

## A HIPERVULNERABILIDADE DO IDOSO NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE - VEDAÇÃO DA MAJORAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM RAZÃO DA IDADE

THE HYPERVULNERABILITY OF THE ELDERLY IN THE HEALTH INSURANCE  
MARKET: PROHIBITION OF THE INCREASE OF HEALTH INSURANCE DUE TO  
AGE

Luiz Carlos Goiabeira Rosa<sup>1</sup>

Cicília Araújo Nunes<sup>2</sup>

Laura Borges Ricardo<sup>3</sup>

<https://doi.org/10.55839/2318-8650RevParRPv35n1pa29-47>

**Resumo:** O presente trabalho visa a discutir sobre a hipervulnerabilidade do consumidor idoso no âmbito dos planos de saúde, em razão de maior e mais urgente necessidade dos serviços médicos do que o consumidor mediano, que fazem com que o idoso fique extremamente suscetível ao poder econômico das operadoras de planos de saúde. Utilizou-se o método dedutivo, para se partir do direito fundamental à proteção do consumidor e do princípio da

<sup>1</sup> Pós-Doutor em Democracia e Direitos Humanos pela Universidade de Coimbra - Portugal (2015). Doutor em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas (2010). Mestre em Direito Civil pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002). Pós-graduado "latu sensu" (Especialista) em Direito Processual Civil pela Universidade Federal de Uberlândia (1998). Graduado em Direito pela Universidade Federal de Uberlândia (1996). Professor Associado Nível IV da Universidade Federal de Uberlândia, exercendo na graduação a função de professor supervisor/advogado do Escritório de Assessoria Jurídica Popular (ESAJUP) e lecionando na pós-graduação "stricto sensu" (Mestrado em Direito) da Faculdade de Direito (FADIR/UFU). Tem experiência na área de Direito, atuando principalmente nos seguintes temas: Direito Civil, Direito do Consumidor, Fundamentos de Direito e Direitos Fundamentais. E-mail: [lgoiabeira@yahoo.com.br](mailto:lgoiabeira@yahoo.com.br); Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0905343160532148>; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2350-5154>

<sup>2</sup> Professora da Faculdade de Direito (FADIR) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Exerceu o cargo de Professora da Faculdade de Direito da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG - Ituiutaba), em 2024 e 2025. Doutora em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Mestre em Direito pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com o apoio da CAPES, na área de concentração "Direitos e Garantias Fundamentais" - aprovada com Distinção e Louvor. Pós-Graduada em Direito Previdenciário Aplicado (Faculdade Legale). Graduada em Direito pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Coordenadora do Grupo de Pesquisa "Direitos Sociais e Labor-Ambientais na Contemporaneidade: Perspectivas para a América Latina" (UFU). Membro do Grupo de Pesquisa "Mulher, Sociedade e Direitos Humanos" (Universidade Presbiteriana Mackenzie) e do Grupo de Pesquisa "Centro de Estudos em Epistemologia Pedagógica - CESPE BRASIL" (UFU). E-mail: [cicilia\\_nunes@hotmail.com](mailto:cicilia_nunes@hotmail.com); Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7306678828926262>; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4013-2070>

<sup>3</sup> Mestre em Direitos e Garantias Fundamentais pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Professora do Centro Universitário UNA de Uberlândia. E-mail: [lauraborges.r@hotmail.com](mailto:lauraborges.r@hotmail.com); Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2879-3500>

vulnerabilidade enquanto norteadores e estruturantes da relação de consumo, perpassando-se pela figura do contrato de adesão e seu respectivo estágio inicial de desnível entre as partes, e se chegar ao final à constatação de que o idoso, por ser mais necessitado que o consumidor padrão, deve ser considerado hipervulnerável e por isso ter maior proteção, notadamente na contratação de planos de saúde, efetivando-se assim a proteção à dignidade do consumidor idoso na relação de consumo.

**Palavras-chave:** Hipervulnerabilidade. Idosos. Planos de Saúde.

**Abstract:** This paper aims to discuss the hypervulnerability of the elderly consumer within the scope of health plans, due to the greater and more urgent need for medical services than the average consumer, which makes the elderly extremely susceptible to the economic power of the operators of health plans. The deductive method was used to start from the fundamental right to consumer protection and the principle of vulnerability as guiding and structuring of the consumer relationship, going through the figure of the adhesion contract and its respective initial stage of unevenness between the parties, and if the conclusion is reached that the elderly, being more in need than the standard consumer, should be considered hypervulnerable and therefore have greater protection, notably in the contracting of health plans, thus making the protection of the dignity of the elderly consumer in the consumption relationship.

**Keywords:** Hypervulnerability. Seniors. Health insurance.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é de suma importância para garantir o direito à saúde e à vida de grande parte da população que não possui recursos financeiros para utilizar o sistema privado de atendimento médico. Contudo, apesar de se tratar de um sistema universal - ou seja, que deveria garantir acesso a todos -, é notório que o SUS não consegue atender de forma integral às necessidades de todos aqueles que precisam de tratamento médico, razão pela qual, a respectiva falta de estrutura adequada do SUS gera por óbvio, no cidadão, o receio de não conseguir o tratamento médico necessário em tempo hábil na rede pública, levando os indivíduos a contratarem os planos privados de saúde com o intuito de preservarem a saúde e a vida de si mesmos e de sua família.

A esse respeito, a idade avançada redundando numa natural e inevitável decrepitude do organismo humano, ocasionando uma probabilidade maior de doenças e males de saúde ao idoso, o qual, nessa condição, por necessitar em maior intensidade e urgência de atendimento de saúde, fica mais suscetível e vulnerável à operadora de planos de saúde que o consumidor mediano, pois a maior necessidade redundando na maior submissão aos ditames do fornecedor do aludido serviço, para que se possa celebrar o respectivo contrato e auferir a cobiçada cobertura.

Nesse panorama, diante da falta de previsão expressa no Código de Defesa do Consumidor sobre a proteção do idoso nas relações contratuais referentes aos planos de saúde, como garantir a proteção deste hipervulnerável neste contexto?

A esse respeito, o presente estudo visa a discutir sobre a hipervulnerabilidade do consumidor idoso no contrato de plano de saúde, e a partir daí, propor por meio do diálogo das fontes uma proteção mais eficaz aos idosos inseridos nas relações contratuais com os planos de saúde. Para tanto, utilizou-se o método científico dedutivo, partindo-se da conjunção dos direitos fundamentais à proteção do consumidor e à proteção do idoso, perpassou-se pelo princípio da vulnerabilidade para, ao final, chegar-se à conclusão da hipervulnerabilidade do consumidor idoso e a respectiva proteção especial, na relação de consumo advinda da celebração de um contrato de plano de saúde.

## **2 DA LIMITAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À LIVRE INICIATIVA**

A livre iniciativa, princípio constitucional e fundamento da República Federativa do Brasil conforme consta no art. 1º, inciso IV, da Constituição Federal, designa também a liberdade contratual, que envolve a faculdade de ser parte em um contrato, de definir com quem realizar o contrato, o tipo de negócio a realizar, de fixar o conteúdo do contrato segundo as convicções e conveniências das partes e o poder de acionar o Judiciário para fazer valer as disposições contratuais (TAVARES, 2011, p 235-236).

Contudo, como sói acontecer a todo direito fundamental, a livre iniciativa não é um direito fundamental absoluto, sendo pois relativizada quando outros princípios que com ela colidirem possuírem maior aderência e incidência ao caso concreto. Alexy (2015, p. 105) bem aduz a respeito, ao afirmar que “um princípio cede lugar quando, em um determinado caso, é conferido um peso maior a um outro princípio antagônico”, denotando-se, portanto, a limitação de um princípio fundamental diante da maior adequação de outro ao caso concreto: o direito fundamental à livre iniciativa de que desfruta a operadora de plano de saúde não é absoluto, sendo indubitavelmente limitado em certo ponto por outros direitos fundamentais que venham a incidir sobre a situação concreta.

### **2.1 O DIREITO FUNDAMENTAL À PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR**

Verifica-se essa limitação com maior propriedade na relação de consumo enquanto contrato existencial, o qual, segundo Azevedo (2009, p. 100):

[...] é aquele entre pessoas não-empresárias ou, como é frequente, em que somente uma parte é não-empresária, desde que esta naturalmente não pretenda transferir, com intuito de lucro, os efeitos do contrato para terceiros.

Nos contratos existenciais, há uma clara desigualdade econômica entre os contratantes, onde o contratante vulnerável busca um bem existencial e o outro, o mais forte economicamente, visa ao lucro. A aludida vulnerabilidade é claramente constatada porque, conforme observam Rosa, Bernardes e Félix (2017, p. 178):

[...] a parte que tem o interesse existencial não poderá exercer plenamente sua autonomia privada, pois, invariavelmente, necessita do bem prestacional, dele não podendo abrir mão, o que faz com que, em regra, concorde com cláusulas abusivas. Desse modo, esse contratante encontra-se em posição de vulnerabilidade em relação à outra parte, situação adversa que obriga o direito a ter ferramentas aptas a corrigir esse desequilíbrio para restaurar a harmonia da relação. Importante compreender, portanto, que no contrato existencial a parte que busca a “existencialidade” no objeto prestacional encontra-se em posição de vulnerabilidade frente à parte que busca a “lucratividade”.

Esse caráter existencial é claramente constatado nos contratos de consumo, dado que o consumidor não tem a finalidade econômica ao adquirir ou usar um produto ou serviço, mas sim, para atender a uma satisfação de um mister voltado a uma vida digna, caracterizando-se assim a vulnerabilidade na medida em que o consumidor, além de se encontrar em uma condição economicamente inferior ao fornecedor – dado que este, além de ter maior poder financeiro, é o detentor do que o consumidor almeja -, para adquirir ou usar o produto ou serviço acaba por ter que se submeter às condições impostas pelo fornecedor. Isso se verifica com maior clareza, por exemplo, nos contratos cujo objeto seja um produto ou serviço indispensável à dignidade humana como também à própria sobrevivência do indivíduo.

Assim, o direito fundamental à livre iniciativa do fornecedor deve ser exercido até o limite em que não ofenda a condição existencial do consumidor, eis que tal condição é um desdobramento do direito fundamental à proteção do consumidor. O fornecedor pode desenvolver um empreendimento voltado ao fornecimento lucrativo de produtos ou serviços, desde que coadune com o respeito às necessidades existenciais e a vulnerabilidade do consumidor, dado que a dignidade humana impõe a priorização do caráter existencial em relação à vantagem patrimonial: não pode o fornecedor obter lucro valendo-se da

vulnerabilidade do consumidor e em razão disso causar-lhe prejuízo, pois a consecução de tal mister redundaria na extrapolação do limite da liberdade de iniciativa e consequente violação do direito fundamental à proteção do consumidor.

Nessa linha, é indiscutível que, a partir da entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, foi outorgado um amplo aspecto de proteção na área contratual, notadamente pela limitação da liberdade de contratar, resguardando os direitos dos consumidores de abusos praticados, permitindo a modificação das cláusulas que, entre outras, estabeleçam prestações desproporcionais e a revisão das prestações excessivamente onerosas em razão de fatos supervenientes.

## 2.2 DA HIPERVULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR IDOSO

Corolário do direito fundamental à proteção do consumidor, o princípio da vulnerabilidade do consumidor, alicerce do sistema protetivo consumerista e previsto no art. 4º, I, do CDC, consubstancia-se no reconhecimento do consumidor enquanto a parte mais fraca da relação de consumo. Conforme bem explica Filomeno (2011, p. 73-74):

No âmbito da tutela especial do consumidor, efetivamente, é ele sem dúvida a parte mais fraca, vulnerável, se se tiver em conta que os detentores dos meios de produção é que detêm todo o controle do mercado, ou seja, sobre o que produzir, como produzir e para quem produzir, sem falar-se na fixação de suas margens de lucro.

O reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor na relação de consumo é uma decorrência do princípio fundamental da igualdade, na medida em que, ao proteger o consumidor, o microssistema consumerista contrabalanceia a fraqueza contratual ocasionada pela superioridade advinda do poderio econômico do fornecedor, nivelando-se assim posições jurídicas diferenciadas.

Não obstante, a vulnerabilidade não se revela de forma igual a todos os consumidores: antes de se levar em conta a contraposição ao fornecedor, o maior ou menor grau de vulnerabilidade varia em função de condições especiais de determinadas categorias jurídicas, tal qual se dá com as crianças, das pessoas com deficiência e, entre outros, os idosos. Daí porque, à ideia genérica de vulnerabilidade deve-se salientar uma gradação de exposição e risco jurídico conforme as peculiaridades da categoria jurídica, devendo-se por consequência prestar-se a respectiva tutela proporcional à necessidade de proteção. Em outras palavras, à

vulnerabilidade é necessário acrescentarem-se distinções de graus de exposição e risco jurídico, e, consequentemente, oferecerem-se tutelas qualitativas diferenciadas.

Conforme bem observa Barboza (2009, p. 107):

Todos os humanos são, por natureza, vulneráveis, visto que todos os seres humanos são passíveis de serem feridos, atingidos em seu complexo psicofísico. Mas nem todos serão atingidos do mesmo modo, ainda que se encontrem em situações idênticas, em razão de circunstâncias pessoais, que agravam o estado de suscetibilidade que lhe é inerente. Embora em princípios iguais, os humanos se revelam diferentes no que respeita à vulnerabilidade.

Essas circunstâncias pessoais que agravam o estado de suscetibilidade - tais quais idade avançada ou reduzida, deficiência transitória ou permanente, entre outros -, redundam numa fragilização em nível superior ao que caracteriza a vulnerabilidade do consumidor mediano quando exposto às práticas comerciais do fornecedor, configurando-se uma inferioridade relacional maior e mais grave que a comumente observada, no que doutrina e jurisprudência convencionaram chamar de “hipervulnerabilidade”.

A hipervulnerabilidade possui respaldo constitucional, uma vez que a Constituição impõe a tutela da dignidade da pessoa humana, prevê a aplicação de interesses não patrimoniais nas relações interprivadas, bem como destina proteção especial aos idosos, além de garantir o respeito às diferenças (PINHEIRO; DETROZ, 2012, p. 143). Bem assim, uma vez que a hipervulnerabilidade configura-se quando o consumidor possui características que agravam sua inferioridade em relação ao fornecedor, denota-se a necessidade de não só se interpretar cláusulas gerais em favor do hipervulnerável, como também estabelecer tutelas jurídicas específicas à classe jurídica atinente, tal qual se observa, por exemplo, com o advento dos Estatutos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b), das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2015), e do Idoso (BRASIL, 2003), cujo beneficiário trata o presente trabalho.

Nesse sentido, bem observam Nishiyama e Densa (2011):

É preciso tratar de modo desigual não apenas os consumidores em geral nas suas relações com os fornecedores, mas também os consumidores entre si, a partir da identificação de diferenças entre grupos vulneráveis e hipervulneráveis, sendo que estes necessitam de uma proteção qualificada pelas normas do CDC [...].

A propósito do idoso, o respectivo envelhecimento corporal provoca alterações psicofísicas no indivíduo que alteram sua condição social – por exemplo, influenciando na redução de sua aptidão enquanto força de trabalho – e refletem em sua condição existencial. A degeneração de funções psicofísicas afeta não apenas a vitalidade e longevidade do ser humano em sua velhice, como também interfere em seu cotidiano: atividades normalmente corriqueiras

ao ser humano mediano tornam-se mais trabalhosas ao idoso, tal qual ocorre com a leitura, dificultada pela visão debilitada; o discernimento, prejudicado pela audição reduzida; o discernimento, obstaculizado pelo raciocínio mais lento; e outras mais situações comprometidas parcial ou plenamente pelas limitações típicas do envelhecimento, vulnerando o idoso na celebração de um contrato de consumo.

Assim, os efeitos degenerativos do envelhecimento implicam num agravamento da vulnerabilidade do idoso perante o fornecedor, configurando-se então a hipervulnerabilidade autorizativa de maior proteção e como um paradigma a ser adotado na proteção do indivíduo mais fragilizado (SCHMITT, 2009, p. 151). Diante de tal panorama, e com o objetivo de se efetivar o direito fundamental à proteção do idoso previsto no já aludido art. 230 da Constituição Federal, adveio o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), trazendo diretrizes de inclusão e proteção sociais específicas ao idoso, tanto no aspecto patrimonial quanto no existencial, e vindo a complementar a proteção trazida pelo CDC num verdadeiro diálogo de fontes que, de acordo com Marques (2012, p. 61), possui uma racionalidade preponderante que consiste na garantia dos direitos do consumidor pelo julgador, resultando sempre numa aplicação harmônica e sistemática das leis especiais e gerais a favor dos direitos fundamentais e dos valores mais elevados, sociais e públicos.

Nessa linha, portanto, numa interpretação sistemática entre o CDC e o Estatuto do Idoso e destarte por meio de um diálogo de fontes, o consumidor idoso é toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos que utilize produto ou serviço na condição de destinatário final (GRAEFF, 2013). E nessa qualidade, conforme bem observa Marques (2010, p. 182), faz-se imperioso reconhecer a vulnerabilidade potencializada do consumidor idoso, o que se justifica diante da vulnerabilidade fática e técnica que apresenta por ser leigo quando comparado a um especialista organizado em cadeia de fornecimento de serviços, um leigo que precisa urgentemente dos serviços, tendo em vista a doença ou a morte iminente, um leigo que não compreende a complicada técnica dos contratos cativos, tais como os planos de serviços de assistência à saúde.

A respeito da vulnerabilidade agravada do idoso nas relações de consumo, Miragem (2008, p. 66) esclarece:

A vulnerabilidade do consumidor idoso é demonstrada a partir de dois aspectos principais: a) a diminuição ou perda de determinadas aptidões físicas ou intelectuais que o torna mais suscetível e débil em relação à atuação negocial dos fornecedores; b) a necessidade e catividade em relação a determinados produtos ou serviços no

mercado de consumo, que o coloca numa relação de dependência em relação aos seus fornecedores.

A jurisprudência pátria também reconhece a hipervulnerabilidade do idoso, conforme se verifica pela análise do Recurso Especial nº 1.763.464–SC (STJ, 2018), em que se discutiu a possibilidade de a viúva de titular falecido assumir a titularidade do plano de saúde coletivo por adesão após o período de remissão. Em tal oportunidade, o relator, Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, sustentou que a condição de idoso resulta na necessidade de utilizar os serviços de saúde mais frequentemente, aumentando substancialmente as despesas para manter a saúde, configurando-se destarte a hipervulnerabilidade no mercado de planos de saúde, tendo em vista que seu grau de vulnerabilidade é significativamente maior do que o grau de vulnerabilidade do consumidor de planos de saúde em geral.

Ainda, os tribunais também têm adotado o diálogo de fontes, a exemplo do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, que, no julgamento da Apelação nº 0558672-67.2016.8.05.0001, utilizou o diálogo das fontes para conferir maior proteção ao consumidor idoso que teve atendimento médico-hospitalar negado por seu plano de saúde (TJBA, 2018):

APELOS SIMULTÂNEOS NOS AUTOS DE AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SENTENÇA PELA PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. RESTABELECIMENTO DO PLANO DE SAÚDE E CONDENAÇÃO DA ACIONADA EM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS NO VALOR DE R\$ 5.000,00 (CINCO MIL REAIS). [...] PLANO DE SAÚDE. GEAP. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. INAPLICABILIDADE DO CDC E DO VERBETE DE Nº 469 DA SÚMULA DO STJ. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. PECULIARIDADES DA CAUSA E FACILIDADE DE OBTENÇÃO DA PROVA. DICÇÃO DO ART. 373, §1º DO NCPC/15. POSSIBILIDADE. **PESSOA IDOSA COM IDADE ACIMA DE 80 ANOS. APLICAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO. PRIORIDADE ESPECIAL. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DIÁLOGO DAS FONTES. AMPLIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA PROTEÇÃO JURÍDICA.** NEGATIVA DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. FATO INCONTROVERSO. RESCISÃO UNILATERAL. ALEGADA INADIMPLÊNCIA. ENVIO DE NOTIFICAÇÃO PARA ENDEREÇO EQUIVOCADO. AUSÊNCIA DE CIENTIFICAÇÃO PRÉVIA. ART. 13, PAR. ÚNICO, II DA LEI Nº 9656/98. VIOLAÇÃO DA BOA-FÉ OBJETIVA E DO DEVER DE INFORMAÇÃO. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. RESTRIÇÃO AO EXERCÍCIO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. DANO MORAL CONFIGURADO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. VALOR IRRISÓRIO ARBITRADO. MAIOR DESVALOR DA CONDUTA. VULNERABILIDADE DA VÍTIMA. NATUREZA DÚPLICE DA CONDENAÇÃO. MAJORAÇÃO PARA R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS). PRECEDENTES DO STJ. REFORMA DA SENTENÇA. PRELIMINAR DE AUSÊNCIA DE PREPARO RECURSAL REJEITADA. APELO DA OPERADORA DE SAÚDE IMPROVIDO E APELO DO AUTOR PROVIDO.

Importa observar, também, a proteção de que goza o consumidor idoso em razão de uma interpretação sistemática resultante do art. 39, IV, do CDC (BRASIL, 1990), que estabelece que o fornecedor de produtos ou serviços não pode prevalecer da fraqueza ou ignorância do consumidor, em decorrência de sua idade, saúde, conhecimento ou condição

social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços; do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), o qual garante, em seu art. 2º, que o idoso possui todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, devendo ser assegurada, por lei ou demais meios, todas as oportunidades e facilidades, com o intuito de preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade; do Código Civil (BRASIL, 2002), que estabelece, em seu art. 421, que a liberdade de contratar deverá ser exercida com base e nos limites da função social do contrato, e em seu art. 422 que os contratantes são obrigados a respeitar os princípios de probidade e boa-fé; e a Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estipula que não pode haver a variação dos valores estabelecidos nos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do consumidor, caso este tenha mais de sessenta anos de idade, nas hipóteses do art. 15 da referida lei.

### **3 CONTRATOS CATIVOS DE LONGA DURAÇÃO: OS PLANOS DE SAÚDE**

De acordo com Rosa, Bernardes e Félix (2017, p. 535-544), na sociedade pós-moderna massificada e de consumo em que se vive, o consumismo deixa de ser um meio e passa a ser uma finalidade: o objetivo primordial do consumidor pós-moderno é adquirir produtos e serviços para que seja aceito e respeitado em determinado grupo social, pouco importando se o objeto adquirido será nocivo ou não, supérfluo ou não.

Conforme exposto por Bauman (2012, p. 31):

Pode-se dizer que o “consumismo” é um tipo de arranjo social resultante da reciclagem de vontades, desejos e anseios humanos rotineiros, permanentes e, por assim dizer, “neutros quanto ao regime”, transformando-os na principal força propulsora e operativa da sociedade, uma força que coordena a reprodução sistêmica, a integração e a estratificação sociais, além da formação de indivíduos humanos, desempenhando ao mesmo tempo um papel importante nos processos de auto-identificação individual e de grupo, assim como na seleção e execução de políticas de vida individuais.

Assim, diante das novas formas de contratação e uma nova geração de contratos de massa - ou seja, de contratos de adesão que fornecem serviços no mercado -, criam-se relações jurídicas complexas por tempo considerável e a posição de “catividade” ou “dependência” dos consumidores, ao que Marques (2011, p. 96) inaugurou a expressão “contratos cativos de longa duração”:

Trata-se de uma série de novos contratos ou relações contratuais que utilizam os métodos de contratação de massa (através de contratos de adesão ou de condições

gerais dos contratos), para fornecer serviços especiais no mercado, criando relações jurídicas complexas 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. Esta posição de dependência ou, como aqui estamos denominando, de "catividade", só pode ser entendida no exame do contexto das relações atuais, onde determinados serviços prestados no mercado asseguram (ou prometem) ao consumidor e sua família "status", "segurança", "crédito renovado", "escola ou formação universitária certa e qualificada", "moradia assegurada" ou mesmo "saúde" no futuro. A catividade há de ser entendida no contexto do mundo atual, de indução ao consumo de bens materiais e imateriais, de publicidade massiva e métodos agressivos de marketing, de graves e renovados riscos na vida em sociedade, e de grande insegurança quanto ao futuro.

A catividade principia-se por meio da publicidade propositadamente sedutora, na medida em que o fornecedor promete possibilitar ao consumidor a concretização de seus desejos, bem como busca convencer o consumidor acerca das vantagens que possa vir a obter, em contraposição à vinculação por expressivo período de tempo. Nesse cenário, o consumidor é cativado psicologicamente, emocionalmente ou socialmente, posto que, conforme Xavier (2007, p. 185) bem afirma:

O aparato de marketing que geralmente acompanha os contratos cativos costuma ser muito incisivo e preparado para atingir diretamente a vontade dos destinatários e garantir um número cada vez maior de contratações. Da mesma forma, o momento de execução dessas práticas é cuidadosamente escolhido, visando chegar ao consumidor quando este se encontra despreparado para resistir às tentações típicas da atual sociedade de consumo.

Em um segundo momento, a catividade deve ser analisada após a formação do contrato, quando a dependência e fragilidade do consumidor diante do contrato firmado protraí-se no tempo diante das condições fáticas de submissão ao fornecedor, tais quais a necessidade de autorização prévia para a realização de determinado exame ou intervenção médica nos planos de saúde. Essa perpetuação da catividade se dá nos planos de saúde, porque a oferta dos respectivos serviços promete um futuro seguro num contexto em que, geralmente, o objeto principal desses contratos consiste em um evento futuro, certo ou incerto, consubstanciado na transferência de riscos referentes à futura necessidade, por exemplo, de assistência médica. E nesse sentido, para alcançar este objetivo, os consumidores manterão relações de dependência e convivência com os fornecedores desses serviços durante anos, pagando suas contribuições mensais, seguindo as instruções regulamentadoras, utilizando ou não os serviços, a depender da ocorrência ou não do evento contratualmente previsto (MARQUES, 2011, p. 105).

Ademais, tais contratos de fornecimento de serviços correspondem a relações envolvendo fazeres e são prestados, geralmente, de maneira contínua, cativa e massificada. conforme Marques (2011, p. 106-107), estes serviços:

[...] vinculam o consumidor de tal forma que, ao longo dos anos de duração da relação contratual complexa, torna-se este cliente cativo daquele fornecedor ou cadeia de fornecedores, tornando-se dependente mesmo da manutenção daquela relação contratual ou tendo frustradas todas as suas expectativas. Em outras palavras, para manter o vínculo com o fornecedor aceitará facilmente qualquer nova imposição por este desejada.

Daí então, a necessidade de se contrabalancear essa catividade do consumidor com uma proteção mais acentuada, o que se começou a se efetivar com a modificação do paradigma patrimonialista pelo humanista feito pela Constituição Federal de 1988 quando, até então, as relações entre beneficiários e seguradoras de planos de saúde eram reguladas pelo Código Civil de 1916, que valorizava aspectos patrimoniais e a autonomia da vontade em detrimento da necessidade de equilíbrio contratual, permitindo assim com que se consagrasse, no ordenamento brasileiro, a premissa de que o contrato fazia lei entre as partes (GAMA; GUSSEN; MELO, 2015, p. 2-3).

Nessa linha, por reconhecer a saúde enquanto direito fundamental e por admitir as limitações do sistema público de saúde, a Constituição Federal de 1988 trouxe expressamente, em seu art. 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Portanto, ao lado da medicina pública, a Constituição Federal autoriza a instituição da medicina privada, a qual engloba todos os prestadores de serviços privados cujo objetivo é a obtenção de lucro com o exercício da atividade, mediante a contraprestação pelos serviços prestados (GAMA; GUSSEN; MELO, 2015, p. 3).

Ato contínuo, para se complementar o CDC no sopesamento entre o intuito de lucro com o respeito ao consumidor, adveio-se a Lei nº 9.656/98, destinada a reger a atuação dos planos privados de assistência à saúde de forma a que, conforme já dito, haja um equilíbrio entre a livre iniciativa e a proteção do consumidor, dado que, além do já exposto, pelo fato dos contratos com planos de saúde serem cativos e de longa duração, o consumidor deposita inúmeras expectativas no vínculo contratual, expectativas essas protegidas pelo Código de Defesa do Consumidor, uma vez que a boa-fé objetiva é um dever de conduta que impõe o dever de lealdade aos contratantes (GAMA; GUSSEN; MELO, 2015, p. 14).

E da incidência da boa-fé objetiva decorrem os chamados deveres instrumentais ou deveres acessórios de conduta, conforme destacado por Neves e Tartuce (2018, p. 39):

Na mesma linha, conforme reconhece o Enunciado n. 26 do Conselho da Justiça Federal, aprovado na I Jornada de Direito Civil, a boa-fé objetiva vem a ser a exigência de um comportamento de lealdade dos participantes negociais, em todas as fases do negócio. A boa-fé objetiva tem relação direta com os deveres anexos ou laterais de conduta, que são deveres inerentes a qualquer negócio, sem a necessidade

de previsão no instrumento. Entre eles merecem destaque o dever de cuidado, o dever de respeito, o dever de lealdade, o dever de probidade, o dever de informar, o dever de transparência, o dever de agir honestamente e com razoabilidade.

Dessa forma, exige-se o respeito e colaboração entre as partes nos contratos com planos de saúde, devendo aquele que atua com má-fé ser penalizado por uma interpretação a *contrario sensu*, ou por sanções que estão previstas na própria lei consumerista, como a decretação da nulidade do negócio (NEVES; TARTUCE, 2018, p. 41). A boa-fé objetiva traz a ideia de equilíbrio negocial, que, na ótica do Direito do Consumidor, deve ser mantido em todos os momentos pelos quais passa o negócio jurídico.

Assim, da formação à execução do contrato de planos de saúde, deve-se atender às exigências da boa-fé objetiva, evitando abusos e reequilibrando a relação estabelecida entre parceiros contratuais tão desiguais. No caso do idoso, realça-se essa condição de catividade com os planos de saúde, visando a obter proteção à saúde e à vida na velhice, momento da vida em que se exigem maiores cuidados médicos.

#### 4 A QUESTÃO DA MAJORAÇÃO DE PREÇO EM RAZÃO DO AUMENTO DA IDADE

Não sem motivo e além do arcabouço protetivo já mencionado, é que por exemplo o Estatuto do Idoso, em seu art. 15 § 3º, protege o idoso contra a abusividade de reajustes das mensalidades dos planos de saúde com base exclusivamente na mudança de faixa etária, para que se atenda a função social do contrato e a boa-fé objetiva.

Gomes (2016, p. 273) apresenta contraponto, ao observar que o aumento da idade do beneficiário do plano de saúde gera o agravamento do risco assumido pela operadora de plano de saúde, uma vez que ocorre maior probabilidade de utilização dos serviços médico-hospitalares contratados, em decorrência do indivíduo estar mais propenso a contrair doenças. Entrementes, e a nosso ver, deve-se observar que, mesmo dentro de tal contexto, a expressiva superioridade econômica das operadoras de planos de saúde leva a gerar a inexorável presunção de que a aceitação do contrato em tais circunstâncias implica na capacidade de suportar os aludidos riscos advindos do envelhecimento do contratante.

Tanto o é, que a Lei dos Planos de Saúde (BRASIL, 1998), no art. 15, regulamenta a hipótese de reajuste em razão da idade da seguinte forma:

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as

faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (grifo do original)

Infira-se que o art. 35-E da referida lei disciplina a hipótese de reajuste para os planos de saúde nos contratados assinados antes de 02 de janeiro de 1999. Entretanto, este artigo foi declarado inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931 (BRASIL, 2018), nos seguintes termos:

Os dispositivos em análise preveem a incidência das novas regras relativas aos planos de saúde em contratos celebrados anteriormente à vigência do diploma. A norma destoa do Texto Maior. A vida democrática pressupõe segurança jurídica, e esta não se coaduna com o afastamento de ato jurídico perfeito e acabado mediante aplicação de lei nova. É o que decorre do inciso XXXVI do artigo 5º da Constituição Federal.

Pondere-se, a respeito, que a análise da hipótese de reajuste das mensalidades em razão da mudança de faixa etária deve observar três momentos: antes da vigência da Lei nº 9.656/98; após o advento da Lei nº 9.656/98 e antes da entrada em vigor da Lei nº 10.741/03 (Estatuto do Idoso) e após o advento da Lei nº 10.741/03.

Quanto aos contratos com planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98 - ou seja, antes de 2 de janeiro de 1999 -, observa-se que se deve cumprir o pactuado no contrato. Dessa forma, o percentual de reajuste e as respectivas faixas de aumento devem estar discriminados no instrumento negocial (SCHMITT, 2006, p. 4).

No entanto, conforme exposto por Gomes (2016, p. 274):

[...] para coibir os aumentos abusivos praticados pelas operadoras, cabe aos beneficiários se socorrerem ao Poder Judiciário, pleiteando a declaração de nulidade do reajuste aplicado, fundamentando o pedido com as disposições do Código de Defesa do Consumidor, notadamente as contidas no art. 6º, V, art. 46 e art. 51, IV e X.

Observa-se que muitos contratos cujos consumidores são idosos foram assinados no período que compreende a data de 11 de março de 1991 (entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor) a 02 de janeiro de 1999. Ora, esses contratos já estavam protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor: portanto, nenhuma cláusula abusiva pode prevalecer, pois é expressamente nula por disposição do art. 51 da Lei.

Schmitt (2006, p. 4) esclarece a respeito:

Nos planos assinados antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98, deve-se cumprir, em princípio, o que consta no contrato, desde que não haja abusos por parte da operadora, que afrontem princípios gerais de direito, como é o da boa-fé objetiva. Dependendo da data de celebração do contrato, incide também o Código de Defesa do Consumidor

- CDC (LGL\1990\40), até mesmo porque a relação havida entre a operadora e o usuário trata-se de caso típico de relação de consumo, com determinação da figura do consumidor e do fornecedor.

Em relação aos contratos com planos de saúde assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004, deve-se aplicar a previsão do art. 15 da Lei nº 9.656/98. Dessa forma, é necessário que a cláusula contratual estabeleça as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, de acordo com as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como a vedação ao reajuste para o usuário com mais de sessenta anos de idade que esteja vinculado ao plano de saúde há mais de dez anos (GOMES, 2016, p. 275).

Assim, o Conselho de Saúde Suplementar editou a Resolução nº 6/1998 (BRASIL, 1998), a qual dispõe, no art. 1º, que as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos com planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se as 07 (sete) faixas etárias de: 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade; 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade; 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade; 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade; 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade; 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade e 70 (setenta) anos de idade ou mais; sendo que a variação de preço, entre a primeira e a última faixa etária, somente pode ser de seis vezes no máximo, conforme art. 2º.

Destaca-se que estes contratos regidos pela Lei 9.656/98 também são regulados pelo CDC, o qual tem aplicação aos mencionados tipos negociais.

Quanto aos contratos com planos de saúde assinados após 1º de janeiro de 2004, observa-se que o número de faixas etárias aumentou de sete para dez, visando atender a determinação do art. 15, §3º, do Estatuto do Idoso, que veda a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. Ademais, a Resolução Normativa nº 63/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2003) determina, ainda, que o valor fixado para a última faixa etária (59 ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). As faixas etárias obrigatórias passaram a ser: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais.

Recentemente, as decisões proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça têm demonstrado o entendimento de que é válida a cláusula prevista em contratos com planos de saúde que autoriza o aumento das mensalidades quando o usuário completar 60 (sessenta) anos

de idade. Para este Tribunal, essa cláusula será abusiva quando não respeitar os limites e requisitos estabelecidos na Lei nº 9.656/98 ou aplicar índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios que onerem em demasia o segurado, conforme se verifica pela análise do voto do Ministro Relator Marco Buzzi, em sede de decisão do Recurso Especial nº 1.280.211, de São Paulo (STJ, 2014):

Nessa ordem de ideias, a variação das mensalidades ou prêmios dos planos ou seguros de assistência à saúde, em razão da mudança de faixa etária, não configurará ofensa ao princípio constitucional da isonomia, quando baseada em legítimo fator distintivo, a exemplo do incremento do elemento risco nas relações jurídicas de natureza securitária, desde que não evidenciada a aplicação de percentuais desarrazoados, com o condão de compelir o idoso à quebra do vínculo contratual, hipótese em que restará inobservada a cláusula geral da boa-fé objetiva, a qual impõe a adoção de comportamento ético, leal e de cooperação nas fases pré e pós pactual. Consequentemente, a decretação da nulidade de pleno direito da cláusula contratual que preveja a variação de valores a serem pagos pelos beneficiários em razão do critério etário será de rigor apenas quando implicar obrigação abusiva, incompatível com a boa-fé e a equidade, *ex vi* do disposto no artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor, o que deverá ser analisado de forma casuística.

Segundo o STJ, quanto mais avançada a idade do segurado, maior será seu risco subjetivo, uma vez que normalmente a pessoa de mais idade necessita de serviços de assistência médica com maior frequência do que as pessoas mais jovens. Por isso mesmo, os contratos com planos de saúde normalmente trazem cláusula prevendo reajuste em função do aumento da idade do segurado, tendo em vista que os valores cobrados a título de prêmio devem ser proporcionais ao grau de probabilidade de ocorrência do evento ou risco coberto.

A questão que surgiu foi se o Estatuto do Idoso, em seu já aludido art. 15, §3º, acabou com a possibilidade de cobrança de valores diferenciados em planos de saúde para idosos. Segundo o STJ, a resposta é não, pois o referido Tribunal sustenta que não se pode interpretar de forma absoluta este artigo, ou seja, não se pode dizer que, abstratamente, todo e qualquer reajuste que se baseie na idade será abusivo. Para este Tribunal, o que o Estatuto do Idoso quis proibir foi a discriminação contra o idoso, ou seja, o tratamento diferenciado sem qualquer justificativa razoável. E deve-se encontrar um ponto de equilíbrio entre a Lei dos Planos de Saúde e o Estatuto do Idoso, a fim de se chegar a uma solução justa para os interesses em conflito.

Atualmente, o STJ entende que é possível haver reajuste das prestações pagas pelos idosos para os planos de saúde, nos termos do voto do Ministro Relator Ricardo Villas Bôas Cueva no Recurso Repetitivo nº 1.568.244 (STJ, 2016):

Por outro lado, como cediço, os gastos de tratamento de pessoas idosas são geralmente mais altos do que os de pessoas mais jovens, isto é, o risco assistencial varia

consideravelmente em função da idade. Assim, diante do mutualismo e para trazer maior equilíbrio financeiro ao plano, foram estabelecidos preços fracionados em faixas etárias para que tanto os jovens quanto os idosos pagassem um valor compatível com os seus perfis de utilização dos serviços médico-hospitalares.[...] Conclui-se que a cláusula de aumento de mensalidade de plano de saúde conforme a mudança de faixa etária encontra fundamento no mutualismo e na solidariedade intergeracional, além de ser regra atuarial e asseguradora de riscos, o que concorre para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do próprio plano.

Assim, de acordo com o STJ, o reajuste será adequado e razoável sempre que o percentual de majoração for justificado atuarialmente, de forma que permita a continuidade contratual tanto de jovens quanto de idosos, bem como a sobrevivência do próprio fundo mútuo e da operadora, que visa comumente o lucro.

Entretanto, *data venia*, nota-se que as decisões do Superior Tribunal de Justiça representam um retrocesso social na proteção constitucional do consumidor idoso, haja vista que, conforme Barletta e Goodman (2018, p. 17), o contratante idoso, sujeito de um direito de cunho fundamental social que paga por um plano de saúde, deve receber a prestação de um serviço de natureza essencial para manter sua vida em condições de dignidade, especialmente quando está em um momento delicado da sua vida. A melhor interpretação deveria basear-se no diálogo das fontes, com o objetivo de vedar a majoração dos valores dos planos de saúde em decorrência da idade como forma de tutelar o idoso, uma vez que este é um hipervulnerável no mercado dos planos de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ausência de vagas do SUS, os longos períodos de espera para conseguir atendimento médico, a falta de médicos, os poucos leitos e a demora para se conseguir realizar os tratamentos, fazem com que a opção por contratar um plano de saúde privado seja praticamente uma necessidade para quem objetiva ter acesso aos serviços médicos e hospitalares de forma eficiente e rápida. Diante deste cenário, verifica-se que a relação de consumo envolvendo idosos e planos de saúde é caracterizada pela essencialidade, especialmente diante da debilidade à saúde causada pela idade avançada.

O idoso é um consumidor hipervulnerável no âmbito dos planos de saúde, uma vez que necessita de mais acentuadamente dos serviços médicos em decorrência da fragilidade de sua saúde, situação que leva os idosos a contratarem planos privados de saúde, muitas vezes estando inseridos em uma relação contratual de longa duração com o intuito de estarem

protegidos na velhice. Destarte, por meio do diálogo das fontes verifica-se que a melhor interpretação das leis que regem a situação do idoso no mercado dos planos de saúde deve resultar na maior proteção possível ao idoso, uma vez que se trata de um hipervulnerável nas relações que envolvem planos de saúde.

Eis porque, a nosso ver, revela-se contraproducente e até mesmo contrário à sistemática consumerista, o entendimento do STJ acerca do qual é possível o reajuste dos planos de saúde dos idosos desde que não seja um aumento abusivo e discriminatório. A assunção dos riscos pela operadora de plano de saúde deve ser presumida no valor originariamente contratado – obviamente, com os reajustes legais de reposição inflacionária e outros mais -, posto que o expressivo poderio econômico permite assim ser, e dado que tal interpretação coaduna com a maximização da proteção do idoso em razão de sua condição especial de hipervulnerabilidade.

É dizer: a vedação à majoração dos valores dos planos de saúde dos idosos em decorrência da idade é uma decorrência da aplicação do princípio da máxima efetividade da norma constitucional, na medida em que subordina tal mister aos direitos fundamentais à vida, à saúde e à proteção do idoso, bem como à proteção deste enquanto consumidor.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. Quarta Câmara Cível. Apelação n. 0558672-67.2016.8.05.0001. Relatora Desembargadora Cynthia Maria Pina Resende. Julgado em 17 abr. 18. Publicado em 18 abr. 2018. Disponível em: <https://jurisprudenciaws.tjba.jus.br/inteiroTeor/de6dd28e-4a0c-3011-b4f7-e02d3ec61ed9>. Acesso em 4 nov. 2021.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues; GOODMAN, Soraya Victoria. Reflexões sobre direitos humanos e a atual jurisprudência do STJ sobre o direito à saúde da pessoa idosa em contratos privados de planos de saúde. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo-SP, v. 120, nov-dez. 2018, p. 309-340.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo: A transformação das pessoas em mercadoria**. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em 10 nov. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm). Acesso em: 3 nov. 2021.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm). Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm). Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Resolução n. 6, de 4 de novembro de 1998. Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde. Disponível em <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEy>. Acesso em: 8 nov. 2021.

BRASIL. Resolução nº 63, de 22 de dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>. Acesso em: 8 dez. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.763.464-SC. Relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino (decisão monocrática). Julgado em 8 out. 2018. Disponível em <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=88222279&num\\_registro=201801825079&data=20181010&tipo=0](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=88222279&num_registro=201801825079&data=20181010&tipo=0)>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1280211-SP. Relator Ministro Marco Buzzi. Julgado em 23 abr. 2014. Disponível em: [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=35491079&num\\_registro=201102207680&data=20140904&tipo=91&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=35491079&num_registro=201102207680&data=20140904&tipo=91&formato=PDF). Acesso em: 09 dez. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n. 1.568.244-RJ. Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 19 dez. 2016. Disponível em: [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=65948053&num\\_registro=201502972780&data=20161219&tipo=51&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=65948053&num_registro=201502972780&data=20161219&tipo=51&formato=PDF). Acesso em: 09 dez. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931-DF. Relator Ministro Marco Aurélio. Julgado em 7 fev. 2018. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/diarioJustica/listarDiarioJustica.asp?tipoPesquisaDJ=AP&classe=ADI&numero=1931>. Acesso em: 8 nov. 2021.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da; GUSSEM, Marina de Almeida; MELO, Álvaro Andrade Antunes. Contrato de Planos de Saúde e os Direitos do Idoso. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo-SP, v. 98, mar-abr. 2015, p. 155-175.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de planos de saúde: a busca judicial pelo equilíbrio de interesses entre os usuários e as operadoras de planos de saúde**. Leme: JH Mizuno, 2016.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: O novo regime das relações contratuais**. 6 ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MARQUES, Cláudia Lima. O “diálogo das fontes” como método da nova teoria geral do direito: um tributo à Erik Jayme. *In*: MARQUES, Cláudia Lima (coord.). **Diálogo das fontes: do conflito à coordenação de normas do direito brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. p. 17-66.

MARQUES, Cláudia Lima. Solidariedade na doença e na morte: sobre a necessidade de “ações afirmativas” em contratos de planos de saúde e de planos funerários frente ao consumidor idoso. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). **Constituição, direitos fundamentais e direito privado**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010. p. 175-204.

MIRAGEM, Bruno. **Direito do consumidor: fundamentos do direito do consumidor; direito material e processual do consumidor; proteção administrativa do consumidor; direito penal do consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

NEVES, Daniel Amorim Assumpção; TARTUCE, Flávio. **Manual de direito do consumidor: direito material e processual**. 7 ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Método, 2018.

PINHEIRO, Rosalice Fidalgo; DETROZ, Derlayne. A hipervulnerabilidade e os direitos fundamentais do consumidor idoso no direito brasileiro. **Revista Luso-Brasileira de Direito do Consumo**. Lisboa, v. 2, n. 4, p. 129-164, dez. 2012.

ROSA, Luiz Carlos Goiabeira; BERNARDES, Luana Ferreira; FÉLIX, Vinícius César. O idoso como consumidor hipervulnerável na sociedade de consumo pós-moderna. **Revista Jurídica da Presidência**. Brasília-DF, v. 18, n. 116, out. 2016/jan. 2017, p. 533-558.

SCHMITT, Cristiano Heineck. Reajustes em contratos de planos e de seguros de assistência privada à saúde. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo-SP, v. 60, out-dez. 2006, p. 58-79.

TAVARES, André Ramos. **Direito Constitucional Econômico**. 3 ed. rev. atual. São Paulo: Método, 2011.

XAVIER, José Tadeu Neves. Reflexões sobre os contratos cativos de longa duração. **Revista de Direito dos Advogados da União**, Brasília-DF, v. 6, n. 6, out. 2007, p. 181-202. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/63022>. Acesso em: 03 nov. 2021.

**Submetido em 30.03.2022**

**Aceito em 10.06.2025**