

Superior Tribunal de Justiça

8. Há abusividade na cláusula contratual ou em ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento psicoterápico por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, visto que se revela incompatível com a equidade e a boa-fé, colocando o usuário (consumidor) em situação de desvantagem exagerada (art. 51, IV, da Lei nº 8.078/1990).

9. O número de consultas/sessões anuais de psicoterapia fixado pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deve ser considerado apenas como cobertura obrigatória mínima a ser custeada plenamente pela operadora de plano de saúde.

10. A quantidade de consultas psicoterápicas que ultrapassar as balizas de custeio mínimo obrigatório deverá ser suportada tanto pela operadora quanto pelo usuário, em regime de coparticipação, aplicando-se, por analogia, com adaptações, o que ocorre nas hipóteses de internação em clínica psiquiátrica, especialmente o percentual de contribuição do beneficiário (arts. 16, VIII, da Lei nº 9.656/1998; 2º, VII e VIII, e 4º, VII, da Resolução CONSU nº 8/1998 e 22, II, da RN ANS nº 387/2015).

11. A estipulação de coparticipação se revela necessária, porquanto, por um lado, impede a concessão de consultas indiscriminadas ou o prolongamento em demasia de tratamentos e, por outro, restabelece o equilíbrio contratual (art. 51, § 2º, do CDC), já que as sessões de psicoterapia acima do limite mínimo estipulado pela ANS não foram consideradas no cálculo atuarial do fundo mútuo do plano, o que evita a onerosidade excessiva para ambas as partes.

12. Recurso especial parcialmente provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Moura Ribeiro (Presidente), Nancy Andrichi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Marco Aurélio Bellizze.

Brasília (DF), 26 de setembro de 2017(Data do Julgamento)

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.679.190 - SP (2017/0086518-1)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por UNIMED DE ARARAS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com fundamento no art. 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que [REDACTED] ajuizou ação ordinária contra a recorrente objetivando a cobertura de tratamento psicoterápico, pois sofria de distúrbios depressivos (CID-10 de F-32.1), tendo sido solicitadas pelo médico responsável 40 (quarenta) sessões de acompanhamento individual.

Em contestação, a operadora de plano de saúde alegou que, para tal desordem mental e emocional, apenas estão cobertas 12 (doze) sessões de psicoterapia por ano de contrato, conforme previsão contratual, respaldada na Resolução Normativa nº 338/2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a qual especifica a cobertura obrigatória mínima.

O magistrado de primeiro grau, entendendo que era abusiva a limitação do custeio a 12 (doze) sessões, sobretudo porque "(...) não é o plano de saúde quem estipula o tempo de terapia necessária, mas sim a prescrição médica diante da situação do paciente, que pode variar para prazo menor ou maior" (fl. 228), com base na legislação consumerista, julgou procedente o pedido formulado na inicial para declarar nula a cláusula contratual questionada.

Irresignada, a demandada interpôs recurso de apelação requerendo a improcedência do pedido. A autora, por sua vez, apresentou apelação adesiva buscando a majoração dos honorários advocatícios.

Por unanimidade, a Corte de Justiça estadual negou provimento ao apelo da operadora e deu provimento ao apelo adesivo para majorar a verba honorária. O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"Plano de saúde - Seguradora que se nega a prestar mais de 12 sessões anuais de psicoterapia a paciente diagnosticada com quadro de depressão. Abuso na recusa baseada em restrição contratual e também na RN nº 338/2013 da ANS que fere a razoabilidade e desrespeita as peculiaridades de cada paciente. Reconhecimento da obrigação da ré de fornecer o tratamento, independente da limitação genérica constante de cláusula contratual. Inteligência da Súmula nº 96 desta Egrégia Corte - Não provimento do apelo da UNIMED ARARAS e provimento do recurso adesivo da autora apenas para majorar os honorários advocatícios para R\$ 2.000,00" (fl. 282).

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fl. 301).

Superior Tribunal de Justiça

No especial, a recorrente aponta violação dos arts. 458 e 535, II, do Código de Processo Civil de 1973 (CPC/1973), 113 e 422 do Código Civil (CC) e 12, VII, 16, VI, e 35-C da Lei nº 9.656/1998.

Aduz, inicialmente, a nulidade do acórdão dos declaratórios por negativa de prestação jurisdicional, visto que não foram supridos os vícios apontados na petição recursal.

Sustenta também que está obrigada a custear apenas 12 (doze) sessões de psicoterapia anuais, sendo lícita a cláusula que restringe a cobertura do plano de saúde, desde que redigida de modo claro e preciso.

Acrescenta que não se trata de caso de urgência ou emergência, não podendo arcar com sessões de tratamento psicológico de forma ilimitada.

Por fim, argui que as partes devem cumprir com suas obrigações contratuais, devendo observar a boa-fé objetiva, de forma que não pode ser compelida a assegurar sessões excedentes às contratadas.

Após o decurso do prazo para a apresentação de contrarrazões (fl. 322), o recurso especial foi inadmitido na origem (fls. 323/324), o que ensejou a interposição de agravo a esta Corte Superior, o qual foi provido para determinar a reautuação do feito (fls. 344/345).

É o relatório.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.679.190 - SP (2017/0086518-1)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Cinge-se a controvérsia a saber: a) se houve negativa de prestação jurisdicional quando do julgamento dos embargos de declaração pela Corte estadual e b) se é abusiva cláusula contratual de plano de saúde que limita a cobertura de tratamento psicoterápico a 12 (doze) sessões anuais.

1. Da negativa de prestação jurisdicional

Não há falar em negativa de prestação jurisdicional nos embargos declaratórios, a qual somente se configura quando, na apreciação do recurso, o Tribunal de origem insiste em omitir pronunciamento a respeito de questão que deveria ser decidida, e não foi.

Concretamente, verifica-se que as instâncias ordinárias enfrentaram a matéria posta em debate na medida necessária para o deslinde da controvérsia. É cediço que a escolha de uma tese refuta, ainda que implicitamente, outras que sejam incompatíveis.

Registra-se, por oportuno, que o órgão julgador não está obrigado a se pronunciar acerca de todo e qualquer ponto suscitado pelas partes, mas apenas sobre aqueles considerados suficientes para fundamentar sua decisão, o que foi feito.

Nesse sentido:

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MORAIS E MATERIAIS. TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA AO PAGAMENTO DE RENOVAÇÃO DE MATRÍCULA. PRETENSÃO DE REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DELINEADO PELA CORTE LOCAL. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 07/STJ. VIOLAÇÃO AO ARTIGO 535 DO CPC. JULGADO QUE TRAZ FUNDAMENTAÇÃO SUFICIENTE. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO.

(...)

2. *'Quando o Tribunal de origem, ainda que sucintamente, pronuncia-se de forma clara e suficiente sobre a questão posta nos autos, não se configura ofensa ao artigo 535 do CPC. Ademais, o magistrado não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos trazidos pela parte' (AgRg no Ag 1.265.516/RS, 4ª Turma, Rel. Min. João Otávio de Noronha, DJe de 30/06/2010).*

3. *Aggravamento regimental desprovido" (AgRg no AREsp nº 205.312/DF, Rel. Min. PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe 11/2/2014).*

2. Dos planos de saúde, da saúde mental e do tratamento psicoterápico

De início, impende asseverar que apesar de os planos e seguros privados de

Superior Tribunal de Justiça

assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestarem serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também nesses tipos contratuais as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Nesse sentido, convém conferir a redação da Súmula nº 469/STJ:

"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde".

Com efeito, a legislação consumerista incide subsidiariamente nos planos de saúde, conforme inclusive prevê o art. 35-G da Lei nº 9.656/1998. Assim, ambos os instrumentos normativos devem incidir de forma harmônica nesses contratos relacionais, mesmo porque lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida, ou seja, visam ajudar o usuário a suportar riscos futuros envolvendo a sua higidez física e mental, assegurando o devido tratamento médico.

Feitas essas digressões, cumpre examinar a evolução da assistência à saúde mental na Saúde Suplementar.

Antes de 1998, a maioria dos transtornos mentais estava excluída da cobertura dos planos de saúde. Somente com o advento da Lei nº 9.656/1998 é que tais males passaram a ter cobertura obrigatória.

Por sua vez, desde 2006 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) "(...) passou a considerar a Saúde Mental como uma das áreas de Atenção à Saúde prioritárias para o setor" (BRASIL, **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008, pág. 4), aderindo, assim, às recomendações e aos pressupostos constantes na Lei nº 10.216/2001, a qual promoveu não só a reforma psiquiátrica no Brasil, mas também instituiu os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, determinando a adoção de políticas públicas na área pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em vista disso, e da necessidade de articulação dos modelos assistenciais público, privado e suplementar, os órgãos reguladores editaram alguns atos normativos buscando contribuir para o respeito à cidadania e a reintegração social dos portadores de transtornos mentais.

Confira-se breve histórico da regulamentação da assistência à saúde mental no setor nacional de planos de saúde:

"(...)

A regulação da assistência à saúde mental no setor de planos de saúde no Brasil

Até 1998, a atenção aos transtornos mentais estava excluída da

Superior Tribunal de Justiça

quase totalidade dos contratos das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil. A partir da promulgação da Lei 9.656/98, a cobertura passou a ser obrigatória a todos os contratos celebrados a partir de janeiro de 1999 ou nos planos antigos que foram adaptados em consonância com a Lei.

A regulamentação da cobertura para os transtornos mentais foi implantada através da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar de número 11 (CONSU 11). Nos planos e seguros do **segmento hospitalar** foi estabelecido um limite de cobertura de 30 dias de internação por ano de contrato em hospital psiquiátrico ou em hospital geral. No caso do uso prejudicial de álcool e outras drogas, o limite era de 15 dias e as internações só poderiam se dar em hospitais gerais. Ultrapassados estes limites, as operadoras poderiam estabelecer mecanismos de coparticipação crescentes.

A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, implantada pela Resolução Normativa 211 e pela Instrução Normativa 25, que passou a vigorar a partir de Junho de 2010, abandonou a discriminação em dias de cobertura entre internações para usuários de drogas e relativas aos demais transtornos mentais e estabeleceu um limite comum de 30 dias. Foi suprimida também a especificidade de internação em hospitais gerais para as internações motivadas pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas. A partir de Janeiro de 2012, o copagamento para internações psiquiátricas que excedam 30 dias por ano de contrato foi limitado em 50% do valor contratualizado com o prestador.

Ainda no segmento hospitalar, a assistência em hospital-dia, instituída em 1999, teve sua cobertura ampliada em 2010, quando foram suprimidos os limites de duração de tratamento, desde que fossem preenchidos os critérios de diagnóstico estipulados - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, transtornos de humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor) e transtornos globais do desenvolvimento.

No segmento ambulatorial, até junho de 2010, além do atendimento médico por psiquiatra, a cobertura mínima estava restrita a 12 sessões de Psicoterapia por ano e seis sessões de terapia ocupacional. Os atendimentos de emergências podiam ser seguidos também de psicoterapias de crise com a duração máxima de 12 semanas e limitadas a 12 sessões por ano de contrato.

A atualização do rol de procedimentos implementada pela ANS em 2010 elevou o número mínimo de consultas por psicólogos e terapeutas ocupacionais para 40 por ano de contrato para um grupo de diagnósticos que incluem as esquizofrenias, os transtornos afetivos bipolares, os transtornos depressivos recorrentes, os transtornos de alimentação e os transtornos globais de desenvolvimento como o autismo. Para outros diagnósticos, como por exemplo, os transtornos neuróticos e os transtornos mentais devidos a substâncias psicoativas, a cobertura ficou restrita a 12 sessões de psicoterapia por psicólogos ou médicos. Os planos de saúde devem ainda cobrir 12 consultas de terapeutas ocupacionais por ano de contrato para alguns diagnósticos específicos, como demências e retardo mental."

(SILVA, Paulo Fagundes da e COSTA, Nilson do Rosário. Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, v. 16, n° 12, dez. 2011, págs. 4.656/4.657 - grifou-se)

Ressalta-se que a ANS fixa periodicamente diretrizes de atenção à saúde bem como atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica

Superior Tribunal de Justiça

para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde.

Assim, na Resolução Normativa (RN) nº 338/2013, para os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório (Segmento Ambulatorial), o art. 20, V, dispôs sobre a cobertura de psicoterapia, limitada, entretanto, ao número de sessões estabelecido em um de seus anexos.

Por seu turno, o Anexo II da referida resolução estabeleceu diferentes quantidades de sessões ou de consultas obrigatórias mínimas a serem custeadas pelo plano de saúde conforme o grau de severidade do transtorno mental, especificado por sua CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde).

Posteriormente, com a superveniência da RN nº 387/2015, algumas coberturas mínimas foram ampliadas, como as sessões de psicoterapia que passaram de 12 (doze) por ano de contrato para 18 (dezoito).

A propósito:

"(...)

105. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (Laqueadura Tubária/Laqueadura Tubária Laparoscópica);
- b. pacientes candidatos a cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (Vasectomia);
- c. pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- d. pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- e. pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina;

106. CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGO E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura mínima obrigatória de 40 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

Superior Tribunal de Justiça

107. CONSULTA/SESSÃO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

1. Cobertura mínima obrigatória de 12 consultas/ sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

108. SESSÃO DE PSICOTERAPIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 18 sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o 'stress' e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39);**
- f. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19);
- g. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade. (CID F60 a F69)." (grifou-se)

Ocorre que os tratamentos psicoterápicos são contínuos e de longa duração, de modo que um número tão exíguo de sessões anuais não é capaz de remediar a maioria dos distúrbios mentais. Em outras palavras, essa restrição tão severa de cobertura poderá provocar a interrupção da própria terapia, o que comprometerá o restabelecimento da higidez mental do usuário, a contrariar não só princípios consumeristas, mas também os de atenção integral à saúde na Saúde Suplementar (art. 3º da RN nº 338/2013, hoje art. 4º da RN nº 387/2015).

Nesse sentido, esclarecedor é o seguinte trecho da Solicitação do Conselho Federal de Psicologia para o Rol de Procedimentos da Saúde Suplementar (Ofício nº 0756-13/CRI-CFP, de Brasília, 26 de abril de 2013), que pontua a necessidade de ampliação do número de consultas mínimas para se obter a eficácia de um procedimento psicológico:

"(...)

Considerando esses dados, é válido notar que as pesquisas citadas neste documento descrevem, na maioria das vezes, o número de cobertura mínimo necessário para se obter quaisquer resultado positivos.

Superior Tribunal de Justiça

Exemplificam-se 16 semanas de tratamento para pacientes com dificuldades pós-puerperais, 12 meses para controlar surtos esquizofrênicos, 2 anos para pacientes cardíacos, entre outros. Os procedimentos psicológicos passam, portanto, peremptoriamente pela quantidade do tempo que o psicólogo e o paciente têm para abordar determinada demanda.

A eficácia de um procedimento psicológico, por enfatizar a relação interpessoal, independentemente da abordagem psicológica, permeia o estabelecimento de aspectos subjetivos como confiança, empatia, vínculo e respeito. O estabelecimento de um limite de tempo, por si só, coloca-se como verdadeiro óbice na construção desses elementos, essenciais para galgar resultados positivos em atendimentos psicológicos na área da saúde. Além de não levar em consideração esses aspectos da subjetividade humana, um limite de atendimentos psicológicos não planejados de forma embasada pelo paciente e o psicólogo pode constituir sérios impedimentos de se alcançar resultados satisfatórios com pacientes com transtornos de personalidade, por exemplo. Há de se considerar, igualmente, que além destes, há vários outros padrões de patologias, cujos prognósticos não são promissores, que demandam atendimento constante e, talvez, ilimitado.

Não bastasse a realidade oferecida pelos planos de saúde distar drasticamente da necessidade da praxe dos profissionais de Psicologia, restringe, ainda, ao número irrisório de doze sessões de atendimento por ano para várias patologias da CID-10. É necessário que se esclareça os motivos de um plano de saúde considerar doze sessões suficientes para tratar de pacientes com diagnóstico de transtorno de desenvolvimento psicológico (CID F 80, 81, 83, 88 e 89), por exemplo. De que modo seria possível auxiliar eficazmente uma criança a superar enurese noturna nesse lapso de tempo? (CID F98).

Essa idiossincrasia anacrônica dos planos de saúde no Brasil distancia-se, mesmo, dos serviços de saúde pública no país. Dignos de evidência são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que levam devidamente em consideração essa necessidade de não impor limites a atendimentos psicológicos, reconhecendo assim a individualidade de cada usuário do sistema de saúde e as diversas formas que cada patologia pode assumir, a depender do contexto.

(<http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/camara_tecnica/2013_gt_revisa_o_rol/20130506_doc8_contribcpf-psicologia.pdf>, acesso em 5/9/2017 - grifou-se)

Nesse contexto, cumpre assinalar que a jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que é o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta (vide AgInt no AgInt no REsp nº 1.622.150/PR, Rel. Ministro Moura Ribeiro, DJe 18/8/2017, e AgRg no REsp nº 1.533.684/SP, Rel. Ministro Marco Buzzi, DJe 21/2/2017).

De igual maneira, na psicoterapia, é de rigor que o profissional tenha autonomia para aferir o período de atendimento adequado segundo as necessidades de cada paciente, de forma que a operadora não pode limitar o número de sessões recomendadas para o tratamento integral de determinado transtorno mental.

Como é de conhecimento, a integralidade da assistência terapêutica alcança, de forma harmônica e equitativa, as ações e os serviços de saúde preventivos e curativos, inclusive

Superior Tribunal de Justiça

para a saúde mental, implicando atenção individualizada, para cada caso, conforme as suas exigências.

Assim, será abusiva qualquer cláusula contratual ou ato da operadora de plano de saúde que importe em interrupção de tratamento psicoterápico por esgotamento do número de sessões anuais asseguradas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, visto que se revela incompatível com a equidade e a boa-fé, colocando o usuário (consumidor) em situação de desvantagem exagerada (art. 51, IV, da Lei nº 8.078/1990).

Logo, o número de consultas/sessões anuais de psicoterapia fixado pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deve ser considerado apenas como cobertura obrigatória mínima a ser custeada plenamente pela operadora de plano de saúde; mas, para não haver o esvaziamento do tratamento da enfermidade mental, a quantidade que ultrapassar tais balizas deverá ser suportada tanto pela operadora quanto pelo usuário, em regime de coparticipação, aplicando-se, por analogia, o que ocorre nas hipóteses de internação em clínica psiquiátrica, sobretudo quando superados os 30 (trinta) dias de garantia (arts. 16, VIII, da Lei nº 9.656/1998; 2º, VII e VIII, e 4º, VII, da Resolução CONSU nº 8/1998 e 22, II, da RN ANS nº 387/2015).

A estipulação de coparticipação nessas situações se revela necessária, porquanto, por um lado, impede a concessão de consultas indiscriminadas ou o prolongamento em demasia de tratamentos e, por outro, restabelece o equilíbrio contratual (art. 51, § 2º, do CDC), visto que as sessões acima do limite mínimo estipulado pela ANS não foram consideradas no cálculo atuarial do fundo mútuo do plano, o que evita a onerosidade excessiva para ambas as partes.

De fato, esse fator moderador de custeio diminui o risco assumido pela operadora, constituindo medida inibitória de condutas descuidadas e pródigas do usuário, já que o uso desenfreado de procedimentos, consultas e exames afetará negativamente o seu patrimônio. A prudência, portanto, deve figurar como importante instrumento de regulação do seu comportamento (vide REsp nº 1.566.062/RS, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 1º/7/2016).

Nesse passo, acerca do equilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde, cumpre transcrever a doutrina de Guilherme Valdetaro Mathias:

"(...)

Assim, é fundamental que o julgador, ao examinar as questões atinentes aos contratos celebrados entre usuários e plano de saúde, leve em consideração o mutualismo e a estrutura técnico-econômica, tendo sempre presente a ideia de que a concessão de benefícios não cobertos e a criação de novos direitos sem amparo contratual desfalcarão o fundo mútuo, formado pelas contribuições da coletividade de segurados, que será

Superior Tribunal de Justiça

diretamente atingida por aquela decisão. É preciso não esquecer que os abusos e os excessos de alguns segurados, ao fim e ao cabo, serão custeados pelos demais segurados que fazem uso dos planos com parcimônia e prudência.

(...)

(...) as intrincadas e relevantes relações entre usuários e operadoras de planos de saúde são reguladas pela Lei 9.656/1998, sofrendo forte influência do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor. Os princípios da nova teoria contratual, mormente a boa-fé objetiva, são fundamentais para a resolução dos conflitos, pois, além de obrigar as partes - todas elas, usuários, operadoras, médicos e hospitais - atuarem com lealdade e cooperação, **levam os julgadores a buscar as soluções que preservem o equilíbrio dos contratos e as justas expectativas das partes. É preciso, ainda, notar que o equilíbrio a ser preservado não é apenas aquele relativo à relação entre o usuário e o plano de saúde. Fundamental que se preserve o equilíbrio da relação entre o usuário e a coletividade (mutualismo), de modo a impedir os desfalques desnecessários e desarrazoados do fundo comum".**

(MATHIAS, Guilherme Valdetaro. O Código Civil e o Código do Consumidor na Saúde Suplementar. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (org.). **Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, págs. 110-116 - grifou-se)

Sem a limitação do número de consultas de psicoterapia e com a adoção da coparticipação nas sessões excedentes, "(...) as operadoras se tornarão, verdadeiramente, gestoras de cuidado, adotando um novo paradigma para o modelo assistencial no campo da saúde mental", haja vista que estarão implementando e aprimorando "(...) um modo de cuidar pautado pelo respeito à liberdade, autonomia e singularidades dos sujeitos" (BRASIL, **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008, págs. 13 e 58).

Na espécie, a autora sofria de distúrbios depressivos (CID-10 de F-32.1), tendo sido solicitadas pelo médico responsável 40 (quarenta) sessões de psicoterapia com acompanhamento individual.

Sobre os transtornos depressivos, ansiosos e alimentares e a importância da atenção psicossocial, extrai-se o seguinte excerto das Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar:

"(...)

O Ministério da Saúde classifica os transtornos mentais em três grandes grupos: transtornos mentais graves e persistentes; transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; transtornos depressivos, ansiosos e alimentares.

As presentes Diretrizes utilizam ainda outras duas categorias além do modelo de classificação do MS anteriormente descrito, quais sejam: atenção à saúde mental da criança e do adolescente e atenção à saúde mental do idoso. (...)

(...)

Superior Tribunal de Justiça

c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares

Segundo dados da ABP de 2006, dentre as pessoas que necessitam de algum atendimento em saúde mental, esta categoria acomete cerca de 22 milhões de pessoas, **correspondendo a, aproximadamente, 12% da população brasileira.**

Esse grupo é um dos que mais cresce atualmente e, apesar de geralmente não necessitar de internações, demanda serviços extra-hospitalares e responde por uma das maiores causas de afastamento no trabalho, necessitando de acompanhamento ambulatorial específico (ABP, 2006).

Apesar de eventualmente necessitarem de atendimento de urgência e emergência e, muito raramente, de uma curta internação, **os portadores de transtornos depressivos, ansiosos e alimentares devem contar com atenção ambulatorial de qualidade, prioritariamente com médico psiquiatra e psicólogo.**

(...)

(...) **Outro tema de igual importância e magnitude é a depressão no idoso**, tão prevalente quanto a doença de Alzheimer (ABP, 2006).

A depressão em idosos tem sido considerada como um dos quatro gigantes da geriatria, sendo os outros três a demência, quedas e infecções(...)

(...)

Depressão em Idosos

É a doença psiquiátrica que mais comumente leva ao suicídio, sendo os idosos o grupo etário que, com mais frequência, se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se deva ignorar os chamados suicídios passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar) (BRASIL, 2006).

(...)

Os principais recursos terapêuticos são: atendimento individual, psicoterapia e farmacoterapia; atendimento em grupo e atendimento à família.

(...)

Serviços de saúde mental: os serviços de saúde mental, que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, devem ser uma parte integral na assistência de longo prazo ao idoso. Deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos (OMS, 2001)."

(BRASIL, **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008, págs. 14/54).

Entretanto, a operadora de plano de saúde alegou que para a desordem mental e emocional que a autora sofre apenas estariam cobertas 12 (doze) sessões de psicoterapia por ano de contrato, conforme previsão contratual, respaldada na então RN ANS n° 338/2013.

Atualmente, as consultas para tal distúrbio mental foram ampliadas para 18 (dezoito) por ano de contrato (RN ANS n° 387/2015).

Consoante o ano, esses deverão ser, então, os pisos mínimos de custeio integral do tratamento psicoterápico pela operadora, haja vista a abusividade da restrição contratual, como dito alhures.

Por pertinente, confira-se o seguinte trecho do acórdão local:

Superior Tribunal de Justiça

"(...)

A autora é beneficiária de plano de saúde empresarial. Sendo diagnosticada com quadro de depressão, foi solicitada pelo médico que a assiste e como complemento ao seu tratamento a realização de 40 sessões de psicoterapia individual. Ocorre que a UNIMED ARARAS não só não disponibilizou um médico dentro de seu quadro clínico para a realização das sessões, como afirmou que nos termos da RN nº 338/2013 da ANS a autora só teria direito a 12 sessões de psicoterapia por ano.

(...)

Porém, deve a disposição em questão ser considerada abusiva, na medida em que limita o número de sessões de psicoterapia para pacientes como a autora, cujo tratamento foi prescrito pelo médico que a assiste, ressaltando que a limitação, tal como disposta, poderá acarretar lesão grave e de difícil reparação à saúde da segurada, na medida em que o bem em questão é a sua própria vida e saúde. Ademais, há previsão na apólice da cobertura de doenças psiquiátricas, o que impõe o custeio das sessões de psicoterapia. Não há sentido em cobrir o evento, mais abrangente, e impor limitação na recuperação do enfermo.

Do mesmo modo, a menção genérica à cobertura restrita da psicoterapia [limitada a 12 sessões por ano] não poderia justificar a negativa da seguradora, porque não estabelece critérios para a delimitação, deixando de fazer ressalvas para casos específicos e que demandam a extensão do tratamento, como na hipótese dos autos. Ora, se o limite estabelecido é simplesmente de 12 sessões, sem levar em conta qualquer outro fator, tal como a efetiva necessidade de continuação do tratamento, entende-se que implica excessiva desvantagem ao consumidor, contrariando a sistemática da Lei 9.656/98, do Código de Defesa do Consumidor, bem como a finalidade de restabelecer a saúde da paciente.

Se a necessidade do tratamento está demonstrada, a operadora deve arcar com o procedimento, independentemente da existência no contrato de cláusula que disponha genericamente sobre um número limite de sessões ou de norma da ANS neste sentido. A disposição, nesses termos, pode ser considerada nula de pleno direito, porque fere a razoabilidade e a boa-fé e ainda porque não cabe à seguradora determinar prazo (imprevisível) para a recuperação do paciente" (fls. 285/287 - grifou-se).

Efetivamente, para a completa recuperação e reabilitação da usuária, não poderá haver a interrupção da terapia. Contudo, o número de sessões excedentes ao mínimo coberto deverá ser custeado em regime de coparticipação, aplicando-se, com adaptações, a cláusula contratual que disciplina a internação psiquiátrica, especialmente o percentual de contribuição do beneficiário.

Assim, se o tratamento psicoterápico ocorreu na vigência da RN ANS nº 338/2013, o piso mínimo de custeio integral pela operadora será de 12 (doze) consultas anuais. Após a superveniência da RN ANS nº 387/2015, a terapia a ser coberta é de 18 (dezoito) sessões por ano de contrato. Em qualquer caso, aplica-se a coparticipação nos atendimentos remanescentes.

3. Do dispositivo

Superior Tribunal de Justiça

Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso especial para, mantida a nulidade da limitação no plano de saúde da cobertura de apenas 12 (doze) - hoje 18 (dezoito) - sessões de psicoterapia anuais, determinar a adoção da coparticipação, similar a existente na internação psiquiátrica, para as consultas excedentes.

Tendo em vista a sucumbência recíproca, a demandada arcará com 50% das custas processuais e dos honorários advocatícios, enquanto que a demandante arcará com 50%, mantidos os valores arbitrados na sentença.

É o voto.



