

**DADOS PESSOAIS E INTERESSE PÚBLICO NA
MANUTENÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE**

*PERSONAL DATA AND PUBLIC INTEREST IN THE
MAINTENANCE OF HEALTH PROGRAMS*

Fabio Rui Scalzo do Nascimento

Mestre em Agronegócios pela Universidade de Brasília. Especialista em tecnologia de carne e derivados, Direito de Empresa, Direito Público e Direito do Agronegócio. Graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Minas Gerais. Servidor público.
E-mail: faruscanto@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7374-9407>

José Alfredo Baracho

Mestre e Doutor em Direito Constitucional. Master of Law pela Harvard Law School. Professor do Programa de Pós-graduação em Direito da PUCMinas. Advogado.
E-mail: josealfredo@oliveirabarachoegodoi.com.br

Como citar: NASCIMENTO, Fabio Rui Scalzo do; BARACHO, José Alfredo. Dados pessoais e interesse público na manutenção dos programas de saúde. **Revista do Direito Público**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 95-111, dez. 2025. DOI: 10.5433/1980-511X.2025.v20.n3.50592. ISSN: 1980-511X.

Recebido em: 12/05/2024

Aceito em: 21/08/2025

Resumo: Os direitos sociais fomentam os demais direitos fundamentais ao garantir condições materiais mínimas, imprescindíveis à efetivação da dignidade humana. Entretanto, o teto de gastos e o aperto fiscal desafiam a viabilidade dos programas sociais, quadro agravado pelo envelhecimento da população perante os valores impeditivos dos planos de saúde e seu potencial efeito migratório para o Sistema Único de Saúde (SUS). A judicialização evidencia a equivocada invocação prévia da reserva do possível, a qual não pode servir de escusa retórica, impondo-se ao Estado o dever de assegurar, ao menos, o conteúdo mínimo dos direitos fundamentais. Impactos assim demandam gerenciamento e customização, sendo os dados pessoais uma ferramenta que adequa a necessidade à oferta, a despeito dos riscos de disseminação inapropriada de informações. Os dados pessoais, direitos fundamentais autônomos, devem se submeter a medidas de segurança, boas práticas, governança e políticas de *compliance* resguardados pela fiscalização de Agências Reguladoras. O tratamento de dados de saúde deve respeitar a impessoalidade, a finalidade e as necessidades das comunidades, sem práticas protetivas ou discriminatórias, vedado o reajuste dos planos para idosos com mais de sessenta anos. Conclui-se que a compilação de grande número de dados pode otimizar compras, contratações, combater fraudes e evitar condutas discriminatórias, permitindo o controle pela população e pelos órgãos responsáveis.

Palavras-chave: saúde, gastos sociais, dados pessoais, localismo, impessoalidade.

Abstract: Social rights foster other fundamental rights by ensuring minimum material conditions, which are essential for the realization of human dignity. However, the spending cap and the fiscal tightening defy the social programs viability, situation which is worsened by the population ageing process, contrasting with the very expensive prices of health insurance, which causes a migratory potential effect and poses a threat on the Brazilian Public Health System (SUS). Judicialization reveals the mistaken prior invocation of the reserve of the possible, which cannot serve as a rhetorical excuse, imposing on the State the duty to guarantee, at the very least, the minimum content of fundamental rights. Such impacts demand management and customization, and in these cases personal data provide a match between necessity and supply, despite the risks of inappropriate information dissemination. The personal data, considered fundamental autonomous rights, must submit themselves to security measures, good practices, governance, and compliance policies adopted by the Regulatory Agencies. The health data treatment must respect principles such as impersonality, finality and the community necessities, in order to prevent protective or discriminatory practices, including the readjustment of health insurance for people over sixty years old. We conclude that the compilation of a great number of data may optimize acquisitions and hirings, defeat frauds and avoid discriminatory conducts, thus allowing population and institution control.

Keywords: health; social expenses; personal data; localism; impersonality;

INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais, representados pelo princípio da dignidade da pessoa humana, protagonizam o alcance das metas traçadas no art. 3º da Constituição Federal de 1988. Dentre elas se encontra a previsão de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais, em direta interseção com os direitos de caráter social (Sarlet; Marioni; Mitidiero, 2017).

Os direitos sociais, em conjunto com os direitos culturais, econômicos e coletivos, vieram a compor os direitos fundamentais de segunda geração, tendo sua preponderância sido alcançada após o advento das ideologias e reflexões anti-liberais que dominaram boa parte do século XX. As Constituições do segundo pós-guerra foram dominadas por temas políticos e filosóficos, ancorados no ideal de igualdade, cujo reflexo se evidenciou em correntes ideológicas como o marxismo e a social-democracia. Estas Constituições enfrentaram um período inicial de baixa normatividade e eficácia duvidosa, caracterizado pela incapacidade do Estado em prover prestações, nem sempre exequíveis em virtude da carência ou limitação de meios e recursos (Bonavides, 2014, p. 578-579).

Houve uma submissão dos direitos fundamentais de segunda geração à esfera programática, pois tais demandas não eram concretizadas de maneira simples, e nem pelos mesmos instrumentos empregados para a promoção dos direitos de primeira geração. Este fato gerou sérios problemas advindos do inadimplemento das normas programáticas, resultando na formulação do “preceito da aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais” em diversas Constituições”, dentre as quais a do Brasil (Bonavides, 2014, p. 578-579).

Os direitos sociais compreendem a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. A despeito de sua aplicabilidade imediata, seu caráter programático persiste, em uma constante busca de esforços para lhes conferir concretude, destacando-se nesse contexto o direito à saúde, cuja magnitude no orçamento público assume importante relevância. O art. 167 da Constituição Federal veda a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, mas inclui ressalvas à destinação de recursos advindos dos impostos, para “as ações e serviços públicos de saúde, manutenção e desenvolvimento do ensino e realização de atividades da administração tributária” (Brasil, 1988).

Tal determinação converge com o disposto no art. 198, § 2º, da Constituição Federal:

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (Brasil, 1988).

A Emenda Constitucional n.º 95/2016 determinou a vigência de um regime fiscal previsto para perdurar por um período de 20 anos, estando qualquer mudança em suas regras vedada até o décimo ano de sua vigência, e ainda assim limitada ao índice de correção anual. Tal política constitui uma ameaça aos investimentos no setor público e, por conseguinte, às políticas de execução responsáveis pela promoção dos direitos sociais. A saúde fica sujeita a impactos negativos, pois “aproximadamente 2/3 de suas despesas são transferidas para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargo dos entes federados.” A Constituição obriga a União a dispendar com saúde o quantitativo do ano anterior somado ao percentual de variação do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que Estados e Municípios necessitam investir 12% e 15% de sua receita anual, respectivamente (Mariano, 2017, p. 259-262).

Essa limitação foi imposta à correção dos percentuais destinados às ações e serviços públicos de saúde e educação, passando a vigorar a partir do ano de 2018, determinando que os reajustes estariam restritos aos “valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107” do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. O referido inciso determina como índice de correção, a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (Brasil, 2016).

Isso significa que o resguardo à destinação de recursos para ações voltadas para a área da saúde encontrará limites atrelados à inflação, o que representa que eventuais evoluções no sistema vigente dependerão de um crescimento significativo do PIB ou de um gerenciamento que privilegie a otimização do custo – benefício referente aos recursos disponibilizados.

Este artigo pretende, através da pesquisa por revisão bibliográfica, sustentar que o uso responsável de dados pessoais, inclusive pelos planos de saúde privados, seja consolidado como ferramenta para a redução de custos, combate a fraudes e comportamento casuístico nas políticas de saúde. O cenário atual convive com problemas como o envelhecimento da população, decréscimo da renda dos aposentados e o tratamento inadequado ou mesmo fraudulento dos dados pessoais. A prática de preços gradativamente impeditivos à utilização de planos de saúde privados pode potencializar a migração de usuários para o SUS, o que traria a inviabilização do direito à saúde pública de forma ampla e irrestrita.

Uma das hipóteses provocadas pela escassez de recursos associada à má gestão dos dados pessoais é o que pode ser denominado de casuismo excludente, ato praticado em ações de natureza pública e privada, que vão desde a majoração excessiva de planos de saúde para determinadas classes, até a negativa de tratamentos ou acesso a medicamentos por parte do Serviço Único de Saúde (SUS). Uma segunda hipótese surge justamente do emprego de dados pessoais como solução para o problema, e compreende o uso integrado desses dados para traçar um panorama amplo e representativo das distintas realidades do nosso país. Somente um acesso abrangente por parte do poder público possibilitaria a efetiva fiscalização das empresas operadoras de planos de saúde e, ao mesmo tempo, o gerenciamento de demandas e custos do SUS.

Nosso objetivo é propor que a gestão dos sistemas público e privado de saúde possa se valer do uso de dados pessoais com o devido respeito à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), promovendo assim o gerenciamento responsável e inclusivo de recursos. A conciliação entre publicidade, eficiência e intimidade resultaria em uma gestão econômica, estratégica e inclusiva da saúde pública e complementar, coibindo abusos, fraudes ou condutas inapropriadamente seletivas ou segregacionistas. As principais vertentes a serem enfrentadas através do emprego adequado dos dados pessoais seriam a reserva do possível, o uso discriminatório dos dados para fins lucrativos e o seu tratamento inadequado do ponto de vista da LGPD e do direito à privacidade e intimidade.

1 ALICERCES DA GESTÃO DA SAÚDE

Uma gestão de saúde que privilegie o custo-benefício e ao mesmo tempo consiga promover uma verdadeira política de *compliance*, afastando exclusões e privilégios inaceitáveis, deverá lidar com questões como a reserva do possível, os conflitos entre intimidade e publicidade e a aproximação com as comunidades locais.

1.1 A RESERVA DO POSSÍVEL COMO FERRAMENTA DO LIMITE DE GASTOS SOCIAIS

As normas constitucionais definidoras dos direitos sociais foram, durante muito tempo, consideradas como detentoras de caráter programático. Este paradigma veio a ser modificado após o fortalecimento de correntes doutrinárias que atribuíam força normativa e eficácia irradiante às normas e princípios constitucionais. O novo panorama conferiu ao direito à saúde um caráter subjetivo, possibilitando aos indivíduos a realização de reivindicações mediante o acionamento do Poder Judiciário, o que ocasionou um aumento de gastos decorrente do

somatório das demandas individuais. Este cenário deflagrou uma reação por parte do Estado, uma vez que o conjunto de gastos impactava negativamente, por razões financeiras, a viabilidade das políticas de saúde em nível macro (Machado, 2022).

Entretanto, a renúncia às prestações sociais não pode relegar a segundo plano a democracia, devendo ser estipulados quais direitos deverão ser necessariamente adimplidos e como o Estado os deverá efetivar. Do âmago desta discussão surge a doutrina da “reserva do possível”, caracterizada pela não obrigatoriedade do cumprimento de tarefas consideradas impossíveis, devendo haver um balizamento entre as possibilidades e as prioridades traçadas pelas “forças sociais hegemônicas” (Rocha, 2017, p. 27).

A reserva do possível remonta ao Direito alemão, mais especificamente às Constituições após 1945 e 1989, cujos preâmbulos fazem referência a cláusulas de resguardo à dignidade humana e aos direitos fundamentais, enfatizando a proibição de não retrocesso e as eficácias horizontal e vertical. A teoria política constitucional brasileira se deu muito mais à guisa do modelo europeu do que alicerçada em valores liberais. Assim, com vistas a garantir sua efetividade, houve tanto a inserção de elementos voltados à não intervenção estatal quanto à prevenção de um sistema de proteção insuficiente. Todavia, as limitações de recursos impuseram ao gestor público o dever de escolher e priorizar demandas conforme uma análise de custo, benefício e retorno à coletividade (Bitencourt, 2014, p. 215-236).

O emprego da reserva do possível corresponde ao condicionamento das prestações de direitos fundamentais pelo Estado aos limites orçamentários e operacionais presentes na estrutura pública. Limite este que se impõe através de limitações jurídicas e orçamentárias, fazendo frente à normatividade dos direitos sociais como princípios constitucionais. Deve haver, portanto, uma solução do conflito instalado, podendo o direito emanar proposições que restaurem o equilíbrio entre as previsões constitucionais e as condições à sua realização, localizando para isso elementos na doutrina e na jurisprudência (Rocha, 2017, p. 27-28).

Embora parte da doutrina se apegue à irrestrita universalidade dos serviços de saúde, isso não significa a extensão de prestações e serviços gratuitos a todos os indivíduos, também não se traduzindo a integralidade do atendimento como a completa satisfação dos ensejos pessoais, devendo ser resguardados pela gratuidade incondicionada apenas os casos de urgência nos quais a vida humana se encontre em risco e que exijam providências efetivas e imediatas (Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 18-19).

Apesar dos posicionamentos doutrinários divergentes, a reserva do possível somente vem sendo acolhida pelo STF e pelo STJ de forma excepcional, mormente nos casos em que o Poder Público prove efetivamente tanto a impossibilidade e a ausência de meios para cumprimento da decisão, quanto a inexistência de ofensa ao mínimo existencial da parte demandante no Judiciário (Machado, 2022).

O uso de dados pessoais pode auxiliar de maneira incisiva na avaliação quali-quantitativa da demanda por medicamentos ou serviços de saúde, evitando judicializações recorrentes voltadas para o alcance de necessidades para as quais a aferição e a customização se mostram possíveis.

1.2 O CONFLITO ENTRE INTIMIDADE E PUBLICIDADE DOS DADOS NA SAÚDE

A discrepância advinda das desigualdades sociais, que se reflete no acesso à saúde, pode ser amenizada se os recursos forem utilizados adequadamente, sem desperdício e com melhor aproveitamento. Este objetivo somente é alcançado através de uma vigilância ativa por parte da população e de uma gestão pública eficiente, situação que caminha junto a uma política de transparência.

A separação entre distintas realidades sociais e econômicas se dá através de uma linha abissal, radical divisão que impede a presença simultânea do universo “deste lado da linha” com o universo “do outro lado da linha”. Nesta última realidade, o tratamento é sub-humano, não permitindo sequer ensejo a uma participação social (Santos; Araújo; Baumgarten, 2016, p. 15).

A publicidade das informações sobre as políticas e atos governamentais constitui um dos pilares que sustentam a garantia dos direitos e do bem-estar social. Ao acessarmos dados de natureza pública, a cidadania é praticada através do controle social de ações e gastos do governo (Correia, 2017).

A Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, chamada Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), alterada em parte pela Lei n. 13.853/2019, entrou em vigor em agosto de 2020. Esta reconheceu como categoria específica de dados pessoais, aqueles classificados como sensíveis, atribuindo – lhes uma proteção mais específica e rigorosa. Estes encontram definição no art. 5º, inciso II da LGPD:

Art. 5º Para os fins desta Lei, considera-se:

[...] II - dado pessoal sensível: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural (Brasil, 2018).

Os dados referentes à saúde são abordados nos art. 11, inciso II, alínea “f” e art. 13 da LGPD, este último se limitando a dispor sobre o tratamento de dados pessoais para fins de estudos em saúde pública. Merece destaque a redação do art. 11 da LGPD, principalmente ao determinar que o tratamento de dados pessoais sensíveis somente poderá ocorrer, sem fornecimento de consentimento do titular, nas hipóteses em que for indispensável para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária (Brasil, 2018).

A preocupação com a utilização de dados pessoais sensíveis está ligada à possibilidade de “distinção ou diferenciação” de um indivíduo a partir das informações neles presentes. No caso dos dados referentes à saúde, estes podem ser classificados como “dados pessoais sensíveis corporais”, uma vez que seu uso inadequado tem o potencial de causar danos aos direitos fundamentais das pessoas, em especial os inerentes à “privacidade, intimidade, igualdade e dignidade da pessoa humana” (Botelho; Camargo, 2021, p. 7-8).

A utilização de dados pessoais sensíveis possibilita um dano muito maior à dignidade da pessoa humana do que um simples dado pessoal poderia causar, dado o seu caráter invasivo e ofensivo. Isso se deve à exposição de caracteres individuais, a exemplo da “orientação sexual, raça e estado de saúde” a partir de informações pessoais outrora comumente disseminadas. Também por esse motivo, o tratamento de dados pessoais se restringe às hipóteses do art. 11, incisos I e II, refletindo uma preocupação especial do legislador em assegurar não somente a privacidade, mas também o resguardo contra o seu mau uso em relação aos titulares, situação capaz de lhes trazer restrições à fruição de seus direitos, assim como ao acesso a bens e serviços. (Botelho; Camargo, 2021, p. 8).

Ao analisarmos os ditames constitucionais, podemos notar que o art. 37 da Constituição Federal de 1988 determina a divulgação dos atos praticados pela Administração Pública, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei. Nesse sentido, o art. 5º, inciso LX somente possibilita restrições à publicidade dos atos processuais quando cabíveis a defesa da intimidade ou o interesse social. Por outro lado, a regra da publicidade prevista na Constituição encontra restrições no inciso X do mesmo artigo 5º, que determina serem invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (Di Pietro, 2020, p. 231-238).

Recentemente, o Brasil veio a incorporar a proteção de dados pessoais ao rol de direitos e garantias do nosso texto constitucional, medida adotada de forma tardia quando comparada a países como Portugal, que já em 1976 previa no texto original de sua Constituição a proteção em face do uso da informática. O resguardo aos dados pessoais deve ser relacionado não somente a princípios e direitos fundamentais de natureza geral e especial, a exemplo da dignidade da pessoa humana, mas também a “direitos especiais de personalidade”, que incluem os direitos à privacidade, intimidade, livre disposição sobre os dados pessoais e autodeterminação informativa (Sarlet, 2022).

A Emenda Constitucional nº 115/2022 acrescentou o inciso LXXIX ao artigo 5º da Constituição, que dispõe ser “assegurado, nos termos da lei, o direito à proteção dos dados pessoais, inclusive nos meios digitais.” Esta importante inclusão conferiu à proteção de dados a “condição de direito fundamental autônomo”, que passou a usufruir do regime jurídico-constitucional ao qual faz jus o seu perfil de direito fundamental (Sarlet, 2022).

A elevação dos dados pessoais ao patamar de direitos fundamentais consolidou uma nova era de embates entre os direitos à publicidade e à intimidade. Maria Sylvia di Pietro já propunha a solução deste tipo de conflito através do uso da necessidade, adequação e proporcionalidade em sentido estrito. Tais princípios são usados para, respectivamente, garantir que a medida opte pelos meios menos onerosos ao titular do direito, que mire a busca do interesse público e que seja proporcional ao fim almejado (Di Pietro, 2020, p. 231-238).

A privacidade e a ética no recolhimento e tratamento de dados pessoais são elementos fundamentais para o resguardo da cidadania. Enquanto a primeira cuida da proteção das informações pessoais, resguardando-as de divulgações não autorizadas, a última zela pelos valores e normas morais que orientam sua coleta, uso e compartilhamento. A ética de dados deve se alinhar às diferenças culturais e sociais, de maneira a afastar preconceitos e desigualdades (Hora, 2023, p. 69-70).

O vazamento de dados dos pacientes pode desencadear, dentre outras consequências indesejáveis, a divulgação de doenças marcadas pelo preconceito e pela atitude discriminatória de planos de saúde, implicando o aumento dos valores cobrados junto a pacientes que demandam cuidados médicos mais robustos e a abordagem comercial das indústrias farmacêuticas para prover medicamentos destinados à cura de determinadas doenças. (Nascimento *et al.*, 2020, p. 208-209).

Para evitar o vazamento e o tratamento inadequado de dados pessoais, existe uma série de determinações impostas aos diversos encarregados pela coleta, manipulação e processamento dos dados. Estes são os controladores, cujo papel é tratar as informações, os operadores, cuja tarefa é executar as ordens do controlador quanto ao processamento das informações e dados, e o oficial de dados, que executa as diretrizes traçadas pelas duas primeiras funções (Salgado Leme; Blank, 2020, p. 217).

Em termos legais, a LGPD determina, em seu art. 46, a adoção de medidas que resguardem os dados pessoais de “acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.” O cumprimento desta obrigação, que se encontra expresso no art. 49 do mesmo diploma legal, depende de uma estruturação dos sistemas utilizados, que possibilite o atendimento aos “requisitos de segurança, aos padrões de boas práticas e de governança e aos princípios gerais” previstos na legislação (Brasil, 2018).

Algumas das ações envolvendo segurança, boas práticas e governança se amparam nas políticas de *compliance*, cujo propósito é o aperfeiçoamento da gestão por intermédio do “monitoramento e da prevenção de riscos”. Outros conceitos muito difundidos são o da privacidade por *design*, sistema que incorpora todas as etapas de desenvolvimento de produtos ou serviços, desde a sua concepção original, e o da privacidade por padrão, mecanismo que idealiza produtos ou serviços já munidos de configurações de privacidade em seu modo mais restrito. Ademais, as políticas de privacidade devem armazenar dados pessoais de saúde em servidores seguros, terceirizar dados financeiros, criptografar sua transmissão e esclarecer sobre o seu armazenamento remoto, quando for o caso (Salgado Leme; Blank, 2020, p. 218-220).

A fiscalização do uso de dados pessoais referentes à saúde privada é prevista no art. 55 – J da LGPD, que comina à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) um amplo rol de funções, incluindo a fiscalização e a imposição de sanções em caso de inobservância à referida lei. Assim, a competência da ANPD para fiscalizar dados pessoais é genérica e abrangente, também incluindo a saúde pública e a suplementar, inclusive os planos de saúde. (Santos, 2023).

Entretanto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também atua ativamente na proteção de dados, pois detém a competência específica para a regulação das operadoras de saúde, tendo inclusive editado a Resolução Administrativa nº 80 de 2022, que dispõe sobre a política de proteção de dados da ANS e é fundada na legalidade, transparência e consentimento. A convivência na atuação entre ambas as Agências aponta para um papel complementar da ANS, que assume um caráter acessório à ANPD no que diz respeito à fiscalização de dados pessoais (Santos, 2023).

De todo modo, o uso de dados pessoais deve sofrer controle não somente quanto ao seu tratamento, mas também quanto à finalidade a que se destina. Por esse motivo, eventuais desvios devem ser investigados e punidos, principalmente se a sua causa for a utilização para fins discriminatórios ou nos quais o ânimo em lucrar sobrepuje o interesse público.

A LGPD, em seu art. 11, § 5º, veda o tratamento de dados de saúde por parte das operadoras e planos de saúde para a “seleção de riscos” na “contratação de qualquer modalidade” e na “contratação e exclusão de beneficiários.” Os mandamentos deste artigo não conduzem de forma integral ao afastamento de todo e qualquer cálculo de risco envolvido nos contratos de prestação de serviços de saúde, já que estes envolvem eventos futuros e incertos, restringindo-se a vedação prevista à seleção de risco que possa acarretar a exclusão de segurados ou a não contratação de pessoas classificadas como de alto risco (Brasil, 2018).

Fica evidente que Súmula Normativa nº 27/2015 não pretende a exclusão da análise de riscos, mas sim de sua seleção, coibindo assim condutas discriminatórias nas contratações e exclusões:

[...] É vedada a prática de seleção de riscos pelas operadoras de plano de saúde na contratação de qualquer modalidade de plano privado de assistência à saúde. Nas contratações de planos coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a vedação se aplica tanto à totalidade do grupo quanto a um ou alguns de seus membros. A vedação se aplica à contratação e exclusão de beneficiários (Brasil, 2015).

Percebe-se, portanto, que o uso inapropriado dos dados, quando intencional, geralmente se direciona ao aumento das margens de lucro, como é muitas vezes o caso do emprego de viés de seleção na saúde complementar, mas também envolve práticas ilegais ou de uso irresponsável de recursos, como aqueles voltados ao favorecimento de determinado indivíduo ou grupo, mais prevalentes no gerenciamento e distribuição de medicamentos e serviços públicos de saúde.

1.3 PERSONALIZAÇÃO E CUSTO – BENEFÍCIO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

A compra, destinação e distribuição de medicamentos, imunizantes e insumos para uma determinada população se traduzem em agregação de custo aos programas de saúde. Uma economia neste sentido traria redução de despesas e maior espaço para ampliar políticas sanitárias diversas. O conhecimento das características de uma população permite adequar os recursos disponíveis ao perfil de suas necessidades, de forma a amadurecer um sistema de gestão personalizado.

O Poder Público deve construir políticas públicas referenciadas no localismo e na experiência e conhecimento da sociedade civil, que serão absorvidos e utilizados de maneira eficiente pelos profissionais da área da saúde pública, ONGs, entidades de classe, instituições públicas e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva, 2010, p. 29).

A descentralização possui diretriz prevista no art. 198, inciso I, da Constituição Federal, realçando a esfera local como unidade predileta para a gestão de políticas públicas sanitárias. A competência material para o cuidado da saúde é comum entre os Estados, Distrito Federal e Municípios, de acordo com o preconizado no art. 23, II, da Constituição. Esta decorre da modalidade de cooperação para repartir as competências, o que deve ocorrer de maneira conjunta entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em um exercício de interdependência e tomada de decisões conjuntas (Pivetta, 2014, p. 132-134).

O legislador realçou a importância dos Municípios na gestão das políticas públicas relacionadas à saúde, por estarem estes mais próximos das demandas sanitárias da população, sendo assim capazes de construir políticas sanitárias de forma mais adequada. Do mesmo modo, as ações e os serviços estatais assumiriam contornos mais democráticos, com a participação popular na definição de estratégias (Pivetta, 2014, p. 132-134).

Ao partirmos para a análise de como se deu a construção dos processos de descentralização normativa, podemos notar que a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) passou por significativa transformação, de maneira a gradativamente romper uma histórica resistência por parte da União em aceitar a autonomia estabelecida na Constituição Federal para Estados e Municípios. Tal mudança veio a ocorrer em meados de 2015, já que até este ano, praticamente inexistiam indícios da prevalência da competência estadual sobre a federal quando coexistiam matérias concorrentes. Ao invés disso, o Supremo Tribunal Federal evitava enfrentar em minúcias o delicado tema do conflito de competências, privilegiando a preponderância da norma federal, em detrimento do próprio texto constitucional (Baracho Junior; Ferreira Filho; Leal, 2021).

Considerando o posicionamento até então adotado, o STF vinha acolhendo a competência concorrente não cumulativa no Brasil, embora o § 2º do artigo 24 da Constituição da República apontasse em sentido oposto, determinando que “a competência da União para legislar sobre normas gerais” não excluiria a competência suplementar dos Estados. O STF, em um claro exercício evolutivo de suas decisões, passou a conceber que as medidas estabelecidas pela União não afastariam a competência concorrente e nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, percepção cada vez mais dominante e que, alimentada pelas questões ligadas à pandemia do Coronavírus, veio a preservar a autonomia dos entes locais, assim como o princípio da separação de poderes. (Baracho Junior; Ferreira Filho; Leal, 2021).

Embora a regionalização das ações e normas signifique maior representatividade e participação ativa, ao enveredarmos num universo mais complexo, a exemplo de municípios heterogêneos e muito populosos, surge a necessidade de compilarmos os dados da população para dela extrair uma visão holística e representativa para a construção das políticas de saúde. Tal desafio somente é possível, em tempos atuais, através do tratamento dos dados pessoais da população.

O emprego de tecnologias cada vez mais avançadas permite avaliar dados coletivos com muito mais precisão. O avanço dos programas de atenção à saúde e o desenvolvimento de pesquisas científicas depende da universalização dos prontuários digitais no Brasil, por meio da implantação do prontuário eletrônico do paciente (PEP) e do uso remoto e integrado da base de dados formada em todos os estabelecimentos de saúde. O grande volume de dados gerados, assim como o seu detalhamento, poderá ser útil para a identificação de “causas e concausas das doenças”, possibilitando melhores táticas preventivas, mitigação de riscos e maior definição nas condutas e tratamentos (Salgado Leme; Blank, 2020, p. 216-217).

A revolução tecnológica trouxe consigo a necessidade de adaptação aos avanços decorrentes, dentre eles os sistemas algorítmicos, capazes de adotar decisões autônomas e de potencializar resultados no âmbito das políticas públicas e privadas de saúde. O aprendizado da máquina permite que a inteligência artificial seja utilizada em procedimentos médicos que analisam um grande volume de dados, otimizando a tomada de decisões. Dados do Banco Mundial estimam que os prontuários econômicos poderiam reduzir custos em até R\$ 22 bilhões, evitando a desnecessária redundância que normalmente recai sobre os tratamentos de exames. (Gonçalves, 2019).

As vantagens econômicas da digitalização requerem atenção especial no tratamento de dados por algoritmos, já que podem produzir resultados preconceituosos e/ou danosos ao próprio titular. Com este propósito foi instituída a garantia prevista no art. 20 da LGPD, que permite ao titular dos dados o direito de solicitar a revisão de decisões baseadas exclusivamente no tratamento automatizado de dados pessoais (Brasil, 2018).

O provimento de serviços e insumos deve se alinhar às necessidades de cada comunidade. Um gerenciamento que propicie um suprimento cuja natureza seja desproporcional à própria demanda que lhe deu causa traria certamente o desperdício como consequência. O uso adequado de recursos é imprescindível não somente à viabilidade da saúde suplementar, como também à responsabilidade fiscal que deve recair sobre a atuação da administração pública na saúde.

1.4 Uso FINALÍSTICO DE DADOS E IMPESSOALIDADE

O tratamento de dados pessoais, em caráter excepcional, para a tutela da saúde, pode ser visto como uma ferramenta que surge a partir da ponderação necessária entre direitos fundamentais, na qual a relativização ocorre mediante regras específicas e protetivas, que se associam para evitar o extravasamento de dados. Este método atende ao art. 7º, inciso VIII da LGPD, que permite o tratamento de dados pessoais, em caráter excepcional, para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária (Brasil, 2018).

Contudo, este tratamento de dados não pode incorrer em desvios em relação aos seus objetivos precípuos, principalmente quando o gerenciamento de dados se dá na esfera pública. O art. 37 da Constituição prevê a impessoalidade como um princípio compulsório à conduta da Administração Pública, vedando a imposição de sanções ou o favorecimento em decorrência de afinidades pessoais ou de perseguição. O favorecimento de amigos, parentes ou simpatizantes políticos, assim como a perseguição de desafetos, não se coadunam com a impessoalidade aplicável ao serviço público de uma maneira geral (Teixeira; Patrício, 2011, p. 55-58).

Um claro exemplo de desrespeito ao princípio da impessoalidade é o fenômeno vulgarmente denominado de “dupla fila”, no qual o atendimento se dá de forma mais rápida e adequada para aqueles que deêm planos privados de saúde, em detrimento dos que utilizam o SUS (Teixeira; Patrício, 2011, p. 55-58).

Situação semelhante pode acontecer no atendimento aos idosos, que são definidos, por força do art. 1º do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 01/10/2003, como as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O uso de dados pessoais da saúde pode refletir estratégias discriminatórias no tratamento para com as pessoas idosas, conduta expressamente vedada pelo art. 15, § 3º do Estatuto em análise:

Art. 15. É assegurada a 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 as pessoas idosas. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

§ 3º É vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022) (Brasil, 2003).

A vedação contida no § 3º citado foi inclusive estendida aos contratos anteriores à sua vigência, tendo sido reforçada pela Súmula 91 do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), de forma a repelir a onerosidade excessiva ao consumidor: “Ainda que a avença tenha sido firmada antes da sua vigência, é descabido, nos termos do disposto no art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o reajuste da mensalidade de plano de saúde por mudança de faixa etária.” (São Paulo, 2012).

No mesmo sentido, a Súmula 100 do referido Tribunal submete o contrato de plano ou seguro de saúde aos ditames do CDC e da Lei nº 9.656/98, independentemente da época em que a avença tenha sido celebrada. (São Paulo, 2013).

Conforme inteligência do art. 15, § 3º da Lei nº 10.741, de 01/10/2003, quando a idade de 60 anos houver se implementado após a vigência do Estatuto do Idoso, o titular do plano não poderá ser submetido aos reajustes contratuais provenientes de mudança de faixa etária. Do mesmo modo, ainda que o reajuste por faixa etária esteja previsto em contratos anteriores ao Estatuto mencionado, haverá vedação à sua implementação em contratos de idosos cuja idade for superior a 60 anos, pois tal determinação já encontrava amparo no art. 15 da Lei nº

9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

Art.15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1o, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Brasil, 1998).

O aumento nas contraprestações referentes aos planos de saúde utilizados pela população idosa se correlaciona em parte com a majoração do risco incidente sobre os indivíduos, acerca dos quais se presume uma maior frequência na utilização dos serviços de saúde, estimativa que se assenta em dados estatísticos. Desse modo, a oferta de planos de saúde está sujeita à seleção de riscos e outros tipos de ações excludentes em prejuízo de idosos e de indivíduos com histórico prévio de doenças. Por outro lado, a demanda na contratação de planos de saúde também está sujeita a falhas de mercado, associadas com a seleção adversa e o risco moral (Ramalho; Rodrigues, 2018, p. 7).

A assimetria de informações, assim como as externalidades negativas, positivas e o monopólio, figuram entre as principais causas de falhas nos mecanismos de mercado. Ao deter informações sobre suas próprias condições de saúde, o indivíduo é guiado a procurar uma maior ou menor cobertura conforme possua mais ou menos riscos. Isso conduz a direcionamentos associados à faixa etária, induzindo, por exemplo, os mais jovens, a procurar planos e contratos de seguros com menor cobertura do que os idosos. Em contrapartida, as operadoras também estariam inclinadas à seleção de bons riscos. Outra distorção clássica é o risco moral (*moral hazard*), vinculado à existência de um terceiro pagador, o que resulta em maior exposição aos riscos e no uso desenfreado de serviços cobertos pelos seguros por parte dos segurados, dando azo a medidas como a cobrança de franquias, co-pagamento e variação nos preços conforme o comportamento do contratante (Bahia *et al.*, 2002, p. 672).

Apesar da existência de diversas distorções no mercado, assim como das previsões legais provenientes do art. 15 da Lei nº 9.656/1998, o aumento de mensalidades de plano de saúde em decorrência do avanço da idade é, por si só, entendido pela doutrina e pela jurisprudência como uma prática discriminatória e atentatória à dignidade da pessoa humana, constituindo ainda o reajuste unilateral potencial causa de nulidade dos contratos, caso se entenda que represente afronta ao art. 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor. Este inciso correlaciona a nulidade de pleno direito ao estabelecimento de obrigações consideradas iníquas, abusivas ao consumidor, ou que sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade. A dignidade humana é o alicerce para o direito ao envelhecimento, não lhe cabendo precificação. Ademais, a senescência por si só não implica necessária perda da saúde, já que cada vez mais nos deparamos com idosos que gozam de boa saúde (Machado; Carvalho; Sales, 2023).

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ), a seu turno, corrobora a vedação ao reajuste dos contratos envolvendo planos de saúde, em face de uma maior sinistralidade em virtude da idade avançada dos segurados:

DIREITO DO CONSUMIDOR. ESTATUTO DO IDOSO. PLANOS DE SAÚDE. RESCISÃO DE PLANO DE SAÚDE EM RAZÃO DA ALTA SINISTRALIDADE DO CONTRATO, CARACTERIZADA PELA IDADE AVANÇADA DOS SEGURADOS. VEDAÇÃO.

1. Nos contratos de seguro em grupo, o estipulante é mandatário dos segurados, sendo parte ilegítima para figurar no pólo passivo da ação de cobrança. Precedentes.
2. Veda-se a discriminação do idoso em razão da idade, nos termos do art. 15, § 3º, do Estatuto do Idoso, o que impede especificamente o reajuste das mensalidades dos planos de saúde sob alegação de alta sinistralidade do grupo, decorrente da maior concentração dos segurados nas faixas etárias mais avançadas; essa vedação não envolve, todavia, os demais reajustes permitidos em lei, os quais ficam garantidos às empresas prestadoras de planos de saúde, sempre ressalvada a abusividade.
3. Recurso especial conhecido e provido (Brasil, 2010).

Estarmos diante de um conflito envolvendo o custo de oportunidade entre a lucratividade dos planos de saúde e o atendimento igualitário a todos os usuários, sejam eles jovens ou idosos. A legislação é bem clara quanto à vedação a cobranças que advenham do risco decorrente da idade de seus usuários. Do mesmo modo, resta inequívoca a impropriedade de condutas que desmereçam a impessoalidade na prestação dos serviços públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os direitos sociais, alguns possuem maior urgência que outros, sendo a saúde o exemplo mais emblemático de direito que não comporta procrastinações. Sua aplicabilidade imediata, justificada pela tutela de outros direitos, como a própria vida e a dignidade humana, trouxe à tona esforços legislativos, doutrinários e jurisprudenciais que buscam garantir que os dispêndios para este setor sejam lastreados em garantias orçamentárias. Desse modo, o art. 198, § 2º da Constituição Federal resguardou recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados, em ações e serviços públicos de saúde para os diversos entes federativos.

Apesar da vinculação a percentuais mínimos e regras específicas de afetação de recursos, a saúde não permanece imune às restrições causadas pelo desequilíbrio fiscal. Um engessamento pode comprometer a evolução das políticas de saúde e proporcionar restrições ao provimento de diversos tipos de serviços de atendimento e fornecimento de medicamentos e insumos, fazendo com que eventuais requisições adentrem a reserva do possível.

Há poucas expectativas de incremento de recursos, sendo o manejo dessas verbas de suma importância para a sua viabilidade e melhoria contínua. O gerenciamento de dados deve proporcionar gestão estratégica voltada para a redução de custos e respeito à intimidade dos seus titulares, devendo também permitir as mais eficientes estratégias de fiscalização quanto ao seu uso pelas instituições públicas e planos de saúde privados. Assim, se busca evitar o uso discriminatório dos dados para obtenção de fins lucrativos e de violações às normas vigentes e aos direitos à privacidade e intimidade.

A reserva do possível não deve ser a regra, sendo cabível apenas quando o Estado provar a total ausência de recursos e a inexistência de ofensa ao mínimo existencial da parte demandante. O uso de dados que compõem uma avaliação quali-quantitativa da demanda de medicamentos ou serviços de saúde é uma ferramenta preventiva a eventos desta natureza.

O novo status de direito fundamental autônomo atribuído aos dados pessoais lhes trouxe maior eficácia direta e reflexa, reforçando a necessidade de adoção de medidas de segurança, boas práticas e governança, amparada em uma política de *compliance* para a gestão e mitigação de riscos. O uso de práticas corretas e os programas de conformidade das empresas de plano de saúde devem ser fiscalizados em tempo hábil, o que somente é possível pelo acompanhamento das ações em curso por parte das instituições responsáveis pela fiscalização, no caso a ANPD e a ANS. Este entendimento se aplica igualmente à seara pública, já que o SUS também precisa resguardar a privacidade e a correta finalidade no tratamento dos dados que detém.

As demandas de cada comunidade possuem especificidades, sendo a adoção de uma gestão descentralizada a mais indicada para a obtenção de altos níveis de eficiência, já que permite adequar os recursos disponíveis às necessidades específicas apuradas, processo no qual é imprescindível o uso correto de dados para a personalização das demandas de cada localidade, sem prejuízo da possibilidade de formação de um banco regional ou mesmo nacional.

A ocorrência de desvios de poder ou finalidade no SUS, muitas vezes ligada à manipulação incorreta e dolosa de dados pessoais, caminha lado a lado com o emprego finalístico desses dados de forma discriminatória ou destinada a posicionar o lucro em um patamar acima do interesse público e da dignidade humana de seus usuários. Para dirimir problemas como o viés de seleção empregado na determinação de preços dos planos de saúde, existem vedações a reajustes para a população com faixa etária mais avançada. Do mesmo modo, não podem ocorrer negativas a tratamentos mediante escusas de onerosidade. Esses desvios devem esbarrar em uma ampla fiscalização, que promova o cruzamento de dados de forma irrestrita e possibilite identificar qualquer viés no comportamento das empresas.

A conclusão final é a de que a digitalização já se impõe sobre todos os tipos de controle, devendo passar inevitavelmente pela elaboração de um sistema de

dados que unifique as esferas locais com as regionais e centrais, permitindo a agregação e o cruzamento de dados e tornando-os aptos a uma fiscalização abrangente. Caso permaneçam desprovidos de tal ferramenta, os cidadãos brasileiros estarão vulneráveis às nuances do mercado, que tende a tratar a saúde como mais um ativo cujo papel é a busca do máximo retorno financeiro.

A conciliação entre publicidade, eficiência e intimidade é que pode afastar o casuísmo excludente e o desvio de finalidade na gestão de dados da saúde. A impessoalidade e a eficiência são somente comprovadas através da publicidade e a intimidade deve estabelecer os limites por onde as informações devem trafegar, devendo ser relativizada tão somente para os fins de atendimento ao uso a que se propõe.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Ligia; COSTA, Antonio José Leal; FERNANDES, Cristiano; LUIZ, Ronir Raggio; CAVALCANTI, Maria de Lourdes T. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671–686, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xBsYpqwdMg6jbDNbmc-QS87H/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 16 set. 2023.

BARACHO JUNIOR, J. A. O.; FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves; LEAL, Roger Stiefelmann. As transformações na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre a federação brasileira e seus impactos nas políticas públicas de saúde. *In*: FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves; LEAL, Roger Stiefelmann (org.). **A nova Constituição de 1988?**. São Paulo: Dia a Dia Forense, 2021. v. 1, p. 47-70.

BITENCOURT, Caroline Müller A reserva do possível no contexto da realidade constitucional brasileira e sua aplicabilidade em relação às políticas públicas e aos direitos sociais. **A&C – R. de Dir. Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 14, n. 55, p. 213-244, 2014. Disponível em: <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/110/313>. Acesso em: 8 set. 2023.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

BOTELHO, Marcos César; CAMARGO, Elimei Paleari do Amaral. A aplicação da Lei Geral de Proteção de Dados na saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 21, p. e0021, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.168023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/168023> .Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Súmula Normativa n. 27, de 10 de junho de 2015. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF, n. 109, p. 26, 11 jun. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=26&data=11/06/2015>. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3ª turma). **Recurso Especial 1106557 SP 2008/0262553-6**. Direito do consumidor. Estatuto do idoso. Planos de saúde. Rescisão de plano de saúde em razão da alta sinistralidade do contrato, caracterizada pela idade avançada dos segurados. Vedação. Recorrente: Vinício Paride Conte E Outros. Recorrido: Associação Paulista De Medicina. Relator: Min. Nancy Andrigli, 21 out 2010. Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/17406501/recurso-especial-resp-1106557-sp-2008-0262553-6>. Acesso em: 19 set. 2023.

CORREIA, Andréia da Silva. Por que é tão difícil garantir o acesso à informação? Os desafios enfrentados pelos agentes responsáveis pela aplicação da Lei de Acesso à Informação. *Ágora: Políticas Públicas, Comunicação Governamental e Informação*, Belo Horizonte, v. 1, p. 19-31, jan./jun. 2017. **Número especial**. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistaagora/article/view/2629/1499>. Acesso em: 20 set. 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 33. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

GONÇALVES, Carol. Inteligência Artificial na saúde: aplicações, benefícios e ameaças. **Portal Hospitais Brasil**, São Paulo, 5 jul. 2019. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/inteligencia-artificial-na-saude-aplicacoes-beneficios-e-ameacas/>. Acesso em: 3 out. 2023.

HORA, Nina da. Privacidade, Ética e Transparência de Dados na Saúde. *In*: SILVA, Angélica Baptista; CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza (org.). **Lei Geral de Proteção de Dados e o controle social da saúde**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. 381 p. (Série Participação Social e Políticas Públicas, v. 13). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/lei-geral-de-protecao-de-dados-e-o-controle-social-da-saude/>. Acesso em: 10 set. 2023.

MACHADO, Bruno Gomes; CARVALHO, João Cláudio Carneiro de; SALES, Josemar de Andrade. O reajuste da mensalidade do plano de saúde pela mudança de faixa etária do idoso. **Revista Hum@nae**, Pernambuco, v.17, n. 3, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/914>. Acesso em: 16 set. 2023.

MACHADO, José Ilderlan Sobreira. A tutela da saúde e a reserva do possível na jurisprudência do STF e STJ. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 27, n. 6861, 14 abr. 2022. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/97083/a-tutela-da-saude-e-a-reserva-do-possivel-na-jurisprudencia-do-stf-e-stj> Acesso em: 24 set. 2023.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMm-Zh65KfmrcWkDrp/?lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

NASCIMENTO, João Carlos Hipólito Bernardes do; MARQUES, Maria Leonildes Boavista Gomes Castelo Branco; COSTA, Nayara Hanna Santiago; CASTELO BRANCO, Maria Isabel Boavista Gomes; SANTOS, Tâmara Beatriz; SOUSA, Roger Vítório Oliveira. Inteligência Artificial na Saúde e a Proteção de Dados: reflexos na crise Covid-19. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 207–230, 2020. DOI: 10.30899/dfj.v0i0.964. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/964>. Acesso em: 13 set. 2023.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde**: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

RAMALHO, Bruno Araújo; RODRIGUES, Eduardo Calasans. **Idosos e reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde**: uma análise do parâmetro decisório adotado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). 2018. 58 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito em Saúde Suplementar) - Escola Nacional de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2018. 1º Prêmio ANS: concurso de monografia sobre saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3589>. Acesso em: 16 set. 2023.

ROCHA, Manoel Ilson Cordeiro. A doutrina da reserva do possível e a garantia dos direitos fundamentais sociais. **Ciência ET Praxis**, Passos, v. 4, n. 7, p. 27–38, 2017. Disponível em: <https://revista.uemg.br/praxys/article/view/2204>. Acesso em: 8 dez.2023

SALGADO LEME, Renata; BLANK, Marcelo. Lei Geral de Proteção de Dados e segurança da informação na área da saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 210–224, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i3.690. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/690>. Acesso em: 12 set. 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ARAÚJO, Sara; BAUMGARTEN, Maíra. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 14–23, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/Y3Fh6D3ywMCFym4wMFVdzsq/#>. Acesso em: 2 out. 2023.

SANTOS, Gabriel Fernandes dos. O tratamento de dados sensíveis na saúde suplementar e a LGPD: A competência da ANS e os diálogos com a ANPD. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, 23 jan. 2023. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/102147/o-tratamento-de-dados-sensiveis-na-saude-suplementar-e-a-lgpd-a-competencia-da-ans-e-os-dialogos-com-a-anpd>. Acesso em: 2 out. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**: Súmula 91. São Paulo: TJ, 13 fev 2012. Disponível em: <https://www.dje.tjsp.jus.br/cdje/consultaSimples.do?cdVolume=7&nuDiario=1364&cdCaderno=10&nuSeqpagina=1>. Acesso em: 16 set. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**: Súmula 100. São Paulo: TJ, 28 fev. 2013. Disponível em: <https://www.dje.tjsp.jus.br/cdje/consultaSimples.do?cdVolume=7&nuDiario=1364&cdCaderno=10&nuSeqpagina=1>. Acesso em: 16 set. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. A EC 115/22 e a proteção de dados pessoais como Direito Fundamental I. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 11 mar. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-mar-11/direitos-fundamentais-ec-11522-protecao-dados-pessoais-direito-fundamental>. Acesso em: 24 set. 2023.

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. Disponível em: https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html. Acesso em: 22 set. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SILVA, Ricardo Augusto Dias da. **Direito fundamental à saúde**: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

TEIXEIRA, Mariana Faria; PATRÍCIO, Roberto Gomes. O Fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no sistema único de saúde e a inobservância ao princípio da impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 50-62, 2011. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v11i3p50-62. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13222>. Acesso em: 23 set. 2023.