

O avanço do uso de medicamentos injetáveis indicados para o tratamento da obesidade, notadamente os agonistas do receptor GLP-1, que “são medicamentos injetáveis ou orais de alta eficácia para Diabetes Tipo 2 e obesidade”<sup>[1]</sup> tem provocado controvérsias no âmbito da saúde suplementar, especialmente quanto à avaliação de risco, à aceitação contratual e à cobertura assistencial. No presente artigo vou procurar fazer uma análise jurídico-regulatório dessas terapias à luz da regulação da **Agência Nacional de Saúde Suplementar** - ANS - e do novo **Marco Legal dos Seguros** (Lei nº 15.040/2024), demonstrando que o uso clinicamente indicado desses medicamentos não pode ser tratado como fator de exclusão, agravamento ilícito de risco ou limitação assistencial. Conclui-se que a interpretação sistemática das normas impõe leitura funcional e cooperativa do contrato de seguro saúde, compatível com a boa-fé objetiva, a mutualidade e o direito fundamental à saúde.

Diante do recrudescimento de casos relatados pela mídia nos últimos meses com a crescente prescrição de medicamentos injetáveis para o tratamento da obesidade e de distúrbios metabólicos associados tem sido impostos desafios relevantes ao direito da saúde suplementar. Popularmente denominados “canetas emagrecedoras”, tais fármacos suscitam debates que extrapolam a esfera médica, alcançando a regulação assistencial, a teoria do risco e os limites contratuais dos planos e seguros de saúde.

No ordenamento jurídico brasileiro, a análise do tema exige articulação entre dois regimes normativos, vale dizer, o sistema regulatório da ANS, estribado na Lei nº 9.656/1998, e o novo Marco Legal dos Seguros, instituído pela Lei nº 15.040/2024, que reformula conceitos estruturantes do contrato de seguro, inclusive com reflexos diretos sobre o seguro saúde.

A obesidade é reconhecida “como uma doença crônica, progressiva e uma epidemia global, definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que traz prejuízos à saúde”<sup>[2]</sup>.

Trata-se, portanto, de risco assistencial típico e previsível, integrante do objeto contratual dos planos privados de assistência à saúde.

A regulação da ANS parte do pressuposto de que condições de saúde não podem ser utilizadas como critérios discriminatórios de acesso ou permanência no plano, sob pena de violação da mutualidade e da função social do contrato. Nesse contexto, o tratamento farmacológico da obesidade não se confunde com intervenção meramente estética ou opcional, mas integra o conjunto de medidas terapêuticas reconhecidas pela medicina baseada em evidências.

De outro giro, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, previsto no art. 10 da Lei nº 9.656/1998, define a cobertura mínima obrigatória, mas não esgota o conteúdo assistencial do contrato. O Superior Tribunal de Justiça, tratou em precedentes e debates distintos que culminaram em 2022, na uniformização de entendimento da **Segunda Seção** de que o rol é, em regra, taxativo, mas com possibilidade de exceções sob determinados critérios - o que é comumente chamado de taxatividade mitigada.<sup>[3]</sup>

A atuação regulatória da ANS exige que diretrizes clínicas e protocolos sejam instrumentos de racionalidade técnica, e não mecanismos indiretos de exclusão assistencial.

A Lei nº 9.656/1998, com suas posteriores alterações, admite mecanismos restritos de avaliação de risco, como a Cobertura Parcial Temporária (CPT), limitada temporalmente e vedada para urgência e emergência. É expressamente proibida a exclusão definitiva de doenças ou tratamentos relacionados a doenças preexistentes.

Nesse sentido, o uso de medicamentos injetáveis para o tratamento da obesidade não autoriza recusa de ingresso em planos individuais ou coletivos por adesão, assim como não legitima majoração arbitrária de contraprestação, impedindo a exclusão permanente de eventos

assistenciais futuros.

A regulação da ANS veda práticas de seleção adversa estrutural, incompatíveis com a lógica de socialização do risco inerente à saúde suplementar.

Deveras. A Lei nº 15.040/2024 reforça a centralidade da boa-fé objetiva, da cooperação e da função econômica do contrato de seguro. O segurado não pode ser penalizado por adotar condutas que visem à preservação ou recuperação de sua saúde, especialmente quando orientadas por prescrição médica.

O tratamento farmacológico da obesidade, longe de caracterizar comportamento antieconômico, representa medida racional de gestão do risco, alinhada à finalidade do contrato securitário.

O novo Marco Legal reformula o conceito de agravamento de risco, exigindo voluntariedade, relevância causal e previsibilidade do evento danoso. A simples existência de doença ou a adoção de tratamento terapêuticos adotados pelo associado ao plano de saúde não configuram, por si sós, agravamento ilícito de risco presente nestas modalidades contratuais.

Nesse sentido, o uso de medicamentos injetáveis para emagrecimento não apenas não agrava o risco, como tende a reduzi-lo, mitigando a probabilidade de sinistros futuros de maior severidade. Qualquer interpretação em sentido contrário violaria a exigência de causalidade adequada consagrada no novo diploma legal.

À luz da regulação da ANS e do Marco Legal dos Seguros, o uso clinicamente indicado das chamadas canetas emagrecedoras não pode fundamentar recusa de contratação ou rescisão unilateral, posto que não autoriza restrições assistenciais automáticas não legitimando reajustes individualizados fora das hipóteses legais, de vez que deverão ser compreendidos como parte integrante do tratamento regular de doença coberta.

A análise jurídica deve se concentrar na existência de indicação médica legítima, e não em juízos morais ou econômicos abstratos sobre o emagrecimento.

A interpretação sistemática da regulação da ANS e do **Marco Legal dos Seguros** conduz à conclusão de que o uso de medicamentos injetáveis para o tratamento da obesidade, quando clinicamente indicado, não produz efeitos jurídicos negativos automáticos na avaliação do seguro ou plano de saúde.

Tratá-los como fator de exclusão, agravamento ou limitação contratual afrontaria o regime jurídico da saúde suplementar, bem como os princípios estruturantes do novo direito securitário e o correspondente direito fundamental à saúde.

O desafio regulatório contemporâneo consiste em harmonizar a racionalidade econômica do seguro com a proteção do beneficiário, evitando a estigmatização de condutas terapêuticas que, em última análise, contribuem para a sustentabilidade do próprio sistema.

Destarte, é de se concluir que após a alteração promovida pela Lei número 14.454/2022, consolidou-se no ordenamento a possibilidade de cobertura de tratamento não expressamente previstos no Rol, desde que respaldados por evidência científica e recomendação técnica reconhecida, o que afasta a tese de exclusão automática com base apenas na ausência de listagem expressa.

Ademais, tratando-se de medicamento registrado na Anvisa e prescrito para doença coberta contratualmente, a recusa fundada na classificação como “uso domiciliar” não pode prevalecer quando o fármaco integra estratégia terapêutica essencial ao controle da doença e à prevenção de complicações graves, sob pena de esvaziamento do próprio objeto contratual.

A interpretação sistemática da legislação e da regulação setorial conduz ao reconhecimento de que

a saúde suplementar não pode reduzir-se à literalidade restrita do Rol, devendo assegurar, dentro de critérios técnicos e científicos, o acesso às terapias necessárias à preservação da vida, da integridade física e da qualidade de vida do beneficiário.

Porto Alegre, 16 de fevereiro de 2026.

---

[1] *Google*.

[2] *Ibidem*.

[3] Fonte. Precedentes da 2ª Seção do STJ.