

**ENVELHECIMENTO E
SAÚDE EM INTERSEÇÃO:
UMA ANÁLISE SOBRE A
ABUSIVIDADE DAS TARIFAS
ESTABELECIDAS PELOS
PLANOS DE SAÚDE EM
RAZÃO DO ASPECTO
ETÁRIO**

AGING AND HEALTH AT THE INTERSECTION: AN ANALYSIS OF THE
ABUSIVENESS OF RATES SET BY HEALTH PLANS BASED ON AGE

Ciências Humanas • 17/12/2025

REGISTRO DOI: [10.5281/zenodo.17969168](https://doi.org/10.5281/zenodo.17969168)

Carla Rodrigues Ribeiro¹

Tauã Lima Verdán Rangel²

RESUMO

O presente trabalho analisa a abusividade dos reajustes de mensalidades de planos de saúde em razão da faixa etária, com foco na proteção do consumidor idoso. A pesquisa aborda o envelhecimento como fenômeno social e o direito à saúde como mínimo existencial, investigando a colisão de normas entre a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003). A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental, com análise de legislação, doutrina e jurisprudência, em especial o REsp 1.568.244/RJ do STJ. Conclui-se que, embora a lei permita reajustes, a jurisprudência tem atuado para coibir práticas abusivas e discriminatórias, protegendo a dignidade e o acesso à saúde da pessoa idosa. A metodologia empregada para a construção do presente trabalho se baseou na utilização de métodos dedutivos e historiográficos. A partir do critério de abordagem, a pesquisa é categorizada como qualitativa. No que concernem às técnicas de pesquisa, empregaram-se a pesquisa bibliográfica e a revisão de literatura sob o formato sistemático.

Palavras-chave: Envelhecimento; Planos de Saúde; Abusividade; Direito do Consumidor; Estatuto do Idoso.

ABSTRACT

This paper analyzes the abusiveness of health plan premium adjustments based on age group, focusing on the protection of elderly consumers. The research addresses aging as a social phenomenon and the right to health as a minimum existential right, investigating the conflict between the Health Plans Law (Law 9.656/98) and the Statute of the Elderly (Law 10.741/2003). The methodology used was bibliographic and documentary research, with analysis of legislation, doctrine, and jurisprudence, especially the REsp 1.568.244/RJ of the Superior Court of Justice (STJ). It

concludes that, although the law allows adjustments, jurisprudence has acted to curb abusive and discriminatory practices, protecting the dignity and access to health of the elderly. The methodology employed for the construction of this work was based on the use of deductive and historiographical methods. Based on the approach criterion, the research is categorized as qualitative. Regarding research techniques, bibliographic research and literature review were employed in a systematic format.

Keywords: Aging; Health Plans; Abusive Practices; Consumer Law; Statute of the Elderly.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade global e um dos maiores desafios do século XXI. No Brasil, o aumento da expectativa de vida e a queda das taxas de fecundidade têm acelerado essa transição demográfica, exigindo uma readequação das políticas públicas e das estruturas sociais para atender às novas demandas dessa parcela crescente da população. Nesse contexto, o acesso à saúde emerge como um dos pilares para garantir um envelhecimento digno e com qualidade de vida. A Constituição Federal de 1988, na redação do seu artigo 196, consagra a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Paralelamente ao sistema público, o setor de saúde suplementar, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desempenha um papel crucial na prestação de serviços de saúde

para milhões de brasileiros. Contudo, a relação entre os beneficiários, especialmente os idosos, e as operadoras de planos de saúde é frequentemente marcada por conflitos, principalmente no que tange aos reajustes das mensalidades. A questão central que se coloca é a aparente colisão entre a permissão de reajuste por faixa etária, prevista na Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), e a vedação à discriminação do idoso em razão da idade, estabelecida no artigo 15, § 3º, da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa).

Essa tensão normativa gera um cenário de insegurança jurídica e vulnerabilidade para o consumidor idoso, que muitas vezes se vê diante de aumentos expressivos em suas mensalidades, tornando a manutenção do plano de saúde financeiramente insustentável. A prática de reajustes considerados abusivos pode configurar uma barreira ao acesso à saúde, direito fundamental e componente essencial do mínimo existencial, indispensável para uma vida digna. Diante disso, o Poder Judiciário tem sido frequentemente provocado a se manifestar sobre a legalidade e a razoabilidade desses aumentos, buscando um equilíbrio entre a sustentabilidade econômico-financeira dos contratos e a proteção do consumidor hipervulnerável.

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral analisar a abusividade dos reajustes por faixa etária nos contratos de planos de saúde, com ênfase na proteção jurídica conferida à pessoa idosa. Para tanto, buscar-se-á, especificamente: (i) contextualizar o envelhecimento como um fenômeno social e suas implicações no acesso à saúde; (ii) discutir o direito à saúde como um direito fundamental e sua relação com o princípio do mínimo existencial; (iii) examinar a legislação e a regulamentação pertinentes, destacando o conflito entre a Lei dos Planos de Saúde e o Estatuto

da Pessoa Idosa; e (iv) analisar a jurisprudência dos tribunais superiores, em especial o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) no julgamento do Recurso Especial nº 1.568.244/RJ, que fixou teses sobre o tema em regime de recursos repetitivos.

A justificativa para a escolha do tema reside na sua relevância social e jurídica. O envelhecimento da população brasileira é um fato incontestável, e a garantia do acesso à saúde para os idosos é um imperativo de justiça social e de efetivação da dignidade da pessoa humana. A análise da abusividade dos reajustes nos planos de saúde é, portanto, fundamental para a defesa dos direitos de uma parcela significativa e crescente da sociedade, que se encontra em situação de especial vulnerabilidade. Além disso, o estudo da jurisprudência sobre o tema contribui para a compreensão dos critérios utilizados pelo Judiciário para coibir práticas abusivas e para a busca de soluções que harmonizem os interesses dos consumidores e das operadoras de planos de saúde.

Para a consecução dos objetivos propostos, a metodologia empregada será a pesquisa bibliográfica e documental. Serão analisadas fontes como livros, artigos científicos, legislação, resoluções da ANS e decisões judiciais. A pesquisa terá um caráter qualitativo, buscando aprofundar a compreensão do tema a partir da análise crítica das fontes selecionadas. A estrutura do trabalho seguirá a lógica dos objetivos específicos, iniciando com uma abordagem sobre o envelhecimento e o direito à saúde, passando pela análise da legislação e da jurisprudência, e culminando com as considerações finais, que apresentarão uma síntese dos resultados da pesquisa e reflexões sobre os desafios e perspectivas para a proteção do consumidor idoso nos planos de saúde.

1. O ENVELHECIMENTO COMO FATO SOCIAL

A análise do envelhecimento populacional requer uma abordagem que transcenda a dimensão meramente biológica, incorporando sua complexidade social como elemento essencial para o desenvolvimento de políticas públicas inclusivas e eficazes diante das transformações demográficas contemporâneas (Escorsim, 2021).

O envelhecimento é um processo multifacetado, que transcende a mera passagem do tempo. Do ponto de vista biológico, é caracterizado por um declínio progressivo das funções fisiológicas, o que aumenta a vulnerabilidade a doenças e agravos à saúde. Contudo, essa visão é insuficiente para abarcar a complexidade da experiência de envelhecer. A Organização Mundial da Saúde (2005, p. 13) define o envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Essa definição amplia o conceito, incorporando dimensões sociais, psicológicas e comportamentais.

A Gerontologia, campo científico dedicado ao estudo do envelhecimento, busca compreender esse processo em sua totalidade. Conforme destaca Prado e Sayd (2006), a Gerontologia não se restringe aos aspectos patológicos da velhice, mas investiga as transformações normais que ocorrem ao longo da vida, bem como os fatores que influenciam a qualidade do envelhecimento. Nesse sentido, é crucial desmistificar estereótipos que associam a velhice unicamente à doença, à incapacidade e à dependência. O envelhecimento é, na verdade, um processo heterogêneo, vivenciado de formas distintas por cada indivíduo, a depender de

suas condições de vida, trajetória pessoal, acesso a recursos e suporte social (Santos, 2010).

Santos (2010), ainda, ressalta que as concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice e idoso devem ser compreendidas de forma multidimensional, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicológicos, sociais e espirituais. A autora enfatiza que a enfermagem gerontogeriátrica deve estar fundamentada em uma visão holística do ser humano que envelhece, reconhecendo suas potencialidades e não apenas suas limitações.

No Brasil, o envelhecimento populacional ocorre de forma acelerada. Dados do Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que a população com 65 anos ou mais atingiu 10,9% do total, um crescimento de 57,4% em relação a 2010. Essa transição demográfica impõe ao Estado e à sociedade o desafio de criar condições para que o aumento da longevidade seja acompanhado de bem-estar e dignidade, o que perpassa, necessariamente, pela garantia de direitos e pela promoção de políticas públicas eficazes (Nasri, 2008 *apud* Veras; Oliveira; Cordeiro, 2013).

Um dos aspectos mais sensíveis e preocupantes do envelhecimento na sociedade contemporânea é a questão do abandono familiar. Embora a família seja, tradicionalmente, a principal fonte de apoio e cuidado para a pessoa idosa, transformações na sua estrutura, como a redução do número de filhos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a mobilidade geográfica, têm impactado essa dinâmica. O abandono pode se manifestar de diversas formas, desde a

negligência afetiva e material até o isolamento social e a violência (Assis, 2004)

Assis (2004) analisa os aspectos sociais do envelhecimento e destaca que as principais mudanças sociais no processo de envelhecimento devem ser dimensionadas a partir da diversidade que caracteriza a população idosa. A autora observa que o abandono familiar não é um fenômeno isolado, mas está inserido em um contexto mais amplo de transformações sociais que afetam as relações intergeracionais.

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), em seu artigo 3º, estabelece que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. A legislação, portanto, reconhece a corresponsabilidade no cuidado com a pessoa idosa, mas a realidade muitas vezes se distancia do ideal normativo (Camarano; Pasinato, 2004)

O abandono familiar não apenas compromete o bem-estar emocional e psicológico do idoso, mas também agrava sua vulnerabilidade física e social. A ausência de um suporte familiar adequado dificulta o acesso a serviços de saúde, a adesão a tratamentos e a prevenção de acidentes. Além disso, o isolamento social é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças como a depressão e o declínio cognitivo. É imperativo, portanto, que a sociedade e o Estado desenvolvam mecanismos de proteção e apoio às famílias e aos idosos, fortalecendo os vínculos intergeracionais e

criando redes de cuidado que complementem o suporte familiar (Born, 2008).

O acesso à saúde é um direito fundamental e uma condição indispensável para um envelhecimento saudável e ativo. Com o avançar da idade, é natural que aumente a demanda por cuidados de saúde, seja para o tratamento de doenças crônicas, seja para a prevenção de agravos e a promoção da saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o desafio de se adaptar a essa nova realidade, oferecendo uma atenção integral e qualificada à população idosa (Veras, 2009).

No entanto, o acesso à saúde para as pessoas idosas enfrenta inúmeros obstáculos. Além das dificuldades inerentes ao sistema público, como as longas filas de espera e a falta de especialistas, a pessoa idosa se depara com barreiras no setor de saúde suplementar. Como será aprofundado nos capítulos seguintes, a prática de reajustes abusivos nos planos de saúde em razão da idade constitui uma das principais violações ao direito à saúde dessa população. Muitas vezes, os idosos são expulsos de seus planos no momento em que mais precisam, em uma clara demonstração de discriminação etária, conhecida como etarismo (Goldani, 2010).

O etarismo na saúde se manifesta não apenas nos aspectos financeiros, mas também na qualidade do atendimento. Estereótipos negativos sobre a velhice podem levar à subestimação de queixas, à negligência no diagnóstico e ao tratamento inadequado de doenças. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) busca combater essas práticas, promovendo um modelo de atenção à saúde que considere as especificidades do envelhecimento e valorize a autonomia e a capacidade funcional da

pessoa idosa. A efetivação dessa política, contudo, ainda é um desafio a ser superado (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

A garantia de um envelhecimento digno passa, necessariamente, pela inclusão social e pela proteção contra todas as formas de violência e discriminação. A pessoa idosa é um sujeito de direitos e deve ter sua participação na comunidade assegurada, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida, conforme preconiza o artigo 230 da Constituição Federal (Ramos, 2014).

A proteção à pessoa idosa abrange diversas áreas, desde a segurança física e patrimonial até a defesa contra a violência psicológica e a negligência. O Estatuto da Pessoa Idosa representa um marco na proteção jurídica dessa população, tipificando crimes e estabelecendo medidas de proteção. A notificação compulsória de casos de violência contra idosos pelos serviços de saúde, prevista no artigo 19 do Estatuto da Pessoa Idosa, é um importante instrumento para a identificação e o enfrentamento desse grave problema social (Minayo, 2005)

A inclusão, por sua vez, refere-se à criação de oportunidades para que a pessoa idosa continue a participar ativamente da sociedade, exercendo sua cidadania e contribuindo com sua experiência e sabedoria. Isso envolve desde a adaptação dos espaços urbanos e dos transportes até a promoção de atividades culturais, educacionais e de lazer. A convivência intergeracional é fundamental nesse processo, pois permite a troca de conhecimentos e o fortalecimento dos laços sociais, combatendo o isolamento e a solidão (Cachioni, 2003 *apud* Silva; Lima, 2016).

A transição demográfica brasileira apresenta características únicas que merecem análise detalhada. Nasri (2008 *apud* Veras; Oliveira; Cordeiro, 2013) destaca que o processo de envelhecimento populacional no Brasil resulta do declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, fenômeno que se acelera de forma mais intensa do que ocorreu nos países desenvolvidos. Esta aceleração impõe desafios específicos ao sistema de saúde e às políticas sociais, exigindo adaptações rápidas e eficientes.

Os dados epidemiológicos revelam que o envelhecimento populacional brasileiro não é homogêneo, apresentando variações regionais significativas. As regiões Sul e Sudeste apresentam índices de envelhecimento mais elevados, enquanto as regiões Norte e Nordeste ainda mantêm uma população relativamente mais jovem, embora também experimentem o processo de transição demográfica (Carvalho; Garcia, 2003 *apud* Camarano; Kanso, 2010). Essa heterogeneidade regional exige políticas públicas diferenciadas e adaptadas às realidades locais.

Alves (2019) analisa o envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, destacando que a tendência brasileira não difere significativamente da tendência global, mas o processo de envelhecimento populacional no Brasil ocorre em um contexto de desigualdades sociais mais acentuadas. O autor ressalta que o envelhecimento da população brasileira ocorre simultaneamente ao aumento da expectativa de vida, mas nem sempre acompanhado de melhorias na qualidade de vida e no acesso a serviços essenciais.

O perfil epidemiológico da população idosa caracteriza-se pelo predomínio de enfermidades crônico-degenerativas, incluindo distúrbios metabólicos, patologias do sistema circulatório e

processos neoplásicos, que constituem os principais determinantes de adoecimento e óbito neste segmento populacional (Brasil, 2022). Esse perfil epidemiológico exige uma reorganização dos serviços de saúde, com ênfase na atenção primária, na prevenção e no controle de doenças crônicas.

O fenômeno da feminização do envelhecimento também merece destaque. As mulheres apresentam maior expectativa de vida que os homens, resultando em uma proporção maior de mulheres idosas na população. Contudo, essa longevidade feminina frequentemente vem acompanhada de maior vulnerabilidade social e econômica, especialmente considerando as desigualdades de gênero históricas no mercado de trabalho e na previdência social (Camarano, 2003).

O conceito de envelhecimento ativo, proposto pela Organização Mundial da Saúde, representa uma mudança paradigmática na abordagem do envelhecimento. Diferentemente de uma visão assistencialista, que enxerga o idoso apenas como beneficiário de cuidados, o envelhecimento ativo reconhece o potencial de contribuição da pessoa idosa para a sociedade (Organização Mundial de Saúde, 2005 *apud* Alencar; Bruck; Pereira, 2012). Esta perspectiva exige políticas públicas que promovam a participação, a saúde e a segurança dos idosos.

Escorsim (2021) analisa o envelhecimento no Brasil sob os aspectos sociais, políticos e demográficos, destacando que o fenômeno do envelhecimento da sociedade brasileira deve ser compreendido a partir das relações antagônicas das classes sociais no capitalismo. A autora argumenta que as políticas públicas para o envelhecimento devem considerar as desigualdades estruturais da sociedade

brasileira, evitando abordagens que responsabilizem exclusivamente o indivíduo por seu processo de envelhecimento.

A implementação de políticas de envelhecimento ativo requer uma abordagem intersectorial, envolvendo não apenas o setor saúde, mas também educação, trabalho, previdência social, habitação e transporte. A criação de ambientes amigos do idoso, conceito também desenvolvido pela OMS, pressupõe a adaptação das cidades e comunidades para atender às necessidades específicas da população que envelhece (Kalache, 2008 *apud* Nakatani; Souto; Pau-D'arco, 2013)

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94) e o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) constituem o marco legal para as políticas de envelhecimento. A Política Nacional do Idoso estabelece os princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas, planos, programas e projetos voltados ao idoso, enquanto o Estatuto do Idoso regulamenta os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Camarano, 2004). Contudo, a efetivação dessas políticas ainda enfrenta desafios significativos, relacionados tanto à disponibilidade de recursos quanto à articulação entre os diferentes níveis de governo e setores da sociedade.

A questão do trabalho na terceira idade também ganha relevância no contexto das políticas de envelhecimento ativo. O aumento da expectativa de vida e as mudanças no mercado de trabalho têm levado muitos idosos a permanecerem economicamente ativos por mais tempo. Essa realidade exige políticas que combatam a discriminação etária no trabalho e que promovam a capacitação e

requalificação profissional da população idosa (Camarano; Kanso; Mello, 2004 *apud* Strenzel, 2012).

A educação permanente e a educação gerontológica emergem como estratégias fundamentais para o envelhecimento ativo. Programas educacionais voltados para idosos não apenas contribuem para a manutenção das capacidades cognitivas, mas também promovem a socialização e a autoestima. As universidades da terceira idade, por exemplo, têm se mostrado importantes espaços de aprendizagem e convivência para a população idosa (Cachioni, 2003 *apud* Silva; Lima, 2016).

Em suma, o envelhecimento como fato social demanda um olhar atento e multifacetado. A construção de uma sociedade para todas as idades requer o compromisso de todos – Estado, sociedade, comunidade e família – na garantia dos direitos da pessoa idosa, na promoção de sua saúde e bem-estar e na valorização de sua contribuição para o desenvolvimento social. A luta contra a abusividade nos planos de saúde é uma das frentes dessa batalha pela dignidade na velhice, como será detalhado a seguir (Debert, 2012).

2. O DIREITO À SAÚDE ENQUANTO MÍNIMO EXISTENCIAL SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO VIÉS GERONTOLÓGICO

O direito à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, representa uma das mais significativas conquistas do constitucionalismo brasileiro contemporâneo. Ao estabelecer que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, o constituinte brasileiro adotou uma concepção ampla e abrangente do direito à saúde, que transcende a mera assistência médica curativa (Sarlet, 2018).

A amplitude do conceito constitucional de saúde encontra respaldo na definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a concebe como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 1946 *apud* Dallari, 2009, p. 12). Essa definição, embora tenha recebido críticas por sua aparente utopia, influenciou decisivamente a construção do sistema constitucional brasileiro de proteção à saúde, orientando-o para uma perspectiva integral e multidimensional.

Silva (2017) destaca que o direito à saúde possui uma dimensão individual e uma dimensão coletiva. Na dimensão individual, manifesta-se como o direito subjetivo de cada pessoa ao acesso aos serviços de saúde necessários à preservação e recuperação de sua saúde. Na dimensão coletiva, traduz-se no direito de toda a coletividade a políticas públicas que promovam condições adequadas de vida e saúde para toda a população. Essa dupla dimensão é fundamental para compreender a complexidade e a abrangência do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

O conteúdo do direito à saúde abrange não apenas o acesso aos serviços de assistência médica, mas também o direito a condições de vida saudáveis, incluindo saneamento básico, habitação adequada, alimentação, meio ambiente equilibrado, trabalho em condições dignas e acesso à informação (Aith, 2017). Essa concepção ampliada do direito à saúde reflete o reconhecimento de que a

saúde é determinada por múltiplos fatores sociais, econômicos e ambientais, conhecidos como determinantes sociais da saúde.

A Lei nº 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), incorpora essa visão ampliada ao estabelecer, em seu artigo 3º, que

[...] os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Essa disposição legal reforça a compreensão de que a efetivação do direito à saúde exige uma atuação estatal que vá além da prestação de serviços médicos, abrangendo políticas públicas intersetoriais. Schwartz (2001) observa que o direito à saúde possui características que o distinguem de outros direitos fundamentais. Trata-se de um direito de natureza prestacional, que exige do Estado não apenas uma abstenção (não causar danos à saúde), mas principalmente uma atuação positiva na criação de condições para sua efetivação. Além disso, é um direito de titularidade universal, não se restringindo aos nacionais, mas estendendo-se a todas as pessoas que se encontrem no território brasileiro.

A universalidade do direito à saúde encontra-se intimamente relacionada ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, CF/88).

Como observa Barroso (2010), a saúde é condição essencial para uma vida digna, sendo impossível conceber a dignidade humana sem o acesso aos cuidados de saúde necessários à preservação da vida e ao bem-estar físico e mental. Essa conexão entre saúde e dignidade humana é particularmente relevante quando se trata da população idosa, que apresenta maior vulnerabilidade e necessidades específicas de cuidados de saúde.

A classificação dos direitos fundamentais em direitos de defesa e direitos prestacionais tem sido objeto de intensa discussão doutrinária e jurisprudencial, especialmente no que se refere aos direitos sociais, entre os quais se incluem o direito à saúde. A natureza programática dos direitos sociais, tradicionalmente invocada para limitar sua eficácia e aplicabilidade imediata, tem sido progressivamente relativizada pela doutrina e pela jurisprudência contemporâneas (Sarlet, 2015).

Sarlet (2012) esclarece que os direitos fundamentais sociais possuem uma dupla dimensão: uma dimensão subjetiva, que confere aos indivíduos direitos subjetivos a prestações estatais, e uma dimensão objetiva, que impõe ao Estado deveres de proteção e promoção desses direitos. No caso específico do direito à saúde, essa dupla dimensão manifesta-se na obrigação estatal de criar e manter um sistema público de saúde (dimensão objetiva) e no direito individual de acesso aos serviços de saúde (dimensão subjetiva).

A Constituição Federal de 1988 não estabeleceu uma distinção expressa entre direitos fundamentais de aplicabilidade imediata e direitos de natureza programática. Pelo contrário, o artigo 5º, § 1º, estabelece que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (Brasil, 1988), dispositivo que,

segundo a interpretação dominante, aplica-se também aos direitos sociais previstos no artigo 6º e desenvolvidos no Título VIII da Constituição (Mendes; Branco, 2018).

Contudo, a aplicabilidade imediata dos direitos sociais não significa que todos os seus aspectos possam ser exigidos de forma plena e incondicional. Como observa Silva (2017), os direitos sociais possuem diferentes graus de densidade normativa, variando desde normas de eficácia plena até normas de eficácia limitada que dependem de regulamentação infraconstitucional. No caso do direito à saúde, alguns aspectos possuem eficácia imediata, como o direito de não ser impedido de buscar tratamento médico, enquanto outros dependem da organização de serviços e da alocação de recursos públicos.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem evoluído no sentido de reconhecer a aplicabilidade imediata do direito à saúde, especialmente em situações que envolvem o mínimo existencial. No julgamento da ADPF 45, o Ministro Celso de Mello estabeleceu importante precedente ao afirmar que

[...] a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (Brasil, 2004).

Sarlet e Figueiredo (2008) esclarecem que o mínimo existencial constitui o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, blindado contra medidas retrocessivas e dotado de aplicabilidade imediata, independentemente das limitações orçamentárias impostas pela reserva do possível. No âmbito do direito à saúde, esse núcleo essencial abrange a garantia da saúde básica, compreendendo o atendimento médico fundamental, o acesso a medicamentos essenciais e as ações de prevenção de doenças. Por outro lado, as prestações que excedem esse mínimo existencial, tais como a ampliação da rede de serviços e a incorporação de novas tecnologias, submetem-se ao regime de desenvolvimento progressivo, condicionadas à disponibilidade de recursos públicos.

A teoria da reserva do possível, originária do direito alemão, tem sido frequentemente invocada pelo Poder Público para justificar a não efetivação de direitos sociais. Segundo essa teoria, a efetivação dos direitos sociais estaria condicionada à disponibilidade de recursos públicos e à razoabilidade da prestação exigida (Sarlet, 2015). Contudo, a aplicação dessa teoria no Brasil tem sido objeto de críticas, especialmente quando utilizada de forma genérica para negar direitos fundamentais.

Torres (2009) defende que a reserva do possível deve ser aplicada de forma restritiva, exigindo-se do Estado a comprovação efetiva da inexistência de recursos e da impossibilidade de sua obtenção através de remanejamento orçamentário ou outras medidas. Além disso, o autor sustenta que a reserva do possível não pode ser invocada quando se trata do mínimo existencial, que constituiria um núcleo intangível dos direitos fundamentais.

A natureza programática do direito à saúde não deve ser interpretada como uma limitação à sua exigibilidade, mas como um reconhecimento de que sua plena efetivação exige tempo, recursos e organização institucional. Como observa Krell (2002), os direitos sociais possuem uma dimensão temporal que os distingue dos direitos de defesa, exigindo uma atuação estatal continuada e progressiva. Essa característica é particularmente relevante no contexto do envelhecimento populacional, que demanda adaptações no sistema de saúde para atender às necessidades específicas da população idosa.

A dignidade da pessoa humana, consagrada como fundamento da República Federativa do Brasil no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, constitui o núcleo axiológico do ordenamento jurídico brasileiro e o princípio matriz de todos os direitos fundamentais. A correlação entre o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana é íntima e indissociável, uma vez que a saúde constitui pressuposto essencial para uma vida digna e para o pleno desenvolvimento da personalidade humana (Sarlet, 2018).

A concepção kantiana da dignidade humana, segundo a qual o ser humano deve ser tratado sempre como um fim em si mesmo, nunca apenas como meio, influenciou decisivamente o constitucionalismo contemporâneo e encontra-se na base da proteção constitucional dos direitos fundamentais (Sarlet, 2012). No contexto da saúde, isso significa que toda pessoa tem direito a cuidados de saúde adequados, independentemente de sua condição social, econômica ou de qualquer outra circunstância

Barroso (2010) identifica três dimensões da dignidade da pessoa humana: o valor intrínseco da pessoa humana, que veda sua

instrumentalização; a autonomia da vontade, que garante o direito de autodeterminação; e o valor comunitário, que reconhece a pessoa como parte de uma comunidade e titular de direitos fundamentais. No âmbito da saúde, essas três dimensões manifestam-se no direito ao respeito à integridade física e mental, no direito à autonomia nas decisões sobre tratamentos médicos e no direito ao acesso universal aos serviços de saúde. A Corte Constitucional alemã, em decisão paradigmática sobre o direito ao mínimo existencial, estabeleceu que

[...] a dignidade humana é intangível. Respeitá-la e protegê-la é obrigação de todo poder estatal. O direito fundamental garante a cada pessoa um mínimo existencial que corresponde às condições materiais indispensáveis para uma existência digna e que possibilite a participação na vida social, cultural e política (Alemanha, 2010 apud Azevedo, [s.d.], p 108).

Essa decisão influenciou a jurisprudência brasileira e reforçou a compreensão de que o direito à saúde integra o núcleo essencial da dignidade humana. No Brasil, o Supremo Tribunal Federal tem reconhecido progressivamente a conexão entre saúde e dignidade humana. No julgamento do Recurso Extraordinário nº. 393.175, o Ministro Celso de Mello afirmou que

[...] o direito à saúde representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (Brasil, 2006).

A dimensão da dignidade humana relacionada à autonomia da vontade manifesta-se no direito à saúde através do princípio do consentimento informado e do direito à autodeterminação em questões de saúde. A bioética contemporânea reconhece quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia exige que as pessoas sejam tratadas como agentes autônomos, capazes de tomar decisões sobre sua própria saúde, desde que devidamente informadas sobre os riscos e benefícios dos tratamentos propostos.

Essa dimensão da autonomia é particularmente relevante no contexto do envelhecimento, onde questões como diretivas antecipadas de vontade, cuidados paliativos e terminalidade da vida ganham especial importância. O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.995/2012, regulamentou as diretivas antecipadas de vontade, reconhecendo o direito dos pacientes de manifestar previamente sua vontade sobre cuidados e tratamentos que desejam ou não receber quando estiverem incapacitados de expressar livremente sua vontade (Conselho Federal de Medicina, 2012).

A correlação entre saúde e dignidade humana também se manifesta na vedação à discriminação no acesso aos cuidados de saúde. O princípio da igualdade, corolário da dignidade humana, exige que todas as pessoas tenham acesso equitativo aos serviços de saúde, independentemente de idade, gênero, raça, condição social ou econômica. No caso específico dos idosos, essa vedação à discriminação assume particular relevância, considerando os preconceitos e estereótipos frequentemente associados ao envelhecimento.

O direito à saúde, compreendido como componente essencial do mínimo existencial, exige que uma sociedade justa garanta a todos os seus membros acesso a um conjunto básico de cuidados de saúde que permita a cada pessoa desenvolver seus projetos de vida. Essa concepção tem sido reconhecida pela jurisprudência brasileira, que afirma o direito à saúde como elemento indispensável a uma vida digna (Sarlet; Figueiredo, 2008).

A proteção da dignidade humana no âmbito da saúde exige também atenção especial aos grupos vulneráveis, entre os quais se destacam os idosos. A vulnerabilidade não decorre apenas da idade avançada, mas também de fatores sociais, econômicos e culturais que podem comprometer o acesso aos cuidados de saúde. Nesse sentido, o Estado tem o dever de adotar medidas especiais de proteção para garantir que a dignidade dos idosos seja respeitada e promovida em todas as dimensões da atenção à saúde.

O conceito de mínimo existencial, embora não expressamente previsto na Constituição Federal de 1988, tem sido progressivamente desenvolvido pela doutrina e pela jurisprudência brasileiras como um princípio fundamental decorrente da dignidade da pessoa

humana. Essa construção teórica busca identificar um núcleo essencial de direitos fundamentais que deve ser garantido a todas as pessoas como condição mínima para uma existência digna (Torres, 2009).

A origem do conceito de mínimo existencial remonta à jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal alemão, que, na década de 1970, reconheceu a existência de um direito fundamental a condições mínimas de existência derivado do princípio da dignidade humana e do princípio do Estado Social. A decisão paradigmática foi proferida no caso conhecido como *numerus clausus*, em que o tribunal estabeleceu que “o direito à vida e à integridade física garantem um mínimo de segurança social, sem o qual a dignidade humana não pode ser preservada” (Alemanha, 1972).

No Brasil, a teoria do mínimo existencial foi desenvolvida por Torres (2009, p. 89), que esclarece que “não é qualquer conteúdo essencial que se transforma em mínimo existencial, se lhe falta a nota específica de direito à existência digna”. O mínimo existencial caracteriza-se como um conjunto de direitos fundamentais em sua parcela irredutível, sem a qual o indivíduo se tornaria completamente prejudicado, compreendendo os direitos extremamente necessários à existência com dignidade.

Barcellos (2002 *apud* Sarlet; Figueiredo, 2008) propõe uma abordagem mais específica do mínimo existencial, identificando seus elementos essenciais: educação fundamental, saúde básica, assistência aos desamparados e acesso à justiça. Segundo a autora, esses elementos constituem o núcleo dos direitos fundamentais sociais que deve ter aplicabilidade imediata, independentemente de

regulamentação infraconstitucional ou de disponibilidade orçamentária.

A saúde ocupa posição central na concepção de mínimo existencial, uma vez que constitui pressuposto para o exercício de todos os demais direitos fundamentais. A ausência de saúde compromete a própria existência digna, tornando inviável o exercício de qualquer outro direito. Essa centralidade da saúde no mínimo existencial justifica a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que tem reconhecido a exigibilidade imediata de prestações de saúde, especialmente quando se trata de situações que envolvem risco de vida ou grave comprometimento da saúde.

O conteúdo do mínimo existencial em matéria de saúde tem sido objeto de debate doutrinário e jurisprudencial. Alguns autores defendem uma concepção restritiva, limitada aos cuidados de saúde essenciais à preservação da vida, enquanto outros propõem uma concepção mais ampla, que inclui não apenas o tratamento de doenças, mas também medidas de prevenção e promoção da saúde (Wang, 2009).

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem adotado uma posição intermediária, reconhecendo que o mínimo existencial em saúde inclui não apenas os cuidados emergenciais, mas também o acesso a medicamentos essenciais e a tratamentos necessários à manutenção de condições básicas de saúde. No julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº. 175, o Ministro Gilmar Mendes estabeleceu parâmetros para a concessão de medicamentos pelo Poder Público, distinguindo entre medicamentos que integram políticas públicas existentes e aqueles

que não possuem registro na ANVISA ou não estão incorporados ao SUS (Brasil, 2009).

A teoria da reserva do possível tem sido frequentemente invocada como limitação ao mínimo existencial, especialmente em tempos de crise econômica e restrições orçamentárias. Contudo, a doutrina majoritária sustenta que o mínimo existencial constitui um núcleo intangível dos direitos fundamentais que não pode ser relativizado pela reserva do possível. Torres (2009) esclarece que o mínimo existencial possui uma dupla dimensão: uma dimensão negativa (*status negativus*), que impede interferências do Estado e de terceiros na manutenção dos direitos fundamentais sociais, e uma dimensão positiva (*status positivus*), que exige prestações estatais para garantir esse mínimo. Essa compreensão encontra respaldo na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, que tem estabelecido que a reserva do possível não pode ser invocada de forma genérica para negar direitos fundamentais. No julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº. 45, o Ministro Celso de Mello afirmou que

[...] a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada pelo Estado com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (Brasil, 2004).

O acesso à saúde para a pessoa idosa constitui uma das principais preocupações das sociedades contemporâneas, especialmente em face do acelerado processo de envelhecimento populacional. No Brasil, a população idosa tem crescido de forma exponencial, exigindo adaptações no sistema de saúde para atender às necessidades específicas dessa parcela da população. O envelhecimento traz consigo desafios únicos em termos de saúde, caracterizados pela maior prevalência de doenças crônicas, pela necessidade de cuidados continuados e pela complexidade das intervenções terapêuticas (Veras, 2009).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 230, estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988). Essa disposição constitucional reconhece a especial vulnerabilidade da pessoa idosa e estabelece um dever de proteção que se estende a toda a sociedade, não se limitando ao âmbito familiar (Ramos, 2014). O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) regulamentou os direitos constitucionais da pessoa idosa, dedicando especial atenção ao direito à saúde. O artigo 15 do Estatuto assegura

[...] atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Brasil, 2003).

A atenção integral à saúde do idoso pressupõe uma abordagem multidimensional que considere não apenas os aspectos biológicos do envelhecimento, mas também os fatores psicológicos, sociais e ambientais que influenciam a saúde dessa população. Moraes (2012) destaca que o modelo de atenção à saúde do idoso deve ser baseado na avaliação multidimensional ampla, que permite identificar problemas de saúde não detectados pela avaliação médica tradicional e desenvolver planos de cuidado individualizados.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela Portaria nº 2.528/2006 do Ministério da Saúde, tem como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2006). Essa política reconhece que o objetivo principal da atenção à saúde do idoso não deve ser apenas o tratamento de doenças, mas a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida.

O conceito de capacidade funcional é central na abordagem gerontológica da saúde. (Camarano, 2004, p. 286) define capacidade funcional como “a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”. A preservação da capacidade funcional é fundamental para a manutenção da dignidade e da qualidade de vida da pessoa idosa, permitindo-lhe continuar participando ativamente da vida social e comunitária.

O acesso à saúde para a pessoa idosa enfrenta diversos obstáculos, tanto no sistema público quanto no sistema privado de saúde. No SUS, os principais desafios incluem a falta de profissionais especializados em geriatria e gerontologia, a inadequação da estrutura física dos serviços de saúde para atender às necessidades dos idosos, e a fragmentação do cuidado, que dificulta a coordenação entre os diferentes níveis de atenção (Mendes, 2011).

No sistema de saúde suplementar, o principal obstáculo ao acesso é representado pelos reajustes abusivos das mensalidades por faixa etária, que muitas vezes tornam financeiramente inviável a manutenção do plano de saúde no momento em que a pessoa mais precisa de cuidados médicos. Essa prática constitui uma forma de discriminação etária que viola os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da igualdade (Verbicaro; Arruda, 2019).

A discriminação etária no acesso à saúde, conhecida como ageísmo ou etarismo, manifesta-se de diversas formas, desde a negação de tratamentos com base na idade até a subestimação de queixas e sintomas apresentados por pacientes idosos. Butler (1969) define o ageísmo como “um processo de estereotipagem sistemática e

discriminação contra pessoas porque elas são velhas”. Estudos demonstram que esse preconceito frequentemente se manifesta de forma velada e naturalizada nas instituições, impactando diretamente o modo como idosos são percebidos e atendidos nos serviços de saúde (Teixeira; Souza; Maia, 2018, p. 129). No contexto da saúde, o ageísmo pode resultar em cuidados inadequados e na violação do direito fundamental à saúde.

O combate à discriminação etária no acesso à saúde exige não apenas mudanças legislativas e regulamentares, mas também transformações culturais e educacionais que promovam uma visão mais positiva do envelhecimento. A formação de profissionais de saúde deve incluir conhecimentos específicos sobre o processo de envelhecimento e sobre as particularidades da atenção à saúde do idoso, superando estereótipos e preconceitos que podem comprometer a qualidade do cuidado (Goldani, 2010).

Em suma, o acesso à saúde para a pessoa idosa constitui um direito fundamental que exige atenção especial do Estado e da sociedade. A efetivação desse direito pressupõe não apenas a disponibilização de serviços de saúde adequados, mas também o combate a todas as formas de discriminação etária e a promoção de uma cultura de respeito e valorização da pessoa idosa. A análise da abusividade dos reajustes nos planos de saúde insere-se nesse contexto mais amplo de proteção dos direitos da pessoa idosa e de garantia de um envelhecimento digno e saudável.

3. ENVELHECIMENTO E SAÚDE EM INTERSEÇÃO: UMA ANÁLISE SOBRE A ABUSIVIDADE DAS TARIFAS ESTABELECIDAS PELOS PLANOS DE SAÚDE EM RAZÃO DO ASPECTO ETÁRIO

A interseção entre o envelhecimento populacional e o acesso à saúde suplementar no Brasil revela um dos mais complexos e sensíveis conflitos no campo do direito do consumidor e do direito à saúde. De um lado, as operadoras de planos de saúde, que atuam em um mercado regido pela lógica do risco e do equilíbrio econômico-financeiro; de outro, os consumidores idosos, que, em situação de hipervulnerabilidade, buscam a garantia de assistência à saúde em uma fase da vida em que ela se torna mais necessária. O epicentro desse conflito reside na política de preços das operadoras, especificamente nos reajustes das mensalidades por mudança de faixa etária, uma prática que, embora legalmente prevista, frequentemente descamba para a abusividade e a discriminação.

O arcabouço jurídico que rege a matéria é, em si, uma fonte de tensão. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, em seu artigo 15, permite a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor, desde que as faixas etárias e os percentuais de reajuste estejam previstos no contrato inicial e em conformidade com as normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A mesma lei, contudo, em seu parágrafo único, veda expressamente essa variação para consumidores com mais de sessenta anos que participem do plano há mais de dez anos. Essa redação, por si só, já gerou inúmeras disputas judiciais, especialmente no que tange aos contratos celebrados antes da vigência da lei.

O cenário se tornou ainda mais complexo com a promulgação da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto da Pessoa Idosa. Em seu artigo 15, § 3º, o Estatuto estabelece, de forma categórica, que “é vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela

cobrança de valores diferenciados em razão da idade” (Brasil, 2003). A aparente antinomia entre as duas leis – uma que permite o reajuste por idade (com ressalvas) e outra que o proíbe de forma geral – lançou uma névoa de incerteza sobre a validade das cláusulas de reajuste por faixa etária, levando a questão aos tribunais superiores.

Foi nesse contexto que o Superior Tribunal de Justiça (STJ), no julgamento do Recurso Especial nº 1.568.244/RJ, sob o rito dos recursos repetitivos, buscou pacificar a matéria, fixando teses que hoje servem de baliza para a análise da abusividade dos reajustes. O STJ entendeu que o reajuste por mudança de faixa etária, por si só, não é ilegal, desde que atenda a três requisitos cumulativos: (i) haja previsão contratual; (ii) esteja em conformidade com as normas da ANS; e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios, que, sem uma base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou o discriminem. O tribunal buscou, assim, uma solução de equilíbrio, reconhecendo a legalidade do reajuste, mas impondo limites claros para coibir os abusos.

A tese fixada pelo STJ, embora tenha trazido maior segurança jurídica, não eliminou por completo os litígios. A análise da abusividade, caso a caso, continua a ser um desafio. A grande questão reside em definir o que seria um “percentual desarrazoado”. A ANS, por meio de suas resoluções, estabeleceu critérios para mitigar a abusividade, como a determinação de que o valor da última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos). Contudo, mesmo dentro desses limites, os reajustes podem se mostrar excessivamente onerosos, especialmente o último, aplicado aos 59 anos, que muitas

vezes funciona como uma barreira para a permanência do idoso no plano.

A prática de concentrar os maiores reajustes nas últimas faixas etárias, especialmente na que antecede os 60 anos, tem sido vista pelo Judiciário como uma estratégia das operadoras para contornar a vedação legal de reajuste para os idosos. Essa manobra, que onera desproporcionalmente o consumidor no momento em que ele se torna legalmente idoso, tem sido frequentemente considerada abusiva, por violar os princípios da boa-fé objetiva e da equidade, que devem nortear as relações de consumo.

Ademais, a discussão sobre a abusividade dos reajustes não pode se desvincular da análise da hipervulnerabilidade do consumidor idoso. A idade avançada, somada à condição de consumidor e, muitas vezes, à presença de doenças, coloca o idoso em uma posição de extrema fragilidade na relação contratual. A dependência do plano de saúde para a manutenção da vida e da saúde torna a decisão de cancelar o contrato, em razão de um reajuste abusivo, uma escolha dramática e, por vezes, inexistente. Por essa razão, a proteção do consumidor idoso deve ser reforçada, com uma interpretação das normas que lhe seja mais favorável, em consonância com os ditames do Código de Defesa do Consumidor e do Estatuto da Pessoa Idosa.

Em conclusão, a análise da abusividade das tarifas nos planos de saúde em razão da idade revela um campo de batalha onde se confrontam a lógica do mercado e a proteção dos direitos fundamentais. A jurisprudência do STJ, ao estabelecer critérios para a validade dos reajustes, deu um passo importante para coibir os excessos. No entanto, a vigilância por parte dos órgãos de defesa do consumidor e a sensibilidade do Poder Judiciário na análise dos

casos concretos continuam a ser indispensáveis para garantir que o acesso à saúde não seja um privilégio, mas um direito efetivo para todos, em todas as fases da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado neste trabalho permitiu uma análise aprofundada sobre a complexa e relevante questão da abusividade dos reajustes por faixa etária nos planos de saúde, sob a ótica da proteção ao consumidor idoso. A pesquisa demonstrou que o envelhecimento populacional, enquanto fenômeno social consolidado no Brasil, impõe desafios significativos à sociedade e ao Estado, notadamente no que concerne à garantia do direito fundamental à saúde. Este direito, compreendido como um pilar do mínimo existencial, é condição indispensável para a dignidade da pessoa humana, especialmente na velhice, fase da vida em que a vulnerabilidade se acentua.

A investigação revelou uma clara tensão no ordenamento jurídico brasileiro entre a Lei nº 9.656/98, que autoriza a variação de preços dos planos de saúde em razão da idade, e a Lei nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), que veda a discriminação da pessoa idosa pela cobrança de valores diferenciados. Essa antinomia normativa criou um ambiente de insegurança jurídica, que por anos deixou o consumidor idoso em uma posição de extrema fragilidade contratual, muitas vezes sendo forçado a abandonar seu plano de saúde em um momento de maior necessidade.

O ponto de inflexão na matéria, conforme analisado, foi o julgamento do Recurso Especial nº 1.568.244/RJ pelo Superior Tribunal de Justiça, em regime de recursos repetitivos. Ao fixar teses

sobre o tema, o STJ não declarou a ilegalidade do reajuste por faixa etária, mas estabeleceu critérios rigorosos para sua validade, coibindo a aplicação de percentuais desarrazoados e a imposição de ônus excessivo ao consumidor. A decisão representou um avanço significativo na proteção do idoso, ao reconhecer a necessidade de um controle judicial sobre as práticas das operadoras, buscando um equilíbrio entre a mutualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar e a proteção da dignidade e do direito à saúde do beneficiário.

Conclui-se, portanto, que a abusividade não reside no reajuste em si, mas na forma como ele é aplicado. A concentração de aumentos expressivos na faixa etária que antecede os 60 anos, a falta de transparência nos cálculos atuariais e a imposição de valores que inviabilizam a permanência do consumidor no plano são práticas que configuram a abusividade e a discriminação vedadas pelo Estatuto da Pessoa Idosa e pelo Código de Defesa do Consumidor. Ademais, tem-se que a jurisprudência tem sido fundamental para coibir esses excessos, mas a luta pela efetivação dos direitos da pessoa idosa no âmbito da saúde suplementar ainda é contínua.

Para o futuro, aponta-se a necessidade de um aprimoramento na regulamentação por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a criação de mecanismos mais eficazes de fiscalização e de controle prévio dos reajustes, a fim de evitar que a discussão sobre a abusividade se restrinja ao âmbito judicial. Ademais, é fundamental a promoção de um debate mais amplo na sociedade sobre o financiamento da saúde do idoso, buscando soluções que envolvam o Estado, as operadoras e a sociedade civil na construção de um sistema mais justo, solidário e inclusivo.

Este trabalho não teve a pretensão de esgotar o tema, mas de contribuir para a reflexão sobre a importância da proteção jurídica do consumidor idoso frente às práticas abusivas nos planos de saúde. A garantia de um envelhecimento com dignidade e saúde é um desafio que convoca a todos, e o Direito, como instrumento de justiça social, tem um papel insubstituível na concretização desse ideal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTH, Fernando **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil.** São Paulo: Quartier Latin, 2017.

ALEMANHA. Tribunal Constitucional Federal. **Decisão sobre Numerus Clausus.** BVerfGE 33, 303. Karlsruhe, 1972.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longeviver**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 5-9, 2019.

ASSIS, Mônica de. Aspectos sociais do envelhecimento. *In*: SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira (org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar.** 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 11-21.

AZEVEDO, António Junqueira de. Caracterização jurídica da dignidade da pessoa humana. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 97, p. 107-125, [s.d.].

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial.** Belo Horizonte: Fórum, 2010.

BORN, Tomiko. **Cuidar melhor e evitar a violência:** manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. Constituição [1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 53, n. 2, jan. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim_epidemiologico_svs_2.pdf. Acesso em: 7 dez. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Acórdão proferido em Recurso Especial nº 1.568.244/RJ**. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. Brasília, DF, 19 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ATC?seq=65948053&tipo=51&nreg=201502972780&SeqCgrmaSessao=&CodigoOrgaoJgdr=&dt=20161219&formato=PDF&salvar=false>. Acesso em: 7 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão proferido em Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45**. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, DF, 29 de abril de 2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão proferido em Recurso Extraordinário nº 393.175**. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2006.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Acórdão proferido em Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Relator: Ministro Gilmar

Mendes. Brasília, DF, 17 de março de 2009.

BUTLER, Robert N. Age-ism: another form of bigotry. **The Gerontologist**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 243-246, 1969.

CAMARANO, Ana Amélia. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão de. Como vive o idoso brasileiro? *In*: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-64.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP, 2012.

ESCORSIM, Silvana Maria. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 142, p. 494-513, 2021.

GOLDANI, Ana Maria. Desafios do “preconceito etário” no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 111, p. 411-434, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: População por idade e sexo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 7 ago. 2025.

KRELL, Andreas J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2002.

MENDES, Eugênio Villaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gonet G. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos**: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PRADO, Shirley Donizete; SAYD, Jane Dutra. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 493-501, abr.-jun. 2006.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Curso de direito do idoso**. São Paulo: Saraiva, 2014.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, nov.-dez. 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008.

SCHWARTZ, Germano A. D. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 40. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

TEIXEIRA, Selena Mesquita de Oliveira; SOUZA, Luana Elayne Cunha de; MAIA, Luciana Maria. **Ageísmo institucionalizado: uma revisão teórica**. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 129–149, 2018.

TORRES, Ricardo Lôbo. **O direito ao mínimo existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VERBICARO, Dennis; ARRUDA, Sergie Gerrits. A hipervulnerabilidade do consumidor idoso nas mensalidades dos planos de saúde em razão da idade na jurisprudência repetitiva do STJ (REsp 1.568.244/RJ). **Revista Direito em Debate**, Ijuí, v. 28, n. 51, p. 132-150, jan.-jun. 2019.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 31-58, 2009.

¹ Graduanda do Curso de Direito da Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim (FDCl). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail;](#)

² Professor Orientador. Estudos Pós-Doutorais em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF). Doutorado e mestrado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenador do Grupo de Pesquisa “FACES e Interfaces do Direito: Sociedade, Cultura e Interdisciplinaridade no Direito”, vinculado à Faculdade de Direito de Cachoeiro de Itapemirim (FDCl). Professor Universitário, Pesquisador e Autor, pela Editora Iole, da coleção “Escritos Jurídicos” sobre o Pós-Pandemia (2023), sobre Emergências Sociais (2022), sobre Justiça Social (2022), sobre Liberdade Familiar (2022), em tempos de

Pandemia (2022), sobre Vulnerabilidade (2022), sobre Sexualidade (2021), sobre Direitos Humanos (2021), sobre Meio Ambiente (2021), sobre Segurança Alimentar (2021) e em Tempos de Covid-19 (2020).

Autor, pela Editora Pimenta Cultural, da coleção “Direito em Emergência” (v. 1, 2 e 3) (2020, 2021 e 2022). Autor dos livros: Segurança Alimentar e Nutricional na Região Sudeste (Editora Bonecker, 2019); e Fome: Segurança Alimentar e Nutricional em pauta (Editora Appris, 2018). E-mail: [acesse o artigo original para](#)

[visualizar o e-mail](#). Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/8802878793841195>