



A PROTEÇÃO DOS CONSUMIDORES DIANTE DA NÃO OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS PELAS OPERADORAS: INCONSTITUCIONALIDADE E ILEGALIDADE DA PREFERÊNCIA PELA MODALIDADE COLETIVA

Joseane Suzart Lopes da Silva¹

RESUMO

Trata-se de artigo que versa acerca a não oferta de planos de saúde individuais pelas empresas que atuam no setor, disponibilizando tão somente os contratos coletivos empresariais ou por adesão, examinando-se a inconstitucionalidade e a ilegalidade da prática em face do Código de Defesa do Consumidor e da função social do contrato. Conclui-se no sentido de que os entes que integram o Sistema Nacional de Proteção e Defesa do Consumidor (SNDC) devem atuar para que os planos de saúde individuais sejam apresentados ao público consumidor a fim de evitar a “falsa coletivização” e a migração para a precária esfera pública.

PALAVRAS-CHAVE: planos de saúde; contrato individual; não oferta; inconstitucionalidade; ilegalidade.

HE PROTECTION OF CONSUMERS IN RESPECT OF THE NON-OFFERING OF INDIVIDUAL HEALTH PLANS BY OPERATORS: UNCONSTITUTIONALITY AND ILLEGALITY OF THE PREFERENCE BY THE COLLECTIVE MODALITY

ABSTRACT: This article deals with the non-offer of individual health plans by companies operating in the sector, making available only corporate or membership contracts, examining the unconstitutionality and illegality of the practice in the face of the Defense Code of the Consumer and the social function of the contract. It is concluded that the entities that are part of the National Consumer Protection and Protection System (SNDC) must act so that individual health plans are presented to the consumer public in order to avoid "false collectivization" and migration to the precarious public sphere.

KEYWORDS: Health insurance; individual contract; not offer; unconstitutionality; illegality.

1 INTRODUÇÃO

A precariedade do sistema público de saúde brasileiro tem conduzido um elevado número de pessoas à contratação de planos de saúde geridos por pessoas jurídicas que os comercializam, visando o satisfatório atendimento diante de moléstias que lhes acometem. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Brasil, em 2017, existiam 47,6 milhões de usuários no setor², dados que denotam a relevância do tema para a coletividade, eis

¹ Promotora de Justiça do Consumidor do MPBA. Professora Adjunta FDUFBA. Diretora do BRASILCON para a Região Nordeste. Coordenadora Científica do Projeto ABDECON/FDUFBA. E-mail: joseane.suzart@outlook.com.

² <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 30 mar. 2018.



que se refere à manutenção do bem jurídico maior, qual seja a vida, cuja estabilidade e manutenção vinculam-se diretamente à saúde dos indivíduos.

Houve uma intensa redução da quantidade de usuários de planos de saúde individuais, totalizando, em setembro de 2017, apenas cerca de 9,2 milhões pessoas daquele elevado montante. O atual cenário do setor revela que menos de 25% dos contratos de assistência suplementar à saúde apresenta natureza individual, sobressaindo a modalidade coletiva, empresarial ou por adesão, que perfazem um montante de aproximadamente 38,4 milhões de beneficiários deste segmento. A população começou a perceber que as operadoras não mais estavam ofertando planos individuais, optando apenas pelos contratos coletivos.

O presente artigo arregimenta como problema a preocupante realidade do campo da saúde privada que não mais disponibiliza contratos individuais, conduzindo os interessados à “falsa coletivização” ou “associativismo forjado”, tendo que se vincular a uma pessoa jurídica que irá formalizar o vínculo jurídico com a operadora. No entanto, o consumidor não integra voluntariamente tal ente nem o pretende o fazer, optando por ser inserido nos seus quadros apenas para ter acesso ao plano de saúde coletivo. Como hipótese central da pesquisa indica-se que as empresas desta seara optam pelos planos coletivos por lhes serem mais vantajoso sob os aspectos gerencial e financeiro.

Objetiva-se, nessa senda, averiguar os motivos pelos quais negam-se as operadoras à comercialização dos planos individuais e apresentar possíveis soluções para que esta seja prática seja evitada e coibida diante dos prejuízos causados para os consumidores em razão da sua inconstitucionalidade e ilegalidade. Na primeira parte do artigo, serão apresentados o conceito, as características e as espécies de planos de saúde, transpondo, após, a abordagem para a problemática da não oferta de contratos individuais pelas empresas com base na Constituição Federal, nas Leis Federais 8.078/90 e 9.656/98 e na função social do contrato, prevista no Código Civil Brasileiro, partindo-se, em seguida, para a conclusão.

Para a confecção desse artigo, foram utilizados os métodos clássicos hipotético dedutivo, dialético e hermenêutico. No que concerne aos métodos jurídicos, os modelos teóricos selecionados foram o hermenêutico e o argumentativo; quanto às linhas metodológicas, seguiu-se a crítico-metodológica; dentre os tipos genéricos de investigação, seguiu-se a histórico-jurídica, a jurídico-exploratória, a jurídico-projetiva e prospectiva. O tipo de pesquisa empreendida foi escolhido de acordo com os objetivos pretendidos, os



procedimentos técnicos utilizados, a natureza e a forma da abordagem. Com relação aos objetivos projetados, utilizou-se a pesquisa exploratória; quanto aos procedimentos técnicos, realizou-se a pesquisa bibliográfica. Do ponto de vista da natureza da abordagem, trata-se de pesquisa aplicada e no que pertine à forma desta mesma abordagem, tanto a pesquisa quantitativa quanto a qualitativa foram manejadas. No campo das técnicas, a tese sedimenta-se na documentação indireta, abrangendo a pesquisa bibliográfica (GUSTINI;FONSECA, 2006, p. 154).

2 CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE: CONCEITO E CARACTERÍSTICAS

Os planos privados de assistência à saúde, conforme dispõe o art. 1º, inciso I, da Lei 9.656/98, constituem prestações continuadas de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde dos contratantes, englobando atendimento médico, hospitalar e odontológico (SILVA, 2009, p. 56). Para a concretização do objeto contratual, as operadoras de planos de saúde podem apresentar aos consumidores uma lista de profissionais e/ou serviços de saúde, configurando-se uma rede credenciada, contratada ou referenciada. Será possível também as empresas do setor facultarem aos contratantes a livre escolha de profissionais e estabelecimentos de saúde que não integrem a dita lista, devendo aqueles efetivar os pagamentos devidos, para solicitação de posterior reembolso (BOTTESINI; MACHADO, 2015, p. 34).

Não é despidendo lembrar que o § 1º do citado art. 1º estabelece que qualquer modalidade de produto, serviço ou contrato que seja instituída para garantir a cobertura financeira da assistência médica, hospitalar e odontológica dos consumidores será arregimentada pelas normas que compõem a estrutura legislativa da saúde suplementar (SCHULMAN, 2009, p. 25).

Apenas as atividades exclusivamente financeiras, mesmo que vinculadas ao campo da saúde privada, não seriam abrangidas por aquela legislação específica. Antes de 1998, diante da ausência de normas específicas que regulamentassem os planos de saúde, as empresas foram criando vários produtos, com exíguas distinções, havendo a necessidade de o legislador instituir critérios para abranger todas as modalidades existentes (SAMPAIO, 2010, p. 31).



A partir da análise do conceito dos planos de saúde, podem ser extraídos elementos fundamentais diferenciando-os das demais figuras contratuais que permeiam o universo jurídico. Pode-se constatar a existência de três fatores essenciais para a instituição de um plano e/ou seguro-saúde: o fornecedor, que há sempre de ser uma pessoa jurídica; o consumidor, que firma o contrato e tanto poderá ser o indivíduo isolado ou uma pessoa jurídica que formaliza o liame jurídico em prol de um grupo a ela vinculado, dando origem aos planos de saúde coletivos – conforme será tratado a seguir; e um objeto, que há de ser sempre a busca de proteção para a saúde humana (SILVA, 2009, p. 54). Presentes tais fatores essenciais, as empresas inseridas no mercado de saúde suplementar dispõem da liberdade de adoção de critérios para a formalização dos contratos com os interessados (SCAFF, 2010, p. 23).

3 REGIMES E TIPOS DE CONTRATAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PRIVADA

A Lei 9.656/98 apresenta cinco planos de assistência à saúde, sendo que toda e qualquer operadora deverá ofertar aos consumidores, quer tenham formalizado contratos antigos ou venham a subscrever os atuais, o plano-referência, ou seja, o mais abrangente e amplo de todos, mas que contém algumas exceções e limitações, previstas no art. 10, incisos I a X³. Os planos mínimos ou subplanos são: o ambulatorial; o hospitalar; o hospitalar com obstetrícia; e o odontológico. O primeiro destina-se à oferta de atendimento ambulatorial, garantindo consultas médicas, exames e outras coberturas⁴; o segundo assegura atendimento nas situações que exijam internação em hospitais, inclusive cirurgias ou outros procedimentos complexos). A terceira modalidade contém todas as coberturas previstas para o hospitalar, mais o acompanhamento da mulher antes do parto e no decorrer deste, para o recém-nascido. A última espécie garante os procedimentos odontológicos realizados em consultórios (SILVA, 2009, p. 56). Os planos mínimos podem ser comercializados de forma agrupada, dando origem

³ Consultar também os seguintes julgados que tratam do reconhecimento de dano moral em decorrência de negativa de procedimentos: AI no AREsp 979820/SC (2016/0237013-4), 4ª T., rel. Min. Raul Araújo, j. 16.02.2017, publ. 07.03.2017 (tomografia para portador de câncer); AI no AREsp 1617864/RS (2016/0202860-3), 4ª T., rel. Min. Antônio Carlos Ferreira, j. 14.02.2017, publ. 20.02.2017; AI no AREsp 882315/MT (2016/0002845-0), 3ª T., rel. Min. Nancy Andrighi, j. 13.12.2016, publ. 03.02.2017; AI no AREsp 853620/SP (2016/0012894-9), 3ª T., rel. Min. Nancy Andrighi, j. 21.03.2017, DJe 24.03.2017; AI no AREsp 944372/RJ (2016/0171425-8), 3ª T., rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 21.03.2017, DJe 27.03.2017. Sobre o atendimento de urgência: AI no AREsp 955562/BA (2016/0192623-0), 3ª T., rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 15.12.2016, publ. 02.02.2017; AI no REsp 1623735/PR (2016/0231132-9), 3ª T., rel. Min. Nancy Andrighi, j. 21.03.2017, DJe 28.03.2017.

⁴ Sobre a limitação referente à internação hospitalar de usuários de planos de saúde, consultar: AI no AREsp 706574/DF, 3ª T., rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 16.03.2017, publ. 28.03.2017; bem como os Enunciados Sumulares 5 e 7 do STJ. Examinar também: AI no AREsp 986571/SP, 3ª T., rel. Marco Aurélio Bellizze, j. 09.03.2017, publ. 16.03.2017.



a planos mistos. Cada plano de saúde apresenta características específicas que os diferenciam entre si (GREGORI, 2011, p. 25). Contudo, na presente exposição, não serão tratadas as peculiaridades de cada um dos planos de saúde previstos na Lei 9.656/98, em razão de não ser cabível a sua ampliação demasiada .

No que concerne ao regime de contratação, os planos de saúde podem ser individuais e familiares ou coletivos, conforme dispõe a Resolução 195/09, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (FERNANDES NETO, 2002, p. 18). Os planos individuais podem ser contratados por um sujeito em prol da sua própria pessoa ou do seu núcleo familiar, sendo que, na atualidade, um número exíguo de operadoras oferece tal modalidade. Há mais de uma década, o problema atinente a não oferta de planos individuais e familiares pela maioria das operadoras de planos de saúde vem sendo objeto de análise e de críticas por parte da doutrina⁵, conforme verificar-se-á em tópico específico, abaixo, dissertado.

Já os planos coletivos subdividem-se em “empresariais” ou “por adesão”, consistindo os primeiros em negócio jurídico firmado por sociedades em benefício dos seus empregados e dependentes; enquanto os segundos destinam-se às demais pessoas jurídicas que objetivem a prestação de serviços na área da saúde para aqueles que, de alguma forma, estejam vinculados à sua estrutura. Os planos coletivos entabulados mediante adesão são firmados por associações, fundações, sindicatos e demais modalidades de pessoas jurídicas que tenham por meta a obtenção de assistência à saúde daqueles que com estas mantenham laços jurídicos.

4 A NÃO OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS PELAS OPERADORAS:

No mercado de saúde suplementar, observa-se uma tendência das empresas a oferecerem apenas os planos ou seguros coletivos, e não mais os de natureza individual. A contratação coletiva poderá ocorrer por pessoas jurídicas interessadas em prol de um conjunto de indivíduos que estejam de qualquer forma a elas vinculados mediante liame trabalhista ou

⁵ No XVII Congresso Nacional do Ministério Público, realizado no período de 26 a 29 de setembro de 2007, a autora deste artigo defendeu a tese 018 intitulada “A inconstitucionalidade da não-oferta de planos e seguros privados de saúde individuais e familiares”. Na obra *Planos de Saúde e Boa-Fé Objetiva*, cuja primeira edição foi publicada em 2008, já alertava para a não oferta de planos individuais no mercado; o mesmo o fazendo na 2ª edição, datada de 2009. No XXIV Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), realizado em 2015, defendeu o artigo intitulado “A Inconstitucionalidade e a Ilegalidade da Não Oferta de Planos Individuais por Operadoras de Planos de Saúde”.



outra modalidade de relação cível (SILVA, 2007, p. 132; 2009, p. 60). O problema referente à preferência das empresas de ofertarem apenas os planos de saúde coletivos foi detectado logo após a instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O Jornal do Brasil, de 28 de outubro de 2001, portanto, há mais de uma década, já divulgava a postura abusiva destas empresas, afirmando que “Operadoras de planos e seguros de saúde estão preferindo trabalhar com empresas em detrimento dos clientes individuais”. No mercado de saúde suplementar, sempre se observou “uma tendência das empresas a oferecerem apenas os planos ou seguros coletivos, e não mais os de natureza individual”.

Em matéria divulgada no Jornal A Tarde, do dia 11 de junho de 2007, observam-se as seguintes informações: “Aproximadamente 70% dos contratos de plano de saúde do País são coletivos e estão à margem da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).” Após, consta “que cabe à operadora do plano de saúde decidir sobre índices de reajuste e cancelamento ou não do contrato”. Na mencionada reportagem, a advogada do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) Daniela Trettel afirma que a ANS considera desnecessária a regulamentação da rescisão e do reajuste dos contratos coletivos em razão de serem “realizados por meio de pessoas jurídicas intermediárias, que atuam entre o consumidor e a operadora de plano de saúde”. Conforme a citada Advogada, “A ANS entende que são duas forças semelhantes, por serem duas pessoas jurídicas mas, na prática, a operadora acaba impondo o percentual que quer, sem negociação. E quando o índice de reajuste não é aceito, ela ameaça rescindir o contrato”. A Lei de Planos de Saúde, explica a advogada, “fala de contratos individuais e não coletivos”⁶. Na multicitada matéria, o próprio presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Arlindo Almeida, reconhece que “Há uma preferência de todos os segmentos pelos planos coletivos, porque não existe a regulação pela ANS”.

Na Comissão Parlamentar de Inquérito que apurou diversas denúncias contra os planos e seguros de saúde, existem observações importantes sobre a ausência de controle da ANS quanto aos contratos coletivos. A omissão da autarquia no acompanhamento dos planos e seguros coletivos tem incentivado as empresas do setor na imposição de aumentos abusivos que refletem em todo o mercado de saúde suplementar (SILVA, 2009, p. 66; OLIVEIRA, 2016, p. 293-320).

⁶ Idem, *ibidem*.



4.1 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A PREFERÊNCIA DAS OPERADORAS PELOS PLANOS INDIVIDUAIS

O estabelecimento dos valores das contraprestações pecuniárias dos planos e seguros de saúde coletivos dependerá da livre negociação realizada entre a pessoa jurídica contratante e a empresa fornecedora. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não intervirá nas discussões sobre a fixação dos preços dos produtos contratados em caráter coletivo. Esta característica constitui um dos fatores principais que conduzem as empresas que atuam no campo da saúde suplementar a preferirem a gestão de planos e seguros apenas coletivos (SILVA, 2007, p. 133; SILVA, 2009, p. 66).

Outro aspecto que contribui para que as operadoras e seguradoras privilegiem a oferta de contratos coletivos constitui a presença de um conjunto estável de contratantes. O plano ou seguro coletivo, quando firmado com a pessoa jurídica interessada, congrega todos os que estejam a esta vinculados. Esta é a nota essencial dos planos ou seguros coletivos, sendo um aspecto positivo que interessa bastante as empresas do setor. Na contratação coletiva por adesão, os que estejam vinculados à pessoa jurídica contratante podem ou não aderir ao plano ou seguro, mas, em geral, concordam com a proposta. A presença de uma massa constante de usuários e a segurança quanto à recepção das contraprestações pecuniárias mensalmente estimulam as operadoras e seguradoras a optarem pela operacionalização tão-somente de contratos coletivos. Estas empresas apegam-se, principalmente, ao fato de que, ao cabo de cada período mensal, a própria pessoa jurídica contratante fará o depósito das mensalidades, gerando uma segurança na relação estabelecida (SILVA, 2007, p. 133; SILVA, 2009, p. 66).

A preferência das empresas pela comercialização dos planos ou seguros coletivos também se fundamenta no fato de que os usuários - em geral os vinculados a contratos de trabalho - apresentam idades não tão avançadas e, conseqüentemente, farão menor uso dos serviços de saúde. Na CPI dos Planos de Saúde, consta a observação de que os planos ou seguros coletivos “Diferem dos individuais e familiares em função da dispersão do risco populacional. Pelo fato de suas coberturas estarem voltadas para grupos populacionais, geralmente constituídos por titulares da força de trabalho formalizada e ativa, os contingentes vinculados são mais jovens e adoecem menos do que a população como um todo”. Desta forma, lidar com um conjunto de usuários que, em razão da



idade, devem apresentar melhores condições de saúde, constitui uma vantagem que conquista o interesse dos planos e seguros (SILVA, 2007, p. 133; SILVA, 2009, p. 66).

A Lei 9.656/98, de acordo com o art. 2º do Substitutivo ao Projeto de Lei n. 7.419/2006, terá incorporado o art. 10-D, segundo o qual as operadoras “oferecerão, obrigatoriamente, planos de contratação individual ou familiar, a seus atuais e futuros consumidores”, exceto se configurarem a modalidade de autogestão, uma vez que atendem, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados e seus associados⁷. O art. 10-E tratará da disponibilização coercitiva de contratos individuais para usuários idosos, em caso de cancelamento do plano pela operadora⁸. Para o IDEC, contudo, tais alterações não trarão benefícios reais para os consumidores, uma vez que “as operadoras farão essa oferta em condições de pagamento inviáveis ao consumidor”, advertindo que, “embora a Consu 19/99 obrigue as operadoras a oferecerem planos individuais, os valores ofertados são exorbitantes”⁹.

As empresas, que comercializam planos de saúde, têm optado pela contratação coletiva, impondo as regras do jogo mercantil de acordo com os seus próprios interesses, como leciona Clayton Maranhão (MARANHÃO, 2003, p. 230). Sendo a saúde uma necessidade essencial para os indivíduos na condição de consumidores, ainda que as operadoras tenham preferência pelos planos coletivos, não poderão deixar de ofertar os planos individuais (SILVA, 2009, P. 64). Entretanto, a reforma do contexto normativo atual não solucionará a problemática, prevendo-se apenas a oferta obrigatória de contratos individuais e familiares, sendo fundamental que haja uma efetiva fiscalização por parte dos entes que integram o Sistema Nacional de Proteção e Defesa do Consumidor (SNDC). É manifesto que as empresas do setor, inconformadas com a compulsória disponibilização de planos individuais, provavelmente, valer-se-ão de contraprestações pecuniárias abusivas e de demais

⁷ De acordo com § 2º, incisos I a III, do art. 10-E do Substitutivo, consideram-se entidades de autogestão a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde, bem como a que, com fins não econômicos, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, atua no ramo; e a que, constituída sob a forma de associação ou fundação, o oferta para os integrantes de categorias profissionais, classistas ou setoriais que sejam seus associados ou vinculados ao seu instituidor.

⁸ Observe-se também a proposição do art. 13-B: “A operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados coletivamente, que almejar rescindir, imotivadamente, o contrato, terá de disponibilizar plano de assistência à saúde, na mesma segmentação de cobertura, na modalidade individual ou familiar aos beneficiários idosos, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, excetuadas as autogestões, que somente podem disponibilizar planos coletivos.”

⁹ Disponível em: [<https://www.idec.org.br>]. Acesso em: 08.12.2017.



expedientes indevidos para obstaculizar a contratação por parte dos interessados (SILVA, 2007, p. 138; SILVA, 2009, p. 45).

4.2 INCONSTITUCIONALIDADE DA PREDILEÇÃO PELA MODALIDADE CONTRATUAL COLETIVA

O direito dos cidadãos, na condição de consumidores, de serem respeitados nas relações jurídicas estabelecidas com os fornecedores encontra-se estabelecido no art. 5º, inciso XXXII, da Constituição Federal deste País, sendo considerado como um dos pressupostos fundamentais para a constituição de uma sociedade livre, justa e solidária. O art. 170, inciso V, daquela Carta Magna instituiu a defesa do consumidor como um dos princípios gerais da atividade econômica, com o desiderato de ser concretizada a justiça social (CANOTILHO; MOREIRA, 1993, p. 89). A não oferta de planos de saúde individuais pelas operadoras, em compasso expresso apenas com os seus interesses econômicos, ofende o direito fundamental dos usuários de participarem do setor em busca do atendimento para a prevenção e/ou tratamento de moléstias (SILVA, 2007, p. 134; SILVA, 2009, p. 66).

No sistema jurídico, o significado das normas de direitos fundamentais deve ser aquilatado mediante a soma da fundamentalidade de natureza “formal” e a de “substancial”, dois fatores que, segundo Alexy, darão tom ao tema (ALEXY, 2008, p. 520). Situados no ápice da estrutura jurídica, direitos fundamentais obtêm a sua pressuposição formal, vinculando, em caráter direto, os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Contendo um núcleo básico, presente no *caput* do art. 5º, os direitos fundamentais revelam também um paradigma material. O direito do consumidor, formalmente aclamado no âmbito constitucional, vincula-se ao dever do Estado de promovê-lo, deixando de assumir a clássica posição de adversário para garantidor (BENDA; MAIHOFER; VOGEL; HESSE; HEYDE, 2001, p. 345).

Por outra via, os serviços de assistência à saúde suplementar são considerados de “relevância pública” à luz do quanto previsto no art. 197 da Constituição Federal Brasileira e, portanto, devem ser executados de acordo com os princípios e regras ditados pelo Poder Público (BONAVIDES, 1993, p. 178). Na medida em que as operadoras de planos e seguros de saúde obstaculizam a contratação individual, optando tão somente pela modalidade coletiva, descumprem direitos e princípios de natureza constitucional, para atenderem aos seus intentos lucrativo, lesionando os consumidores. Observa-se, desta forma, que as normas



constitucionais estão sendo violadas pelas operadoras de planos de saúde e que a força normativa da Carta Magna Brasileira tem perdido o seu vigor (BONAVIDES, 2010, p. 158).

O contrato de “medicina prepaga”, mesmo celebrado no âmbito privado, tem por objetivo a proteção da saúde concebida como um direito fundamental. Desta forma, além de serem qualificados como contratos de duração extensa, os planos e seguros de saúde lidam com o direito essencial dos indivíduos - cujo tratamento indevido pode gerar a eliminação da vida – exigindo, portanto uma rigorosa fiscalização do conteúdo das normas que os guarnecem. Uma relação contratual desse tipo não pode ser tratada como um vínculo comum, devendo-se admitir que “A prestação de um direito fundamental pode desequilibrar a lógica contratualista, já que se concedem direitos e ações que seriam impensáveis em um contrato comum” (LORENZETTI, 1998, p. 369).

A saúde, como objeto de direito, apresenta uma dimensão que transcende o indivíduo, visto que todos os seres dependem deste bem jurídico para que possam sobreviver, sendo que a preocupação constante “não é a saúde de um determinado indivíduo, mas a saúde de um grupo ou coletividade” (FERNANDES NETO, 2002, p. 125). Os aspectos singulares que caracterizam os contratos de planos e seguros de saúde exigem uma atuação fiscalizatória do Poder Público. A prestação de serviços de saúde por particulares apenas ocorre mediante a chancela do aparato estatal e exige um acompanhamento frequente por parte dos órgãos fiscalizatórios.

A importância do objeto contratual, a presença de uma multiplicidade de indivíduos, a extensão temporal da relação contratual e ainda a submissão dos consumidores a propostas previamente elaboradas ao sabor dos interesses das empresas são peculiaridades que suscitam uma atenção redobrada do Estado. Ricardo Lorenzetti afirma que a presença estatal, ao executar a necessária tarefa fiscalizatória junto às operadoras e seguradoras, constitui medida fundamental para se observar a liquidez destas pessoas jurídicas e evitar que disposições abusivas vicejem nos instrumentos contratuais (LORENZETTI, 2003, p. 326).

Todos os sistemas têm em comum a massificação – leciona Lorenzetti - por tal motivo, “o Estado está interessado em intervir a fim de garantir o interesse público comprometido”. Esta tarefa, segundo o doutrinador, é cumprida através de duas atividades fundamentais; a primeira, por meio do controle da sobrevivência das



empresas que captam o capital, a fim de evitar fraudes; a segunda, a supervisão dos contratos que se celebram com os consumidores, para evitar e combater cláusulas abusivas. No serviço médico pré-pago, além disso, “há interesse em fiscalizar a atividade mesma em seus aspectos sanitários” (LORENZETTI, 2003, p. 327).

Tendo por objeto a saúde, bem primordial que se sobrepõe a qualquer outro, pois sem ela, o ser humano fenece e não terá condições de desfrutar dos demais, os contratos de planos de saúde são caracterizados por aspectos singulares que exigiram do legislador a criação de um diploma específico (MARQUES, 2002, p. xi; MARQUES, 2004, p. 394). Identificados como contratos que não são firmados para o atendimento de necessidades imediatas, sendo pois marcados pela longevidade, os planos de saúde suscitam uma atenção especial, já que se protraem no tempo para atender à demanda dos consumidores. Além do fator temporal, tais contratos dão origem a fundos que servirão de embasamento para o atendimento de um razoável número de usuários, havendo uma flagrante conotação coletiva. Caracterizados, por conseguinte, como contratos “cativos de longa duração”, suscitam uma fiscalização intensa por parte dos órgãos competentes, para que os interesses e os direitos dos consumidores não sejam prejudicados (GHERSI, 1995, p. 123; GHERSI, 2003, p. 76).

A supremacia da Constituição, composta por regras capitais, constitui o fundamento de todas as normas e, dessa forma, devido à importância, enaltecem Joseph Barthelemy e Paul Duez, que o legislador deve hesitar em modificá-las sob pena de viva reação social (BARTHÉLEMY; DUEZ, 1933, p. 183). Encontrando-se no grau mais alto de juridicidade, o direito do consumidor, de essência fundamental, clama por concretude e eficácia, dada à relevância da sua maximização e efetividade. Na medida em que o Poder Público empreende todas as providências cabíveis para que as normas consumeristas atinjam aos fins constitucionalmente colimados, há a inevitável imbricação entre o público e o privado, posto que as relações entre particulares, que tenham por objeto bens de consumo, atingem a coletividade e devem estar pautadas na lisura e na intervenção estatal (DÍEZ-PICAZO, 2008, p. 125).

4.3 A ILEGALIDADE DA PRÁTICA EM FACE DO CÓDIGO DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR E DA LEI N. 9.656/98

É marcante o desrespeito ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor por parte das empresas do setor de saúde suplementar diante da não disponibilização de planos individuais,



optando, de modo unilateral, pela contratação coletiva empresarial ou por adesão. Os consumidores não podem exercer o seu direito de escolha livre, adentrando no sistema de saúde suplementar como pessoas físicas e são obrigados ao “associativismo forjado” (SILVA, 2007, 2009; OLIVEIRA, 2016, p. 345). Há o descumprimento expresso do princípio da autodeterminação por parte dos indivíduos e do direito básico de seleção do bem jurídico que se pretende adquirir no mercado de consumo, previstos, respectivamente, nos art. 4º e 6º, inciso III, da Lei n. 8.078/90 (Cf.: BENJAMIN; MIRAGEM; MARQUES, 2016).

No mercado de consumo, poder-se-ia imaginar que o fornecedor, com base na livre iniciativa, poderia atuar da forma como bem lhe aprouvesse, estabelecendo as regras do jogo econômico conforme o setor escolhido para atuar e selecionando os consumidores que poderão ter acesso aos seus produtos e serviços de acordo com os seus objetivos unilaterais. No entanto, o fornecedor terá que estabelecer critérios objetivos para disponibilizar os bens de consumo no mercado, não podendo se recusar a fechar negócios de forma obscura, agindo subjetiva e arbitrariamente (BEAUCHARD, 1996, p. 178; ALPA, 1998, p. 111). Objetivando combater tal situação, o CDC, no art. 39, incisos II e IX, veda a recusa indevida dos fornecedores diante de solicitações dos consumidores em face de produtos e serviços (ALTERINI; CABANA, 1989, p. 98).

O inciso II do art. 39 enquadra como prática abusiva a recusa do atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes. De acordo com o inciso IX, constitui também prática abusiva “recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais” (BOURGOIGNIE, 1988, p. 112; 1993, p. 134; CAS; FERRIER, 1986, p. 146). Ambos dispositivos normativos vedam que o fornecedor, sem quaisquer justificativas plausíveis, deixe de aceitar transacionar com o consumidor, valendo-se, pois, de critérios inaceitáveis que contradigam a ética e a boa-fé objetiva (ALMEIDA, 2005, p. 186; ITURRASPE, 2003, p. 203; ITURRASPE; WAJNTRAUB, 2010, p. 178).

A Lei n. 9.656/98, em nenhum dos seus dispositivos, autoriza as operadoras e seguradoras que atuam no ramo da saúde suplementar, a operacionalizarem apenas contratos coletivos. Estando inseridas no mercado de saúde privada, tais empresas não podem apenas disponibilizar ao público consumidor os produtos que lhes sejam mais favoráveis em virtude da



liberdade de fixação de preços e da ausência da fiscalização da autarquia reguladora. Autorizadas para ofertarem serviços de saúde, as operadoras e seguradoras não estão liberadas para agirem sem freios e sem limites (SILVA, 2009, p. 69).

Tais pessoas jurídicas não podem questionar que fazem parte do ramo de atividade privada e a sua autonomia, assegurada na Constituição Federal, está sendo desrespeitada. Isso porque os serviços privados de saúde são atividades que suplementam a atuação do poder estatal, e as empresas particulares que almejem integrar o setor devem ter a consciência exata de que são obrigadas a agir com base nos princípios que o norteiam, quais sejam: universalidade, igualdade e continuidade (SILVA, 2007, p. 136).

Os planos e seguros de saúde devem ser colocados à disposição de todo indivíduo que tenha interesse em contratá-los, sendo vedada qualquer discriminação. O art. 16, inciso I, da Lei n. 9.656/98, estabelece que a indicação das condições de admissão constitui um dos requisitos dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos. Entretanto, este dispositivo não deve ser interpretado no sentido de que as operadoras e seguradoras de saúde podem prever como requisito para o ingresso no plano ou seguro saúde que o consumidor esteja vinculado a uma certa pessoa jurídica.

Admitir-se esta situação seria discriminar aquelas pessoas que vivam de rendas próprias, as que estejam desempregadas, e as que, mesmo sendo trabalhadoras, seus empregadores não concordam em contratar plano ou seguro de saúde. Haveria, portanto, uma violação aos ditames constitucionais que asseguram a todos os brasileiros o tratamento igualitário, isento de preconceitos e prejulgamentos. Os consumidores, quer integrem certa pessoa jurídica ou não, devem ser respeitados quanto ao propósito de contratarem um plano ou seguro de saúde (SILVA, 2007, p. 135; 2009, p. 69).

A maioria das operadoras de planos e/ou seguros de saúde, com o objetivo de reforçarem o propósito de não disponibilizarem mais contratos individuais, deixaram de apresentar mais qualquer publicidade neste sentido. Entretanto, mesmo que não haja divulgação para o conhecimento do público consumidor, estas empresas são obrigadas a prestarem os serviços de assistência à saúde suplementar para os que necessitam em caráter individual. Nelson Nery Júnior afirma que, sendo a saúde uma necessidade essencial para os indivíduos na condição de consumidores, ainda que certa operadora ou seguradora especializada em saúde não realize publicidade sobre o assunto, terá o dever de contratar, já



que incidirá o que se denomina “relação paracontratual (Savatier)”, caracterizando-se “a contratação forçada (do alemão *diktierter Vertrag*; do francês, *contrat imposé*)” (NERY JÚNIOR, 2016, p. 348).

4.4 VIOLAÇÃO À FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO: O DIÁLOGO DAS FONTES ENTRE AS LEIS 8.078/90 E 9.656/98 COM O CÓDIGO CIVIL PÁTRIO

Conquanto o postulado da função social dos contratos não se encontre, de forma expressa, inserido no microssistema consumerista, com base no “diálogo das fontes”, propugnado por Erik Jayme, é importante a sua análise em cotejo com o problema desta pesquisa (JAYME, Erik, 1993, p. 76; 2003, p. 60). Considerando-se que os contratos causam efeitos na realidade social, cuja intensidade variará de acordo com a natureza da relação jurídica e o objeto tratado, urge averiguar quais os malefícios causados pela prática arbitrária das operadoras configurada na negativa de oferta de planos de saúde individuais com o intuito de satisfazer o anseio individualista pelo lucro exacerbado (CAMPBELL, 2001, p. 34; CANCLINI, 2006, p. 47; CHOMSKY, 2010, p. 89).

Os planos de saúde não são estruturados para atenderem apenas um único interessado, mas sim, diversas pessoas, razão pela qual a não disponibilização de contratos individuais geram efeitos negativos para milhares de interessados, causando a “falsa coletivização” ou “associativismo forjado” (SILVA, 2009, p. 69). Dúvidas inexistem que qualquer atuação abusiva das operadoras de planos de saúde gera consequências negativas para um grande número de indivíduos, e não apenas para um pequeno círculo (MIRAGEM, 2016, p. 178). Desrespeitados os interesses de uma vasta gama de pessoas envolvidas em dada relação jurídica, não há como negar que o fornecedor de certo produto não está contribuindo para que a relação seja benéfica e exerça uma função positiva em prol desse grupo. Atingindo uma razoável massa de pessoas, os planos de saúde terão que respeitar a função social prevista no atual Código Civil Brasileiro e inferida do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (ASCENÇÃO, 2006/2007, p. 78).

Ter saúde constitui um dos direitos essenciais dos seres humanos, pois sem esta condição, os indivíduos não conseguem sobreviver e a existência da espécie humana na Terra arrisca ser ameaçada. Se a saúde é um dos aspectos fundamentais para a preservação do estado vital dos seres humanos, qualquer desrespeito à manutenção desta deve ser considerado



como ofensa à dignidade dos mesmos. Por via de consequência, estando saúde e dignidade intimamente relacionadas, a não oferta de contratos individuais desrespeitará a função social propugnada, agindo, pois, as operadoras de modo abusivo (STOFFEL-MUNCK, 2000, p. 102). Tendo as relações entre as operadoras de planos de saúde e os consumidores um objeto considerado como um bem supremo, que permite a sobrevivência dos indivíduos, não podem ser tratadas da mesma forma que os vínculos jurídicos que dispõem sobre bens materiais e disponíveis (SILVA, 2009, p. 345).

Destaque-se que os serviços atinentes ao âmbito da saúde suplementar são considerados de relevância pública de acordo com o quanto disposto pelo art. 197 da Constituição Federal Brasileira. Isso significa afirmar que a regularidade destes é interesse dos membros de toda a comunidade, pois as consequências negativas não ficam adstritas apenas a um único usuário. Dois fatores primordiais podem ser elencados para a demonstração de que, além de afetar uma razoável massa de indivíduos e de ofender a dignidade destes, a negativa de oferta de dos planos de saúde individuais violam a função social do contrato, quais sejam: a fomentação para a exclusão dos usuários e o ensejo às demandas judiciais (SILVA, 2009, p. 346).

Os usuários excluídos desta situação jurídica passarão a compor a massa dos desprotegidos em termos de saúde, que dependem do improdutivo sistema público. Atualmente, as críticas aos serviços de saúde ofertados pelo Poder Público são inúmeras e o aumento da demanda, com a presença dos antigos contribuintes dos planos de saúde, dificultará, mais ainda, a execução das atividades propostas. Agregando-se os atuais beneficiários do setor público de saúde com os retirantes do âmbito da saúde suplementar, dar-se-á origem a uma maior gama de indivíduos que engrossarão as “filas de espera” dos órgãos públicos, penando de forma desmedida (SILVA, 2009, p. 347).

Para atender a uma vasta demanda de consumidores, aumentada pela penetração dos anteriores contratantes dos planos e seguros de saúde, o Poder Público terá que prover a uma quantidade maior de recursos. A previsão orçamentária de maior numerário para a concretização dos serviços de saúde implica em sério problema para as esferas estatais, uma vez que outras atividades necessárias poderão sofrer restrições na sua execução. Desta forma, a saída dos usuários dos planos de saúde, além de aumentar a massa dos dependentes do sistema público, dificulta a execução deste e pode afetar a realização de outras prestações por



parte do Poder Público, prejudicando, assim, a sociedade como um todo. Se, nos dias atuais, enfrentam-se intensos problemas ao se alocarem recursos para o campo da saúde pública, *a fortiori*, com a presença cada vez mais constante de demandantes (SILVA, 2009, p. 347).

Diante da não disponibilização de planos individuais, os consumidores podem resolver ingressar em Juízo para a resolução da problemática. Na medida em que formalizam queixas perante os Juizados ou acionam as empresas que lidam com o setor junto às Varas Especializadas, os consumidores darão origem a demandas que contribuirão para aumentar a sobrecarga de trabalho do Poder Judiciário, já caracterizada pela morosidade. Na medida em que os conflitos surgem e são para este encaminhados, avolumam-se os expedientes forenses e torna-se mais difícil a realização das metas do Poder competente. O aumento de demandas nos foros responsáveis pelas questões atinentes às relações de consumo, também, gera efeitos desagradáveis para toda a sociedade, uma vez que os seus membros, ao necessitarem adentrar no âmbito jurisdicional, deparar-se-ão com um exacerbado número de feitos processuais. Destaque-se que todos os indivíduos que compõem o meio social, são de alguma forma consumidores, e poderão ter que apresentar questões em face do aparato judicial; razão por que os planos de saúde devem respeitar a função social do contrato (SILVA, 2009, p. 347).

A visão socializadora do campo jurídico sempre foi objeto defendido pelo jurista baiano Orlando Gomes em suas diversas obras (GOMES, 1955; 1972; 1980; 1981; 1983) e as operadoras de plano de saúde devem atentar que a não comercialização da modalidade individual causa sérios prejuízos para a população e ao sistema público. Por mais que o Brasil seja um país capitalista e que a livre iniciativa componha um dos seus postulados econômicos, os consumidores devem ser tratados como seres humanos e não objetos manipuláveis em harmonia com o individualismo claudicante do mercado (ATYAH, 2003, p. 13; BAUDRILLARD, 2009, p. 79; 2010, p. 98). A percepção de lucros é inerente ao sistema econômico e financeiro brasileiro, mas não pode nem deve se sobrepor ao direito fundamental do consumidor à saúde.

Na atual sociedade de risco, a vida, a saúde e a segurança dos indivíduos são bens que devem ser resguardados de modo lúdico, não podendo as operadoras optarem unicamente pela contratação que mais lhe interessa (BAUMAN, 2008, p. 112; 2011, p. 97; BECK, 2011, p. 34). Caso objetivem atuar sem maiores freios ou fiscalização, devem escolher negociar com bens que não sejam tão relevantes para a sobrevivência dos



seres humanos, como se verifica com a saúde. Na sociedade pós-moderna da abundância, não se pode cercear que os sujeitos contratem em prol da prevenção e da manutenção da incolumidade física e psíquica, obstaculizando-se a disponibilização de planos individuais (GALBRAITH, 1964, 1980, 1994. FEATHERSTONE, 1995).

5 CONCLUSÃO

A predileção das operadoras de planos de saúde pela contratação de natureza coletiva tem se intensificado, causando sérios prejuízos para milhares de indivíduos, visto que, para terem acesso ao sistema suplementar, terminam aderindo ao denominado “associativismo forjado” ou migrando para o setor público, ocupando o espaço daqueles que, realmente, não dispõem de recursos econômicos suficientes para adentrarem na esfera privada. Nessa senda, o problema identificado, nesta pesquisa, restou demonstrado nos planos fático e jurídico, suscitando providências para a devida e necessária proteção dos interesses e direitos dos consumidores.

A hipótese central desta investigação científica, qual seja a existência de vantagens para as empresas no setor de saúde privada ao optarem apenas pela oferta de planos individuais, também foi vislumbrada. Nos contratos coletivos, a alegada paridade entre pessoas jurídicas que os subscrevem e as operadoras, para a discussão e a fixação dos valores das mensalidades e os seus respectivos reajustes, constitui uma mera falácia, pois é cediço que pressões são empreendidas por aquelas. Ademais, a possibilidade de rescisão unilateral dos planos coletivos, em decorrência de a Lei n. 9.656/98 apenas coibi-la para os negócios jurídicos individuais, é outra faceta que justifica o interesse empresarial pela primeira mencionada modalidade. Nota-se, ainda, que, nos planos coletivos, o pagamento do valor total das mensalidades compete à pessoa jurídica contratante, sendo vantajoso para a operadora recebê-lo, sem necessitar realizar a cobrança individualizada.

A negativa das empresas do setor de saúde suplementar de disponibilização de planos individuais malfere a Constituição Federal de 1988, eis que viola o direito fundamental do consumidor, previsto no inciso XXXII, do seu art. 5º, bem como o acesso à saúde - bem jurídico essencial. Outrossim, a defesa dos consumidores é um dos pilares da Ordem Econômica do País e a liberdade mercadológica não poderá sobrepujá-la, devendo as operadoras negociarem os planos não somente coletivos, mas também individuais. Não se deve olvidar que a Carta Maior do País conferiu expressa proteção aos consumidores, que não



podem ser considerados meros objetos, sendo seres humanos que merecem respeito e tratamento adequado no campo mercadológico.

A Lei n. 9.656/98, ao disciplinar o campo da assistência suplementar à saúde, em nenhum dos seus dispositivos, assegura às operadoras o direito de apenas apresentarem os planos coletivos no mercado. O Código de Defesa do Consumidor, ao elencar as práticas abusivas, também, contempla, como arbitrária, a postura dos fornecedores que se negam a comercializar os produtos ou serviços que tenham disponibilidade. É o que se verifica com as empresas que se limitam a ofertar apenas os contratos coletivos de saúde, infringindo o quanto preconizado pela Lei n. 8.078/90, gerando consequências deletérias para os indivíduos. Dúvidas não pairam acerca da nocividade desta conduta adotada por quase todas as empresas do ramo da saúde suplementar no Brasil.

A função social do contrato é também aviltada em face da problemática em epígrafe, visto que os interessados na contratação individual, quando cerceados de acessá-la, vão desembocar no sistema público, tomando o espaço de quem não pode realmente arcar com os custos de um plano privado. É possível também que os indivíduos encetem demandas judiciais com o objetivo de pacificar a questão, obtendo uma solução por parte do aparato jurisdicional, aumentando, assim, a quantidade de feitos em trâmite, sobrecarregando-o ainda mais. Em face deste panorama, medidas urgentes deverão ser adotadas. No campo administrativo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deverá baixar resolução determinando que, toda e qualquer empresa autorizada a atuar no setor de saúde suplementar tem por obrigação disponibilizar para o público planos ou seguros individuais, na mesma proporção dos contratos coletivos estabelecidos. No âmbito legislativo, importante será a alteração da LPS no sentido de prever, de forma expressa, tal obrigatoriedade, que resulta das regras constitucionais. Em sede judicial, ações civis públicas devem ser propostas para resguardar os interesses daqueles que tenham o objetivo, enquanto cidadãos brasileiros, de contratarem um plano ou seguro de saúde individual para não terem que passar pelas agruras e decepções impostas pelo sistema público.

REFERÊNCIAS

- ALPA, Guido. *I Diritto dei Consumatore*. Milano: CEDAM, 1998.
- ALEXY, Robert. *Teoria dos Direitos Fundamentais*. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.
- ALMEIDA, Carlos Ferreira de. *Direito do Consumo*. Coimbra: Almedina, 2005.



- ALTERINI, Atilio Aníbal.; CABANA, Roberto M. López. *La autonomía de la voluntad en el contrato moderno*. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1989.
- ASCENÇÃO, José Oliveira. Direito Civil e Direito do Consumidor. In: MONTEIRO, António Pinto (Dir.) *Estudos de Direito do Consumidor*. Coimbra: Centro de Direito do Consumo, n. 08, 2006/2007.
- ATIYAH, Patrick Selim. *Promises, Morals, and Law*. New York: Claredon Paperbacks, 2003.
- BARTHÉLEMY, Joseph; DUEZ, Paul. *Traité de droit constitutionnel*. Paris: Dalloz, 1933.
- BAUDRILLARD, Jean. *A Sociedade de Consumo*. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, LDA, 2010.
- _____. *O Sistema dos Objetos*. 5. ed. Trad. Zulmira Ribeiro Tavares. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- BAUMAN, Zygmunt. *A Sociedade Individualizada*. Vidas contadas e histórias vividas. Tra. José Gradel. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- _____. *A Ética é Possível num Mundo de Consumidores?* Trad. Alexandre Werneck. São Paulo: Zahar, 2011.
- BEAUCHARD, Jean. *Droit de la distribution et de la consommation*. Paris: PUF, 1996.
- BECK, Ulrich. *Sociedade de Risco*. 2. ed. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Editora 34 S.A, 2011.
- BENDA, Ernesto; MAIHOFER, Werner; VOGEL, Juan J.; HESSE, Conrado; HEYDE, Wolfgang. *Manual de Derecho Constitucional*. 2. ed. Trad. Antonio López Pina. Madrid: Marcial Pons S.A, 2001.
- BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Cláudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe Bessa. *Manual de Direito do Consumidor*. 5. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.
- BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 25 ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2010.
- _____. *A Constituição Aberta*. Belo Horizonte: Del Rey, 1993.
- BOTTESINI, Maury; MACHADO, Mauro Conti. *Lei dos Planos e Seguros de Saúde Comentada*. 3. ed. São Paulo: Ed. RT, 2015.
- BOURGOIGNIE, Thierry. O conceito de abusividade em relação aos consumidores e a necessidade de seu controle através de uma cláusula geral. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, Revista dos Tribunais, número 06, p. 07, 1993.
- _____. *Éléments pour une Théorie du Droit de la Consommation*. Bruxelles: Story Scientia, (Coll. « Droit et consommation », XVI) 1988.
- CAMPBELL, Colin. *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- CANCLINI, N. G. *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.
- CANOTILHO, José Joaquim Gomes.; MOREIRA, Vital. *Fundamentos da Constituição*. Coimbra: Coimbra Editora, 1993.
- CAS, Gérard; FERRIER, Didier. *Droit de la consommation*. Paris: Presses Universitaire de France, 1986.
- CHOMSKY, Noam. *O Lucro ou as Pessoas? Neoliberalismo e Ordem Global*. 6. ed. Trad. Pedro Jorgensen Jr. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.



- DÍEZ-PICAZO, Luis Maria. *Sistema de Derechos Fundamentales*. 3. ed. Madri: Thomson Civitas, 2008.
- FEATHERSTONE, Mike. *Cultura de consumo e pós-modernismo*. São Paulo: Studio Nobel, 1995.
- GALBRAITH, John Kenneth. *Uma viagem pelo tempo econômico*. São Paulo: Pioneira, 1994.
- GHERSI, Carlos Alberto. El Derecho de los Consumidores y las Políticas Económicas de la Década de los Noventa. In: STIGLITZ, Gabriel (dir.). *Derecho del Consumidor*. Rosario: Editorial Juris, 2003.
- _____. *La posmodernidad jurídica*. Buenos Aires: Gowa, 1995.
- GHESTIN, Jacques. L'utile et le juste dans le contrat. *Recueil Dalloz*, Paris, Dalloz, 1º caderno, Chronique, p. 1-10, 1962.
- GOMES, Orlando. *Contratos*. Rio de Janeiro: Forense, 1981.
- _____. Aparência do direito. In: *Transformações gerais do direito das obrigações*. 2. ed. São Paulo: RT, 1980.
- _____. *Contrato de Adesão*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1972.
- _____. *A Crise do Direito*. São Paulo: Max Limonad. 1955.
- _____. A caminho dos microssistemas. In: GOMES, Orlando (coord.). *Novos temas do direito civil*. Rio de Janeiro: Forense, 1983.
- GREGORI, Maria Stella. *Planos de Saúde – a Ótica de Proteção do Consumidor*. 3. ed. São Paulo: Ed. RT, 2011.
- GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. *(Re)Pensando a Pesquisa Jurídica*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.
- ITURRASPE, Jorge Mosset. *Defensa del Consumidor*. 2. ed. atual. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores, 2003.
- _____.; WAJNTRAUB, Javier H. *Ley de Defensa del Consumidor*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores, 2010.
- JAYME, Erik. *Narrative Normen im internationalen Privat und Verfahrensrecht*. Tübingen: Nomos, 1993.
- _____. Direito internacional privado e cultura pós-moderna. *Cadernos da Pós-Graduação em Direito da UFRGS*, Edição Especial Dr. Honoris Causa, v, I, n. 1, Porto Alegre, Nova Prova, março 2003, p. 60.
- LORENZETTI, Ricardo Luís. *Tratado de los contratos*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni, 1999-2000, t. I.
- _____. *Consumidores*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores, 2003.
- _____. *Fundamentos de Direito Privado*. Trad. Vera Maria Jacob Fradera. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- MARANHÃO, Clayton. *Tutela Jurisdicional do Direito à Saúde*. Coleção Temas Atuais de Direito Processual Civil. São Paulo: Ed. RT, 2003. v. 7.
- MARQUES, Cláudia Lima. Prefácio da obra *Plano de Saúde e Direito do Consumidor*, de Antonio Joaquim Fernandes Neto, Minas Gerais: Del Rey, 2002, p. XI.
- _____. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*. 4ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004, p. 394.
- MIRAGEM, Bruno. *Direito do Consumidor*. 5. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.
- NERY JÚNIOR, Nelson; *et al.* *Código Brasileiro de Defesa do Consumidor*, p. 348.



OLIVEIRA, Yuri Bezerra de. Da não oferta dos planos individuais no mercado de consumo: uma ofensa aos direitos dos consumidores In: SILVA, Joseane Suzart Lopes da et al. (Orgs.). *Planos de Saúde e Erro Médico: como o consumidor pode se proteger de práticas abusivas*. Salvador: Paginae, 2016.

SAMPAIO, Aurisvaldo Mello. *Contratos de plano de saúde: regime jurídico, proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo*. São Paulo: Ed. RT, 2010.

SCAFF, Fernando Campos. *Direito à Saúde no Âmbito Privado*. São Paulo: Saraiva, 2010.

SCHULMAN, Gabriel. *Planos de Saúde*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SILVA, Joseane Suzart Lopes da. *Planos de Saúde e Boa-Fé Objetiva: uma análise crítica dos reajustes abusivos*. 2. ed. Salvador-BA: JusPodivm, 2009.

_____. A inconstitucionalidade da não-oferta de planos e seguros privados de saúde individuais e familiares. *XVII Congresso Nacional do Ministério Público*, 2007.

STOFFEL-MUNCK, Philippe. *L'Abus dans le Contrat*. Paris: L.G.D.J, 2000.