Ao analisar o Tema 1.069 dos recursos repetitivos, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou, por unanimidade, duas teses sobre a obrigatoriedade de custeio, pelos planos de saúde, de operações plásticas após a realização da cirurgia bariátrica.

Na primeira tese, o colegiado definiu que é de cobertura obrigatória pelos planos a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico após a cirurgia bariátrica, visto ser parte do tratamento da obesidade mórbida.

A segunda tese estabelece que, havendo dúvidas justificadas e razoáveis quanto ao caráter eminentemente estético da cirurgia plástica indicada após a bariátrica, a operadora do plano pode se utilizar do procedimento da junta médica, formada para dirimir a divergência técnico-assistencial, desde que arque com os honorários dos respectivos profissionais e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo beneficiário, em caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente, ao qual não se vincula o julgador.

Plástica complementar ao tratamento de obesidade previne males de saúde

Em seu voto, o relator do recurso repetitivo, ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, observou que, conforme o artigo 10, caput, da Lei 9.656/1998, o tratamento da obesidade mórbida é de cobertura obrigatória nos planos de saúde. Segundo o magistrado, esse mesmo dispositivo prevê que ficam excluídos da cobertura os procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.

Contudo, o ministro destacou que as operadoras devem custear as cirurgias plásticas pós-bariátrica, a exemplo da retirada de excesso de pele, uma vez que, em algumas situações, a plástica não se limita a rejuvenescer ou aperfeiçoar a beleza corporal, mas se destina primordialmente a reparar ou a reconstruir parte do corpo humano ou, ainda, a prevenir males de saúde.

Villas Bôas Cueva lembrou que o STJ possui jurisprudência no sentido de que a operadora deve arcar com os tratamentos destinados à cura da doença, incluídas as suas consequências.

"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, odor fétido e hérnias, não se qualificando, na hipótese, a retirada do excesso de tecido epitelial como procedimento unicamente estético, ressaindo sobremaneira o seu caráter funcional e reparador", declarou.

Não se pode ampliar indiscriminadamente a cobertura dos planos de saúde

O relator também ressaltou que, embora a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tenha incluído apenas a dermolipectomia abdominal (substituída pela abdominoplastia) e a diástase dos retos abdominais 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 haver a integralidade de ações na recuperação do paciente.

"No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estão previstos diversos procedimentos cirúrgicos reparadores em pacientes os quais foram submetidos à cirurgia bariátrica, de modo que a ANS já deveria ter atualizado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, tendo em vista o disposto no artigo 10, parágrafo 10, da Lei 9.656/1998", afirmou.

Todavia, segundo o ministro, não é qualquer cirurgia plástica que estará coberta para os pacientes que se submeteram à bariátrica, pois não se pode ampliar indiscriminadamente a cobertura para incluir quaisquer tratamentos complementares, sobretudo se não objetivam a restauração

funcional.

"Havendo dúvidas justificadas acerca do caráter eminentemente estético da cirurgia, a operadora de plano de saúde pode se socorrer do procedimento da junta médica estabelecido em normativo da ANS", concluiu o relator.

Leia o acórdão no REsp 1.870.834.

REsp 1870834

Fonte: STJ, em 21.09.2023