

**Vulnerabilidade dos usuários de planos de saúde:
análise do Recurso repetitivo nº 1.809.486/SP (tema nº 1032 do STJ) e da sua
possível contrariedade à súmula 302 do STJ**

**Vulnerability of users of health plans:
analysis of repetitive special appeals nº 1.809.486/SP (STJ topic nº 1032) and its opposition to
STJ precedents (sumula) nº 302**

**Fernanda Christina Parisi Sedeh Padilha¹
Luciano Pereira de Souza²**

RESUMO: A massificação das relações de consumo fez com que o princípio da autonomia da vontade deixasse de ser o cerne central da relação contratual, cedendo lugar aos princípios da boa-fé objetiva e da equidade. O Código de Defesa do Consumidor, norma de ordem pública, destacando a vulnerabilidade dos consumidores em relação aos prestadores de serviços e, visando garantir o equilíbrio das relações contratuais, declara como nulas as cláusulas abusivas. Um contrato que merece especial atenção é o contrato de assistência à saúde, firmado com os planos de saúde. Neste contexto, o Poder Judiciário se manifesta diariamente em relação à abusividade e, conseqüentemente, nulidade das cláusulas contratuais de não cobertura, reembolso, reajuste, entre outras. O Superior Tribunal de Justiça, por exemplo, entendeu que é abusiva a cláusula contratual que impõem limitação no tempo de internação (Súmula 302). Ainda em relação à abusividade, o referido Tribunal firmou recentemente entendimento de que não se configura abusiva a imposição de coparticipação a partir do trigésimo dia de internação psiquiátrica (Tema 1032). Em primeira análise, a imposição de ônus ao consumidor internado, hipervulnerável, pode significar a limitação à internação. O presente trabalho objetivou discutir exatamente este paradoxo, chegando-se à conclusão de que a imposição da coparticipação em casos de internação psiquiátrica pode limitar, ainda que indiretamente, o período de internação.

PALAVRAS-CHAVES: Planos de Saúde. Abusividade. Tratamento Psiquiátrico. Limitação de internação. Coparticipação.

ABSTRACT: *The massification of consumer relations meant that the principle of autonomy ceased to be the central core of the contractual relationship, giving way to the principles of objective good faith and equity. The Consumer Protection Code, an internal public policy, highlights the vulnerability of consumers in relation to service providers and, in order to guarantee the balance of contractual relations, declares abusive clauses null and void. A type of contract that deserves special attention is the health care contract, signed with health plans. In this context, the judiciary expresses itself daily in relation to abusiveness and, consequently, the nullity of contractual clauses of non-coverage, reimbursement, readjustment, among others. Superior Court of Justice, for instance, understood that the contractual clause that imposes a limitation on the length of hospitalization is abusive (precedent*

1 Bióloga formada pela Universidade Federal de São Carlos – São Carlos/SP. Advogada especialista em Processo Civil pela Escola Paulista de Direito, São Paulo/SP e Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito, São Paulo/SP e Direito Ambiental pelas Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo/SP. Mestranda em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília, Santos/SP. Especializanda em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra/PT. Integrante da Comissão de Direito da Saúde da OAB – Campinas/SP.

² Advogado. Professor permanente do programa de pós-graduação *stricto sensu*, Mestrado em “Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas” da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Professor e Coordenador do Núcleo de Pesquisa e Prática Jurídica da Faculdade de Direito da Universidade Santa Cecília. Bacharelado e Licenciatura em Biologia (Universidade de São Paulo). Bacharel em Direito (Universidade de São Paulo). Especialista em Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico (Universidade Santa Cecília). Mestre em Direito Civil (Universidade de São Paulo). Doutor em Direito Ambiental Internacional (Universidade Católica de Santos).

302). Still in relation to abusiveness, the aforementioned court recently established an understanding that the imposition of co-participation starting in the thirtieth day of psychiatric hospitalization is not considered abusive (Topic 1032). In the first analysis, the imposition of a burden on the hospitalized consumer, who is hyper vulnerable, can mean the limitation of hospitalization. This study aimed to discuss exactly this paradox, reaching the conclusion that the imposition of co-participation in cases of psychiatric hospitalization can limit, albeit indirectly, the hospitalization time.

KEYWORDS: Health Plans. Abusiveness. Psychiatric Treatment. Limitation of hospitalization. Co-participation.

INTRODUÇÃO

Antes da vigência da Constituição Federal de 1988 e do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990), havia algumas leis esparsas que protegiam indiretamente o consumidor, prevendo sanções penais e administrativas para abusos no âmbito econômico, citando-se como exemplo a Lei 1.521/1951, que regula crimes contra a economia popular, a Lei 4.137/1962 que criou o Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE e a Lei 5.966/19973, que criou o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO (GREGORI, 2019). Todavia, a legislação esparsa não dava a atenção que o consumidor necessitava ante a massificação das relações contratuais.

Com a vigência do Código de Defesa do Consumidor, a relação contratual, pautada na autonomia da vontade, se modificou. O Princípio do *pacta sunt servanda* cedeu lugar aos princípios da boa-fé objetiva e da equidade e, neste contexto, o consumidor, ainda que tenha consentido com as cláusulas contratuais, será protegido pelo Estado nos casos em que houver o desequilíbrio da relação contratual.

Para garantir os mencionados princípios, o legislador estipulou uma cláusula genérica de abusividade estipulando que serão nulas todas as cláusulas que “estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade” (BRASIL, 1990). A vedação à abusividade, desta feita, visa a manutenção do equilíbrio contratual entre partes tão discrepantes entre si: consumidores e fornecedores.

O controle do equilíbrio contratual e a vedação às cláusulas abusivas, poderá ser feito perante o Poder Judiciário a pedido do consumidor, do Ministério Público e, até mesmo, *ex officio*. Os contratos de plano de saúde, por exemplo, são constantemente questionados judicialmente, especialmente, em relação a abusividade de cláusulas de reembolso, reajustes financeiros anuais e por faixa etária, limitação de tempo de internação, entre outras.

O presente trabalho focou na análise das cláusulas contratuais de plano de saúde, especificamente, na limitação do tempo de internação, incluindo-se o precedente sumular firmado no Superior Tribunal de Justiça. Nos termos da Súmula 302, vigente desde 2004, “é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

Ao nosso ver, nada mais justo, considerando que o consumidor internado já se encontra em situação de hiper vulnerabilidade e a limitação do tempo de internação esvaziaria o cerne do contrato (prestação de serviços de assistência à saúde) e se demonstraria abusiva, tendo em vista que nem o consumidor, nem os médicos têm controle da doença e de suas consequências à saúde. Ocorre que, em análise superficial do Tema 1032, julgado em dezembro de 2020, existe uma contradição com a citada súmula.

Nos termos do precedente, “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”. Ao que nos parece, a partir do momento que se impõe uma coparticipação ao Consumidor, na realidade, está se limitando o tempo da internação psiquiátrica.

Objetiva-se, então, com o presente trabalho discutir a existência de paradoxo entre precedentes do Superior Tribunal de Justiça - STJ. Em especial se a imposição de coparticipação a partir do trigésimo dia de internação psiquiátrica, conforme entendimento firmado no Tema 1032, não seria na prática uma limitação da internação, em contrariedade à Sumula 302. A metodologia utilizada no presente artigo foi a pesquisa bibliográfica e jurisprudencial, tendo sido a análise realizada por método interpretativo técnico-jurídico.

1 OS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE E DA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Para a concepção clássica³, o contrato é um negócio jurídico por meio do qual, pelo menos duas partes, criam, modificam ou alteram direitos, com conteúdo patrimonial (TARTUCCE, 2021). A autonomia privada da vontade era soberana, as pessoas escolhiam a conveniência da contratação, com quem contratar e o objeto do contrato, restando configurada a tríplice escolha da vontade (NETTO, 2019). Nitidamente, a autonomia da vontade era o cerne e a base do contrato.

Assim, o contrato nascerá do consentimento autônomo das partes que, em posição de igualdade e livres de qualquer interferência e supervisão do Estado, assumem compromissos dos quais não poderão hesitar em decorrência dos princípios do “*pacta sunt servanda*” e do “*lex inter partes*”. Nesta concepção, caberá ao Estado garantir que os acordos sejam cumpridos nos moldes firmados, podendo as partes apenas se desvincular do contratado com um acordo superveniente ou pelas figuras de força maior ou caso fortuito (MARQUES, 2016).

Com o advento da Constituição Federal de 1988 e da função social da propriedade o contrato passa a ter uma função mais ampla e social, em respeito também à dignidade da pessoa humana. Isto porque, sendo o contrato uma “manifestação do direito de propriedade” e, tendo a propriedade que ter, necessariamente, uma função social, por consequência lógica, o contrato precisa ampliar seu alcance e ter uma função social (GAGLIANO e FILHO, 2019, n.p).

Nesta nova realidade contratual, o contrato deverá atender à sua função social, por meio do livre acordo de vontades, afiançando direitos e garantias fundamentais, admitindo a relativização do princípio da igualdade dos contratantes e consagrando o princípio da boa-fé objetiva (GAGLIANO e FILHO, 2019).

³ Trata-se da concepção voluntarista, individualista e liberal que atingiu seu ápice no século XIX e concebia o contrato como instrumento individual de movimentação de riqueza centrado na autonomia da vontade, cujo reflexo era a liberdade de contratar (liberdade de forma, de cláusula, de tipos contratuais), a qual só encontrava limites no *ius cogens*. Adequada ao modelo de Estado liberal essa concepção partia da ideia de igualdade formal entre as partes contratantes que supostamente negociavam em condições paritárias para manifestar a sua livre vontade. Nesse modelo liberal, individualista e voluntarista as regras referentes aos contratos deveriam compor um quadro de normas supletivas e meramente interpretativas para assegurar a plena autonomia da vontade e a liberdade contratual, cabendo ao Estado o papel de garantir essa liberdade e somente intervir, basicamente nos casos em que a vontade manifestada fosse viciada (MARQUES, 2016, p. 58-60 e 67 a 71).

Para Maria Stella Gregori, “pela influência do *Welfare State*, em que a visão individualista, paritária e patrimonialista cede espaço à preocupação das desigualdades”, bem como pelo crescimento exponencial do consumo após da Revolução Industrial, o contrato deixa de ser visto como instrumento jurídico estritamente particular e passa a ter um conteúdo público, social. A autonomia das partes não é mais o foco central do contrato, o equilíbrio entre as partes sim (GREGORI, 2019, p.124).

Sendo assim, os contratos paritários ou individuais, da denominada teoria contratual clássica, dão origem aos métodos de contratação em massa ou “estandarizados”. Os contratos, não necessariamente escritos⁴, são pré-elaborados unilateralmente pela parte economicamente mais forte (Estado ou Fornecedor) cabendo ao outro parceiro (consumidor) a simples adesão ou rejeição do contrato, inexistindo a discussão ou modificação de seu conteúdo, como por exemplo os contratos bancários, de seguros e os de planos de saúde (MARQUES, 2016, n.p).

Exatamente por restringir a liberdade contratual, a interpretação dos contratos de adesão não pode se dar da mesma forma que a interpretação dos contratos paritários (GAGLIANO e FILHO, 2019). Nesta nova concepção de contrato, caberá ao Estado “o controle da justiça contratual, em especial, o controle das cláusulas abusivas” (MARQUES, 2016, n.p).

E aqui cita-se o Estado em todas as suas esferas. O Legislador, com relação aos contratos de adesão, dispôs no Código de Defesa do Consumidor (CDC) seção específica para os contratos de adesão (artigo 54), assim como constou no artigo 423 do Código Civil que “quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente” (BRASIL, 2002); o Executivo, por meio de seu poder de fiscalização, exercido pelos Órgãos de Proteção ao Consumidor; e o Judiciário invalidando, muitas vezes de ofício, cláusulas abusivas de contratos questionados em seu âmbito.

Além de fiscalizar, a lei poderá estabelecer o conteúdo do contrato de adesão ou da contratação em massa, criando-se a figura dos “contratos dirigidos”. Cláudia Lima Marques elucida, neste tocante, que algumas das cláusulas dos contratos de planos de saúde são ditadas pela Lei 9.656/1998, como por exemplo as coberturas assistenciais obrigatórias (MARQUES, 2016, n.p).

Isto decorre do fato de os contratos de planos de saúde terem por objeto a prestação de serviço de assistência à saúde e serem firmados entre o consumidor e a pessoa jurídica que oferece a prestação do serviço (GREGORI, 2019). Tratando-se de um contrato de “longa duração, envolvendo uma cadeia de fornecedores organizados entre si e com uma característica determinante: a posição de ‘catividade’ ou ‘dependência’ dos clientes, consumidores”, ante a “grande insegurança quanto ao futuro⁵”, a supervisão Estatal se faz necessária (MARQUES, 2016, n.p).

Frisa-se que, apesar de a Lei 9.656/1998 prever uma proteção do consumidor, relativamente a regulação econômica e qualidade mínima das coberturas assistenciais,

⁴ “(...) nas relações de massa nem sempre os contratos serão feitos por escrito, pois, ao lado dos contratos de adesão, expressos em formulários, existem os contratos orais, a aceitação através das chamadas condutassociaístípicas,84 os simples recibos, os tickets de caixas automáticas” (MARQUES, 2016, n.p.).

⁵ “O objeto principal desses contratos muitas vezes é um evento futuro, certo ou incerto, é a transferência (onerosa e contratual) de riscos referentes a futura necessidade, por exemplo, de assistência médica ou hospitalar, pensão para a viúva, formação escolar para os filhos do falecido, crédito imediato para consumo. Para atingir o objetivo contratual, os consumidores manterão relações de convivência e dependência com os fornecedores desses serviços por anos, pagando mensalmente suas contribuições, seguindo as instruções (por vezes, exigentes, burocráticas e mais impeditivas do que) regulamentadoras dos fornecedores, usufruindo ou não dos serviços, a depender da ocorrência ou não do evento contratualmente previsto” (MARQUES, 2016, n.p).

conforme se verifica de seu artigo 35-G⁶, aplicam-se subsidiariamente, aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de plano privado de assistência à saúde, as disposições do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1998). Este entendimento foi igualmente sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça na súmula 469⁷, atualmente cancelada, e na súmula 608, a qual dispõe que: “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão⁸”, sem prejuízo da incidência do estatuto protetivo nas relações entre os titulares e beneficiários dos planos e toda a rede assistencial de prestadores de serviços de saúde conveniada, credenciada ou da própria operadora

O Código de Defesa do Consumidor apresenta-se como *standard* mínimo de proteção dos consumidores de planos e seguros de saúde aberto ao diálogo com outras fontes normativas (inclusive a Lei nº. 9656/98) que estabeleçam direitos não previstos naquele Código em favor da parte mais vulnerável da relação jurídica, como se observa a partir da leitura do artigo 7^o do Código de Defesa do Consumidor.

2 CLÁUSULAS ABUSIVAS NOS CONTRATOS DE SAÚDE: PRINCÍPIOS DA BOA-FÉ E EQUIDADE

Conforme dito alhures, os contratos evoluíram em direção a uma visão mais social e o Estado passou a exercer papel mais relevante no controle do conteúdo das cláusulas, com vistas a garantir justiça material e equilíbrio nas relações contratuais. Ante a supremacia dos fornecedores, detentores da produção e do poder econômico, o consumidor, tido como vulnerável, necessita uma maior proteção estatal.

Consequentemente, a visão clássica contratual de que as partes contratantes estão em pé de igualdade não se aplica aos contratos de consumo, devendo-se primar pelo equilíbrio e justiça contratual, em atenção aos princípios da boa-fé e da equidade. Neste sentido, inclusive, foi que o legislador instituiu normas imperativas que proíbem a utilização de cláusulas abusivas, que garantam vantagens unilaterais ou exageradas para o fornecedor de bens e serviços ou que sejam incompatíveis com a boa-fé e equidade (MARQUES, 2016).

O princípio da boa-fé constou em nosso ordenamento jurídico inicialmente no Código de Defesa do Consumidor. Segundo a mencionada legislação, a Política Nacional das Relações de Consumo deve ter por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores “sempre

⁶ Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

⁷ Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. (SÚMULA 469, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/11/2010, DJe 06/12/2010) - Súmula cancelada: A Segunda Seção, na sessão de 11/04/2018, ao apreciar o Projeto de Súmula n. 937, determinou o CANCELAMENTO da Súmula 469 do STJ (DJe 17/04/2018).

⁸ Peculiaridades próprias da autogestão não permitem enquadrá-la no conceito de fornecedor de serviço do Código de Defesa do Consumidor, tais como a ausência de fins lucrativos e o fato de não ofertarem o seu produto no mercado (RECURSO ESPECIAL Nº 1.285.483 – PB, RELATOR: MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO, j. 22/06/2016, v.u).

⁹ Art. 7º Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e equidade.

com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores¹⁰ e, como consequência direta deste objetivo, previu expressamente a nulidade das cláusulas contratuais que “estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade¹¹” (BRASIL, 1990).

Posteriormente, a boa-fé foi positivada também no Código Civil e no Código de Processo Civil¹², segundo os quais “os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé e os usos do lugar de sua celebração”, “os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé” (BRASIL, 2002) e “aquele que de qualquer forma participa do processo deve comportar-se de acordo com a boa-fé” (BRASIL, 2015).

Nos ensinamentos de Carlos Roberto Gonçalves, o princípio da boa-fé se subdivide em boa-fé subjetiva e boa-fé objetiva. A subjetiva refere-se ao estado de consciência do indivíduo, condiz com o grau de conhecimento acerca de um fato e estado psicológico. A objetiva, por sua vez, refere-se a uma norma de conduta eticamente esperada, ou seja, um modelo jurídico a ser seguido (GONÇALVES, 2021).

Para Flávio Tartucce, a boa-fé objetiva evoluiu do conceito de boa-fé subjetiva, uma vez que se prioriza o plano concreto da atuação humana (boa-fé objetiva) ao invés do plano psicológico ou intencional (boa-fé subjetiva). O “conceito de boa-fé subjetiva, condicionado somente à intenção das partes, acaba deixando de lado a conduta, que nada mais é do que a própria concretização dessa vontade. E como se sabe, conforme o dito popular, não basta ser bem intencionado, pois de pessoas bem intencionadas o inferno está cheio” (TARTUCCE, 2021, p.52).

Atendo-se, então, ao princípio da boa-fé objetiva, Felipe Braga Netto nos ensina que “é o dever, imposto a quem quer que tome parte em relação negocial, de agir com lealdade e cooperação, abstando-se de condutas que possam esvaziar as legítimas expectativas da outra parte” (NETTO, 2019, p.96). Para o autor, o princípio se desdobra em múltiplos deveres como o dever de cuidado, cooperação e informação.

Rizzatto Nunes, elucida que a boa-fé objetiva é uma regra de conduta das partes em agir com honestidade e lealdade, a fim de que se estabeleça o equilíbrio real das posições contratuais. Sendo assim, é “uma espécie de pré-condição abstrata de uma relação ideal” que,

¹⁰ Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;

¹¹ Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: V - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

¹² Dentro dessas ideias, é de grande importância a observação do conceito de boa-fé, principalmente pela evolução sistemática de sua construção. Não se pode esquecer que o conceito de boa-fé contratual que consta do atual Código Civil tem sua raiz na construção consumerista da Lei 8.078/1990. Justamente por isso, quando da I Jornada de Direito Civil, realizada pelo Conselho da Justiça Federal e pelo Superior Tribunal de Justiça em 2002, reconheceu-se a necessidade de relacionar a boa-fé objetiva prevista no Código Civil com a regra constante do art. 4º, inc. III, do CDC, pelo teor do Enunciado n. 27: “na interpretação da cláusula geral da boa-fé, deve-se levar em conta o sistema do Código Civil e as conexões sistemáticas com outros estatutos normativos e fatores metajurídicos”. Nota-se que o enunciado doutrinário reconhece a necessidade de diálogos entre as duas leis no que concerne a tal princípio, em uma feliz tentativa de conexão legislativa. (TARTUCCE, 2021, p.51)

juntamente com o princípio equidade, concretizar-se-á o princípio da Justiça (NUNES, 2018, p.124).

Para Claudia Lima Marques, o princípio da boa-fé deve ser visto como um mandamento obrigatório em todas as relações e momentos contratuais. Trata-se, segundo a autora, de um “parâmetro objetivo, genérico, que não está a depender da má-fé subjetiva do fornecedor A ou B, mas de um patamar geral de atuação, do homem médio”, da qual surgem deveres anexos ou obrigações contratuais acessórias de informação, esclarecimento, aconselhamento, cooperação e cuidado (MARQUES, 2016, n.p).

Nos contratos envolvendo saúde, os deveres anexos da informação, cooperação e cuidado ficam mais evidentes, conforme já decidido pelo Superior Tribunal de Justiça:

A operadora do plano de saúde está obrigada ao cumprimento de uma boa-fé qualificada, ou seja, uma boa-fé que pressupõe os deveres de informação, cooperação e cuidado com o consumidor/segurado. (...) Tratando-se de contrato de plano de saúde de particular, não há dúvidas que a convenção e as alterações ora analisadas estão submetidas ao regramento do Código de Defesa do Consumidor, ainda que o acordo original tenha sido firmado anteriormente a entrada em vigor, em 1991, dessa Lei. Isso ocorre não só pelo CDC ser norma de ordem pública (art. 5º, XXXII, da CF), mas também pelo plano de assistência médico hospitalar firmado pelo autor ser um contrato de trato sucessivo, que se renova a cada mensalidade. (STJ, 4.ª T., REsp 418.572/SP, rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 10.03.2009).

Nitidamente, o princípio da boa-fé objetiva, assim como todos os seus deveres acessórios e demais institutos de proteção dos consumidores, previstos no Código de Defesa do Consumidor e no ordenamento jurídico em geral, objetivam alcançar uma verdadeira igualdade formal e material entre os contratantes, ou seja, uma equidade contratual, princípio cogente em nosso ordenamento jurídico (MARQUES, 2016).

Frisa-se que o equilíbrio contratual condiz ao equilíbrio dos interesses de todos os contratantes. “Neste sentido, parece-nos desenvolver-se em uma tríplice perspectiva: a) o equilíbrio econômico do contrato; b) a equiparação ou equidade informacional das partes; e c) o equilíbrio de poder na direção da relação contratual” (MIRAGEM, 2020, n.p).

Para se garantir o equilíbrio contratual, as cláusulas abusivas poderão ser afastadas pelo Poder Judiciário, inclusive *ex officio*¹³, independentemente da vontade das partes. Isto significa dizer que se a cláusula for abusiva, trazendo uma vantagem excessiva ao fornecedor, ela poderá ser considerada nula mesmo que o consumidor tenha a aceitado livre e conscientemente.

A proteção do consumidor em relação às cláusulas abusivas e sua nulidade estão dispostas, respectivamente, nos artigos 6º¹⁴, IV, 51 e 53 do Código de Defesa do Consumidor, configurando normas de rol exemplificativo e de ordem pública. Complementarmente, o Decreto 2.181/1997 dispõe sobre a aplicação de multa ao “fornecedor de produtos ou serviços que, direta ou indiretamente, inserir, fizer circular ou utilizar-se de cláusula abusiva, qualquer que seja a modalidade do contrato de consumo”. (BRASIL, 1997)

¹³ Com a ressalva do disposto na Súmula 381, do STJ, que veda o reconhecimento do ofício das cláusulas abusivas nos contratos bancários, cuja duvidosa constitucionalidade (MARQUES, 2016, p.1.045 e 1.062/63) merece estudo apartado.

¹⁴ Art. 6º São direitos básicos do consumidor: V - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

Destaca-se, em especial, o conceito genérico de abusividade que o legislador dispôs no inciso IV do artigo 51¹⁵. “Trata-se de cláusula de abertura do sistema de reconhecimento das cláusulas abusivas no CDC, a partir da qual se dá o desenvolvimento jurisprudencial em relação à violação dos deveres decorrentes dos princípios da boa-fé, do equilíbrio ou da equidade” (MIRAGEM, 2019. n.p).

Segundo Claudia Lima Marques (2016, p.1039), a abusividade pode ser definida utilizando-se dois caminhos, um subjetivo e outro objetivo. A abusividade da cláusula na vertente subjetiva aproxima-se da figura do abuso de direito que “seria a falta praticada pelo titular de um direito que ultrapassa os limites ou que deturpa a finalidade do direito que lhe foi concedido”. Por seu turno, a vertente objetiva conecta a abusividade com a “boa-fé objetiva ou a antiga figura da lesão enorme”, tendo como elemento principal o prejuízo do consumidor, o desequilíbrio contratual e a falta de razoabilidade resultante da cláusula contratual.

O Código de Defesa do Consumidor trilhou este segundo caminho (MARQUES, 2016. p. 1045), tanto assim que nas palavras de Cláudia Lima Marques (2016, p. 1039) a cláusula não precisa ter sido inserida no contrato mediante abuso do poderio econômico do fornecedor, nem haverá necessidade de o fornecedor ter praticado algum ato reprovável, pois o CDC sanciona e afasta o apenas o resultado, ou seja, o desequilíbrio causado pela cláusula.

O Código de Defesa do Consumidor optou por instituir um sistema de lista única de cláusulas abusivas, prevendo ainda uma norma geral de proibição de cláusulas contra a boa-fé ou a equidade, inserida entre os incisos do art. 51 do CDC.

Essa lista de cláusulas abusivas, portanto, é meramente exemplificativa (REsp 1.479.039/MG); e como regra não invalida o contrato, salvo quando em virtude da declaração de nulidade decorra ônus excessivo a qualquer das partes, apesar da possibilidade e dos esforços de reconstrução judicial do contrato, com o suprimento das cláusulas viciadas (MARQUES, 2016, p.1049/1050).

Independentemente da discussão conceitual, fato é que o Código de Defesa do Consumidor, deixando uma condição genérica de abusividade, calcada no princípio da boa-fé e na equidade (inciso IV do artigo 51), designou o Estado, em especial o Poder Judiciário, como mantenedor do equilíbrio contratual, declarando-se a nulidade das cláusulas abusivas – preservando-se as demais cláusulas contratuais quando possível – independentemente do aceite da parte vulnerável, colocada em situação de desvantagem exagerada.

3 QUANTO À SÚMULA 302 DO STJ E DO TEMA 1032 DO STJ: UM PARADOXO QUE PRECISA SER DISCUTIDO

A Súmula de um tribunal nada mais é que a consolidação de um entendimento reiterado das turmas ou câmaras daquele órgão jurisdicional. Os temas, especialmente, do Superior Tribunal de Justiça, referem-se aos recursos que foram indicados como repetitivos e ante a existência de inúmeros processos da mesma temática, o tribunal pacifica o entendimento para evitar decisões conflitantes nos tribunais de instância inferior.

Os enunciados das súmulas editadas pelo STJ em matéria infraconstitucional assim como os acórdãos proferidos em recursos repetitivos, embora não tenham o *status* de lei, devem

¹⁵ Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

ser acatados pelos juízes e tribunais. Neste tocante, inclusive, como pontua Eduardo de Arruda Alvim (2019), o novo Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015) atribuiu força substancial ao entendimento jurisprudencial, privilegiando a sua função uniformizadora, ao dispor que os Tribunais deverão observar, nos termos do artigo 927 do Código de Processo Civil os acórdãos proferidos em julgamento de incidente de resolução de demandas repetitivas (IRDR), recursos extraordinário (RE) e especial repetitivos (REsp), bem como os enunciados das súmulas do Supremo Tribunal Federal (STF) em matéria constitucional e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) em matéria infraconstitucional (ALVIM, 2019).

Feita esta breve consideração, passemos a análise dos precedentes do Superior Tribunal de Justiça, em especial a Súmula 302 e o Tema 1032, que tratam de abusividade de cláusula limitadora do tempo de internação e legalidade de cobrança, em coparticipação, de despesas decorrentes de internação psiquiátrica.

A Súmula 302 foi firmada com base nos reiterados entendimentos de que “é abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”. Abaixo as ementas dos precedentes originários:

"PLANO DE SAÚDE - REEMBOLSO - HOSPITAL NÃO CONVENIADO - LIMITAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO - CLÁUSULA ABUSIVA. [...] O reembolso das despesas efetuadas pela internação em hospital não conveniado é admitido em casos especiais (inexistência de estabelecimento credenciado no local, recusa do hospital conveniado de receber o paciente, urgência da internação etc). Se tais situações não foram reconhecidas pelas instâncias ordinárias, rever a conclusão adotada encontra óbice no enunciado 7 da Súmula desta Corte. II - Consoante jurisprudência sedimentada na Segunda Seção deste Tribunal, é abusiva a cláusula que limita o tempo de internação hospitalar. [...]" (REsp 402727 SP, Rel. Ministro CASTRO FILHO, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/12/2003, DJ 02/02/2004, p. 333)

"[...] SEGURO SAÚDE. A cláusula que limita o tempo de internação hospitalar é abusiva. [...]" (EREsp 242550 SP, Rel. Ministro ARI PARGENDLER, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/08/2002, DJ 02/12/2002, p. 217)

"PLANO DE SAÚDE. Internação. UTI. É abusiva a cláusula que limita o tempo de internação em UTI. [...]" (REsp 249423 SP, Rel. Ministro RUY ROSADO DE AGUIAR, QUARTA TURMA, julgado em 19/10/2000, DJ 05/03/2001, p. 170)

"[...] PLANO DE SAÚDE. LIMITAÇÃO TEMPORAL DE INTERNAÇÃO. CLÁUSULA ABUSIVA. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, ART. 51-IV. [...] É abusiva, nos termos da lei (CDC, art. 51-IV), a cláusula prevista em contrato de seguro-saúde que limita o tempo de internação do segurado. II - Tem-se por abusiva a cláusula, no caso, notadamente em face da impossibilidade de previsão do tempo da cura, da irrazoabilidade da suspensão do tratamento indispensável, da vedação de restringir-se em contrato direitos fundamentais e da regra de sobredireito, contida no art. 5º da Lei de Introdução ao Código Civil, segundo a qual, na aplicação da lei, o juiz deve atender aos fins sociais a que ela se dirige a às exigências do bem comum.

[...]" (REsp 251024 SP, Rel. Ministro SÁLVIO DE FIGUEIREDO TEIXEIRA, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 27/09/2000, DJ 04/02/2002, p. 270)

"Plano de saúde. Limite temporal da internação. Cláusula abusiva. [...] É abusiva a cláusula que limita no tempo a internação do segurado, o qual prorroga a sua presença em unidade de tratamento intensivo ou é novamente internado em decorrência do mesmo fato médico, fruto de complicações da doença, coberto pelo plano de saúde. 2. O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se o faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade. [...]" (REsp 158728 RJ, Rel. Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, TERCEIRA TURMA, julgado em 16/03/1999, DJ 17/05/1999, p. 197)

Merece especial atenção o posicionamento do Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, nos autos do Recurso Especial 158.728/RJ, um dos primeiros a apreciar a temática. Para o referido ministro, uma vez que o plano alegou em sua propaganda “assistência médica hospitalar integral” é seu dever prestar o serviço integralmente, não podendo cessá-lo, ainda mais considerando que o consumidor, doente, encontra-se ainda mais vulnerável.

Aduziu ainda que o consumidor não é “senhor do prazo de sua recuperação, que, como é crucial, depende de muitos fatores que nem médicos conseguem controlar”. Desta feita, “havendo vinculação ao fato inaugural coberto pelo contrato, não pode a seguradora, pura e simplesmente, fragilizado o segurado, negar a internação pelo período necessário ao tratamento” (REsp. 158.728/RJ).

Considerando que o contrato de plano de saúde é um contrato de trato sucessivo no qual o consumidor busca uma segurança, uma futura prestação, pagando mensalmente sua contribuição, e dele se torna cativo ou dependente, aumentando assim a sua vulnerabilidade perante o fornecedor não se mostra razoável qualquer cláusula que limite a prestação do serviço quando necessário. “Neste sentido, não é demais frisar que incerta nesses contratos é a ‘necessidade’ da prestação e não ‘se’ e ‘como’, com que qualidade, segurança e adequação deve ela ser prestada” (MARQUES, 2016, n.p).

Conclui-se, em princípio, que qualquer cláusula limitadora da prestação de serviço necessário ao consumidor atenta contra a finalidade central do contrato, restringindo os efeitos típicos do negócio jurídico celebrado. No mais, a cláusula restritiva de tempo de internação causa excessiva desvantagem ao consumidor considerando que este celebrou o contrato exatamente pela imprevisibilidade da doença.

Nesse ponto importa acrescentar a preocupação da Lei dos Planos de Saúde em garantir a necessária assistência ao consumidor quando contratada a cobertura hospitalar, tanto assim que:

- A. Para requerer autorização de encerramento de atividades a operadora deve, entre outros requisitos, garantir a continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados (art. 8º, §3º, b);
- B. Nos planos que possuem cobertura hospitalar é vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de dias de internação em clínicas, hospitais e UTI, a qual deve ser definida a critério do médico assistente (art. 12, II, a, b);
- C. É vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular (art. 13, III);
- D. Havendo a substituição do estabelecimento hospitalar por iniciativa da operadora durante o período de internação do consumidor é a operadora obrigada a custear as despesas de internação no estabelecimento hospitalar descredenciado, o qual por seu turno obriga-se a manter a internação do consumidor até a alta hospitalar, a critério médico (art. 17§ 2º).

O que se questiona, ante ao acima exposto, é se a restrição de tempo de internação configura abusividade, a imposição da coparticipação, a partir de um período de internação, também não se demonstra abusiva? Considerando, por exemplo, que o consumidor não tenha condições financeiras para arcar com a coparticipação, tal ônus não estaria limitando o tempo de internação?

Com estes questionamentos chegamos ao Tema 1032 do STJ, que firmou a seguinte tese: “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”.

Os Recursos Especiais representativos da controvérsia, relativamente ao Tema 1032, foram os RESP nº 1.809.486/SP e 1.755.866/SP, sob a relatoria do Ministro Marco Buzzi. Desconsiderando os fatos processuais, nos atentaremos ao conteúdo jurídico dos julgados, cuja questão é verificar a abusividade ou legalidade da cláusula que impõe coparticipação para a hipótese de internação psiquiátrica.

Conforme constou do voto do Ministro Marco Buzzi, as cláusulas dos contratos de planos de saúde, sujeitas aos ditames do CDC, devem sempre ser interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor, tendo em vista a sua hipossuficiência e vulnerabilidade. Sem qualquer dúvida, com a contratação de um plano de saúde, “o consumidor busca garantir, por conta própria, acesso a um direito fundamental que, a rigor, deveria ser prestado pelo Estado de modo amplo, adequado, universal e irrestrito” e não é, por inúmeros motivos (REsp. 1.809.486/SP).

Segundo o Ministro, ao contrário do Estado, “que tem o dever de prestar assistência ampla e ilimitada à população”, as operadoras de planos de saúde se obrigam nos termos do contrato firmado e da legislação de regência, especialmente a Lei 9.656/1998 e Código de Defesa do Consumidor. Neste tocante, destaca que a Lei 9.656/1998, em seu artigo 16, VIII¹⁶, permite à operadora custear, total ou parcialmente, a assistência prestada ao consumidor.

¹⁶ Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (...)VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

Em relação a internação psiquiátrica, aduziu que esta, nos termos dos artigos 4^o¹⁷, 6^o¹⁸ e 10^o¹⁹ da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), deve ser medida terapêutica excepcional, sendo necessária a priorização e a prescrição de recursos extra-hospitalares (ambulatoriais e consultórios). No mais, alegando que as Resoluções do CONSU (Resolução 11/1998) e da ANS (Resoluções 211/2010, 338/2013, 387/2015, 428/2017 e 433/2018), estabelecem a possibilidade de cobrança de franquia ou coparticipação quando ultrapassado o trigésimo dia de hospitalização, não visualizava a abusividade.

De fato, a Resolução CONSU nº 11/1998, foi a primeira a dispor sobre a cobertura obrigatória aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos incluídos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde (CID), dispondo igualmente que (i) os tratamentos poderiam estar sujeitos a franquia ou coparticipação e (ii) nos planos de segmento hospitalar a internação psiquiátrica deveria ter o custeio integral de, pelo menos, trinta dias por ano²⁰.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.206/2001) introduziu significativas mudanças nas ações relacionadas à saúde mental, com especial atenção à desospitalização, privilegiando-se o tratamento a nível ambulatorial e clínico, com o intuito, inclusive, de diminuir a estigmatização dos portadores de transtornos mentais. No mais, os próprios profissionais da área de saúde mental dão prioridade a tratamento fora de instituições hospitalares, apelando para as internações apenas em casos extremos, nos quais a vida do paciente corre riscos.

Com efeito, firmou-se a tese de que não se demonstra abusiva a cláusula de coparticipação, expressamente contratada e informada ao consumidor, respeitada a razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, e desde que a internação decorrente de transtornos psiquiátricos ultrapasse 30 (trinta) dias por ano, preservado o equilíbrio financeiro do contrato.

A tese firmada se restringiu a análise da abusividade da incidência de coparticipação a partir do trigésimo dia de internação, não mencionando nada a respeito da limitação da internação. De fato, são dois pontos diversos: a incidência de coparticipação e a limitação da internação, todavia, necessário retornarmos à questão: até que ponto a imposição do ônus de coparticipação não seria uma limitação, indireta, do tempo de internação? Até que ponto tal ônus mantém o equilíbrio contratual?

¹⁷ Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes

¹⁸ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

¹⁹ Art. 10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente. Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

²⁰ Tal conteúdo restou igualmente disposto nas Resoluções de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cujo conteúdo se manteve na última atualização (Resolução Normativa 465/2021): Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para: (...) II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato: a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

A internação psiquiátrica, como já mencionado, somente é indicada em casos extremos e se após trinta dias de internação a recomendação médica se mantém é porque se faz necessária. Neste sentido, se demonstra abusiva a nosso juízo qualquer prática que possa fazer com que o tratamento seja alterado ou encurtado, ainda mais considerando que existem outras limitações de tratamentos relativos à saúde mental na legislação, citando-se como exemplo a psicoterapia de crise limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

Respeitadas as exclusões legais de cobertura (art. 10, incs. I a X, Lei nº 9.656/98) as quais não podem ser ampliadas, mas tão somente regulamentadas pela ANS (art. 10, §1º, Lei nº 9.656/98), é inegável que a Lei dos Planos de Saúde garante cobertura assistencial sem limitação financeira (art. 1º,I), de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (art. 10, *caput*), sem qualquer distinção das psicopatologias, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art 12, dentre as quais a internação hospitalar sem limite de prazo, valor máximo e quantidade de dias de internação em clínicas, hospitais e UTI, a critério do médico assistente (art. 12, II, a, b).

Portanto, se a própria lei, quando contratada a cobertura hospitalar, assegura a internação sem limitação de prazo, valor ou dias de interação, para todas as doenças reconhecidas sem qualquer distinção e concede eficácia horizontal ao direito fundamental à saúde por meio das suas normas cogentes, resulta incompreensível aceitar como não abusiva cláusula contratual que, desafiando direito fundamental, o texto expresso da lei e a própria inteligência da Súmula 302 do STJ, imponha coparticipação ao consumidor a partir do 30 dia de internação pr doenças psiquiátricas dentro do período de um ano

Cita-se ainda, que a incidência de coparticipação não ocorre nas demais internações. Tal entendimento foi apontado por Rachel Torres Salvatori e Carla A. Ventura, ao elucidarem que:

A ênfase dedicada à coparticipação nas internações psiquiátricas não se sucedeu com as internações de outra natureza nos normativos da ANS, o que pode ser justificado pelo longo curso de duração das internações psiquiátricas que, por conseguinte, geram custos altos para as operadoras de planos de saúde. Ressalta-se, entretanto, que a função de um fator moderador não deve ser a de dividir os custos da assistência com o beneficiário, mas, sim, impedir a utilização indevida ou desnecessária do plano de saúde. Embora o interesse aqui fosse a diminuição de custos pela operadora, pode ter ocorrido um efeito adverso, benéfico para a política de saúde mental e para o paciente: no caso de uma internação, a pressão para a desospitalização, exercida pela operadora e também pela família (que teria de pagar a coparticipação crescente), poderia ser maior e, com isso, ser menor o tempo de internação do beneficiário (SALVATORI e VENTURA, 2012, p.123).

Nessa perspectiva e ante o exposto, em especial a necessidade de se priorizar a boa-fé objetiva e a equidade contratual, a imposição de ônus financeiro (coparticipação) ao consumidor que já está em situação de vulnerabilidade pode restringir o acesso do beneficiário ao plano quando este mais precisa, criando desvantagem excessiva e restringindo o seu direito fundamental à saúde preservado nas normas legais que asseguram internação ilimitada no tempo para todas as doenças previstas na Classificação Internacional de Doenças sem distinção.

CONCLUSÃO

O contrato de plano de saúde possui uma função social muito específica, quando consideramos que seu objeto principal é a assistência à saúde. Não se pode permitir que entre o direito à saúde do consumidor e o interesse econômico do prestador de serviços, este venha prevalecer²¹ (MARQUES, 2016).

No mais, lembra-se que os contratos de planos de saúde são, em sua maioria, de adesão, não havendo por parte da operadora do plano a devida e completa informação ao consumidor. De que adianta então a coparticipação estar prevista contratualmente na hipótese de internação psiquiátrica de duração superior a trinta dias se o consumidor ao contratar não tem o devido esclarecimento de seu significado e de sua aplicação?

Em nosso entender, a imposição da coparticipação a partir do trigésimo dia se demonstra abusiva por frustrar o cerne do contrato firmado, qual seja, a prestação dos serviços de assistência à saúde e por violar a boa-fé objetiva e o equilíbrio contratual, considerando que na impossibilidade de pagamento da coparticipação o consumidor terá que abrir mão do tratamento necessário à sua saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Eduardo Arruda; GRANADO, Daniel Willian e FERREIRA, Eduardo Aranha. **Direito Processual Civil**. 6. ed. – São Paulo: Saraiva Educação, 2019. ISBN 978-85-536-1140-9

BRASIL, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm. Acesso em 06 de junho de 2021

BRASIL. Decreto nº 2.181, de 20 de março de 1997. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor - SNDC, estabelece as normas gerais de aplicação das sanções administrativas previstas na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, revoga o Decreto Nº 861, de 9 julho de 1993, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2181.htm. Acesso em 08 de junho de 2021.

BRASIL, Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656compilado.htm. Acesso em 06 de junho de 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 06 de junho de 2021

²¹ Na balança entre o valor saúde e vida do consumidor e os direitos patrimoniais (contratuais) do fornecedor, que escolheu o consumidor como seu parceiro, deve prevalecer o primeiro, como impõe o princípio da boa-fé objetiva e os princípios constitucionais de defesa do consumidor. (MARQUES, 2016, n.p)

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em 06 de junho de 2021.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em 06 de junho de 2021.

GAGLIANO, Pablo Stolze e FILHO, Rodolfo Pamplona. **Novo curso de direito civil, volume 4: contratos**, 2. ed. unificada. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, e-book. n.p. ISBN 978-85-536-0646-7

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Contratos e Atos Unilaterais** – Vol. 3. 18 ed., São Paulo: Saraiva Educação. 2021. E-book, n.p. ISBN: 978-65-555-9042-5

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor**. 4 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. 224 p. ISBN 978-85-5321-375-7

MARQUES, Claudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 2. ed. em e-book baseada na 8. ed. Impressa. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016. n.p. ISBN 978-85-203-6641-7.

MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 6. ed. em e-book baseada na 8. ed. impressa. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. e-book, n.p. ISBN 978-85-5321-965-0

NETTO, Felipe Peixoto Braga. **Manual de Direito do Consumidor: à luz da Jurisprudência do STJ**. 14. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: Ed. Juspoivm, 2019, 619p.

SALVATORI, Rachel Torres e VENTURA, Carla A. Arena. A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios. **Saúde e Sociedade [online]**. 2012, v. 21, n. 1, pp. 115-128. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100012>. Acesso em 8 de junho de 2021.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil: teoria geral dos contratos e contratos em espécie**. vol. 3, 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019, e-book. n.p. ISBN 978-85-309-8400-7

TARTUCE, Flávio. NEVES, Daniel Amorim Assumpção. **Manual de Direito do Consumidor: direito material e processual**, volume único, 10. ed. – Rio de Janeiro: Forense; Método, 2021. 686p. ISBN 978-65-596-4026-3