

SAÚDE MENTAL
E
JUDICIALIZAÇÃO

Legislação aplicável ao estudo do tema: Leis nºs 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) e 10.216/01 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental).

Conforme previsto no artigo 4º *caput*, dessa legislação específica, a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo certo que o artigo 6º, *caput*, do mesmo diploma legal, determina que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Julgados paradigmas sobre o tema:

1) REsp. nº 1.809.486/SP, que enunciou a tese alusiva ao tema repetitivo nº 1.032:

"Nos contratos de plano de saúde não é abusiva a cláusula de coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro" (2ª Seção, Rel. Min. Marco Buzzi, j. 9/12/20).

2) O REsp. nº 1.679.190/SP (Rel. Min. Ricardo Cueva, 3ª Turma, j. 26/9/17), fornece parâmetros a serem aplicados em casos desse tipo.

“(...) Com o advento da Lei nº 9.656/1998, as doenças mentais passaram a ter cobertura obrigatória nos planos de saúde. Necessidade, ademais, de articulação dos modelos assistenciais público, privado e suplementar na área da Saúde Mental, especialmente após a edição da Lei nº 10.216/2001, a qual promoveu a reforma psiquiátrica no Brasil e instituiu os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

(...)

Os tratamentos psicoterápicos são contínuos e de longa duração. Assim, um número exíguo de sessões anuais não é capaz de remediar a maioria dos distúrbios mentais. A restrição 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).

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 **(entendimento que sofreu recente evolução, como adiante se verá)**.

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, sob pena de esvaziar e prejudicar sua eficácia.

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).

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.

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).

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””.

Relevante, também, para o estudo do tema, o Enunciado nº 116, aprovado na VI Jornada de Direito da Saúde, em 15 de junho de 2023:

“O pedido de internação compulsória somente será apreciado mediante comprovação de esgotamento de outros recursos com possibilidades de tratamento. A comprovação deverá ser feita por meio de laudo firmado por médico, com base em relatórios ou outros documentos indicando que os recursos extra-hospitalares foram manejados sem sucesso”.

Controvérsia, frequentemente encontrada, em ações do tipo, acerca do caráter emergencial de eventual internação, a exigir pronta cobertura, mesmo fora da rede credenciada.

Discussões ainda acerca da existência de capacidade técnica das unidades ligadas ao plano de saúde, para a efetiva e adequada prestação dos serviços recomendados ao paciente.

Alguns exemplos de recentes julgados do TJSP sobre o tema:

Apelação Cível nº 1026266-03.2019.8.26.0564, de minha relatoria,
10ª Câmara de Direito Privado, j. 15/2/22:

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. PROCEDÊNCIA. Relatório médico a caracterizar a internação em regime de urgência. Não comprovada a recusa da operadora em custear o tratamento. Existência de clínica coberta pelo contrato, devidamente demonstrada. Requerente não procurou a cobertura em clínica credenciada, antes da internação, a evidenciar seu caráter eletivo. Insurgência acolhida. Sentença reformada. Precedentes desta C. Câmara. Improcedência que se impõe. RECURSO PROVIDO”.

Apelação Cível nº 1019367-86.2020.8.26.0003, de minha relatoria, 10ª
Câmara de Direito Privado, j. 18/9/21:

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. Protocolos de atendimento junto à operadora e reclamações ao PROCON atribuem verossimilhança à alegação de não indicação de clínica especializada, antes da internação. Relatório médico a caracterizá-la como em regime de urgência. Apelante que intimada da concessão da tutela, indicou clínicas especializadas para o tratamento prescrito. Forma de custeio que deve necessariamente observar a cláusula de coparticipação, após o 31º dia, bem como os limites contratuais para reembolso, em caso de internação em clínica não credenciada. Custeio e reembolso integral. Impossibilidade. Insurgência não acolhida. Precedentes do E. STJ e desta C. Câmara. Sentença mantida. RECURSO NÃO PROVIDO”.

Destaque para o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), que fornece aos diversos órgãos do sistema de Justiça, notas e respostas técnicas com fundamentos científicos, que auxiliam na análise de pedidos que envolvem procedimentos médicos e fornecimento de medicamentos.

Natureza não obrigatória dessa consulta, tampouco vinculativa, do parecer apresentado.

Preponderância, entre as consultas apresentadas ao setor, no âmbito do TJSP, de demandas vinculadas ao SUS e relacionadas ao fornecimento de medicamentos supostamente mais eficazes que aqueles até então utilizados pelos pacientes.

Atual entendimento jurisprudencial do STJ a respeito da natureza do rol da ANS, que pode alterar essa perspectiva, ressaltando a importância do NatJus, em consonância com o que consta do eixo de atuação nº 8, do Plano Nacional da Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde (Resolução nº 530/2023, do CNJ, recentemente editada), no sentido de fomentar a integração da Saúde Suplementar ao NatJus Nacional.

Exemplo de recente julgado do TJSP convertendo julgamento em diligência, em razão disso:

“(…)

Natureza do rol da ANS. Entendimento atual do C. STJ pela taxatividade, em regra, do rol de procedimentos de cobertura obrigatória da ANS, admitindo-se, excepcionalmente, a cobertura mediante comprovação da efetiva necessidade. Advento da Lei nº 14.454/2022 que alterou a Lei nº 9.656/98 para instituir o rol como referência básica para a assistência mínima a ser prestada pelo serviço de saúde suplementar, devendo ser prestada a cobertura prescrita se atendidos os requisitos legais: (i) comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (ii) existência de recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Cerceamento de defesa. Não configuração. Seguradora que pleiteou o julgamento antecipado da lide. Caso concreto, porém, em que os documentos juntados não permitem aferir se estão preenchidos os requisitos postos pelo legislador, com a adoção dos parâmetros elencados pelo C. Superior Tribunal de Justiça como baliza interpretativa. Como visto, o rol é de taxatividade mitigada ou, se se quer, exemplaridade condicionada, admitindo exceções de forma pontual. Imprescindibilidade da instrução. Necessidade de consulta ao NAT-Jus/TJSP, CONITEC e Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS, facultada às partes a juntada de documentos elaborados por outros órgãos técnicos de renome, nacionais ou estrangeiros.

Apelação Cível nº 1000747-82.2022.8.26.0576, rel. Des. Rodolfo Pellizari, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 26/10/23.

No âmbito do STJ, a orientação jurisprudencial sobre o tema também evoluiu, para considerar que a mera indicação de um medicamento, ou tratamento, pelo médico assistente, como suficiente para garantir seu fornecimento, tem sido entendido como comportamento temerário, e incompatível com o contraditório e ampla defesa, além da natural imparcialidade que se espera da magistratura, recomendando assim, abertura de instrução probatória sobre o tema, em caso de controvérsia entre as partes (AREsp. nº 2.105.859, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, DJe de 1/7/22).

Matéria sensível, a ensejar maior cuidado por parte de todos os profissionais que cuidam de casos referentes ao tema.

Exemplo de ordem judicial não cumprida, a ensejar pesada indenização à operadora de plano de saúde:

“APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO LIMINAR– Recusa de fornecimento de tratamento do autor, portador de depressão grave, com tendência suicida. Prescrição médica para realização de sessões de eletroconvulsoterapia. Recusa do plano de saúde. Tratamento com cobertura contratual- Prescrição médica expressa – Cobertura devida – Hipótese de incidência das Súmulas 95 e 102 do Tribunal de Justiça de São Paulo – Reembolso integral dos valores gastos. Precedentes. Recurso desprovido” (Apelação Cível nº 1010470-40.2018.8.26.0003, Rel. Des. Costa Neto, 6ª Câmara de Direito Privado, j, 22/8/19).

“APELAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL. RECUSA DE TRATAMENTO. SUICÍDIO. PARCIAL PROCEDÊNCIA. Apelante condenada no pagamento de R\$ 100.000,00, a título de danos morais, diante do suicídio do genitor da apelada, a quem se recusou o fornecimento de tratamento de eletroconvulsoterapia ECT, prescrito por médico assistente, que fez expressa referência ao risco de suicídio, posteriormente consumado. Nexó de causalidade presente, revelado pelo descaso em dar atenção aos sinais claros de ideação suicida consignados em relatório médico, que até então não tinha se ultimado, enquanto perdurou o tratamento recusado e realizado às custas dos familiares. Negativas anteriores que foram objeto de duas ações antecedentes, ambas julgadas procedentes, em que constaram, inclusive, majoração das astreintes, pela deliberada recalcitrância no cumprimento de tutelas de urgência. Operadora que negou ilicitamente obrigação contratual que lhe competia, atuando de modo irresponsável, para, com isso, assumir os riscos e consequências jurídicas da consumação do suicídio, enquanto perdurava a negativa no fornecimento do tratamento. Arbitramento que se revelou adequado, em face das peculiaridades do caso. Sentença mantida. RECURSO NÃO PROVIDO” (Apelação Cível nº 1001977-06.2020.8.26.0003, de minha relatoria, 6ª Câmara de Direito Privado, j, 10/8/23).