sustentação do cunho não estético do procedimento ora abordado, bem como potencializa a expressa indicação médica como aspecto obrigacional de cobertura direcionado às instituições privadas de saúde.

Com base nisso, o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia afasta a alegação de que o rol da ANS deve ser interpretado de modo exaustivo. Vejamos:

DIREITO DO CONSUMIDOR E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. MAMOPLASTIA REDUTORA PARA TRATAMENTO DE GIGANTOMASTIA. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RELATÓRIOS E EXAMES MÉDICOS QUE ATESTAM A NECESSIDADE DO TRATAMENTO DE SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE ESTÉTICA. AUSÊNCIA DE VEDAÇÃO CONTRATUAL EXPRESSA. NEGATIVA DE PROCEDIMENTO NECESSÁRIO AO RESTABELECIMENTO DA HIGIEDEZ FÍSICA DA AUTORA. IMPOSSIBILIDADE. CIRURGIA QUE NÃO SE ENQUADRA NAS EXCEÇÕES PREVISTAS NO ART. 10 DA LEI Nº 9.656. **ROL DA ANS MERAMENTO EXEMPLIFICATIVO**. DANOS MORAIS APURADOS. INDENIZAÇÃO ARBITRADA EM R\$ 15.000,00. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (Classe: Apelação, Número do Processo: 05232339-36.2015. 8.05.0001, Relator(a): Regina Helena Ramos Reis, Segunda Câmara Cível, Publicado em: 13/12/2017) (TJ-BA – APL: 0523239-36.2015.8.05.0001, Relator: Regina Helena Ramos Reis, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 13/12/2017) *grifo nosso*

Quanto à natureza estética do procedimento, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul rechaça tal definição, conforme se extrai do julgado seguinte:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROCEDIMENTO DE MAMOPLASTIA REDUTORA NÃO ESTÉTICA. COBERTURA DEVIDA. 1. **Os planos de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor**, razão pela qual se aplica o disposto no art. 35 da Lei 9.656/98 ao caso em tela, decorrente de interpretação literal e mais benéfica aos aderentes. 2. **Dever de cobertura do procedimento de mamoplastia redutora [...] Procedimento que não possui finalidade exclusivamente estética**. RECURSO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70078649100, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 26/09/2018). (TJ-RS – AC: 70078649100 RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Data de Julgamento: 26/09/2018, Quinta Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 03/10/2018) *grifo nosso*

No que tange à obrigação de cobertura vinculada à expressa indicação médica da realização da mamoplastia redutora, tem-se a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência. Plano de Saúde. Decisão que deferiu a liminar para determinar que a Operadora do Plano de Saúde da Ré autoriza a cirurgia de mamoplastia redutora a que a autora necessita submeter-se. **Prescrição médica para procedimento cirúrgico urgente**. Autora com evolução de problemas posturais em decorrência do tamanho das mamas. Negativa de Cobertura. Aparente abusividade. **Inteligência das Súmulas nº 100 e 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça**. [...] Necessidade caracterizada. Presença dos requisitos indispensáveis à concessão da tutela pleiteada. Decisão Mantida. RECURSO NÃO PROVIDO.

(TJ-SP – AI: 21723012120208260000 SP 2172301-21.8.26.0000, Relator: Penna Machado, Data de Julgamento: 23/09/2020, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 23/09/2020) *grifo nosso*

Ademais, de todo o exposto, se extrai do tema abordado, tratar-se de um emaranhado de discordâncias, onde podem ser identificadas divergências legais, doutrinárias e jurisprudenciais, resultando assim, em um entendimento tortuoso sobre as várias vertentes enfatizadas no presente artigo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados esperados, conclui-se que embora a existência de uma série de normas legais e resoluções atinentes à regulamentação dos serviços e ações ligados à saúde da rede privada, a criação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS pela Lei nº 9.961/2000, dá margem para as operadoras de planos de saúde interpretá-lo da maneira mais conveniente, considerando apenas a literalidade do aludido rol, como forma de negar cobertura aos procedimentos não elencados, resultando assim, em uma série de divergências legais e doutrinárias a respeito dos fundamentos de negação.

Assim, tendo em vista a saúde ser o bem jurídico tutelado e elevada a direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, o Estado tem o dever de provê-la em caráter primário e de modo complementar às instituições de saúde privada. Entretanto, quando a cobertura assistencial a procedimentos de saúde é negada sob aspectos estritamente formais, sem considerar o estado de necessidade relativo às consequências patológicas, resta evidenciado um notório descompasso com a premissa constitucional e equilíbrio contratual.

Não obstante ao universo de procedimentos que contemplam essa disparidade de tratamento das seguradoras de planos de saúde, em caráter específico, a abordagem de exclusão do tratamento da gigantomastia, denominado mamoplastia redutora, retrata o cenário obscuro dos fundamentos meramente formais adotados como meio de negação de cobertura assistencial da saúde privada.

Deve-se repisar, conforme dispõe a Lei nº 9.656/98, o reconhecimento da gigantomastia pela OMS como uma patologia, funda-se como requisito legal, bem como determina que “todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação” devem ser objeto de cobertura pelos planos de saúde.

A partir disso, fica demonstrado que não há limitação assistencial expressa na lei dos planos de saúde, entretanto o rol da ANS possibilita uma interpretação extensiva pelas

operadoras de planos de saúde, utilizando-se das disposições auferidas do rol da maneira mais proveitosa aos seus interesses em detrimento das questões relevantes à subjetividade patológica dos beneficiários.

Denota-se clara omissão e obscuridade da ANS a respeito, pois levando-se em pauta a sua incompletude, potencializa interpretações dúbias sobre as nuances referidas, resultando em um caminho tortuoso de solução jurídica.

Ademais, outra inquietação que dificulta uma singularidade a respeito do tema, apesar de evidente a distinção entre cirurgia estética e reparadora, sendo esta última, resultante de um estado de necessidade, como é o caso da mamoplastia redutora, com o fim de evadir-se das responsabilidades contratuais, as instituições de saúde privada, reiteradamente alegam ser de cunho estético.

De todo o exposto, ainda que haja divergências das leis entre si, deve prevalecer a incidência do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde, haja vista sua previsão constitucional como direito fundamental para defender um outro direito constitucional que é a saúde, para assim restabelecer o equilíbrio contratual desse seguimento.

Por fim, diante as especificidades da mamoplastia redutora, consigne que o rol da ANS demonstra-se frágil e ambíguo, pois, diante as lacunas e divergências dele verificados, reiteradamente são apropriados pelas operadoras de planos de saúde por conveniência e burocracia. Assim, se faz necessário um estudo legislativo com o fim de buscar um alinhamento para preenchimento das brechas existentes, em consonância com os preceitos do Código de Defesa do Consumidor e Constituição Federal de 1988, com o fim de estabelecer disposições que fortaleçam e legitimem a tutela jurídica da saúde dos beneficiários de planos de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Fernando Sanfelice; CHOCIAL, Ana Carolina. **Tratamento das gigantomastias**. Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.) vol.25, n. 4, São Paulo Oct./Dec. 2010.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2021**. Anexo 1 (RN 465/2021). Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/o-que-seu-plano-deve-cobrir/anexo_i_rol_2021rn_4652021.pdf>. Acesso em 23 abr 2021.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS; 2016.

BAHIA, Secretaria da Administração. **Elaboração Valor referencial Procedimento: CIRURGIA REPARADORA**. 3ª ed. Salvador: SAEB/CGPS, 2017.

BENTO, Camila de Fátima. **A inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde conduzidos por entidades fechadas de autogestão**. 2018. 73 p. 1º Prêmio ANS: Concurso Monografia em Saúde Suplementar. Brasil. 2018.

BOAVENTURA, Thiago. **Plano de saúde não pode negar tratamento prescrito por médico**. 2017. Disponível em: <<https://migalhas.uol.com.br/depeso/266410/plano-de-saude-nao-pode-negar-tratamento-prescrito-por-medico>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

BONFIM, Maria Helena Silveira. **A Súmula 608 do STJ e seus efeitos na proteção ao consumidor: a aplicação do Código Civil aos planos de saúde de autogestão**. Salvador, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parecer técnico nº 19/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019. COBERTURA: MAMA E SISTEMA LINFÁTICO (MASTECTOMIA / MASTOPLASTIA)**. Publicado em 17/05/2019. Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm>. Acesso em: 08 nov. 2020.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em 27 out. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 608**. Disponível em: <[https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=\(sumula%20adj1%20%27608%27\).sub](https://scon.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?livre=(sumula%20adj1%20%27608%27).sub)> Acesso em 04 nov. 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Súmula 100/TJSP**. Disponível em: <<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Súmula 102/TJSP**. Disponível em:
<<https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legislacao/SumulasTJSP.pdf>
> Acesso em: 28 abr. 2021.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília. 2010.

CRUZ, Ingrid Patrícia Félix da. **Cirurgia plástica estética: obrigação de meios ou de resultado?**. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 424, 4 set. 2004. Disponível em:
<https://jus.com.br/artigos/5655>. Acesso em: 16 nov. 2020.

FILOMENO, José Geraldo Brito. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto**. Disposições Gerais. In: GRINOVER. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREIRE, Marcia Aparecida Martins da Silva **Impacto da Mastoplastia Redutora na Qualidade de Vida das Pacientes com Hipertrofia Mamária** – São Paulo, 2001.

FREIRE, Marcia Aparecida Martins da Silva. **Capacidade Funcional e Dor Após a Mamoplastia Redutora**. – São Paulo, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GRANATO, Vanessa; COSTA, Ariadne de Andrade. (2015). **Cirurgias Plásticas Reparadoras e Estéticas: a Responsabilidade e a Obrigação Cível do Cirurgião**. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*. Ribeirão Preto, vol 4, num 4, mai 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.17063/bjfs4\(4\)y2015405](https://doi.org/10.17063/bjfs4(4)y2015405). Acesso em 02 nov. 2020.

GRANDO, Juliana Bedin; LUCION, Maria Cristina Schneider. **O Direito Fundamental à Saúde e (des)respeito dos planos de saúde**. Revista Direito Em Debate, vol. 25, num. 46 (2017). Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2016.46.3-22>. Acesso em: 17 nov. 2020.

LUZ SEGUNDO, E. Direitos da Personalidade. **Revista de Direito da Faculdade Guanambi**, v. 7, n. 01, p. e280, 27 jun. 2020.

MARTINS, Flavia Bahia. **O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a perspectiva do pensamento constitucional contemporâneo**. Rio de Janeiro, 2008.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Direito Regulatório. Alternativa participativa e flexível para a administração pública de relações setoriais complexas no estado democrático**. São Paulo: Renovar, 2003.

MOROZOWSKI, Ana Carolina. Entender que o rol da ANS é exemplificativo gera mais problemas do que soluções. Revista Consultor Jurídico, 21 de novembro de 2006. Disponível

em: <<https://www.conjur.com.br/2019-nov-26/entender-rol-ans-exemplificativo-gera-problemas>>. Acesso em 05 nov. 2020.

MOTTA, Alexandre de M. **Metodologia da Pesquisa Jurídica: o que é importante saber para elaborar a monografia jurídica e o artigo científico**. Tubarão: Cgopiart, 2012.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano; GROU, Karina Bozola. **O Direito à Saúde e os Planos de Saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 8, nov. 2007.

PADILHA, Fernando. **Análise do rol de procedimento da ANS e sua aplicabilidade meramente exemplificativa**. 2018. Disponível em:

<https://migalhas.uol.com.br/depeso/286485/analise-do-rol-de-procedimento-da-ans-e-sua-aplicabilidade-meramente-exemplificativa>. Acesso em: 16 nov 2020.

PAIXÃO FILHO, R. L. C. **Da não aplicação do código de defesa do consumidor pela ans e seu impacto na judicialização da saúde**. UNISANTA LAW AND SOCIAL SCIENCE; VOL. 7, Nº 3 (2018). Disponível em:

<<https://ojs.unisanta.br/index.php/lss/article/view/1731/1428>>. Acesso em 26 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol. 2.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque de 19 a 22 de julho de 1946.

_____. **Obrigação de cobrir tratamento deve prevalecer sobre cláusula limitativa**. In!

Revista Consultor Jurídico, 04 de janeiro de 2017. Disponível em:

<<https://www.conjur.com.br/2019-nov-26/entender-rol-ans-exemplificativo-gera-problemas>>. Acesso em: 08 nov. 2020.

RIBEIRO, Tiago Teixeira. **Análise jurisprudencial acerca da aplica o do rol de procedimentos da ANS nos contratos de planos de saúde**. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Içara. 2019. Disponível em

:<<https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/9924>>. Acesso em 26 abr 2021.

_____. **STJ afasta súmula do TJ-SP sobre recusa de tratamento por plano de saúde**. In!

Revista Consultor Jurídico, 13 de novembro de 2020. Disponível em:

<<https://www.conjur.com.br/2020-nov-13/stj-afasta-sumula-tj-sp-recusa-tratamento-plano-saude>>. Acesso em: 25 abr 2021.

SARETTI, Victor de Gois. **Procedimentos est ticos e planos de saúde**. DireitoNet. 2020.

Disponível em: <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/11938/Procedimentos-esteticos-e-planos-de-saude>>. Acesso em: 29 out. 2020.

SCHIMIDT, Ayeza. **O direito fundamental   saúde e o contrato de plano de saúde: a essencialidade do bem contratado**. 2014. 132 f. Disserta o (Mestrado em Direito) - Programa de Mestrado, Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil). Curitiba. 2014.

SCHIMITT, Marcelle; ROHDEN, Fabíola. **Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas**, *Anuário Antropológico*, v.45 n.2 | -1, 209-277.

TRETTEL, Daniela Batalha. **Manual de planos de saúde**. - 1. ed. Brasília: Secretaria Nacional do Consumidor, 2014.