



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

ISABELLA MACIEL DE MORAIS

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE
NOS CASOS PRIVADOS DE CIRURGIA REPARADORA PÓS-BARIÁTRICA**

**Brasília
2020**

ISABELLA MACIEL DE MORAIS

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE
NOS CASOS PRIVADOS DE CIRURGIA REPARADORA PÓS-BARIÁTRICA**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador(a): Prof. Daniella Cesar Torres

**Brasília
2020**

ISABELLA MACIEL DE MORAIS

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE
NOS CASOS PRIVADOS DE CIRURGIA REPARADORA PÓS-BARIÁTRICA**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador(a): Prof. Daniella Cesar Torres

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ms. Daniella Cesar Torres

Prof. (a),

Prof. (a),

Brasília

2020

A Deus, pois sem ele nada seria possível e foi quem me deu forças nos momentos de mais ansiedade e preocupação com esse trabalho. Aos meus pais que me apoiaram ao longo dessa jornada e tornaram todos os meus sonhos possíveis durante esses 5 anos. Ao meu namorado, Pablo, por sempre estar ao meu lado sendo meu apoio.

AGRADECIMENTOS

A faculdade é a jornada mais curta e intensa que pude viver, a minha caminhada foi singular com altos e baixos que se quer imaginei vivenciar quando adentrei o UniCEUB pela primeira vez, mas eles ajudaram a moldar quem eu sou como pessoa e profissional e foram importantes para inspirar esse trabalho acadêmico. A faculdade de Direito foi um sonho que só se concretizou por conta de algumas pessoas que fizeram parte dessa jornada comigo e espero fazer jus nessas pequenas palavras ao amor e apoio incondicional que recebi de todos.

Agradecer a Deus é primordial nesse momento, houveram situações durante a graduação que a fé foi um grande apoio para continuar, acreditar e persistir. Além da proteção divina, preciso dar todos os créditos, agradecimentos, aplausos e qualquer outro mecanismo de gratidão e reconhecimento aos meus pais, se eu sou quem eu sou hoje é graças a eles.

Quero agradecer à minha mãe que mesmo nos meus momentos de maiores surtos ansiosos segurou minha mão e me guiou em meio aos nossos gritos e brincadeiras, jamais poderia ter pedido uma mãe melhor, ela foi a responsável por formar a pessoa que sou hoje.

Ao meu pai, essa pessoa que é impossível resumir em poucas palavras. Sempre vi meu pai como o herói dos filmes de ação, com os anos fui crescendo e essa visão nunca mudou, na verdade, só tive mais e mais certeza que tenho a minha própria versão do Super Homem em casa, não, ele não tem visão de calor ou super força, mas ele faz o que precisar para garantir que todos tenham o maior sorriso no rosto e todos os sonhos realizados. Através do seu jeito calmo e simples ele me proporcionou coisas que serei eternamente grata, fez o possível e impossível para tornar minha graduação um processo mais tranquilo e serei eternamente grata a ele. Ainda na família gostaria de fazer uma menção honrosa ao meu irmão, Gabriel, por ter sido tão compreensivo durante os surtos de final de semestre e por ser um dos meus maiores apoiadores mesmo com seu jeito quieto e distante. Fui o tipo de criança que sonhava em ter um irmão e o Gabriel foi um presente, nossos 5 anos de diferença não são nada perto da ligação que temos como irmãos.

Não seria capaz de passar por essa roda de agradecimentos sem falar sobre o meu parceiro, meu namorado, Pablo, que assim como os outros foi um dos meus grandes apoiadores, que sempre enalteceu meu esforço, comemorou comigo os SS, me acalmou quando achei que o tema do meu TCC havia sido arriscado demais e sempre ficou ao meu lado nessa jornada louca. Por fim, preciso agradecer ao meu tio

Lucimar, uma pessoa de coração puro e que desde o meu primeiro dia na faculdade acreditou e apostou em mim.

Bom, eu poderia ficar horas agradecendo essas pessoas que foram tão importantes para minha graduação, mas essas foram poucas palavras para tentar resumir um sentimento tão grandioso que sinto por elas, a faculdade com certeza foi a jornada mais intensa da minha vida, mas essas pessoas a tornaram mais incrível.

RESUMO

A Judicialização do Direito à Saúde é a busca do judiciário para alcançar um direito previsto na Constituição Federal, nesse trabalho buscou-se compreender essa situação jurídica na realidade de pacientes pós bariátricos que buscam a continuação de seu tratamento contra a obesidade através das cirurgias reparadoras e lidam com negativas abusivas dos planos de saúde. Através de análise jurisprudencial foi possível compreender a realidade desse conflito jurídico nos tribunais e de que maneira essa demora na garantia do acesso ao direito afeta a vida dos pacientes/beneficiários de planos de saúde.

Palavras chaves: Judicialização do Direito à Saúde. Pacientes Bariátricos. Cirurgias Reparadoras. Planos de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	10
1.1 O direito à saúde como direito fundamental	12
1.2 O arcabouço jurídico brasileiro quanto à saúde e obesidade.....	13
2. O RECONHECIMENTO DA OBESIDADE COMO DOENÇA	18
2.1 Obesidade e COVID-19.....	20
2.2 A popularização da cirurgia bariátrica	21
2.2.1 Qualidade de vida pós cirurgia bariátrica	23
2.3 A necessidade para a realização de reparadoras	25
2.3.1 Aspectos físicos e psicológicos	25
2.4 A negativa indevida dos planos de saúde	27
3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ACESSO ÀS REPARADORAS	30
3.1 Posição dos tribunais quanto ao tema.....	31
3.2. Análise de decisões judiciais.....	32
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é um procedimento cirúrgico que vem se tornando cada vez mais popular no Brasil, é um dos tratamentos para o controle da obesidade e recuperação da qualidade de vida do paciente. No entanto, trata-se de um procedimento que não está imune a insatisfações posteriores ou consequências.

O paciente que passa pelo processo da cirurgia bariátrica pode vir a perder 80% do seu peso inicial nos primeiros meses, essa grande alteração na massa corporal traz consequências, visto que a pele pode não acompanhar o processo, dessa forma, 70% dos pacientes podem vir a apresentar excesso de pele nos braços, costas, abdômen, coxas, entre outros locais, resultando em desconfortos psicológicos e físicos, levando-os a procurar por tratamentos para esse novo problema.

Portanto, esses pacientes para continuar o tratamento contra a obesidade, buscam cirurgiões plásticos para realizarem as chamadas cirurgias reparadoras, mas encontram impedimentos com os planos de saúde que comumente negam os procedimentos, sendo necessário a busca do Poder Judiciário para solução da lide.

Então, este trabalho buscará, por meio do método dedutivo, fazer uma abordagem conceitual da importância das cirurgias reparadoras para o paciente e uma análise jurisprudencial de lides sobre o tema, demonstrando a evolução deste no STJ e questionando a necessidade de judicialização do direito à saúde sobre o assunto.

1. CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 foi a responsável por trazer em seu texto, uma inovação histórica ao inaugurar o sistema de seguridade social, o qual trata-se de um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e consiste nos direitos relativos à saúde, à previdência e a à assistência social e encontra-se regulamento no artigo 194 da Lei Maior (MENDES, BRANCO, 2017, p. 596-598). Contudo, para os fins dessa monografia, o trabalho principal será somente ao que tange o direito relativo à saúde.

O direito à saúde como fundamental é um dos grandes avanços da Constituição Federal de 1988, isso porque antes do referido texto, havia somente algumas normas espalhadas, a exemplo da garantia de inviolabilidade do direito à subsistência que está na Constituição de 1934, o direito à saúde era garantido de modo indireto. (SARLET, FIGUEIREIDO, 2008, p.127).

No Brasil, no século XVIII, a filantropia era o que pautava a assistência médica, já no século XIX, houve o surgimento de algumas iniciativas na questão de saúde pública, em razão de decorrência de transformações econômicas e políticas, como a realização de campanhas limitadas, então nos últimos anos do século, o movimento operário que estava surgindo já reivindicava a questão da saúde. (BRAVO, 2006, p.2).

Na década de 1920, no Brasil, a saúde pública apresentou tentativas de expansão e foi com a reforma de Carlos Chagas, que ocorreu a ampliação das atividades de cooperação com os estados, tentando ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, mas também foram colocadas em pauta as questões de higiene e saúde do trabalhador, tomando medidas que foram responsáveis por criar o que seria um protótipo do esquema previdenciário, as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves, sendo considerada também um marco histórico. (BRAVO, 2006, p.3).

Durante a Era Vargas (1930-1945), ocorreu a inclusão da saúde no conjunto de reformas do governo, desta forma, as Caixas de Aposentadoria e Pensões foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões, recebendo então um caráter nacional com participação direta do Estado, contudo, somente seus participantes faziam jus ao direito à saúde. (SOARES, 2019, p. 19).

A estrutura da década de 30, permitiu que surgisse políticas sociais nacionais de uma maneira mais consistente, as pautas já haviam sido colocadas na década de

20, mas precisavam que fossem enfrentadas de uma forma mais refinada, ou seja, era necessário que transformassem em questão política. Dessa forma, a política de saúde desse período possuía um caráter nacional e foi organizado entre saúde pública e medicina previdenciária. (BRAVO, 2006, p. 5).

A Constituição Federal de 1934 foi a primeira a fazer menção ao direito à saúde, as que vieram depois mantiveram a legislação sobre o direito à saúde, em alguns momentos restringindo-o, conforme ocorreu na CF de 1937, onde a competência para legislar sobre saúde passou a ser somente da União, no entanto, em outros momentos houve a ampliação desse direito, como no caso da Lei Maior de 1946, a qual foi a responsável por, pela primeira vez, garantir o direito à vida. (ALBUQUERQUE, 2019, p. 14).

A Política Nacional de Saúde, a qual já vinha desde os anos 30, obteve sua consolidação entre 1945 e 1950. No final dos anos 40, com a utilização do Plano Salte, criado em 1948, a saúde foi colocada como uma das suas finalidades principais, uma vez que o plano envolvia um aglomerado de áreas como saúde, alimentação, transporte e energia. (BRAVO, 2006, p. 5)

A partir dos anos 1950, houve a implementação de uma estrutura de atendimento hospitalar, contudo, sua natureza era privada, mas demonstrava a criação a possibilidade da criação de empresas médicas e foi o que de fato aconteceu, as quais foram privilegiadas após 1964, até então, o Brasil somente oferecia um sistema público de saúde pautado em medicina previdenciária e saúde pública, porém, no ano de 1966 com a unificação dos IAPs, unificou-se também o sistema de Previdência Social, permitindo que o Estado tivesse um papel interventivo. (SOARES, 2019, p. 20-21).

Durante a ditadura, na pauta social, o Estado optou pela ampliação da política assistencial, a qual foi burocratizada e modernizada, a intenção era aumentar o poder de regulação sobre a sociedade enquanto suavizava as tensões sociais, então, a Previdência Social foi unificada em 1966, o setor da saúde precisava naquele momento assumir as chamadas “características capitalistas” através da incorporação de modificações tecnológicas que haviam ocorrido no exterior. Dessa maneira, a saúde pública teve um declínio enquanto a medicina previdenciária crescia. (BRAVO, 2006, p. 6).

Nos anos 70, mais precisamente entre 1974 e 1979, a política social estabeleceu como objetivo uma maior efetividade quanto as questões sociais, para

canalizar as reivindicações da população. No entanto, as reformas que foram realizadas na estrutura organizacional não foram eficazes, uma vez que havia um evidente conflito de interesses entre o setor estatal e o empresarial médico. (BRAVO, 2006, p.7- 8).

Então, em 1988, seguindo o ocorrido na Europa, após um período conturbado historicamente, o Brasil em seu processo de redemocratização, acrescentou em seu texto Constitucional um capítulo dedicado à ordem social, neste a saúde foi inserida como um direito de todos e um dever do Estado, além do reconhecimento do direito como um todo, houve também a regulamentação das ações e serviços públicos de saúde. (ALBUQUERQUE, 2019, p. 15).

1.1 O direito à saúde como direito fundamental

Uma vez que a nova Constituição foi promulgada, a saúde recebeu o *status* de direito fundamental, sendo um dever do Estado a sua prestação e foi essa realidade que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste em um sistema público, universal e descentralizado, no entanto, sua implementação foi gradual, iniciando pela implementação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde, seguido por decretos e legislações que regulamentaram a criação do SUS. (SOARES, 2019, p. 22).

A atual Constituição ao classificar como direito fundamental a saúde, ela atribuiu contornos próprios ligados às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, que foram um grande marco para o poder constituinte originário em virtude das discussões que ocorreram na VIII Conferência Nacional de Saúde, as Conferências foram instituída em 1937 com o objetivo de facilitar o conhecimento do Governo Federal no que tangia às atividades relacionadas a saúde, isto posto, essa opção do legislador foi um dos marcos da CF. (SARLET, FIGUEIREIDO, 2008, p. 2).

A proposta que rege o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se vinculada à ideia central de que todas as pessoas possuem direito à saúde, esse direito não possui nenhuma ligação à contribuição feita para Previdência Social ou qualquer condição, podendo inclusive ser exercido por estrangeiros que estejam em solo brasileiro necessitando de auxílio.

A Constituição Federal no seu artigo 196, deixa claro que a saúde será de *“(...) ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,*

proteção e recuperação.”, mas não trata somente à quem será destinado o acesso desse Sistema, no referido artigo, a Constituição faz menção às políticas econômicas e sociais que irão garantir o direito à saúde, o qual, como já mencionado, é tratado como direito fundamental pelo novo constituinte. (BRASIL, 1988)

Deste modo, o SUS pode ser compreendido como uma política estatal que consistiu na materialização de uma decisão do Congresso Nacional na Constituição de 88. Desta forma, o processo de implementação do SUS demonstrou a aproximação aos princípios do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State). (TEIXEIRA, 2011, p. 1).

Quando o constituinte trouxe o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação no texto constitucional, aferiu a prerrogativa que é possível o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde, ou seja, não se trata mais apenas de uma medicina curativa, mas sim a extensão à uma prevenção de doenças, controle de riscos e promoção da saúde, desta forma, as ações e serviços de saúde puderam ser considerados de relevância pública. (PAIM, 2009, p. 46).

Desta forma, o SUS consagrou os princípios da universalidade, o qual consiste no que se almeja ser alcançado, equidade, que consiste em tratar os desiguais na medida das suas desigualdades, e integralidade, esse diz respeito as possíveis ações para promoção da saúde. Assim, tais princípios, os quais são considerados finalísticos, demonstram o objetivo já mencionado de garantir um acesso universal da população aos serviços que serão responsáveis por garantir a saúde e bem-estar de maneira integral e equitativa. (TEIXEIRA, 2011, p. 2-4).

1.2 O arcabouço jurídico brasileiro quanto à saúde e obesidade

Como já mencionado, o Direito à Saúde apareceu pela primeira vez, no ordenamento atual, na Constituição Federal de 1988, após esse momento houve a implementação de diversas normas referentes ao assunto, no entanto, para fins de concisão desse estudo haverá análise de normas primordialmente ligadas à planos de saúde e questões de obesidade.

Após dois anos do texto constitucional, ocorreu o Decreto nº 99.438/90 (BRASIL, 1990), responsável por dispor sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, nele havia disposições básicas sobre as competências

do referido conselho, sua composição, entre outras questões organizacionais, no entanto, este foi revogado pelo Decreto nº 5.839/2006. (BRASIL, 2006)

Ainda em 1990, foi implementada a Lei nº 8.080, a qual trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. De acordo com o art. 1º, essa legislação deverá ser aplicada em caráter permanente ou eventual tanto quanto as pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, dessa maneira, entende-se que a partir desse momento já havia uma normatização quanto à saúde privada, ponto importante para este estudo. (BRASIL, 1990)

Esta lei trouxe algumas disposições gerais que reforçam o disposto na Constituição Federal, como a ideologia de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado. Ainda no seu texto normativo, há a previsão de questões mais gerais ao cidadão como as diretrizes pertinentes ao SUS e suas competências, quanto questões mais específicas como a saúde do indígena, internação domiciliar, parto, entre outros.

Em 1998 veio a legislação pertinente aos planos e seguros privados de assistência à saúde, a Lei 9.656 trouxe as disposições às quais os planos deveriam ser submetidos, de maneira que, como disposto no art 1º, não causasse prejuízo ao cumprimento das legislações específicas que viessem ou já regessem suas atividades, desta forma, o já referido artigo trouxe em seus incisos as definições pertinentes quanto à Plano privado de assistência à saúde, Operadora de plano de assistência à saúde e Carteira. (BRASIL, 1998).

A referida lei apresenta o mesmo caráter do Decreto nº 5.839/2006, ou seja, nela está estabelecido critérios mais organizacionais, como os critérios para obtenção de autorização de funcionamento, as vedações, exceções, bem como as obrigações dos planos de saúde, inclusive tratando no seu art. 10-A sobre cirurgias plásticas reparadoras, mas neste caso específico quanto ao câncer de mama. Também se encontra disposições relativas ao contrato de plano de saúde e as sanções que podem vir a sofrer. (BRASIL, 1998)

Realizando um salto temporal e entrando nas legislações pertinentes para esse estudo, o Ministério da Saúde em abril de 2001 aprovou, dentro das suas atribuições legais, a Portaria nº 628, onde constava o protocolo de indicação de tratamento cirúrgico de obesidade mórbida, no âmbito do SUS, nesse momento há um reconhecimento federal quanto a transformação no padrão da população

brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Esta portaria ampliou a oferta de serviços na questão da cirurgia para criar mecanismos que facilitassem o acesso de portadores de obesidade mórbida ao tratamento, no entanto, essa portaria ainda era muito primitiva, uma vez que não leva em consideração os fatores psicológicos que interferem na obesidade, além da necessidade de um acompanhamento multidisciplinar, o qual é essencial na luta contra a obesidade.

Após a portaria do Ministério da Saúde, alguns estados brasileiros aprovaram suas leis específicas no que tange à obesidade, no entanto, será analisada a Lei 9.463/2004 da cidade de Londrina, porque diferente das outras legislações que tratam mais sobre questões discriminatórias, ou seja, um combate normativo à gordofobia, esta lei trata sobre os procedimentos de combate à obesidade. (LONDRINA, 2004).

No artigo 2º da referida lei, o Poder Executivo retomou o previsto na já mencionada portaria do Ministério da Saúde e trouxe a Portaria GM/ nº 545/ 2002, a qual garante a cirurgia plástica reparadora após dezoito meses de realização da bariátrica, desta forma, já é possível encontrar pontos normativos que reiteram a tese defendida neste trabalho acadêmico. A lei ainda se destaca por definir o que é obesidade mórbida e trazer a multidisciplinariedade para o procedimento cirúrgico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Na Lei 9.463/2004, em seu artigo terceiro, elencou-se em nove incisos a equipe multidisciplinar necessária para o diagnóstico, avaliação clínica, indicação cirúrgica e acompanhamento da obesidade, reconhecendo o ponto multifatorial da obesidade e trazendo a importância do critério psicológico ao colocar no inciso VI, do referido artigo, a questão da necessidade de uma avaliação e acompanhamento de um profissional referente à saúde mental. (LONDRINA, 2004)

Em 2007, o Ministério da Saúde apresentou duas portarias: nº 492 e nº. 1569, as quais tratavam sobre a obesidade, a primeira trazia questões como questões de assistência médica ao portador de obesidade mórbida e a segunda trouxe diretrizes para atenção à saúde, podendo aferir que 13 anos atrás, a obesidade já era uma crescente no país precisando de atenção de órgãos relativos à Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Fazendo mais um salto temporal, em 2013 a portaria nº 424 do Ministério da Saúde redefiniu as diretrizes quanto a organização da prevenção e do tratamento da obesidade, no entanto, a diferença nessa portaria quanto às outras que já

mencionavam finalidades parecidas, é que este texto trouxe esse ponto da obesidade como linha de cuidado prioritário da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, permitindo a percepção de que as questões quanto a obesidade estão progredindo e que demandam cada vez mais atenção do Estado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Atualmente, no âmbito dos planos de saúde, cirurgia bariátrica, tanto pelas vias videolaparoscopia, cirurgia realizada por meio de vídeo, sendo necessário apenas alguns furos para o procedimento ou laparotômica, cirurgia realizada com uma incisão através da parede abdominal, estão garantidas pelo rol da ANS de procedimentos obrigatórios de plano de saúde, bem como a dermolipectomia, a qual consiste na retirada de tecido epitelial (pele) da região que se fizer necessária, no entanto, essa última será um dos tópicos de análise dessa tese, uma vez que a questão de judicialização desta é recorrente no país.

Enquanto no âmbito público, a Portaria nº 628/2001 do Ministério da Saúde trouxe a Bariátrica como procedimento a ser oferecido pelo SUS e como já mencionado, a Portaria GM/ nº 545/ 2002 foi responsável por trazer no rol de procedimentos a Cirurgia Plástica Corretiva pós Bariátrica. (BRASIL, 2001, 2002).

Para finalizar, é válido trazer como menção honrosa o Projeto de Lei nº 9.079/2017 que propõem sobre um direito de caráter social a ser garantido para os pacientes que se submetem a bariátrica que é a concessão de descontos em restaurantes, o projeto é do deputado Francisco Floriano do DEM-RJ e traz a proposta de concessão de descontos entre 30% a 50% do valor integral. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

A justificativa para medida é que o paciente possui uma capacidade alimentar reduzida, tornando a medida justa e razoável. A proposta determina que a comprovação da condição de bariátrico deverá ser feita mediante a apresentação da carteira concedida pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica ou por atestado médico.

O texto do projeto de lei também estabelece que as informações quanto aos descontos, que poderão variar entre 30% e 50% do valor integral, deverão constar no cardápio e na parede do estabelecimento, de maneira que esteja visível ao consumidor e o restaurante que descumprir a regra deverá pagar multa de R\$ 1 mil e caso seja reincidente, de até R\$ 10 mil. É importante ressaltar que tal questão de descontos proporcionais já é uma prática comum entre os estabelecimentos para que

possa atrair clientela, uma vez que somente em 2018, 63.969 pessoas foram operadas.

Quanto à tramitação da referida proposta, está atualmente tramitando em caráter conclusivo devendo ser analisada pelas comissões de Defesa do Consumidor; de Desenvolvimento Econômico, Indústria, Comércio e Serviços; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

2. O RECONHECIMENTO DA OBESIDADE COMO DOENÇA

A obesidade surgiu nas últimas décadas do século XX em países desenvolvidos, contudo, atualmente atinge todos os níveis socioeconômicos e vem em crescente no mundo inteiro, não havendo mais distinção, sendo considerada uma epidemia. Trata-se de uma doença que vai muito além dos aspectos físicos como acúmulo excessivo de gordura, há também fatores sociais, ambientais, culturais, familiares, psicológicos, metabólicos, entre diversos outros. (LIMA, 2007, p. 86).

Durante muitos anos, o grande problema nutricional que os países enfrentavam era a desnutrição, no entanto, com o passar do tempo e a mudança de hábitos, começou a ocorrer uma transição nutricional, de maneira que ambos, obesidade e desnutrição, se tornaram um problema global. A obesidade é uma doença que atinge ambos os sexos, diversas faixas etárias e está presente em todas as classes econômicas. (FERREIRA, 2006, p. 2-3).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobrepeso e obesidade podem ser definidas como um excesso de gordura acumulado que apresentam risco à saúde, a determinação é de fazer-se uso do IMC para determinar se o paciente está ou não em estado de obesidade, no entanto, conforme o Ministério da Saúde publicou em 30 de maio de 2017, o IMC não é um método adequado para averiguar se uma pessoa está saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O cálculo do IMC não leva em consideração fatores como percentual de gordura, hábitos alimentares, a prática de exercícios, além de uma análise geral de índices sanguíneos como glicose, triglicerídeos, entre outros. Conforme recomendado pela OMS, o cálculo do IMC é o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura da pessoa, caso o resultado seja maior que 30, esse paciente será considerado obeso.

Em 2019, a OMS apresentou um relatório na revista *The Lancet* onde reunia os pontos pela diversa literatura existente para compreensão dos dois pontos de má nutrição que o mundo enfrenta hoje, a baixa nutrição de alguns e o sobrepeso ou obesidade de outros. Nesse relatório a organização trouxe um entendimento sobre os motivos da evolução obesidade, a qual eles nomeiam como “crise da saúde”. (THE LANCET, 2019).

A obesidade atualmente atinge pessoas de diversas pessoas, sendo a obesidade infantil motivo de preocupação para países e para a OMS, a qual propõem diversos meios de combate, de acordo com o já mencionado relatório, mais de 2,28

bilhões de pessoas estão acima do peso e os motivos estão relacionados a redução de atividade física e o aumento de alimentos ultra processados e diminuição de comportamentos alimentares saudáveis. (OMS, 2019, p. 65).

Atualmente existe um debate entre pessoas do movimento *body positive*, movimento de pessoas que buscam auto aceitação corporal além dos padrões estéticos, que buscam conscientizar que obesidade é diferente de ser gordo. Em uma websérie destinada a tratar sobre gordofobia, há uma breve explicação sobre o tópico: obesidade, conforme mostrada ao longo desse capítulo 2 é uma doença com problemas de saúde, enquanto corpo gordo é um biotipo que não precisa vir acompanhado de patologias. (COMUM, 2017).

Dessa maneira não é possível implicar que uma pessoa é obesa somente a olhando fisicamente, porque por se tratar de uma doença entende-se a necessidade de uma análise médica da saúde daquele indivíduo, sendo possível uma pessoa esteticamente fora dos padrões ser uma pessoa saudável, portanto, é preciso compreender o caráter de doença da obesidade e não de padrão físico.

Atualmente, há um consenso na literatura médica que a obesidade é uma doença complexa que apresenta um caráter multifatorial, ou seja, há diversos fatores que contribuem para doença, como históricos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos, culturais, apesar desse consenso, o foco de estudo acaba sendo os fatores biológicos, englobando hábitos alimentares e exercícios físicos. (FERREIRA, WANDERLEY, 2010, p. 185).

Nesse contexto, a OMS entendeu que o aumento da obesidade é o resultado de uma mudança global no sistema de alimentação, onde se faz cada vez mais alimentos que são menos nutritivos, mas mais baratos e mais acessivos, além do aspecto alimentar, há o sedentarismo resultante de tecnologias que facilitam a locomoção da população. (OMS, 2019).

Na realidade brasileira, o último dado registrado é de 2018 na Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, mais de metade da população está obesa, mais especificamente 55,7% da população, nos últimos treze anos houve o aumento de 67,8% da população obesa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Além da crescente numérica quanto ao número de pessoas, é indiscutível que a obesidade custa caro para o Estado, o último dado quanto ao custo da doença é datado de 2013, onde o então Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, divulgou que a

obesidade e suas comorbidades custavam R\$ 488 milhões, por ano, ao SUS, sendo assim, não somente um problema social, mas também devendo ser visto como uma questão econômica. (ESTADÃO, 2013).

A obesidade é considerada a mais importante desordem nutricional no mundo, em razão da sua incidência. No Brasil, entende-se que as diferenças geográficas influenciam na concentração da obesidade, nas regiões consideradas “mais desenvolvidas” (Sul, Sudeste e Centro-Oeste) possuem a maior prevalência do excesso de peso, o que não garante a ausência do problema em regiões como Norte e Nordeste. (FERREIRA, WANDERLEY, 2010, p. 185).

Os dados trazidos pelo Ministério da Saúde em 2018, constatou que o crescimento da obesidade foi maior entre os adultos de 25 a 34 anos e 35 a 44 anos, sendo de 84,2% e 81,1%, respectivamente. Essa pesquisa foi importante por trazer um fator importante que quebra o senso comum sobre a obesidade, o consumo de alimentos saudáveis como fruta e hortaliças cresceu em 15,5% entre 2008 e 2018, bem como a prática de atividades físicas que aumentou em 25,7% entre 2009 e 2018, demonstrando que a obesidade é uma doença mais complexa do que se imagina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A doença obesidade vai além de apenas do excesso de ingestão de alimentos e índices de sedentarismo, a etiologia da doença é multifatorial, de maneira que há uma interação entre a condição orgânica do indivíduo, logo, a constituição hormonal, genética, metabólica e o estilo de vida, que engloba fatores sociais, culturais, econômicos e psicológicos, são responsáveis para o desenvolvimento da doença. (NASCIMENTO, BEZERRA, ANGELIM, 2013, p. 194).

Destarte, por se tratar de uma condição médica que tem uma natureza multifatorial, o tratamento não é simples, exigindo uma abordagem complexa como a doença exige, sendo necessária a utilização de acompanhamento nutricional e psicológico, bem como a prática de exercícios físicos, sendo em alguns casos sendo necessário outros médicos para tratar das doenças análogas que a obesidade traz, como diabetes tipo 2, apnéia do sono, problema cardiológicos, entre outros, porém, em alguns pacientes, não há resposta a esse tratamento, surgindo então a hipótese para realização da cirurgia bariátrica. (FANDIÑO, BENCHIMOL, COUTINHO, APPOLINÁRIO, 2004, p. 47-48).

2.1 Obesidade e COVID-19

Em 2020, o mundo foi atingido pela pandemia do novo corona vírus, COVID-19, um vírus mortal que até agosto de 2020 havia matado mais de 700.000 pessoas segundo dados oficiais disponibilizados pelos países, apesar de se tratar de um vírus novo e de rápida contaminação, de maneira que a sociedade acadêmica não é ágil o suficiente para competir com a sua disseminação, no entanto, alguns estudos estão sendo publicados e com base nesses é possível avaliar o impacto da COVID-19 em pessoas que sofrem de obesidade.

Inicialmente, sabia-se que pacientes com condições vulneráveis de saúde como problemas respiratórios, tinham maior risco de sofrer as consequências cruéis da nova doença, assim como os idosos, no entanto, ao longo dos meses foi possível perceber que obesos eram pacientes frequentes nas unidades de tratamento intensivo (UTI), além de precisarem de intubação com mais frequência. (SIMONNET et al., 2020).

A Universidade de Nova York, cidade que durante muito tempo se tornou o epicentro da pandemia chegando a registrar 952 mortes no dia 05 de maio de 2020, realizou uma análise com 4.103 pacientes que possuíam diversos fatores crônicos, sendo destes 39,8% obesos, após acompanhar o quadro destes pacientes, foi possível concluir que os maiores casos de complicações como trombose, embolia pulmonar e formação de coágulos ocorreram em pacientes obesos, sendo esta considerada a doença crônica com maior associação de piora do quadro médico. (PETRILI et al. 2020).

A obesidade é considerada uma doença de cunho inflamatório que afeta o sistema metabólico interferindo na maneira que o vírus atinge o organismo vulnerável do paciente, conseqüentemente, por se tratar de um corpo fragilizado por uma doença pré-existente que carrega consigo outras doenças análogas que por si só já são suficientes para colocar um paciente no grupo de risco, o vírus da COVID-19 aumenta o risco de mortalidade para esses pacientes. (KASSIR, 2020)

2.2 A popularização da cirurgia bariátrica

Conforme já mencionado, no texto de introdução deste capítulo, a obesidade é uma doença multifatorial que demanda um tratamento com diversos profissionais, no entanto, existem pessoas que não respondem a essa abordagem do tratamento, nesses casos, o paciente acaba precisando de uma intervenção mais invasiva e mais

eficaz: a cirurgia bariátrica, a qual vem se popularizando cada vez mais.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), no ano de 2018 foram realizadas 63.969 cirurgias bariátricas, enquanto em um espaço de tempo de 8 anos (2011-2018) o aumento de operações foi de 84,73%, onde em 2011 foram realizadas 34.629 cirurgias em comparação com o número já mencionado de 2018. No entanto, ainda de acordo com a SBCM, apesar do alto número de procedimentos realizados no ano de 2018, representa apenas 0,47% da população brasileira que é elegível à cirurgia. (SBCBM, 2019)

Dessa forma, é importante para a compreensão da importância procedimento, visualizar que não se trata de um procedimento estético, é uma cirurgia que pode ser considerada a “última tentativa” de alguns para sair da obesidade, portanto, é importante para uma completa compreensão apresentar todos os requisitos necessários para ser considerado um paciente elegível.

De acordo com a SBCBM, atualmente os critérios para indicação da cirurgia bariátrica são divididos em índice de massa corporal, idade, doenças associadas e tempo de doença, então haverá uma breve abordagem sobre cada critério para que seja possível a compreensão da importância do procedimento para um paciente obeso. (SBCBM, 2019).

Para o critério de índice de massa corporal, existe duas abordagens diferentes, isso ocorre porque para um paciente que possua IMC acima de 40kg/m² a sua indicação ocorrerá independente de doenças análogas à obesidade, enquanto para pacientes com IMC entre 30 e 35kg/m², é obrigatório a existência de comorbidades que tenham a classificação “grave” por um médico especialista da área. (HINTZE, BEVILAQUA, PIMENTEL, JUNIOR, p. 81).

Quanto a idade a regra que prevalece é que estão aptos para a realização do procedimento aqueles que possuem entre 18 e 65 anos. No entanto, de acordo com a SBCM, nos casos de adolescentes abaixo de 16 anos, é preciso que ocorra uma avaliação de riscos por 2 cirurgiões bariátricos titulares da referida sociedade e pela equipe multidisciplinar, já nos casos de pacientes acima de 65 anos, também há uma análise de riscos, mas também da expectativa de vida e benefícios do emagrecimento do paciente. (SBCM, 2019).

Como já fora mencionado às questões das comorbidades, o último critério que falta é o tempo da doença, este existe porque é necessário que o IMC esteja estável há pelo menos 2 anos, deve ter tentado tratamentos convencionais para as

comorbidades e é necessário um histórico de insucesso com tratamentos para o sobrepeso ou o ganho constante após os devidos tratamentos. (SBCM, 2019).

No entanto, é importante ressaltar que todos esses critérios são entendidos como critérios e não como questões absolutas, a análise deve ser feita de maneira individual respeitando as particularidades de cada paciente, de maneira que não seja um limite intransponível para o indivíduo que busca acesso ao tratamento. (FERRAZ, FILHO, 2006, p. 72).

Os resultados que se espera com a cirurgia bariátrica incluem desde perda de peso, o qual dependendo do método escolhido podendo chegar em até 80% de perda do excesso de peso, até melhora nas comorbidades, que resultam em uma melhoria de vida. Pacientes obesos possuem muitas vezes dificuldades para dormir (apnéia do sono), dificuldades para caminhar (excesso de peso interferindo na locomoção), consequentemente essa melhora nas comorbidades, permite que o paciente volte a ter uma vida normal. (FANDIÑO, BENCHIMOL, COUTINHO, APPOLINÁRIO, 2004, p. 48).

2.2.1 Qualidade de vida pós cirurgia bariátrica

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como um estado completo, físico, mental e social, sem doença ou enfermidade. Contudo, Bullinger entendia o termo qualidade de vida como algo mais genérico que engloba os sentimentos, percepções e comportamentos do indivíduo, ou seja, não se limita apenas às condições de saúde e questões médicas. (CARLINI, 2001, p. 52-53).

A qualidade de vida de indivíduos obesos não é completa como a de uma pessoa com pessoas que não sofrem da doença, essa é uma das razões pela busca da cirurgia bariátrica, a qual tem como expectativa a melhora da qualidade de vida, uma vez que, a perda de peso e as melhorias quanto às doenças análogas à obesidade resultam na melhora da qualidade de vida, aumenta o desempenho no trabalho, no contato social e na rotina como um todo, até mesmo em hábitos básicos que pessoas que não enfrentam a obesidade não imaginam, como vestir uma roupa. (BARROS, MOREIRA, FROTA, ARAÚJO, CAETANO, 2015, p. 313).

De acordo com Gemert, a qualidade de vida de um paciente obeso é comprometida de maneira preocupante uma vez associada com comorbidades e os distúrbios emocionais e psicológicos resultantes de anos de discriminação da

população obesa que não se encaixa no padrão social, assim, a busca pelo tratamento cirúrgico possui uma questão de saúde física, mental e social, já que a busca pelo respeito e inclusão também encontra-se inseridos nas motivações para a escolha do procedimento cirúrgico. (CARLINI, 2001, p. 56-57).

Para que os resultados da cirurgia bariátrica sejam considerados satisfatórios, deve-se analisar não somente a perda de peso como a resolução das comorbidades e a melhoria da qualidade de vida, esse último está relacionado ao impacto da doença, obesidade, na vida do indivíduo, então, para fazer a averiguação de maneira clara e confiável dessa melhoria, utiliza-se o Protocolo BAROS (*Bariatric Analysis and Reporting Outcome System*). (BARROS, MOREIRA, FROTA, ARAÚJO, CAETANO, 2015, p. 313).

O Protocolo BAROS é uma ferramenta patronizada criada por Oria e Moorehead que avalia os resultados da cirurgia e foi projetada especificamente para avaliar as questões psicossociais pós tratamento cirúrgico. O protocolo possui três eixos principais: a perda de peso, a avaliação dessa perda com a utilização do percentual de redução do excesso de peso, avaliação clínica que avalia as alterações nas comorbidades, realizada sobre parâmetros predefinidos, os quais não possuem valor acadêmico para esse estudo, que norteiam o limite subjetivo entre a melhor ou a resolução das sete principais comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica, Doença Cardíaca, Dislipidemia, Diabete Mellitus – tipo II, Apneia do sono, Osteoartrite e Infertilidade, enquanto a avaliação de qualidade de vida utiliza-se do Questionário de Moorehead-Ardelt II. (COSTA, 2015, p. 44).

Uma vez que ocorre o procedimento cirúrgico, o esperado é que essas doenças mencionadas, sejam corrigidas. O impacto nas questões sociais para um obeso é tão intenso, que o recém operado pode sofrer com alguns incômodos iniciais, mas mesmos os que passam por isso preferem o desconforto à obesidade, desta forma, independente de um mecanismo científico como o Protocolo BAROS, é possível reconhecer o impacto da obesidade na qualidade de vida e nos aspectos psíquicos. (CARLINI, 2001, p. 58-59).

Contudo, após uma significativa perda de peso, é compreensível que o corpo lide com algumas consequências, dessa vez não se trata das já mencionadas comorbidades, o resultado é mais visível. A pele após sofrer com o excesso de peso e depois uma grande perda, nem sempre consegue recuperar sua textura, resultando em um acúmulo de pele que pode trazer prejuízos à vida do paciente e esse é o objeto

de estudo dessa monografia: o direito ao acesso à essas cirurgias reparadoras, para garantir uma completa qualidade de vida ao paciente que já sofreu com a obesidade e um procedimento cirúrgico.

2.3 A necessidade para a realização de reparadoras

O paciente que passou por uma cirurgia bariátrica apresenta uma grande perda de peso nos primeiros 18 meses após o procedimento, em termos percentuais, essa diminuição de massa corporal pode chegar a 80% do excesso de peso, resultando na procura de um novo médico que inicialmente não faz parte da multidisciplinariedade já vivida pelo paciente: o cirurgião plástico. (MEIRA, ANDRADE, FERREIRA, 2008, p. 15).

O excesso de pele pode ser resultado tanto de uma cirurgia bariátrica quanto de tratamentos convencionais de perda de peso, como exercícios físicos e reeducação alimentar. A busca para atingir o corpo esperado após toda perda de peso, bem como, buscar uma qualidade de vida, uma vez que o excesso de pele pode causar transtornos no cotidiano como dificuldade de higiene pessoal, até mesmo na vida íntima. (DONNABELLA, NEFFA, BARROS, SANTOS, 2016, p. 511).

Após a perda massiva de até 80%, os pacientes submetidos aos procedimentos bariátricos, podem apresentar distorções corporais em razão da flacidez e excesso de pele e como resultado dessas deformidades, faz-se necessário a utilização de cirurgia plástica, que nessa situação específica, perde-se o caráter de estética e passa a ser considerado uma reparadora. Dentre as deformidades pode aparecer: excesso cutâneo na região do abdômen, com hérnias frequentes, flacidez e atrofia das mamas, flacidez nas regiões dos braços, pernas, dorso, entre outras. (MEIRA, ANDRADE, FERREIRA, 2008, p. 15).

Como já mencionado, o tratamento de obesidade por intermédio da cirurgia bariátrica é um mecanismo efetivo, mas as consequências deixadas pela obesidade e perda excessiva de peso podem trazer desconfortos tão grandes quanto a obesidade, além das questões físicas mencionadas previamente, há também um tópico de qualidade de vida, uma vez que o excesso de pele pode interferir em aspectos psicológicos, sociais e até mesmo sexuais. (PHIL, KAUR, BREITKOPF, THOMA, CANO, PUSIC, 2018, p. 81 e 82).

2.3.1 Aspectos físicos e psicológicos

A cirurgia reparadora é importante para estabilizar o peso do paciente ao longo prazo, isso resulta em um aumento na atividade física garantindo maior qualidade de vida para o paciente. Esse (s) procedimento (s) reparador (es) serão responsáveis por retirar as quantidades excessivas de pele deixadas pelo emagrecimento, essa remoção permitirá uma facilidade para prática de exercícios físicos e até mesmo de realizar a higiene adequada do corpo. (ROSA, 2018, p. 49 - 50).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) a cirurgia reparadora é responsável por melhorar não só a forma, mas também o tônus muscular do tecido que sustenta a gordura e a pele, além de obviamente remover o excesso de pele, conter a flacidez e retirar a gordura remanescente na região. (SBCP, 2017?).

O paciente que lida com o excesso de pele pode sofrer com dermatites de contato, assaduras e infecções, ao passar pelo procedimento cirúrgico, esse desconforto deixado pela perda excessiva de peso irá se encerrar, deixando apenas uma cicatriz na região, que apesar de poder parecer extensa em um primeiro momento, não é um incômodo para aquele paciente que passou por todos os desafios do processo de emagrecimento. (GLOBO, 2013).

Quem enfrenta a obesidade traz consigo uma bagagem de traumas envolvendo diversos fatores que comumente estão ligados à imagem corporal, uma vez que passam pela cirurgia bariátrica, cria-se a expectativa de que todos esses problemas serão solucionados, no entanto, nem sempre isso acontece, visto que o corpo que vê no espelho após a cirurgia, não é necessariamente aquele que almejava, com base nisso, esses pacientes procuram cirurgias plásticas para tentar reparar suas insatisfações.

Pacientes que sofrem com o excesso de pele, apresentam diversos desconfortos, no entanto, um dos grandes impactos desse “lembrete da obesidade” está no aspecto psicológico, pacientes bariátricos podem vir sofrer com sentimentos de desgosto, vergonha, bem como sentir-se pouco atraente interferindo em suas relações amorosas. (ELANDER, OLSÉN, STAALESEN, 2013, p. 1632).

Conforme trabalhado, a cirurgia bariátrica é responsável por garantir uma melhora na qualidade de vida do paciente obeso, no entanto, o excesso de pele pode ser responsável por atrapalhar os aspectos positivos da cirurgia, uma vez que este impacta na forma que o indivíduo lida com a imagem corporal, vindo associado à uma redução na qualidade de vida do paciente, impactando até mesmo na perda de peso

iniciada com a bariátrica. (RAMALHO, BASTOS, SILVA, VAZ, BRANDÃO, MACHADO, CONCEIÇÃO, 2014, p. 1150.)

Em torno de 70% dos pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica desenvolvem excesso de pele, isso ocorre por conta da elasticidade da pele que não é mais a mesma, no entanto, essa situação resulta em um sentimento de frustração no paciente, que precisa conviver com um novo corpo que não era o esperado ao realizar a cirurgia, além de trazer sentimentos de vergonha, desapontamento, entre outros. (BAILLOT, ASSELIN, COMEAU, MÉZIAT-BURDIN, 2013, p. 1826).

É importante ressaltar que se trata de um indivíduo que possui diversos traumas adquiridos ao longo da vida, uma vez que precisou enfrentar julgamentos, olhares e comentários pelo seu excesso de peso, deste modo, ter que enfrentar o excesso de pele é tão complexo quanto à obesidade, visto que esse traz sentimentos de vergonha, de desconforto social assim como a obesidade e também traz dores, inflamações cutâneas, entre outras consequências.

2.4 A negativa indevida dos planos de saúde

De acordo com a ANS, em junho de 2020 o Brasil possuía 46.723.204 beneficiários de planos de saúde, isso representa uma cobertura de 24% da população brasileira. (ANS, 2020). Essa parte da população que possui o privilégio de garantir uma saúde privada, busca os planos de saúde na intenção de garantir uma segurança para si que haverá atendimento médico quando esse fizer necessário, no entanto, essa nem sempre é a realidade, ocorrendo casos de negativas abusivas e brigas judiciais.

Os planos e seguros de saúde podem ser considerados contratos aleatórios, ou seja, aquele que o contrata não sabe quando irá utilizar dos serviços, em razão dessa classificação recebem proteção geral do Código Civil, além disso, por serem ofertados ao consumidor, os seus beneficiário também são protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), além dessas proteções generalizadas, há a lei específica, Lei nº. 9.656/98, que trata somente sobre os planos de saúde. (GONÇALVES, 2019, p. 39).

A Lei nº 9.656/98 foi a responsável por organizar o setor da saúde, bem como contribuir para garantir a qualidade dos serviços prestados, essa lei foi a responsável por ajustar as modalidades de planos e suas coberturas, essa é uma prerrogativa

importante porque garante àquele que vai contratar o plano de saúde que as condições previstas no contrato sejam cumpridas. (ARANTES ARIMURA, 2020).

Nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98 é considerado plano privado de assistência à saúde toda aquela prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais sob preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a intenção de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, independente de inscrição em rede credenciada. (BRASIL, 1998). Dessa forma, é possível compreender que o contrato resultante dos planos de saúde determina a obrigação do plano de saúde em garantir atendimento médico, enquanto obriga o beneficiário a arcar com esse plano, comumente, por meio de mensalidade fixa.

Nessa breve análise das obrigações das partes, infere-se que uma vez que o beneficiário precisar de atendimento médico, esse ocorrerá, no entanto, essa não é a realidade, muitos pacientes após passarem por uma cirurgia bariátrica enfrentam uma negativa do plano de saúde sob o argumento de caráter estético da cirurgia, esse posicionamento será analisado mais a fundo no tópico 3, contudo é importante trazer algumas questões.

A Lei nº 9.656/1998, no seu art. 10º, determina que cabe ao plano de saúde garantir “(...) *cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos (...) das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde*” (BRASIL, 1998). Com base nesse artigo, demonstra-se que não deveria haver negativa por parte do plano de saúde, uma vez que a cirurgia reparadora é considerada continuação do tratamento da obesidade, doença esta que está na classificação da OMS como CID 10-E66. (COSTA, 2019, p. 394).

Contudo, as operadoras de planos buscam sustentar a negativa sobre o inciso II, do já mencionado art. 10º, alegando que não possuem obrigação de cobrir procedimentos estéticos, contudo, conforme já trabalhado em vários momentos dessa pesquisa, a cirurgia reparadora não é estética e sob essa ótica, o Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco (TJ/PE) publicou a súmula de nº 30 onde considera abusiva a negativa de cobertura de plástica reparadora pós bariátrica. (TJ/PE, 2007).

Conforme demonstrado no art. 1º concomitante com o art. 10º, o plano de saúde possui obrigação contratual de garantir a cobertura do direito à saúde de procedimentos listados na OMS, a partir do momento em que essa cobertura é

negada, trata-se de uma negativa indevida, ferindo os direitos básicos à vida e à saúde do consumidor, ou seja, a partir do momento que a operadora do plano ou de seguro de saúde não cobre o risco do qual se obrigou, independente se for por cláusula abusiva ou interpretação desfavorável do CDC.(GONÇALVES, 2019, p. 46).

Dessa forma, ao negar um tratamento que possui o dever de custear, uma vez que está listado na OMS, bem como se encontra no rol da ANS, a operadora de plano ou de seguro de saúde gera um obstáculo para que o beneficiário tenha acesso ao objeto principal do contrato que é a garantia do direito à saúde, em razão disso, surge-se a necessidade de exigir o cumprimento dessas obrigações contratuais, resultando, por fim, na busca do judiciário para garantia do direito fundamental à saúde.

Ao utilizar-se das regras da ANS como justificativa para negativa de tratamento, o plano de saúde passa a agir de forma abusiva, uma vez que o laudo médico comprovando a necessidade da cirurgia se sobrepõem ao rol da ANS. Cabe ao médico comprovar o motivo do tratamento, seja em razão de dermatites, assaduras, odores resultantes do excesso de pele, entre outros fatores, de maneira a demonstrar os problemas de saúde que o paciente enfrenta. (ARANTES ARIMURA, 2020).

3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ACESSO ÀS REPARADORAS

Após um longo processo de perda de peso, conforme demonstrado no tópico 2.3, o paciente se encontra com uma grande quantidade de pele que poderá a longo prazo causar diversos prejuízos desde físicos até emocionais, é nesse momento que se inicia uma nova etapa no processo de emagrecimento: a disputa judicial para arcar com as cirurgias reparadoras.

Atualmente, alguns tribunais, que serão destrinchados mais a frente nesse capítulo, possuem decisões favoráveis que reforçam a necessidade das cirurgias reparadoras e o não caráter estético delas, no entanto, é sobre isso que esse trabalho busca questionar, a necessidade de buscar o judiciário para ter um direito que deveria ser garantido conforme previsão constitucional, além disso, a briga com os planos de saúde que cobram por um serviço que não querem prestar.

A sobrecarga do judiciário é um tópico de conhecimento geral e um ponto que deveria ser pacificado uma vez que é a garantia de um direito constitucional, vem fazendo parte dessa sobrecarga. Em agosto de 2020, após uma pesquisa básica no site JusBrasil, havia 81 resultados de processos em 1º grau e mais de 5.000 resultados de processos em 2º grau, sendo perceptível a amplitude e relevância do debate sobre essa questão. (JUSBRASIL, 2020).

No rol da ANS de procedimentos, a única cirurgia que consta como obrigatória é a dermolipectomia, em razão disso, os planos de saúde utilizam dessa informação para sustentar a tese de que não devem cobrir outros procedimentos reparatórios. Contudo a jurisprudência vem cada vez mais rompendo com esse argumento e garantindo aos pacientes o direito de ter o seu tratamento contra a obesidade finalizado.

Contudo, apesar da obrigatoriedade de cobertura da dermolipectomia, esse procedimento só foi aparecer na Resolução Normativa 387 da ANS, documento esse que foi datado de 28 de outubro de 2015, demonstrando o quão lento vem sendo a evolução da discussão sobre cirurgias reparadoras no âmbito legal. (ANS, 2015).

Conforme mencionado no tópico 2.4, os planos de saúde são regidos pela Lei nº 9.656/1998, a qual em seu artigo 35-F incluído em 2001, determina expressamente que a assistência determinada pela Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção de doença, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde. Logo, conforme demonstrado no tópico 2.3, a negativa dada pelos planos de saúde fere o

dispositivo legal, uma vez que cirurgias reparadoras são consideradas continuação do tratamento contra obesidade. (BRASIL, 1998).

3.1 Posição dos tribunais quanto ao tema

Conforme mencionado no tópico 2.2. a cirurgia bariátrica vivenciou uma grande popularização em um curto espaço de tempo (2011-2018), levando à uma reflexão lógica que durante todos esses anos houve discussão sobre o tema. A barreira imposta pelos planos de saúde se estende ao judiciário que se torna a única arma do beneficiário do plano para garantia desse direito e os tribunais brasileiros passaram a ser responsáveis por “regulamentar” a situação.

Em maio de 2007, o Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJ/PE) publicou a súmula nº 30, onde considerou abusiva a negativa para cirurgia reparadora complementar de bariátrica. Essa súmula demonstra que 13 anos atrás esse já era um tema de relevância e ainda assim, muita coisa não mudou, ainda sendo necessária a busca pelo judiciário para garantir a realização dos procedimentos. (TJ/PE, 2007).

Em fevereiro de 2012, o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP) publicou oito novas súmulas e nelas constava a súmula 97, a qual traz em seu corpo textual: *“Não pode ser considerada simplesmente estética a cirurgia plástica complementar de tratamento de obesidade mórbida, havendo indicação médica.”* (TJ/SP, 2012). O Tribunal sumulou reconhecendo que não se tratava de estética a remoção de pele resultante do processo de obesidade. Essa súmula pode ser vista como complementação da publicada pelo TJ/PE, uma vez que reconhece o porquê é abusiva a negativa mencionada na súmula 30.

Quanto à essa súmula é importante ressaltar a amplitude do Tribunal que não indicou nenhum rol de procedimentos, de maneira que não limitou o paciente que busca a realização de sua(s) reparadora(s), além de ter reconhecido o caráter complementar da cirurgia, não se trata de uma finalidade estética, mas sim uma etapa de um tratamento multidisciplinar que se inicia com a batalha com a obesidade.

Apesar desse trabalho acadêmico restringir a pesquisa dos pacientes que passaram pelo tratamento cirúrgico da bariátrica, em razão do texto da súmula é interessante mencionar que as cirurgias reparadoras também são direito de pacientes que emagrecem com métodos tradicionais de reeducação alimentar, por isso, pode-se impelir que essa foi a razão pela qual o TJ/SP menciona apenas “tratamento de

obesidade mórbida”.

Ainda em 2012, mais um Tribunal sumulou quanto a garantia de cirurgia reparadora, em maio de 2012 o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ/RJ) publicou a súmula de nº 258, onde mais uma vez um Tribunal reconheceu que a cirurgia plástica de caráter reparador constitui uma etapa do tratamento de obesidade. Diferente do TJ/SP que foi mais amplo, o TJ/RJ restringiu a súmula quanto aos procedimentos de retirada de pele posterior à cirurgia bariátrica. (TJ/RJ, 2012).

Em fevereiro de 2013, o TJ/SP trouxe a súmula 102, a qual apesar de não tratar diretamente sobre cirurgias reparadoras, colocou em seu texto que é considerada abusiva a negativa do plano de saúde sob alegação de não estar previsto no rol de procedimentos da ANS quando houver indicação médica para o procedimento, essa é uma importante colocação visto que é o argumento principal que as operadoras de planos de saúde utilizam para não autorizarem as cirurgias. (TJ/SP, 2013).

Realizando um pequeno salto temporal, em 2018, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) publicou a Súmula 608, onde determina que o Código de Defesa do Consumidor (CDC) é aplicado aos contratos de plano de saúde, a importância dessa súmula vem ao analisarmos o art. 47, *caput*, CDC, o qual determina que as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, nessa situação o direito à saúde o principal bem a ser protegido, sendo assim, não cabe aos planos de saúde decidirem a importância ou não de um procedimento, mas sim ao médico. (STJ, 2018).

3.2. Análise de decisões judiciais

Atualmente é bastante pacificada a posição do Judiciário sobre o tema, há uma maior facilidade para compreender o caráter não estético das cirurgias reparadoras, no entanto, isso não é o suficiente para que o direito dos pacientes seja garantido com celeridade e sem brigas judiciais que podem durar anos e adiarem ainda mais o direito do paciente.

Para concluir toda a exposição sobre o assunto feita nesse estudo, é importante analisar como o assunto vem sendo administrado pelo Judiciário, demonstrar-se-á que há uma uniformidade no raciocínio jurídico, sendo desnecessário o posicionamento dos planos de saúde em recorrer incansavelmente para adiar o

direito do beneficiário.

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO CONTRA A INADMISSÃO DE RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE OBESIDADE MÓRBIDA. PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA BARIÁTRICA. INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CORRETIVA. CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA. PROCEDIMENTO NECESSÁRIO E COMPLEMENTAR AO TRATAMENTO. COBERTURA DEVIDA. PRESERVAÇÃO DA FINALIDADE CONTRATUAL. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO. 1. Esta

Corte de Justiça já teve a oportunidade de perfilhar o entendimento de que, tendo sido o segurado em tratamento de obesidade mórbida, com cobertura da seguradora, submetido à cirurgia bariátrica, deve a operadora do plano de saúde arcar com os tratamentos necessários e complementares ao referido ato cirúrgico, destinados à cura da patologia. 2. No caso em exame, o Tribunal a quo enfatizou que o procedimento cirúrgico pleiteado pela segurada (reconstrução mamária) não se enquadra na modalidade de cirurgia estética, tratando-se de intervenção necessária à continuidade do tratamento e indispensável ao pleno restabelecimento de sua saúde. 3. "As cirurgias de remoção de excesso de pele (retirada do avental abdominal, mamoplastia redutora e a dermolipocetomia braçal) consiste no tratamento indicado contra infecções e manifestações propensas a ocorrer nas regiões onde a pele dobra sobre si mesma, o que afasta, inequivocamente, a tese sufragada pela parte ora recorrente no sentido de que tais cirurgias possuem finalidade estética. Considera-se, assim, ilegítima a recusa de cobertura das cirurgias destinadas à remoção de tecido epitelial, quando estas se revelarem necessárias ao pleno restabelecimento do paciente-segurado, acometido de obesidade mórbida, doença expressamente acobertado pelo plano de saúde contratado, sob pena de frustrar a finalidade precípua de tais contrato" (REsp 1.136.475/RS, Terceira Turma, Rel. Min. MASSAMI UYEDA, DJe de 16/3/2010). 4. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ, AgRg no AREsp 583.765/MG, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 19/05/2015, DJe 22/06/2015)

Nessa decisão da Terceira Turma do STJ de 2015 já há uma afirmação da Corte quanto ao posicionamento em relação às cirurgias reparadoras, o texto dessa decisão é extremamente exemplificativo quanto à situação em torno das cirurgias reparadoras, além de justificar a necessidade da cirurgia com exemplos das consequências geradas pelo excesso de pele, a Turma ainda evidenciou a ilegitimidade da recusa feita pelo plano de saúde.

Ao longo dos anos o STJ decidiu sobre o tema algumas vezes, no entanto, essa decisão abaixo, de fevereiro de 2019, merece destaque porque a Terceira Turma do STJ não somente condenou a operadora de plano de saúde à custear a cirurgia reparadora, como também à condenou em danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) em razão do atraso com a cirurgia ter acarretado problemas à saúde da paciente.

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA. DOBRAS DE PELE. CIRURGIAS PLÁSTICAS. NECESSIDADE. CARÁTER FUNCIONAL E REPARADOR. EVENTOS

COBERTOS. FINALIDADE EXCLUSIVAMENTE ESTÉTICA. AFASTAMENTO. RESTABELECIMENTO INTEGRAL DA SAÚDE. DANOS MORAIS. CONFIGURAÇÃO. VALOR INDENIZATÓRIO. MANUTENÇÃO. RAZOABILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. As questões controvertidas na presente via recursal são: a) se a operadora de plano de saúde está obrigada a custear cirurgias plásticas pós-bariátrica (gastroplastia), consistentes na retirada de excesso de pele em algumas regiões do corpo humano (mamas, braços, coxas e abdômen), b) se ocorreu dano moral indenizável e c) se o valor arbitrado a título de compensação por danos morais foi exagerado. 3. A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010). Por outro lado, a gastroplastia implica consequências anatômicas e morfológicas, como o acúmulo de grande quantidade de pele flácida residual, formando avental no abdômen e em outras regiões do corpo humano. 4. Estão excluídos da cobertura dos planos de saúde os tratamentos com finalidade puramente estética (art. 10, II, da Lei nº 9.656/1998), quer dizer, de preocupação exclusiva do paciente com o seu embelezamento físico, a exemplo daqueles que não visam à restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita (art. 20, § 1º, II, da RN/ANS nº 428/2017). 5. Há situações em que a cirurgia plástica não se limita a rejuvenescer ou a aperfeiçoar a beleza corporal, mas se destina primordialmente a reparar ou a reconstruir parte do organismo humano ou, ainda, prevenir males de saúde. 6. Não basta a operadora do plano de assistência médica se limitar ao custeio da cirurgia bariátrica para suplantar a obesidade mórbida, mas as resultantes dobras de pele ocasionadas pelo rápido emagrecimento também devem receber atenção terapêutica, já que podem provocar diversas complicações de saúde, a exemplo da candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odores e hérnias, não qualificando, na hipótese, a retirada do excesso de tecido epitelial procedimento unicamente estético, ressaíndo sobremaneira o seu caráter funcional e reparador. Precedentes. 7. Apesar de a ANS ter apenas incluído a dermolipectomia no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para o tratamento dos males pós-cirurgia bariátrica, devem ser custeados todos os procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora, para assim ocorrer a integralidade de ações na recuperação do paciente, em obediência ao art. 35-F da Lei nº 9.656/1998. 8. Havendo indicação médica para cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional em paciente pós-cirurgia bariátrica, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica é fundamental à recuperação integral da saúde do usuário outrora acometido de obesidade mórbida, inclusive com a diminuição de outras complicações e comorbidades, não se configurando simples procedimento estético ou rejuvenescedor. 9. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combatido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, insito às situações correntes de inadimplemento contratual. 10. Existem casos em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.

11. Na hipótese, além de inexistir dúvida jurídica razoável na interpretação do contrato, a autora experimentou prejuízos com o adiamento das cirurgias plásticas reparadoras diante da negativa da operadora do plano de

assistência médica, sobretudo porque agravou o estado de sua saúde mental, já debilitada pela baixa autoestima gerada pelas alterações anatômicas e morfológicas do corpo humano consequentes da cirurgia bariátrica, sendo de rigor o reconhecimento dos danos morais. Razoabilidade do valor fixado pelas instâncias ordinárias (R\$ 10.000,00 - dez mil reais), que não se encontra exagerado nem ínfimo. Atendimento da razoabilidade e dos parâmetros jurisprudenciais. Incidência da Súmula nº 7/STJ. 12. Recurso especial não provido. (STJ - REsp: 1757938 DF 2018/0057485-6, Relator: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 05/02/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 12/02/2019)

Em 2016, a Quarta Turma do STJ no Recurso Especial nº 1.442.236/RJ já havia julgado favorável uma decisão requerendo uma mamoplastia, sendo esse um ponto de destaque em razão de ser um procedimento que não integra o rol da ANS, rompendo com o argumento do plano de saúde de que não tem obrigação de custear uma cirurgia que não está no rol mencionado, nesse caso a Turma usou o artigo 35-F da Lei 9.656/98 para fundamentar a realização da cirurgia independente do rol.

Dessa forma, o entendimento de 2019 pela Terceira Turma veio para consolidar o posicionamento do Tribunal tanto quanto aos casos de negativas de cirurgias reparadoras, quanto à aplicabilidade de danos morais nos casos concretos em razão da espera excessiva do paciente/beneficiário para realização das cirurgias.

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PLANO DE SAÚDE – NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA – ATO ILÍCITO – EXPRESSA INDICAÇÃO MÉDICA – PLÁSTICA REPARADORA – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS QUE COMPLEMENTAM O TRATAMENTO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA – DANO MORAL RECONHECIDO – FIXAÇÃO DE VALOR QUE ATENDE AOS CRITÉRIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE – RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. Nas hipóteses em que há recusa indevida de realização de procedimento e/ou fornecimento de medicamento por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado, como ocorrido no presente caso, a jurisprudência do STJ é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento. (STJ - AgRg no REsp 1014906/MA). É dever do plano de saúde fornecer o procedimento médico prescrito por médico cooperado e que acompanha o caso da paciente, pois cabe àquele definir qual é o melhor tratamento para o segurado (TJMT. AI 65686/2015). A indenização por dano moral deve ser fixada em montante que não onere em demasia o ofensor, mas, por outro lado, atenda à finalidade para a qual foi concedida, compensando o sofrimento da vítima e desencorajando a parte quanto a outros procedimentos de igual natureza. (TJ-MT - AC: 10342288220178110041 MT, Relator: DIRCEU DOS SANTOS, Data de Julgamento: 19/08/2020, Terceira Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 20/08/2020)

O impacto da decisão da Terceira Turma do STJ em 2019, refletiu em decisões dadas ao longo do ano de 2020, reforçando o caráter consolidado do posicionamento do STJ, em especial nessa Apelação Cível do Tribunal de Justiça do Mato Grosso, o juiz conferiu o dano moral e reconheceu o prejuízo além do aborrecimento para caracterização do dano moral utilizando como fundamento para

sua decisão o REsp do STJ. Havia decisões favoráveis a aplicabilidade do dano moral antes da manifestação do Superior Tribunal, no entanto, a consolidação desse posicionamento por um Tribunal Superior garante uma segurança jurídica ao paciente que pleiteia seus direitos.

PROCESSO CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO ORDINÁRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA E REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA. INDICAÇÃO MÉDICA. NEGATIVA DE COBERTURA SOB O FUNDAMENTO DE QUE SE TRATA DE CIRURGIA ESTÉTICA, NÃO PREVISTA EM CONTRATO E NO ROL DA ANS. LISTA DA ANS MERAMENTE EXEMPLIFICATIVO. NECESSIDADE DE REMOÇÃO DE EXCESSO DE PELE E RECONSTRUÇÃO DA MAMA. PROCEDIMENTO QUE CONSTITUI ETAPA DO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA. PROCEDIMENTOS COBERTOS. FINALIDADE EXCLUSIVAMENTE ESTÉTICA DESCARACTERIZADA. INTERVENÇÃO IMPRESCINDÍVEL AO PLENO RESTABELECIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DA PACIENTE. PRECEDENTES DO STJ E TJCE. PRESENÇA DOS REQUISITOS INSCULPIDOS NO ART. 300, DO CPC. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. DECISÃO DO JUÍZO A QUO REFORMADA. (...) 2. A autora ajuizou a ação objetivando a realização de cirurgias plásticas restauradoras para retirada de excesso de pele, em razão da grande perda de peso após a bariátrica, cujos procedimentos reparatórios foram indicados pelo cirurgião plástico e por psicólogo. Houve a negativa pela operadora do plano de saúde agravado, sob a alegação de tratar-se de cirurgia estética e não constar o procedimento no rol da ANS. Segundo a parte autora, a intervenção cirúrgica consiste na continuidade do tratamento médico de obesidade, sendo necessária e em caráter de urgência, haja vista que se encontra em quadro físico e psicológico crítico devido ao grande excesso de pele (fls, 21/22). 3. Por sua vez, alega o plano de saúde agravado, tratar-se de procedimento eletivo e de caráter meramente estético, não havendo a existência de cobertura para os tratamentos unicamente com tal finalidade, que as normas do Código de Defesa do Consumidor devem ser interpretadas em consonância com a legislação específica e a ausência dos requisitos autorizadores da tutela de urgência (art. 300, do CPC). (...) 7. Acerca do caso concreto, o STJ e os Tribunais Pátrios possuem o entendimento de que, caso comprovada a necessidade de procedimento cirúrgico considerado complementar à cirurgia bariátrica anteriormente realizada, a sua cobertura deve ser suportada pelo plano de saúde contratado, desde que constatado que a obesidade é objeto do seguro. Incidência do art. 51, IV, do CDC. 8. In casu, havendo expressa indicação médica (documentos de fls. 21/22), alusiva à necessidade da cirurgia reparadora, decorrente do quadro de obesidade mórbida da consumidora, não pode prevalecer a negativa de custeio da intervenção cirúrgica indicada, mastopexia com prótese de silicone, lifting dos braços, abdominoplastia com lipo e lifting das pernas (coxas), sob a alegação de estar abarcada por previsão contratual excludente, ou seja, de cobertura de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, e próteses, meramente para fins estéticos, pois, no caso em apreço, o referido procedimento deixa de ser meramente estético para constituir-se como terapêutico e indispensável ao pleno restabelecimento físico e psicológico da paciente, após ter se submetido à bariátrica. (Resp. 1757938/DF, Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, Relator Ministro Villas Bôas Cueva, julgado em 07/02/2019 (...)). (TJ-DF 07007327520178070000, Relator: Robson Barbosa De Azevedo, Data de Julgamento: 20/04/2017, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 04/05/2017). 12. Quanto ao argumento de que o tratamento médico não consta no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, não merece

prosperar, haja vista que este rol é meramente exemplificativo. 13. Assim, é de responsabilidade do plano de saúde, portanto, arcar com as despesas inerentes ao tratamento complementar à cirurgia pós bariátrica ou reparadora, incluindo-se operação para a retirada de excesso de pele, colocação de prótese mamária, dentre outros indicados pelo médico assistente. 14. Dessa forma, comprovando a agravante, os requisitos insculpidos no artigo 300, do CPC, deve ser deferido a tutela provisória requestada. 15. Recurso conhecido e provido. Decisão do juízo a quo reformada. (TJ-CE - AI: 06209706620198060000 CE 0620970- 66.2019.8.06.0000, Relator: FRANCISCO DARIVAL BESERRA PRIMO, Data de Julgamento: 19/06/2019, 2ª Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 19/06/2019)

Para fins de manutenção de pontos necessários para argumentação e evitar disposições que já constam nas jurisprudências anteriores, nessa decisão foi mantido apenas pontos novos. Essa jurisprudência do Tribunal de Justiça do Ceará (TJ-CE) traz em seu texto procedimentos que para muitos são considerados estéticos e superficiais, como a lipoescultura e o uso de silicone, contudo, o tratamento continuado após a cirurgia bariátrica não tem limitação de quais reparadoras serão necessários, caberá ao cirurgião plástico avaliar a necessidade daquela cirurgia.

Dessa forma, o TJ-CE reformou a decisão do juízo *a quo* garantindo a continuidade de tratamento contra a obesidade, é um posicionamento importante que reforça a finalidade terapêutica (como dito na decisão), porque rompe com a ideia de que o paciente está tentando realizar cirurgias estéticas por intermédio do plano de saúde.

E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - OBRIGAÇÃO DE FAZER - CIRURGIA PLÁSTICA PARA RETIRADA DE EXCESSO PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - COBERTURA DEVIDA - RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO. A cirurgia plástica para retirada de excesso de pele após emagrecimento acentuado decorrente de intervenção cirúrgica para tratamento de obesidade mórbida não tem caráter meramente estético e sim reparador, pois visa restabelecer o bem físico e psicológico do paciente, e deve ser considerada como extensão da redução de estômago. (TJ-MS - APL: 00018310420108120041 MS 0001831-04.2010.8.12.0041, Relator: Des. Marcelo Câmara Rasslan, Data de Julgamento: 02/09/2014, 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: 05/09/2014)

O Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul nessa decisão de 2014 abordou um ponto importante sobre a cirurgia reparadora, que é o caráter psicológico do procedimento, esse ponto é importante porque como dito ao longo do capítulo 2, a obesidade é uma doença de caráter multifatorial, havendo consequências psicológicas, assim, um paciente que passa pelo emagrecimento cria expectativas que acabam sendo barradas por um processo judicial longo e que durante o curso precisa lidar fisicamente com as consequências do excesso de pele, acaba sofrendo psicologicamente por um período maior do que o necessário caso as operadoras de

planos de saúde não tornassem essa situação tão burocrática.

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL. NECESSIDADE DE PROCEDIMENTOS PARA RETIRADA DE EXCESSO DE PELE E IMPLANTE DE PRÓTESE MAMÁRIA. COBERTURA SECURITÁRIA. TUTELA ANTECIPADA CONCEDIDA. DECISÃO MODIFICADA. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL. NECESSIDADE DE PROCEDIMENTOS PARA RETIRADA DE EXCESSO DE PELE E IMPLANTE DE PRÓTESE MAMÁRIA. COBERTURA SECURITÁRIA. TUTELA ANTECIPADA CONCEDIDA. DECISÃO MODIFICADA. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL. NECESSIDADE DE PROCEDIMENTOS PARA RETIRADA DE EXCESSO DE PELE E IMPLANTE DE PRÓTESE MAMÁRIA. COBERTURA SECURITÁRIA. TUTELA ANTECIPADA CONCEDIDA. DECISÃO MODIFICADA. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL. NECESSIDADE DE PROCEDIMENTOS PARA RETIRADA DE EXCESSO DE PELE E IMPLANTE DE PRÓTESE MAMÁRIA. COBERTURA SECURITÁRIA. TUTELA ANTECIPADA CONCEDIDA. DECISÃO MODIFICADA. Excesso de flacidez decorrente de intervenção anterior visando a corrigir obesidade mórbida. Elementos suficientes a indicar a necessidade de a autora submeter-se a tal intervenção. Dever da recorrente de cobrir o respectivo custo por tratar-se de cirurgia plástica reparadora e não estética. Tutela antecipada deferida. Presentes os requisitos autorizadores, insculpidos no artigo 273 do CPC. **AGRAVO DE INSTRUMENTO PROVIDO.**

(TJ-RS - AI: 70042657817 RS, Relator: Romeu Marques Ribeiro Filho, Data de Julgamento: 24/08/2011, Quinta Câmara Cível, Data de Publicação: 31/08/2011)

[...]

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Ação de OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – CIRURGIA PARA RETIRADA Do excesso DE PELE dos membros superiores e inferiores – PROCEDIMENTO NECESSÁRIO E COMPLEMENTAR AO TRATAMENTO DAQUELE QUE REALIZA CIRURGIA BARIÁTRICA - TUTELA ANTECIPADA DE URGÊNCIA – LIMINAR CONCEDIDA – recurso provido. 1. A cirurgia pretendida pela agravante, qual seja, a cirurgia reparadora para retirada do excesso de pele dos membros superiores e inferiores é considerada como continuidade do tratamento de obesidade mórbida da pessoa que faz cirurgia bariátrica. 2. O procedimento é absolutamente necessário para manter a integridade física e psíquica da agravante. (TJ-MT - AI: 10011177020168110000 MT, Relator: SERLY MARCONDES ALVES, Data de Julgamento: 19/10/2016, Quarta Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 20/10/2016)

[...]

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - APLICABILIDADE - CIRURGIA DE REMOÇÃO DE TECIDO EPITELIAL APÓS A SUBMISSÃO DA PACIENTE-SEGURADA À CIRURGIA BARIÁTRICA - PROCEDIMENTO NECESSÁRIO E COMPLEMENTAR AO TRATAMENTO DA OBESIDADE, ESTE INCONTROVERSAMENTE ABRANGIDO PELO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO, INCLUSIVE, POR DETERMINAÇÃO LEGAL - ALEGAÇÃO DE FINALIDADE ESTÉTICA DE TAL PROCEDIMENTO - AFASTAMENTO - NECESSIDADE - COBERTURA AO TRATAMENTO INTEGRAL DA OBESIDADE - PRESERVAÇÃO DA FINALIDADE CONTRATUAL - NECESSIDADE - DANOS MORAIS - CONFIGURAÇÃO - ARBITRAMENTO DO VALOR COMPENSATÓRIO. - Considerando a

obrigatoriedade de cobertura do tratamento para obesidade e em se tratando de procedimento inerente ao ato cirúrgico anterior, necessário ao restabelecimento físico e psicológico da parte, a operadora do plano de saúde deve ser compelida a arcar com o custeio da cirurgia plástica reparadora - Configura-se o dever de indenizar, quando constatada a atitude ilícita praticada pela requerida ao se negar a custear o tratamento integral da obesidade mórbida da segurada e vindo a causar grandes transtornos de ordem psíquica e moral à parte. (TJ-MG - AC: 10000191704162001 MG, Relator: Juliana Campos Horta, Data de Julgamento: 24/08/0020, Data de Publicação: 31/08/2020)

Por fim, essas últimas jurisprudências foram para demonstrar que os entendimentos se repetem ao longo dos anos, única alteração perceptível foi a aplicabilidade do dano moral na decisão de 2020, em razão do posicionamento consolidado pelo STJ, sendo assim, postergar o direito à saúde de pacientes que passaram por uma situação emocionalmente desgastante é abusivo.

O beneficiário do plano de saúde está buscando nada além do seu direito, este que não é gratuito uma vez que a premissa de ter um plano de saúde é garantir acesso à saúde privada por meio de uma taxa paga para quando eventualmente se fizer necessário o amparo médico, ter esse acesso, sendo assim, toda a situação de judicialização se torna ainda mais abusiva ao analisar sobre a perspectiva que é um direito que está sendo pago, mas não está sendo fornecido.

Judicializar um direito garantido na Constituição Federal, abarcado por legislação e com entendimento firmado pelo Superior Tribunal de Justiça nada mais é que uma prática abusiva na tentativa de garantir “mais tempo” até a realização do procedimento. Não é uma situação estética, não é uma tentativa de “embelezamento”, trata-se da continuação de um tratamento sério, longo e desgastante.

CONCLUSÃO

O presente estudo dedicou-se à análise sobre um ponto relevante, mas ainda pouco debatido, de maneira que foi capaz de possibilitar um entendimento mais profundo e complexo sobre o que abarca a obesidade, a importância do tratamento e o prejuízo do processo de judicialização de uma situação que já deveria estar resolvida.

O objetivo desse estudo foi expor os fatos de maneira que seja passível de compreensão a complexidade de toda a situação vivida por um paciente que busca vencer uma doença tão predominante na atualidade. O grande desafio dessa pesquisa foi achar literatura para o tema, apesar da obesidade ser bastante discutida, os pós-operatório e suas consequências ainda são esquecidos.

A cirurgia reparadora é uma condição de continuação do tratamento estabelecido pelo, agora, paciente ex-obeso, no entanto, ainda há muitos pré-julgamentos acerca dessa etapa do tratamento, de maneira que posterga o direito do paciente.

Somente em 2018, dado mais recente publicado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foram realizadas 49.251 cirurgias bariátricas pelos planos de saúde, ou seja, futuramente essas pessoas procurarão pela continuidade de seus tratamentos e ainda encontrarão barreiras, assim, dada a importância desse tema faz-se necessário a implementação de medidas que garantam o acesso pleno à saúde desses pacientes sem a necessidade de longas disputas judiciais que só postergarão o direito.

Nesse sentido, a judicialização das cirurgias reparadoras é um problema imediato, diversos processos estão em trâmite e por trás de todos eles existem pessoas em busca de melhorar sua saúde, é uma questão muito além de custo financeiro, é um dos bens mais importantes do ser humano: a saúde. Além disso, a solução desse problema liberaria um judiciário que já se encontra saturado de processos, sendo assim não só um benefício para os pacientes bariátricos, mas também para o judiciário e consequentemente para sociedade.

REFERÊNCIAS

ANS. RN nº 387, de 28 de outubro de 2015. [S. l.], 28 out. 2015

ANS: *Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2010-2020) ano anterior* (Brasil - 2010-2020). [S. l.], 07/ 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 2 set. 2020.

ARANTES ARIMURA ADVOCACIA. *Cirurgias Plásticas Reparadoras: Um guia passo a passo para exigir seus direitos*. [S. l.: s. n.], 2020. E-book.

BAILLOT, A. et al. *Impact of excess skin from massive weight loss on the practice of physical activity in women*. *Obesity surgery*, v. 23, n. 11, p. 1826-1834, 2013.

BARROS, L. M., et al., *Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica*. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/27367/19581>> Acesso em: 18 maio 2020. 2015.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. *Súmula nº 608*.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *ResP 1.442.236 - RJ (2013/0274933-2)*. Relator: Ministro Marco Buzzi. Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (T3 - Terceira Turma). *ResP 1757938 DF 2018/0057485-6*. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Distrito Federal, 12 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Quarta Turma). *AgRg no AResP 583.765/MG*. Relator: Ministro Raul Araújo. Minas Gerais, 22 de junho de 2015.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Ceará (2ª Câmara Direito Privado). *AI: 06209706620198060000 CE 0620970-66.2019.8.06.0000*. Relator: Francisco Darival Beserra Primo. Ceará, 19 de junho de 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso (Terceira Câmara de Direito Privado). *AC: 10342288220178110041 MT*. Relator: Dirceu dos Santos. Mato Grosso, 20 de agosto de 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso (Quarta Câmara de Direito Privado). *AI: 10011177020168110000 MT*. Relator: Sely Marcondes Alves. Mato Grosso, 20 de outubro de 2016.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul (1ª Câmara Cível/Quarta Turma). *APL: 00018310420108120041 MS 0001831-04.2010.8.12.0041*. Relator: Des. Marcelo Câmara Rasslan. Mato Grosso do Sul, 28 de novembro de 2016.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. *AC: 10000191704162001 MG*. Relator: Juliana Campos Horta. Minas Gerais, 31 de agosto de 2020.

BRASIL, Tribunal de Justiça de Pernambuco. *Súmula nº 30*

BRASIL, Tribunal de Justiça de São Paulo. *Súmula nº 102*.

BRASIL, Tribunal de Justiça de São Paulo. *Súmula nº 97*.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. *Súmula nº 258*.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (Quinta Câmara Cível). *AI: 70042657817 RS*. Relator: Romeu Marques Ribeiro Filho. Rio Grande do Sul, 31 de agosto de 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

BRASIL. *Decreto-lei nº 5.839/2006, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências*. [S. l.], 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm. Acesso em: 7 abr. 2020

BRASIL. *Decreto-lei nº 99.438/90, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências*. [S. l.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99438.htm. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. [S. l.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Lei nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*. [S. l.], 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Projeto de Lei nº 9079/2017, de 9 de novembro de 2017. Dispõe sobre a concessão de descontos em restaurantes a clientes que passaram por cirurgia bariátrica ou qualquer outra gastroplastia*". [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2162128>. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRAVO, M. E. *et al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4. ed. Universidade Cornell: Cortez, 2013.

CARLINI, Maria Paula. *AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA*. 2001. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção com o requisito

parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, [S. l.], 2001. Acesso em: 18 maio 2020.

COMUM. "O que é gordofobia?" com Rachel Patrício | Série Gordofobia #1. 2017. (07m33s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=l4Ab1l6zID8&list=PLJemaJ_VoX_S48CMSUtfiUohr5uHjSUsZ>. Acesso em: 07 set. 2020.

COSTA, Maria da Conceição Cavalcante da. *Qualidade de vida de pessoas submetidas à Bypass gástrico Roux-en-Y pelo protocolo BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)*. 2015.

Costa, Yuri Veronez Carneiro. "A abusividade do indeferimento pelos planos de saúde da cobertura de cirurgia plástica reparadora pós-bariátrica como continuidade ao tratamento contra a obesidade." *Anais do Encontro Nacional de Pós Graduação 3.1* (2019): 392-396.

DA SILVA SOARES, Tarsila Samara. *A JUDICIALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: O ACESSO DE UNS EM DETRIMENTO DO DIREITO DE TODOS?* 2019. Monografia (Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://monografias.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/9034>. Acesso em: 15 mar. 2020.

DONNABELLA, ALFREDO et al. *Abdominoplastia pós cirurgia bariátrica: experiência de 315 casos*. *Rev Bras Cir Plast*, v. 31, n. 4, p. 510-5, 2016.

ESTADÃO. *SUS gasta R\$ 488 mi com doenças ligadas à obesidade em 1 ano*. Publicado 20 mar. 2013. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/noticias/geral,sus-gasta-r-488-mi-com-doencas-ligadas-a-obesidade-em-1-ano-imp-,1010883>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ETRILLI, Christopher M. et al. *Factors associated with hospitalization and critical illness among 4,103 patients with COVID-19 disease in New York City*. *MedRxiv*, 2020.

FANDIÑO, Julia et al. *Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos*. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 26, n. 1, p. 47-51, 2004.

FERNANDES MOURA DE ALBUQUERQUE, FERNANDA MARIA. *A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS MÉTODOS AUTOCOMPOSITIVOS COMO ALTERNATIVA*. 2019. Monografia (Direito) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [S. l.], 2019. Disponível em: <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/9015>. Acesso em: 20 mar. 2020.

FERRAZ, Edmundo Machado; MARTINS FILHO, E. D. *Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar*. *Einstein*, v. 4, n. 1, p. S71-2, 2006.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa. "A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública." *Rev Einstein*. [periódico na Internet] (2006).

G1 BEM ESTAR. *Cirurgia para reparar excesso de pele é indicada após redução de estômago.* [S. l.], 8 maio 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/05/cirurgia-para-reparar-pele-e-indicada-apos-reducao-de-estomago.html>. Acesso em: 3 set. 2020.

GONÇALVES, Gabriel De Antoni. *"A negativa indevida por parte do plano ou seguro de saúde privado gera direito à indenização por dano moral ao consumidor?"* (2019).

Hintze, L. J., Bevilaqua, C. A., Pimentel, E. B., & Junior, N. N. (2012). *Cirurgia bariátrica no Brasil.* Revista de Ciências Médicas, 20(3/4), 87-98.
 JURISPRUDÊNCIA: CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA. [S. l.]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=CIRURGIA+PL%C3%81STICA+REPARADORA>. Acesso em: 27 ago. 2020.

KASSIR, Radwan. "Risk of COVID-19 for patients with obesity." *Obesity Reviews* 21.6 (2020).

KLASSEN, Anne F. et al. *Using the BODY-Q to understand impact of weight loss, excess skin, and the need for body contouring following bariatric surgery.* Plastic and reconstructive surgery, v. 142, n. 1, p. 77-86, 2018.

LIMA, RODRIGO MACIEL. *Obesidade: O mal do século.* Perspectivas Online, v. 1, n. 2, p. 86-99, 2007.

LONDRINA. Lei nº 9.463/04, de 26 de abril de 2004. *Autoria o poder executivo a implantar o programa de enfrentamento da obesidade mórbida na rede assistencial de saúde do município e seus componentes.* [S. l.], 2004. Disponível em: <https://camara-municipal-da-londrina.jusbrasil.com.br/legislacao/364055/lei-9463-04>. Acesso em: 7 abr. 2020.

MATTOS, ALEXANDRE ALCIDES; MEIRA, IVO FERREIRA ANDRADE; FERREIRA, FELIPE PACHECO MARTINS. *Cirurgia plástica após gastroplastia redutora: abordagem pré, per e pós-operatória.* Rev. Soc. Bras. Cir. Plást, v. 23, n. 1, p. 15-21, 2008.

MENDES, Gilmar; BRANCO, P. G. G. *Curso de Direito Constitucional.* 12. ed. [S.l.]: SaraivaJus, 2017. p. 596-598.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *In: Metade dos brasileiros está acima do peso e 20% dos adultos estão obesos.* [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46485-mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM nº 545, 2002.* [S. l.], 18 mar. 2002. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/medica2-old/downloads/Portaria%20n.%C2%BA%20545%20-GM%20Em%2018%20de%20mar%C3%A7o%20de%202002.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM nº 628, 2001*. [S. l.], 16 abr. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0628_16_04_2013.html. Acesso em: 7 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PORTARIA Nº 424*. [S. l.], 19 mar. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 7 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PORTARIA Nº 492*. [S. l.], 31 ago. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_com_p.html. Acesso em: 7 abr. 2020.

NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues do; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva; ANGELIM, Ednalva Maria Sampaio. *Vivência da obesidade e do emagrecimento em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica*. Estudos de Psicologia (Natal), v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.

RAMALHO, Sofia et al. *Excessive skin and sexual function: relationship with psychological variables and weight regain in women after bariatric surgery*. Obesity surgery, v. 25, n. 7, p. 1149-1154, 2015.

ROSA, Simone Corrêa. *Perfil antropométrico, comorbidades, fatores preditivos de complicações cirúrgicas e qualidade de vida de pacientes pós-bariátricos submetidos à cirurgia plástica reparadora*. 2018. 169 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

SARLE, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, v. 17, n. 67, p. 125-172, set./2009. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

SIMONNET, Arthur et al. *High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation*. Obesity, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). *Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018.*, Site SBCBM, p., 28 ago. 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>. Acesso em: 12 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). *Quem pode fazer a cirurgia metabólica?* Site SBCBM, p., 15 jul. 2019. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/quem-pode-fazer-metabolica/>. Acesso em: 12 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). *Quem pode fazer?* Site SBCBM, 5 out. 2017. Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/quem-pode-fazer/>. Acesso em: 12 maio 2020.

SOCIEDADE Brasileira de Cirurgia Plástica. Pós Bariátrica. [S. l.], 2017? Disponível em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/contorno-corporal/pos-bariatrica/>. Acesso em: 3 set. 2020

STAALESEN, T.; OLSEN, M. Fagevik; ELANDER, A. *Experience of excess skin and desire for body contouring surgery in post-bariatric patients*. Obesity surgery, v. 23, n. 10, p. 1632-1644, 2013.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. *Obesidade: uma perspectiva plural*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 185-194, 2010.

WELLS, J. C. *et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health*. THE LANCET: v. 395, p. 75-88, dez./2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)32472-9.pdf#articleInformation](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)32472-9.pdf#articleInformation). Acesso em: 18 abr. 2020