

NEGATIVAS DOS PLANOS DE SAÚDE AS TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES PARA PESSOAS COM T21: LEGALIDADE E IMPACTOS

DENIALS BY HEALTH INSURANCE PLANS OF MULTIDISCIPLINARY
THERAPIES FOR PEOPLE WITH DOWN SYNDROME: LEGALITY AND
IMPACTS

Ciências Humanas • 16/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/781498110](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/781498110)

Maria da Graça de Jesus Moraes
Bianca Ribeiro Vasconcelos

RESUMO

O presente artigo examina a legalidade das negativas de cobertura pelos planos de saúde privados às terapias multidisciplinares prescritas a pessoas com Síndrome de Down (SD), bem como os impactos jurídicos, sociais e familiares decorrentes de tais recusas. Utilizando abordagem jurídico-dogmática, com revisão bibliográfica e análise jurisprudencial, o estudo articula o arcabouço normativo brasileiro, Constituição Federal de 1988, Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto n. 6.949/2009), Lei n. 13.146/2015, Lei n. 9.656/1998 e Código de Defesa do Consumidor, com os precedentes consolidados do Superior Tribunal de Justiça (STJ), notadamente o Informativo 826 e a Jurisprudência em Teses, Edição 213. Conclui-se que as negativas, sob qualquer modalidade, violam o ordenamento jurídico vigente, configuram cláusulas abusivas e produzem danos materiais e morais aos beneficiários.

Palavras-chave: Síndrome de Down; Planos de saúde; Terapias multidisciplinares; Negativa de cobertura.

ABSTRACT

This article examines the legality of private health insurance plans denying coverage for multidisciplinary therapies prescribed to people with Down Syndrome (DS), as well as the legal, social, and family impacts of such refusals. Using a legal-dogmatic approach, with bibliographic review and jurisprudential analysis, the study articulates the Brazilian normative framework (Federal Constitution of 1988, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Decree No. 6,949/2009), Law No. 13,146/2015, Law No. 9,656/1998, and the Consumer Protection Code) with the consolidated precedents of the Superior Court of Justice (STJ), notably Informative 826 and Jurisprudence in Theses, Edition 213. It concludes that denials, in any form, violate current legislation, constitute abusive contractual

clauses, and cause material and moral damages to beneficiaries.

Keywords: Down Syndrome; Health insurance plans; Multidisciplinary therapies; Coverage denial.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD), resultante da trissomia do cromossomo 21, é a condição genética mais frequente no Brasil, com prevalência estimada de 1 para cada 600 a 800 nascimentos vivos, o que representa um universo superior a 300 mil brasileiros diagnosticados (Brasil, 2013). Longe de constituir uma doença, a SD é uma condição de vida que demanda acompanhamento contínuo e cuidado multidisciplinar especializado ao longo de todo o ciclo vital, envolvendo profissionais de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, psicopedagogia e, mais recentemente, métodos como a equoterapia (Tempski *et al.*, 2011).

Nesse contexto, o acesso a terapias multidisciplinares não é opção terapêutica acessória: é prescrição clínica indispensável ao desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e social da pessoa com SD. Contudo, um número expressivo de operadoras de planos de saúde privados tem sistematicamente negado ou limitado tal cobertura, ora alegando que determinados procedimentos não constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ora restringindo o número de sessões anuais autorizadas, ora recusando o custeio fora da rede credenciada, ou ainda classificando terapias reconhecidas como experimentais.

Essas condutas produzem efeitos concretos e mensuráveis: interrompem progressos terapêuticos obtidos com custo emocional

e financeiro significativo pelas famílias; impõem ao Sistema Judiciário um volume crescente de demandas individuais; e violam frontalmente o ordenamento jurídico brasileiro, que consagra o direito à saúde como direito fundamental e assegura proteção integral à pessoa com deficiência (Freitas; Fonseca; Queluz, 2020). A judicialização resultante, por sua vez, paradoxalmente penaliza as próprias famílias, que precisam mobilizar recursos para garantir direitos que nunca deveriam ter sido negados (Insper, 2019).

O presente artigo tem por objetivo analisar, a partir de perspectiva jurídico-dogmática, a legalidade das negativas de cobertura pelos planos de saúde privados às terapias multidisciplinares para pessoas com SD e os impactos decorrentes de tais recusas. A hipótese central é a de que tais negativas, em qualquer de suas modalidades, são ilegais à luz do sistema normativo brasileiro vigente e configuram cláusulas abusivas com potencial lesivo múltiplo.

A pesquisa possui natureza qualitativa, com abordagem jurídico-dogmática e método dedutivo. A opção por essa abordagem justifica-se pela necessidade de examinar sistematicamente o conjunto normativo, doutrinário e jurisprudencial que disciplina a matéria, sem se afastar das categorias e institutos próprios da ciência jurídica. Utiliza como técnicas de coleta e análise a revisão bibliográfica de obras doutrinárias do Direito Civil, do Direito do Consumidor e do Direito à Saúde, a análise documental da legislação pertinente, incluindo a Constituição Federal de 1988, a Lei n. 9.656/1998, a Lei n. 13.146/2015 e as resoluções normativas da ANS, e o exame jurisprudencial dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça relacionados às negativas de cobertura terapêutica pelos planos de saúde para pessoas com Síndrome de Down.

A justificativa metodológica radica-se na adequação do método dedutivo ao exame de um sistema normativo dotado de hierarquia e coerência interna, no qual as conclusões específicas sobre a ilegalidade das negativas decorrem logicamente das premissas fixadas pela Constituição Federal, pelos tratados internacionais incorporados ao ordenamento e pela jurisprudência consolidada do STJ.

No que se refere à pesquisa jurisprudencial, adotou-se recorte temporal compreendido entre janeiro de 2022 e agosto de 2024, período que abrange desde o julgamento paradigmático dos Embargos de Divergência no REsp n. 1.889.704/SP, pela Segunda Seção do STJ, que consolidou a tese da taxatividade mitigada do Rol da ANS, até o Informativo n. 826 do STJ, que firmou a obrigatoriedade de cobertura ilimitada das terapias para pessoas com Síndrome de Down.

Os critérios de seleção dos julgados foram os seguintes: decisões proferidas pelas Turmas de Direito Privado do STJ, notadamente a Terceira e a Quarta Turma, com competência para o julgamento de litígios envolvendo contratos de planos de saúde; envolvimento de demandas entre beneficiários com Síndrome de Down ou condições neurológicas correlatas e operadoras de planos de saúde privados; objeto relacionado à negativa de cobertura de terapias multidisciplinares, limitação quantitativa de sessões ou recusa de custeio fora da rede credenciada; julgados com potencial de formação de precedente vinculante ou expressamente incorporados à Jurisprudência em Teses do STJ, Edição 213. Foram excluídos os acórdãos monocráticos sem repercussão coletiva e as decisões referentes a condições diversas da Síndrome de Down que não apresentassem aderência temática direta.

O trabalho está estruturado em três seções substantivas, além desta introdução e das considerações finais. A seção 2 apresenta os fundamentos clínicos e normativos que sustentam o direito às terapias. A seção 3 enfrenta o debate jurídico sobre a ilegalidade das negativas, com análise do rol da ANS e dos precedentes do STJ. A seção 4 examina os impactos concretos das recusas sobre a pessoa com SD, sua família e o sistema de justiça.

Nota crítica preliminar: cabe reconhecer, desde o limiar deste estudo, que a persistência das negativas, mesmo após a consolidação da jurisprudência do STJ e a edição da Lei n. 14.454/2022, evidencia uma falha estrutural de efetividade do ordenamento jurídico, que não pode ser atribuída exclusivamente à má-fé das operadoras. O modelo de saúde suplementar brasileiro, ao delegar à iniciação privada a função de garantir o acesso à saúde, opera uma tensão intrínseca entre a lógica do mercado, orientada pela sustentabilidade econômico-financeira, e o imperativo constitucional do direito fundamental à saúde. Essa tensão, quando não mediada por uma regulação eficiente da ANS, converte o Poder Judiciário em substituto permanente de uma política pública que deveria ser exigida administrativamente. O resultado, como se examinará nas seções seguintes, é a judicialização repetitiva e individualmente custosa de direitos que já se encontram positivamente assegurados.

2. FUNDAMENTOS CLÍNICOS E NORMATIVOS DO DIREITO ÀS TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES

A compreensão da necessidade terapêutica que fundamenta juridicamente as pretensões das pessoas com SD passa, necessariamente, pela análise das implicações neurológicas e

funcionais da trissomia 21. Do ponto de vista clínico, Conforme Silva *et al.* (2026), a trissomia do cromossomo 21 produz alterações estruturais que afetam múltiplos sistemas orgânicos e impactam diretamente as capacidades motoras, cognitivas, sensoriais e comunicativas do indivíduo. Há redução na densidade sináptica, diminuição no volume do cerebelo e alterações na mielinização, que se traduzem em atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Essas alterações também se manifestam por hipotonia muscular generalizada, dificuldades de linguagem e processamento auditivo, bem como maior predisposição a transtornos do espectro autista e ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (Brasil, 2013). A combinação desses fatores evidencia a complexidade do quadro clínico e reforça a necessidade de intervenções precoces e contínuas.

A hipotonia, caracterizada pela redução generalizada do tônus muscular, é a manifestação mais precoce e prevalente, estando presente em mais de 99% dos casos. De acordo com Almeida *et al.* (2025), essa condição condiciona o desenvolvimento motor, prejudica a deglutição e a mastigação, retarda a aquisição da marcha e compromete a postura. Trata-se de um fator determinante para a limitação funcional observada em indivíduos com Síndrome de Down.

Associada à frequente insuficiência velofaríngea, a hipotonia contribui para atrasos na articulação da fala, presentes em graus variados em praticamente todas as pessoas com SD. A alta incidência de comorbidades, como cardiopatias congênitas em aproximadamente 50% dos casos, hipotireoidismo, perda auditiva, problemas oftalmológicos, apneia do sono e instabilidade

atlantoaxial, amplia o espectro das necessidades terapêuticas. Esse conjunto de condições torna indispensável o acompanhamento multimodal continuado (Tempiski *et al.*, 2011).

O conjunto de intervenções terapêuticas necessárias ao desenvolvimento integral da pessoa com SD é bem estabelecido na literatura científica nacional e nas diretrizes institucionais brasileiras. As Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2013, constituem o principal documento normativo-científico nacional. Esse documento recomenda explicitamente, ao longo de todo o ciclo de vida, o cuidado compartilhado pela atuação de equipe multidisciplinar¹ composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo. Além desses profissionais, quando indicado, também se prevê a participação de psicopedagogo e educador físico especializado, ampliando o escopo de intervenção e garantindo abordagem integral do desenvolvimento (Brasil, 2013). Sobre isso, reflete o referido documento:

Essa organização terapêutica evidencia que o cuidado não é pontual, mas contínuo e articulado entre diferentes áreas do conhecimento. A fisioterapia é essencial para o tratamento da hipotonia, o desenvolvimento das habilidades motoras grossas e a prevenção de deformidades posturais. A fonoaudiologia atua na estimulação da linguagem receptiva e expressiva, na articulação da fala e no processamento auditivo. A terapia ocupacional contribui para o desenvolvimento da coordenação motora fina, das atividades de vida diária e da integração sensorial (Almeida *et al.*, 2025).

A psicologia, por sua vez, oferece suporte ao desenvolvimento cognitivo e ao manejo comportamental, sendo fundamental para a

adaptação social e emocional do indivíduo. A equoterapia, reconhecida pelos Conselhos Federais de Medicina e de Fisioterapia e Terapia Ocupacional como método de reabilitação eficaz, contribui para o desenvolvimento do equilíbrio, da coordenação e das habilidades socioemocionais (Brasil, 2019; STJ, 2023a).

O Protocolo de Cuidado à Saúde da Pessoa com Síndrome de Down do IMREA/HCFMUSP reafirma que a intervenção precoce e contínua é fator determinante para o prognóstico funcional. Evidencia, ainda, que a interrupção ou limitação artificial das sessões terapêuticas implica regressão real ou estagnação do desenvolvimento, com prejuízos potencialmente irreversíveis nos períodos críticos do neurodesenvolvimento. Esses efeitos são especialmente sensíveis nos três primeiros anos de vida, fase em que a plasticidade cerebral é mais intensa e decisiva (Tempiski *et al.*, 2011).

Esse conjunto de evidências demonstra que a cobertura das terapias multidisciplinares não configura demanda supererrogatória, mas condição estrutural para o exercício dos direitos mais elementares da pessoa com SD. Entre esses direitos, destacam-se a saúde, a autonomia, a inclusão social e a dignidade, que dependem diretamente da continuidade do cuidado terapêutico. A ausência ou restrição desse suporte compromete o desenvolvimento global do indivíduo e limita sua participação plena na sociedade (Fiocruz, 2022).

No plano normativo, o arcabouço protetivo brasileiro apresenta-se denso e coerente, estruturando um sistema robusto de garantia de direitos. A Constituição Federal de 1988 erige o direito à saúde ao status de direito fundamental social, previsto nos artigos 6º e 196 a 200. O princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da

República nos termos do artigo 1º, inciso III, atua como vetor interpretativo das normas relativas à cobertura assistencial.

Esse princípio impõe que as regras sobre planos de saúde sejam interpretadas da forma mais favorável ao beneficiário em situação de vulnerabilidade. Para as pessoas com deficiência, a proteção constitucional é reforçada pelo artigo 227, parágrafo 1º, inciso II, que determina a criação de programas de prevenção e atendimento especializado. Soma-se a isso o artigo 5º, parágrafo 3º, que confere status de emenda constitucional aos tratados internacionais de direitos humanos aprovados pelo Congresso Nacional (Brasil, 1988).

Nessa perspectiva, o Brasil ratificou a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo por meio do Decreto Legislativo n. 186/2008 e do Decreto Presidencial n. 6.949/2009. Esses instrumentos foram incorporados ao ordenamento com status constitucional, integrando o bloco de constitucionalidade (Brasil, 2009). O artigo 25 da Convenção assegura às pessoas com deficiência o direito ao mais elevado padrão possível de saúde, sem discriminação.

O mesmo dispositivo, em sua alínea e, proíbe qualquer discriminação na provisão de seguros de saúde, vedação que tem sido invocada pelo Ministério Público Federal para coibir práticas discriminatórias nos contratos de planos de saúde. O artigo 26, por sua vez, impõe a organização de serviços e programas de habilitação e reabilitação em diversas áreas, incluindo saúde, educação e serviços sociais (Brasil, 2008).

A Lei n. 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, traduz esses comandos ao plano infraconstitucional, consolidando a proteção

normativa. Seu artigo 18 assegura atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo reabilitação e habilitação. O artigo 4º veda qualquer forma de discriminação em razão de deficiência, inclusive na recusa de cobertura por planos de saúde em condições desiguais às oferecidas a pessoas sem deficiência (Brasil, 2015).

A Lei n. 9.656/1998, que regula os planos privados de assistência à saúde, estabelece no artigo 10 a cobertura mínima obrigatória, abrangendo, por construção jurisprudencial consolidada, as terapias de reabilitação. O Código de Defesa do Consumidor, aplicável integralmente a esses contratos, determina no artigo 47 a interpretação mais favorável ao consumidor e, no artigo 51, a nulidade de cláusulas abusivas. Essas normas reforçam a proteção jurídica do beneficiário e sustentam a ilegalidade das negativas indevidas (Brasil, 1990).

A densidade normativa descrita nesta seção não elimina a tensão estrutural que permeia o tema. As operadoras de planos de saúde sustentam, com algum respaldo doutrinário, que a expansão ilimitada das coberturas obrigatórias, especialmente para condições crônicas e de alta utilização terapêutica como a Síndrome de Down, pode comprometer a viabilidade atuarial do sistema e encarecer os prêmios a ponto de excluir do acesso ao plano faixas de renda mais vulneráveis. Esse argumento, embora não justifique negativas individuais ilegais, aponta para uma questão regulatória legítima: a distribuição equitativa dos custos do cuidado em saúde.

Nelson Rosenthal (2005), ao examinar a boa-fé objetiva no Código Civil, observa que este princípio gera deveres de conduta positivos, de informação, cooperação e lealdade, que vinculam ambas as

partes do contrato e exigem que a operadora viabilize ativamente o tratamento prescrito, não apenas se abstenha de negá-lo formalmente.

Em perspectiva convergente, Teresa Negreiros (2006), em sua obra *Teoria do Contrato: Novos Paradigmas*, sustenta que a função social do contrato, consagrada no artigo 421 do Código Civil, opera como vetor hermenêutico capaz de subordinar a autonomia privada a valores constitucionalmente protegidos, inviabilizando qualquer cláusula restritiva que comprometa a finalidade assistencial do vínculo obrigacional.

Esse referencial teórico reforça a ilegalidade das negativas, mas também evidencia que a solução definitiva do problema não reside apenas na via judicial: exige reformas regulatórias que antecipem conflitos e criem estímulos institucionais para o cumprimento espontâneo das obrigações contratuais pelas operadoras.

3. ILEGALIDADE DAS NEGATIVAS: O ROL DA ANS, A JURISPRUDÊNCIA DO STJ E OS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

A discussão sobre a natureza jurídica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS, se taxativa, como lista fechada, ou meramente exemplificativa, como lista mínima, constituiu, por décadas, o principal ponto de disputa em torno da legalidade das negativas de cobertura. Em junho de 2022, o STJ, por sua Segunda Seção, ao apreciar os Embargos de Divergência no Recurso Especial n. 1.889.704/SP, firmou a tese de que o rol da ANS é, em regra, taxativo, constituindo a lista mínima e máxima de coberturas obrigatórias. Contudo, o mesmo acórdão reconheceu que essa taxatividade não é absoluta, inaugurando o que a doutrina

e a própria jurisprudência passaram a denominar taxatividade mitigada.

Por taxatividade mitigada entende-se que o rol da ANS funciona como parâmetro regulatório vinculante em condições normais, mas cede diante de situações em que a rigidez da lista produziria resultado contrário à finalidade do próprio contrato de plano de saúde. O acórdão estabeleceu que a cobertura de procedimento ou tratamento não previsto no rol é devida quando presentes, cumulativa ou alternativamente, dois critérios excepcionais: a ausência de substituto terapêutico ou de método alternativo constante do rol que produza resultado equivalente; a comprovação de eficácia do tratamento pleiteado à luz das ciências da saúde, fundada em evidências científicas e lastreada em prescrição do médico assistente.

A decisão deslocou, portanto, o eixo do debate: da mera listagem administrativa para a demonstração clínica e científica da necessidade terapêutica concreta do paciente. Trata-se de uma inflexão relevante na interpretação jurídica do rol, pois preserva sua função regulatória sem comprometer o acesso a tratamentos necessários e comprovadamente eficazes.

De forma decisiva, o acórdão não deu provimento aos embargos da operadora, mantendo a condenação à cobertura das terapias para pessoa com Transtorno do Espectro Autista, o que evidencia que a tese da taxatividade mitigada não é meramente declaratória: ela produz efeitos concretos de proteção ao beneficiário (STJ, 2022).

Em setembro de 2022, o Congresso Nacional positivou e ampliou essa orientação ao editar a Lei n. 14.454/2022, que inseriu os §§ 12 e 13

no artigo 10 da Lei n. 9.656/1998. Trata-se da superveniência legislativa que converteu em norma positiva a construção jurisprudencial do STJ, conferindo-lhe maior segurança e previsibilidade. O § 13 estabelece que, para tratamentos ou procedimentos não constantes no rol, a cobertura deverá ser autorizada desde que haja: (a) comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico elaborado pelo médico ou odontólogo assistente; ou (b) recomendação de órgão de avaliação de tecnologias em saúde com registro no *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA). A superveniência dessa lei consolidou o critério da evidência científica como fundamento autônomo e suficiente para obrigar a cobertura de procedimentos extrarol, superando definitivamente a interpretação puramente administrativa do rol como lista fechada e intransponível.

Para as terapias multidisciplinares prescritas a pessoas com Síndrome de Down, ambos os requisitos previstos na Lei n. 14.454/2022 são amplamente satisfeitos pelas Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), pelo Protocolo de Cuidado do IMREA/HCFMUSP (Tempski *et al.*, 2011) e pelas manifestações dos Conselhos Federais de Medicina e de Fisioterapia. Portanto, mesmo sob o prisma da taxatividade mitigada, as negativas de cobertura carecem de fundamento legal.

A própria ANS, após o julgamento do EREsp n. 1.889.704/SP, editou a Resolução Normativa n. 539/2022, tornando obrigatória a cobertura de qualquer método ou técnica indicado pelo médico assistente para o tratamento de paciente diagnosticado com transtornos enquadrados na CID-10 F84, transtornos globais do desenvolvimento. Essa norma reforça a centralidade da prescrição

médica e limita a discricionariedade das operadoras na definição da cobertura assistencial.

O STJ estendeu o alcance dessa resolução às pessoas com Síndrome de Down com comorbidades neurológicas, afirmando que o fato de a Síndrome de Down não estar enquadrada na CID-10 F84 não afasta a obrigação da operadora de cobrir o tratamento multidisciplinar e ilimitado prescrito ao beneficiário. Esse entendimento considera a presença de transtornos globais do desenvolvimento associados, como o TEA ou o TDAH, condições de maior prevalência em indivíduos com SD em comparação à população geral (STJ, 2023a).

A jurisprudência consolidada do STJ sobre o tema é extensa e convergente, evidenciando uma orientação firme no sentido da proteção do paciente. Em abril de 2023, a Terceira Turma, sob relatoria da Ministra Nancy Andrighi, julgou o REsp n. 2.049.092/RS, estabelecendo que é abusiva a cláusula contratual ou o ato da operadora que importe em interrupção de terapia por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos da ANS (STJ, 2023b).

Em junho de 2023, ao apreciar o REsp n. 2.008.283/SP, a mesma Turma reconheceu a obrigatoriedade de cobertura da equoterapia e do tratamento multidisciplinar por tempo indeterminado para criança com Síndrome de Down. O entendimento incluiu, inclusive, a possibilidade de realização com profissionais fora da rede credenciada na hipótese de inexistência ou inadequação da rede disponível (STJ, 2023a).

O mais recente e definitivo precedente foi noticiado no Informativo n. 826 do STJ, consolidando a orientação jurisprudencial sobre o tema. Ao julgar o AgInt no AREsp n. 2.543.020/SP, em agosto de 2024, a Terceira Turma firmou que o plano de saúde é obrigado a cobrir, de forma ilimitada, as terapias prescritas ao paciente com Síndrome de Down, sendo abusiva qualquer limitação dos tratamentos. Esse entendimento se fundamenta na incompatibilidade dessas restrições com a função social dos contratos, especialmente quando se trata de contrato de plano de saúde de criança com deficiência, em situação de manifesta desvantagem frente à operadora (STJ, 2024). A Jurisprudência em Teses do STJ, Edição 213, Tese 12, consolidou esse entendimento como orientação vinculante no âmbito do Judiciário, reforçando a uniformização interpretativa sobre a matéria.

No plano dos fundamentos jurídicos das negativas, a experiência judicial brasileira revela pelo menos cinco modalidades típicas de recusa, cada uma com fundamento específico de ilegalidade. A primeira é a negativa por ausência do procedimento no rol da ANS, refutada, como exposto, pela jurisprudência do STJ e pelos requisitos da Lei n. 14.454/2022 (Brasil, 2022; STJ, 2024). A segunda é a limitação do número de sessões anuais, que o STJ pacificou ser abusiva por ser incompatível com a natureza crônica e progressiva das necessidades de reabilitação da Síndrome de Down.

A terceira é a alegação de experimentalidade, argumento que carece de suporte empírico diante das diretrizes do Ministério da Saúde, dos protocolos do HCFMUSP e da legislação sobre equoterapia (Brasil, 2013; Tempski *et al.*, 2011; Brasil, 2019). Nesse caso, o ônus de demonstrar a falta de eficácia recai exclusivamente sobre a operadora, nos termos do artigo 373, inciso II, do Código de

Processo Civil. A quarta modalidade consiste na imposição de Cobertura Parcial Temporária de 24 meses para condições congênitas, prática que tem sido caracterizada pelo Ministério Público Federal como discriminação por deficiência.

Essa interpretação encontra respaldo no artigo 4º da Lei n. 13.146/2015 e no artigo 25, alínea e, da Convenção da ONU (Brasil, 2015; Brasil, 2009). A quinta modalidade refere-se à recusa de cobertura fora da rede credenciada, admitida pelo STJ apenas quando a operadora comprova dispor de profissionais capacitados em sua própria rede, o que nem sempre ocorre na prática (STJ, 2023a; ANS, 2022). Essas diferentes formas de negativa evidenciam um padrão reiterado de restrição indevida de direitos assistenciais.

Sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, toda restrição de cobertura sem fundamento legítimo nas normas acima referidas configura cláusula abusiva para os fins do artigo 51, que declara nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam obrigações inequitativas. Também são consideradas abusivas aquelas incompatíveis com a boa-fé ou que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada (Brasil, 1990). Esse enquadramento jurídico reforça a proteção do beneficiário diante de práticas contratuais restritivas.

A abusividade é agravada pelo contexto em que se insere o contrato de plano de saúde, que é tipicamente um contrato de adesão, celebrado entre partes com assimetria informacional e econômica manifesta. Não há, nesse modelo contratual, possibilidade real de negociação individual das cláusulas restritivas, o que limita a autonomia do consumidor e amplia sua vulnerabilidade jurídica. O beneficiário com Síndrome de Down ou seu representante legal não

tem, ao celebrar o contrato, condição de antever ou contestar cláusulas que, anos mais tarde, serão invocadas para negar o tratamento do qual depende o desenvolvimento do filho. Essa assimetria torna-se ainda mais evidente quando o beneficiário é criança, o que atrai a incidência do princípio do melhor interesse da criança, previsto no artigo 227 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

O Código Civil de 2002 reforça esse quadro ao consagrar, nos artigos 421 e 422, os princípios da função social do contrato e da boa-fé objetiva. O contrato de plano de saúde, cuja função social é garantir assistência médica e terapêutica ao beneficiário, não pode ser interpretado ou executado de forma a frustrar a sua própria finalidade. Essa diretriz orienta a interpretação das cláusulas contratuais de modo a preservar o equilíbrio e a justiça na relação jurídica.

Conforme explicita o STJ, não é atribuição do plano de saúde definir quais são os tratamentos ou terapias necessárias ao seu beneficiário, competência que pertence exclusivamente ao médico assistente, cuja prescrição deve ser observada pela operadora (STJ, 2024). A interpretação sistemática das normas constitucionais, convencionais, legais e regulatórias conduz à conclusão inequívoca de que as negativas em tela são ilegais, independentemente da modalidade pela qual se apresentem (Bittencourt, 2016).

A despeito da solidez da tese da ilegalidade das negativas, impõe-se uma reflexão crítica sobre os limites estruturais da atuação regulatória da ANS e sobre a insuficiência da judicialização como mecanismo de efetivação de direitos. A agência dispõe formalmente de poderes normativos, fiscalizatórios e sancionatórios para coibir as práticas ilegais de negação de cobertura. No entanto, a persistência

e a volume das negativas demonstram que esses instrumentos regulatórios não têm produzido os efeitos preventivos esperados, seja pela limitação de capacidade operacional da agência, seja pela desproporção entre as sanções aplicadas e o ganho econômico obtido pelas operadoras com a recusa do atendimento. Por essa razão, o ordenamento jurídico transfere ao Judiciário uma função que, em tese, deveria ser cumprida pela administração pública.

O recurso à tutela jurisdicional, embora legítimo e frequentemente eficaz no caso concreto, apresenta limites intrínsecos que a doutrina progressivamente tem denunciado. Em nota dissonante relevante, Rosenvald e Farias (2020), ao tratarem da responsabilidade civil e da expansão do dano indenizável, advertem que a proliferação de condenações judiciais sem uma reforma estrutural do sistema pode gerar incentivos perversos: as operadoras passam a encarar os valores indenizatórios como custo calculado do negócio, incorporado ao cálculo atuarial, sem que a conduta lesiva seja efetivamente descontinuada. Isso sugere que a resposta exclusivamente judicial é insuficiente para alterar o comportamento sistemático das operadoras, demandando soluções regulatórias de maior amplitude e densidade preventiva.

4. IMPACTOS DAS NEGATIVAS: DIMENSÕES CLÍNICA, JURÍDICA, SOCIAL E FAMILIAR

O impacto mais imediato e grave da negativa de cobertura é a interrupção ou restrição do processo terapêutico, com consequências diretamente mensuráveis sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da pessoa com SD. Como demonstrado na seção 2, as aquisições motoras, linguísticas e cognitivas obtidas em terapia não se consolidam de forma autônoma em ritmo equivalente ao

observado em indivíduos com desenvolvimento típico. A interrupção terapêutica, seja por negativa absoluta, seja por redução do número de sessões a patamares abaixo do prescrito, implica regressão real ou estagnação do desenvolvimento, com prejuízos que podem ser irreversíveis nos períodos críticos do desenvolvimento cerebral (Brasil, 2013; Fiocruz, 2022).

A negativa também prejudica a inclusão social e educacional da criança, pois o progresso em linguagem e comunicação, fundamental para a inserção em ambiente escolar regular, depende diretamente da continuidade das sessões de fonoaudiologia. A aquisição de habilidades motoras e de autonomia nas atividades diárias, vinculada à fisioterapia e à terapia ocupacional, é determinante para a participação social plena (Assunção *et al.*, 2025).

No plano jurídico, a negativa indevida de cobertura configura, pela jurisprudência consolidada, dano moral *in re ipsa*, independente de prova específica do sofrimento, por constituir lesão direta a direito da personalidade, à dignidade e ao melhor interesse da criança com deficiência. Os parâmetros indenizatórios adotados pelos tribunais brasileiros variam, conforme o caso, entre R\$ 5.000,00 e R\$ 30.000,00 por evento de negativa indevida, a depender da gravidade da conduta da operadora (Bellé; Silva; Tomazoni, 2025)

A vulnerabilidade do beneficiário, a reincidência da recusa e o impacto concreto identificado no processo também influenciam esses valores (CNJ, 2023). Casos em que a negativa causou interrupção de tratamento já em andamento tendem a atrair valores superiores, em razão da quebra injustificada da continuidade terapêutica e do dano de confiança. Além do dano moral, a condenação em obrigação de fazer, com imposição de astreintes

em caso de descumprimento, tem se mostrado o instrumento mais eficaz para garantir a continuidade do tratamento enquanto o processo tramita.

O impacto familiar é multidimensional e envolve dimensões econômicas e emocionais que intensificam a sobrecarga vivenciada pelas famílias de crianças com SD. Do ponto de vista econômico, a necessidade de custear as terapias negadas com recursos próprios impõe carga financeira significativa sobre núcleos familiares que, frequentemente, já redirecionaram todo o planejamento orçamentário para as necessidades especiais do filho.

Do ponto de vista emocional, as negativas impõem aos pais, já sobrecarregados pela demanda de cuidado intenso que a SD exige, o fardo adicional de conduzir batalhas jurídicas contra a operadora, frequentemente sem dispor de orientação jurídica especializada. Essa sobrecarga tem sido apontada como fator de adoecimento psíquico dos cuidadores, com impacto sobre a própria qualidade do cuidado prestado à criança (Lopes, 2020). A Defensoria Pública emerge, nesse contexto, como ator institucional indispensável para a democratização do acesso a direitos, especialmente para famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Estudo realizado sobre a atuação do Núcleo de Defesa da Saúde da Defensoria Pública do Estado do Ceará demonstrou que a maior parte das demandas por terapias para pessoas com deficiência atendidas pelo órgão provinha de famílias de baixa renda que não teriam condições de arcar com os custos de um advogado particular (Baptista, 2015). A capilaridade e a especialização da Defensoria Pública em saúde, especialmente nos grandes centros urbanos, têm

sido fator determinante para a democratização do acesso a esses direitos.

Esse cenário evidencia, simultaneamente, que o sistema de saúde suplementar falha sistematicamente para as famílias de menor renda, que acessam os planos de saúde por vínculo de trabalho e não dispõem de recursos para demandar fora da Defensoria. O crescimento exponencial das demandas judiciais envolvendo negativas de planos de saúde a terapias para SD, documentado pelo CNJ em seu Estudo Empírico das Demandas Envolvendo Pessoas com Deficiência (CNJ, 2023) e detalhado pelo Insper em pesquisa sobre judicialização da saúde no Brasil (Insper, 2019), deve ser lido como sintoma de uma disfunção estrutural do sistema de saúde suplementar.

A judicialização é custosa para o Judiciário, para as operadoras e, principalmente, para as famílias, que precisam aguardar o deslinde processual enquanto o desenvolvimento da criança sofre interrupções possivelmente irreversíveis (saúde como direito fundamental e assegura proteção integral à pessoa com deficiência (Freitas; Fonseca; Queluz, 2020). Mecanismos de desjudicialização, como as Câmaras de Mediação em Saúde, o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde e os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário, têm se mostrado instrumentos valiosos para a resolução mais rápida e menos onerosa desses conflitos (Martins; Campos, 2025).

A ampliação e consolidação desses mecanismos, combinada com o fortalecimento da fiscalização da ANS sobre as práticas de negativa das operadoras, é o caminho mais eficiente para garantir que os

direitos das pessoas com SD sejam respeitados sem a mediação obrigatória do Judiciário.

A crescente judicialização das negativas de cobertura para pessoas com Síndrome de Down revela um paradoxo perverso: ao mesmo tempo em que o Judiciário funciona como último recurso de garantia dos direitos individuais, a multiplicidade de demandas individuais idênticas satura o sistema de justiça e produz efeitos sistêmicos negativos. O custo administrativo e processual incorrido pelo Estado, e pelas próprias famílias, para repetir, processo a processo, o reconhecimento de um direito que já está definitivamente assentado na jurisprudência do STJ é econômica e socialmente injustificável. Além disso, a litigiosidade repetitiva cria uma desigualdade horizontal grave: apenas as famílias com acesso à Defensoria Pública ou a advogados especializados conseguem mobilizar o Judiciário de forma eficaz, enquanto aquelas sem esse acesso são forçadas a aceitar a negação indevida ou a custear particularmente as terapias negadas.

Teresa Negreiros (2006) já apontava que a função social dos contratos não se esgota na relação entre as partes: ela projeta efeitos sobre terceiros e sobre o tecido social mais amplo. No contexto dos planos de saúde, isso significa que a recusa sistemática de coberturas devidas não apenas lesa o beneficiário individual, mas degrada a confiança difusa no sistema contratual e onera o Estado com demandas que poderiam ser prevenidas administrativamente. A superação desse cenário exige que a ANS abandone a postura reativa, que aguarda denúncias e litígios para agir, e assuma uma função proativa de compliance regulatório, com monitoramento contínuo das práticas de negação e aplicação de sanções proporcionais ao volume e à gravidade das recusas, de modo que o

custo da conformação seja sistematicamente inferior ao custo da não conformidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida ao longo deste artigo permite confirmar, com solidez, a hipótese central de que as negativas de cobertura pelos planos de saúde privados às terapias multidisciplinares para pessoas com Síndrome de Down são, em todas as suas modalidades, ilegais à luz do ordenamento jurídico brasileiro vigente. Essa conclusão não depende de interpretações teleológicas forçadas ou de ponderações axiológicas difíceis, pois decorre da aplicação direta e sistemática das normas constitucionais, convencionais, legais e regulatórias que compõem o arcabouço de proteção da pessoa com deficiência no Brasil, conjugadas com a jurisprudência consolidada do STJ. Trata-se de uma leitura coerente e integrada do sistema jurídico, que reforça a obrigatoriedade da cobertura e afasta qualquer margem legítima para recusa por parte das operadoras.

Quatro conclusões específicas emergem do estudo, organizando de forma clara os principais achados jurídicos e clínicos. A primeira aponta que a Síndrome de Down, por suas características neurológicas e funcionais, exige terapias multidisciplinares contínuas como condição estrutural de desenvolvimento, e não como preferência terapêutica supérflua, o que afasta a tese de experimentalidade. A segunda indica que o rol da ANS, mesmo sob a tese da taxatividade mitigada firmada pelo STJ, não autoriza a negativa de terapias com eficácia científica robusta e previstas nas diretrizes do Ministério da Saúde.

A terceira conclusão estabelece que a limitação artificial de sessões e qualquer forma de restrição quantitativa do tratamento configuram cláusula abusiva, incompatível com a função social do contrato de plano de saúde e com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da proteção integral à pessoa com deficiência. A quarta evidencia que as negativas produzem danos mensuráveis e juridicamente relevantes, de natureza material, moral e existencial, o que enseja a responsabilização civil objetiva das operadoras. Esses parâmetros indenizatórios já se encontram amplamente reconhecidos pelos tribunais brasileiros, reforçando a necessidade de coibir práticas abusivas.

No plano das reformas necessárias, o artigo sugere três caminhos complementares que podem contribuir para a superação do problema. O primeiro consiste na inclusão expressa da Síndrome de Down como condição abrangida pela obrigatoriedade de cobertura irrestrita de terapias multidisciplinares no próprio texto da RN ANS n. 465/2021, eliminando a dependência de comorbidade com CID F84 para o acionamento da proteção plena. O segundo caminho envolve o fortalecimento das estruturas de desjudicialização, como as Câmaras de Mediação em Saúde, o CIRADS e os NATs, de modo a oferecer às famílias vias mais rápidas e acessíveis de resolução de conflitos.

O terceiro eixo de reforma propõe a intensificação da fiscalização da ANS sobre práticas sistemáticas de negativa, com a aplicação de sanções proporcionais ao volume e à gravidade das recusas, criando incentivos econômicos para o cumprimento espontâneo do ordenamento jurídico. Essas medidas, quando articuladas, têm potencial para reduzir a judicialização e garantir maior efetividade ao direito à saúde das pessoas com Síndrome de Down. Trata-se de um

conjunto de ações que desloca o foco da reação judicial para a prevenção institucional das ilegalidades.

O direito ao desenvolvimento pleno da pessoa com Síndrome de Down não constitui uma concessão das operadoras de planos de saúde, mas um imperativo constitucional, convencional e legal que o Estado brasileiro, em todas as suas instituições, tem o dever de fazer cumprir. A persistência das negativas, mesmo diante de um arcabouço normativo robusto e de precedentes consolidados do STJ, revela que o problema central não reside na ausência de direitos, mas na falha de sua efetivação. Nesse contexto, a sobrecarga recai indevidamente sobre as famílias, que são compelidas a recorrer ao Judiciário para assegurar aquilo que já lhes é garantido por lei.

Essa realidade evidencia uma lacuna estrutural no sistema de saúde suplementar, que transfere aos particulares o ônus da concretização de direitos fundamentais. As famílias de pessoas com Síndrome de Down não deveriam ser obrigadas a enfrentar litígios judiciais prolongados para garantir o acesso a terapias essenciais, sobretudo considerando que o tempo de desenvolvimento de seus filhos transcorre de forma contínua e irreversível. A superação desse cenário exige não apenas o reconhecimento jurídico do direito, mas sua implementação efetiva, contínua e acessível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 539, de 20 de setembro de 2022.** Altera a RN nº 465/2021. Rio de Janeiro: ANS, 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 566, de 29 de novembro de 2022.** Rio de Janeiro: ANS, 2022.

ALMEIDA, Maria Eduarda de Oliveira *et al.* Benefícios da atividade motora aplicada por fisioterapeutas no desenvolvimento infantil de crianças com síndrome de Down. **Caderno Pedagógico**, v. 22, n. 13, p. e21240-e21240, 2025.

ASSUNÇÃO, Elisandra Camilly de Sales *et al.* Intervenções fisioterapêuticas e seus impactos no desenvolvimento motor de crianças com síndrome de down: revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 5, n. 6, p. e8440-e8440, 2025.

BAPTISTA, A. P. O direito à saúde das pessoas com deficiência e o papel promocional do Núcleo de Defesa da Saúde da Defensoria Pública do Estado do Ceará. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2015.

BELLÉ, Adriano Vottri; SILVA, Felipe Kauan Carstens; TOMAZONI, Izadora Carolina. Responsabilidade civil dos planos de saúde por recusa indevida de cobertura. **Revista jurídica gralha azul-TJPR**, v. 1, n. 29, 2025.

BITTENCOURT, G. B. O "Estado da Arte" da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008.** Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.830, de 13 de maio de 2019.** Dispõe sobre a prática de equoterapia. Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656/1998 para estabelecer critérios de cobertura de planos de saúde para procedimentos não previstos no rol da ANS. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de Down.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 2.543.020/SP.** Relatora: Min. Nancy Andrighi. Terceira Turma. Julgado em 24 jun. 2024. Informativo nº 826. Brasília, DF: STJ, 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.889.704/SP.** Relator: Min. Luis Felipe Salomão. Segunda Seção. Julgado em 8 jun. 2022. Brasília, DF: STJ, 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 2.008.283/SP.** Relatora: Min. Nancy Andrighi. Terceira Turma. Julgado em 13 jun. 2023. Brasília, DF: STJ, 2023a.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 2.049.092/RS.** Relatora: Min. Nancy Andrighi. Terceira Turma. Julgado em 11 abr. 2023. Brasília, DF: STJ, 2023b.

CASARIN, S. **Síndrome de Down: caminhos da vida.** 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

CASTRO, M. M. *et al.* Desafios e possibilidades da jurimetria na judicialização em saúde: uma investigação em Minas Gerais do período 2014 a 2020. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 13, n. 1, jan./mar. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Estudo empírico das demandas envolvendo pessoas com deficiência.** 5. ed. Brasília, DF:

CNJ, 2023.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da; QUELUZ, Dagmar de Paula. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190345, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Saúde das pessoas com síndrome de Down**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2022.

INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de soluções. São Paulo: Insper, 2019.

LOPES, P. **Deficiência na Cabeça**: percursos entre diferença, síndrome de Down e a perspectiva antropológica. 2020. Tese (Doutorado em Antropologia Social) — Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

MARTINS, A. da S.; CAMPOS, M. L. R. Judicialização da saúde no Brasil: impactos nas políticas públicas e sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, [S. l.], v. 14, n. 2, e1743, 2025.

NEGREIROS, Teresa. **Teoria do Contrato: Novos Paradigmas**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

ROSENVALD, Nelson. **Dignidade Humana e Boa-fé no Código Civil**. São Paulo: Saraiva, 2005.

ROSENVALD, Nelson; FARIAS, Cristiano Chaves de. **Responsabilidade Civil**. 4. ed. Salvador: JusPodivm, 2020.

SILVA, André Luíz Teles e *et al.* Complement pathway dysregulation and astrocyte alterations in Down syndrome: evidence from postmortem brain tissue and iPSC-derived astrocytes. **Acta Neuropathologica Communications**, v. 14, n. 1, p. 15, 2026.

TEMPSKI, P. *et al.* Protocolo de cuidado à saúde da pessoa com síndrome de Down - IMREA/HCFMUSP. **Acta Fisiátrica**, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 175-186, 2011.

Artigo apresentado ao Curso de Direito do Centro Universitário Santa Terezinha - CEST, para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Bianca Ribeiro Vasconcelos

¹ [...] o cuidado compartilhado diz respeito ao trabalho em equipe multiprofissional que constrói o diagnóstico, o projeto terapêutico, define metas terapêuticas, reavalia e acompanha o processo terapêutico em conjunto. Porém o cuidado compartilhado também pode aqui ser entendido como a integração das diferentes densidades de tecnologias e de complexidade da atenção à saúde no Sistema de Saúde, bem como a integração destes com os recursos da comunidade (Brasil, 2013, p. 29).