

UNIGUAÇU – UNIÃO DE ENSINO SUPERIOR DO IGUAÇU LTDA.

FACULDADE UNIGUAÇU

CURSO DE DIREITO

Seminário de Monografia II

LARISSA APARECIDA MANFRIN

**A CIRURGIA DO LIPEDEMA E SUA AUSÊNCIA NO ROL DA ANS:  
UMA ANÁLISE JURÍDICO-SANITÁRIA DA LÓGICA DE COBERTURA  
DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

2025

LARISSA APARECIDA MANFRIN

**A CIRURGIA DO LIPEDEMA E SUA AUSÊNCIA NO ROL DA ANS:  
UMA ANÁLISE JURÍDICO-SANITÁRIA DA LÓGICA DE COBERTURA  
DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito da Faculdade UNIGUAÇU.  
Orientador(a): Prof(a) Dra. Jessica Aparecida Soares.

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

2025



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

LARISSA APARECIDA MANFRIN

### **A CIRURGIA DO LIPEDEMA E SUA AUSÊNCIA NO ROL DA ANS: UMA ANÁLISE JURÍDICO-SANITÁRIA DA LÓGICA DE COBERTURA DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Trabalho de Conclusão de Curso em Direito apresentado, sob a orientação do(a) professor(a) Jessica Aparecida Soares, aprovado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel no curso de Direito da Faculdade UNIGUAÇU, pela seguinte banca examinadora:

---

Professor(a) Orientador(a) Jessica Aparecida Soares  
Faculdade UNIGUAÇU

---

Professor(a) Adriana Stormoski Lara  
Faculdade UNIGUAÇU

---

Professor(a) Amanda Paula Ortiz  
Faculdade UNIGUAÇU

SÃO MIGUEL DO IGUAÇU, 12 DE NOVEMBRO DE 2025.

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio incondicional; aos amigos que estiveram presentes durante essa caminhada; e à instituição de ensino e seus professores, pela formação e aprendizado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me sustentado em cada passo desta caminhada, especialmente nos momentos de insegurança e cansaço, e por iluminar meu caminho até aqui.

À minha orientadora, Professora Jéssica, minha gratidão mais sincera pela paciência, dedicação e por acreditar no potencial deste trabalho desde o início. Sua orientação foi fundamental para a construção desta pesquisa; suas palavras me acalmaram e me guiaram.

À Instituição de Ensino Uniguaçu e a todos os professores que estiveram presentes durante esta trajetória, por me proporcionarem uma formação de qualidade e por ser o espaço onde vivi tantos aprendizados, crescimentos e desafios que levarei para a vida inteira.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado em cada etapa desta jornada: agradeço por cada incentivo, cada conversa, pelo acolhimento e até pelas distrações que me ajudaram a seguir adiante. De modo especial, agradeço às minhas amigas e colegas de faculdade, Ewellyn Thamara da Silva e Vanessa Thiss Duarte, por caminharem comigo nesses momentos.

À minha família, meu alicerce, porto seguro e maior orgulho: obrigada por cada gesto de apoio, por compreenderem minhas ausências, por me ouvirem desabafar e por sempre me lembrarem da minha força e do meu potencial. Um agradecimento especial à minha mãe, Cleusa Manfrin, pelo apoio e incentivo durante todos esses cinco anos, e ao meu namorado, Lucas Felipe Soares Pereira, por estar sempre ao meu lado.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, passaram pela minha vida neste ciclo. Cada contribuição, palavra ou gesto fez a diferença. Este trabalho é parte de mim, mas também é reflexo de cada pessoa que esteve ao meu lado.

“É importante ter em mente que, para pensar soluções para uma realidade, devemos tirá-la da invisibilidade”

(Djamila Ribeiro, 2019, p.11)

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a exclusão da cirurgia de lipedema do rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, comparando-a com a cobertura da cirurgia de linfedema, e avaliar os impactos jurídicos, sociais e de gênero decorrentes dessa exclusão. Adota-se como método a pesquisa bibliográfica e documental, com análise da legislação brasileira, regulamentos da ANS, decisões judiciais e literatura científica sobre lipedema e linfedema, buscando compreender a fundamentação legal, sanitária e clínica das políticas de cobertura assistencial. O problema de pesquisa que orienta este estudo é: a exclusão da cirurgia de Lipedema do rol da ANS é compatível com os fundamentos constitucionais do direito à saúde e com a lógica regulatória da saúde suplementar, considerando a cobertura conferida ao Linfedema — condição muitas vezes associada à ausência de tratamento cirúrgico precoce — e os impactos sociais, de gênero e sanitários decorrentes dessa negativa? O objetivo geral consiste em: Analisar a compatibilidade da exclusão da cirurgia de tratamento do Lipedema do rol da ANS com os fundamentos constitucionais do direito à saúde e os princípios regulatórios da saúde suplementar, considerando a cobertura conferida ao linfedema e os impactos sociais, de gênero e sanitários dessa omissão. Como objetivos específicos, propõe-se: A) Investigar os fundamentos constitucionais do direito à saúde e o regime jurídico da saúde suplementar no Brasil, com ênfase no papel regulador da ANS e nos critérios para inclusão de procedimentos no rol de cobertura obrigatória. B) Analisar o Lipedema à luz de sua caracterização clínica e social, contrastando sua ausência de cobertura com o tratamento conferido ao linfedema, de modo a avaliar a coerência regulatória da ANS. C) Examinar os impactos jurídicos, sociais e de gênero da não inclusão da cirurgia do Lipedema no rol da ANS, considerando a judicialização do tema e os desafios à ampliação da cobertura assistencial. Os resultados evidenciam que o lipedema, reconhecido recentemente pela Organização Mundial da Saúde – OMS em 2022, é uma doença do tecido adiposo caracterizada pelo acúmulo anormal e doloroso de gordura, predominantemente em mulheres, enquanto o linfedema, doença dos vasos linfáticos, possui reconhecimento mais antigo e sua cirurgia foi incorporada ao rol da ANS no início dos anos 2008, sendo frequentemente associada a tratamentos oncológicos e considerada cirurgia reparadora. A análise demonstra que, embora ambas as patologias apresentem sintomas semelhantes e demandem tratamento cirúrgico para prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida, o lipedema permanece sem reconhecimento regulatório adequado, gerando lacunas jurídicas e aumento da judicialização da saúde. Conclui-se que a exclusão da cirurgia de lipedema contraria princípios constitucionais, como direito à saúde, dignidade da pessoa humana e isonomia, refletindo limitações técnicas, econômicas e uma invisibilização histórica das demandas femininas. A ampliação da cobertura requer integração entre ciência, regulação e direitos humanos, assegurando equidade e efetividade do direito à saúde.

Palavras-chave: direito à saúde; regulação da saúde suplementar; judicialização da saúde; lipedema; linfedema.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the exclusion of lipedema surgery from the list of mandatory procedures of the National Supplementary Health Agency (ANS), comparing it with the coverage of lymphedema surgery, and to assess the legal, social, and gender impacts resulting from this exclusion. The research adopts a bibliographic and documentary approach, analyzing Brazilian legislation, ANS regulations, judicial decisions, and scientific literature on lipedema and lymphedema, seeking to understand the legal, sanitary, and clinical foundations of coverage policies. The research problem guiding this study is: Is the exclusion of lipedema surgery from the ANS list compatible with the constitutional foundations of the right to health and with the regulatory logic of supplementary health, considering the coverage granted to lymphedema—a condition often associated with the lack of early surgical treatment—and the social, gender, and health impacts resulting from this denial? The general objective is to analyze the compatibility of the exclusion of lipedema treatment surgery from the ANS list with the constitutional foundations of the right to health and the regulatory principles of supplementary health, considering the coverage granted to lymphedema and the social, gender, and health impacts of this omission. The specific objectives are: (A) to investigate the constitutional foundations of the right to health and the legal framework of supplementary health in Brazil, with emphasis on the regulatory role of the ANS and the criteria for including procedures in the list of mandatory coverage; (B) to analyze lipedema in light of its clinical and social characterization, contrasting its lack of coverage with the treatment granted to lymphedema, in order to evaluate the regulatory coherence of the ANS; and (C) to examine the legal, social, and gender impacts of not including lipedema surgery in the ANS list, considering the judicialization of the issue and the challenges to expanding coverage. The results show that lipedema, recently recognized by the World Health Organization (WHO) in 2022, is a disease of adipose tissue characterized by the abnormal and painful accumulation of fat, predominantly in women, while lymphedema, a disease of the lymphatic vessels, has been recognized for a longer time, and its surgery was incorporated into the ANS list in the early 2000s, often associated with oncological treatments and considered reparative surgery. The analysis demonstrates that although both pathologies present similar symptoms and require surgical treatment to prevent complications and improve quality of life, lipedema remains without adequate regulatory recognition, generating legal gaps and increased health judicialization. It is concluded that the exclusion of lipedema surgery contradicts constitutional principles such as the right to health, human dignity, and equality, reflecting technical and economic limitations and a historical invisibility of women's health demands. Expanding coverage requires integration between science, regulation, and human rights, ensuring equity and the effectiveness of the right to health.

Keywords: right to health; supplementary health regulation; health judicialization; lipedema; lymphedema.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de distribuição do lipedema.....	26
Figura 2 - Estágios do lipedema.....	27

## LISTA DE SIGLAS

ABL – Associação Brasileira de Lipedema

ABRALINFE – Associação Brasileira de Linfologia

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS – Agência Nacional de Saúde

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CF – Constituição Federal de 1988

CID – Classificação Internacional de Doenças

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

MSD – Manual MSD (Manual Merck)

NATs – Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNE – Portador de Necessidades Especiais

RN – Resolução Normativa

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TDC – Terapia Descongestiva Completa

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

TJPR – Tribunal de Justiça do Paraná

TJSP – Tribunal de Justiça de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL</b> .....	<b>13</b>
2.1 A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL .....	13
2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR: CONCEITO E FUNDAMENTOS JURÍDICOS.....	15
2.3 O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS .....	17
2.4 O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS E SUAS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS..	19
2.5 A PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE E A RESPONSABILIDADE DO ESTADO .....	22
<b>3 LIPEDEMA E LINFEDEMA NO CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR</b> .....	<b>24</b>
3.1 O LIPEDEMA: DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E IMPACTOS SOCIAIS .....	24
3.2 A CIRURGIA DE LIPEDEMA: FUNDAMENTOS MÉDICOS E JURÍDICOS .....	28
3.3 O LINFEDEMA E SUA COBERTURA PELA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	32
3.4 A COMPARAÇÃO ENTRE LIPEDEMA E LINFEDEMA NO TRATAMENTO E REGULAÇÃO .....	35
<b>4 A LÓGICA DE COBERTURA DA ANS E A EXCLUSÃO DA CIRURGIA DO LIPEDEMA</b> .....	<b>38</b>
4.1 A EXCLUSÃO DA CIRURGIA DE LIPEDEMA DO ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS .....	38
4.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS PRECEDENTES SOBRE LIPEDEMA NO STJ.....	40
4.3 INVISIBILIZAÇÃO DO LIPEDEMA COMO QUESTÃO DE SAÚDE DA MULHER .....	44
4.4 DESAFIOS JURÍDICOS E SANITÁRIOS NA AMPLIAÇÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL.....	47
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1948), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Embora essa definição seja amplamente reconhecida na atualidade, representa mais um ideal a ser buscado do que uma condição plenamente alcançável. Desse modo, a saúde não deve ser compreendida como um estado estável, pois está sujeita a constantes mudanças ao longo da vida dos indivíduos. Assim, a definição da OMS assume um papel simbólico e normativo, funcionando como um norte para as políticas públicas de saúde, e não como um parâmetro absoluto ou mensurável para definir quem está ou não saudável (Brasil, 2020a).

A saúde, enquanto direito fundamental, é reconhecida pela Constituição Federal de 1988 como indispensável à dignidade da pessoa humana e à construção de uma sociedade livre, justa e solidária (Brasil, 1988). No entanto, apesar da previsão constitucional ampla, o acesso à saúde no Brasil é marcado por desigualdades, lacunas estruturais e limitações de cobertura, especialmente no âmbito da saúde suplementar (Brasil, 2025a). Nesse contexto, ganha destaque o debate sobre a regulação dos planos de saúde privados, mais especificamente sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na definição do rol de procedimentos e eventos em saúde, que determina a cobertura mínima obrigatória dos planos contratados por milhões de brasileiros (Brasil, 2021a).

Nos últimos anos, uma condição clínica em especial tem desafiado os limites dessa regulação: o lipedema. Reconhecido pela Classificação Internacional de Doenças – CID 11 (EF02.2) – como uma doença crônica e progressiva, o lipedema afeta principalmente mulheres, caracterizando-se pelo acúmulo anormal de tecido adiposo, especialmente nos membros inferiores, provocando dor, limitação funcional e impactos psicológicos (Associação Brasileira de Lipedema, 2020). Embora a ANS reconheça a doença e permita a cobertura de tratamentos clínicos e conservadores, a cirurgia para o tratamento permanece fora do rol de procedimentos obrigatórios, o que tem motivado a judicialização do tema e a mobilização de entidades médicas e sociais (Amato; Markus; Santos, 2020).

Diante desse cenário, o presente trabalho propõe-se a analisar criticamente a exclusão da cirurgia para o lipedema do rol da ANS, avaliando sua compatibilidade

com os fundamentos constitucionais do direito à saúde e com os princípios que regem a regulação da saúde suplementar. O estudo delimita-se à análise do caso brasileiro, com ênfase na atuação da ANS, nas decisões do Superior Tribunal de Justiça – STJ, e na comparação entre a cobertura conferida ao lipedema e ao linfedema – condição clínica semelhante que já possui cobertura garantida para tratamento cirúrgico. A pesquisa parte do seguinte problema central: a exclusão da cirurgia de lipedema do rol de procedimentos obrigatórios da ANS é compatível com os fundamentos constitucionais do direito à saúde e com a lógica regulatória da saúde suplementar, considerando os impactos sociais, de gênero e sanitários dessa omissão?

Para responder a essa pergunta, o trabalho tem como objetivo geral analisar a compatibilidade da exclusão da cirurgia de tratamento do lipedema com os fundamentos constitucionais e com a lógica da saúde suplementar no Brasil. Como objetivos específicos, busca-se: a) investigar os fundamentos constitucionais do direito à saúde e o regime jurídico da saúde suplementar; b) analisar a condição clínica do lipedema e compará-la com o linfedema, identificando incoerências regulatórias; c) examinar os impactos jurídicos, sociais e de gênero decorrentes da negativa de cobertura, bem como os desafios à ampliação da cobertura assistencial.

A justificativa da pesquisa decorre da relevância jurídica, sanitária e social do tema. O lipedema é uma doença subdiagnosticada, cuja abordagem clínica inadequada pode resultar na progressão da doença e na piora da qualidade de vida das pacientes (Amato; Markus; Santos, 2020). A ausência de cobertura para o tratamento cirúrgico, mesmo diante de indicação médica, representa um obstáculo à efetivação do direito à saúde e evidencia um possível desequilíbrio na atuação regulatória da ANS, especialmente quando se constata que doenças semelhantes, como o linfedema, já possuem cobertura integral (Brasil, 2024a). Além disso, há escassez de estudos jurídicos sobre o tema, apesar da crescente judicialização dos casos e das controvérsias quanto ao caráter do rol da ANS (Brasil, 2022a).

O marco teórico que fundamenta esta pesquisa é o princípio da reserva do possível, frequentemente invocado pelo Estado e por entes privados para justificar limitações no acesso a tratamentos de saúde. Tal princípio expressa a ideia de que a efetivação de direitos fundamentais depende da disponibilidade orçamentária e dos recursos existentes. Contudo, sua aplicação deve ser ponderada diante do mínimo existencial e da dignidade da pessoa humana, de modo que restrições financeiras não

inviabilizem o exercício de direitos essenciais. Nesse contexto, a judicialização da saúde surge como um fenômeno diretamente relacionado à reserva do possível, atuando como um instrumento de controle e correção de omissões estatais e regulatórias. Assim, este trabalho adota como marco teórico a análise crítica da reserva do possível e sua superação por meio da judicialização, entendida não como distorção do sistema, mas como uma resposta à ineficiência e à rigidez das políticas públicas e regulatórias de saúde.

No aspecto metodológico, a pesquisa adota o método dedutivo, partindo de premissas gerais sobre os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da igualdade, da universalidade e da integralidade do direito à saúde, além da lógica regulatória da saúde suplementar, para, então, analisar de forma crítica e específica a exclusão da cirurgia de lipedema do rol de procedimentos obrigatórios da ANS.

Como método de procedimento, utiliza-se o monográfico, por possibilitar o estudo aprofundado de um caso concreto. Essa abordagem permite examinar a compatibilidade da conduta regulatória da ANS com os preceitos constitucionais e jurídicos, compreendendo os aspectos sanitários e legais que envolvem a ausência de cobertura da cirurgia, a fim de contribuir para o debate sobre os limites e possibilidades da regulação da saúde suplementar no Brasil.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, bibliográfica e documental. A análise baseia-se em fontes primárias e secundárias, incluindo legislações, resoluções da ANS, decisões judiciais e literatura científica, buscando compreender os impactos jurídicos, sociais e regulatórios da exclusão da cirurgia de lipedema à luz dos direitos fundamentais e das políticas públicas de saúde.

A estrutura do trabalho está dividida em três capítulos. O Capítulo 1 aborda os fundamentos constitucionais do direito à saúde e o regime jurídico da saúde suplementar no Brasil, com ênfase no papel regulador da ANS e nos critérios para inclusão de procedimentos no rol de cobertura obrigatória. O Capítulo 2 analisa o lipedema a partir de sua caracterização clínica e social, contrastando a ausência de cobertura cirúrgica com o tratamento já garantido ao linfedema, a fim de avaliar a coerência regulatória da ANS. Por fim, o Capítulo 3 examina os impactos jurídicos, sociais e de gênero decorrentes da não inclusão da cirurgia de lipedema no rol da ANS, considerando a judicialização do tema e os desafios para ampliar a cobertura assistencial.

## **2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL**

Este capítulo tem como objetivo investigar os fundamentos constitucionais do direito à saúde e o regime jurídico da saúde suplementar no Brasil, com ênfase no papel regulador da ANS e nos critérios para inclusão de procedimentos no rol de cobertura obrigatória. Para isso, a estrutura do capítulo foi organizada da seguinte forma: a primeira seção trata da saúde como direito social na Constituição Federal; em seguida, o segundo tópico aborda o conceito de saúde suplementar e seus fundamentos jurídicos; o terceiro tópico analisa o papel institucional da ANS na regulação do setor; o quarto tópico discute o rol de procedimentos da agência e suas implicações jurídicas; por fim, o quinto tópico examina a proteção ao direito à saúde e a responsabilidade do Estado na garantia desse direito.

### **2.1 A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

Historicamente, a saúde no Brasil ocupou posição secundária nos textos constitucionais, sendo, nas primeiras Constituições, vinculada à assistência à pobreza e às ações de higiene pública (Brasil, 2017). As Cartas de 1824 e 1891, por exemplo, sequer reconheciam a saúde como direito individual, tratando-a como mera atividade filantrópica, frequentemente desempenhada por instituições de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia, conforme apontam Maria do Carmo Gomes Pinheiro e Luiz Carlos Romero (2012), em artigo a respeito da “Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil”. Não havia, nesse período ressaltado pelos autores, um reconhecimento jurídico da saúde como responsabilidade estatal, tampouco sua previsão como direito fundamental.

Neste cenário, a Constituição de 1934 representa um marco inicial na evolução da proteção constitucional à saúde, ao mencionar expressamente a responsabilidade do Estado nesse campo, embora ainda restrita ao contexto das relações de trabalho e voltada aos trabalhadores formais e seus dependentes (Pinheiro; Romero, 2012). Tal perspectiva, de cunho assistencialista e seletivo, manteve-se nas Constituições subsequentes, até que, em 1988, a saúde foi alçada à condição de direito social fundamental, universal e integral, refletindo uma mudança paradigmática na forma

como o Estado brasileiro passou a encarar as políticas públicas de saúde (Romero, 2008).

Essa transformação ganha contornos normativos claros com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consolida o Brasil como Estado Democrático de Direito e consagra a saúde como um dos direitos sociais fundamentais (Romero, 2008). O artigo 6º da Carta Constitucional insere a saúde no rol dos direitos sociais, juntamente com a educação, o trabalho, a moradia, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados (Brasil, 1988). Já o artigo 196, da Constituição, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Dessa forma, a definição atribuída à saúde tem natureza jurídica prestacional, impondo ao Estado obrigações positivas que vão além da mera abstenção de condutas violadoras (Pinheiro; Romero, 2012). Trata-se de um direito que exige ações concretas, como a implementação de políticas públicas efetivas, a estruturação dos serviços de atendimento e a promoção de condições sociais que favoreçam o bem-estar coletivo (Romero, 2008). Nesse contexto, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, estruturado sob os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, com a finalidade de garantir o acesso gratuito e igualitário à saúde a toda a população, independentemente de classe social, condição econômica ou vínculo empregatício (Brasil, 2017).

Além disso, a Constituição de 1988 reafirma o compromisso com a justiça social ao reconhecer a necessidade de proteção específica para grupos vulneráveis e minoritários, como crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos e povos indígenas. O direito à saúde passa a ser concebido como componente central da cidadania e expressão direta da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado brasileiro (Brasil, 1988).

Diante desse novo entendimento constitucional, a atuação estatal na área da saúde passa a exigir não apenas a oferta de serviços públicos, mas também um papel ativo na regulação das atividades do setor privado (Brasil, 1990a). A atuação estatal no campo da saúde, portanto, deve se dar em duas frentes: como provedor direto de

serviços — especialmente por meio do SUS — e como regulador e fiscalizador da iniciativa privada no setor da saúde suplementar (Sestelo; Souza; Bahia, 2013). Nesse contexto, a regulação estatal visa garantir que os serviços prestados por operadoras de planos de saúde estejam em conformidade com os princípios constitucionais, assegurando que interesses econômicos não se sobreponham aos direitos fundamentais dos cidadãos (Brasil, 2015a).

A partir dessa concepção, torna-se evidente que a atuação estatal não se limita à prestação direta de serviços, mas abrange também a responsabilidade de ordenar e fiscalizar o setor privado, garantindo que a saúde suplementar atenda aos mesmos preceitos constitucionais (Brasil, 2015a). Conforme afirmam Carvalho e Cecílio (2007), o reconhecimento da saúde como direito fundamental impõe ao poder público o dever não só de prestar serviços, mas também de normatizar, supervisionar e regular a atuação do setor privado, especialmente no âmbito da saúde suplementar, assegurando que nenhum cidadão tenha seu acesso à saúde restringido por razões mercadológicas ou econômicas.

Essa dupla responsabilidade do Estado reforça a centralidade do direito à saúde como um dever inadiável, inserido no núcleo essencial dos direitos fundamentais (Baptista; Machado; Lima, 2009). Nesse sentido, como observa Sarlet e Figueiredo (2008), o direito à saúde integra o denominado “mínimo existencial”, ou seja, o conjunto de prestações indispensáveis à garantia da dignidade da pessoa humana, que o Estado está constitucionalmente obrigado a assegurar.

## 2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR: CONCEITO E FUNDAMENTOS JURÍDICOS

A saúde suplementar corresponde ao conjunto de ações e serviços de saúde oferecidos por entidades privadas com o objetivo de complementar a cobertura do Sistema Único de Saúde – SUS, mediante contratação voluntária de planos e seguros privados por parte dos usuários (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). Trata-se, portanto, de uma modalidade paralela e complementar ao sistema público de saúde, cuja atuação encontra respaldo na Constituição Federal de 1988 (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). O artigo 199 da Carta Constitucional autoriza a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, desde que observada a regulamentação e

fiscalização do poder público, a fim de garantir a preservação do interesse coletivo e a promoção do bem-estar social (Brasil, 1988).

A regulamentação da saúde suplementar foi formalmente instituída pela Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que estabelece normas para a comercialização, abrangência e cobertura dos planos e seguros privados de assistência à saúde (Brasil, 1998). Essa legislação busca assegurar a proteção dos consumidores, estabelecendo padrões mínimos de cobertura, critérios para reajustes, prazos de carência, garantias contratuais, entre outros aspectos essenciais para a efetividade do serviço prestado (Brasil, 1998). O papel do Estado, nesse contexto, é assegurar que a atuação das operadoras privadas esteja alinhada com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da isonomia e do acesso equitativo aos serviços de saúde (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008).

Sob a perspectiva jurídica, a saúde suplementar insere-se na esfera das relações contratuais de consumo (Coelho, 2023). O vínculo entre operadoras e beneficiários é regido, em regra, pelas normas do direito privado, especialmente pelo Código de Defesa do Consumidor – CDC (Coelho, 2023). No entanto, por tratar-se de prestação relativa a um direito fundamental, tal relação contratual é fortemente influenciada por princípios e normas de ordem pública, o que impõe limites à autonomia da vontade das partes e reforça o dever do Estado de intervir, sempre que necessário, para corrigir assimetrias e garantir a efetividade do direito à saúde (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008).

Como observa Carvalho e Cecílio (2007), a regulação da saúde suplementar surge como um instrumento indispensável para equilibrar os interesses econômicos do setor com a função social do serviço prestado. A lógica mercadológica, própria da iniciativa privada, deve ser compatibilizada com os objetivos constitucionais de proteção à saúde, de forma que as operadoras não se desvinculem do compromisso com a prestação de serviços adequados, eficazes e acessíveis (Brasil, 1998).

Conforme salientam Ziroldo, Gimenes e Júnior (2013), a saúde suplementar não possui caráter substitutivo em relação ao SUS. Isso porque ambos os sistemas coexistem, sendo o SUS responsável por garantir o acesso universal e gratuito à saúde a todos os cidadãos, enquanto a saúde suplementar representa uma opção adicional para aqueles que optam por contratar cobertura privada (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). Segundo Carvalho e Cecílio (2007), essa coexistência impõe ao

Estado a responsabilidade de fiscalizar e regular as atividades das operadoras privadas, assegurando que a busca pelo lucro não comprometa a qualidade da assistência prestada nem infrinja os direitos fundamentais dos beneficiários.

Nesse cenário, a atuação eficaz do poder público na regulação da saúde suplementar é imprescindível para coibir práticas abusivas, como negativas de cobertura sem justificativa clínica ou legal, restrições indevidas a tratamentos complexos e exclusões contratuais que afetem diretamente a proteção da saúde (Brasil, 2021a).

### 2.3 O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, instituída pela Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a finalidade de regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar o setor de saúde suplementar no Brasil. Sua criação respondeu à necessidade de intervenção estatal em um mercado historicamente marcado por assimetrias de informação, práticas abusivas e desequilíbrio nas relações contratuais entre consumidores e operadoras de planos de saúde (Brasil, 2021a).

Desde sua criação, a ANS assumiu o papel central na definição das diretrizes que orientam a atuação das operadoras privadas, com vistas à proteção do interesse público na prestação da assistência à saúde por meio de planos e seguros privados (Brasil, 2021b). Entre suas competências, destacam-se: a definição das coberturas mínimas obrigatórias por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; a autorização para funcionamento e fiscalização das operadoras; o monitoramento da qualidade e da garantia de atendimento; a mediação de conflitos entre usuários e operadoras; e a aplicação de sanções administrativas em casos de descumprimento das normas vigentes (Brasil, 2015a). No desempenho de sua função reguladora, a ANS busca manter o equilíbrio econômico-financeiro do setor de saúde suplementar, de forma a assegurar a sustentabilidade das operadoras sem comprometer o acesso dos beneficiários a serviços adequados, contínuos e de qualidade (Brasil, 2021c).

Todavia, essa missão é frequentemente marcada por tensões entre os interesses econômicos das empresas do setor e os direitos dos consumidores. Conforme destacam Carvalho e Cecílio (2007), a atuação da agência reguladora se

desenvolve em um espaço de disputa, no qual operadoras visam maximizar resultados financeiros, enquanto usuários esperam a efetivação de um direito fundamental à saúde, consagrado constitucionalmente.

É nesse contexto que se torna essencial uma regulação sensível às demandas sociais e alinhada aos princípios constitucionais, especialmente à dignidade da pessoa humana, à isonomia e à proteção do consumidor. A atuação da ANS não pode se limitar à contenção de custos ou à viabilização técnica da atividade econômica, mas deve considerar, em igual medida, a necessidade de garantir acesso a tratamentos eficazes, inclusive para doenças crônicas, degenerativas ou de alta complexidade, que demandam cuidados continuados e especializados (Brasil, 2000).

A agência também desenvolve ações de educação em saúde e de orientação para o consumidor, por meio da divulgação de informações sobre direitos e deveres dos beneficiários, canais de reclamação e indicadores de desempenho das operadoras, que ficam disponíveis nos sites do governo, por meio do Ministério Público da Saúde (Brasil, [20--]a).

No entanto, a efetividade de sua atuação tem sido objeto de críticas, especialmente quando se observa a exclusão de procedimentos com respaldo técnico e científico do rol de coberturas obrigatórias (Associação Paulista de Medicina, 2022). Tal postura pode implicar violação ao princípio da integralidade da assistência, colocando em risco a efetividade do direito à saúde, particularmente no caso de doenças que, embora reconhecidas clinicamente, enfrentam resistência para serem incorporadas às coberturas obrigatórias previstas pela agência (Santos; Junior, 2024).

Dessa forma, o papel da ANS é de fundamental importância na mediação entre os interesses econômicos do setor privado e os direitos fundamentais dos beneficiários (Brasil, 2015a). Sua atuação deve estar sempre submetida ao controle social e judicial, de modo a evitar que a regulação se transforme em instrumento de restrição de direitos, em vez de garantidora do acesso à saúde em bases igualitárias e justas (Brasil, 2015a). A conformidade da regulação da saúde suplementar com os preceitos constitucionais é condição indispensável para assegurar que o mercado da saúde opere em favor do bem-estar coletivo, e não apenas dos interesses econômicos das operadoras (Brasil, 2000).

## 2.4 O ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS E SUAS IMPLICAÇÕES JURÍDICAS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar é um dos principais instrumentos regulatórios do setor de saúde suplementar no Brasil. Trata-se de uma lista de coberturas mínimas obrigatórias que os planos de saúde privados devem oferecer aos seus beneficiários, conforme a segmentação contratada (Brasil, 2025b). O rol é periodicamente atualizado por meio de resoluções normativas, que definem a inclusão, exclusão ou alteração de procedimentos cobertos, com base em critérios técnicos e científicos (Brasil, 2023).

Entre essas normativas, destaca-se a Resolução Normativa – RN n. 465/2021 – RN, que estabeleceu a sistemática de atualização em fluxo contínuo, substituindo o modelo anterior de revisões bienais. A mudança buscou tornar o processo mais ágil e responsivo às inovações tecnológicas e demandas sociais. A RN n. 465/2021 dispõe sobre o procedimento de avaliação e incorporação de novas tecnologias, estabelecendo requisitos para a submissão de propostas, análise técnico-científica, participação da sociedade por meio de consulta pública e emissão de pareceres da Comissão de Atualização do Rol (Brasil, 2021d).

Mais recentemente, a Resolução Normativa n. 627/2024 atualizou o rol de procedimentos da ANS, promovendo a inclusão de novos exames, terapias e medicamentos, com base no modelo de fluxo contínuo previsto na RN n. 465/2021. Esse modelo permite que solicitações de incorporação de novas tecnologias sejam apresentadas a qualquer tempo, o que garante maior agilidade no processo de atualização do rol e maior alinhamento com os avanços da medicina baseada em evidências (Brasil, 2025b).

A RN n. 627/2024 também reafirma os critérios utilizados pela ANS para avaliação das tecnologias propostas, como eficácia, efetividade, segurança, custo-efetividade, impacto orçamentário e, em determinados casos, a incorporação prévia no Sistema Único de Saúde. Essa incorporação é realizada por meio de parecer técnico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, órgão responsável por recomendar a inclusão de medicamentos e procedimentos no SUS, com base em análises técnicas e participação social (Brasil, 2023). A existência de recomendação favorável da Conitec pode acelerar o processo

de inclusão no rol da saúde suplementar, conferindo maior coerência entre os dois sistemas e ampliando a efetividade do direito à saúde (Brasil, 2022b).

O rol de procedimentos tem como objetivo garantir que os planos de saúde ofereçam tratamentos seguros, previsíveis e comprovadamente eficazes (Brasil [20--]b). Para decidir quais tratamentos devem fazer parte dessa lista, a ANS analisa se essas tecnologias já foram adotadas pelo SUS. Essa análise é feita com base na avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS que fornece informações técnicas importantes para ajudar a ANS a incluir os procedimentos adequados no rol (Brasil, 2025c).

No entanto, embora o rol seja uma ferramenta relevante de regulação, sua natureza jurídica e seus efeitos práticos têm sido objeto de amplos debates jurídicos e sociais. O principal ponto de controvérsia reside no caráter exemplificativo ou taxativo da lista. A jurisprudência brasileira oscilou entre compreender o rol como exemplificativo — permitindo cobertura de tratamentos não previstos, desde que respaldados por recomendação médica e evidência científica — ou taxativo, restringindo as coberturas aos procedimentos expressamente listados (Brasil, 2022a).

O debate ganhou destaque com o julgamento do Superior Tribunal de Justiça – STJ, em 2022, que reconheceu o caráter taxativo mitigado do rol, admitindo exceções apenas em situações específicas, como quando houver recomendação médica expressa, inexistência de substituto terapêutico no rol e comprovação científica da eficácia do procedimento. Contudo, o critério de inexistência de substituto terapêutico no rol tem sido amplamente questionado, pois muitas vezes é utilizado para embasar negativas de cobertura, mesmo quando os procedimentos disponíveis não atendem de forma eficaz às necessidades clínicas do paciente.

A controvérsia se intensifica especialmente nos casos de doenças crônicas, em que abordagens meramente paliativas, embora listadas no rol da ANS, não promovem melhorias significativas na progressão da condição. Nessas situações, limitar a cobertura a tratamentos padronizados pode comprometer a efetividade do cuidado, ignorando a individualidade do quadro clínico e a evolução da doença (Brasil, 2022a).

A adoção acrítica do critério de substitutividade pode, assim, mascarar omissões assistenciais e perpetuar desigualdades no acesso ao tratamento adequado. A decisão do STJ provocou reações de entidades da sociedade civil, juristas e especialistas em saúde coletiva, que a consideraram incompatível com os

princípios constitucionais do direito à saúde, da dignidade da pessoa humana e da vedação de práticas abusivas nas relações de consumo. Tais fundamentos sustentam uma interpretação protetiva e flexível do rol (Brancaglion, 2024).

Brancaglion (2024) destaca que a controvérsia não é recente, mas atingiu um ponto crítico em 2022, quando os três Poderes da República atuaram de forma nem sempre coordenada sobre o tema. O autor aponta que a decisão do STJ foi fortemente influenciada por argumentos economicistas e tecnocráticos, apoiados pela ANS e pelo Ministério da Saúde, resultando em mobilizações sociais e debates legislativos. Inclusive, o julgamento não teve unanimidade, refletindo a fragmentação do sistema jurídico e a insegurança quanto à efetividade do direito à saúde.

A principal preocupação de especialistas e usuários é que os critérios de inclusão no rol, embora fundamentados tecnicamente, não acompanhem com a devida celeridade a evolução científica e a prática clínica, especialmente no caso de doenças crônicas, degenerativas ou raras. A consequência prática é a negativa de cobertura de tratamentos fundamentais, forçando pacientes à judicialização como único caminho para garantir o acesso à assistência à saúde (Wang *et al.*, 2024).

Por outro lado, os defensores da taxatividade argumentam que o rol é um instrumento indispensável para garantir previsibilidade contratual e sustentabilidade econômico-financeira ao sistema de saúde suplementar. A ausência de parâmetros fixos poderia, segundo essa visão, gerar instabilidade jurídica e aumento indiscriminado dos custos dos planos, o que impactaria negativamente a coletividade de beneficiários (Machado, 2022).

Contudo, como observa Wang *et al.* (2024), o direito à saúde não pode ser condicionado exclusivamente à lógica contratual ou à conveniência econômica das operadoras. Ainda que o equilíbrio do setor seja importante, esse objetivo não pode se sobrepôr à obrigação do Estado — por meio da ANS — de assegurar o acesso equitativo e adequado à assistência à saúde, especialmente diante de evidências clínicas robustas e da recomendação médica fundada. Assim, o desafio posto à regulação da saúde suplementar é conciliar o rigor técnico e a sustentabilidade do setor com os direitos fundamentais dos usuários, evitando que o rol de procedimentos se transforme em um mecanismo de limitação de direitos, ao invés de instrumento de garantia de acesso.

## 2.5 A PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE E A RESPONSABILIDADE DO ESTADO

A atuação do Estado na área da saúde se organiza em dois eixos fundamentais: a prestação direta de serviços, por meio do Sistema Único de Saúde, e a regulação, o controle e a fiscalização do setor privado da saúde suplementar (Amaral, 2025). Essa dualidade está em consonância com o artigo 199 da Constituição Federal de 1988, que prevê a possibilidade de a iniciativa privada atuar de forma complementar ao SUS, desde que sob a regulação do Estado (Amaral, 2025). Trata-se de uma responsabilidade solidária, compartilhada entre a União, os Estados e os Municípios, que não se limita à oferta direta de serviços, mas também compreende a mediação das relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde (Baptista; Machado; Lima, 2009).

A Constituição de 1988 representou um marco na construção do Estado democrático brasileiro ao reconhecer a saúde como um direito social de cidadania e dever do Estado (Amaral, 2025). A partir desse reconhecimento, diversas ações normativas e administrativas buscaram viabilizar o projeto constitucional de proteção social (Amaral, 2025). No entanto, a efetivação desse direito tem enfrentado entraves significativos, sobretudo em razão de reformas estatais que, a partir da década de 1990, impuseram restrições à atuação pública e favoreceram a expansão do setor privado na saúde (Baptista; Machado; Lima, 2009). Essas limitações comprometeram a consolidação do SUS como um sistema público, universal e integral (Baptista; Machado; Lima, 2009).

Conforme apontam Sarlet e Figueiredo (2008), as falhas estatais na implementação das políticas públicas de saúde, somadas à insuficiência de fiscalização e à rigidez normativa de órgãos como a ANS, têm levado à negação de coberturas e à omissão na atualização de procedimentos essenciais no rol de obrigadoriedades. Diante desse cenário, o Poder Judiciário passou a desempenhar um papel central na proteção do direito à saúde, especialmente em casos de inércia administrativa. A judicialização da saúde, embora não seja o caminho ideal para a concretização de políticas públicas, tem sido o recurso mais eficaz para garantir o acesso a tratamentos negados por razões formais ou econômicas, sobretudo nos casos envolvendo doenças raras ou crônicas.

Importante ressaltar que o direito à saúde, por integrar o núcleo essencial dos direitos fundamentais, não pode ser restringido com base apenas em critérios orçamentários. A reserva do possível, embora seja uma limitação real em Estados com recursos finitos, não pode justificar a violação ao mínimo existencial, que compreende o acesso a tratamentos indispensáveis à vida e à dignidade da pessoa humana (Carvalho; Cecílio 2007).

A efetivação desse direito, portanto, exige uma atuação estatal ativa e coordenada, conforme demonstrado por Baptista, Machado e Lima (2009), a fragmentação das ações entre os Poderes e a ausência de articulação entre políticas públicas comprometem a universalidade e a integralidade do SUS. Por isso, é imprescindível que o Estado atue não apenas como prestador de serviços, mas também como regulador eficaz, garantindo que o setor privado respeite os parâmetros legais e constitucionais.

Ademais, cabe ao Estado promover políticas públicas inclusivas que enfrentem as desigualdades estruturais no acesso à saúde, em especial no atendimento a grupos socialmente vulneráveis (Brasil, 1988). Conforme perspectiva de Amaral (2025), a persistência de falhas nesse sentido evidencia que o direito à saúde ainda não é plenamente universal e equitativo, sendo frequentemente subordinado a interesses econômicos e institucionais que não se coadunam com a dignidade humana.

Dessa forma, a proteção ao direito à saúde requer uma atuação estatal comprometida com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade. Isso inclui a formulação de políticas sustentáveis; o fortalecimento do SUS; a regulação efetiva da saúde suplementar; a atualização periódica do rol de procedimentos obrigatórios; e a ampliação dos mecanismos de responsabilização das operadoras de planos de saúde. Só com essa abordagem articulada entre os entes federativos e os Poderes da República será possível transformar o direito à saúde em uma realidade concreta para todos os cidadãos brasileiros (Amaral, 2025).

### 3 LIPEDEMA E LINFEDEMA NO CONTEXTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O objetivo deste capítulo é analisar o lipedema a partir de sua caracterização clínica e social, contrastando a ausência de cobertura cirúrgica pela saúde suplementar com o tratamento já garantido ao linfedema, a fim de avaliar a coerência regulatória da ANS. Para alcançar esse propósito, o conteúdo foi estruturado em quatro seções: a primeira trata da definição, diagnóstico e impactos sociais do lipedema; a segunda aborda os fundamentos médicos e jurídicos da cirurgia como forma de tratamento; a terceira examina o linfedema e sua cobertura pela saúde suplementar; e, na última seção, realiza-se uma comparação entre lipedema e linfedema no que se refere ao tratamento e à regulação normativa.

#### 3.1 O LIPEDEMA: DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E IMPACTOS SOCIAIS

O lipedema é uma doença crônica, de caráter progressivo, cujas causas estão associadas a fatores hereditários e hormonais, sendo caracterizada pela deposição anormal e simétrica de tecido adiposo subcutâneo, especialmente nos membros inferiores — como quadris, coxas e panturrilhas —, podendo também acometer os membros superiores, notadamente os braços, causando um desconforto físico e emocional (Barros *et al.*, 2023). Apesar de ainda existirem lacunas científicas quanto à etiologia da doença, avanços importantes foram registrados nos últimos anos, como o reconhecimento do lipedema pela OMS em 2019 e sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças – código CID-11 – em 2022 (Anadem, 2025). Tal reconhecimento consolidou a condição como uma entidade nosológica autônoma, ou seja, com critérios específicos de diagnóstico e condutas terapêuticas (Barros *et al.*, 2023).

Trata-se de uma patologia que acomete majoritariamente mulheres e que, em virtude de suas manifestações clínicas semelhantes à obesidade, ao linfedema e à insuficiência venosa crônica, é frequentemente subdiagnosticada ou negligenciada no âmbito médico (Silva *et al.*, 2022). No Brasil, a prevalência estimada dessa condição na população feminina é de 12,3% (Amato *et al.*, 2022). Os casos de homens que possuem lipedema geralmente estão relacionados a altos níveis de produção

hormonal de estrogênio e baixa produção de testosterona, caracterizados como hipogonadismo e doença hepática (Silva *et al.*, 2022).

Do ponto de vista clínico, o lipedema não se limita ao acúmulo de gordura localizada (Amato; Markus; Santos, 2020). Ele envolve também inflamação crônica, dor espontânea, e ao toque, formação de nódulos subcutâneos, hematomas de fácil formação, sensação de peso nos membros acometidos, celulites acentuadas, alteração na textura da pele – como o aspecto de casca de laranja – e, em estágios mais avançados, comprometimento da mobilidade. Nem todas as pacientes, contudo, apresentam todos os sintomas descritos ao mesmo tempo (Silva *et al.*, 2022). Essas manifestações repercutem não apenas na saúde física da paciente, mas em sua saúde mental, autoestima e vida social, configurando uma condição multidimensional (Silva *et al.*, 2022).

O curso do lipedema está fortemente relacionado a alterações hormonais, sendo comum o início ou agravamento do quadro em fases como a menarca, a gestação, a menopausa ou mediante o uso de anticoncepcionais hormonais ricos em estrogênio (Barros *et al.*, 2023). O excesso desse hormônio pode gerar não apenas disfunções metabólicas, mas também atuar como gatilho para o desenvolvimento ou progressão da doença. Por essa razão, o acompanhamento ginecológico e endocrinológico é parte essencial do tratamento (Amato *et al.*, 2025).

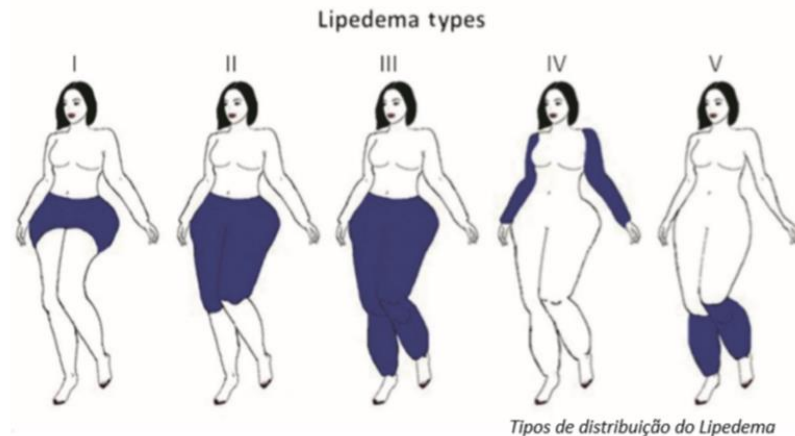
O diagnóstico é eminentemente clínico, sendo recomendado o acompanhamento por médico vascular, dada a necessidade de excluir condições com manifestações semelhantes (Barros *et al.*, 2023). Para tanto, exames complementares como ecodoppler venoso, densitometria corporal e bioimpedância elétrica auxiliam na diferenciação com outras patologias vasculares ou metabólicas (Amato; Markus; Santos, 2020).

A classificação clínica do lipedema baseia-se em dois critérios principais: o tipo, que indica as áreas do corpo acometidas, e o grau evolutivo, relacionado à progressão da doença. Por ser uma condição de caráter progressivo, caso não seja controlada, pode evoluir até o quarto grau (Silva *et al.*, 2022).

Quanto aos tipos, o lipedema apresenta cinco variações, de acordo com a região corporal afetada pela deposição de gordura. O tipo I concentra-se em nádegas e quadris; o tipo II estende-se das nádegas até os joelhos, formando dobras ao redor destes; o tipo III vai dos quadris até os tornozelos; o tipo IV acomete os braços,

dificultando a movimentação e gerando sobrecarga nos ombros; e o tipo V limita-se às panturrilhas (Silva *et al.*, 2022). Essa classificação pode ser observada na Figura 1, que ilustra a distribuição dos diferentes tipos de lipedema.

Figura 1 - Tipos de distribuição do lipedema



Fonte: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculare de São Paulo – SBACV-SP, [202-?].

Já os estágios do lipedema estão relacionados à textura da pele e às alterações do tecido. O estágio I apresenta pele aparentemente normal, mas com espessamento da hipoderme; o estágio II é marcado por irregularidades, endurecimento e retrações sobre nódulos palpáveis; o estágio III caracteriza-se por acúmulos significativos de gordura que formam dobras e deformam a superfície cutânea; e o estágio IV corresponde à associação com linfedema (Silva *et al.*, 2022). A progressão desses estágios está representada na Figura 2, que demonstra a evolução clínica da doença.

Figura 2 – Estágios do lipedema



Fonte: Barros, [202-?].

Os sintomas do lipedema apresentam-se de maneira variada, mas alguns se destacam como característicos (Barros *et al.*, 2023). Entre eles, estão a dor espontânea ou provocada pela pressão nos membros afetados, de intensidade variável, e o inchaço simétrico dos membros inferiores, que cessa abruptamente nos tornozelos, associado à sensação de peso, fadiga e desconforto (Silva *et al.*, 2022). Esses sinais tendem a se agravar em temperaturas elevadas ou durante a prática de exercícios, sem melhora significativa com a elevação das pernas (Silva *et al.*, 2022).

O acúmulo desproporcional de gordura compromete a mobilidade e favorece o surgimento de hematomas e varizes, em razão da maior fragilidade e permeabilidade capilar (Amato; Markus; Santos, 2020). A evolução clínica é heterogênea: enquanto alguns pacientes apresentam sintomas leves e estáveis, outras experimentam progressão gradual ou acelerada (Silva *et al.*, 2022). Nos estágios mais avançados, há tendência de intensificação do quadro, o que pode estar relacionado ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e renais, ampliando as consequências da doença para além do campo estético e funcional (Silva *et al.*, 2022).

O lipedema impacta de maneira significativa a vida das mulheres, não se limitando apenas aos sintomas físicos, mas estendendo-se às dimensões psicológicas, sociais e econômicas (Barros *et al.*, 2023). A dor crônica, a sensibilidade nos membros e o acúmulo progressivo de gordura comprometem a mobilidade e a funcionalidade, dificultando a realização de atividades do cotidiano e a prática de exercícios, o que favorece o sedentarismo (Silva *et al.*, 2022). No plano emocional, a

condição está associada a baixa autoestima, sentimentos de constrangimento e vergonha, além de ansiedade e depressão, refletindo a percepção negativa da própria imagem e o sofrimento constante (Silva *et al.*, 2022).

Socialmente, o lipedema pode gerar isolamento, restrição da participação em atividades de lazer, limitações no convívio familiar e dificuldades laborais, especialmente quando a doença interfere na produtividade ou na mobilidade (Barros *et al.*, 2023). Ademais, o impacto econômico é considerável, dado o custo de tratamentos clínicos, cirúrgicos e terapias de suporte, sendo que a ausência de manejo eficaz aumenta o risco de complicações associadas, como linfedema, sobrepeso e doenças cardiovasculares, ampliando os efeitos adversos sobre a qualidade de vida da mulher (Amato *et al.*, 2022).

Segundo Amato, Markus e Santos (2020) o tratamento do lipedema segue uma abordagem escalonada, dividida em conservadora e cirúrgica. A terapia conservadora constitui a primeira linha de cuidado e envolve a atuação de equipe multidisciplinar: médicos especialistas, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico (Silva *et al.*, 2022).

Neste contexto destaca-se a importância de uma alimentação anti-inflamatória, com orientação nutricional especializada, uso de meias de compressão, drenagem linfática manual, atividades físicas de baixo impacto – como caminhada, bicicleta ou hidroginástica – além do controle hormonal (Amato *et al.*, 2025). A presença de sofrimento psíquico associado, como ansiedade ou transtornos alimentares, requer abordagem psicoterapêutica (Amato *et al.*, 2025).

Por sua vez, o tratamento cirúrgico consiste na lipoaspiração especializada, com técnica voltada à preservação dos vasos linfáticos (Amato; Benitti, 2021). Ainda que seja uma intervenção funcional e não estética, com objetivos terapêuticos claros, sua cobertura pelas operadoras de planos de saúde é frequentemente negada, sob o argumento de que se trata de cirurgia estética. Tal negativa gera controvérsias jurídicas, visto que a cirurgia, quando indicada, integra o tratamento completo da doença, conforme entendimento do STJ Brasil, 2022a).

### 3.2 A CIRURGIA DE LIPEDEMA: FUNDAMENTOS MÉDICOS E JURÍDICOS

A cirurgia de lipedema, realizada por meio da técnica de lipoaspiração tumescente, configura-se como uma intervenção terapêutica fundamental nos estágios moderados a graves da doença, sobretudo quando os tratamentos conservadores não apresentam resultados satisfatórios (Barros *et al.*, 2023). Embora a lipoaspiração seja comumente associada a finalidades estéticas, no contexto do lipedema ela assume caráter funcional e terapêutico (Barros *et al.*, 2023). Seu objetivo principal é aliviar a dor crônica, reduzir a sensibilidade exacerbada, melhorar a mobilidade e prevenir o agravamento do quadro clínico, que, se não tratado adequadamente, pode evoluir para a associação com linfedema secundário, em razão do caráter progressivo da enfermidade (Amato, *et al.*, 2025).

Do ponto de vista médico, há um consenso crescente na literatura científica internacional de que o lipedema constitui patologia crônica, progressiva e debilitante (Amato, *et al.*, 2025). Karen Herbst, endocrinologista, observa em estudo realizado em conjunto com outros especialistas, que quando indicada com base em critérios clínicos rigorosos, a lipoaspiração proporciona melhora substancial dos sintomas, inclusive com incremento da qualidade de vida das pacientes (Herbst, *et al.*, 2021). Segundo os autores, a cirurgia atua diretamente sobre os depósitos de gordura que não respondem à dieta ou ao exercício físico, contribuindo para restaurar a funcionalidade das extremidades afetadas.

Nesse mesmo sentido, Alexandre Amato, Juliana Amato e Daniel Benitti (2024) destacam que o tratamento cirúrgico apresenta maior eficácia quando realizado por especialistas utilizando técnicas específicas, capazes de preservar a drenagem linfática. A lipoaspiração, nesses casos, pode reduzir dor, melhorar a mobilidade e atenuar a aparência clínica, além de diminuir a necessidade de terapias conservadoras. Contudo, tais tratamentos devem ser mantidos mesmo após a cirurgia, pois o lipedema é uma doença crônica e sem cura, devendo ser tratado de forma contínua e adaptada às limitações de cada paciente (Amato; Amato; Benitti, 2024)

No Brasil, entretanto, a cirurgia de lipedema ainda não foi incorporada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, o que tem levado à negativa de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde (Brasil, 2024a). Importa destacar que a ausência do procedimento no rol da ANS não implica vedação de cobertura e não pode limitar o exercício do direito fundamental à saúde, conforme a

teoria de Sarlet e Figueiredo (2008) sobre a “reserva do possível”. A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 6º e 196, assegura a saúde como direito social e fundamental, impondo ao Estado o dever de garantir políticas que viabilizem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, inclusive no âmbito suplementar (Brasil, 1988).

Nesse contexto, cabe destacar que a ANS, ao editar o rol de procedimentos, atua como órgão regulador e não como limitador de direitos (Brasil, 2022a). Como ressalta Wang *et al.* (2024), o rol da ANS deve ser interpretado como um patamar mínimo de cobertura, não como uma lista taxativa, sobretudo em face do dinamismo da ciência médica e das necessidades individuais dos usuários dos planos.

A própria agência reconhece, em notas técnicas e audiências públicas, que o processo de atualização do rol considera critérios como comprovação científica da eficácia, avaliação da tecnologia no SUS e análise de impacto orçamentário — elementos que, isoladamente, não autorizam a exclusão automática de procedimentos não listados (Brasil, 2023).

Diante da gravidade clínica e do impacto multidimensional do lipedema, a cirurgia assume relevância não apenas médica, mas também jurídica, uma vez que sua negativa de cobertura pelos planos de saúde tem gerado debates doutrinários e jurisprudenciais. Sob a ótica jurídica, de acordo com entendimento consolidado pelo STJ, os planos de saúde não podem limitar o tipo de tratamento indicado por médico habilitado, sendo considerada abusiva a cláusula que exclui procedimento essencial à preservação da saúde do beneficiário (Brasil, 2020).

O artigo 51, inciso IV, do CDC considera nulas as cláusulas que imponham desvantagem exagerada ao consumidor ou limitem direitos essenciais (Brasil, 1990b). Alinhado a esse entendimento, o STJ já consolidou que as operadoras de planos de saúde não podem negar cobertura a procedimento necessário ao tratamento de doença coberta pelo plano, ainda que este não esteja expressamente previsto no rol da ANS (Brasil, 2022c).

A jurisprudência pátria também tem avançado no reconhecimento da natureza funcional da cirurgia de lipedema. Exemplo disso é decisão do Tribunal de Justiça do Paraná, que reconheceu o direito ao reembolso de beneficiária cuja cobertura do procedimento havia sido negada pelo plano de saúde, inclusive quanto ao ressarcimento dos valores despendidos (Paraná, 2024). Nesse caso, a judicialização

mostrou-se instrumento essencial para a efetivação do direito à saúde, funcionando, como destaca Wang (2021), como ferramenta legítima de acesso à tutela jurisdicional quando esgotadas as vias administrativas.

RECURSO INOMINADO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA RECURSAL DA PARTE REQUERIDA. LIPEDEMA. NEGATIVA INDEVIDA. TRATAMENTO CIRÚRGICO, NÃO MERAMENTE ESTÉTICO. REEMBOLSO DEVIDO. SENTENÇA MANTIDA. Recurso conhecido e desprovido. (Paraná, 2024).

Nesse mesmo viés, o Tribunal de Justiça de São Paulo, em acórdão mantido pelo Superior Tribunal de Justiça, firmou também que a recusa de cobertura pela operadora é abusiva, pois o procedimento não tem caráter meramente estético e há prescrição médica fundamentada (Brasil, 2024b). O STJ, ao julgar o Agravo Interno no Recurso Especial (Brasil, 2024b), conheceu do agravo para negar provimento ao recurso do plano de saúde, ressaltando que o rol da ANS é exemplificativo.

A recusa sistemática de cobertura pelos planos privados, revela um cenário de iniquidade sanitária, em afronta aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde (Brasil, 1988). Como apontam Sarlet e Figueiredo (2008), a saúde integra o núcleo essencial do mínimo existencial e não pode ser restringida com base em critérios meramente econômicos ou administrativos. Carvalho e Cecilio (2007) apontam que a saúde suplementar no Brasil frequentemente opera sob lógica de mercado, desconsiderando a vulnerabilidade dos pacientes e as especificidades de certas enfermidades.

A falta de reconhecimento institucional da gravidade do lipedema e da necessidade terapêutica de sua cirurgia gera impactos sociais profundos (Barros *et al.*, 2023). Dessa forma, a cirurgia de lipedema deve ser compreendida como procedimento terapêutico, amparado por evidências médicas e fundamentos constitucionais e legais. Superar a visão reducionista que a trata apenas como intervenção estética é essencial para que o sistema de saúde suplementar se torne mais justo, técnico e comprometido com a efetivação plena do direito à saúde.

Portanto, a análise conjunta dos fundamentos médicos, jurídicos e sociais evidencia que a cirurgia de lipedema não pode ser tratada como mera intervenção estética, mas como expressão concreta do direito fundamental à saúde, impondo ao

Estado e às operadoras de planos de saúde a obrigação de viabilizar o tratamento adequado.

### 3.3 O LINFEDEMA E SUA COBERTURA PELA SAÚDE SUPLEMENTAR

O linfedema é um edema crônico caracterizado pelo acúmulo anormal de líquido intersticial rico em proteínas nos tecidos subcutâneos, em razão de falhas no sistema linfático de transporte e drenagem (Amato; Markus; Santos, 2020). Trata-se de uma condição clínica que pode ser primária, quando congênita ou hereditária, decorrente de alterações no desenvolvimento dos vasos linfáticos, ou secundária, quando adquirida em virtude de fatores como cirurgias oncológicas com retirada de linfonodos, radioterapia, infecções recorrentes, traumatismos ou doenças inflamatórias (Manual MSD, 2024). Quando crônico, apresenta sinais característicos, como edema fibroso, endurecido e não depressível em um ou mais membros (Manual MSD, 2024).

A condição apresenta maior prevalência em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama, em razão do comprometimento do sistema linfático decorrente de intervenções terapêuticas, embora também possa acometer homens, ainda que em menor proporção (Waltham, 2011).

Do ponto de vista clínico, o linfedema manifesta-se principalmente por edema persistente e progressivo em membros superiores ou inferiores, acompanhado de sensação de peso, dor, endurecimento da pele e predisposição a infecções, como a erisipela, que é uma infecção cutânea. (Manual MSD, 2024). Nos estágios mais avançados, há progressiva fibrose tecidual, perda de mobilidade e deformidades, dificultando a vida da paciente (Waltham, 2011).

Os sintomas do linfedema incluem desconforto doloroso e sensação de peso ou plenitude. O principal sinal é o edema de tecidos moles, classificado em três estágios: no estágio 1, o edema é compressível e a área afetada frequentemente volta ao normal pela manhã; no estágio 2, o edema não é compressível e a inflamação crônica do tecido mole provoca fibrose precoce; já no estágio 3, o edema é forte e irreversível, principalmente em razão da fibrose dos tecidos moles (Manual MSD, 2024).

O edema é, na maioria das vezes, unilateral, podendo piorar em períodos de calor, antes da menstruação ou após longos períodos em posição sujeita à gravidade. Além disso, pode restringir a amplitude de movimento quando ocorre em regiões periarticulares, causando incapacidade funcional e sofrimento emocional significativos. Alterações cutâneas como hiperqueratose, hiperpigmentação, verrugas, papilomas e infecções fúngicas também são comuns, sendo que em casos graves pode haver elefantíase, sobretudo na filariose linfática. Entre as complicações mais frequentes estão linfangite e erisipela, geralmente decorrentes da penetração bacteriana por fissuras entre os dedos ou cortes. (Manual MSD, 2024).

O tratamento do linfedema é essencialmente conservador, baseado na Terapia Descongestiva Completa, que combina drenagem linfática manual, uso de bandagens ou meias compressivas, exercícios terapêuticos e cuidados rigorosos com a pele. Essa abordagem deve ser contínua, com vistas a reduzir o edema, prevenir complicações e manter a capacidade funcional. Em casos avançados ou refratários, podem ser indicados procedimentos cirúrgicos de caráter funcional, como anastomoses linfático-venosas, transplante de linfonodos, microcirurgia linfática ou lipoaspiração redutora, visando restaurar parcialmente o fluxo linfático e reduzir o volume dos membros (Manual MSD, 2024).

No âmbito da saúde suplementar, o tratamento do linfedema é reconhecido como de cobertura obrigatória. A ANS, por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, contempla expressamente terapias fisioterapêuticas específicas, acompanhamento multiprofissional e fornecimento de materiais compressivos. A Resolução Normativa n. 465/2021 reforça que a atualização do rol deve observar critérios de eficácia clínica, segurança, custo-efetividade e alinhamento com protocolos nacionais e internacionais, assegurando que o tratamento indicado possua respaldo científico e atenda às necessidades assistenciais dos pacientes (Brasil, 2024a).

O Anexo I do referido rol contempla expressamente a reeducação e reabilitação do sistema linfático e/ou vascular periférico, e o tratamento cirúrgico da doença, o que abrange terapias indispensáveis, como a fisioterapia complexa descongestiva, drenagem linfática manual, acompanhamento multiprofissional e demais recursos necessários ao controle do linfedema (Brasil, 2024a). Importante destacar que o tratamento cirúrgico do linfedema foi incorporado ao rol de procedimentos obrigatórios

da ANS desde a Resolução Normativa n. 167/2008, sendo mantido nas atualizações posteriores, como a RN 465/2021, o que demonstra o reconhecimento consolidado da necessidade e essencialidade desse procedimento no âmbito da saúde suplementar (Brasil, 2008; Brasil, 2021a).

Esse dever de cobertura também se ancora nos princípios constitucionais que regem o direito à saúde (Brasil, 1988). O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços (Brasil, 1988). Assim, por se tratar de tratamento essencial à preservação da saúde e da qualidade de vida, qualquer cláusula contratual que restrinja a cobertura do linfedema configura afronta à ordem pública e prática abusiva à luz do artigo 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor – CDC (Brasil, 1990b).

Nesse contexto, observa-se que o linfedema, em razão de seu caráter progressivo, crônico e incapacitante, tem sido enquadrado como deficiência física sob diferentes perspectivas jurídicas e sociais (Oncoexperts, [20--?]). A própria Associação Brasileira de Linfologia – ABRALINFE reconhece o linfedema como uma deficiência “dinâmica”, pois sua gravidade pode variar ao longo do tempo, mas sempre impõe restrições funcionais que justificam o enquadramento como Portador de Necessidades Especiais – PNE, independentemente do estágio da doença (Associação Brasileira de Linfologia – ABRALINFE, 2025).

Tal entendimento coaduna-se com o modelo biopsicossocial da deficiência adotado pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009 e pela Lei Brasileira de Inclusão – Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, segundo o qual a deficiência é definida pela interação entre limitações de longo prazo e barreiras sociais que obstruem a plena participação do indivíduo na sociedade (Brasil, 2009; Brasil, 2015b).

Ademais, há precedentes administrativos e judiciais que reconhecem o linfedema como condição apta a ensejar direitos típicos das pessoas com deficiência, a exemplo da concessão do Bilhete Único Especial para portadores de CID I89 no estado de São Paulo por via jurídica (São Paulo, 2018). Nesse mesmo sentido, destaca-se a tramitação do Projeto de Lei n. 1.497 de 6 de junho de 2022, nacional, que propõe expressamente a inclusão das pessoas diagnosticadas com disfunções linfáticas, primárias ou secundárias, no rol das pessoas com deficiência para todos os

efeitos legais (Brasil, 2022d), reforçando a tendência legislativa de consolidar o reconhecimento jurídico do linfedema como deficiência.

Dessa forma, observa-se que o linfedema encontra respaldo regulatório, constitucional e jurisprudencial, com cobertura integral reconhecida pela saúde suplementar. A efetividade desse direito depende, contudo, da constante atualização dos parâmetros técnicos e da fiscalização quanto ao cumprimento das obrigações pelas operadoras, garantindo que os pacientes tenham acesso a terapias eficazes e seguras, em consonância com a dignidade da pessoa humana e o direito fundamental à saúde.

### 3.4 A COMPARAÇÃO ENTRE LIPEDEMA E LINFEDEMA NO TRATAMENTO E REGULAÇÃO

A análise comparativa entre lipedema e linfedema evidencia um contraste marcante tanto na abordagem terapêutica quanto no tratamento regulatório conferido pela saúde suplementar. Apesar de ambas as condições compartilharem características clínicas de progressividade, impacto funcional e repercussões psicossociais significativas, a forma como são enquadradas pelas operadoras de planos de saúde revela um cenário de assimetria regulatória.

Do ponto de vista clínico, o lipedema é uma doença crônica, progressiva e de origem multifatorial, marcada pela deposição anormal de tecido adiposo, dor espontânea, inflamação e comprometimento da mobilidade, afetando predominantemente mulheres (Barros *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2022). Já o linfedema é caracterizado pelo acúmulo patológico de líquido intersticial rico em proteínas nos tecidos subcutâneos, resultante de falhas no sistema linfático, sendo igualmente progressivo e incapacitante (Amato; Markus; Santos, 2020; Manual MSD, 2024). Em ambas as doenças, o diagnóstico precoce e a intervenção adequada são determinantes para evitar complicações e reduzir o impacto na qualidade de vida.

No que se refere ao tratamento, há convergências e divergências relevantes. O manejo inicial de ambas as condições privilegia medidas conservadoras: no lipedema, destaca-se a adoção de dieta anti-inflamatória, prática de exercícios de baixo impacto, uso de meias compressivas, drenagem linfática manual e acompanhamento multidisciplinar (Amato; Markus; Santos, 2020; Silva *et al.*, 2022).

O linfedema, por sua vez, tem como protocolo padrão a Terapia Descongestiva Completa, que também integra drenagem linfática manual, compressão, exercícios terapêuticos e cuidados rigorosos com a pele (Manual MSD, 2024).

A divergência mais significativa reside no tratamento cirúrgico. No lipedema, a lipoaspiração tumescente, voltada à preservação linfática, é reconhecida como medida terapêutica funcional e eficaz, indicada em casos moderados e graves para redução da dor, melhora da mobilidade e prevenção da progressão da doença (Barros *et al.*, 2023; Amato, *et al.*, 2025). Contudo, apesar do consenso médico crescente quanto ao caráter funcional da intervenção, sua cobertura é sistematicamente negada pelas operadoras de planos de saúde, sob o argumento de tratar-se de procedimento estético (Brasil, 2022a; Brasil, 2024a).

O linfedema, em contrapartida, encontra respaldo expresso no Rol de Procedimentos da ANS, que contempla não apenas terapias fisioterapêuticas, mas também intervenções cirúrgicas funcionais, como anastomoses linfático-venosas, transplantes de linfonodos e até lipoaspiração redutora em casos avançados (Brasil, 2024a).

No campo jurídico e regulatório, observa-se um paradoxo. Enquanto o tratamento do linfedema conta com cobertura obrigatória pela saúde suplementar, fundamentada em resoluções normativas da ANS e respaldada por princípios constitucionais e consumeristas (Brasil, 1988; Brasil, 1990b), o lipedema enfrenta uma lacuna regulatória. A ausência da cirurgia no rol da ANS é interpretada pelas operadoras como negativa automática de cobertura, embora o Superior Tribunal de Justiça tenha firmado entendimento no sentido de que o rol possui caráter exemplificativo e que a recusa de procedimento necessário, ainda que não listado, configura prática abusiva (Brasil, 2022a; Brasil, 2024b).

Essa disparidade regulatória gera consequências diretas para as pacientes. Enquanto pessoas com linfedema têm garantido o acesso integral a terapias e procedimentos indispensáveis, mulheres com lipedema permanecem sujeitas à judicialização como única via para efetivar o direito à saúde (Wang, 2021; Barros *et al.*, 2023). Tal cenário afronta os princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade, uma vez que condições com impactos semelhantes recebem tratamentos normativos distintos.

Portanto, a comparação entre lipedema e linfedema revela não apenas a necessidade de harmonização regulatória, mas também a urgência de revisão do rol da ANS para contemplar a cirurgia de lipedema como procedimento de caráter funcional e terapêutico. A equiparação regulatória não apenas atenderia às evidências científicas acumuladas, como também garantiria a efetividade do direito fundamental à saúde, reduzindo desigualdades e assegurando às pacientes tratamento adequado e digno.

## **4 A LÓGICA DE COBERTURA DA ANS E A EXCLUSÃO DA CIRURGIA DO LIPEDEMA**

O objetivo deste capítulo é examinar os impactos jurídicos, sociais e de gênero decorrentes da não inclusão da cirurgia de Lipedema no rol de procedimentos obrigatórios da ANS, considerando a crescente judicialização do tema e os desafios enfrentados para a ampliação da cobertura assistencial. Para alcançar esse objetivo, o conteúdo foi organizado em quatro seções: a primeira analisa a exclusão da cirurgia de Lipedema do rol da ANS; a segunda trata da judicialização da saúde e dos precedentes já estabelecidos pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ sobre o tema; a terceira seção discute a invisibilização do Lipedema como uma questão de saúde da mulher; e, por fim, a última seção aborda os desafios jurídicos e sanitários para a ampliação da cobertura assistencial no contexto da saúde Suplementar.

### **4.1 A EXCLUSÃO DA CIRURGIA DE LIPEDEMA DO ROL DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS**

A ausência da cirurgia de lipedema no rol de procedimentos obrigatórios da ANS evidencia as limitações e os desafios do modelo regulatório brasileiro em acompanhar as transformações científicas e sociais relacionadas às doenças que afetam, sobretudo, as mulheres (Junior; Machado; Lima, 2024). Embora o rol da ANS seja o principal instrumento de regulação assistencial, destinado a garantir o mínimo de cobertura obrigatória nos planos de saúde (Brasil, 1998), sua natureza normativa e técnica tem se mostrado insuficiente para contemplar condições emergentes que ainda enfrentam invisibilização médica e institucional, como o lipedema.

De acordo com Júnior, Machado e Lima (2024), a atuação da ANS na regulação assistencial buscou, ao longo das últimas décadas, conciliar a racionalidade técnico-econômica com a efetividade do direito à saúde, estruturando-se sobre eixos como o rol de procedimentos e eventos em saúde, a segmentação assistencial e a qualificação da atenção prestada. No entanto, o próprio estudo reconhece que persistem lacunas na atuação da agência, sobretudo na incorporação de novas tecnologias e tratamentos, devido à complexidade dos processos avaliativos e às

pressões políticas e econômicas do setor privado, que frequentemente tensionam a ampliação da cobertura assistencial (Junior; Machado; Lima, 2024).

A exclusão da cirurgia de lipedema, nesse contexto, não decorre apenas de critérios técnicos, mas reflete a assimetria de poder entre os atores do setor e a baixa participação social efetiva nos processos de atualização do rol. Embora a ANS tenha instituído, por meio da Resolução Normativa n. 439/2018, mecanismos de participação pública para proposição de novos procedimentos, o envio de propostas depende de informações técnicas complexas, o que restringe o acesso da sociedade civil e das próprias pacientes afetadas por condições pouco estudadas (Horta, 2024). Assim, a regulação tende a privilegiar tecnologias consolidadas por grandes grupos econômicos e farmacêuticos, enquanto terapias e cirurgias voltadas a doenças específicas de mulheres, como o lipedema, permanecem à margem das decisões (Junior; Machado; Lima, 2024).

Nesse sentido, os autores observam também que a saúde suplementar opera sob um paradigma biomédico e mercadológico, no qual os procedimentos de alta demanda e rentabilidade são priorizados em detrimento de práticas de cuidado integral e equitativo. A ausência da cirurgia de lipedema no rol, portanto, é expressão dessa lógica, que reduz a incorporação tecnológica a critérios de custo-efetividade, desconsiderando o impacto social e de gênero das doenças (Junior; Machado; Lima, 2024). Tal abordagem distancia-se dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade, previstos no artigo 196 da Constituição Federal, e do dever estatal de regular o setor privado de modo a garantir a proteção à saúde como direito fundamental (Brasil, 1988).

Além disso, a própria estrutura de deliberação técnica da ANS evidencia uma captura institucional parcial por interesses empresariais, conforme apontam Junior, Machado e Lima (2024), o que compromete a imparcialidade das decisões sobre ampliação de coberturas. Essa assimetria entre o setor privado e as demandas coletivas se reflete na seletividade das incorporações: enquanto tratamentos para o linfedema — com maior consolidação científica — foram incluídos, o lipedema ainda é tratado como questão estética, apesar de seu reconhecimento pela OMS, como doença crônica e incapacitante (Brasil, 2024a).

Assim, a exclusão da cirurgia de lipedema do rol de procedimentos obrigatórios revela um déficit de justiça sanitária e de sensibilidade de gênero na regulação da

saúde suplementar. A ausência de mecanismos eficazes de revisão participativa e a dependência de critérios técnico-econômicos limitam o avanço de uma regulação voltada à efetividade dos direitos fundamentais. Como destacam os autores Junior, Machado e Lima (2024), o desafio é superar o caráter restritivo e mercantil da regulação assistencial, de modo que ela reconheça as necessidades específicas das mulheres e promova a incorporação de tratamentos que garantam qualidade de vida, dignidade e autonomia corporal.

#### 4.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS PRECEDENTES SOBRE LIPEDEMA NO STJ

A judicialização da saúde no Brasil tem assumido papel central na efetivação dos direitos fundamentais, especialmente quando o Estado ou as operadoras de planos de saúde deixam de assegurar tratamentos necessários aos pacientes (Vieira, 2023). De acordo com Ventura *et al.* (2010), esse fenômeno representa uma resposta legítima às falhas estruturais do sistema de saúde, funcionando como instrumento de garantia do direito constitucional à saúde diante da omissão das instâncias administrativas.

Os autores ressaltam que a atuação do Poder Judiciário, embora possa gerar desafios à gestão pública, tem contribuído para corrigir lacunas regulatórias e assegurar o acesso equitativo aos serviços e tratamentos de saúde, reforçando a centralidade da dignidade humana nas decisões judiciais. Nesse contexto, no caso do lipedema, a ausência de políticas públicas específicas e de cobertura obrigatória pela ANS tem levado as mulheres a recorrerem ao Poder Judiciário como último meio para garantir o acesso ao tratamento cirúrgico, conforme levantamento de dados do STJ.

A judicialização da saúde suplementar tem se mostrado uma ferramenta de grande relevância para o reequilíbrio das relações contratuais entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, especialmente diante de práticas abusivas e da ausência de uma regulação eficaz. Conforme demonstrado por Wang *et al.* (2024), no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, decisões judiciais vêm limitando reajustes em planos coletivos com base em fundamentos como a assimetria informacional, a falta de transparência nos critérios de cálculo e o desequilíbrio contratual.

Esse cenário conecta-se diretamente à situação das pacientes com lipedema, cuja negativa de cobertura pelas operadoras fundamenta-se na ausência do procedimento no rol de cobertura obrigatória da ANS. Assim como nos casos de reajustes considerados abusivos, a omissão regulatória também compromete o acesso dos consumidores a tratamentos necessários, exigindo atuação judicial como mecanismo de correção das falhas do modelo regulatório da saúde suplementar, conforme ressalta Wang *et al.* (2024).

Nesse sentido, Freitas, Fonseca e Queluz (2020), em revisão sistemática sobre a judicialização da saúde no Brasil entre 2004 e 2017, identificaram que a maioria das ações judiciais está relacionada à busca por medicamentos e tratamentos não fornecidos, revelando falhas estruturais de gestão e limitações no acesso aos serviços de saúde. Os autores destacam que, embora a judicialização seja frequentemente criticada, ela desempenha papel fundamental na efetivação do direito à saúde, atuando como instrumento legítimo de correção das omissões administrativas, tanto no sistema público quanto na saúde suplementar. Além disso, apontam a escassez de pesquisas e decisões judiciais envolvendo o setor privado, o que reforça a importância de estudos voltados a casos específicos, como o do lipedema, em que a ausência de cobertura adequada evidencia lacunas na regulação da saúde suplementar.

O Poder Judiciário, nesses casos, tem rejeitado o argumento da livre negociação entre as partes, reconhecendo o desequilíbrio contratual em prejuízo do consumidor, que muitas vezes não dispõe de meios para compreender, negociar ou contestar cláusulas impostas pelas operadoras. No tocante ao lipedema, essa lógica também se aplica, visto que as pacientes, diante da negativa de cobertura, encontram-se em situação de vulnerabilidade que justifica a intervenção judicial como meio de alcançar os direitos constitucionais, com base nos princípios da dignidade da pessoa humana e da proteção do consumidor (Wang *et al.*, 2024).

Em outro estudo, Wang (2021) também discute o debate acerca da judicialização da saúde no Brasil, caracterizado por intensas divergências. Para o autor, a judicialização pode representar um instrumento legítimo de correção de omissões institucionais e de promoção da equidade no acesso à saúde, tendo em vista que a equidade é um dos princípios estruturantes da Constituição Federal de 1988. Embora haja críticas quanto aos impactos da judicialização sobre o orçamento público e a gestão do SUS, o autor destaca que tais efeitos não podem obscurecer o

fato de que, em muitos casos, o Judiciário atua em resposta à ausência de políticas públicas adequadas ou à exclusão injustificada de tratamentos do rol oficial. Essa análise aplica-se diretamente à situação das mulheres com lipedema, cuja cirurgia, ainda não incorporada pela ANS, é reconhecida clinicamente como essencial em estágios avançados da doença.

Carvalho e Cecílio (2007) aprofundam esse debate ao demonstrarem que o processo de regulamentação da saúde suplementar, consolidado com a promulgação da Lei n. 9.656/98, foi marcado por intensas disputas entre operadoras de planos de saúde, entidades médicas, organizações de consumidores e o Estado. Os autores destacam que, em um ambiente ainda fortemente marcado pela lógica de mercado, prevalecem os interesses econômicos em detrimento da efetividade do direito à saúde. Essa exclusão evidencia uma racionalidade mercadológica que se sobrepõe à lógica da integralidade da atenção à saúde, especialmente quando se trata de doenças que afetam majoritariamente mulheres.

É nesse ponto que a teoria de Sarlet e Figueiredo (2008) sobre a “reserva do possível” e o “mínimo existencial” se mostra relevante. Os autores reconhecem que o Estado — e, por extensão, as operadoras privadas reguladas — têm limitações orçamentárias, mas ressaltam que tais restrições não podem ser utilizadas como justificativa genérica para negar direitos fundamentais, sobretudo quando o que está em jogo é a garantia de condições mínimas para uma existência digna.

Por essa razão, ao articular as contribuições de Wang (2021), Carvalho e Cecílio (2007), e Sarlet e Figueiredo (2008), evidencia-se que a judicialização da cirurgia de lipedema não representa abusos ou descontrole judicial, mas sim um meio legítimo de proteção dos direitos fundamentais sociais diante de falhas estruturais na regulação e na gestão da saúde suplementar.

No caso do lipedema, observa-se que a judicialização tem se intensificado em razão do reconhecimento recente da doença pela Classificação Internacional de Doenças e da ausência de políticas públicas específicas para seu tratamento no Brasil. Em virtude disso, pacientes têm recorrido ao Poder Judiciário buscando o custeio de procedimentos cirúrgicos, como a lipoaspiração com técnica tumescente, apontada pela literatura médica como o método eficaz para a remoção do tecido adiposo doente.

Nesse contexto, com o intuito de identificar o entendimento do STJ sobre o tema, foi realizada uma pesquisa jurisprudencial no site oficial da Corte, utilizando-se as expressões “lipedema” e “tratamento de lipedema” como palavras-chave. O levantamento, atualizado até fevereiro de 2025, resultou em apenas dois precedentes diretamente relacionados ao tema, o que revela a escassez de enfrentamento jurisprudencial sobre o lipedema em âmbito nacional.

Apesar do número reduzido de decisões, os julgados analisados demonstram uma tendência de reconhecimento da natureza não estética da doença e de afirmação do dever de cobertura pelos planos de saúde, especialmente à luz da Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022, que modificou o artigo 10 da Lei n. 9.656/1998 para admitir a cobertura de procedimentos não incluídos no rol da ANS, desde que comprovada sua eficácia e necessidade terapêutica (Brasil, 2022e).

O primeiro precedente é o Agravo em Recurso Especial n. 2494669/SP, de relatoria do Ministro Raul Araújo, julgado em março de 2024. O caso envolveu paciente diagnosticada com lipedema que teve o tratamento cirúrgico negado por plano de saúde sob o argumento de ausência de previsão no rol da ANS e de caráter estético do procedimento. O STJ, entretanto, manteve o acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo, reconhecendo a abusividade da negativa, com fundamento na Súmula 608 do STJ e no artigo 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. O relator destacou que o tratamento possuía finalidade terapêutica e não estética, reafirmando que o rol da ANS tem caráter exemplificativo e que o plano de saúde não pode substituir o médico na escolha do tratamento adequado ao paciente (Brasil, 2024b).

Já o segundo precedente, o Recurso Especial n. 2184546/MT, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi, publicado em fevereiro de 2025, também tratou da recusa de cobertura de cirurgias reparadoras indicadas para o tratamento de lipedema. Embora o recurso especial não tenha sido conhecido, a decisão reafirmou a aplicação da Lei n. 14.454/2022, enfatizando que o rol da ANS deve ser entendido como referência básica e não como lista exaustiva (Brasil, 2022e). A ministra ressaltou que, havendo comprovação médica e respaldo científico quanto à eficácia do procedimento, o plano de saúde deve arcar com o custeio, sob pena de violar o próprio objeto contratual, que é a proteção à vida e à saúde da beneficiária (Brasil, 2025d).

Observa-se, portanto, que os precedentes analisados caminham no sentido de reconhecer o lipedema como patologia de caráter progressivo e incapacitante, cuja

lipoaspiração terapêutica não se confunde com cirurgia estética, e de afirmar o dever das operadoras de planos de saúde em custear o tratamento prescrito, desde que preenchidos os critérios técnicos de necessidade e eficácia médica. Embora ainda incipiente, essa construção jurisprudencial representa um avanço importante na efetivação do direito à saúde das mulheres acometidas pela doença, contribuindo para o reconhecimento do lipedema como um problema de saúde pública e não como mera questão estética.

Dessa forma, a atuação do Poder Judiciário tem se mostrado essencial não apenas para corrigir as falhas da regulação da saúde suplementar, mas também para reafirmar o direito das mulheres com lipedema à dignidade e ao tratamento adequado.

#### 4.3 INVISIBILIZAÇÃO DO LIPEDEMA COMO QUESTÃO DE SAÚDE DA MULHER

A invisibilização das questões de saúde da mulher reflete um processo histórico e estrutural de apagamento feminino nas esferas científica, política e social (Machado; Penna, 2022). Durante séculos, o conhecimento médico e social foi construído a partir de uma perspectiva androcêntrica, na qual o homem foi tomado como parâmetro universal de racionalidade, e a mulher reduzida à condição de objeto, associada à emoção e ao cuidado (Matos, 2002). Essa estrutura hierárquica, como apontam Lunz (2018); Farias e Martins (2018), consolidou uma narrativa histórica e científica que excluiu as mulheres dos espaços de protagonismo e limitou a compreensão de suas experiências corporais, transformando suas dores em questões secundárias ou de natureza moral e estética.

O desenvolvimento dos estudos de gênero, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, permitiu o desvelamento dessas desigualdades e a compreensão das mulheres como sujeitos históricos (Machado; Penna, 2022). Conforme Matos (2002), o gênero se constitui como uma categoria relacional que evidencia as hierarquias e desigualdades de poder entre homens e mulheres, sendo fundamental para compreender como as ciências humanas e sociais reproduzem estruturas de dominação. Nesse mesmo sentido, Farias e Martins (2018) observam que a sub-representação das mulheres nas áreas de pesquisa e nas decisões institucionais é resultado de estereótipos e de uma cultura que ainda valoriza o masculino como medida do universal. Esses processos de invisibilização simbólica

reverberam diretamente nas práticas políticas e médicas, nas quais o corpo feminino continua sendo interpretado a partir de estigmas de fragilidade, vaidade e passividade (Machado; Penna, 2022).

Essa perspectiva é reforçada pelo estudo de Machado e Penna (2022), ao demonstrarem que as políticas públicas de saúde brasileiras, apesar de avanços discursivos em direção à integralidade e equidade, continuam fragmentando o corpo feminino em “útero e peito”, reproduzindo uma visão biologicista que reduz a mulher à maternidade. Segundo as autoras, a atenção à saúde ainda se concentra em aspectos reprodutivos, como o pré-natal e o combate ao câncer de mama e útero, negligenciando outras dimensões da vida e do corpo feminino. Essa fragmentação, marcada por práticas biopolíticas, transforma o corpo da mulher em alvo de controle, vinculando seu valor social à capacidade de gerar e nutrir. Tal estrutura de poder, descrita por Foucault (1988) como biopoder, é também um instrumento de normatização e docilização do corpo, o que explica por que muitas condições de saúde que não se encaixam nesse modelo — como o lipedema — permanecem invisíveis e deslegitimadas.

Tal padrão de invisibilidade se reproduz no contexto da saúde suplementar, especialmente na exclusão da cirurgia de lipedema do rol de procedimentos obrigatórios da ANS. Apesar de o lipedema ser reconhecido pela Organização Mundial da Saúde, como uma doença crônica e progressiva, que provoca dor, limitação funcional e impactos psicológicos severos, a ANS ainda o classifica sob a ótica estética, negando cobertura cirúrgica. Em contraste, o linfedema — frequentemente associado a sequelas oncológicas — é contemplado pelo rol e tratado como uma condição reparadora. Essa diferença de tratamento expõe uma hierarquia simbólica: o corpo da mulher só é reconhecido como legítimo quando marcado pela dor extrema ou pela mutilação, enquanto o sofrimento crônico e a busca por qualidade de vida permanecem desvalorizados (Machado; Penna, 2022).

Tal distinção evidencia o que Araujo (2005) descreve como poder simbólico — um mecanismo invisível que naturaliza desigualdades e molda percepções sociais de forma quase imperceptível. No caso do lipedema, o preconceito em torno do uso da lipoaspiração como técnica terapêutica reforça a ideia de que o problema seria apenas estético, apagando sua dimensão patológica e seu impacto sobre a saúde das mulheres. Essa concepção não apenas reproduz uma visão reducionista do corpo

feminino, mas também reflete a dificuldade institucional em reconhecer que o sofrimento das mulheres ultrapassa os limites da dor física e está intrinsecamente relacionado à dignidade e à autonomia.

A invisibilização do lipedema, portanto, deve ser compreendida dentro do mesmo processo histórico que, conforme apontam Lunz (2018) e Matos (2002), marginalizou as experiências femininas e as excluiu das narrativas científicas e políticas. Assim como em outros campos do saber, as mulheres só se tornam visíveis quando inseridas em contextos de maior vulnerabilidade, como ocorre nos casos de linfedema decorrentes de câncer, enquanto o sofrimento cotidiano — que compromete a autoestima, a mobilidade e a vida social — é relegado ao plano do “não essencial”. Trata-se de uma reprodução da lógica histórica que, conforme Araújo (2005), estrutura a diferença sexual como fundamento de exclusão, e que ainda se manifesta na ausência de políticas de saúde sensíveis às particularidades do corpo feminino.

Desse modo, a exclusão da cirurgia de lipedema do rol da ANS não é apenas um problema técnico ou regulatório, mas um reflexo da persistente invisibilidade das mulheres como sujeitos plenos de direitos. A saúde feminina continua sendo reconhecida de forma fragmentada, subordinada a padrões estéticos ou reprodutivos, sem que se considere sua integralidade física e emocional. Superar essa invisibilidade requer a incorporação da perspectiva de gênero nas decisões regulatórias e nas práticas de saúde suplementar, reconhecendo o direito das mulheres à saúde em sua totalidade — não apenas quando adoecem gravemente, mas também quando lutam pelo direito de não sofrer em silêncio.

Portanto, a invisibilização do lipedema deve ser compreendida como parte de um processo mais amplo de negação do corpo feminino enquanto sujeito de direitos. Enquanto o modelo de atenção à saúde continuar baseado em uma visão fragmentada, que privilegia o útero e o peito como símbolos do feminino, outras condições de saúde — sobretudo as que afetam a autonomia e o bem-estar das mulheres — seguirão marginalizadas. Superar essa invisibilidade requer uma mudança de paradigma que incorpore efetivamente a perspectiva de gênero nas políticas e regulações da saúde suplementar, reconhecendo que o direito à saúde das mulheres não se limita à capacidade de gerar, mas se estende à liberdade de viver com dignidade, integridade e reconhecimento.

#### 4.4 DESAFIOS JURÍDICOS E SANITÁRIOS NA AMPLIAÇÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL

A ampliação da cobertura assistencial na saúde suplementar brasileira apresenta desafios significativos, tanto sob a ótica jurídica quanto sanitária (Vieira, 2023). O primeiro deles decorre da própria complexidade normativa e regulatória do setor, estruturado pela Lei n. 9.656/1998 dos planos de saúde, e pela atuação da ANS, que define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde como referência mínima obrigatória para os planos privados. Ainda que o STJ tenha firmado entendimento no sentido de que o rol é taxativo mitigado conforme julgado Recurso Especial 1.889.704/SP e Recurso Especial 1.886.929/SP em 2022, essa interpretação continua gerando tensões entre a proteção ao consumidor e os limites econômico-financeiros das operadoras (Afonso *et al.* 2020).

Do ponto de vista sanitário, o principal obstáculo reside na incorporação de novas tecnologias em saúde — medicamentos, terapias e procedimentos — que surgem em ritmo acelerado, mas cuja avaliação de eficácia, custo-benefício e segurança é mais lenta e depende de critérios técnico-científicos rigorosos (Vieira, 2023). A Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011, que instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, reforça a necessidade de basear decisões em evidências científicas, princípio também aplicável à saúde suplementar por analogia à regulação sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (Brasil, 2011). Entretanto, como apontam Afonso *et al.* (2020), a ausência de estudos de viabilidade econômica, a pressão social e judicial pela incorporação de novos procedimentos acaba por gerar desequilíbrios financeiros e administrativos nas operadoras, dificultando a sustentabilidade do setor

Segundo Vieira (2023), sob o prisma jurídico a judicialização permace como fenômeno central, decisões judiciais que determinam o custeio de medicamentos e procedimentos não incorporados às políticas públicas ou não registrados na ANVISA comprometem a equidade e a racionalidade das ações em saúde. Apenas dez medicamentos foram responsáveis por 94,6% dos gastos judiciais do Ministério da Saúde em 2019, consumindo 21% do orçamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme destacado pelo mesmo autor (Vieira, 2023). Esse cenário evidencia o impacto direto que decisões individualizadas exercem sobre o

planejamento orçamentário e sobre o princípio da universalidade do direito à saúde (Vieira, 2023).

Além disso, a aplicação inadequada da teoria da reserva do possível tem se mostrado um dilema recorrente. Enquanto gestores públicos a utilizam para justificar a impossibilidade de atender demandas individuais por falta de recursos, parte do Judiciário a rejeita, afirmando que o direito à saúde não pode ser limitado pela escassez orçamentária. Entretanto, Vieira (2023) destaca a importância de conciliar as diferentes perspectivas envolvidas, uma vez que os direitos implicam custos e devem considerar os limites financeiros do Estado. Assim, decisões judiciais que ignoram critérios técnicos e econômicos das políticas públicas podem gerar desorganização tanto no SUS quanto na saúde suplementar, ocasionando distorções e desigualdades no acesso.

Entre os aspectos jurídicos mais relevantes está a aplicação da teoria da reserva do possível, frequentemente invocada pelo Estado e pelas operadoras para justificar a limitação de coberturas e de gastos (Vieira, 2023). Conforme ensinam Sarlet e Figueiredo (2008), a reserva do possível compreende três dimensões: (a) a efetiva existência de recursos públicos, (b) a disponibilidade jurídica de sua destinação e (c) a razoabilidade do que é demandado. Não se trata, portanto, de uma cláusula de exoneração de responsabilidade, mas de um instrumento de ponderação entre a escassez de recursos e a necessidade de garantir prestações essenciais à dignidade humana (Sarlet; Figueireido, 2008).

Sarlet e Figueiredo (2008) ressaltam que a reserva do possível não deve servir como justificativa genérica para a inércia do Estado, sendo responsabilidade do Poder Público demonstrar de maneira concreta a escassez de recursos e a adoção de medidas que assegurem sua utilização de forma racional. Essa interpretação reforça a ideia de que, embora os direitos sociais possuam custos, o mínimo existencial — núcleo essencial dos direitos fundamentais — não pode ser relativizado (Vieira, 2023). Assim, quando a pretensão judicial diz respeito à manutenção da vida e da saúde em sentido estrito, a reserva do possível deve ceder diante do mínimo existencial (Sarlet; Figueireido, 2008).

Nessa perspectiva, o direito à saúde deve ser visto não como um direito absoluto, mas como um direito que requer ponderação entre princípios constitucionais: de um lado, a dignidade da pessoa humana e a efetividade dos

direitos fundamentais; de outro, a responsabilidade fiscal e a racionalidade distributiva das políticas públicas (Vieira, 2023). Essa visão é essencial para compreender os dilemas da ampliação da cobertura assistencial, pois o custeio indiscriminado de novos procedimentos — ainda que legitimado por decisões judiciais — pode gerar efeitos colaterais distributivos, prejudicando outros grupos igualmente necessitados (Vieira, 2023).

Do ponto de vista prático, Afonso *et al.* (2020) identificam que a maioria das ações judiciais contra planos de saúde decorre da negativa de procedimentos não incluídos no rol da ANS, especialmente tratamentos oncológicos, exames de alta complexidade e serviços de *home care*. Tais negativas frequentemente se baseiam na ausência de cobertura contratual ou de registro sanitário, gerando conflito entre o direito individual do consumidor e o regime jurídico de regulação do setor. A autora ressalta ainda a importância dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário – NATs, e das avaliações multiprofissionais, que visam fornecer suporte técnico-científico aos magistrados e reduzir decisões baseadas exclusivamente em critérios humanitários, sem respaldo em evidências clínicas

Outro desafio relevante é a necessidade de harmonizar a proteção do consumidor com a sustentabilidade econômica das operadoras (Vieira, 2023). A expansão da cobertura assistencial implica custos crescentes e exige uma regulação que equilibre o direito individual à saúde com a viabilidade coletiva do sistema. (Vieira, 2023). Nesse sentido, a Resolução Normativa n. 585/2023 da ANS, que reformulou o processo de atualização do rol, representou um avanço ao estabelecer critérios técnicos transparentes e participação social, mas a efetividade dessa política depende da cooperação entre Estado, mercado e Poder Judiciário (Brasil, 2023).

Portanto, os desafios jurídicos e sanitários da ampliação da cobertura assistencial residem na necessidade de equilibrar a efetividade dos direitos fundamentais com a sustentabilidade do sistema. Isso implica reconhecer que a tutela judicial da saúde deve respeitar parâmetros técnicos, orçamentários e distributivos, sem abdicar da proteção do mínimo existencial, que constitui o núcleo essencial dos direitos sociais. Sarlet e Figueiredo (2008) afirmam que a aplicação da reserva do possível não deve comprometer a efetividade do mínimo existencial, uma vez que a vida e a dignidade humana devem se sobrepôr a limitações de caráter administrativo. Nesse sentido, é preciso compreender a reserva do possível não como um limite

absoluto, mas como uma cláusula de ponderação e responsabilidade, que exige do Estado a comprovação efetiva da escassez de recursos e a adoção de medidas que otimizem sua aplicação de forma eficiente e justa.

Em síntese, o enfrentamento desses desafios demanda diálogo institucional entre os Poderes, fortalecimento da regulação sanitária e das instâncias técnicas de avaliação em saúde, bem como uma educação jurídica voltada à saúde baseada em evidências, capaz de orientar decisões mais prudentes e alinhadas à realidade sanitária e orçamentária do país. Como conclui Vieira (2023), o papel do Poder Judiciário deve evoluir da interferência direta no conteúdo das políticas públicas para o controle de sua formulação e execução, garantindo que as decisões respeitem os parâmetros constitucionais e legais, sem comprometer a equidade e a universalidade do sistema de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidenciou que a regulação da saúde suplementar brasileira, em especial no que tange ao rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ainda apresenta graves lacunas jurídicas e sanitárias quando se trata de doenças crônicas e predominantemente femininas, como o lipedema. A exclusão da cirurgia de lipedema do rol da ANS reflete não apenas uma defasagem técnica na atualização das normas, mas também uma invisibilização histórica das demandas específicas de saúde das mulheres.

O lipedema, reconhecido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde – OMS apenas em 2022, por meio da Classificação Internacional de Doenças – CID – 11, é uma patologia recente sob o ponto de vista institucional. Embora já fosse conhecida clinicamente há décadas, sua legitimação como doença foi tardia, o que explica, em parte, a ausência de políticas públicas e de cobertura assistencial adequada. Caracteriza-se pelo acúmulo anormal e doloroso de gordura — especialmente em membros inferiores — e provoca dor, limitação funcional e impactos psicológicos significativos, exigindo tratamento específico, que inclui a lipoaspiração com finalidade terapêutica.

Por outro lado, o linfedema possui maior reconhecimento médico e jurídico, sendo uma doença de origem linfática, caracterizada pela obstrução dos vasos linfáticos e consequente acúmulo de linfa nos tecidos. Frequentemente, o linfedema surge como consequência de tratamentos oncológicos, como cirurgias e radioterapias para câncer de mama, útero, próstata e melanoma. Por essa razão, sua cirurgia reparadora foi incorporada ao rol de procedimentos obrigatórios da ANS desde o início dos anos 2008, sob o entendimento de que se trata de uma intervenção reconstrutiva e necessária à reabilitação do paciente, já que o câncer e seus tratamentos estão amplamente contemplados na cobertura da saúde suplementar.

A comparação entre ambas as patologias revela um paradoxo regulatório: ainda que o lipedema e o linfedema compartilhem sintomas semelhantes — como dor, inchaço e comprometimento funcional — o primeiro permanece sem reconhecimento regulatório suficiente, enquanto o segundo é contemplado como cirurgia reparadora. Essa diferença de tratamento decorre, em grande medida, do enquadramento

histórico e científico de cada doença: o linfedema está associado a uma enfermidade amplamente reconhecida – o câncer – ao passo que o lipedema ainda é erroneamente compreendido por parte da comunidade médica e jurídica como uma questão meramente estética.

Sob a ótica jurídica, constata-se que a ausência de inclusão da cirurgia de lipedema no rol da ANS afronta princípios constitucionais fundamentais, como o direito à saúde, à dignidade da pessoa humana e à isonomia, uma vez que pacientes com condições semelhantes recebem tratamentos desiguais. Além disso, a omissão regulatória tem levado à judicialização crescente do tema, forçando o Poder Judiciário a suprir lacunas normativas e a reconhecer, caso a caso, o caráter terapêutico da cirurgia.

No campo sanitário, o desafio está em aprofundar as pesquisas e evidências clínicas sobre o lipedema, promovendo formação médica adequada e atualização dos critérios técnicos de incorporação de procedimentos pela ANS. É necessário romper com a visão reducionista que associa o lipedema à estética corporal e reconhecer seus impactos físicos e emocionais como problemas reais de saúde.

Dessa forma, conclui-se que, embora o linfedema já tenha alcançado o reconhecimento institucional e a cobertura obrigatória por meio de cirurgias reparadoras, o lipedema ainda carece de atenção normativa, científica e social. Ambos os quadros apresentam lacunas jurídicas, mas a exclusão da cirurgia de lipedema é especialmente preocupante diante da sua natureza incapacitante e da predominância entre mulheres.

Portanto, é imperativo que a ANS e os demais órgãos de regulação adotem uma postura mais sensível, técnica e igualitária, alinhada aos avanços científicos e aos direitos fundamentais, garantindo que o lipedema seja tratado com a mesma legitimidade e urgência conferida a outras patologias crônicas. Somente assim será possível promover uma saúde suplementar mais justa, inclusiva e coerente com os princípios do Estado Democrático de Direito, assegurando às pacientes o pleno exercício do seu direito à saúde e à dignidade.

Em termos acadêmicos, o presente estudo buscou contribuir para o debate jurídico e social acerca da regulação da saúde suplementar e da efetividade do direito à saúde, evidenciando a necessidade de atualização normativa e de reconhecimento das especificidades de gênero no acesso a tratamentos médicos. Recomenda-se,

para pesquisas futuras, o aprofundamento empírico sobre a judicialização do lipedema nos tribunais brasileiros, bem como estudos comparativos entre países que já reconheceram a cobertura integral da doença, a fim de subsidiar uma regulação mais equitativa e baseada em evidências. Assim, espera-se que este trabalho sirva de base para reflexões e avanços concretos na busca por uma política de saúde suplementar verdadeiramente inclusiva, justa e comprometida com os direitos fundamentais.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, *et al.* Ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais na saúde suplementar. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. São Paulo, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/K7r5ZM6YxqtgMyXKYT5HqFM/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 out. 2025.

AMARAL, Sergio Henrique. A Saúde Suplementar e sua atuação junto ao Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. [S. l.], v. 16, n. 3, p. 149–160, 2025. DOI: 10.21115/JBES.v16.n3.p149-60.

Disponível em: <https://www.jbes.com.br/index.php/jbes/article/view/480>. Acesso em: 12 abr. 2025.

AMATO, Alexandre Campos Moraes; AMATO, Fernando Campos Moraes; AMATO, Juliana Lelis Spirandeli; BENITTI, Daniel Augusto. Prevalência e fatores de risco para lipedema no Brasil. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202101981>. Acesso em: 19 out. 2025.

AMATO, Alexandre C.; AMATO, Juliana L.; BENITTI, Daniel. Eficácia da lipoaspiração no tratamento do lipedema: uma meta-análise. **Revista Cureus de Ciências Médicas**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. e55260, 29 fev. 2024. DOI: 10.7759/cureus.55260. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10981502/>. Acesso em: 9 set. 2025.

AMATO, Alexandre Campos Moraes; BENITTI, Daniel Augusto. Lipedema pode ser tratado sem cirurgia: relato de 5 casos. **Revista American Journal of Case Reports**, [S. l.], v. 22, p. e934406, 2021. Disponível em: [https://vascular.cc/wp-content/uploads/2023/01/Tratamento\\_clinico\\_de\\_lipedema.pdf](https://vascular.cc/wp-content/uploads/2023/01/Tratamento_clinico_de_lipedema.pdf). Acesso em: 8 abr. 2025.

AMATO, Alexandre Campos Moraes; MARKUS, David Vofchuk; SANTOS, Ricardo Virgínio dos. Lipedema associado a obesidade, linfedema e insuficiência venosa: relato de um caso. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 4–8, 2020. Disponível em: <https://periodicosapm.emnuvens.com.br/rdt/article/view/269>. Acesso em: 8 abr. 2025.

AMATO, Alexandre Campos Moraes; PECLAT, Ana Paula Rolim Maia; KIKUCHI Rodrigo; SOUZA, Antonio Carlos; SILVA, Mariana Thalyta Bertolin; OLIVEIRA, Roney Hans Prager; BENITTI, Daniel Augusto; OLIVEIRA, Julio Cesar Peclat. Consenso brasileiro de Lipedema pela metodologia Delphi. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v.24, p. e1023183, 2025. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jvb/a/BjWVDJpPcdTPKx5MqJQ9NRs/>. Acesso em: 8 abr. 2025.

ANADEM. **Lipedema: a ‘nova’ doença na lista da OMS que talvez você tenha sem saber**. [S. l.], 2025. Disponível em: <https://anadem.org.br/2025/01/24/lipedema-a-nova-doenca-na-lista-da-oms-que-talvez-voce-tenha-sem-saber/>. Acesso em: 9 set. 2025.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Diferença e igualdade nas relações de gênero: Revisando o debate. **Períodicos de Psicologia**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652005000200004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200004). Acesso em: 20 out. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIPEDEMA. **Reconhecimento do lipedema como doença**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://lipedema.org.br/reconhecimento-do-lipedema-como-doenca/>. Acesso em: 9 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESSOAS COM LINFEDEMA E FAMILIARES – ABRALINFE. **O que é linfedema?** [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.abralinfe.org/o-que-e-linfedema>. Acesso em: 9 set. 2025.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Primeiro webinar híbrido da APM debate construção do rol da ANS**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.apm.org.br/primeiro-webinar-hibrido-do-apm-debate-construcao-do-rol-da-ans/>. Acesso em: 9 set. 2025.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 829–839, maio de 2009. Acesso em: 15 jun. 2025.

BARROS, Bernardo Cunha Senra; BARROS, Carolina Junqueira; DI-ONYSIO, Ana Cristina Ferreira da Silva; GUERTZENSTEIN, Solange Miranda Junqueira; MARQUES, Marcos Arêas; LE-WANDROWSKI, Kai-Uwe; FIORELLI, Stênio Karlos Alvim; FIORELLI Rossano Kepler Alvim. Lipedema: Um Desafio Clínico. **Revista Cadernos Brasileiros de Medicina**, [S. l.], p. 51-55, 2023. Disponível em: [https://www.cadbrasmed.com.br/\\_files/ugd/c181a5\\_871b5768eba545c0829029f8839d7d48.pdf#page=51](https://www.cadbrasmed.com.br/_files/ugd/c181a5_871b5768eba545c0829029f8839d7d48.pdf#page=51). Acesso em: 8 abr. 2025.

BARROS, Mariana. **Lipedema**. [S. l.], [202-?]. Disponível em: <https://dramarianabarros.com.br/doencas-vasculares/lipedema/>. Acesso em: 19 out. 2025.

BRANCAGLION, Matheus. Da judicialização ao advocacy: a atuação dos poderes no caso do rol (taxativo) da ANS. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TsJv8DmZFHYYfxKL3CrpcyF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Acesso à informação: institucional**. Rio de Janeiro, [20--]a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. **Anexo I – Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: RN nº 465/2021 e RN nº 627/2024**. 2024. Rio de Janeiro, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a>

informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/anexo-i-rol-2021-rn-465-2021-rn-627-2024.pdf. Acesso em: 17 abr. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde.** Rio de Janeiro, [20--]b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Cartilha:** Plano de Saúde – Defeso. Brasília, 2021b. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/CartilhaPlanodeSade\\_defeso.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/CartilhaPlanodeSade_defeso.pdf). Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **COSAÚDE e reuniões.** Rio de Janeiro, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/cosaude-e-reunioes-1>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Histórico institucional da ANS.** Rio de Janeiro, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Manual de tópicos da saúde suplementar para o Programa Parceiros da Cidadania:** uma abordagem sob a perspectiva regulatória. Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5\\_of\\_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-publicacao-sobre-regras-do-setor-de-planos-de-saude/copy5_of_ManualdeTpicosdaSadeSuplementar.pdf). Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Métodos gerais de atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde.** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/Metodos\\_gerais\\_de\\_atualizacao\\_do\\_rol\\_de\\_procedimentos\\_e\\_eventos\\_em\\_saude\\_vs3.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/Metodos_gerais_de_atualizacao_do_rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_vs3.pdf). Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Quem Somos.** Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>. Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa n. 167, de 9 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde. Brasília, 10 jan. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2008/res0167\\_09\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2008/res0167_09_01_2008.html). Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa n. 465, de 24 de fevereiro de 2021.** Altera o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Brasília, 24 fev. 2021d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/>

/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Resolução Normativa n. 585, de 12 de julho de 2023**. Dispõe sobre o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Brasília, 13 jul. 2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0585\\_24\\_08\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0585_24_08_2023.html). Acesso em: 19 de out. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa n. 627, de 17 de fevereiro de 2025**. Altera o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Brasília, 17 fev. 2025b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2025/res\\_0627\\_17\\_02\\_2025.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2025/res_0627_17_02_2025.html). Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Histórico institucional da CONITEC**. Brasília, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/historico-institucional>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Página institucional**. Brasília, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, 25 ago. 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Cronologia histórica da saúde pública no Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, 11 set. 1990b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.080, 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. Brasília, 19 set. 1990a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. **Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 4 de jun. de 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. **Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, 28 de jan. de 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9961.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm). Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei n. 8.080 de 19 de setembro 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Brasília, 29 abr. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm). Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 6 jul. 2015b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar. Brasília, 21 set. 2022e. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14454.htm). Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?** Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queru-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 1497/2022.** Dispõe sobre incluir as pessoas com diagnóstico de disfunções linfáticas primária ou secundária como pessoas com deficiência (PCD). Apresentado em 6 de junho de 2022d. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2326076>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial n. 1.730.631/PE (2020/0180120-4).** Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze. Terceira Turma. Publicado em 2020. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, 2020. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?num\\_registro=201401107426](https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?num_registro=201401107426). Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista.** Brasília, 2022a. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial n. 2494669 - SP (2023/0389372-6)**. Rel. Min. Raul Araújo, j. 6 mar. 2024b. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/monocraticas/decisooes/?num\\_registro=202303893726&dt\\_publicacao=12/03/2024](https://processo.stj.jus.br/processo/monocraticas/decisooes/?num_registro=202303893726&dt_publicacao=12/03/2024). Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça - STJ. **Recurso Especial n. 2184546/MT**, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 3 fev. 2025, DJe 10 fev. 2025d. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/monocraticas/decisooes/?num\\_registro=202404394037&dt\\_publicacao=13/02/2025](https://processo.stj.jus.br/processo/monocraticas/decisooes/?num_registro=202404394037&dt_publicacao=13/02/2025). Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1886929/SP (2020/0191677-6)**. Rel. Min. Luis Felipe, j. 3 ago. 2022c. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?num\\_registro=202001916776](https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?num_registro=202001916776). Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL, Tribunal de Justiça Do Estado de São Paulo. **Apelação n. 0052831-46.2012.8.26.0053**. Rel. Des. Ana Liarte, j. 25 jun. 2018. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=11577942&cdForo=0>. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Tribunal de Justiça Distrito Federal e Territórios. **Resolução da ANS sobre procedimentos médicos - 2500**: rol exemplificativo. Brasília, 2024c. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/saude-e-justica/plano-de-saude/resolucao-da-ans-sobre-procedimentos-medicos-2500-rol-exemplificativo>. Acesso em: 14 abr. 2025.

CARVALHO, Eurípedes Balsanuf; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G639bDbmszZqRwYJqFh9ZRb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

COELHO, Rafael Paulo. Funcionamento, regulação e contratualização dos planos de saúde. **Jusbrasil**, 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/direito-do-consumidor-aplicado-aos-planos-de-saude/1824709345>. Acesso em: 15 jun. 2025.

FARIAS, Salete Silva; MARTINS, Alcina de Oliveira. Invisibilidade feminina e representações sociais de gênero em tecnologia e ciências. **12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas** (pp. 731-739), Lisboa, Portugal, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/entities/publication/549d0636-3069-4ff0-bca4-3f2ee6e62695>. Acesso em: 20 out. 2025.

FREITAS, Beatriz Cristina; FONSECA, Emílio Prado; QUELUZ, Dagmar de Paula. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], 24, e190345,

2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/wMrQzjzYts8wnBfmdPNhwNK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Graal, Rio de Janeiro: 1988.

HERBST, Karen L.; KAHN, Linda Anne; IKER, Emily; EHRLICH, Chuck; WRIGHT, Thomas; McHUTCHISON, Lindy; SCHWARTZ, Jaime; SLEIGH, Molly; McDONAHUE, Paula; LISSON, Kathleen H.; FARIS, Tami; MILLER, Janis; LONTOK, Erik; SCHWARTZ, Michael S.; DEAN, Steven M.; BARTHOLOMEW, John R.; ARMOR, Polly; CORREA-PEREZ, Margarita; PENNING, Nicholas; WALLACE, Edely L.; LARSON, Ethan. Standard of care for lipedema in the United States. **National Library of Medicine**, [S.l.], 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34049453/>. Acesso em: 9 set. 2025.

HORTA, Nanayra Lima Rodrigues. Saúde Suplementar e Terapias Alternativas: A Limitação do Rol de Procedimentos da ANS. **Revista Brasileira de Saúde Suplementar**, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://rbss.org.br/index.php/RBSS/article/view/28>. Acesso em: 20 out. 2025.

JUNIOR, Ivo Aurelio Lima; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Sheyla Maria Lemos. A regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2000 e 2018. **Cad. Saúde Pública**, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W6xtssB34CZLnBg3DGCYGTTr/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025

LUNZ, Leandro da Silva. Mulher e História: Da invisibilidade à sujeito de análise. **Revista Eletrônica História Em Reflexão**, Dourados, MS, v. 12, n. 23, p. 49-672018, 2018. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/view/7829>. Acesso em: 20 out. 2025.

MACHADO, Amanda Letícia Araujo. Os impactos da declaração de taxatividade do rol da ANS pelo STJ no ecossistema da saúde suplementar. **Caderno Virtual**, [S. l.], v. 1, n. 53, 2022. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/cadernovirtual/article/view/6386>. Acesso em: 16 jun. 2025.

MACHADO, Jaqueline Simone de Almeida; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 32(2), e320221, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dDp66th3DTphvSRWHJYpRMJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

MANUAL MSD. **Linfedema**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-cardiovasculares/dist%C3%BArbios-linf%C3%A1ticos/linfedema/>. Acesso em: 9 set. 2025.

MARIANO, Kamila de Sousa; PEREIRA, Rayra da Silva; TEIXEIRA, Camilla Maria Prudêncio Pilla; MACHADO, Samara Aparecida. Prevalência de Lipedema em mulheres. **Revista Faculdades do Saber**, [S. l.], v. 9, n. 20, p. 48-59, 2024. Disponível em: <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/257>. Acesso em: 4 abr. 2025.

MATOS, Maria Izildas. Da invisibilidade ao gênero: percursos e possibilidades nas Ciências Sociais contemporâneas. **Revista Margem**. São Paulo, n. 15, p. 237-252, jun. 2002. Disponível em: <https://www.pucsp.br/margem/pdf/m15mim.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

ONCOEXPERTS. **O que é Linfedema?** [S. l.], [20--?]. Disponível em: <https://oncoexperts.com.br/o-que-e-linfedema>. Acesso em: 9 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. [S. l.], 1948. Disponível em: [https://www.who.int/about/governance/constitution?utm\\_source](https://www.who.int/about/governance/constitution?utm_source). Acesso em: 9 set. 2025.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. **Recurso Inominado n. 0003778-51.2023.8.16.0195**. Relatora: Juíza Fernanda de Quadros Jörgensen Geronasso. 5ª Turma Recursal dos Juizados Especiais. Julgado em 25 out. 2024. Curitiba, PR, 2024. Disponível em: <https://www.tjpr.jus.br/>. Acesso em: 19 out. 2025.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 767–783, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jun. 2025.

PINHEIRO, Maria do Carmo Gomes; ROMERO, Luiz Carlos. Saúde como matéria de Direito Constitucional no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 47–71, 2012. DOI: 10.17566/ciads.v1i2.45. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/45>. Acesso em: 16 jun. 2025.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno manual antirracista**. 1. ed. [S. l.]: Companhia das Letras, 2019.

ROMERO, Luiz Carlos. **Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois – os cidadãos na carta cidadã**. Brasília: Senado Federal, 2008. v. 5. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SANTOS, Luiz Marcelo Gomes dos; JÚNIOR, Waldir Franco de Camargo. A negativa dos planos de saúde nos tratamentos de alto custo, face ao princípio da dignidade

humana. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 10, n. 6, p. 1164–1177, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i6.14227. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14227>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Direitos fundamentais e a proteção da saúde: dimensões da eficácia e possibilidades de concretização. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 239–276.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6ZhqYXCMPVqLFRcTk3HTmWp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 set. 2025.

SILVA, Cyndi de Moura; RITZMANN, Igor Costa; BENELI, Bruna Forte; LIMA, Guilherme Favaro; ATIQUE, Sthefano Gabriel. Lipedema: definição, sintomas, diagnóstico e tratamento. **Revista Corpus Hippocraticum**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/418>. Acesso em: 4 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DE SÃO PAULO – SBACV-SP. **Lipedema**. São Paulo: SBACV-SP, [202-?]. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/lipedema/>. Acesso em: 19 out. 2025.

VENTURA, Mirian; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 55–83, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VJQ34GLNDB49xYVrGVKgDVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025.

WALTHAM, M. Linfedema – Princípios, Genética e Fisiopatologia. In: FITRIDGE, R.; THOMPSON, M. Mecanismos da doença vascular: um livro de referência para especialistas vasculares: **University of Adelaide Press**, [S. l.], cap. 27, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534277/>. Acesso em: 9 set. 2025.

WANG, Daniel Wey Liang. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **Rei - Revista estudos institucionais**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 849–869, 2021. DOI: 10.21783/rei.v7i2.650. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650>. Acesso em: 14 abr. 2025.

WANG, Daniel Wey Liang; OLIVEIRA, Bruno da Cunha; SOUZA, Jacqueline Leite; ARANTES, Luísa Bolaffi; MIZIARA, Nathalia Molleis. Revisão judicial dos Reajustes de Planos de Saúde no Tribunal de Justiça de São Paulo: Entre a Livre Negociação e a Regulação do Preço. **Direito Público**, Brasília, v. 21, n. 110, 2024. DOI: 10.11117/rdp.v21i110.7287. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/7287>. Acesso em: 14 abr. 2025.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; JÚNIOR, Clóvis Castelo. A importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 216–221, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/importancia\\_saude\\_suplementar\\_demanda\\_prestacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf). Acesso em: 15 jun. 2025.