



Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP
Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito – Mestrado Acadêmico

SEGMENTAÇÃO ALGORÍTMICA DE CONSUMIDORES NA
SAÚDE SUPLEMENTAR: Discriminação em decisões
automatizadas e limites da proteção jurídica

Rodrigo Alves de Freitas
Orientadora: Profa. Dra. Miriam Wimmer

Brasília-DF
2025

RODRIGO ALVES DE FREITAS

**SEGMENTAÇÃO ALGORÍTMICA DE CONSUMIDORES NA
SAÚDE SUPLEMENTAR: Discriminação em decisões
automatizadas e limites da proteção jurídica**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Direito, como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito pelo Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Wimmer

BRASÍLIA – DF

2025

Código de Catalogação na publicação - CIP

F866s Freitas, Rodrigo Alves de

Segmentação algorítmica de consumidores na saúde suplementar: discriminação em decisões automatizadas e limites da proteção jurídica / Rodrigo Alves de Freitas — Brasília: Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, 2025.

202 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Wimmer

Dissertação (Mestrado Profissional em Direito Econômico e Desenvolvimento) — Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, 2025.

1. Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). 2. Saúde suplementar. 3. Proteção e defesa do consumidor. I.Título

CDDir 342.51

RODRIGO ALVES DE FREITAS

SEGMENTAÇÃO ALGORÍTMICA DE CONSUMIDORES NA SAÚDE

SUPLEMENTAR: Discriminação em decisões automatizadas e limites da proteção jurídica

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Direito, como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito pelo Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Wimmer

Brasília, 17 de dezembro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Miriam Wimmer
Orientadora

Prof. Dr. Ricardo Morishita Wada
Examinador

Prof. Dr. Fernando Henrique Lopes Honorato
Examinador

À minha família, com especial gratidão aos meus pais, Hemerson Alves de Freitas e Kátia de Souza Alves, pelo amor, apoio incondicional e pelo exemplo de força e dedicação que sempre me inspiraram.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar, ao professor Dr. Fernando Henrique Lopes Honorato, que antes do meu ingresso no mestrado, nessa renomada instituição, IDP, me mostrou o “caminho das pedras” e me incentivou a trilhar a jornada acadêmica que culminou nesta dissertação.

Estendo meus agradecimentos ao Grupo de Estudos em Direito do Consumidor e Tecnologia – GECON&TECH, o qual sou membro. Este grupo, coordenado pelo Dr. Ricardo Morishita Wada, promove discussões e contribuições na área do Direito que foram fundamentais para a construção desta pesquisa, em especial no aprofundamento da temática da verticalização da saúde suplementar.

Neste sentido, agradeço especialmente ao Dr. Ricardo Morishita Wada, pelas valiosas considerações e orientações profícuas acerca de direito do consumidor e, sobretudo, pelo apoio na viabilização das entrevistas que integram este trabalho.

Agradeço também à minha orientadora, Dra. Miriam Wimmer, pela dedicação, paciência e orientação segura em todas as etapas da elaboração da dissertação, sem a qual este trabalho não teria alcançado consistência científica e social.

Ao Dr. Luís Felipe Perdigão de Castro, professor de Metodologia, agradeço pelas preciosas contribuições quanto aos aspectos metodológicos da pesquisa, que foram decisivos para o rigor científico desta investigação.

Por fim, registro, minha gratidão e reconhecimento à Dra. Marília de Ávila e Silva Sampaio, cuja inspiração inicial acendeu a fagulha para que a presente dissertação tivesse como foco na “saúde suplementar”, tema que se revelou fértil e desafiador ao longo de toda a pesquisa.

RESUMO

O avanço das tecnologias de coleta, tratamento e análise massiva de dados, associado ao uso de técnicas de formação de perfis comportamentais, tem reconfigurado estruturalmente as relações contratuais no mercado de saúde suplementar. A segmentação de consumidores, antes limitada a categorias pré-estabelecidas de risco, passou a ser mediada por sistemas algorítmicos capazes de inferir, com elevado grau de precisão, predisposições comportamentais, genéticas e socioeconômicas, ampliando riscos de exclusão e discriminação indireta. Este trabalho investiga em que medida o ordenamento jurídico brasileiro, por meio da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), da Lei nº 9.656/1998, das resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), bem como do Código de Defesa do Consumidor (CDC), é suficiente para enfrentar tais desafios. A pesquisa adota abordagem qualitativa e exploratória, fundamentada em revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com especialistas. Os resultados evidenciam que a LGPD introduz direitos relevantes, como o da revisão de decisões automatizadas, mas sua redação aberta e dependente de regulamentação secundária reduz sua efetividade; que a Lei nº 9.656/1998 permanece vinculada a parâmetros tradicionais de cobertura e reajuste, incapazes de lidar com novas formas de segmentação algorítmica; que a regulação da ANS e da ANPD ainda carece de densidade normativa para enfrentar a opacidade decisória; e que o CDC, embora concebido em outro contexto histórico, oferece categorias jurídicas robustas, que podem ser reinterpretadas para qualificar abusividades e conter práticas discriminatórias. Conclui-se que os instrumentos normativos atuais, embora indispensáveis, são insuficientes para conter integralmente os efeitos da segmentação algorítmica. A proteção do consumidor na saúde suplementar exige interpretação integrada dos microssistemas, maior protagonismo regulatório da ANS e da ANPD, atualização hermenêutica do CDC e eventual criação de marco legislativo específico sobre inteligência artificial na saúde. A contribuição da pesquisa reside em demonstrar que a regulação deve transcender a eficiência econômica, reafirmando a dignidade da pessoa humana e a autodeterminação informacional como fundamentos centrais da proteção jurídica.

Palavras-chave: Saúde suplementar; formação de perfis comportamentais; Discriminação algorítmica; LGPD; Código de Defesa do Consumidor.

ABSTRACT

The advancement of data collection, processing, and large-scale analysis technologies, combined with the use of profiling techniques, has structurally reconfigured contractual relations in the supplementary health market. Consumer segmentation, previously limited to pre-established risk categories, is now mediated by algorithmic systems capable of inferring, with a high degree of accuracy, behavioral, genetic, and socioeconomic predispositions, thereby increasing risks of exclusion and indirect discrimination. This dissertation investigates to what extent the Brazilian legal framework—through the General Data Protection Law (LGPD), Law No. 9,656/1998, the resolutions of the National Supplementary Health Agency (ANS) and the National Data Protection Authority (ANPD), as well as the Consumer Defense Code (CDC)—is sufficient to address such challenges. The research adopts a qualitative and exploratory approach, based on specialized literature review, documentary analysis of legal and regulatory instruments, and semi-structured interviews with experts. The results show that the LGPD introduces relevant rights, such as the review of automated decisions, but its open-ended wording and dependence on secondary regulation reduce its effectiveness; that Law No. 9,656/1998 remains tied to traditional parameters of coverage and adjustment, unable to address new forms of algorithmic segmentation; that ANS and ANPD regulations still lack normative density to tackle decision-making opacity; and that the CDC, although conceived in a different historical context, offers robust legal categories that can be reinterpreted to qualify abusive practices and curb discriminatory effects. It is concluded that the current normative instruments, although indispensable, are insufficient to fully contain the impacts of algorithmic segmentation. Consumer protection in supplementary health requires an integrated interpretation of the different microsystems, greater regulatory protagonism from ANS and ANPD, a hermeneutical update of the CDC, and the possible creation of a specific legislative framework on artificial intelligence in health. The contribution of this research lies in demonstrating that regulation must go beyond economic efficiency, reaffirming human dignity and informational self-determination as central foundations of legal protection.

Keywords: Supplementary health; Profiling; Algorithmic discrimination; LGPD; Consumer Defense Code.

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

AgInt – Agravo Interno

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMB – Associação Médica Brasileira

ANPD – Autoridade Nacional de Proteção de Dados

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BRASILCON – Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CASSI – Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil

CFM – Conselho Federal de Medicina

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CID-OMS – Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde

CNIL – *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés* (Comissão Nacional de Informática e Liberdades, França)

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS – Confederação Nacional de Saúde

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

CONEF – Conselho Nacional de Educação Financeira

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

COSAÚDE – Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CPT – Cobertura Parcial Temporária

DUT – Diretrizes de Utilização

FormRol – Formulário para Proposição de Atualização do Rol

GEAP – Grupo Econômico de Assistência Patronal

GDPR – *General Data Protection Regulation* (Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia)

DPDC – Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor

EUA – Estados Unidos da América

EREsp – Embargos de Divergência em Recurso Especial

IA – Inteligência Artificial

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

INFI – Instituto FEBRABAN de Educação

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPSConsumo – Instituto de Pesquisas e Estudos Sociedade e Consumo

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OEA – Organização dos Estados Americanos

PIAC – Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos

PROCON-SP – Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo

PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

REsp – Recurso Especial

RIPD – Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais

RN – Resolução Normativa

SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor

SINDEC – Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

UE – União Europeia

UNCTAD – Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento

UTIs – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	SEGMENTAÇÃO DE CONSUMIDORES E DECISÕES AUTOMATIZADAS BASEADAS EM FORMAÇÃO DE PERFIS COMPORTAMENTAIS	19
2.1	Aspectos econômicos da segmentação dos consumidores no mercado de seguros.....	21
2.2	Formação de perfis comportamentais a partir do processamento de dados: bases técnicas, valores estratégicos e riscos	28
2.3	A consolidação da proteção de dados pessoais como bem jurídico e direito fundamental	33
2.4	Decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais e discriminação algorítmica	37
3.	MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: CONFIGURAÇÃO, EVOLUÇÃO, CONFLITOS E REGULAÇÃO.....	46
3.1	Marco constitucional, regulação e estrutura da saúde pública e da saúde suplementar no brasil	46
3.2	Trajetória histórica e da consolidação da dependência estrutural da saúde suplementar	51
3.3	Processo de regulamentação da saúde suplementar: avanços, conflitos e desafios persistentes.....	58
3.4	Persistência de conflitos e estratégias de evasão regulatória no setor de saúde suplementar	66
3.5	Entrevista com maria Stella Gregori e Juliana Pereira, acerca das percepções sobre a segmentação de consumidores e desafios regulatórios.....	73
4	ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS CONTRA A DISCRIMINAÇÃO ALGORÍTMICA DECORRENTE DA FORMAÇÃO DE PERFIS COMPORTAMENTAIS NA SEGMENTAÇÃO DE CONSUMIDORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	90
4.1	LGPD e ANPD: Instrumentos normativos de proteção frente à discriminação algorítmica gerada a partir de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais .	91
4.2	Lei dos planos de saúde e ANS: Instrumentos normativos de proteção frente à discriminação algorítmica gerada a partir de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais	107
4.3	Código de Defesa do Consumidor: Instrumentos normativos de proteção frente à discriminação algorítmica gerada a partir de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais	122
5	CONCLUSÃO	136
	REFERÊNCIAS	148
	Apêndice B – Entrevista com Juliana Pereira	169
	Apêndice C – Roteiro de recomendações regulatórias sobre segmentação algorítmica dos consumidores na Saúde Suplementar.....	177

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico das últimas décadas tem transformado de maneira profunda, as relações comerciais, especialmente no que se refere à coleta, ao processamento e ao uso estratégico de dados dos consumidores por que autoriza as organizações empresariais tomar decisões mais assertivas, bem como personalizar experiências, prever tendências e aprimorar processos.

Desta forma, a análise detalhada do comportamento individual, viabilizada por tecnologias de *big data*, tem desempenhado papel central na personalização de serviços, no monitoramento de contratos e na definição de estratégias empresariais. Nesse cenário, destaca-se o uso crescente da formação de perfis comportamentais (*Profiling*)¹ como mecanismo fundamental para a segmentação e classificação de consumidores. Trata-se de uma transformação que vai além de aspectos meramente técnicos ou operacionais, pois altera de forma estrutural a lógica das relações de consumo, com o intuito de criar novas dinâmicas contratuais e ampliar os desafios para a proteção dos direitos dos consumidores e para a preservação do equilíbrio nas relações contratuais.

Nesse contexto de transformação digital, as transações mediadas por tecnologias passaram a não apenas modificar a forma como os negócios são conduzidos, mas também a ampliar significativamente a capacidade das empresas de observar, monitorar e analisar aspectos relevantes das relações contratuais.

A intermediação tecnológica tornou-se um elemento central nesse processo, ao viabilizar a coleta massiva de dados e o seu processamento em larga escala. Essa evolução permitiu não apenas a extração de informações estratégicas, mas também a criação de novas modalidades contratuais, pautadas em dados comportamentais e em experimentos controlados, que favorecem a personalização dos serviços e o ajuste dinâmico das condições contratuais.

Nesse cenário, práticas de formação de perfis comportamentais antes realizadas de forma manual ou com base em categorias pré-definidas passam a ser automatizadas e refinadas por meio de modelos algorítmicos, capazes de inferir padrões complexos e traçar perfis individuais com elevado grau de precisão. Trata-se de um movimento que amplia de forma substancial as possibilidades de organização das relações comerciais, oferecendo um grau de

¹ Formação de perfis comportamentais, ou perfilização (profiling), conforme explicam Citron e Pasquale (2014) é o processo de categorização de indivíduos a partir da análise de seus dados pessoais, comportamentais ou contextuais, com a finalidade de inferir características, preferências ou riscos. Já segundo Doneda (2021), trata-se da elaboração de perfis de comportamento com base em informações fornecidas pelo próprio indivíduo ou obtidas por diferentes meios de coleta.

flexibilidade e adaptabilidade antes inexistente no cenário tradicional em detrimento de tornar mais opacos os critérios de segmentação e potencializar riscos de discriminação.

Essa transformação das relações contratuais mediadas por tecnologias de dados não se restringe à introdução de mecanismos mais flexíveis de monitoramento ou personalização, mas implica reconfiguração estrutural das próprias bases do contrato. Ao deslocar a autonomia das partes e os espaços tradicionais de negociação para sistemas automatizados de controle e predição, a lógica contratual passa a ser permeada por processos opacos de modelagem comportamental.

Nesse contexto, a análise crítica desenvolvida por Shoshana Zuboff (2015) acerca do capitalismo de vigilância oferece uma chave interpretativa particularmente relevante: para a autora, tais dinâmicas não representam uma mera evolução das formas contratuais, mas sim sua desconstrução, na medida em que substituem os princípios de consenso, reciprocidade e reconhecimento mútuo por mecanismos impessoais de disciplinamento e indução de condutas.

Esta perspectiva teórica fornece um arcabouço importante para a compreensão dos riscos e desafios que a crescente automatização das decisões contratuais impõe, sobretudo em mercados sensíveis como o da saúde suplementar, no qual as consequências dessas transformações tendem a incidir de forma direta sobre direitos fundamentais dos consumidores.

As implicações dessas transformações ganham contornos particularmente relevantes em setores em que o risco constitui elemento estruturante das relações contratuais, como é o caso dos mercados de seguros. Nestes, a capacidade de modelar e prever comportamentos, possibilitada pelo uso intensivo de dados, impacta diretamente os mecanismos de segmentação de riscos e, por conseguinte, a sustentabilidade econômica das operações.

A introdução de técnicas de perfilização, principalmente quando combinadas à automação decisória, aprofunda essa lógica ao permitir uma classificação ainda mais granular dos indivíduos, com base em inferências preditivas. No contexto da saúde suplementar, tais questões assumem uma dimensão ainda mais sensível, dado o caráter essencial dos serviços envolvidos, a complexa dinâmica entre solidariedade e seleção de riscos que caracteriza o setor da saúde, bem como ao fato de que a formação dos perfis se dá muitas vezes com base em dados pessoais classificados como sensíveis pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

No mercado de saúde suplementar, a lógica tradicional da segmentação de riscos, essencial para a sustentabilidade econômica das operadoras, tende a se sofisticar progressivamente com o avanço das tecnologias de processamento de dados. A capacidade de coletar, analisar e cruzar informações diversas amplia as possibilidades de práticas de segmentação mais requintadas, inclusive no nível individual. É nesse contexto que o uso de

técnicas de formação de perfis comportamentais, especialmente na forma de perfilização algorítmica, tem ganhado espaço como instrumento para classificar consumidores com base em padrões inferidos de comportamento e saúde. Destacam-se, entre esses riscos, a possibilidade de reprodução de vieses e a ocorrência de discriminação algorítmica, fenômenos que se agravam quando os perfis são construídos a partir de dados sensíveis e inferências comportamentais automatizadas.

Diante desse cenário, parece claro que a segmentação de consumidores, embora necessária para assegurar a viabilidade econômica do setor, precisa ser conduzida com cautela. É fundamental que existam salvaguardas capazes de prevenir tratamentos discriminatórios baseados em características pessoais dos indivíduos, como gênero, idade ou origem socioeconômica.

Essa preocupação se intensifica no contexto atual – principalmente no setor de plano de saúde – marcado pelo uso crescente de sistemas automatizados que operam segmentações cada vez mais refinadas com base em dados comportamentais. Quando essas segmentações incorporam vieses preexistentes ou gerados por inferências algorítmicas, podem resultar em discriminação algorítmica, caracterizada pela imposição de desvantagens injustificadas a determinados grupos de consumidores. Desta forma, vale dizer que o debate sobre os riscos de viés algorítmico é capaz de gerar formas sutis (e por vezes invisíveis) de discriminação, traduzidas no tratamento injustificadamente diferenciado de certos grupos de consumidores.

Uma preocupação central emerge quando se considera a possibilidade de que operadoras de planos de saúde passem a utilizar dados pessoais sensíveis de seus consumidores, como hábitos alimentares, rotina de exercícios físicos, níveis de estresse ou predisposições genéticas a doenças de alto custo, embasando segmentações construídas por meio de técnicas de formação de perfis comportamentais.

A partir dessas informações, torna-se tecnicamente viável favorecer, de forma automatizada, a contratação por indivíduos classificados como de baixo risco, ao mesmo tempo em que se desestimula ou até se inviabiliza o acesso àqueles com maior probabilidade de sinistro. Embora tais estratégias possam ser apresentadas como mecanismos de eficiência mercadológica, levantam sérias questões éticas e jurídicas, pois configuram formas de discriminação algorítmica – isto é, de tratamento desigual de consumidores com base em características pessoais, mediado por tecnologias opacas de coleta e processamento de dados.

Esse cenário de potencial discriminação algorítmica se insere em um contexto setorial que, conforme aponta a literatura especializada, já carrega, historicamente, práticas excludentes e assimetrias significativas. Conforme destacam Fernandes (2021), Baird (2020) e Menicucci

(2007). O mercado de saúde suplementar tem enfrentado, ao longo dos anos, dificuldades para assegurar uma cobertura adequada sem recorrer a práticas abusivas contra os consumidores.

Nessa mesma linha, os autores Nunes, Soares e Basílio (2014) alertam que, na ausência de uma regulação rigorosa, a ampla possibilidade de segmentação pode favorecer a implementação de mecanismos discriminatórios, com a exclusão de indivíduos considerados de alto risco, como idosos, mulheres em idade fértil e pessoas com doenças preexistentes ou crônicas.

Diante dessa exposição, esta pesquisa tem como tema central a análise dos instrumentos jurídicos de proteção contra práticas discriminatórias de segmentação dos consumidores baseadas em formação de perfis comportamentais no contexto da saúde suplementar. Assim, a escolha deste tema justifica-se pela crescente preocupação com os impactos dessas práticas em setores sensíveis, como o da saúde suplementar. Trata-se de uma questão que levanta importantes debates jurídicos, éticos e regulatórios, especialmente em razão da assimetria informacional entre consumidores e operadoras e do potencial de ocorrência de discriminação algorítmica.

Importa registrar, desde logo, que esta pesquisa adota como principal objeto de análise os dispositivos legislativos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), da Lei nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), das resoluções normativas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), além do Código de Defesa do Consumidor, por se tratarem dos instrumentos mais diretamente voltados à disciplina do tratamento de dados e à segmentação de consumidores no setor da saúde suplementar.

Vale dizer que esta dissertação adota o termo “consumidor” para se referir aos indivíduos que contratam e utilizam planos privados de assistência à saúde. A escolha terminológica busca refletir a condição de destinatários finais desses serviços, em linha com a doutrina consumerista e com entendimentos consolidados na jurisprudência, embora se reconheça que, na regulação setorial, sejam empregados termos como “beneficiário” ou “usuário”, os quais, entretanto, não traduzem com precisão a relação jurídica em foco para os fins desta análise.

Diante desse cenário, esta dissertação propõe-se a investigar o seguinte problema: em que medida os instrumentos legais e normativos – como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a Lei dos Planos de Saúde, as Resoluções Normativas da ANS e da ANPD e o Código de Defesa do Consumidor são capazes de mitigar os impactos discriminatórios decorrentes de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais no mercado de saúde suplementar?

Em face dessa essa investigação, a hipótese central desta dissertação é que os instrumentos legais e normativos atualmente vigentes, que serão objeto de estudo, apresentam limitações quanto à sua capacidade de oferecer proteção adequada contra práticas discriminatórias decorrentes de decisões automatizadas, baseadas em formação de perfis comportamentais no mercado de saúde suplementar. Essas limitações decorrem principalmente de lacunas e ambiguidades nos próprios textos legais e regulatórios, que não tratam de forma suficientemente detalhada, aspectos essenciais relacionados à transparência, explicabilidade e controle das práticas de segmentação automatizada. A insuficiência normativa contribui para um cenário de insegurança jurídica e de potencial vulnerabilidade dos consumidores diante de práticas discriminatórias nesse contexto.

Com esse propósito, o objetivo geral desta pesquisa é identificar e analisar em que medida os dispositivos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), na Lei dos Planos de Saúde, nas resoluções normativas da ANS e da ANPD e do Código de Defesa do Consumidor são adequados para enfrentar os desafios impostos pela segmentação automatizada de consumidores no mercado de saúde suplementar.

Para alcançar esse objetivo geral, serão perseguidos os seguintes objetivos específicos: i) Analisar de que forma a segmentação de consumidores baseada em técnicas de formação de perfis comportamentais, orientada por critérios econômicos e atuariais, vem sendo reconfigurada, intensificando os riscos de discriminação, ampliando a opacidade e contribuindo para a reestruturação das relações contratuais; ii) Investigar a configuração atual do mercado de saúde suplementar brasileiro, examinando sua trajetória histórica e regulatória, a interação com o sistema público de saúde, os conflitos estruturais entre operadoras e consumidores, a judicialização das demandas e as práticas de segmentação, exclusão e verticalização que acentuam o desequilíbrio do setor; e iii) Interpretar e analisar criticamente os instrumentos normativos aplicáveis à saúde suplementar – em especial a LGPD, a Lei dos Planos de Saúde, as resoluções da ANS e da ANPD e o Código de Defesa do Consumidor, com o intuito de avaliar sua suficiência e seus limites para prevenir e corrigir práticas discriminatórias, decorrentes da segmentação dos consumidores, a partir da aplicação de técnicas de formação de perfis comportamentais.

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa e exploratória, fundamentada em revisão bibliográfica especializada e em análise documental dos principais instrumentos normativos aplicáveis, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a Lei dos Planos de Saúde, as Resoluções Normativas da ANS e da ANPD e o Código de Defesa do Consumidor. Como complemento, o trabalho científico incorpora entrevistas com Maria Stella Gregori, ex-diretora da ANS, e com Juliana Pereira, vice-presidente de Clientes do Grupo Amil.

As contribuições de ambas foram fundamentais para a compreensão da lógica do mercado de saúde suplementar e para o aprofundamento da análise acerca das práticas de segmentação de consumidores mediadas por técnicas de processamento de dados. Pretende-se utilizar o método dedutivo para analisar a segmentação de consumidores no mercado de saúde suplementar, com atenção especial às implicações jurídicas decorrentes do uso técnicas de formação de perfis comportamentais. Além disso, considerar o caráter interdisciplinar da temática, para que se possa apoiar, adicionalmente, em aportes da Ciência da Computação, da Economia da Saúde Suplementar, bem como em ramos do Direito, notadamente o Direito Regulatório, Direito Digital e Direito do Consumidor, com o intuito de construir uma visão mais abrangente e crítica dos fenômenos analisados.

O desenvolvimento da pesquisa será estruturado em três etapas, que correspondem aos capítulos da dissertação. No primeiro capítulo, faz-se uma análise da segmentação de consumidores mediada por técnicas de formação de perfis comportamentais, destacando como a automação intensifica os riscos de discriminação, amplia a opacidade e contribui para a reestruturação das relações contratuais no mercado de saúde suplementar.

O segundo capítulo investiga a configuração atual do mercado de saúde suplementar brasileiro, visando a analisar sua trajetória histórica e regulatória, a interação com o sistema público de saúde, os conflitos estruturais entre operadoras e consumidores, a judicialização das demandas e as práticas de segmentação, exclusão e verticalização que comprometem o acesso equitativo à saúde.

Por fim, o terceiro capítulo desenvolve uma análise crítica dos instrumentos normativos aplicáveis – em especial a LGPD, a Lei dos Planos de Saúde, as resoluções da ANS e da ANPD e o Código de Defesa do Consumidor –, bem como avalia sua suficiência e seus limites para prevenir e corrigir práticas discriminatórias decorrentes da aplicação de técnicas de formação de perfis comportamentais.

Ressalta-se, ainda, que este trabalho é redigido pelo autor, com base em pesquisa bibliográfica, documental e reflexões próprias, utilizando ferramentas tecnológicas apenas como apoio à revisão textual, sem que isso substitua a elaboração intelectual.

O referencial teórico que orienta esta pesquisa é composto com base em três abordagens complementares. Em primeiro lugar, destaca-se a crítica de Shoshana Zuboff (2015) sobre o chamado "capitalismo de vigilância", com especial atenção à sua análise acerca da transformação das relações contratuais na era digital. Para a autora, as transações mediadas por sistemas informatizados não representam uma simples evolução das formas contratuais, mas sim uma desconstrução profunda do contrato social, tradicionalmente pautado na incerteza e na

confiança entre as partes. Esse modelo é gradualmente substituído por algoritmos de decisão, que passam a reger a relação contratual com base em previsões e controles unilaterais.

Além da crítica de Zuboff, utiliza-se também como aporte teórico, a perspectiva de Stefano Rodotà (1995), para quem a proteção da privacidade deve ser compreendida como uma forma de tutela das escolhas de vida contra o controle público e a reprovação social, no que ele denomina “liberdade das escolhas existenciais”. Rodotà insere a privacidade no contexto mais amplo dos direitos da personalidade, vinculando-a diretamente à dignidade humana e à autodeterminação informacional.

A partir dessa base, o terceiro embasamento teórico é de Doneda (2021). Este autor desenvolve uma leitura contemporânea dos riscos associados ao tratamento de dados, enfatizando a necessidade de preservar uma esfera pessoal autônoma que permite o exercício da liberdade de escolha e o pleno desenvolvimento da personalidade.

A partir desse arcabouço teórico, busca-se analisar a suficiência, ou não, dos instrumentos jurídicos em garantir a preservação da dimensão consensual e equitativa dos contratos diante da crescente automatização decisória.

Diante deste cenário, vale destacar que a relevância dessa perspectiva para o presente estudo reside na compreensão de como a segmentação dos consumidores baseada em formação de perfis comportamentais, ao influenciar diretamente o acesso aos serviços de saúde, pode alterar a natureza das relações contratuais entre consumidores e operadoras, impactando de forma consistente a liberdade de escolha dos indivíduos, o desenvolvimento da personalidade e o exercício da autodeterminação.

A partir do aporte teórico já delimitado, o qual destaca a substituição progressiva de princípios consensuais por sistemas impessoais de disciplina e controle, busca-se analisar a suficiência, ou não, dos instrumentos jurídicos em garantir a preservação de uma dimensão consensual e equitativa nas relações contratuais, diante da crescente automatização das decisões.

Além dessa contribuição teórica, busca-se também oferecer uma proposição prática voltada ao aprimoramento regulatório do setor de saúde. Considerando os potenciais limítrofes dos atuais instrumentos normativos para mitigar os riscos de discriminação algorítmica na segmentação de consumidores na saúde suplementar, será apresentado, como produto complementar, um roteiro de recomendação regulatória dirigido à ANS e à ANPD. Tal proposição visa fornecer subsídios para o desenvolvimento de diretrizes que fortaleçam não apenas a transparência e a *accountability* das operadoras quanto ao uso de decisões automatizadas, mas também os direitos de revisão e contestação de decisões algorítmicas, bem como o controle efetivo sobre seus dados pessoais e informações sensíveis. O objetivo é contribuir, assim, para a construção de um

ambiente regulatório mais protetivo, equitativo e compatível com os princípios da dignidade da pessoa humana e da autodeterminação informacional.

Por fim, esta pesquisa insere-se na linha de pesquisa “Direito Privado, Tecnologia e Inovação”, com ênfase em Direito Digital e Regulatório, dialogando com temas contemporâneos e socialmente relevantes.

2 SEGMENTAÇÃO DE CONSUMIDORES E DECISÕES AUTOMATIZADAS BASEADAS EM FORMAÇÃO DE PERFIS COMPORTAMENTAIS

O presente capítulo examina como a segmentação de consumidores no mercado de saúde suplementar, tradicionalmente fundamentada em critérios econômicos e atuariais, vem sendo profundamente transformada pela incorporação de técnicas de formação de perfis comportamentais, cujos efeitos são exponencialmente ampliados pelo uso intensivo de tecnologias de processamento de dados e por sistemas de decisões automatizadas.

Para tanto, analisa-se, inicialmente, os aspectos econômicos que estruturam a lógica da segmentação em mercados baseados na gestão de risco, como o setor de seguros e, em especial, a saúde suplementar. Em seguida, aborda-se como os avanços tecnológicos no uso de técnicas de perfilização potencializam novas formas de controle contratual, introduzindo riscos de discriminação algorítmica. A relevância desta análise reside em fornecer o arcabouço conceitual e técnico necessário para compreender os desafios que tais práticas impõem à proteção dos direitos dos consumidores e à regulação setorial, problematizando a suficiência dos instrumentos jurídicos existentes para mitigar esses riscos, questão central que será aprofundada nos capítulos seguintes.

Para fins desta pesquisa, adota-se a noção de discriminação algorítmica desenvolvida por Mendes e Mattiuzzo, entendida como a produção de tratamentos desiguais e desvantagens injustificadas a indivíduos ou grupos a partir do uso de técnicas automatizadas de tratamento de dados – como modelos estatísticos, mineração de dados e aprendizagem de máquina – que classificam pessoas, predizem comportamentos ou estimam riscos com base em dados pessoais e em seus correlatos. Não se trata apenas de decisões que mencionam diretamente categorias sensíveis (raça, gênero, saúde etc.), mas também de resultados discriminatórios obtidos por meio de variáveis substitutivas (proxies) e padrões históricos presentes nos bancos de dados, muitas vezes sem intenção discriminatória explícita e sob forte opacidade técnica, o que dificulta a identificação, a prova e a correção dessas práticas nas relações de consumo (MENDES; MATTIUZZO, 2019).

É a partir desse conceito de discriminação algorítmica que serão examinadas, nas seções seguintes, as diferentes modalidades de segmentação de consumidores, bem como os riscos específicos que elas apresentam para o mercado de saúde suplementar. Essa perspectiva servirá de fio condutor para a análise das decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais, permitindo identificar em que medida essas práticas são capazes de produzir desvantagens estruturais significativas e exclusões diretas ou indiretas de

determinados grupos.

Para que se possa compreender adequadamente os riscos associados à segmentação mediada por tecnologias no mercado de saúde suplementar, é necessário distinguir previamente suas diferentes modalidades. Nesta pesquisa, observar-se que há uma classificação analítica que distingue a segmentação em dois tipos principais: a segmentação na modelagem do produto e a segmentação na aceitação ou precificação do consumidor².

A segmentação na modelagem do produto ocorre na fase de concepção e oferta dos planos de saúde. Trata-se da definição prévia, pelas operadoras, das características dos produtos a serem registrados junto à ANS, conforme autorizado pelo art. 16 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado por normas como a Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS.

Nessa etapa, a operadora define elementos como o tipo de cobertura (ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia), a abrangência geográfica, a existência de coparticipação, o padrão de acomodação e demais aspectos contratuais. Essa modalidade de segmentação é considerada legítima, desde que observados os critérios estabelecidos pela regulação setorial, porquanto assegura a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações, conforme previsto no art. 6º, inciso II, do CDC. Do ponto de vista econômico, trata-se de uma resposta racional ao problema da seleção adversa, tal como formulado por Akerlof (1970), na medida em que visa preservar o equilíbrio atuarial por meio da diferenciação *ex ante* entre perfis de risco agregados.

Em contraste, a segmentação na aceitação ou precificação do consumidor ocorre em momento posterior, já na interação individual com o consumidor. Nesse caso, operadoras utilizam dados pessoais, frequentemente tratados por sistemas automatizados e técnicas de formação de perfis comportamentais, com o intuito de classificar os consumidores quanto ao risco associado à sua contratação. Essa classificação pode resultar em recusa de admissão, imposição de carências excessivas ou aplicação de preços significativamente mais elevados a determinados perfis, com base em informações como idade, sexo, condições de saúde, hábitos de vida ou dados inferidos por algoritmos. Conforme descreve o Secretariado da OCDE (2018), esse processo pode ser compreendido em três etapas: (i) coleta de dados; (ii) estimação da disposição de pagamento do consumidor; e (iii) definição do preço ótimo a ser individualmente aplicado.

Essa segunda modalidade suscita as maiores preocupações do ponto de vista ético e jurídico, especialmente quando operacionalizada por sistemas opacos de decisão

² Classificação analítica proposta nesta pesquisa, inspirada na literatura sobre personalização de produtos e preços e na formação de perfis comportamentais (profiling).

automatizada. A perfilização excessiva, baseada em inferências estatísticas, pode amplificar desigualdades estruturais e resultar em discriminação algorítmica, caracterizada pelo tratamento desigual de consumidores com base em dados pessoais ou padrões de comportamento. Embora a segmentação seja um instrumento essencial para o equilíbrio atuarial e a sustentabilidade do setor, seu uso abusivo ou desproporcional pode comprometer o acesso equitativo à saúde e violar princípios legais fundamentais, como os da dignidade da pessoa humana, da não discriminação e da boa-fé objetiva.

Com efeito, é válido dizer que esta pesquisa se concentra, portanto, na análise crítica da segmentação de consumidores na aceitação e precificação de planos de saúde, especialmente quando mediada por decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais. O objetivo é avaliar a suficiência dos instrumentos normativos atualmente vigentes – especialmente a LGPD, a Lei dos Planos de Saúde e as resoluções da ANS e da ANPD – para prevenir práticas discriminatórias e garantir a equidade no acesso à saúde suplementar.

2.1 Aspectos econômicos da segmentação dos consumidores no mercado de seguros

A análise da segmentação de consumidores no contexto do mercado de saúde suplementar requer, inicialmente, uma compreensão clara dos fundamentos econômicos que regem o funcionamento deste setor. Trata-se de um mercado com características peculiares, em que a precificação dos serviços e a viabilidade do negócio dependem diretamente da capacidade de mensurar e distribuir riscos entre diferentes grupos de consumidores. Compreender os mecanismos econômicos que orientam este mercado é essencial para identificar como as novas tecnologias de processamento de dados que permitem o desenvolvimento de técnicas de formação de perfis comportamentais, para embasar decisões automatizadas de segmentação dos consumidores, podem impactar as relações entre operadoras e consumidores, potencialmente introduzindo práticas discriminatórias. Nesse sentido, é fundamental examinar os conceitos basilares que estruturam economicamente o setor, bem como os desafios inerentes à sua operação.

O mercado de seguros e de saúde suplementar constitui, segundo Contador (2023), um segmento econômico fundamentado na gestão coletiva de riscos individuais, operando como um sistema de proteção financeira contra eventos futuros e incertos. Esta estrutura econômica baseia-se na transferência de riscos dos segurados para as operadoras, que assumem a responsabilidade de arcar com as despesas decorrentes de sinistros mediante o recebimento de contraprestações pecuniárias.

A essência deste modelo reside na aplicação de princípios estatísticos e atuariais que permitem a mensuração e precificação dos riscos associados a diferentes perfis de segurados, estabelecendo um equilíbrio financeiro que viabilize tanto a sustentabilidade das operadoras quanto o acesso dos consumidores à proteção desejada. Este equilíbrio depende fundamentalmente da capacidade das seguradoras em segmentar adequadamente os segurados conforme seus perfis de risco, possibilitando uma precificação justa e economicamente sustentável.

A fim de alcançar esse equilíbrio financeiro, as seguradoras utilizam o sistema de tarifação denominado *experience rating*, no qual os prêmios são calculados de acordo com os gastos esperados para cada perfil de beneficiário. Este método atuarial permite a segmentação dos consumidores em categorias de risco, estabelecendo valores diferenciados conforme a probabilidade estatística de utilização dos serviços.

Embora esta prática contribua para a sustentabilidade econômica do setor ao reduzir os problemas de seleção adversa, tem como consequência direta o pagamento de prêmios significativamente mais elevados por indivíduos classificados em faixas de maior risco, o que pode determinar a exclusão de determinados grupos sociais do mercado de serviços de saúde suplementar, criando barreiras de acesso principalmente para idosos, portadores de doenças crônicas e pessoas em situação socioeconômica vulnerável, afirmam Nunes, Soares e Basílio (2014).

Diante disso, vale afirmar que a informação é um recurso salutar para esse mercado, haja vista que informações precisas sobre os consumidores proporcionariam mensuração e precificação correta dos preços em relação ao risco dos associados. A qualidade e a completude dos dados disponíveis sobre os potenciais clientes constituem fatores determinantes para a viabilidade econômica das operadoras, uma vez que permitem o estabelecimento de grupos homogêneos de risco e a fixação de valores de prêmios ou mensalidades compatíveis com a probabilidade estatística de utilização dos serviços. Em outras palavras, a qualidade das informações dos consumidores permite às operadoras calcular com maior precisão suas reservas técnicas e garantir sua solvência a longo prazo.

Apesar de ser essencial para a sustentabilidade do setor, o acesso à informação enfrenta limitações estruturais decorrentes da assimetria informacional que permeia essas relações contratuais. Este fenômeno está diretamente relacionado à teoria econômica da “assimetria de informação”, que revolucionou a compreensão do funcionamento dos mercados ao demonstrar como o desequilíbrio informacional entre agentes econômicos afeta diretamente as relações de troca.

Este conceito, desenvolvido por Akerlof (1970) em seu artigo *The Market for Lemons*, evidencia que quando uma das partes possui mais informações que a outra sobre a qualidade de

um bem ou serviço, o mercado pode operar de forma ineficiente ou até mesmo entrar em colapso. Conforme Contador (2023), com informações assimétricas, os mercados fracassam no ajuste às situações de desequilíbrio, dificultando a diversificação e transferência dos riscos.

Nesse contexto, os consumidores frequentemente possuem dados privilegiados sobre seu comportamento de risco e outros fatores determinantes para a probabilidade de sinistros, sem necessariamente revelá-los integralmente no momento da contratação. Esta discrepância informacional implica que as operadoras de planos de saúde não tenham conhecimento exato sobre o risco preciso de cada indivíduo, sujeitando-se a atrair aqueles de maior risco e alta propensão de utilização de serviços médicos, resultando em um processo de seleção adversa, conforme explica Medeiros (2010, p. 24).

Sobre este fenômeno, Contador explica:

O mercado de seguro oferece o melhor exemplo do problema da seleção adversa do risco. Agentes econômicos apresentam riscos diferentes. Se as seguradoras fixarem os preços das apólices com base na média da incidência de sinistros, estarão prejudicando e cobrando preços mais elevados daqueles segurados com risco menor que a média e favorecendo os com risco maior do que a média com preços menores. A carteira de segurados fica concentrada por consumidores com sinistralidade potencial majorada em detrimento dos consumidores de baixo risco. No processo de seleção adversa, as seguradoras precisam aumentar o preço médio das apólices, fator que desencadeia nova rodada de perdas dos melhores riscos, e o processo se acelera. A solução é segmentar os consumidores segundo o seu nível de risco, mas como fazer esta seleção *ex ante*, antes da contratação da apólice? Certamente, as pessoas mais propensas ao sinistro omitem informações no preenchimento do cadastro e na assinatura da apólice. Daí a importância do *underwriting* – o processo pelo qual o risco do segurado é avaliado, o que não evita apólices preenchidas com informações incompletas ou erradas (CONTADOR, 2023, p.31).

Este mecanismo representa uma das principais ameaças à sustentabilidade do setor, pois a seleção adversa manifesta-se quando, impossibilitadas de distinguir adequadamente os diferentes níveis de risco entre os potenciais clientes devido à assimetria informacional, as operadoras estabelecem preços médios que inadvertidamente atraem indivíduos de maior risco e afastam aqueles de menor risco, como explica Castro (2002).

Nunes, Soares e Basílio (2014) explicam que esse sistema de precificação pela média dos consumidores é denominado *community rating*, mecanismo que eleva os preços e acaba por expulsar os consumidores de baixo risco, especialmente indivíduos jovens e saudáveis do sexo masculino.

A precificação uniforme torna o serviço proporcionalmente mais atrativo para pessoas com maior probabilidade de utilização, enquanto indivíduos com baixa propensão ao sinistro tendem a considerar o valor cobrado excessivo para seu perfil e desistem de participar do seguro. Esse processo aumenta progressivamente o risco médio do grupo que permanece

interessado e, conseqüentemente, eleva o preço final do prêmio, intensificando ainda mais o ciclo de seleção adversa, afirma Castro (2002).

Ademais, esse desequilíbrio na distribuição de riscos gera um processo cumulativo no qual as operadoras se veem obrigadas a implementar sucessivos aumentos nas contraprestações pecuniárias para compensar a elevação dos custos assistenciais, colocando em risco sua estabilidade financeira na ausência de estratégias eficazes de segmentação e precificação individualizada, conforme apontam Balbinotto Neto, Godoy e Silva (2004) e Castro (2002). Este processo desencadeia uma deterioração progressiva da carteira de clientes, com concentração crescente de consumidores de alto risco, elevação dos custos operacionais e conseqüente necessidade de reajustes sucessivos, que por sua vez intensificam a fuga dos melhores riscos, conduzindo a um ciclo vicioso que ameaça a própria viabilidade do negócio.

Nesse contexto, Medeiros (2010) destaca que a seleção adversa compromete o princípio mutualista dos seguros e planos de saúde, levando as operadoras a priorizarem a seleção de risco para atrair grupos mais vantajosos, em vez de focarem na oferta de uma assistência de qualidade, que poderia reduzir os custos a longo prazo.

Em situação inversa à seleção adversa, outro fenômeno relevante é a seleção de risco-*cream skimming*³. Enquanto na seleção adversa a seguradora não consegue identificar riscos individuais e estabelece um preço médio para todo o grupo, Nunes, Soares e Basílio (2014, p. 26) e Medeiros (2010) ensinam que, na seleção de risco, as seguradoras conseguem segmentar o mercado e ofertar contratos diferenciados para consumidores com riscos distintos. Esses contratos são elaborados de forma que o próprio indivíduo, ao escolher entre as diferentes opções de seguro, revele seu grau de risco.

Outro fator que impacta os resultados do mercado é o risco moral. Diferentemente da seleção adversa, que ocorre no momento pré-contratual, o risco moral emerge como uma distorção comportamental no período pré-contratual ou pós-contratual, alterando substancialmente a dinâmica econômica das relações entre seguradoras e beneficiários. Conforme Pully (1968), esse fenômeno caracteriza-se pela mudança no comportamento do segurado em razão da transferência do risco financeiro para a operadora, criando uma assimetria de incentivos que compromete a eficiência alocativa do sistema e potencializa desequilíbrios na utilização dos recursos disponíveis.

³ A expressão *cream skimming* (também referida como *cherry-picking*) é utilizada na literatura de economia da saúde para designar práticas de seleção de risco pelas quais as operadoras segmentam o mercado e estruturam contratos diferenciados conforme o perfil de risco dos consumidores, concentrando sua atuação em grupos de menor risco e erguendo barreiras explícitas ou implícitas à entrada de idosos e pessoas com doenças crônicas, que acabam enfrentando prêmios mais elevados ou mesmo exclusão da cobertura (BAHIA, 1999; ALMEIDA, 1998).

Segundo Contador (2023), Castro (2002) e Medeiros (2010), este fenômeno ocorre quando a existência do seguro altera o comportamento do segurado. Quando o beneficiário tem a certeza de que não precisará arcar diretamente com os custos de eventuais sinistros ou procedimentos médicos, pode surgir uma tendência natural à redução das medidas preventivas ou ao aumento do consumo de serviços além do que seria considerado necessário, caso ele próprio fosse responsável integralmente pelas despesas.

Ademais, no contexto da saúde suplementar, o risco moral manifesta-se de forma particular, uma vez que o beneficiário, tendo cobertura securitária, pode optar por intensificar a realização de consultas preventivas e exames clínicos de rotina, considerando que realiza pagamento fixo independentemente da frequência de utilização do plano. Tal comportamento, embora possa contribuir para a identificação precoce de patologias de alto risco e potenciais sinistros que envolvam internações e tratamentos de custo elevado, resulta em significativo aumento da demanda por serviços ambulatoriais.

Diante desses desafios, segundo Balbinotto Neto, Godoy e Silva (2004), as operadoras, até o advento da Lei nº 9.656, de 1998, utilizavam diversos mecanismos para minimizar os riscos decorrentes da assimetria de informações e seleção adversa, como a exclusão de cobertura para doenças preexistentes e de alto custo (câncer e síndrome de Imunodeficiência adquirida - AIDS) e a limitação do número de consultas.

Percebe-se, portanto, que nos mercados de seguro, incluindo o setor de saúde suplementar, os fenômenos da assimetria de informação, seleção adversa e risco moral convergem para uma solução comum: a identificação de consumidores com maior probabilidade de sinistralidade, visando adequar as condições contratuais e preservar a viabilidade econômica do negócio para afiançar a manutenção da sustentabilidade financeira e a lucratividade a longo prazo, por meio da identificação e gerenciamento de riscos, da elaboração de um planejamento financeiro detalhado, e do monitoramento eficaz dos gastos e das receitas.

Nesse contexto, a segmentação de consumidores constitui ferramenta fundamental, pois permite agrupar indivíduos conforme seu perfil de risco, bem como possibilitar o estabelecimento de prêmios proporcionais à probabilidade de utilização dos serviços, garantindo, assim, o equilíbrio entre receitas e custos operacionais.

Para realizar tal segmentação, as informações dos indivíduos tornam-se insumo imprescindível, uma vez que somente por meio da análise de variáveis como idade, hábitos de vida, predisposição genética e outros fatores é possível determinar o grau de risco e, conseqüentemente, realizar o adequado agrupamento dos beneficiários.

A partir desse conjunto de conceitos econômicos, compreende-se a legitimidade da segmentação realizada na fase de modelagem do produto, isto é, na concepção e oferta dos planos de saúde pelas operadoras. Nessa etapa, conforme autorizado pelo art. 16 da Lei nº 9.656/1998, as operadoras definem previamente as características dos produtos a serem comercializados, como o tipo de cobertura, a abrangência geográfica, a rede de prestadores e o padrão de acomodação.

Essa forma de segmentação visa compatibilizar o desenho contratual com as exigências de equilíbrio financeiro do setor e, desde que respeitados os limites regulatórios, é compatível com os princípios da boa-fé e da liberdade de escolha dos consumidores. Ocorre, entretanto, que esses fundamentos econômicos, como a busca pela precificação eficiente e o controle de riscos, podem ser indevidamente invocados para justificar práticas de segmentação na aceitação ou precificação do consumidor, que ocorrem em momento posterior, já na interação individual com os contratantes. Nessa hipótese, operadoras passam a utilizar dados pessoais para classificar os consumidores segundo o risco associado à sua contratação.

Tal fato pode resultar em tratamentos discriminatórios, como a recusa de admissão, a imposição de carências excessivas ou a aplicação de preços significativamente mais elevados para determinados perfis, com base em características como idade, sexo, condições de saúde, hábitos de vida ou padrões inferidos por algoritmos. Trata-se de uma inflexão perigosa, que desloca a racionalidade atuarial para práticas potencialmente abusivas, especialmente quando operadas por sistemas opacos de decisão automatizada.

Diante desse cenário, as técnicas de formação de perfis comportamentais possibilitadas pelas tecnologias de processamento de dados e emergem como importantes facilitadores deste processo, além de permitir análises mais precisas, dinâmicas e economicamente viáveis. Estas tecnologias visam a possibilitar não apenas a compilação de grandes volumes de informações em tempo reduzido, mas também a identificação de correlações e padrões imperceptíveis aos métodos convencionais de análise, o que representa um salto qualitativo na capacidade das operadoras em realizar segmentações eficazes de seus consumidores.

Alinhados a essa concepção, os estudos de Mendes e Mattiuzo (2019) destacam que o processamento algorítmico de dados cumpre uma função estratégica ao subsidiar processos decisórios em múltiplos contextos, proporcionando maior segurança e previsibilidade nas operações. As autoras enfatizam que essa capacidade de minimização de incertezas adquire relevância particular em setores econômicos marcados por significativos desequilíbrios informacionais entre as partes contratantes.

Tal característica torna os sistemas de processamento de dados especialmente valiosos

para mercados onde a gestão de riscos constitui elemento central do modelo de negócio, como ocorre nos setores de análise creditícia e, notadamente, no mercado securitário, incluindo a saúde suplementar, onde a identificação e classificação precisa dos riscos determinam diretamente a sustentabilidade financeira das operações.

Diante desse aspecto, Doneda (2021), a respeito do elemento do risco em um contexto de sociedade da informação voltado às relações privadas, afirma que a convivência com a incerteza se tornou uma característica marcante da contemporaneidade, sendo o risco compreendido, nos termos de Ulrich Beck, como uma forma moderna de antecipar e controlar os efeitos futuros da ação humana. Na sociedade da informação, esse risco adquire contornos particulares: é produzido intencionalmente, não como resultado de escolhas éticas ou morais, mas como fruto de decisões pautadas por cálculos estatísticos e pela racionalidade técnica. A lógica algorítmica, nesse contexto, tende a converter o risco em um fenômeno impessoal, dissociado de circunstâncias individuais e estruturado a partir da análise de grandes volumes de dados.

Assim, as decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais são moldadas por padrões derivados de massas populacionais, o que dilui a individualidade dos sujeitos e privilegia critérios de previsibilidade e controle em larga escala. Embora eficaz sob a ótica técnica, essa racionalidade quantitativa suscita sérias preocupações quanto à neutralização de aspectos subjetivos e contextuais, elementos essenciais ao ideal de justiça nas relações contratuais.

Diante do exposto, evidencia-se que o desenvolvimento tecnológico transformou profundamente os mecanismos de coleta e análise de dados, ao introduzir ferramentas computacionais capazes de processar grandes volumes de informações em tempo real. Tecnologias como algoritmos de aprendizado de máquina e sistemas de análise preditiva passaram a permitir a identificação de padrões comportamentais e a construção de perfis detalhados de consumidores com base em suas interações digitais. Decisões que antes dependiam exclusivamente da análise humana passaram a ser, progressivamente, automatizadas, com o uso de algoritmos cada vez mais sofisticados para processar dados pessoais e orientar a tomada de decisões estratégicas com base nos perfis inferidos.

Torna-se necessário, portanto, compreender como essas ferramentas tecnológicas de processamento de dados e perfilização operam e podem ser implementadas por meio de decisões automatizadas no setor de seguros, em especial na saúde suplementar. A análise desses mecanismos revela-se fundamental não apenas para compreender a evolução dos instrumentos de gestão da informação disponíveis às operadoras, mas, sobretudo, para avaliar de que forma

tais inovações tecnológicas impactam diretamente as relações contratuais e afetam o delicado equilíbrio entre a viabilidade econômica do setor e a proteção dos direitos dos consumidores.

2.2 Formação de perfis comportamentais a partir do processamento de dados: bases técnicas, valores estratégicos e riscos

O desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nas últimas décadas transformou profundamente as dinâmicas sociais, políticas e econômicas contemporâneas. A intensificação do uso de dispositivos digitais gerou um ambiente em que praticamente todas as ações humanas passaram a deixar rastros digitais. Esse cenário de crescente digitalização das interações sociais impulsionou a produção massiva de dados, que rapidamente deixaram de ser subprodutos informacionais dispersos para se tornarem ativos estratégicos de alto valor.

Nesse contexto, os dados produzidos no ambiente digital passaram a adquirir extrema centralidade em decorrência do fato de que, especialmente quando coletados em larga escala e analisados por sistemas automatizados, permitem não apenas identificar padrões de comportamento, mas também antecipá-los e influenciá-los de forma estratégica. Conforme explica Zuboff (2015), a *big data* representa o núcleo de uma lógica de acumulação profundamente intencional, por ela denominada capitalismo de vigilância, um modelo econômico baseado na captura sistemática de informações sobre os indivíduos, com o propósito de prever e modificar seu comportamento. Esses dados, uma vez convertidos em conhecimento preditivo, tornam-se fonte de vantagem competitiva e instrumento de controle de mercado.

Já Hal Varian (2014) contribui para esse debate ao evidenciar que o valor dos dados reside, sobretudo, em sua capacidade de alimentar sistemas inteligentes voltados à personalização de produtos e experiências, à customização de preços e à realização de experimentos contínuos. Observa que, ao identificar padrões de comportamento, os dados permitem que empresas como “Google, Amazon e Netflix” adaptem, em tempo real, anúncios, conteúdos e serviços às preferências individuais dos consumidores, otimizando o engajamento e os resultados comerciais.

Além disso, destaca que o aprimoramento das capacidades de monitoramento inaugura novas formas contratuais, estruturadas com base no comportamento dos contratantes. Nesse sentido, o autor exemplifica casos de veículos alugados equipados com sensores que ajustam os preços conforme o uso, ou dispositivos que impedem a partida do carro em caso de inadimplência. Assim, tais tecnologias não apenas otimizam os contratos existentes, mas

redefinem a lógica contratual tradicional, ao permitir a modelagem comportamental e a aplicação automatizada de obrigações.

Como destacam Constantiou e Kallinikos (2015), a análise detalhada do comportamento dos consumidores através de *big data* não apenas permite o monitoramento de contratos e desenvolvimento de serviços personalizados, mas representa uma mudança qualitativa na forma como as empresas utilizam essas informações para fins estratégicos. Esta transformação não é meramente técnica ou operacional, mas muda a maneira como relações de consumo se estruturam, exigindo um olhar crítico sobre as implicações dessa prática para os direitos dos consumidores e para o equilíbrio contratual.

Dessa forma, a grande quantidade de dados produzida no ambiente digital, quando submetida a processos analíticos específicos, transforma-se em informações de valor estratégico. Interpretadas com base no conhecimento humano e operadas por sistemas computacionais sofisticados, essas informações originam novos saberes que conferem vantagem competitiva a seus detentores. Como explica Mendes (2014), o valor das informações não se resume à sua capacidade de armazenamento em grande volume, mas, principalmente, na possibilidade de obtenção de novos elementos informativos sobre indivíduos a partir do tratamento de dados. O resultado é um processo de transmutação de dados brutos em conhecimento aplicado, fundamental para decisões orientadas por evidência e para a antecipação de comportamentos e tendências.

Sob essa perspectiva, Hal Varian (2014) destaca, ainda, que uma das principais aplicações do *big data* na economia digital está no encadeamento entre coleta, extração e análise de dados. Inicialmente, registros digitais oriundos de transações mediadas por computador são captados e armazenados em bases massivas, muitas vezes distribuídas em milhares de máquinas. Diante da impossibilidade de processamento por ferramentas tradicionais, surgem sistemas capazes de operar em tempo real, viabilizando consultas, correlações e inferências com alto grau de precisão. A etapa de análise, por sua vez, é conduzida por meio de técnicas estatísticas avançadas e métodos de *machine learning*⁴ e *data mining*⁵, que permitem identificar padrões de comportamento e gerar previsões aplicáveis em diversos contextos econômicos e

⁴ *Machine learning* (aprendizado de máquina), consoante Varian (2014, p. 28), é um ramo da inteligência artificial voltado ao desenvolvimento de algoritmos capazes de identificar padrões e realizar inferências a partir de grandes volumes de dados. Esses sistemas “aprendem” com a experiência extraída dos próprios dados, ajustando seu desempenho progressivamente sem intervenção humana direta.

⁵ *Data Mining* (mineração de dados), de acordo com Bourcier (2001, p. 851) consiste na busca de correlações, recorrências, formas, tendências e padrões significativos a partir de quantidades muito grandes de dados, com o auxílio de instrumentos estatísticos e matemáticos

sociais.

Conforme destacam Toroslu e Yetisgen-Yildiz, as “técnicas de mineração de dados permitem a identificação de padrões relevantes em bases históricas complexas, sendo capazes de gerar regras automatizadas que orientam decisões em sistemas de apoio” (TOROSLU E YETISGEN-YILDIZ, 2005, pp. 395-396). Este fato compara-se aos utilizados para análise de risco, comportamento de consumo e diagnóstico médico. Tais aplicações correspondem, em essência, ao fenômeno da formação de perfis comportamentais, ao estruturarem decisões a partir de perfis construídos por inferências com base em dados preexistentes.

Dessa forma, a análise de grandes volumes de dados, ainda que não classificados como sensíveis, possibilita a inferência de informações sensíveis, mesmo quando não são fornecidas de maneira explícita. Por exemplo, dados aparentemente neutros, como localização, preferências de consumo ou horários de uso de aplicativos, podem ser interpretados por sistemas algorítmicos para identificar padrões ocultos, capazes de revelar aspectos como orientação sexual, uso de substâncias, condições de saúde ou perfil psicológico.

Em um estudo empírico de base quantitativa, Kosinski, Stillwell e Graepel (2013) demonstraram que registros simples, como as curtidas em redes sociais, podem servir para a construção de modelos computacionais capazes de prever automaticamente uma ampla gama de atributos pessoais considerados sensíveis. A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma amostra com mais de 58 mil consumidores do “Facebook”, que voluntariamente forneceram suas curtidas, informações demográficas e respostas a testes psicológicos.

Entre os resultados, chama atenção a alta precisão alcançada pelas previsões: 95% de acerto na distinção entre afro-americanos e brancos; 93% na diferenciação entre homens e mulheres; 88% na identificação de homens homossexuais (e 75% no caso das mulheres); além de 85% de acurácia quanto à filiação política (democratas ou republicanos) e 82% quanto à religião (cristãos ou muçulmanos). Ainda que esses percentuais sejam impressionantes do ponto de vista técnico, o aspecto mais relevante do estudo está na forma como esses dados foram inferidos, pois não se tratava de informações declaradas pelos consumidores ou mesmo de dados sensíveis que recebem maior proteção normativa, mas de padrões sutis presentes em seu comportamento digital.

A pesquisa também se dedicou à previsão de traços mais subjetivos, como a personalidade. No caso do traço de “abertura a novas experiências”, por exemplo, os algoritmos conseguiram atingir um nível de precisão comparável ao de avaliações psicológicas. Isso reforça a ideia de que registros comportamentais cotidianos, quando organizados e processados adequadamente, podem substituir ou complementar instrumentos formais de avaliação

psicológica.

O estudo identificou ainda correlações surpreendentes entre determinados gostos e características pessoais. Curtidas em páginas sobre *thunderstorms*, *science*, *curly fries* e no programa de humor de Stephen Colbert foram associadas a indivíduos com maior desempenho cognitivo. Por outro lado, indivíduos com menor desempenho tenderam a curtir páginas ligadas a Sephora, *I Love Being a Mom*, Harley Davidson e à banda Lady Antebellum. Também foram encontradas associações com a orientação sexual: homens homossexuais se mostravam mais propensos a curtir conteúdos como a *No H8 Campaign*⁶, *Mac Cosmetics* e o musical *Wicked*, enquanto os heterossexuais preferiam páginas relacionadas ao grupo Wu-Tang Clan, Shaquille O’Neal e a postagens humorísticas como *Being Confused After Waking Up From Naps*. Tais padrões, segundo os autores, não dependem da vinculação explícita a temas sensíveis, mas emergem da análise cruzada de milhares de dados que, isoladamente, pareceriam irrelevantes.

Outro ponto discutido pelos pesquisadores refere-se à quantidade mínima de dados, necessária para a construção de perfis preditivos. Segundo os resultados, mesmo com um número reduzido de curtidas (em alguns casos, apenas uma ou duas), já era possível iniciar inferências com grau significativo de acerto. Com 100 curtidas, os modelos alcançavam níveis de confiança elevados, o que ilustra o potencial invasivo dessas tecnologias, mesmo diante de uma coleta aparentemente superficial de dados.

Em outro estudo, Youyou, Kosinski e Stillwell (2015) compararam a precisão dos julgamentos de personalidade realizados por pessoas próximas, como amigos, familiares e cônjuges, com aqueles feitos por computadores, utilizando como base os registros de curtidas dos usuários do “Facebook”. A pesquisa envolveu mais de 86 mil voluntários que responderam a um questionário sobre traços de personalidade, como extroversão, estabilidade emocional, abertura a novas experiências, responsabilidade e gentileza.

Os autores constataram que os julgamentos feitos por algoritmos, com base nesses rastros digitais, foram mais precisos do que os realizados por pessoas do convívio dos participantes. Além disso, os sistemas computacionais mostraram maior consistência entre si e maior capacidade de prever comportamentos e escolhas na vida real, como hábitos de consumo, saúde, preferências políticas e uso de substâncias.

Segundo os resultados, bastavam cerca de 10 curtidas para que o algoritmo superasse o nível de precisão de um colega de trabalho, 70 para superar um amigo, 150 para superar um familiar e 300 para superar um cônjuge. Essa capacidade de perfilização a partir de dados

⁶ Organização beneficente criada nos Estados Unidos em 2009 cuja missão é “promover a igualdade no casamento, de gênero e humana por meio de educação, defesa, mídias sociais e protesto visual” (NOH8 CAMPAIGN, 2025).

aparentemente triviais impõe desafios não apenas técnicos, mas sobretudo jurídicos, especialmente pela compreensão de que apenas dados sensíveis recebem maior proteção pelo ordenamento jurídico.

Nesse sentido, é fundamental reconhecer que os dados não são juridicamente uniformes e, portanto, recebem tratamentos distintos conforme o conteúdo a que se referem e o grau de interferência que podem representar na esfera privada dos indivíduos. A LGPD estabelece, em seu artigo 5º, inciso I, que dados pessoais são todas as informações relacionadas a uma pessoa natural identificada ou identificável. Já os chamados dados sensíveis, definidos no inciso II do mesmo artigo, dizem respeito a informações que tocam aspectos particularmente delicados da vida da pessoa, como sua origem racial ou étnica, convicções religiosas, opiniões políticas, filiação a sindicatos ou a organizações de caráter religioso, filosófico ou político, além de dados relativos à saúde, à vida sexual, à genética ou à biometria.

Essa distinção é fundamental porque, ainda que tecnicamente equivalentes em sua forma de registro, como sequências numéricas, sinais eletrônicos ou registros digitais, os dados carregam significados jurídicos e sociais profundamente distintos. Enquanto a técnica tende a tratá-los de maneira uniforme, os valores humanos e os direitos fundamentais a eles associados impõem uma hierarquização normativa. É justamente nesse ponto que se manifesta a tensão entre a lógica funcional da tecnologia e a complexidade do ordenamento jurídico, que busca proteger, com o devido rigor, os diferentes níveis de sensibilidade e risco que certos dados podem representar à dignidade, à intimidade e à liberdade dos sujeitos a quem se referem.

Nesse cenário, revela-se uma importante limitação da abordagem normativa centrada na distinção formal entre dados pessoais e dados sensíveis. Conforme demonstrado, técnicas de formação de perfis comportamentais baseadas em mineração e correlação de dados são capazes de inferir informações altamente sensíveis a partir de registros aparentemente neutros ou triviais, como curtidas em redes sociais, padrões de navegação ou localização. Isso significa que, mesmo quando um dado isolado não se enquadra, a priori, na categoria de sensível segundo a LGPD, seu cruzamento com outras informações pode resultar na reconstrução de aspectos íntimos da vida do indivíduo, como sua orientação sexual, condição de saúde ou filiação religiosa. Essa capacidade técnica de inferência desafia diretamente os limites normativos da proteção de dados, ao evidenciar que o risco à autodeterminação informacional não está apenas no conteúdo dos dados declaradamente sensíveis, mas também na forma como dados não sensíveis são processados, correlacionados e utilizados para a formação de perfis preditivos.

Dessa forma, torna-se imperioso compreender o contexto que levou à consolidação da proteção de dados pessoais como um bem jurídico autônomo e relevante no cenário normativo

contemporâneo. A crescente centralidade dos dados na organização da vida social, econômica e contratual exigiu uma resposta jurídica proporcional aos riscos envolvidos em seu uso indiscriminado. À medida que as tecnologias de tratamento automatizado passaram a interferir diretamente na esfera privada dos indivíduos, emergiu a necessidade de reconhecer os dados como elementos essenciais à dignidade da pessoa humana e à garantia da liberdade individual na sociedade digital. A análise desse processo histórico-normativo permite compreender os fundamentos que orientam a atual disciplina jurídica dos dados pessoais e sua progressiva elevação a um patamar de tutela constitucional.

2.3 A consolidação da proteção de dados pessoais como bem jurídico e direito fundamental

A proteção de dados pessoais tem origem direta no desenvolvimento do direito à privacidade, sendo inicialmente concebida como um desdobramento dessa garantia individual frente aos riscos trazidos pelas novas tecnologias de informação, como ensina Mendes (2014). O nascimento desse direito encontra uma de suas formulações mais influentes através de Samuel Warren e Louis Brandeis (1890) que era necessária a ampliação das salvaguardas jurídicas tradicionais, como a inviolabilidade do domicílio e da honra, para proteger a esfera íntima do indivíduo contra interferências indevidas, viabilizadas através da fotografia instantânea e da imprensa sensacionalista.

Desta forma, os autores propõem a construção de um “direito de estar só” (*right to be let alone*), entendido como expressão da autonomia individual diante de um cenário de crescente exposição pública. A formulação proposta representa, nesse sentido, uma tomada de consciência jurídica sobre a necessidade de resguardar a personalidade frente às transformações sociais e tecnológicas que viabilizavam a coleta e divulgação de informações privadas em escala sem precedentes.

Tratava-se, portanto, de uma proteção da privacidade como exclusão, centrada mais na limitação da visibilidade do que no controle da informação. Ainda distante das preocupações com a circulação massiva de dados pessoais e com o uso institucional dessas informações, essa primeira fase do direito à privacidade reflete um momento histórico em que a ameaça principal era o olhar invasivo da mídia. E não a vigilância sistemática promovida por sistemas digitais ou bancos de dados automatizados.

Ocorre que tal concepção mostra-se gradativamente insuficiente diante do avanço das tecnologias de bancos de dados e da automatização do tratamento das informações pessoais.

Nesse novo cenário, em que os riscos à esfera privada deixaram de se limitar à exposição pública para incluir o controle informacional e o uso estratégico de dados, torna-se necessário compreender os marcos históricos que impulsionaram a transição do direito à privacidade para a proteção de dados como uma disciplina jurídica autônoma.

Como explica Doneda (2021), a concepção da proteção de dados pessoais não surgiu de modo abrupto, mas foi sendo construída a partir de eventos que evidenciaram a insuficiência das noções tradicionais de privacidade diante da emergência de novas tecnologias informacionais. Nesse processo, três casos paradigmáticos contribuíram decisivamente para consolidar o entendimento de que os dados pessoais, por representarem manifestações diretas da personalidade, merecem tutela específica: o caso do *National Data Center* nos Estados Unidos, o caso SAFARI na França e a decisão da Corte Constitucional da Alemanha sobre o censo de 1983.

Como destaca Doneda (2021), o primeiro caso emblemático ocorreu nos Estados Unidos, em meados de 1965, com a proposta do *National Data Center*. A ideia consistia na criação de um banco de dados centralizado que reuniria informações de diversos órgãos do governo federal, como o censo, o fisco, a previdência social e os registros trabalhistas, com o objetivo de racionalizar a gestão administrativa e aumentar a eficiência do Estado. No entanto, o projeto despertou forte reação da sociedade civil, de acadêmicos e da imprensa, que enxergaram na centralização informacional uma ameaça à privacidade dos cidadãos e à tradição democrática norte-americana.

A crítica central residia no desequilíbrio de poder que poderia emergir de uma estrutura estatal capaz de concentrar tamanha quantidade de dados pessoais. A crítica pública levou à realização de audiências no Congresso dos EUA, que, ao final, recomendou que nenhum banco de dados nacional fosse implementado sem garantias concretas de proteção à privacidade. Embora o projeto tenha sido encerrado, destaca o autor que serviu como alerta sobre os riscos do tratamento automatizado de dados pessoais, influenciando debates subsequentes sobre a matéria.

Ressalta também Doneda (2021) que na década de 1970, ocorreu na França, segundo caso, o caso SAFARI (*Système Automatisé pour les Fichiers Administratifs et le Répertoire des Individus*). O projeto previa a informatização dos dados administrativos dos cidadãos franceses e sua interconexão por meio de um identificador único. Embora tecnicamente concebido para melhorar a eficiência administrativa, o projeto teve repercussão negativa junto à opinião pública que levou o governo a suspender o projeto por medida administrativa e a instituir uma comissão que elaboraria, em 1978, a Lei de Informática e Liberdades (*Loi Informatique et Libertés*),

criando também a CNIL (*Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*), uma das primeiras autoridades de proteção de dados do mundo. O caso SAFARI revelou o potencial de riscos sociais associados à interconexão automatizada de registros públicos e a necessidade de um marco legal que limitasse o uso dessas tecnologias pelo Estado.

Acrescentam Doneda (2021) e Mendes (2014), o terceiro e mais decisivo caso ocorreu na Alemanha Ocidental, com a decisão do Tribunal Constitucional Federal (*Bundesverfassungsgericht*) sobre o censo nacional de 1983. Embora a República Federal da Alemanha já contasse com leis de proteção de dados desde 1970 (como a do *Land de Hesse*) e com a *Bundesdatenschutzgesetz* de 1977, o projeto de censo aprovado em 1982 suscitou amplo questionamento social e jurídico. A legislação previa a coleta de cerca de 160 dados pessoais dos cidadãos, com possibilidade de cruzamento com registros civis e aplicação de multas a quem se recusasse a fornecer informações.

Diante da insegurança gerada pela falta de transparência e pelos riscos de controle social, a Corte alemã declarou a inconstitucionalidade da lei do censo reconhecendo o direito à autodeterminação informativa como expressão do direito geral da personalidade. A decisão marcou uma inflexão teórica e normativa ao afirmar que o controle sobre os dados pessoais é condição essencial para o livre desenvolvimento da personalidade e para a proteção da dignidade humana.

A partir daí, o princípio da finalidade, a proibição da coleta excessiva e a necessidade de consentimento passaram a figurar como pilares da proteção de dados, influenciando decisivamente os modelos regulatórios adotados em vários países e, mais tarde, a disciplina constitucional brasileira sobre o tema.

Nesse mesmo contexto histórico, Reis (2021) destaca que surgiram as primeiras normas voltadas especificamente à proteção da privacidade em face do tratamento automatizado de dados. A *Fair Credit Reporting Act*, de 1970, disciplinou a atuação das empresas de cadastro de crédito, enquanto o *Privacy Act*, aprovado em 1974, passou a regulamentar a coleta, o armazenamento, o uso e a divulgação de informações pessoais por órgãos da administração pública.

Como observa Mendes (2014), essas normas inauguraram uma primeira geração legislativa sobre proteção de dados, surgida como resposta à crescente informatização das administrações públicas e empresas privadas, bem como à centralização de grandes volumes de dados pessoais em bases eletrônicas massivas.

Nesse momento, percebe-se que a lógica de coleta e tratamento de dados ultrapassou os limites do setor público e passou a ser incorporada, de forma intensiva, por entidades privadas.

Como aponta Doneda (2021), esse movimento foi impulsionado pelo desenvolvimento acelerado das tecnologias de processamento de dados, aliado à significativa redução dos custos de armazenamento, o que tornou economicamente viável a manutenção de grandes volumes de informações pessoais por empresas de diferentes setores.

Essa nova realidade possibilitou que organizações privadas, especialmente aquelas com atuação digital, passassem a explorar dados pessoais como ativos estratégicos, utilizando-os para a extração de conhecimento, personalização de serviços e maximização de lucros. Nesse processo, os dados deixam de ser meros registros administrativos e passam a constituir a base de um modelo de negócios orientado à vigilância e à predição comportamental, marcando uma inflexão relevante no papel das tecnologias da informação nas dinâmicas contratuais e de mercado.

Esse movimento de exploração econômica de dados pessoais viabilizados através da atuação de entes privados, por vezes desvinculado de controles legais efetivos, resultou em inúmeras violações à proteção de dados ao longo do século XXI, sendo o caso Cambridge Analytica um dos mais emblemáticos. A empresa, que atuava no setor de *marketing* político, ganhou notoriedade ao empregar estratégias voltadas à modificação do comportamento dos eleitores com base em técnicas sofisticadas de segmentação psicográfica. Conforme relata Oliveira (2020), a estratégia inicial da “Cambridge Analytica” consistia na aquisição massiva de informações pessoais de usuários do “Facebook”, com o objetivo de traçar perfis psicográficos detalhados dos eleitores.

A partir disso, era possível classificá-los em grupos distintos e identificar aqueles mais suscetíveis à persuasão. O objetivo não se restringia à conquista de votos para Donald Trump, mas incluía uma lógica polarizadora de “nós *versus* eles”, com estratégias específicas para mobilizar apoiadores, persuadir indecisos e, principalmente, desmotivar eleitores de Hillary Clinton, promovendo a abstenção por meio da disseminação de conteúdos desinformativos ou emocionalmente manipuladores.

É importante destacar, inicialmente, que a “Cambridge Analytica” apenas teve acesso aos dados dos indivíduos porque estes já estavam sendo coletados pela própria plataforma do “Facebook”. Com isso, a partir da posse desses dados, a empresa passou a utilizar tecnologias de informação para inferir a opinião política dos indivíduos e direcionar estratégias capazes de manipular seu comportamento eleitoral. Trata-se, portanto, de um exemplo paradigmático de como a coleta indiscriminada de dados, associada à ausência de transparência e *accountability* no uso de algoritmos, pode comprometer seriamente os pilares da autodeterminação informacional e da integridade dos processos democráticos.

Tais acontecimentos evidenciaram os riscos associados ao uso indiscriminado de dados pessoais e impulsionaram a formulação de respostas legislativas ao redor do mundo. Nesse contexto, destacou-se a promulgação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR), que estabeleceu um marco normativo robusto voltado à proteção da privacidade e à responsabilização no tratamento de dados. Seguindo essa tendência internacional e inspirada diretamente nos princípios consagrados pelo GDPR, foi elaborada, no Brasil, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), posteriormente reforçada pela Emenda Constitucional nº 115/2022, que elevou a proteção de dados pessoais ao status de direito fundamental e atribuiu à União competência para disciplinar a matéria, refletindo a crescente preocupação global com a regulação das práticas digitais e com a tutela dos direitos fundamentais na sociedade da informação.

Ao considerar esse cenário normativo, observa-se que o novo ciclo informacional, estruturado na coleta, tratamento e inferência de grandes volumes de dados, não apenas ampliou as possibilidades de análise e segmentação, mas também viabilizou a delegação de processos decisórios às próprias tecnologias. A sofisticação dos sistemas de processamento e a consolidação dos dados como ativos estratégicos fizeram com que seu valor ultrapassasse a função descritiva ou mesmo preditiva, assumindo papel prescritivo nas dinâmicas sociais e econômicas. Em outras palavras, os dados passaram a orientar, de maneira autônoma, decisões que antes competiam exclusivamente ao juízo humano. Diante dessa transformação, torna-se indispensável examinar o fenômeno das decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais e suas implicações jurídicas, especialmente no que tange à proteção de direitos fundamentais em contextos regulados por algoritmos.

2.4 Decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais e discriminação algorítmica

Como observado, a crescente sofisticação dos sistemas de processamento de dados tem promovido a transferência progressiva de decisões tradicionalmente atribuídas a seres humanos para sistemas automatizados, instaurando um novo paradigma nas relações contratuais e institucionais. No centro desse processo está o uso intensivo de técnicas de formação de perfis comportamentais, por meio das quais dados pessoais são tratados e correlacionados para construir inferências preditivas sobre indivíduos.

A partir desses perfis, os sistemas automatizados – baseados em modelos computacionais alimentados por grandes volumes de dados e operando com algoritmos de

inteligência artificial e machine learning – não apenas analisam comportamentos passados, mas aplicam consequências normativas, como variações contratuais, restrições comerciais ou alterações de acesso a serviços, de modo automatizado e, muitas vezes, opaco.

Nesse contexto, Hannák *et al.* (2017) demonstram como essas tecnologias são empregadas para ajustar dinamicamente os preços de produtos conforme o perfil individual do consumidor. Da mesma forma, Lee e Chen (2005) evidenciam sua aplicação na avaliação da capacidade de pagamento de indivíduos que solicitam crédito. Percebe-se, assim, que a perfilização se tornou um elemento central nas estratégias das plataformas digitais. Como observa Varian (2010), ela permite não apenas recomendar conteúdos com base em comportamentos anteriores, mas também adaptar, em tempo real, preços, interfaces e campanhas promocionais, de acordo com variáveis altamente específicas, como geolocalização, tipo de dispositivo utilizado e padrões de navegação.

Se anteriormente a diferenciação comercial se limitava a estratégias generalistas, como cupons ou descontos para determinados grupos demográficos, hoje ela se vale de sinais digitais refinados para oferecer condições distintas a consumidores diferentes em um mesmo ambiente virtual. Tais práticas ilustram com clareza como as decisões automatizadas ampliam substancialmente a capacidade de segmentação dos agentes econômicos e reconfiguram as bases tradicionais do consumo e das interações contratuais.

Conforme explicam Citron e Pasquale (2014), tais sistemas utilizam dados pessoais para construir estimativas sobre os comportamentos futuros e os riscos associados a cada indivíduo. As interações digitais e analógicas dos consumidores são transformadas em escores comparativos, posicionando-os em relação a outros com base em critérios definidos pelos próprios algoritmos. Esses resultados são então utilizados por entidades públicas e privadas na formulação de decisões relevantes, que impactam diretamente a vida das pessoas.

Dessa forma, Reis (2021) ressalta que, embora o uso dessas tecnologias levante preocupações importantes, há também um lado positivo: elas possibilitam a oferta de benefícios concretos ao titular dos dados, tanto em termos econômicos quanto de bem-estar. Esses benefícios são moldados de maneira personalizada, a partir das especificidades de cada indivíduo, e podem inclusive ser antecipados por modelos preditivos que identificam padrões comportamentais e de consumo. Assim, a tecnologia é capaz de oferecer soluções sob medida, alinhadas às necessidades particulares dos consumidores, antes mesmo que estas sejam explicitamente manifestadas.

Vale ressaltar, que, embora as decisões automatizadas tragam inegáveis ganhos de eficiência e personalização, é preciso atentar para os riscos significativos que seu uso pode

representar, sobretudo no que se refere à reprodução e intensificação de desigualdades sociais.

Ao basear-se em dados históricos e padrões comportamentais extraídos de grandes volumes de informações, os sistemas automatizados tendem a internalizar vieses preexistentes nas estruturas sociais e reproduzi-los de forma automatizada, ainda que sob uma aparência de neutralidade técnica.

Esse fenômeno, muitas vezes invisível ou de difícil identificação, pode resultar no tratamento diferenciado e injustificado de determinados grupos, especialmente aqueles marcados por vulnerabilidades de ordem econômica, racial, de gênero ou de saúde. Além disso, essa lógica de delegação decisória a sistemas automatizados marca uma inflexão profunda na forma como se estruturam as escolhas e os direitos dos indivíduos, uma vez que princípios fundamentais como a transparência, a *accountability* e a possibilidade de contestação tendem a ser substituídos por sistemas opacos, tecnicamente complexos e, muitas vezes, inacessíveis aos próprios afetados por suas decisões.

Nesse cenário, impõe-se uma análise crítica sobre os mecanismos pelos quais as decisões automatizadas podem produzir efeitos discriminatórios e os desafios que isso representa para a efetividade das garantias jurídicas e regulatórias no contexto digital contemporâneo.

Conforme observa Doneda (2021), quando o perfil eletrônico construído por sistemas automatizados passa a ser a principal – ou mesmo a única – representação socialmente visível de um indivíduo, os modelos de previsão comportamental tendem a reduzir sua esfera de liberdade. Isso porque os diversos entes com os quais essa pessoa interage, sejam públicos ou privados, passam a agir com base na suposição de que ela adotará os comportamentos predefinidos por tais sistemas, o que resulta em uma limitação concreta de suas possibilidades de escolha.

Em consequência, suas potencialidades passam a ser moldadas por inferências algorítmicas que, ao antecipar decisões, restringem trajetórias possíveis e esvaziam a autonomia individual. Trata-se, portanto, de um processo que enfraquece a autodeterminação informacional e reduz a complexidade da subjetividade humana a classificações estatísticas impessoais, com sérios impactos sobre os direitos fundamentais.

Como destacam Mendes e Mattiuzzo (2019), embora a automatização das decisões tenha sido inicialmente celebrada como um meio de neutralizar julgamentos humanos enviesados, verificou-se que os algoritmos podem, na prática, reproduzir e até intensificar preconceitos estruturais. Isso ocorre porque tais sistemas, ao se basearem em dados históricos, incorporam correlações estatísticas que refletem desigualdades já presentes na sociedade.

Diante do exposto, quando desenvolvedores não inserem propositalmente discriminações nos códigos, os *outputs* (saídas) algorítmicos podem internalizar padrões discriminatórios que foram naturalizados nos conjuntos de dados utilizados, conferindo-lhes uma aparência de objetividade e neutralidade técnica. O risco, portanto, não reside apenas na programação inicial, mas também no próprio material informacional que alimenta esses sistemas, transformando preconceitos sociais em “verdades estatísticas” replicáveis e difíceis de contestar.

Além disso, os sistemas automatizados podem reforçar desigualdades preexistentes ao operar com bases de dados contaminadas não apenas por vieses históricos, mas também por vieses gerados ativamente pelos próprios processos de tratamento de dados. A construção de perfis segmentados, especialmente quando mediada por técnicas algorítmicas, tende a reproduzir e, muitas vezes, a amplificar padrões discriminatórios ao transformar correlações estatísticas em inferências normativas, cristalizando desigualdades sociais em critérios de segmentação e decisão automatizada.

Como advertem Hannák *et al.* (2017), mesmo quando não são treinados explicitamente para discriminar, algoritmos de ranqueamento podem reproduzir distorções derivadas de avaliações humanas enviesadas, frequentemente marcadas por estereótipos sociais. Isso ocorre porque o processo de aprendizado de máquina depende diretamente dos dados de entrada – e, se estes refletem padrões discriminatórios, o sistema tende a perpetuá-los de maneira sistemática, ainda que sob uma aparência de neutralidade e tecnicidade. Esse fenômeno revela que a suposta imparcialidade dos sistemas algorítmicos muitas vezes mascara decisões construídas sobre bases estatísticas enviesadas, cuja origem e lógica são opacas até mesmo para os próprios desenvolvedores, dificultando a identificação e o controle dos usuários.

Nesse sentido, Awad *et al.* (2018) demonstram que algoritmos treinados com dados coletivos podem refletir preferências sociais discriminatórias, mesmo quando não programados diretamente para isso. Em experimentos envolvendo dilemas morais aplicados a sistemas de categorização automatizada, observou-se que tais algoritmos tendem a priorizar indivíduos jovens, mulheres ou pessoas com status social mais elevado, o que revela a reprodução de vieses estruturais presentes nas sociedades que fornecem os dados de treinamento. Mais do que reproduzir desigualdades, esses sistemas acabam legitimando preferências discriminatórias ao transformá-las em padrões operacionais, convertendo avaliações sociais subjetivas em critérios técnicos aparentemente objetivos.

De modo semelhante, estudo empírico conduzido por Hannák *et al.* (2017) revela que, mesmo em plataformas digitais que se propõem neutras, como *marketplaces* de trabalho

freelancer, a percepção de gênero e raça dos trabalhadores impacta significativamente sua visibilidade nos resultados de busca e a forma como são avaliados pelos consumidores.

Os dados demonstram que mulheres e pessoas racializadas tendem a receber menos destaque nos *rankings* e avaliações menos favoráveis, ainda que sua performance objetiva seja equivalente à de outros grupos. Esses achados evidenciam como a formação de perfis comportamentais por meio de algorítmicos, ao operar sobre dados marcados por estereótipos sociais, consolida desigualdades sob a aparência de neutralidade técnica.

Percebe-se tal fenômeno de forma concreta em exemplos como o das plataformas de trabalho *TaskRabbit* e *Fiverr*, nas quais algoritmos, ao utilizarem informações aparentemente neutras, como nomes, fotos de perfil e descrições, realizaram segmentações de seus usuários que resultaram em efeitos discriminatórios diretos, especialmente contra mulheres e pessoas racializadas, como demonstrado por Hannák *et al.* (2017). Esses casos ilustram que os perfis gerados por tais sistemas impactam diretamente as chances de visibilidade e contratação, produzindo desvantagens competitivas reais que perpetuam a exclusão de grupos vulnerabilizados no ambiente digital.

Nesse contexto de crescente naturalização da lógica computacional decisória, Schwab (2016) propõe uma hipótese instigante para ilustrar como práticas aparentemente voluntárias podem se tornar formas sutis de coerção algorítmica. Ele sugere um cenário em que empregadores exigem que seus funcionários utilizem dispositivos de monitoramento de saúde, sob a justificativa de promover bem-estar e reduzir custos com seguros. Em primeiro momento, apresentada como uma escolha individual – aceitar ou não o uso do dispositivo –, tal prática rapidamente se converte em uma imposição disfarçada, na medida em que se passam a aplicar penalidades em casos de recusa.

A questão central levantada pelo autor é que, sob a lógica da segmentação automatizada dos indivíduos, escolhas que deveriam ser livres passam a ser moldadas por normas invisíveis de conformidade e controle, transformando a autonomia em mera adaptação a exigências estruturadas por interesses econômicos. Esse exemplo, ainda que hipotético, evidencia como a lógica algorítmica reconfigura as relações privadas, substituindo o espaço do consentimento consciente por mecanismos normativos embutidos nos próprios sistemas de dados.

A forma como as relações privadas passam a ser realizadas frente aos avanços da ciência de dados é alterada substancialmente. A intermediação tecnológica, ao substituir a deliberação humana por sistemas preditivos, esvazia elementos essenciais do vínculo contratual, como a confiança, a reciprocidade e a autonomia das partes. Nessa lógica, Shoshana Zuboff (2015) afirma que as novas formas contratuais desenvolvidas sob a égide da vigilância computacional

substituem pilares tradicionais, como a confiança, a autonomia privada e a boa-fé, por uma lógica de controle, predição e condicionamento comportamental.

Nesse novo paradigma instaurado pelas tecnologias de vigilância, a autonomia privada e a confiança, que tradicionalmente sustentam os vínculos contratuais, cedem lugar à lógica da extração unilateral de dados e do controle comportamental. O contrato, nesse contexto, deixa de ser expressão de vontades livres e informadas e passa a ser moldado por padrões algorítmicos que predizem e condicionam condutas. Em vez da reciprocidade negocial, temos a assimetria de poder e a dissolução da agência individual, numa nova era marcada não pela negociação, mas pela captura e modulação da experiência subjetiva.

Conforme aponta Zuboff (2020), os rastros digitais produzidos continuamente por cada indivíduo são sistematicamente organizados, classificados e utilizados para ranqueamento e segmentação de indivíduos. Ainda que alguns modelos sejam visíveis aos consumidores, como as avaliações em aplicativos de transporte ou comércio eletrônico, a maior parte dos critérios decisórios permanece oculta, estruturada por algoritmos que operam como verdadeiros “dossiês digitais” invisíveis. A partir desses perfis, as empresas conseguem segmentar seus consumidores de maneira altamente refinada, aplicando medidas automatizadas que resultam em tratamentos diferenciados conforme as características inferidas dos indivíduos. Essa segmentação pode se manifestar tanto na aceitação quanto na precificação do consumidor, alcançando desde a oferta de condições comerciais distintas – como preços personalizados, limites de crédito ou franquias de serviços – até a restrição de acesso a determinados produtos ou benefícios. Tais práticas, ainda que apresentadas sob a lógica da eficiência e personalização, podem ocultar formas sofisticadas de discriminação algorítmica, nas quais decisões relevantes são tomadas sem transparência, sem possibilidade de contestação e com potencial de exclusão injustificada de certos grupos sociais.

Embora os sistemas de pontuação algorítmica sejam frequentemente promovidos como instrumentos imparciais, capazes de substituir julgamentos humanos falíveis por análises objetivas, essa percepção é enganosa. Como advertem Citron e Pasquale (2015), tais sistemas devem ser encarados com cautela, especialmente quando produzem efeitos estigmatizantes ou excludentes. A aparência de neutralidade não elimina o fato de que são programados por seres humanos e, portanto, carregam consigo valores, pressupostos e vieses implícitos, afirma Citron (2008).

Além disso, os dados utilizados para alimentar esses sistemas muitas vezes contêm informações imprecisas ou tendenciosas, coletadas em contextos sociais marcados por desigualdades históricas, destaca também Citron (2008). Quando não submetidas a mecanismos

de revisão humana e transparência, essas decisões automatizadas tendem a consolidar padrões discriminatórios sob a aparência de eficiência técnica, dificultando o controle institucional e a responsabilização por seus efeitos.

Um dos aspectos mais preocupantes da lógica algorítmica é a capacidade que esses sistemas têm de não apenas diagnosticar, mas também de produzir os próprios efeitos que afirmam prever. Como observam Citron e Pasquale (2014), os modelos de pontuação baseados em dados comportamentais podem operar como profecias autorrealizáveis: ao classificarem negativamente determinados indivíduos com base em correlações estatísticas, acabam restringindo seu acesso a crédito, oportunidades de trabalho ou serviços essenciais.

Essa limitação, por sua vez, compromete a estabilidade econômica e social desses indivíduos, aprofundando as condições de vulnerabilidade que inicialmente motivaram a pontuação negativa. Nesse ciclo vicioso, os sistemas automatizados deixam de ser meramente descritivos para se tornarem atores normativos, capazes de reforçar e perpetuar desigualdades estruturais por meio de decisões automatizadas, muitas vezes imunes à revisão ou contestação.

No contexto específico do mercado de saúde suplementar, a lógica descrita por Citron e Pasquale (2014) manifesta-se de forma particularmente preocupante. Consumidores classificados como de alto risco por sistemas de formação de perfis comportamentais, em razão de características inferidas através de processamento de dados, poderiam passar a ser segmentados negativamente pelas operadoras, resultando em restrições de acesso, recusa de contratação ou oferta de planos com preços proibitivos.

Tal exclusão, por sua vez, reduz o acesso a serviços de prevenção e tratamento, agravando as condições de saúde desses indivíduos e, paradoxalmente, confirmando os perfis de risco que justificaram a discriminação inicial. Trata-se, assim, de um ciclo *autorreforçador* no qual a segmentação preditiva não apenas antecipa comportamentos futuros, mas os produz ativamente, transformando desigualdades sociais e sanitárias em justificativas técnicas para exclusão contratual.

A discriminação algorítmica distingue-se por sua forma indireta e frequentemente opaca de operar. Ainda que os sistemas automatizados não sejam projetados com a intenção de discriminar, eles se alimentam de bases de dados historicamente marcadas por desigualdades estruturais, reproduzindo padrões de exclusão já consolidados. Como alertam Mendes, Mattiuzzo e Fujimoto (2022), algoritmos podem tomar decisões com base em correlações estatísticas que podem refletir preconceitos históricos, reforçando desigualdades sociais sem que isso esteja explicitamente codificado no sistema. Trata-se, portanto, de uma forma sutil de discriminação, travestida de neutralidade técnica, que dificulta a responsabilização e a

reparação dos danos causados aos grupos afetados.

Nesse cenário, percebe-se que o fenômeno das decisões automatizadas assume especial relevância no setor de seguros, cuja lógica de funcionamento está diretamente vinculada à sustentabilidade econômica por meio da correta mensuração e distribuição dos riscos individuais. Como já observado, a viabilidade dos contratos securitários depende, em grande medida, da capacidade de identificar e segmentar os segurados com base em perfis de risco relativamente homogêneos, o que exige o acesso a informações detalhadas sobre os consumidores.

Portanto, tecnologias de modelagem preditiva e processamento massivo de dados oferecem soluções eficientes para enfrentar desafios clássicos desse mercado, como a assimetria de informação, a seleção adversa e o risco moral. Contudo, ao mesmo tempo em que permitem maior precisão na definição de prêmios e na formação de carteiras equilibradas, tais tecnologias também introduzem novos riscos. Classificações algorítmicas baseadas em inferências estatísticas podem restringir indevidamente o acesso a produtos e serviços, penalizando consumidores identificados como de maior risco com base em dados, sensíveis ou não, ou socialmente marcados. Assim, práticas orientadas pela eficiência podem, na ausência de salvaguardas jurídicas adequadas, resultar em discriminações indiretas, bem como reforçar desigualdades estruturais e comprometendo os princípios de equidade, solidariedade e justiça que deveriam orientar a oferta de serviços em mercados regulados.

Quando os critérios adotados por sistemas automatizados resultam na exclusão de indivíduos do acesso a bens e serviços essenciais, como saúde, crédito, moradia ou educação, os impactos ultrapassam a mera esfera contratual e atingem diretamente a realização de direitos fundamentais. Dessa forma, a segmentação baseada em dados, se conduzida sem critérios de justiça e transparência, pode reforçar processos de marginalização social, aprofundar desigualdades já existentes, além de consolidar padrões de exclusão econômica e digital.

Consumidores considerados de alto risco por razões estatísticas passam a ser sistematicamente desfavorecidos em decisões de grande relevância para a sua dignidade, como a contratação de um plano de saúde ou o acesso a condições mínimas de financiamento. Nesse contexto, o uso de tecnologias que visam à eficiência econômica, mas que desconsideram os efeitos discriminatórios de suas decisões, pode inviabilizar o exercício de direitos constitucionalmente assegurados, como o direito à saúde, à igualdade, à não discriminação e à inclusão social. É nesse ponto que a atuação regulatória e a responsabilização jurídica ganham centralidade, a fim de assegurar que os avanços tecnológicos não sejam convertidos em instrumentos de perpetuação da exclusão.

No contexto da saúde suplementar, os riscos associados às decisões automatizadas tornam-se especialmente críticos, dada a natureza essencial dos serviços envolvidos e a já reconhecida vulnerabilidade dos consumidores nesse mercado. Sistemas de segmentação algorítmica aplicados à precificação, à definição de coberturas e à admissão de beneficiários podem comprometer o acesso à saúde por meio de mecanismos opacos e potencialmente discriminatórios, aprofundando desigualdades socioeconômicas preexistentes.

Tais práticas não apenas dificultam a contratação de planos por determinados grupos, como podem inviabilizar, na prática, o exercício de direitos, como o direito à saúde, à igualdade e à proteção contra o tratamento abusivo nas relações de consumo. Diante disso, é imprescindível investigar como essas tecnologias operam e quais distorções são capazes de produzir, além de avaliar os limites normativos e institucionais do ordenamento jurídico frente a tais desafios.

A emergência dessa questão é evidenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), ao publicar o relatório *Ethics & Governance of Artificial Intelligence for Health*, no qual alerta para os riscos éticos e de discriminação associados ao uso de sistemas de inteligência artificial (IA) em saúde, especialmente em sistemas preditivos aplicados ao setor de seguros e assistência médica. O documento enfatiza que, embora essas tecnologias possuam grande potencial para ampliar eficiência, diagnóstico e acesso à saúde, é imprescindível que princípios como transparência, responsabilidade, equidade e respeito aos direitos humanos estejam no centro de sua concepção, implementação e regulação.

Para que essa análise seja adequadamente conduzida, é necessário voltar o olhar ao funcionamento estrutural do mercado de saúde suplementar e à trajetória histórica de sua regulação, não com o propósito de abordar exaustivamente o funcionamento do setor ou reconstruir em detalhe sua formação, mas de identificar as origens dos conflitos recorrentes entre consumidores e fornecedores, bem como contextualizar as razões pelas quais tais disputas se tornaram estruturais e persistentes ao longo do tempo.

Trata-se de um setor marcado por acentuadas assimetrias informacionais, por práticas recorrentes de exclusão, segmentação indevida, rescisões unilaterais de contratos e outras condutas abusivas, que historicamente motivaram a intervenção estatal e a criação de um arcabouço normativo protetivo. Compreender esse cenário é fundamental para contextualizar os riscos trazidos pela introdução de sistemas de segmentação baseados em formação de perfis comportamentais e avaliar em que medida tais ferramentas tecnológicas podem agravar os padrões de conduta que historicamente justificaram uma regulação mais rigorosa. É a partir dessa

perspectiva que se estrutura o próximo capítulo, voltado à análise do funcionamento, desenvolvimento, dos conflitos e da lógica regulatória do setor.

3. MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: CONFIGURAÇÃO, EVOLUÇÃO, CONFLITOS E REGULAÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo examinar a configuração e a formação do mercado de saúde suplementar no Brasil, os desequilíbrios nas relações contratuais que o caracterizam, bem como os avanços e limitações de seu processo regulatório. Busca-se contextualizar criticamente as práticas atuais das operadoras desse segmento econômico, com especial atenção às condutas abusivas em detrimento dos consumidores, às dinâmicas de evasão regulatória e aos impactos dessas condutas sobre os direitos dos contratantes.

Tal análise é fundamental para a compreensão dos desafios contemporâneos impostos pela crescente incorporação de tecnologias de processamento de dados e de sistemas de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais para a segmentação de consumidores. O debate parte da premissa de que esse mercado, historicamente, tem adotado práticas voltadas a dificultar o uso efetivo dos serviços pelos consumidores, em favor da maximização do lucro, lógica excludente que tende a se intensificar com o uso de tecnologias avançadas de análise comportamental e automação decisória.

Ao explorar os elementos históricos, institucionais e econômicos que moldaram o desenvolvimento da saúde suplementar e a atuação regulatória estatal, o capítulo fornece as bases necessárias para avaliar criticamente, nos capítulos seguintes, a suficiência e a efetividade dos instrumentos jurídicos atualmente disponíveis para mitigar os riscos de discriminação algorítmica associados às práticas de formação de perfis comportamentais.

3.1 Marco constitucional, regulação e estrutura da saúde pública e da saúde suplementar no Brasil

A concepção da saúde como um direito constitucional fundamental é relativamente recente no ordenamento jurídico brasileiro, tendo ganhado centralidade a partir da promulgação da Constituição de 1988. Antes disso, as previsões constitucionais sobre o tema eram superficiais e não reconheciam expressamente a saúde como um direito fundamental, tampouco impunham ao Estado a obrigação de garanti-la de forma universal e integral.

A Constituição de 1988 representou um marco na consolidação do direito à saúde no

Brasil, alçando-o expressamente à condição de direito social e fundamental. Nesse novo paradigma, estabeleceu-se o dever do Estado de formular e executar políticas públicas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando o acesso universal e igualitário aos serviços, ao lado da corresponsabilidade da sociedade na promoção da saúde coletiva.

A centralidade conferida à saúde pelo texto constitucional, expressa em uma seção própria dentro do título dedicado à ordem social, fundamenta-se no reconhecimento de que ela constitui um dos pressupostos essenciais não apenas para a efetivação do direito à vida, mas também para a realização de uma existência digna.

Diante desse contexto, ao buscar conciliar a garantia da plena prestação de serviços de saúde com a limitação dos recursos públicos, o constituinte originário, no art. 197 da Constituição Federal, qualificou a assistência à saúde como um serviço de relevância pública⁷. Tal definição abrange os serviços essenciais prestados à população, independentemente de serem executados por entes públicos ou privados, desde que submetidos à regulamentação e à fiscalização estatal.

Nesse contexto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu que a prestação de serviços públicos de saúde deve ocorrer, preferencialmente, de forma direta pelo Estado⁸. Entretanto, por se mostrar insuficiente à completude das necessidades da população, admite-se a atuação complementar da iniciativa privada, mediante critérios definidos em lei e sob controle estatal, o que se denomina por saúde complementar⁹.

Nesse sentido, é importante salientar que, embora a saúde complementar se refira à participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, esse setor integra o escopo da saúde pública. Tal inserção se evidencia pelo fato de que, conforme explica Baird (2020), cabe ao poder público regulamentar não apenas as normas de funcionamento, mas também os parâmetros de cobertura e os critérios de remuneração pelos serviços prestados de forma complementar pela iniciativa privada.

Paralelamente ao processo de afirmação do direito à saúde no ordenamento jurídico, e mesmo antes da consolidação de um sistema público estruturado nos moldes do século XXI, desenvolveu-se no Brasil o mercado de saúde suplementar. Conforme observa Ocké-Reis

⁷ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

⁸ Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

⁹ Art. 4º. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

(2012), esse setor é composto por operadoras de planos de saúde que atuam como intermediárias entre os consumidores e os prestadores de serviços. Tais operadoras exercem a função de "terceiro pagador", ao comercializar planos de pré-pagamento que viabilizam o acesso a serviços privados de saúde e protegem os beneficiários contra o risco financeiro decorrente de eventuais enfermidades.

Ressalta-se que a nomenclatura “saúde suplementar” pode gerar confusão entre aqueles que não estão familiarizados com o modelo brasileiro, uma vez que esse sistema não se destina, necessariamente, à oferta de serviços inexistentes no sistema público. Na realidade, o SUS garante cobertura abrangente e gratuita para a maior parte dos procedimentos médicos e o sistema suplementar atua de forma paralela ao sistema público. Nesse contexto, é fundamental reconhecer a peculiaridade do sistema de saúde brasileiro, que se revela *sui generis* tanto pela extensão territorial que abrange quanto pela diversidade de tratamentos e serviços oferecidos à população.

Conforme aponta Baird (2020, p. 29), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) considera que o Brasil não possui, tecnicamente, um sistema suplementar, já que esse tipo de sistema deveria cobrir exclusivamente serviços não ofertados pelo sistema público. Nesse sentido, por replicar, ainda que de forma restrita, os mesmos serviços disponibilizados pelo SUS, o modelo brasileiro seria mais adequadamente classificado como um sistema duplicado e reduzido, conforme a tipologia proposta por Werneck (2010, p. 13).

Esse fato, contudo, não diminui a relevância do mercado de saúde suplementar no contexto brasileiro. Como observam Scheffer e Bahia (2010, p. 21), seria razoável supor que esse setor ocupasse um papel secundário, por se tratar de um serviço oneroso prestado em paralelo ao Estado, que oferece cobertura semelhante de forma gratuita por meio do SUS. No entanto, para aproximadamente um quarto da população brasileira, a saúde suplementar não apenas complementa, mas assume papel protagonista no acesso aos serviços de saúde.

Pode-se afirmar que o mercado de saúde suplementar se tornou, na prática, um componente indispensável para a concretização do direito constitucional à saúde no Brasil. Conforme destacam Paulo Favaret Filho e Pedro Jorge de Oliveira (1990, p. 275), embora o sistema público tenha sido concebido como universal, sua formulação original não previa a utilização do SUS pelas classes média e alta. Assim, o Sistema Único de Saúde não foi idealizado para abarcar toda a população brasileira em sua integralidade, mas, sim, para atender

prioritariamente àqueles que não dispõem de recursos para custear a medicina liberal¹⁰ ou contratar planos de saúde privados¹¹.

Tal configuração resulta de décadas de sucateamento progressivo do sistema público de saúde, acompanhado do desenvolvimento e do incentivo estatal à saúde suplementar por parte do próprio Estado brasileiro. Como observa Menicucci (2007, pp. 61–67), essas políticas incluíram, inclusive, o financiamento da saúde suplementar com recursos provenientes do orçamento da previdência social, evidenciando uma escolha política que favoreceu a expansão do setor privado em detrimento do fortalecimento do SUS.

Como exemplifica Baird (2020, p. 29), desde a criação dos primeiros planos de saúde, entre as décadas de 1920 e 1930, até o ano de 1980, a arquitetura institucional do Estado brasileiro atribuía à Previdência Social, e não ao Ministério da Saúde, a responsabilidade pela assistência à saúde de caráter individual. Essa configuração reforçou a lógica previdenciária e contributiva na prestação dos serviços, em detrimento de uma abordagem universal e pública voltada à garantia do direito à saúde como dever estatal.

Nesse contexto, o sistema de saúde brasileiro pode ser dividido em dois grandes segmentos: a saúde pública, oferecida diretamente pelo Estado ou, quando necessário, de forma complementar pela iniciativa privada; e a saúde privada, formada pela saúde suplementar, viabilizada por planos de pré-pagamento, e pela medicina liberal, baseada na relação direta entre profissional e paciente.

Conforme explica Menicucci (2007), o desenvolvimento recente da política de saúde no Brasil fundamenta-se no formato institucional híbrido da prestação de assistência à saúde, que desde sua origem combina e articula mecanismos públicos e privados, refletindo escolhas históricas em favor de formas privadas de assistência.

Em relação ao mercado de saúde suplementar brasileiro, Almeida “identificam-se quatro principais modalidades de operadoras, cada uma com características organizacionais e funcionais distintas (ALMEIDA, 1998).

A medicina de grupo é caracterizada por empresas que operam planos de saúde por meio de redes próprias ou credenciadas de serviços médicos. Nesse modelo, há uma combinação entre serviços próprios e contratados, com diferentes níveis de acesso conforme o plano

¹⁰ A medicina liberal se caracteriza pela prestação de serviços médicos mediante pagamento direto por parte dos usuários, configurando-se, assim, como um serviço de natureza mercantil, explica Almeida (1998, p. 6).

¹¹ Esta modalidade consiste na compra de serviços pelos consumidores, podendo envolver intermediação de terceiros, como medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras, ensina Almeida (1998, p. 6).

adquirido. Trata-se de uma modalidade predominantemente voltada à classe média e aos trabalhadores formais.

As cooperativas médicas, por sua vez, constituem organizações em que os próprios médicos figuram como sócios e prestadores de serviços. A remuneração é realizada de forma proporcional à produção individual de cada profissional, usualmente calculada com base na tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). A UNIMED é apontada como o principal exemplo dessa modalidade, com atuação em âmbito nacional.

Os planos próprios das empresas referem-se a programas de assistência médica organizados pelas próprias empregadoras para atender exclusivamente seus funcionários. A gestão desses planos pode ser realizada de forma direta, por meio da autogestão, ou delegada a terceiros, na modalidade de cogestão.

Por fim, o seguro-saúde constitui uma modalidade em que uma entidade seguradora atua como intermediária financeira, assumindo o compromisso de cobrir ou reembolsar os custos da assistência médica de acordo com os termos estabelecidos na apólice contratual. As seguradoras, nesse modelo, não prestam diretamente os serviços de saúde, limitando-se à cobertura financeira dos eventos previstos no contrato firmado com o segurado.

Além disso, deve-se esclarecer que os planos de saúde individuais e coletivos, que serão mencionados adiante, não constituem modalidades distintas de operadoras, mas sim formas de contratação que podem ser estruturadas dentro das categorias anteriormente descritas. A configuração desses planos depende do modelo de gestão adotado, da natureza da operadora ou seguradora responsável e do perfil dos beneficiários envolvidos.

O panorama apresentado evidencia a complexidade do sistema de saúde brasileiro, especialmente no que diz respeito ao papel da saúde suplementar, que, embora concebida como subsidiária ao sistema público, assumiu posição de protagonismo para uma parcela expressiva da população, como será evidenciado adiante. Essa peculiaridade do modelo nacional, marcado pela duplicidade de sistemas e pela histórica dependência do setor suplementar, tem raízes em decisões políticas e econômicas adotadas desde as primeiras décadas do século XX.

Para compreender adequadamente essa configuração e seus desdobramentos contemporâneos, torna-se necessário examinar a trajetória histórica da saúde suplementar no Brasil, não com o propósito de reconstituir em detalhe sua evolução normativa, mas sim de demonstrar como essa dependência se consolidou ao longo do tempo e por que esse fenômeno abriu amplo espaço para conflitos recorrentes entre consumidores e fornecedores do setor, além de expor esses indivíduos a riscos e abusos persistentes. Assim, vale dizer que essas eventuais soluções regulatórias para os problemas identificados exigem necessariamente o conhecimento de como

esse mercado se estruturou historicamente, dos atores que influenciam sua dinâmica regulatória e dos condicionantes institucionais que moldam sua evolução.

3.2 Trajetória histórica e da consolidação da dependência estrutural da saúde suplementar

A compreensão do desenvolvimento histórico da saúde suplementar é essencial para a análise do modelo de assistência à saúde adotado no Brasil, caracterizado pela coexistência entre o sistema público e um setor privado consolidado, cuja atuação tem gerado conflitos recorrentes entre consumidores e operadoras. Essa análise torna-se ainda mais relevante diante do fato de que, apesar da consagração do direito à saúde pela Constituição de 1988, fruto de décadas de mobilização e luta social, como observa Carvalho (2003), o sistema público estruturado pelo SUS, como será demonstrado, não suprimiu a dependência histórica da população em relação ao setor suplementar, cuja centralidade já se fazia presente desde o período anterior à redemocratização.

Com efeito, embora a Constituição de 1988 tenha instituído um modelo público universal e integral de atenção à saúde, sua implementação foi marcada por desafios significativos, como limitações estruturais, operacionais e orçamentárias. Essas dificuldades contribuíram para a manutenção de um espaço privilegiado para a atuação das operadoras privadas. Estas, amparadas por um modelo historicamente consolidado, seguiram exercendo papel central na prestação de serviços médicos no país. Tal contexto reforça a urgência de compreender como esse setor se organizou historicamente, a fim de avaliar os impactos de suas práticas de segmentação e exclusão sobre o acesso efetivo à saúde.

Conforme explicam Silva Junior e Alves (2007), no cenário brasileiro, durante os primeiros anos da República, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos passaram a desenvolver campanhas voltadas ao combate de epidemias que assolavam o território nacional, como a febre amarela e a varíola. Esse modelo de intervenção evoluiu para uma política pública de saúde, mantendo-se, em certa medida, como forma predominante de ação estatal até os dias atuais. A partir da década de 1930, a saúde pública passou a estruturar-se de maneira mais permanente, com o objetivo de atender continuamente à população, ainda que limitada, à época, à prestação de serviços em centros e postos de saúde.

Desta maneira, a precariedade e a cobertura limitada da assistência estatal à saúde, especialmente nas primeiras décadas do século XX, a oferta de serviços médicos passou a integrar a pauta das reivindicações dos trabalhadores, juntamente com as políticas previdenciárias.

Nesse contexto, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), destinadas ao amparo previdenciário dos trabalhadores do setor privado. Conforme aponta Baird (2020), essas instituições ofereciam, além da cobertura previdenciária, serviços médicos aos trabalhadores e seus dependentes, representando um marco inicial na articulação entre previdência social e atenção à saúde no Brasil.

Na década seguinte, conforme relatam Silva Junior e Alves (2007), as Caixas de Aposentadoria e Pensões foram gradualmente transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), ampliando seu escopo de atuação de empresas específicas para categorias profissionais inteiras. Exemplos dessa nova configuração incluem o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), dos Comerciais (IAPC), dos Bancários (IAPB) e dos Industriários (IAPI). Esse novo modelo institucional possibilita uma expansão significativa da assistência à saúde, a qual consolida a vinculação entre a proteção previdenciária e a oferta de serviços médicos aos segurados.

A partir da década de 1940, com a intensificação do processo de industrialização no Brasil e o surgimento de grandes empresas, consolidou-se a oferta de assistência à saúde aos trabalhadores e seus dependentes como uma forma de benefício vinculado à relação de emprego. Conforme observa Figueiredo (2012), esse modelo foi fomentado pelas próprias empresas, que passaram a estruturar serviços médicos como parte de sua política de benefícios, reforçando a lógica de vinculação entre saúde e vínculo empregatício.

Como exemplos emblemáticos desse período, destacam-se os dois planos de saúde mais antigos em operação no país: a Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), criada em 1944, e a GEAP, instituída em 1945 com o objetivo de atender aos servidores públicos. Ambos os modelos, embora destinados prioritariamente ao funcionalismo público, refletiam de forma clara o contexto corporativista e meritocrático que predominava à época, conforme aponta Baird (2020), evidenciando a vinculação entre o acesso à assistência médica e a posição ocupada na estrutura do serviço público.

De acordo com Menicucci (2007), há uma relação intrínseca entre o mercado de trabalho e o acesso à assistência à saúde privada no Brasil, pois esta foi restrita à população economicamente ativa e seus dependentes. A autora ressalta que o desenvolvimento, ainda que incipiente, da assistência médica foi incorporado ao rol dos benefícios previdenciários, absorvendo as características estruturais da Previdência Social. Esse processo culminou na segmentação das clientela e na diferenciação dos serviços de saúde disponibilizados a distintos grupos de trabalhadores.

Neste sentido, vale dizer que se consolidou, assim, um modelo de assistência médica atrelado ao contrato formal de trabalho e à lógica securitária, em vez de pautado em princípios de universalidade e igualdade. Como consequência, parcelas significativas da população, especialmente os inativos, trabalhadores informais e grupos socialmente vulneráveis, passaram a depender exclusivamente da oferta pública restrita, majoritariamente limitada a centros e postos de saúde, o que reforçou a exclusão e a desigualdade no acesso aos serviços, como é possível ver na atualidade.

É possível identificar na contemporaneidade, reflexos da histórica vinculação entre a previdência social e a assistência à saúde, tanto na estrutura normativa quanto na configuração do mercado de saúde suplementar. Essa relação manifesta-se, por um lado, na própria organização do texto constitucional, em que os dispositivos dedicados à saúde e à previdência integram conjuntamente o capítulo da seguridade social, evidenciando sua origem comum e a interdependência entre essas políticas. Por outro lado, como eventualmente será tratado, observa-se a predominância dos planos coletivos no mercado suplementar, majoritariamente vinculados a relações formais de trabalho ou à condição de servidor público. Essa configuração perpetua uma lógica de acesso seletivo, em que o exercício de direitos fundamentais continua condicionado à inserção no mercado de trabalho formal.

Com a instauração do governo militar, o Decreto-Lei nº 72, de 1966, promoveu a unificação dos diversos Institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Embora a justificativa oficial para essa medida fosse a universalização da cobertura e a eliminação de diferenciações entre institutos, a centralização resultou, na prática, na supressão de benefícios corporativos anteriormente assegurados a categorias específicas de trabalhadores. O novo modelo instituiu um padrão uniforme de assistência, mas desconsiderou as especificidades e conquistas históricas de determinados grupos profissionais, comprometendo tanto a qualidade quanto o alcance dos serviços oferecidos aos consumidores, como explica Menicucci:

O caminho para a universalização de cobertura, apontado com a criação do INPS e a unificação de todos os institutos, com a correspondente eliminação das diferenciações entre eles, significou a implosão do arranjo corporativo que caracterizara o início da Previdência Social – o que só foi possível no governo militar, quando as bases do poder autoritário passaram a prescindir do apoio dos trabalhadores. Portanto, não foi o resultado de um movimento dos assalariados em torno da igualdade, os quais, em muitos casos, viram na unificação a perda de benefícios corporativos e se posicionaram contra ela (MENICUCCI, 2007, p. 69-70).

Neste contexto, embora o sistema de saúde suplementar vinculado à classe trabalhadora operasse segundo critérios meritocráticos e excluísse parcela significativa da população sem

vínculo empregatício formal, um eventual retorno ao modelo anterior apenas agravaria a sobrecarga já existente no incipiente sistema público de saúde à época.

Diante de uma demanda crescente por assistência médica, que superava amplamente a oferta disponível nos ambulatórios e hospitais credenciados, Baird (2020) esclarece que a previdência social passou, naquele período, a adotar a estratégia de contratar e conveniar serviços privados de saúde, em vez de expandir sua rede própria. Essa opção resultou na consolidação de um modelo de assistência privada sustentado com recursos públicos de natureza previdenciária.

De acordo com Scheffer e Bahia (2010), o crescimento do setor de saúde privado no Brasil está intrinsecamente relacionado às decisões adotadas pelos governos autoritários, que, ao promoverem a unificação dos institutos previdenciários, ampliaram a base populacional atendida e estimularam o mercado de serviços de assistência médica. Almeida (1998) complementa que esse processo foi viabilizado pela compra direta de serviços privados por parte do Estado e pela transferência da função de provisão para a iniciativa privada. Como consequência, conforme observam Silva Junior e Alves (2007), houve uma expressiva expansão da assistência médica privada, sustentada pelo financiamento estatal e pela intensificação da contratação de serviços hospitalares, o que culminou na proliferação de clínicas e hospitais privados em contraponto a um escasso serviço público.

Diante desse panorama, observa-se que o desenvolvimento do setor de saúde privada e suplementar no Brasil ocorreu sob forte influência de incentivos governamentais, paralelamente a um processo de retração dos investimentos públicos em saúde. Esse movimento se consolidou em um contexto em que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) somente viria a se concretizar em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080, evidenciando a ausência, até então, de um sistema público universalizado de atenção à saúde.

A combinação entre o enfraquecimento da rede estatal, a transferência de recursos públicos para o setor privado e a falta de alternativas públicas efetivas induziu a população, especialmente os trabalhadores formais e a classe média urbana, à busca pela saúde suplementar como única via viável de acesso contínuo e abrangente aos serviços médicos.

Nesse sentido, com a redemocratização do Estado brasileiro, a Constituição de 1988 marcou uma inflexão normativa ao reconhecer expressamente a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Segundo Menicucci (2007), o novo texto constitucional rompeu com a lógica meritocrática até então predominante, vinculada ao mercado de trabalho, e ampliou o acesso à assistência médica a toda a população, independentemente da existência de vínculo empregatício ou contribuição previdenciária.

Entretanto, Menicucci (2007) sustenta que, apesar das significativas transformações organizacionais, promovidas com a criação do SUS e das melhorias quantitativas e qualitativas na atenção pública, as mudanças legais não foram suficientes para romper com o modelo de atenção à saúde consolidado no país desde a década de 1960. O sistema permaneceu estruturado sob uma lógica mista, articulando setores público e privado de forma assimétrica, de modo que a alteração constitucional, embora relevante do ponto de vista normativo, não produziu uma mudança estrutural profunda na forma de organização e acesso à assistência à saúde.

Paralelamente a esse processo, embora a Constituição de 1988 tenha inaugurado a universalização do direito à saúde, posteriormente regulamentada pela promulgação da Lei nº 8.080, de 1990, a mesma década foi marcada, segundo Carvalho (2003), pela intensificação da globalização econômica e pela consolidação do projeto hegemônico neoliberal, orientado pela lógica do “Estado mínimo”. Nesse contexto, fortaleceu-se uma concepção da saúde como bem de consumo individual, acessível de acordo com as condições financeiras de cada cidadão, em contraste com a proposta constitucional de garantia universal e igualitária.

Diante desse cenário, Menicucci (2007) revela que a recessão econômica vivenciada pelo Estado brasileiro no período pós-redemocratização contribuiu para o fortalecimento de diretrizes neoliberais, comprometendo, em diversos aspectos, a efetivação do projeto universalista de saúde previsto na Constituição. Isso porque a implementação plena desse modelo exigiria um aumento substancial dos recursos públicos destinados ao setor, a fim de atender à crescente demanda populacional e às novas atribuições conferidas ao Estado. No entanto, tal expansão se revelou inviável diante das severas restrições fiscais e da orientação político-econômica adotada à época.

Outro fator que impulsionou o crescimento da saúde suplementar no Brasil foi a ausência de regulamentação específica durante a década seguinte à promulgação da Constituição Federal de 1988. Conforme Baird (2020), embora o texto constitucional tenha estabelecido diretrizes gerais para os sistemas público e complementar, não houve menção expressa à saúde suplementar. Essa omissão decorreu, entre outros fatores, da expectativa de que o setor privado perderia relevância com a consolidação do sistema universal de saúde – uma previsão que se revelou equivocada, já que o próprio SUS foi concebido com margem para a atuação complementar da iniciativa privada.

Tal vácuo regulatório ficou particularmente evidente no fato de que, enquanto a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990) estabeleceu as bases normativas para a organização e o funcionamento do sistema público de saúde, o segmento da saúde suplementar permaneceu

à margem de regulamentação específica até a promulgação da Lei nº 9.656, de 1998, popularmente conhecida como Lei dos Planos de Saúde.

Diante do contexto histórico apresentado, constata-se que atribuir o crescimento da saúde suplementar no Brasil exclusivamente ao suposto fracasso do sistema público de saúde constitui uma leitura simplista e reducionista. Na realidade, a expansão desse setor resulta de um processo histórico de fortalecimento da iniciativa privada na área da saúde, sustentado por sucessivos incentivos estatais e pelo persistente subfinanciamento das políticas públicas de saúde.

Menicucci (2007) nos mostra que as decisões governamentais relativas à assistência à saúde no âmbito das instituições previdenciárias, especialmente a partir das décadas de 1930 e 1960, promoveram uma articulação peculiar entre os setores público e privado, favorecendo de maneira significativa a expansão deste último. A autora ressalta que, em um cenário marcado pela forte presença de interesses privados na gestão previdenciária, tais políticas estabeleceram um ciclo de dependência crescente do sistema público em relação à iniciativa privada.

Diante disso, vale dizer também que, conforme observam Paulo Faveret Filho e Pedro Jorge de Oliveira (1990), o modelo brasileiro de universalização da saúde não foi concebido considerando a efetiva utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas classes média e alta, fenômeno que os autores denominaram de “universalização excludente”. Nesse arranjo, partia-se da premissa de que os estratos sociais com maior poder aquisitivo continuariam a recorrer à medicina liberal ou aos serviços oferecidos pelo setor de saúde suplementar.

Essa constatação é reforçada pelo fato de que, conforme Menicucci (2007), em meados de 1997, o Ministério da Saúde adotou uma postura controversa ao questionar abertamente o princípio da universalidade e da gratuidade do SUS. Na ocasião, o órgão passou a defender que o sistema público de saúde deveria restringir seu atendimento exclusivamente à população economicamente vulnerável, posição que culminou na apresentação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC 32-A) ao Congresso Nacional.

A proposta visava suprimir o caráter universal do SUS, mas acabou sendo retirada após a rejeição de seu relator e a constatação de sua baixa viabilidade política. A autora destaca que, embora essa tentativa de alteração constitucional não tenha sido levada adiante, sua simples proposição, menos de uma década após a promulgação da Constituição de 1988 e a instituição da reforma sanitária, já indicava uma inflexão importante na orientação do Poder Executivo, que sinalizava o retorno a um modelo híbrido e dual de atenção à saúde.

Ainda segundo Menicucci (2007), os debates travados no Congresso Nacional à época eram permeados por uma narrativa que justificava e incentivava a expansão do setor privado de

saúde. O argumento central sustentava que o crescimento dos planos e seguros de saúde constituía uma consequência natural – e até desejável – do precário funcionamento do sistema público, uma vez que supostamente contribuiria para aliviar a sobrecarga do SUS.

A autora observa que, embora não houvesse proposições legislativas explícitas voltadas ao enfraquecimento do sistema público, a lógica subjacente às discussões parlamentares revelava uma estratégia deliberada: fortalecer o setor privado de saúde, relegando ao SUS a função residual de atender exclusivamente à população sem capacidade financeira para contratar serviços privados. Tal direcionamento consolidava um modelo de atenção segmentado por classe social, em flagrante contradição com o princípio constitucional da universalidade do direito à saúde.

Esses debates parlamentares refletiam mais do que apenas uma crítica à eficiência do sistema público de saúde. Indicavam uma mudança estrutural na concepção do papel do Estado brasileiro. Ao promoverem a expansão da saúde suplementar como uma resposta legítima à crise do SUS, os discursos políticos da década de 1990 passaram a naturalizar a segmentação social no acesso à saúde. Em vez de reforçar o princípio constitucional da universalidade, consagrado na Carta de 1988, consolidava-se a ideia de que a saúde pública deveria atender apenas à população pobre, enquanto os demais recorreriam ao mercado. Como destaca Carvalho (2003), tal orientação revela a ambivalência do Estado brasileiro, que, mesmo após a redemocratização, oscilava entre a ampliação de direitos sociais e a reprodução de lógicas excludentes típicas do período autoritário.

Dados do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB/ANS/MS, 2024) indicam que, em setembro de 2024, o número de beneficiários de planos de saúde, considerando todas as Unidades da Federação, regiões metropolitanas e capitais, totalizava 51.481.212 (cinquenta e um milhões, quatrocentos e oitenta e um mil, duzentos e doze) pessoas. Esse contingente correspondia a aproximadamente 23,79% da população brasileira estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (IBGE, 2024) em julho do mesmo ano.

Nesse cenário, Baird (2020) afirma que tais números ressaltam que o Brasil ocupa a posição de segundo maior mercado de planos de saúde do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA), país em que o financiamento e a cobertura dos serviços de saúde são realizados, predominantemente, pelo setor privado.

Diante desse panorama, evidencia-se que o processo histórico de consolidação da saúde suplementar no Brasil, impulsionado por décadas de incentivos estatais e pelo persistente subfinanciamento das políticas públicas de saúde, resultou em uma profunda dependência da população brasileira em relação ao setor privado de assistência médica. A ausência de um sistema

público robusto e plenamente universalizado, somada à vinculação histórica entre o direito à saúde e o vínculo empregatício formal, conformou um modelo no qual amplas parcelas da sociedade passaram a recorrer aos planos de saúde privados não apenas como alternativa, mas como necessidade.

Esse contexto favoreceu o crescimento do poder de mercado das operadoras, que, atuando com considerável autonomia e liberdade regulatória, adotaram práticas voltadas à maximização de lucros em detrimento da efetiva proteção dos consumidores. Em vez de assegurarem o acesso pleno e contínuo aos serviços de saúde, muitas empresas passaram a implementar estratégias de segmentação e exclusão, negando coberturas, restringindo o uso dos serviços e aprofundando desigualdades no acesso ao direito à saúde.

A fragilidade normativa e as acentuadas assimetrias informacionais entre operadoras e consumidores criaram um ambiente propício à proliferação dessas condutas abusivas, o que, por sua vez, gerou intensa pressão social e política pela criação de um marco regulatório mais pujante e protetivo. A partir desse contexto, delineou-se o processo de regulamentação da saúde suplementar, cujos avanços e desafios persistentes serão examinados na seção seguinte.

3.3 Processo de regulamentação da saúde suplementar: avanços, conflitos e desafios persistentes

A análise do processo de regulamentação do setor de saúde suplementar é fundamental para compreender os mecanismos jurídicos e institucionais que buscaram responder aos conflitos históricos entre operadoras e consumidores, bem como os limites dessas respostas frente às práticas abusivas recorrentes. Esse exame é particularmente relevante para o objeto deste trabalho, pois permite identificar em que medida o arcabouço regulatório vigente tem sido capaz, ou não, de enfrentar as estratégias abusivas, incluindo a exclusão e segmentação indevida dos consumidores que caracterizam o funcionamento desse mercado.

Ao reconstituir os avanços normativos, as disputas entre atores institucionais e os desafios persistentes da regulação, torna-se possível avaliar se os instrumentos atualmente disponíveis são suficientes para conter ou mitigar eventuais discriminações geradas pela adoção de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais. Assim, o estudo da trajetória regulatória não apenas esclarece a origem das assimetrias estruturais do setor, como também oferece subsídios essenciais para a análise crítica das limitações do modelo regulatório frente às transformações tecnológicas contemporâneas.

Um ano após a promulgação da Constituição Federal de 1988, teve início o movimento

de regulamentação do setor de saúde suplementar, 1989. Este foi marcado por intensas disputas de interesse entre os diversos atores envolvidos. A tentativa de estabelecer um marco normativo para o setor emergiu em um contexto de expansão acelerada dos planos de saúde, somado à crescente pressão por maior controle público sobre as operadoras, cuja atuação até então ocorria de forma pouco supervisionada. Assim, diferentes segmentos, incluindo entidades empresariais, representantes do funcionalismo público, instituições de proteção aos consumidores, profissionais da saúde e órgãos governamentais, passaram a disputar protagonismo na definição das diretrizes que norteariam o novo regime regulatório.

De acordo com Almeida (1998), o primeiro esforço regulatório sobre o setor de saúde suplementar foi conduzido pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que atuava com o objetivo de controlar os preços em um contexto de elevada inflação e enfrentar a evasão fiscal associada às isenções tributárias usufruídas por muitas empresas sob a justificativa de seu caráter filantrópico. A estratégia adotada consistia na imposição de regras financeiras que visassem não apenas corrigir essas distorções, mas também garantir a competitividade das operadoras e fomentar o crescimento sustentado do setor.

Segundo Baird (2020), para alcançar os objetivos propostos, a SUSEP defendeu a uniformização das diferentes modalidades de assistência – como cooperativas de saúde, autogestões e seguro-saúde – de modo a consolidar parâmetros regulatórios comuns. No entanto, tal proposta enfrentou forte resistência da Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), que alegava que a medida promoveria a homogeneização forçada do setor e teria como efeito prático a cartelização do mercado.

Paralelamente, a promulgação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) trouxe à tona a necessidade de maior proteção aos consumidores, intensificada pelas recorrentes denúncias de práticas abusivas cometidas pelas operadoras de planos de saúde. Nesse sentido, Baird (2020) afirma que as organizações de defesa do consumidor estabeleceram uma aliança com a classe médica com o objetivo de pressionar o Conselho Federal de Medicina (CFM) a editar uma resolução que garantisse o atendimento a todas as doenças classificadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-OMS). Tal articulação visava ampliar a cobertura assistencial e coibir práticas restritivas adotadas pelas operadoras de planos de saúde, que frequentemente negavam tratamentos sob a justificativa de ausência de previsão contratual.

Em tempo, vale dizer também que, segundo Menicucci (2007) e Baird (2020), o Ministério da Saúde passou a defender a obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde nos casos em que seus beneficiários fossem atendidos pela

rede pública ou conveniada. Tal posicionamento surgiu em resposta às recorrentes denúncias de que essas empresas negavam atendimentos, especialmente os de maior complexidade ou custo elevado, e encaminhavam seus consumidores ao sistema público para a realização dos procedimentos, transferindo, assim, os encargos financeiros ao Estado.

Diante desse cenário de múltiplas demandas por regulação, Menicucci (2007) relata que, a partir de 1996, a Câmara dos Deputados passou a exercer papel central nas discussões sobre a regulamentação do setor de saúde suplementar, com a criação de uma comissão especial para análise do projeto originado no Senado. Durante os trabalhos dessa comissão, tornaram-se evidentes as distintas posições entre os diversos atores envolvidos. As medicinas de grupo, por exemplo, inicialmente defendiam a autorregulação do mercado, embora tenham admitido a possibilidade de criação de uma entidade reguladora, desde que esta não interferisse nas relações contratuais, particularmente nas questões de cobertura e precificação dos planos.

Por outro lado, as operadoras de autogestão, por sua vez, participaram de forma limitada das discussões, mas reivindicaram tratamento diferenciado, sob o argumento de que, por não comercializarem planos, não deveriam ser submetidas ao mesmo marco regulatório. Já as “UNIMEDs” expressaram sua oposição ao projeto ausentando-se dos debates, justificando que as cooperativas médicas já se encontravam suficientemente reguladas por legislação própria.

Nesse contexto de disputas entre distintos interesses, conforme esclarece Bahia (1999), após articulação conduzida pelo então ministro da Saúde, José Serra, foi aprovado um projeto de regulamentação que buscava equilibrar dois objetivos centrais, quais sejam: preservar aspectos da agenda econômica e, simultaneamente, expandir os direitos dos consumidores na área assistencial.

O resultado foi a promulgação da Lei nº 9.656/1998, que instituiu importantes avanços regulatórios, como a ampliação da cobertura assistencial; a revisão das políticas de exclusão de transplantes de órgãos; a criação de novas regras para reajuste de preços dos planos destinados a pessoas com mais de 60 anos; a reavaliação da cobertura para doenças e lesões preexistentes; e a adoção de um modelo institucional bipartite de regulação.

Nesse modelo, as competências foram distribuídas entre dois ministérios: ao Ministério da Saúde couberam as atribuições relacionadas às questões assistenciais; ao Ministério da Fazenda, a responsabilidade pelos aspectos econômico-financeiros. Adicionalmente, conferiu-se ao Ministério da Saúde a competência para regular a entrada de capital estrangeiro no setor, fixar os critérios de ressarcimento ao SUS e garantir a manutenção da cobertura para aposentados e ex-empregados.

Conforme explica o Ministro Luis Felipe Salomão (2022, EREsp 1.886.929, fl. 812),

entre as principais inovações trazidas pela Lei nº 9.656/1998, destaca-se a obrigatoriedade de obtenção de autorização de funcionamento pelas operadoras de planos de saúde, bem como o registro compulsório de seus contratos na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade reguladora, incluindo tanto os conteúdos atuariais quanto as cláusulas de cobertura. Essas exigências representaram avanços significativos no controle institucional do setor, estabelecendo novos parâmetros de transparência, fiscalização e proteção ao consumidor no mercado de saúde suplementar.

Com a implementação da Lei nº 9.656/1998 e o conseqüente estabelecimento de regras mais rigorosas para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, como a exigência de cobertura mínima e o controle sobre os reajustes, a Confederação Nacional de Saúde (CNS), entidade representativa dos prestadores de serviços no Brasil, ajuizou, ainda em 1998, a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 1.931) perante o Supremo Tribunal Federal (STF). O objetivo era contestar a constitucionalidade de diversos dispositivos da referida norma, sob o argumento de que, ao regulamentar o seguro-saúde, a lei integraria o Sistema Financeiro Nacional, exigindo, portanto, edição por meio de lei complementar. Alegava-se, ainda, que três grupos de dispositivos seriam inconstitucionais: os relativos à exigência de autorização, às normas de funcionamento e à atuação do órgão fiscalizador.

O ministro Maurício Corrêa, relator do processo, considerou que a lei estava, em sua maioria, em conformidade com a ordem jurídica, reconhecendo como constitucionais elementos fundamentais, como a cobertura mínima obrigatória e o ressarcimento ao SUS, os quais permanecem válidos até os dias atuais. Contudo, em outubro de 1999, foi concedida liminar que restringiu a aplicação da norma aos contratos celebrados após sua entrada em vigor. Tal decisão foi confirmada pelo plenário do STF em 2003, assegurando o direito adquirido dos contratos anteriores. Com isso, a recém-criada ANS passou a ter competência regulatória apenas sobre os planos firmados a partir de 1999 (STF, 2003).

Nesse contexto, explica Baird (2020) que a divisão da regulamentação do setor de saúde suplementar entre dois ministérios – Fazenda, por meio da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), e Saúde – gerava entraves significativos tanto para a fiscalização quanto para a formulação de normas, dada a frequente divergência de interesses entre essas pastas.

Diante dessa problemática e considerando a experiência positiva da recém-criada Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), vinculada ao Ministério da Saúde, surgiu a proposta de instituir uma agência reguladora específica para o setor de saúde suplementar, com a finalidade de pôr fim ao modelo bipartite de regulação. Essa proposta foi concretizada com a criação da ANS, inicialmente por meio da Medida Provisória nº 2.012, de 1999,

posteriormente convertida na Lei nº 9.961, de 2000.

Nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, a ANS exerce funções de regulação, normatização, controle e fiscalização do setor, com o objetivo de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Nesse papel institucional, a ANS disciplina a atuação das operadoras de planos de saúde, inclusive no tocante às suas relações com prestadores de serviços e consumidores, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento das ações de saúde no país e para o equilíbrio do sistema suplementar.

Dentre as diversas justificativas que impulsionaram a necessidade de regulação do setor de saúde suplementar, destaca-se a recorrência de problemas enfrentados pelos consumidores dos planos de saúde. Nesse contexto, Fernandes (2021) revela que, antes da regulamentação implementada nos últimos anos da década de 1990, era recorrente a prática de abusos por parte das operadoras, em claro prejuízo aos consumidores. Esses enfrentavam uma série de dificuldades, como reajustes arbitrários e desproporcionais, descumprimento de cláusulas contratuais, negativas injustificadas de tratamentos, internações e exames, além da presença de cláusulas excludentes que impediam a cobertura de determinadas doenças, restringindo o acesso à assistência integral. Tais práticas, amplamente denunciadas por entidades de defesa do consumidor e por órgãos públicos, evidenciaram a urgência de um marco regulatório capaz de assegurar maior transparência, previsibilidade e proteção aos beneficiários.

A essa discussão, acrescenta Baird (2020) que, contemporaneamente à promulgação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), especificamente em 1990, os consumidores de planos de saúde enfrentavam uma série de problemas relacionados à saúde suplementar. As principais dificuldades estavam associadas a restrições de cobertura e aumentos abusivos nos preços dos planos. Entre as práticas mais recorrentes, destacavam-se reajustes desproporcionais por faixa etária; prazos excessivos de carência, que em alguns casos chegavam a 36 meses – período superior à vigência contratual; limitação na realização de procedimentos e terapias; bem como restrição no número de dias de internação, com tetos máximos de 20 dias por ano para leitos comuns e 7 dias anuais para internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Em 1996, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) realizou aquele que, até então, foi o mais abrangente estudo voltado a proporcionar uma visão geral sobre o sistema privado de saúde no Brasil, com o objetivo de identificar e documentar os principais problemas enfrentados pelos consumidores no acesso e na utilização dos planos de saúde.

Após 5 anos de vigência do Código de Defesa do Consumidor, constatou-se que a situação do consumidor diante dos planos de saúde pouco mudou, ou quase nada mudou. As empresas continuam a inserir em seus contratos cláusulas abusivas, que afrontam os direitos do consumidor, perpetuando o estado de insegurança instaurado

pela falência do sistema público de saúde. A análise feita checkou os itens oferecidos nos contratos como hospedagem, vigência, abrangência, carências, exclusões e limitações. Também foram analisados os preços praticados pelos PSS. Na análise dos contratos, foi estudado também o limite de idade, rede credenciada, limite de internação, limite para tratamentos, comunicação em 24 horas em casos de internação por emergência, exclusões de doenças pré-existentes, reajuste das mensalidades e dos prêmios, vigência e cancelamento dos contratos, responsabilidade das empresas pelos atos de seus profissionais credenciados. Este estudo também revelou e elencou uma série de informações que não chegam ao consumidor, trazendo armadilhas contratuais que levam à falta de cobertura ou exclusão no atendimento; com isso, o consumidor, que paga por um benefício, fica na mão na hora de se utilizar do plano. Muitas das restrições impostas pelas empresas infringem o Código de Defesa do Consumidor e podem ser questionadas na Justiça. As seguradoras bem ou mal são fiscalizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mas as outras empresas prestadoras de serviços de assistência médica não estão sujeitas a qualquer tipo de controle oficial. Hoje, a prática de credenciar e descredenciar médicos, hospitais e laboratórios é direito das empresas, assim como rescindir unilateralmente os contratos, limitar o tempo de internação no hospital, enfim, são regras que vão contra o Código de Defesa do Consumidor, que considera nulas as cláusulas que "colocam o consumidor em desvantagem exagerada", como aquelas que autorizam ao fornecedor a modificação unilateral do contrato, sem a concordância do consumidor, e que restringem direitos fundamentais que estão ligados à natureza do contrato (IDEC, 1996).

Em face dessa situação, afirmam Carvalho e Cecílio (2023) que, entre os anos de 1992 e 1996, as queixas contra planos e seguros de saúde figuravam entre as cinco principais causas de reclamação junto às Fundações de Defesa e Proteção do Consumidor (PROCON) nas cidades de São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro. Ademais, Carvalho (2023, p. 43) acrescenta que, entre 1989 e agosto de 1997, a Fundação PROCON-SP foi procurada por mais de 83 mil consumidores com dúvidas ou problemas relacionados a convênios médicos e seguros de saúde. Nesse período, observou-se um crescimento expressivo de 179,52% na procura por atendimento junto ao órgão.

Eurípedes Balsanufu Carvalho (2003) mostra que o Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências, constituído por 29 entidades e movimentos nacionais que representam pessoas com condições como HIV/AIDS, diabetes, insuficiência renal crônica, hanseníase, além de diversas deficiências auditivas, visuais e motoras, destacou que, embora a maioria dos indivíduos por ele representados fosse atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aqueles que possuíam planos privados de saúde enfrentavam restrições de atendimento decorrentes da ausência de cobertura para doenças pré-existentes, condições infecciosas ou deficiências congênitas. Além disso, indivíduos com essas mesmas condições que buscavam aderir a planos de saúde privados deparavam-se com as mesmas limitações discriminatórias.

Ressalta-se que as críticas às práticas abusivas dos planos de saúde não se limitavam à sociedade civil e às entidades de defesa do consumidor. Conforme observa Menicucci (2007), também no âmbito do Congresso Nacional a oposição parlamentar, alinhada à defesa de um

sistema público universal de saúde, denunciava com veemência o que classificava como “parasitismo do setor privado no SUS”. Essa prática manifestava-se por meio de diferentes formas de apropriação indevida de recursos públicos.

Três aspectos principais eram alvo das críticas: em primeiro lugar, a seletividade dos atendimentos realizados pelas operadoras, que direcionavam ao SUS os procedimentos menos lucrativos; em segundo, o acesso privilegiado de consumidores de planos privados à rede pública, viabilizado pela atuação simultânea de profissionais médicos nos dois setores; e, por fim, a privatização velada da estrutura pública, notadamente em hospitais universitários, que prestavam atendimento a beneficiários de planos de saúde por meio de convênios, como forma de captar recursos. Tais práticas, segundo a bancada opositora, representavam uma grave distorção do princípio da universalidade e evidenciavam o uso indevido da estrutura pública em benefício do setor privado.

Sobre este assunto, elucida Carvalho (2003) que o mercado de serviços privados de saúde apresenta especificidades que o distinguem de outros setores de serviços. Nesse contexto, o consumidor não exerce plena soberania ou autonomia na decisão de quando e se utilizar desses serviços, ao contrário do que pressupõe o paradigma clássico do consumo voluntário, sendo frequentemente compelido a consumi-los em situações de necessidade ou emergência.

Além disso, suas opções de escolha costumam ser bastante limitadas, seja quanto ao prestador, seja quanto à natureza e ao tipo do serviço, muitas vezes sem dispor de informações adequadas sobre aquilo que está sendo adquirido. Essa assimetria informacional e a dependência técnica frente aos profissionais e instituições prestadoras evidenciam a existência de uma relação de consumo estruturalmente desigual. Tornou-se, assim, imprescindível a intervenção estatal para disciplinar o funcionamento desse mercado e assegurar a proteção dos direitos dos consumidores, coibindo práticas abusivas e promovendo maior equilíbrio nas relações contratuais.

A atuação de diversas operadoras de planos de saúde foi marcada por estratégias voltadas à precarização da cobertura assistencial e à transferência de riscos e obrigações contratuais, com o objetivo de maximizar seus lucros. Essa lógica mercadológica, centrada na rentabilidade em detrimento da proteção dos consumidores, gerou um ambiente de elevada assimetria nas relações contratuais e de recorrência de práticas abusivas. Tais distorções evidenciaram a necessidade premente de um arcabouço regulatório robusto, capaz de disciplinar o funcionamento do setor e assegurar um padrão mínimo de proteção aos beneficiários de planos de saúde.

Nesse contexto, pode-se afirmar que as medidas de maior impacto positivo para os

consumidores, advindas da promulgação da Lei nº 9.656/1998, concentraram-se no campo da regulação assistencial. Essa legislação introduziu importantes inovações, entre as quais se destacam a definição de padrões mínimos obrigatórios de cobertura para os planos de saúde e o estabelecimento de critérios mais rigorosos para a entrada e saída de empresas no setor, com vistas à proteção dos consumidores e à estabilidade do mercado, como explicitam Scheffer e Bahia (2010). Tais medidas representaram um avanço significativo na proteção do consumidor de serviços de saúde suplementar, ao garantir maior previsibilidade, segurança jurídica e acesso a procedimentos essenciais.

Menicucci (2007) afirma que, sob a ótica assistencial, a regulamentação implementada trouxe regras mais rígidas voltadas à proteção dos consumidores, com destaque para o controle dos reajustes de preços, a vedação à seleção de riscos e a proibição de rescisões unilaterais de contratos por parte das operadoras. Uma das inovações mais relevantes foi a criação do plano-referência, que impôs a obrigatoriedade de cobertura integral, impedindo a comercialização de planos com coberturas reduzidas e assegurando a inclusão de todas as doenças e procedimentos previstos na Classificação Internacional de Doenças.

A norma passou a garantir cobertura para doenças e lesões preexistentes, eliminando uma das práticas mais recorrentes de exclusão de riscos utilizadas pelas operadoras, e ampliando significativamente a proteção aos consumidores da saúde suplementar.

Ainda em tempo, afirma Menicucci (2007) que, sob a ótica assistencial, foram estabelecidas regras rigorosas com o intuito de proteger os consumidores, dentre as quais se destacam o controle de preços, a proibição da seleção de riscos e a vedação de rescisões unilaterais dos contratos pelas operadoras. Uma das principais inovações foi a obrigatoriedade do plano de referência, que impede a comercialização de planos com coberturas reduzidas e assegura a inclusão de todas as doenças e procedimentos, sem quaisquer restrições. Passou-se, assim, a garantir a cobertura para doenças e lesões preexistentes, eliminando uma das práticas mais recorrentes de exclusão de riscos adotadas pelas operadoras.

Posteriormente, com a instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) em 2003 – conforme será detalhado em momento oportuno –, instituiu-se um instrumento jurídico que passou a impedir o reajuste das mensalidades para beneficiários após completarem 60 anos. Foi criado o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC), com o objetivo de estimular a migração de planos antigos¹² para os novos modelos regulados, conforme explica Baird (2020).

¹² Planos antigos são aqueles considerados anteriores à Lei nº 9.656/98, enquanto planos novos são posteriores a esta Lei (STF, 2003).

A partir dessas observações, constata-se um movimento de regulamentação do setor marcado por relativa preocupação com os direitos dos consumidores dos serviços ofertados pelo mercado de saúde suplementar. Todavia, é necessário examinar os conflitos e as problemáticas que a regulamentação não foi capaz de evitar. Conforme apontam Scheffer e Bahia (2010), a persistência desses problemas revela que nem o alegado virtuosismo da livre iniciativa, nem as normas reguladoras até então implementadas foram suficientes para solucionar, de forma eficaz, os desafios do setor, dada a complexidade dos interesses e das expectativas conflitantes envolvidos.

3.4 Persistência de conflitos e estratégias de evasão regulatória no setor de saúde suplementar

Como anteriormente explicitado, a relação entre operadoras de planos de saúde e consumidores foi historicamente permeada por diversos conflitos, sobretudo em razão de práticas abusivas voltadas à maximização do lucro no mercado de saúde suplementar, em detrimento da garantia do direito à saúde dos consumidores.

A regulamentação do setor, embora tenha instituído importantes instrumentos de proteção ao consumidor – como o controle de preços, a proibição da seleção de riscos, o impedimento de rescisões unilaterais dos contratos, a obrigatoriedade do plano-referência, o qual veda a comercialização de planos com coberturas reduzidas e assegura a inclusão de todas as doenças e procedimentos, a garantia de cobertura para doenças e lesões preexistentes, a proibição de reajustes para beneficiários com 60 anos ou mais e a implementação do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC) –, mostrou-se insuficiente para conter o avanço de estratégias adotadas pelas operadoras com o objetivo de descumprir ou contornar as obrigações impostas pelas normas regulatórias, frequentemente por meio da adoção de medidas alternativas de prestação de serviços que comprometem a efetividade dos direitos assegurados aos consumidores.

Como brevemente mencionado, logo após a promulgação da Lei nº 9.656/98, foi ajuizada a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 1.931), que questionava diversos de seus dispositivos. Embora o Supremo Tribunal Federal (STF) tenha reconhecido, em sua maioria, a constitucionalidade da norma, a ação resultou na concessão de liminar – posteriormente confirmada pelo Plenário em 2003 – que restringiu a aplicação da lei apenas aos contratos celebrados após sua entrada em vigor. Ao resguardar o direito adquirido nos contratos anteriores, essa decisão impediu a atuação da ANS sobre os planos firmados antes de 1999,

deixando significativa parcela da população desprovida da proteção assegurada pelo controle regulatório estatal.

Como consequência, persistiram problemas graves nos contratos antigos, como exclusões de cobertura, aumentos abusivos, cancelamentos unilaterais e restrições ao tempo de internação. “O impacto dessa situação pode ser mensurado pelos seguintes dados: em 2004, cinco anos após a implementação da lei, 56% dos planos ainda eram considerados antigos” (MACERA E SANTIVE *apud* BAIRD, 2020, pp. 73–74). Em 2006, esse número passou para 24,2%, argumenta Silva (2006); e mesmo 16 anos após a criação da ANS, 10% dos consumidores de planos de saúde ainda permaneciam vinculados a contratos antigos, fora do alcance das regulamentações vigentes, complementa Baird (2020).

Ainda, em 2003, a partir de denúncia do IDEC, foi instaurada uma CPI para investigar irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde.

A delação apresentava as seguintes afirmações:

A inserção de cláusulas abusivas nos contratos de adesão, exigência de regularidade de pagamento como pré-condição para o atendimento, carências como punição para eventuais atrasos, troca constante de profissionais e estabelecimentos credenciados e interferências das empresas em procedimentos médicos" (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2003a, p. 8)

O Deputado Federal Henrique Fontana (PT-RS), apresentou sua perspectiva à comissão durante uma entrevista concedida a um veículo especializado na área médica:

O que me motivou a persistir na aprovação da criação de uma CPI dos Planos de Saúde foi o grande número de reclamações dos consumidores. As empresas deste setor são as líderes absolutas de reclamações dos órgãos de defesa do consumidor em todo o país. (...) E a situação se agravou nos últimos anos, em função do conflito entre médicos e empresas. Existe, em alguns casos, uma chantagem de caráter econômico. (...) Há médicos sendo ameaçados de descredenciamento por cumprirem de forma exemplar sua função. As empresas alegam que pedem exames demais. E esta pressão indevida feita pelas operadoras pode gerar sérios danos à saúde da população (PORTAL MÉDICO, 2003).

Com a conclusão dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), apenas duas medidas relevantes foram efetivamente adotadas pela ANS. A primeira consistiu na adequação da regulamentação ao recém-aprovado Estatuto do Idoso, proibindo o reajuste dos planos de saúde para beneficiários a partir dos 60 anos. A segunda medida buscou enfrentar o problema dos contratos antigos por meio da edição de resolução que instituiu o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (PIAC), com o objetivo de estimular a migração para

planos compatíveis com as novas regras, conforme relata Baird (2020). No entanto, como demonstrado anteriormente, essa iniciativa teve alcance limitado, tendo em vista o elevado percentual de contratos antigos que continuaram vigentes nos anos seguintes, sem adequação às normas atualizadas.

Uma questão crítica adicional diz respeito à diferenciação regulatória entre os planos de saúde individuais e coletivos. Embora a regulamentação do setor tenha introduzido mecanismos relevantes de proteção ao consumidor, como o controle dos reajustes de preços e a vedação da rescisão unilateral dos contratos pelas operadoras, essas garantias aplicam-se exclusivamente aos planos individuais. Isso porque a Lei nº 9.656/98, ao disciplinar o setor, não contemplou expressamente os planos coletivos, o que resultou em um vácuo normativo que permitiu a flexibilização dessas obrigações em prejuízo dos consumidores vinculados a contratos coletivos.

Conforme observa Baird:

A exclusão dos planos coletivos das regras que limitam os reajustes anuais e proíbem a rescisão unilateral das operadoras fundamenta-se na suposição de que há liberdade de negociação entre pessoas jurídicas – operadora e empresa ou entidade contratante (BAIRD, 2020, pp. 86-87).

Essa lógica remonta à concepção original dos planos coletivos, que visavam atender exclusivamente aos colaboradores de corporações privadas, entidades associativas ou órgãos públicos. Todavia, tal arranjo contribuiu para uma drástica retração na oferta de planos individuais e para uma expansão significativa da contratação de planos coletivos, provocando, como consequência, a perda de capacidade da ANS para exercer controle efetivo sobre os reajustes de preços na maior parte dos contratos em vigor no mercado brasileiro de saúde suplementar.

Dados mais recentes da ANS (2024) corroboram essa realidade: no estado de São Paulo, observou-se a existência de aproximadamente 1 milhão de contratos de planos coletivos, em contraste com apenas 148 mil planos individuais ou familiares, o que revela que 87,07% do mercado de planos no estado era composto por modalidades coletivas. Em âmbito nacional, segundo Baird (2020), em 2020, os planos coletivos correspondiam a 80% do total de contratos comercializados, evidenciando a consolidação dessa modalidade como predominante no mercado de saúde suplementar brasileiro.

Conforme apontado por Scheffer e Bahia (2010, p. 98), as operadoras de planos de saúde encontraram na modalidade de planos coletivos uma estratégia eficaz para contornar as

regulamentações mais rígidas aplicáveis aos planos individuais. Dessa forma, a expansão acelerada dos planos coletivos, especialmente os por adesão, fundamenta-se na crescente dificuldade de acesso aos planos individuais, cuja oferta tem sido progressivamente reduzida pelas empresas. Nesse cenário, muitos consumidores veem-se compelidos a recorrer a associações de classe ou entidades profissionais como alternativa para obtenção de cobertura assistencial, ainda que essa via represente menor proteção regulatória.

Reforça Lígia Bahia (2010) que, no cenário nacional, a regulamentação legal aplicável às empresas de planos e seguros de saúde é relativamente ampla, concentrando-se, sobretudo, nos contratos de planos individuais firmados após a entrada em vigor da Lei nº 9.656/98. Essa abordagem normativa, de caráter genérico, abre margem para flexibilidades interpretativas que, na prática, favorecem a adoção de condutas abusivas pelas operadoras. Tais condutas alimentam um volume expressivo de queixas, reclamações administrativas e disputas judiciais, especialmente em relação à recusa de coberturas contratualmente previstas e à cobrança de valores considerados excessivos tanto pelos planos quanto pelos procedimentos assistenciais.

Com efeito, Baird (2020) destaca que a problemática se torna ainda mais relevante quando se considera o suposto poder de barganha que algumas empresas teriam frente às operadoras de planos de saúde. Ocorre que, a maioria dos planos coletivos é composta por até trinta beneficiários, geralmente vinculados a pequenas e médias empresas, o que limita significativamente sua capacidade de negociação. A situação se agrava com os chamados "falsos planos coletivos", constituídos por pequenos grupos que detêm Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), nos quais pessoas físicas se associam com o intuito de contratar planos coletivos. Embora esses planos inicialmente se apresentem como mais vantajosos, a ausência de regulação efetiva faz com que, com o passar do tempo, se tornem progressivamente mais onerosos para os consumidores.

Outro ponto de destaque é que, como analisado no capítulo anterior, a saúde suplementar no Brasil teve origem fortemente vinculada à previdência social e ao vínculo empregatício, de modo que, mesmo antes do atual arranjo regulatório, os planos coletivos já predominavam no setor por razões estruturais e históricas. Esse dado reforça a gravidade da lacuna normativa identificada, pois a flexibilização das garantias aplicáveis aos planos coletivos afeta justamente a maior parte dos consumidores, os quais, por força desse modelo consolidado, encontram-se à margem da proteção conferida aos planos individuais. Como consequência, o regime jurídico instituído foi moldado para oferecer uma proteção consumerista que, desde sua origem, não alcançava a maior parte do mercado, excluindo de garantias essenciais justamente os contratos que concentram a maioria dos beneficiários da saúde suplementar.

Um diverso conflito significativo surgiu em torno da obrigatoriedade do plano-referência, que veda a comercialização de planos com coberturas reduzidas e assegura a inclusão de todas as doenças e procedimentos sem restrições. Tal controvérsia foi objeto de intensos debates entre 1998 e 2022, especialmente no que diz respeito à natureza do rol de procedimentos e eventos em saúde previstos pela Lei nº 9.656/98. Embora a legislação determinasse a atualização bienal desse rol, surgiu a dúvida jurídica sobre seu caráter: se deveria ser interpretado como taxativo – restringindo-se aos procedimentos expressamente elencados – ou como exemplificativo, permitindo a cobertura de procedimentos não listados, desde que clinicamente indicados.

Nesse contexto, argumenta Bahia (2010) que se destacam os conflitos relacionados às chamadas doenças classificadas como riscos catastróficos – aquelas cujo tratamento envolve altos custos ou apresenta potencial de disseminação epidêmica. Embora esses casos representem uma das principais motivações para os consumidores recorrerem à proteção oferecida pelos planos de saúde, eles se tornam alvos recorrentes de tentativas de exclusão por parte das operadoras. Enquanto os consumidores esperam cobertura integral e atendimento às despesas mais expressivas com saúde, as empresas de planos e seguros frequentemente impõem limites às coberturas, gerando tensões nas relações assistenciais e financeiras. Essa dinâmica evidencia a importância da intervenção estatal, cuja finalidade é corrigir falhas de mercado que afetam tanto a eficiência do setor quanto o bem-estar coletivo.

Devido a esse conflito de interesses, tornaram-se frequentes as ações judiciais ajuizadas por consumidores de planos de saúde com o objetivo de compelir as operadoras a custearem tratamentos não incluídos no rol de procedimentos estabelecido pela ANS. Essas controvérsias chegaram com regularidade ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), cujas Terceira e Quarta Turmas, durante anos, consolidaram o entendimento de que o referido rol teria natureza exemplificativa. Contudo, em 2019, no julgamento do REsp 1.733.013/PR, o Ministro Relator Luis Felipe Salomão passou a defender a tese da taxatividade do rol, inaugurando uma divergência jurisprudencial entre as turmas. Diante desse impasse, a matéria foi submetida aos Embargos de Divergência no Recurso Especial (EREsp 1.886.929/SP), ocasião em que a Segunda Seção do STJ, por maioria, fixou o entendimento de que o rol da ANS possui caráter taxativo.

Tal decisão mobilizou intensamente a sociedade civil e entidades de defesa do consumidor, culminando na promulgação da Lei nº 14.454/2022 pelo Congresso Nacional, a qual definiu expressamente o caráter exemplificativo do rol de procedimentos da ANS. Ressalte-se que, durante o julgamento dos EREsp 1.886.929/SP, foram ouvidas diversas

entidades representativas dos interesses dos consumidores e do setor de saúde suplementar, ocasião em que estas últimas alegaram que a adoção do rol exemplificativo poderia comprometer a sustentabilidade econômica das operadoras. Tais preocupações foram inclusive reproduzidas nos votos de alguns ministros, conforme analisa Freitas (2024, p. 4-9).

Importa destacar, contudo, que o debate acerca da natureza do rol não é recente. Conforme esclarece Baird:

Corroborando a versão do empresariado, a adição irrefletida de procedimentos pode encarecer o produto, o que também prejudica o consumidor. Conforme explicaram diversos entrevistados, os custos na saúde são incrementais, o que significa que a inclusão de nova tecnologia no setor não substitui uma anterior, tornando a inflação médica sempre superior aos outros indicadores. Assim, a expansão do rol deve levar em conta a tecnologia, a efetividade do procedimento, mas também o custo. Por fim, em resposta aos argumentos do empresariado, um funcionário da ANS explicou que há casos em que a ampliação do rol é benéfica às empresas, como quando se inclui um quimioterápico, que evita um procedimento mais custoso, qual seja, a internação. Além disso, esse mesmo entrevistado informou que o impacto máximo do aumento do rol foi de 1%.

(...)

A ampliação da segmentação é uma das principais demandas das operadoras, pois a possibilidade de oferecer planos mais restritivos, ditos populares expandiria o mercado consideravelmente (BAIRD, 2020, p. 85).

Outra prática comum adotada pelas operadoras de planos e seguros de saúde, com o objetivo de evitar o desequilíbrio financeiro decorrente da combinação entre mensalidades reduzidas e custos assistenciais potencialmente elevados, é a adoção de estratégias de seleção de risco e *cream skinning*. Tais práticas se vinculam diretamente ao objeto deste estudo, na medida em que expressam formas de segmentação na aceitação ou precificação de consumidores. Para isso, conforme explica Bahia (2010), as operadoras impõem barreiras de entrada a indivíduos considerados de alto risco, como idosos e portadores de doenças crônicas, restringindo o acesso desses grupos aos planos de saúde. Como consequência, aplicam mensalidades diferenciadas, ajustadas ao nível de risco atribuído a cada cliente.

Não obstante, como já exposto, a regulamentação do mercado de saúde suplementar instituiu importantes instrumentos destinados a coibir práticas de exclusão de riscos por parte das operadoras. Contudo, observa-se, mais uma vez, a incidência de lacunas legislativas no que se refere à proteção dos beneficiários de planos coletivos, os quais, como anteriormente mencionado, permanecem à margem das garantias asseguradas aos contratos individuais.

Assim, constata-se que a lógica empresarial voltada à maximização do lucro em detrimento da função assistencial, já evidenciada ao longo deste trabalho como traço estrutural da atuação das operadoras de saúde suplementar, permanece fortemente presente mesmo após

quase três décadas de regulação do setor. As estratégias de segmentação, seleção de riscos, restrições contratuais e disputas em torno da cobertura de procedimentos ilustram a persistência de práticas que tensionam a relação entre a dinâmica mercadológica e os direitos dos consumidores no âmbito da saúde suplementar.

Um exemplo recente que evidencia a persistência dessa lógica mercadológica orientada à maximização do lucro é o fenômeno da verticalização do mercado de saúde suplementar. Conforme definem Okano e Gomes (2019), a verticalização consiste na reunião, sob uma mesma organização, de diferentes tipos de serviços de saúde, tais como hospitais, clínicas, empresas de assistência domiciliar (*home care*), centros de reabilitação, centros de educação em saúde e operadoras de planos de saúde. Em outras palavras, trata-se da prática empresarial pela qual um mesmo grupo econômico passa a controlar distintas etapas da cadeia de prestação de serviços em saúde, abrangendo desde a gestão dos planos até a oferta direta de serviços hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais e plataformas digitais de atendimento.

Essa integração vertical, cuja expansão tem sido particularmente intensa no setor suplementar brasileiro, visa, entre outros objetivos, à redução de custos operacionais. Como acrescentam Okano e Gomes (2019), o custo de um procedimento realizado por um hospital, laboratório ou clínica pertencente ao mesmo grupo tende a ser inferior ao de serviços prestados por fornecedores externos, o que reforça os incentivos econômicos para a adoção desse modelo. Contudo, tal estratégia também suscita preocupações relevantes no que diz respeito à concentração de mercado, à redução da autonomia dos profissionais de saúde e ao potencial uso ampliado de dados dos consumidores para práticas discriminatórias na segmentação de planos e serviços.

A mais recente denúncia, realizada em 02 de junho de 2025, até o depósito desta dissertação seja aquela formulada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) – Seccional São Paulo–, por meio de seu presidente Leonardo Sica e da presidente da Comissão de Direito Médico e de Saúde da OAB/SP, Juliana Peneda Hasse, acerca do reiterado descumprimento de decisões judiciais por parte das operadoras de planos de saúde. A entidade destaca que essas empresas vêm tratando as multas judiciais como meros custos operacionais, geralmente inferiores ao valor da obrigação descumprida, prática que tem gerado grave impacto sobre a efetividade do acesso à saúde e sobre a própria credibilidade do Poder Judiciário, pois nem mesmo diante de um título judicial os consumidores têm conseguido garantir a prestação dos serviços contratados para a manutenção de sua saúde. Conforme informado pela OAB/SP, trata-se de uma conduta sistemática que compromete o Estado Democrático de Direito e impõe aos

consumidores lesões reiteradas, agravadas pelo uso indevido dos mecanismos de mediação da ANS como forma de esvaziar a força executiva das decisões judiciais (OAB/SP, 2025).

Como destaca Bahia (2010), as empresas de planos e seguros de saúde historicamente tratam a seleção de riscos, as exclusões de cobertura e as restrições de atendimento como elementos intrínsecos ao seu modelo de negócios, considerados essenciais para garantir a lucratividade e a sustentabilidade econômica do setor. Nos estudos sobre a assistência médica suplementar no Brasil, observa-se que a amplitude das coberturas oferecidas, os custos associados à remuneração dos prestadores de serviços e o valor das mensalidades constituem fatores determinantes na configuração do funcionamento das operadoras, moldando suas estratégias de inserção e permanência no mercado.

Diante do panorama histórico apresentado, evidencia-se que o mercado de saúde suplementar brasileiro tem sido marcado por um persistente conflito entre os interesses econômicos das operadoras e os direitos fundamentais dos consumidores. Mesmo com o advento de importantes marcos regulatórios e com a atuação da ANS, as empresas do setor continuam a buscar estratégias para maximizar seus lucros, seja por meio da expansão de planos coletivos sujeitos a menor regulação, da limitação de coberturas assistenciais ou da adoção de práticas de seleção de riscos.

Nesse cenário do mercado da saúde no Brasil, o advento de tecnologias baseadas em algoritmos e inteligência artificial apresenta, simultaneamente, oportunidades e riscos potenciais. Se, por um lado, tais ferramentas podem aprimorar processos internos e qualificar a gestão em saúde, por outro, podem também servir para sofisticar práticas discriminatórias historicamente verificadas no setor, agora revestidas pela aparência de neutralidade tecnológica.

Assim, torna-se imprescindível analisar em que medida os instrumentos normativos existentes podem ser suficientes para proteger os consumidores de saúde suplementar frente a discriminação algorítmica, especialmente à luz do histórico de tensões entre interesses econômicos e a efetivação dos direitos dos consumidores aqui delineado.

3.5 Entrevista com maria Stella Gregori e Juliana Pereira, acerca das percepções sobre a segmentação de consumidores e desafios regulatórios

Com o intuito de enriquecer a análise desenvolvida neste subcapítulo, foram realizadas entrevistas com duas profissionais de reconhecida experiência no setor de saúde suplementar, ambas com trajetórias significativas nas áreas de regulação, defesa do consumidor e gestão

empresarial. As entrevistas buscaram compreender percepções e diagnósticos do setor de saúde suplementar e propostas sobre o uso de tecnologias de processamento de dados e seus impactos na estrutura e funcionamento do mercado, na proteção dos consumidores e no equilíbrio econômico-assistencial dos planos de saúde.

A escolha das entrevistadas levou em conta a diversidade de experiências acumuladas em diferentes esferas de atuação, contemplando passagens tanto pelo setor público quanto pelo privado. Essa amplitude permite uma visão multifacetada sobre as questões discutidas, integrando perspectivas jurídicas, regulatórias, de políticas públicas e de gestão corporativa.

A metodologia utilizada nessa entrevista é “semiestruturada”, que possibilita a combinação de perguntas previamente elaboradas com espaço para explorações adicionais a partir das respostas apresentadas. Essa abordagem favorece a obtenção de depoimentos mais aprofundados, capazes de revelar não apenas posições institucionais, mas também reflexões pessoais sobre os desafios e oportunidades relacionados à incorporação de tecnologias preditivas na saúde suplementar.

O conteúdo que se segue apresenta uma síntese dos principais pontos abordados por cada entrevistada, o qual preserva o encadeamento temático, bem como destaca elementos relevantes para a compreensão do panorama atual e das possíveis direções futuras do setor.

3.5.1 Entrevista com Maria Stella Gregori

A primeira entrevistada, Maria Stella Gregori, é advogada e professora de Direito das Relações de Consumo na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com reconhecida atuação na regulação da saúde suplementar e na defesa do consumidor. Possui sólida trajetória profissional que integra experiências acadêmicas, de gestão pública e consultoria, conferindo-lhe uma visão abrangente sobre os aspectos jurídicos e institucionais do setor.

No setor público, destacou-se como diretora do PROCON-SP, onde acompanhou de perto a tramitação e implementação da Lei nº 9.656/1998, marco regulatório da saúde suplementar no Brasil. Atuou por dois mandatos como diretora da ANS, período em que esteve diretamente envolvida na formulação e execução de políticas regulatórias voltadas ao equilíbrio entre a sustentabilidade do sistema e a proteção dos beneficiários. Paralelamente, participou de debates nacionais e internacionais sobre regulação e defesa do consumidor, consolidando-se como referência técnica no tema.

No campo acadêmico e institucional, além de seu trabalho como docente na PUC-SP, é diretora do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor (Brasilcon) e autora de diversos estudos e publicações sobre saúde suplementar, proteção do consumidor e regulação setorial. Sua atuação combina reflexão teórica e aplicação prática, orientada para a construção de soluções que conciliem inovação, segurança jurídica e fortalecimento das garantias dos usuários.

Ao longo da entrevista, Maria Stella Gregori contribui com análises que vão desde a proteção dos consumidores frente à segmentação e às decisões automatizadas até questões estruturais, como a assimetria entre planos individuais e coletivos, a importância da regulação preventiva e a necessidade de aprimoramento legislativo para evitar práticas discriminatórias. Sua visão articula de forma crítica e propositiva os desafios atuais e futuros da saúde suplementar, destacando a relevância de um marco regulatório robusto, coerente e adaptado às transformações tecnológicas e sociais do setor.

Ao iniciar sua exposição, Maria Stella Gregori salienta que a saúde suplementar no Brasil se estruturou de forma desordenada, ganhando maior transparência e controle apenas a partir da criação da ANS. Esse marco regulatório não apenas formalizou as regras do setor, mas também permitiu a sistematização de dados e o acompanhamento de sua evolução, como demonstra a referência aos números atualizados de beneficiários no portal da agência. Embora o setor hoje seja bastante expressivo – com mais de 82,5 milhões de consumidores –, consolidou-se a partir de um processo regulatório relativamente recente, especialmente após a Lei nº 9.656/1998.

No cenário contemporâneo, a primeira entrevistada destaca a coexistência de contratos antigos, ainda vigentes sob regras anteriores, e contratos novos ou adaptados à legislação atual. Afirma que essa distinção é relevante porque, no regime pós-1999, cristalizaram-se dois modelos predominantes: os planos individuais e os coletivos (por adesão ou empresariais). Sua análise chama atenção para a disparidade na participação de mercado, com apenas cerca de 18% dos contratos sendo individuais, contra uma predominância dos coletivos – reflexo de escolhas estratégicas das operadoras.

Prosseguindo ao pensamento de Maria Stella Gregori, a autora enfatiza um ponto de fricção regulatória: o tratamento diferenciado dado aos planos coletivos, considerado mais brando, em contraste com o rigor aplicado aos individuais. A observação de que tal assimetria contraria o Código de Defesa do Consumidor sugere não apenas um debate jurídico relevante, mas também uma explicação para o retraimento da oferta de planos individuais. Assim, o argumento aponta para um possível descompasso entre a lógica protetiva da legislação

consumerista e a regulação setorial vigente, com impactos diretos sobre a configuração do mercado e as opções disponíveis ao consumidor.

Ao abordar os impactos das novas tecnologias digitais e do processamento de dados na saúde suplementar, Maria Stella Gregori reconhece o caráter ambivalente da inteligência artificial, identificando nela um potencial significativo para a melhoria de processos e serviços, mas também riscos consideráveis que exigem cautela. Inicia destacando que a facilidade de acesso a respostas prontas, típica das ferramentas de IA generativa, pode comprometer a qualidade da informação, sobretudo quando não há parâmetros claros de validação. Nesse sentido, o domínio técnico é apontado como requisito indispensável para interpretar e verificar a confiabilidade dos resultados produzidos por tais sistemas.

A entrevistada estabelece um paralelo com o uso de mecanismos de busca tradicionais, nos quais o usuário tem a oportunidade de consultar múltiplas fontes e exercer juízo crítico sobre sua qualidade. Já no caso da inteligência artificial, a apresentação imediata de uma única resposta tende a reduzir a reflexão crítica, o que, para ela, demanda uma postura mais vigilante, especialmente na formação acadêmica e profissional.

No campo específico da saúde suplementar, a primeira entrevistada reconhece que a inteligência artificial oferece ganhos concretos, como na interpretação de exames laboratoriais e de imagens, elevando a qualidade assistencial. Ao mesmo tempo, enfatiza que esses avanços devem ser acompanhados por estrita observância à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que já qualifica os dados de saúde como sensíveis e condiciona seu tratamento ao consentimento do titular. Para Gregori, embora exista o risco de danos aos consumidores decorrentes do uso da IA, o arcabouço jurídico brasileiro já dispõe de instrumentos protetivos relevantes, a questão central reside no cumprimento e fiscalização dessas normas.

Ao ser questionada sobre a suficiência dos instrumentos normativos atuais para mitigar riscos discriminatórios associados ao uso de inteligência artificial na segmentação de consumidores, Maria Stella Gregori demonstra preocupação expressiva com a possibilidade de manipulação de dados por meio de algoritmos.

A primeira entrevistada relata estar coordenando, no momento, uma pesquisa acadêmica sobre racismo em contratos, cujo enfoque se dá na etapa de contratação e não na prestação dos serviços, evidenciando que práticas discriminatórias podem se manifestar já no momento inicial da relação jurídica. Esse recorte dialoga diretamente com a temática da segmentação, uma vez que identifica que a seleção de risco – ou seleção adversa –, embora proibida pela Lei nº 9.656/1998, continua a ocorrer de forma velada no mercado.

Para a primeira entrevistada, o problema não reside apenas no avanço tecnológico, mas também na ausência de regulamentação específica que trate, de forma detalhada, da aplicação de inteligência artificial e algoritmos no setor. Apesar de reconhecer que a Lei Geral de Proteção de Dados estabelece salvaguardas importantes – como a exigência de consentimento do titular, a categorização dos dados de saúde como sensíveis e a obrigação de designar um controlador ou operador responsável pela segurança das informações. Ela enfatiza que essas medidas não eliminam, por si só, o risco de uso discriminatório. A menção ao cotidiano hospitalar, com a possibilidade de o paciente recusar o compartilhamento de dados até mesmo com o próprio médico, reforça a importância do consentimento informado e da transparência no tratamento das informações.

Um ponto de alerta levantado pela primeira entrevistada é o uso de dados genéticos e laboratoriais para projeções atuariais, capazes de prever doenças futuras e, potencialmente, servir como base para práticas discriminatórias na contratação de planos. Ao reconhecer essa possibilidade, Gregori evidencia que o risco não é meramente teórico, mas concreto e potencializado pelas capacidades preditivas das tecnologias atuais. Assim, a fala sugere que a efetividade da proteção contra a discriminação algorítmica dependerá não apenas do cumprimento da LGPD, mas também do desenvolvimento de regulamentações específicas por parte da ANS e da ANPD, capazes de endereçar de forma clara e preventiva os riscos inerentes ao uso de inteligência artificial no setor.

Ao aprofundar a discussão sobre o acesso e uso de informações para segmentar consumidores, Maria Stella Gregori observa que a prática não é novidade introduzida pela inteligência artificial, mas sim uma conduta preexistente que foi aprimorada e sofisticada com o avanço tecnológico. A primeira entrevistada sustenta que as operadoras de saúde já detinham e manipulavam dados sensíveis anteriormente, havendo inclusive indícios de sua comercialização e de compartilhamento sistemático entre empresas do setor, fenômeno que ela denomina, de forma crítica, como uma espécie de “irmandade” entre operadoras. Essa troca, embora proibida por lei, seria facilitada por mecanismos de vazamento de dados e pela atuação de agentes mal-intencionados cada vez mais complexas e lesivas.

A comparação com o comércio paralelo de listas de *e-mails* e a persistência de ligações de *telemarketing*, mesmo diante de medidas legais de bloqueio, reforçam a percepção de que a proteção formal prevista na legislação muitas vezes não se traduz em efetividade prática. Para a primeira entrevistada, a questão central não está apenas na existência de normas, mas na capacidade e disposição dos órgãos reguladores de agir com rigor na proteção dos dados.

Nesse ponto, Gregori apresenta uma crítica mais ampla ao papel das agências reguladoras, incluindo a ANS e a ANPD. Embora reconheça que essas entidades têm competência regulamentar vinculada às leis que lhes dão origem, a entrevistada revela que, em muitos casos, acabam restringindo direitos do consumidor sob o argumento de regulamentar, quando, na realidade, estariam inovando indevidamente na ordem jurídica.

Essa atuação, além de ultrapassar os limites legais, contribui para lacunas de proteção, como se verifica na ausência de regulamentação específica sobre o uso de dados e inteligência artificial no setor de saúde suplementar. Apesar da existência de estudos em andamento, o cenário, segundo ela, permanece incipiente e insuficiente para enfrentar de forma preventiva os riscos discriminatórios decorrentes do uso intensivo de dados no mercado.

Questionada sobre a existência de casos concretos de compartilhamento de dados entre operadoras, Maria Stella Gregori afirma não ter conhecimento de episódios específicos no setor de saúde suplementar. A primeira entrevistada diferencia, nesse ponto, a realidade do mercado de planos de saúde de situações amplamente divulgadas envolvendo empresas de tecnologia, como o “Facebook”, nas quais houve uso abusivo de dados pessoais. Embora reconheça que as operadoras investem significativamente na área de tratamento de informações. Ela observa que, no âmbito de sua experiência, tais empresas demonstram preocupação formal com a idoneidade no uso dos dados.

Essa declaração sugere um contraste relevante em relação a trechos anteriores da própria entrevista, nos quais a primeira entrevistada apontou a existência de vazamentos e de práticas de compartilhamento ilícito de informações. A ausência de casos documentados ou publicamente reconhecidos no setor reforça a dificuldade de obter provas concretas dessas condutas, mesmo que haja percepções e indícios de sua ocorrência. Tal lacuna probatória constitui, por si só, um desafio para a fiscalização e para a atuação preventiva das autoridades reguladoras, uma vez que a comprovação objetiva é essencial para a imposição de sanções e para a formulação de políticas regulatórias mais específicas.

Ao tratar do fenômeno da verticalização na saúde suplementar, Gregori afirma categoricamente que há risco evidente de compartilhamento de dados dentro de grupos econômicos que concentram, sob a mesma estrutura empresarial, operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios. Para a primeira entrevistada, tal prática é praticamente inerente ao modelo, desde que respeitadas as regras vigentes, e está associada também a estratégias de direcionamento dos consumidores para a rede própria, mesmo quando o contrato prevê liberdade de escolha. O exemplo da Assistência Médica Internacional S/A (AMIL) ilustra essa lógica: ainda que o

beneficiário possa utilizar prestadores externos, existe um incentivo econômico e gerencial para concentrar a assistência internamente, a fim de timizar custos e resultados para a operadora.

A análise da primeira entrevistada, contudo, não se limita ao aspecto técnico do compartilhamento de informações. Ela amplia a crítica para questões estruturais de gestão e transparência no setor, apontando que os problemas financeiros alegados pelas operadoras muitas vezes decorrem mais de má administração do que de fatores externos, como a judicialização. Ao mencionar dados disponíveis no *site* da ANS que indicariam a duplicação da receita de algumas empresas em determinados períodos, levanta a hipótese de manipulação contábil (“maquiagem”) e questiona a fidedignidade dessas informações.

A partir dessa constatação, Maria Stella Gregori evidencia uma contradição: se os números forem verídicos, o cenário econômico das operadoras seria bastante favorável, o que torna ainda mais injustificável a adoção de práticas restritivas de cobertura ou negativas de atendimento – condutas que, segundo ela, continuam a prejudicar diretamente o consumidor e a fomentar a judicialização. Por fim, destaca um problema institucional grave: o descumprimento de decisões judiciais por parte das operadoras. Citando posicionamento da OAB de São Paulo, que anunciou medidas para fiscalizar mais de perto essas situações, reforça a importância do cumprimento das ordens judiciais como elemento básico do Estado de Direito, independentemente de concordância com seu conteúdo.

Ao tratar do fenômeno da verticalização na saúde suplementar, Maria Stella Gregori afirma, de forma categórica, que há risco evidente de compartilhamento de dados dentro de grupos econômicos que concentram, sob a mesma estrutura empresarial, operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios. Para a primeira entrevistada, tal prática é praticamente inerente ao modelo, desde que respeitadas as regras vigentes, e está associada também a estratégias de direcionamento dos consumidores para a rede própria, mesmo quando o contrato prevê liberdade de escolha. O exemplo da AMIL ilustra essa lógica: ainda que o beneficiário possa utilizar prestadores externos, existe um incentivo econômico e gerencial para concentrar a assistência internamente, otimizando custos e resultados para a operadora.

A análise da primeira entrevistada, contudo, não se limita ao aspecto técnico do compartilhamento de informações. Ela amplia a crítica para questões estruturais de gestão e transparência no setor, o qual aponta que os problemas financeiros alegados pelas operadoras muitas vezes decorrem mais de má administração do que de fatores externos, como a judicialização. Ao mencionar dados disponíveis no *site* da ANS que indicariam a duplicação da receita de algumas empresas em determinados períodos, levanta a hipótese de manipulação contábil (“maquiagem”) e questiona a fidedignidade dessas informações.

A partir dessa constatação, Gregori evidencia uma contradição: se os números forem verídicos, o cenário econômico das operadoras seria bastante favorável, o que torna ainda mais injustificável a adoção de práticas restritivas de cobertura ou negativas de atendimento – condutas que, segundo ela, continuam a prejudicar diretamente o consumidor e a fomentar a judicialização.

Por fim, destaca um problema institucional grave: o descumprimento de decisões judiciais por parte das operadoras. Citando posicionamento recente da OAB de São Paulo, que anunciou medidas para fiscalizar mais de perto essas situações, reforça a importância do cumprimento das ordens judiciais como elemento básico do Estado de Direito, independentemente de concordância com seu conteúdo.

Ao abordar o discurso econômico das operadoras, Gregori reafirma sua convicção de que a narrativa de inviabilidade financeira, frequentemente utilizada pelo setor para justificar restrições de cobertura ou resistência a decisões judiciais – como no caso da defesa do rol taxativo –, não se sustenta diante dos lucros obtidos. Para a primeira entrevistada, em muitos casos, os problemas decorrem de má gestão ou de falta de transparência nas demonstrações financeiras, e não de ausência real de recursos. O exemplo da Golden Cross, que recentemente encerrou suas atividades, é citado como ilustração de que a gestão ineficiente, e não necessariamente a insuficiência de capital, pode levar à crise.

A entrevistada também faz uma crítica de natureza principiológica, lembrando que a atividade das operadoras é, essencialmente, a prestação de assistência à saúde. Contudo, segundo ela, a lógica de mercado adotada privilegia a manutenção de consumidores saudáveis, que demandem pouco ou nenhum uso dos serviços contratados. Tal postura entra em conflito com o Código de Defesa do Consumidor, que estabelece uma mudança de paradigma ao impor responsabilidade objetiva aos fornecedores, ou seja, independentemente de culpa e ao adotar a teoria do risco da atividade.

A partir dessa perspectiva, Maria Stella Gregori questiona a coerência de transferir aos consumidores os ônus decorrentes de eventuais prejuízos empresariais. Ressalta que, no regime capitalista, os lucros não são socializados com o público, de modo que não faria sentido socializar as perdas, especialmente em um setor que assumiu voluntariamente a obrigação de garantir cobertura assistencial. Essa observação revela não apenas uma crítica à gestão empresarial das operadoras, mas também uma defesa do equilíbrio contratual e da boa-fé objetiva como fundamentos da relação de consumo.

Ao tratar da possibilidade de contestação de decisões automatizadas e práticas discriminatórias, Gregori destaca que, em tese, os consumidores já dispõem de mecanismos

formais para reagir. A regulação da ANS impõe às operadoras a obrigação de fornecer, por escrito e mediante solicitação do beneficiário, a justificativa para qualquer negativa de cobertura. Esse documento se torna elemento central para a defesa do consumidor, permitindo a atuação tanto administrativa, junto a órgãos de proteção e à própria ANS, quanto judicial, quando necessário.

Apesar dessa previsão, a primeira entrevistada ressalta que a efetividade desses instrumentos esbarra em um conflito normativo relevante: a coexistência de entendimentos distintos sobre a hierarquia entre o Código de Defesa do Consumidor (CDC), a Lei nº 9.656/1998 e as resoluções da ANS. Enquanto a agência reguladora e as operadoras tendem a restringir sua atuação e obrigações ao marco legal específico e às normas infralegais do setor, os órgãos de defesa do consumidor partem da premissa de que o CDC, por sua natureza de norma geral e protetiva, deve prevalecer.

Esse tensionamento normativo, segundo Gregori, é fonte recorrente de litígios judiciais, uma vez que apenas o Poder Judiciário possui competência para dirimir tais conflitos de interpretação. A observação reforça que, embora existam instrumentos formais de contestação, a ausência de harmonização regulatória entre a legislação geral e o marco setorial compromete a clareza, a previsibilidade e, por consequência, a efetividade da tutela do consumidor.

Ao abordar a assimetria regulatória entre planos individuais e coletivos, Gregori nos diz ainda que os consumidores desta última modalidade se encontram em posição mais vulnerável. A primeira entrevistada contextualiza que, historicamente, predominavam os planos individuais ou familiares, mas mudanças na dinâmica comercial do setor, impulsionadas por interesses econômicos das operadoras e incentivadas pelos corretores, os quais estimularam a migração para os planos coletivos. Essa transição, contudo, não foi neutra: a regulamentação mais branda aplicável a essa modalidade ampliou a margem de manobra das operadoras, permitindo práticas incompatíveis com os princípios protetivos do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Entre os pontos críticos, a entrevistada destaca a possibilidade de rescisão unilateral dos contratos coletivos, inclusive durante internação de dependentes, e a fixação de reajustes financeiros por suposta negociação entre as partes que, na prática, reflete índices impostos unilateralmente e, em geral, superiores aos aplicáveis aos planos individuais. Soma-se a isso a recorrente ausência de entrega do contrato ao consumidor, o que fragiliza ainda mais sua posição negocial e dificulta a defesa de seus direitos.

O exemplo citado da Amil, que rescindiu unilateralmente cerca de 32 mil contratos coletivos, ilustra como a atual lacuna regulatória permite que decisões empresariais pautadas pela rentabilidade prevaleçam sobre a função social da atividade de assistência à saúde. A

ausência de reação da ANS. A Autora Maria Stella Gregori revela uma omissão que reforça a necessidade de atuação de outros órgãos, como o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), que instaurou procedimento administrativo e instituiu grupo de trabalho para análise do tema.

A participação da primeira entrevistada nesse grupo, representando o “Brasilcon”, insere seu depoimento em um contexto de atuação institucional ativa na defesa dos consumidores. Suas contribuições, baseadas no CDC, visam não apenas sancionar práticas abusivas, mas também provocar mudanças estruturais, incluindo a proposição de um projeto de lei para corrigir o que ela qualifica como “grave erro regulatório” vigente há quase três décadas. Tal postura evidencia um engajamento crítico que vai além da análise acadêmica, aproximando sua fala de um ativismo técnico em prol da harmonização normativa e da proteção efetiva do consumidor no setor.

Ao responder sobre a aplicabilidade dos mecanismos de contestação e defesa para consumidores de planos coletivos, Maria Stella Gregori esclarece que, em tese, esses instrumentos estão igualmente disponíveis para ambas as modalidades contratuais. Contudo, identifica entraves práticos que limitam o acesso efetivo dos consumidores coletivos. Um exemplo significativo é a restrição de atendimento de alguns Procons apenas a pessoas físicas, o que exclui os beneficiários que aderem ao plano por meio de pessoa jurídica – situação comum nos contratos coletivos por adesão.

Nesses casos, a primeira entrevistada observa que a via judicial se torna o principal recurso, ainda que a própria ANS possa ser acionada. Ocorre que a atuação da agência, como já apontado anteriormente, é delimitada estritamente pela Lei nº 9.656/1998 e por suas resoluções. Assim, se uma rescisão contratual estiver formalmente de acordo com a regulamentação vigente – ainda que prejudicial ao consumidor –, a tendência é que a ANS a considere legítima, deixando ao Judiciário a tarefa de avaliar sua validade sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor.

O cenário, contudo, não é livre de incertezas. A entrevistada destaca que o próprio Poder Judiciário carece de uniformidade na interpretação dessas questões, o que implica insegurança jurídica para os consumidores e incentiva a litigiosidade. Essa constatação reforça a percepção de que, embora existam caminhos formais para contestar decisões das operadoras, barreiras procedimentais, institucionais e interpretativas reduzem a efetividade desses mecanismos, especialmente para os usuários de planos coletivos.

Ao ser questionada sobre medidas regulatórias que poderiam ampliar a proteção contra práticas discriminatórias e segmentação abusiva no setor de saúde suplementar, Gregori

defende a necessidade de atuação legislativa específica. Para a primeira entrevistada, nem a ANS nem a ANPD dispõem, no marco regulatório atual, de competência ou instrumentos suficientes para disciplinar de forma abrangente as novas questões decorrentes do uso de tecnologias de segmentação e de decisões automatizadas.

Embora já existam diplomas relevantes, como o “Marco Civil da Internet”, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Lei de Acesso à Informação, a entrevistada sustenta que tais instrumentos não são capazes, por si só, de responder às complexidades e riscos específicos das inovações tecnológicas no mercado de saúde suplementar. Nesse sentido, propõe a elaboração de uma lei própria, voltada a regular de maneira detalhada a coleta, o tratamento e o uso de dados para fins de segmentação e para decisões algorítmicas, de modo a assegurar que o consumidor não permaneça desprotegido diante dessas novas práticas.

Maria Stella Gregori observa que a efetividade de uma legislação capaz de enfrentar a discriminação algorítmica depende não apenas de aspectos técnicos e jurídicos, mas também do contexto político. Para ela, a escolha de representantes comprometidos com a defesa do consumidor é condição essencial para que o marco regulatório seja adequado e eficaz.

Ao comentar sobre a influência dos grandes grupos econômicos da saúde suplementar no processo legislativo, a primeira entrevistada destaca que as operadoras de planos de saúde detêm significativo poder econômico, o qual, em sua visão, nem sempre é exercido de forma republicana. Tal influência pode resultar na aprovação de normas que favoreçam os interesses empresariais em detrimento da proteção do consumidor.

Por outro lado, salienta o papel relevante das entidades de defesa do consumidor e da imprensa, que, ao mobilizar a opinião pública e dar visibilidade a pautas relevantes, podem contrabalançar essas pressões. Como exemplo, cita a mudança legislativa que alterou a interpretação do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS: embora houvesse resistência das operadoras, a pressão social e institucional garantiu a aprovação do projeto. A entrevistada, no entanto, prefere qualificar o rol como “dinâmico”, defendendo que a cobertura seja definida à luz do caso concreto, mediante avaliação do médico assistente, e não de forma estritamente taxativa ou exemplificativa.

Gregori manifesta preocupação com propostas que, em sua avaliação, reduzem direitos, como a criação de planos de saúde “meramente eletivos”, restritos a consultas e exames. Segundo ela, a proposta, atualmente suspensa pela ANS após forte mobilização social, fere a legislação vigente e não atende ao interesse do consumidor. Para ilustrar, compara o modelo a matricular-se em uma faculdade com acesso apenas a duas disciplinas, em prejuízo da formação completa. No campo da saúde, argumenta que a assistência deve ser integral, garantindo não

apenas diagnósticos, mas também tratamentos. Relata ainda que chegou a ouvir de uma grande operadora que, em caso de cobertura restrita, o paciente poderia recorrer ao SUS por meio de uma “fila preferencial”, prática que, segundo a entrevistada, viola frontalmente o princípio constitucional da isonomia.

Ao encerrar a entrevista, Maria Stella Gregori sugere a incorporação de uma perspectiva comparada à pesquisa, por meio de um “benchmark internacional”. Segundo ela, examinar como países com alto desenvolvimento tecnológico – como Israel, Índia e China – têm enfrentado os desafios regulatórios relacionados ao uso de dados e à segmentação no setor de saúde suplementar poderia oferecer subsídios relevantes para o estudo. Embora não possua informações aprofundadas sobre o tratamento do tema nessas nações, a entrevistada presume que estejam em estágio mais avançado que o Brasil.

Gregori pondera que, mesmo em regiões com tradição regulatória consolidada, como a União Europeia, pode haver defasagens específicas no âmbito da saúde, o que reforça a importância de um exame comparativo criterioso. Além do olhar internacional, recomenda atenção ao contexto legislativo nacional, com acompanhamento de projetos de lei em tramitação e diálogo com parlamentares e assessores legislativos.

Tais apontamentos, embora relevantes, extrapolam o escopo metodológico e temporal da presente pesquisa, sendo aqui registrados como contribuição futura para o aprofundamento da temática.

3.5.2 Entrevista com Juliana Pereira

A segunda entrevistada, Juliana Pereira, é advogada com especialização em Direito do Consumidor, Políticas Públicas, Regulação e Relações entre Empresas e Clientes. Possui uma trajetória de 35 anos de atuação profissional, iniciada ainda durante a graduação em Direito, após três semestres cursados em Filosofia. Seu percurso inclui experiências relevantes nos setores público e privado, que lhe conferem uma visão abrangente e estratégica sobre a saúde suplementar e a defesa do consumidor.

No setor público, destacou-se como diretora do PROCON de Franca/SP, assessora especial da Secretaria de Direito Econômico, coordenadora-geral do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (SINDEC), diretora do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor e, por quatro anos, secretária nacional do Consumidor no Ministério da Justiça, tendo participado ativamente da criação dessa Secretaria. Representou o Brasil em instâncias nacionais e internacionais, como o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP),

o Conselho Nacional de Educação Financeira (CONEF), a Rede Consumo Seguro das Américas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Programa COMPAL da UNCTAD/ONU.

No setor privado, atuou como consultora e executiva em empresas de diferentes segmentos, incluindo tecnologia, varejo, saúde, financeiro e imobiliário, com passagens por áreas de relacionamento com clientes, ouvidoria, inteligência de mercado, indicadores de experiência do consumidor e *compliance* regulatório. Teve atuação destacada no Grupo Qualicorp, no qual acompanhou de perto a gestão de planos de saúde empresariais, e atualmente ocupa o cargo de superintendente de *Compliance* Regulatório de Varejo do Itaú Unibanco, além de presidir o Instituto de Pesquisas e Estudos Sociedade e Consumo (IPSCONSUMO), lecionar no Instituto de Educação da FEBRABAN (INFI) e integrar o conselho da UBlink Technologies.

Sua relação com a saúde suplementar é multifacetada, a qual abrange tanto a articulação institucional, no serviço público, para compatibilizar a Lei nº 9.656/1998 com o Código de Defesa do Consumidor, quanto a experiência operacional na gestão de planos de saúde e benefícios.

Ao longo da entrevista, Juliana Pereira trouxe contribuições valiosas sobre o uso ético e regulado da inteligência artificial, o potencial e os riscos das análises preditivas, as dificuldades estruturais para integração de dados, as possibilidades e limitações da segmentação de consumidores e as perspectivas para o futuro da regulação no setor.

Sua análise parte da premissa de que a tecnologia, por si só, é neutra, e que o desafio central está em criar salvaguardas jurídicas e regulatórias que permitam seu uso para promover qualidade de atendimento, prevenção e sustentabilidade, evitando práticas discriminatórias. Essa visão, construída sobre sólida experiência em regulação, defesa do consumidor e gestão empresarial, oferece um panorama crítico e propositivo que enriquece o debate sobre a incorporação de inovações tecnológicas na saúde suplementar brasileira.

Inicialmente, Juliana Pereira destaca que a inteligência artificial deve ser vista como um instrumento neutro, cujo impacto depende do uso que lhe é conferido. Para ela, não se deve “vilanizar” a tecnologia, mas sim garantir que sua aplicação ocorra em conformidade com as premissas regulatórias e normativas. A entrevistada revela que o uso indevido, como na criação de barreiras de acesso ou práticas contrárias à legislação, configura mau uso, mas não invalida o potencial da ferramenta.

Por outro lado, mostra que, quando corretamente auditada e supervisionada, por exemplo, por meio de aplicativos confiáveis que auxiliem o consumidor na compreensão de sintomas e na busca por atendimento, a inteligência artificial (IA) pode gerar conforto, eficiência e melhor experiência no acesso à saúde suplementar.

A segunda entrevistada, Pereira, defende que, além de regulação, é necessário estabelecer parâmetros e diretrizes objetivas que permitam auditoria das tecnologias, prevenindo abusos e vieses. Para ilustrar, menciona a importância de prontuários eletrônicos unificados e de programas de promoção de saúde supervisionados, voltados ao combate à obesidade, incentivo à prática de atividades físicas e apoio à saúde mental. Entretanto, reconhece que o modelo brasileiro permanece hospitalocêntrico e voltado majoritariamente ao tratamento de doenças, com poucos incentivos para prevenção e inovação tecnológica.

No tocante à segmentação, Pereira sugere que o debate sobre mutualismos diferenciados, como a precificação proporcional a riscos efetivos não seja tratado como tabu, desde que respeitados os limites constitucionais e regulatórios, evitando exclusões indevidas. Ressalta, ainda, que o uso preditivo da IA poderia servir à melhoria da saúde do consumidor, como no mapeamento genético para promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças. Contudo, adverte para riscos como a precificação discriminatória, que devem ser mitigados por atuação regulatória eficaz.

Por fim, a entrevistada critica o enfoque restrito do debate sobre incorporação tecnológica, que se concentra em medicamentos, equipamentos e procedimentos, negligenciando estratégias que poderiam reduzir custos e fortalecer a saúde preventiva. Para ela, é imprescindível que o Estado crie um ambiente regulatório que estimule a experimentação responsável, conciliando inovação, proteção do consumidor e sustentabilidade do sistema.

Em relação à indagação sobre a existência de estudos ou práticas voltadas ao uso de análises preditivas na saúde suplementar, Juliana Pereira observa que, no âmbito das operadoras – responsáveis por estruturar e comercializar os produtos, bem como gerir o mutualismo e o acesso em conformidade com as regras da ANS –, não há uso expressivo dessas ferramentas. De acordo ainda com a segunda entrevistada, prevalece um receio de interpretações equivocadas, o que leva o mercado a adotar postura cautelosa diante dessas inovações.

No campo assistencial, que engloba hospitais, clínicas e tratamentos, a entrevistada identifica avanços mais concretos, como a utilização de robótica, estudos epidemiológicos e análises genéticas, que contribuem para diagnósticos mais precisos e intervenções mais assertivas. Ressalta também que grandes centros de diagnóstico já incorporam tecnologias voltadas à melhoria da eficácia dos serviços.

Pereira avalia que o setor de saúde suplementar apresenta um amplo potencial para a aplicação dessas ferramentas, mas carece de estímulos regulatórios adequados. Defende que a ANS poderia fomentar o debate e criar condições seguras para a adoção de inovações, inclusive por meio do sandbox regulatório – modelo já consolidado no setor financeiro pelo Banco

Central. Embora tenha havido iniciativas pontuais nesse sentido, a segunda entrevistada aponta que o tema se tornou sensível e não avançou, revelando a necessidade de maior abertura institucional para a experimentação responsável.

Ao abordar a possibilidade de diferenciação regulatória entre planos individuais e coletivos, inclusive quanto ao uso destes últimos como espaço de experimentação regulatória, Pereira destaca que a principal distinção prática entre eles reside na forma de reajuste. Conforme explica, nos planos individuais o índice é definido pelo regulador, enquanto nos coletivos há maior flexibilidade contratual. A segunda entrevistada observa que esse aspecto, por si só, poderia constituir objeto de estudo aprofundado, inclusive em nível de doutorado, dada sua relevância econômica e regulatória.

Sob a perspectiva assistencial, Juliana Pereira afirma também que, na prática, não há diferenciação no atendimento com base no tipo de contrato. Relata, a partir de sua experiência como vice-presidente de Clientes do Grupo Amil, que a análise contratual não é um critério para autorizar serviços solicitados pelos beneficiários. A diferença mais sensível entre os produtos está na rede credenciada, que pode incluir hospitais distintos a depender do plano, mas cuja prestação de serviços médicos é uniformizada pelas regras regulatórias.

A entrevistada enfatiza que a Lei de Saúde Suplementar estabelece de forma clara o que configura um plano de saúde e quais são as obrigações das operadoras, conferindo segurança jurídica ao consumidor. Assim, ainda que a forma de contratação influencie diretamente a precificação e a rede oferecida, não altera a natureza do serviço médico prestado, o qual permanece regulado e padronizado.

Ao tratar do acesso dos beneficiários a práticas de análise preditiva, Pereira ressalta que, no cenário atual, há barreiras estruturais e regulatórias que dificultam a implementação em nível individual. A segunda entrevistada explica que as informações relevantes à saúde de um beneficiário encontram-se fragmentadas em diferentes bases de dados – médicos, hospitais e empresas de análises clínicas – que não se comunicam entre si. A integração desses dados exigiria, como etapa inicial, o consentimento expresso do titular, dada a natureza sensível dessas informações e a proteção conferida pela LGPD.

Segundo a entrevistada, as análises atualmente viáveis no setor baseiam-se em dados agregados e anonimizados, os quais permitem identificar padrões coletivos, como a frequência de internações em determinado hospital e os tipos de procedimentos realizados. Entretanto, esse tipo de estudo não alcança exames laboratoriais em larga escala, uma vez que tais dados não estão amplamente disponíveis para as operadoras.

Juliana Pereira compara a necessidade de participação ativa do consumidor no compartilhamento de dados de saúde à lógica do “Open Finance” no setor bancário, no qual o cliente autoriza o acesso de instituições a seu histórico. Para ela, qualquer projeto de uso preditivo responsável deve envolver o consumidor desde o início, assegurando que o processamento e a integração dos dados ocorram com transparência e dentro dos limites legais.

Ao abordar a possibilidade de compartilhamento de dados no contexto da verticalização do setor de saúde suplementar, Pereira reconhece que, sob o ponto de vista técnico, a integração de informações entre operadoras, hospitais, laboratórios e clínicas de um mesmo grupo econômico seria mais viável. Entretanto, a segunda entrevistada enfatiza que essa prática continua condicionada às mesmas exigências jurídicas aplicáveis a modelos não verticalizados, sendo imprescindível a autorização expressa do titular dos dados.

Para ela, qualquer uso de informações sensíveis deve estar vinculado exclusivamente à melhoria da qualidade do cuidado prestado, sendo vedado o emprego dessas análises para finalidades discriminatórias. Nesse sentido, a entrevistada adverte que práticas de segmentação que restrinjam o acesso ou criem barreiras indevidas só seriam juridicamente possíveis mediante alteração da própria Constituição Federal.

Pereira também provoca reflexão sobre o papel da autonomia do consumidor na escolha do produto contratado. Argumenta que, se o beneficiário está ciente de que utilizará uma rede hospitalar restrita, poderia optar por planos de custo menor e cobertura reduzida, desde que haja transparência e consentimento informado. Contudo, reitera que qualquer uso de dados sem autorização ou com finalidade inadequada configuraria violação legal, reforçando a importância de um debate aprofundado sobre o equilíbrio entre personalização contratual e proteção contra práticas abusivas.

Ao projetar cenários para o futuro da saúde suplementar, Pereira destaca que o primeiro passo é promover um debate construtivo entre todos os atores envolvidos, restabelecendo o diálogo e a cooperação institucional. A segunda entrevistada sustenta que o setor deve ser planejado com visão de médio e longo prazo, aproveitando as lições aprendidas desde a vigência da Lei nº 9.656/1998 e enfrentando desafios persistentes, como a judicialização e a incorporação de novas tecnologias.

Para ela, dois eixos são centrais nesse processo: a integração da inteligência artificial generativa de forma ética e não discriminatória, e a compreensão do perfil e do comportamento do consumidor atual e futuro. Nesse sentido, defende que a análise do setor vá além do aspecto jurídico, incorporando dimensões sociais, tecnológicas e econômicas, sempre garantindo o protagonismo do beneficiário na condução de seu próprio cuidado.

A entrevistada, Pereira, critica a atual lógica hospitalocêntrica e medicalizada, associada a hábitos de vida pouco saudáveis. Ela ressalta que o avanço tecnológico em diagnósticos precisa vir acompanhado de políticas de prevenção e conscientização. Ela defende um modelo integrado, no qual ANS, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, universidades e profissionais de saúde atuem de forma coordenada, contemplando determinantes sociais e ambientais da saúde. Para a entrevistada, a construção de um futuro sustentável para a saúde suplementar depende de colocar a pessoa no centro das políticas, superando visões fragmentadas e isoladas.

3.5.3 Análise das entrevistas

A análise conjunta das entrevistas evidencia que, apesar de perspectivas distintas, ambas as especialistas reconhecem o potencial das tecnologias de inteligência artificial e das análises preditivas para ampliar a eficiência, a prevenção e a personalização na saúde suplementar, desde que aplicadas com transparência, respeito aos direitos do consumidor e salvaguardas regulatórias robustas.

Enquanto Maria Stella Gregori enfatiza a necessidade de compatibilizar a inovação com a proteção jurídica contra segmentações excludentes, Juliana Pereira destaca a neutralidade da tecnologia e defende que seu uso responsável depende de parâmetros claros, auditoria contínua e participação ativa do beneficiário no compartilhamento de dados sensíveis.

No que se refere às diretrizes e mecanismos existentes, Maria Stella Gregori considera que o ordenamento atual não confere à ANS nem à ANPD poderes suficientes para enfrentar os desafios trazidos pelas novas tecnologias de segmentação e decisões automatizadas, sendo necessária a criação de um instrumento legislativo específico para assegurar a proteção do consumidor. Para ela, embora haja marcos relevantes como a LGPD e o Marco Civil da Internet, é indispensável que o Poder Legislativo atue de forma propositiva e independente, evitando que interesses econômicos de grandes grupos operadoras prevaleçam sobre direitos dos beneficiários, como evidenciado nas discussões sobre o rol de procedimentos e nas tentativas de introdução de planos subsegmentados.

Já Juliana Pereira reconhece que há diretrizes e bases normativas importantes, mas defende que sua efetividade depende de planejamento integrado de médio e longo prazo, da retomada de um diálogo construtivo entre todos os atores do setor e da articulação entre dimensões sociais, tecnológicas e econômicas nas políticas públicas. Em sua visão, o regulador

deve criar condições para que a IA seja incorporada de forma a gerar valor e inclusão, e não discriminação, integrando áreas hoje fragmentadas e garantindo protagonismo ao consumidor.

Essas percepções, ao mesmo tempo convergentes e complementares, evidenciam que, embora exista um arcabouço jurídico aplicável, permanecem lacunas relevantes frente à sofisticação das práticas de segmentação e ao uso intensivo de tecnologias de análise de dados. Reforçam, ainda, a necessidade de examinar criticamente se o atual ordenamento jurídico brasileiro é capaz de prevenir práticas discriminatórias resultantes do uso de formação de perfis comportamentais na segmentação de consumidores. É justamente essa reflexão sobre a abrangência e a suficiência dos instrumentos normativos para coibir a discriminação algorítmica na saúde suplementar – que orientará o próximo capítulo.

4 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS NORMATIVOS CONTRA A DISCRIMINAÇÃO ALGORÍTMICA DECORRENTE DA FORMAÇÃO DE PERFIS COMPORTAMENTAIS NA SEGMENTAÇÃO DE CONSUMIDORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A análise desenvolvida nos capítulos anteriores, 1 e 2, evidencia como a segmentação de usuários no mercado de saúde suplementar, embora considerada essencial à sustentabilidade econômica do setor, pode assumir contornos discriminatórios quando operada por sistemas automatizados baseados em formação de perfis comportamentais. Verificou-se que a crescente adoção de tecnologias de processamento de dados e decisões algorítmicas, ao mesmo tempo em que permite uma gestão mais eficiente do risco, introduz novos desafios jurídicos relacionados à transparência, à equidade e à proteção contra práticas excludentes.

Neste terceiro capítulo, examinam-se os instrumentos normativos atualmente disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro que podem atuar na mitigação dos impactos discriminatórios derivados de sistemas automatizados baseados em formação de perfis comportamentais.

A análise será estruturada em três eixos: no primeiro, as disposições da LGPD e os atos normativos da ANPD; no segundo, a Lei dos Planos de Saúde e as resoluções da ANS, com ênfase nas lacunas e potencialidades da regulação setorial; e, no terceiro, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), cuja aplicação, embora frequentemente relegada na regulação suplementar, constitui a base normativa para a proteção dos usuários, a qual fornece arcabouço normativo essencial ao problema. A proposta é verificar em que medida a integração desses

diplomas pode contribuir para um ambiente regulatório mais justo, transparente e inclusivo no contexto da saúde suplementar.

4.1 LGPD e ANPD: Instrumentos normativos de proteção frente à discriminação algorítmica gerada a partir de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais

A proteção de dados pessoais passou a se estruturar como um campo jurídico autônomo a partir do momento em que o processamento automatizado de informações deixou de ser apenas uma ferramenta técnica e passou a representar, em si, um fator de risco à autodeterminação individual (DONEDA, 2022).

Essa mudança de perspectiva, impulsionada pelo avanço das tecnologias digitais e pela crescente centralidade dos dados na vida social e econômica, tornou indispensável a construção de um regime normativo capaz de equilibrar a inovação com a proteção de direitos fundamentais. Nesse contexto, a elaboração da LGPD e a criação da ANPD configuram marcos institucionais diretamente vinculados à necessidade de regulamentar o tratamento de dados em ambientes marcados por decisões automatizadas, como é o caso do setor da saúde suplementar.

Doneda (2022) revela ainda que a LGPD, promulgada por meio da Lei nº 13.709/2018, representou um marco na consolidação de um regime jurídico unificado e principiológico voltado à regulação do tratamento de dados pessoais no Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Complementarmente, a criação da ANPD, inicialmente por meio da Medida Provisória nº 869/2018 e posteriormente convertida na Lei nº 13.853/2019, conferiu institucionalidade à política de proteção de dados no país. Em 2022, com a edição da Lei nº 14.460, a ANPD passou a contar com natureza de autarquia especial, o que fortaleceu sua autonomia funcional. Mais recentemente, a Medida Provisória nº 1.317, de 2025, promoveu nova alteração em sua estrutura, transformando a ANPD em agência reguladora de natureza especial.

A instituição da ANPD atribuiu a esse órgão, além das funções fiscalizatórias, um papel pedagógico e orientador, especialmente relevante diante dos desafios colocados pelas tecnologias digitais e pela crescente adoção de decisões automatizadas em diversos setores.

No contexto desse trabalho de pesquisa, que se debruça sobre os impactos discriminatórios decorrentes da segmentação de usuários por meio de decisões automatizadas no mercado de saúde suplementar, o estudo da LGPD e dos atos normativos expedidos pela ANPD mostrou-se imprescindível. Isso porque tais instrumentos constituem a principal base regulatória para a

limitação dos usos abusivos de dados pessoais e para a definição de salvaguardas contra práticas discriminatórias resultantes da utilização de algoritmos e técnicas de formação de perfis comportamentais.

Ao estabelecer princípios, direitos e deveres aplicáveis ao tratamento automatizado de dados, bem como mecanismos de responsabilização e transparência, a LGPD, em articulação com as diretrizes interpretativas e regulatórias da ANPD, fornece o arcabouço jurídico necessário para avaliar a legitimidade e a justiça dessas práticas no setor da saúde. Dessa forma, a análise crítica de seus dispositivos e regulamentações é condição essencial para compreender a suficiência (ou insuficiência) do ordenamento atual frente aos riscos da discriminação algorítmica.

Para este fim, no âmbito da LGPD, merecem especial atenção o art. 1º, que define o âmbito de aplicação da lei e afasta hipóteses específicas de exclusão previstas no art. 4º; o art. 5º, que em seus incisos I e II conceitua os dados pessoais e os dados sensíveis, no inciso VI define a figura do controlador e, no inciso XII, estabelece o consentimento como manifestação livre, informada e inequívoca; o art. 6º, que elenca princípios estruturantes, em especial os da transparência, da prevenção e da vedação à discriminação; os arts. 7º e 11, que apresentam as bases legais para o tratamento de dados pessoais e sensíveis, destacando-se o inciso I do art. 7º relativo ao consentimento, o inciso VIII sobre a tutela da saúde, bem como o § 5º do mesmo artigo acerca do compartilhamento de dados entre controladores, além do inciso II do art. 11 e de seu § 4º, que disciplinam hipóteses de tratamento de dados sensíveis; o art. 9º, § 3º, que exige informação destacada quando o fornecimento de dados for condição para acesso a produtos ou serviços; o art. 18, *caput* e § 2º, que asseguram ao titular direitos de acesso, retificação e oposição; o art. 20, que garante a revisão de decisões automatizadas; e, por fim, os arts. 37 a 40, que estabelecem mecanismos de governança de dados, como os registros das operações de tratamento e o relatório de impacto à proteção de dados pessoais.

Nesse sentido, é possível afirmar que os dados utilizados na segmentação de consumidores no mercado de saúde suplementar, – como informações sobre hábitos de vida, localização, perfil de consumo e, especialmente, dados relativos à saúde – enquadram-se no conceito amplo de dado pessoal adotado pela LGPD.

A Lei, seguindo a diretriz do GDPR, define, nos termos do art. 5º, inciso I, como dado pessoal toda informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, ainda que, isoladamente, tais dados não revelem de imediato a identidade do titular. A possibilidade de cruzamento, organização e análise desses elementos por meio de sistemas automatizados pode

gerar perfis altamente específicos, inclusive com inferências sensíveis, o que justifica sua proteção normativa.

Além disso, muitos dos dados utilizados nesse tipo de segmentação – como os referentes à saúde, ao comportamento alimentar e à genética – enquadram-se também na categoria de dados pessoais sensíveis, conforme o art. 5º, inciso II, da LGPD, exigindo, portanto, um nível mais elevado de proteção jurídica.

Contudo, a ênfase exclusiva nessa categoria normativa tende a ofuscar o potencial lesivo do tratamento de dados que, à primeira vista, são considerados triviais. Estudos empíricos de base quantitativa, como o de Kosinski, Stillwell e Graepel (2013) e o de Youyou, Kosinski e Stillwell (2015), já discutidos no primeiro capítulo, demonstram que informações aparentemente neutras podem ser processadas de forma a revelar atributos pessoais altamente sensíveis.

Esses resultados evidenciam que, ainda que determinados dados não se enquadrem formalmente na categoria legal de sensíveis, o seu processamento automatizado pode gerar inferências de igual ou maior impacto sobre a esfera íntima dos indivíduos, inclusive revelando informações cobertas por sigilo ou capazes de fundamentar decisões discriminatórias. Assim, o desafio regulatório transcende a mera classificação legal, exigindo atenção ao modo como diferentes conjuntos de dados, ainda que não sensíveis, podem ser combinados para produzir resultados invasivos e potencialmente injustos.

Diante de tal questão, o art. 5º, inciso I, da LGPD, ao definir dado pessoal, deixa claro que basta a possibilidade de identificação do titular para que a informação esteja sujeita à proteção normativa. Nesse sentido, os chamados dados triviais, ainda que isoladamente não revelem de imediato a identidade da pessoa, enquadram-se no conceito legal, pois sua correlação pode conduzir à identificação. Assim, tanto os dados sensíveis quanto os triviais estão submetidos à disciplina da LGPD. Estes últimos, na prática, tendem a receber um nível de proteção menos rigoroso, não obstante seus potenciais efeitos discriminatórios possam ser igualmente relevantes ou até idênticos aos derivados do tratamento de dados sensíveis.

A melhor interpretação a ser adotada é de natureza teleológica, considerando a finalidade protetiva que orienta a LGPD. Nessa perspectiva, os dados que, em sua forma “bruta”, se enquadram no rol do art. 5º, II, da LGPD já atraem, por si sós, o regime jurídico diferenciado previsto para a categoria dos dados sensíveis. Já os dados pessoais considerados triviais, tomados isoladamente, não se qualificam formalmente como sensíveis. Todavia, o art. 11, § 1º, explicita que o regime jurídico dos dados sensíveis também se aplica a qualquer tratamento de dados pessoais que revele dados pessoais sensíveis e seja apto a causar dano ao titular. Assim, quando submetidos a técnicas de processamento de dados baseadas em formação de perfis

comportamentais que resultem na inferência de informações relativas à origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, bem como a dados referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos, esses dados aparentemente triviais devem ser equiparados a dados sensíveis, submetendo-se ao mesmo tratamento jurídico e às salvaguardas específicas previstas para essa categoria.

Além disso, conforme dispõe o art. 1º da LGPD, toda pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realize tratamento de dados pessoais, inclusive no ambiente digital, está sujeita à legislação, salvo nas hipóteses expressamente previstas de exclusão. Assim, as operadoras de planos de saúde, ao tratarem dados dos consumidores, inserem-se diretamente no escopo de aplicação dessa lei e devem observar os limites legais e as bases autorizadas estabelecidas nos arts. 7º e 11 da norma.

Dessa forma, superado qualquer questionamento quanto à aplicação da LGPD ao tratamento de dados realizado por operadoras de planos de saúde no contexto da segmentação de usuários através de técnicas de perfilização, é imprescindível destacar que, para que o tratamento de dados seja considerado legítimo e lícito, deve necessariamente se enquadrar em uma das hipóteses legais previstas pela legislação.

Conforme explicam Viola e Teffé (2022), não se tratando de uma hipótese de exclusão nos termos do art. 4º da LGPD, o agente de tratamento deve identificar e fundamentar a base legal mais adequada e segura à relação jurídica estabelecida, sendo inclusive possível, em determinadas situações, a cumulação de hipóteses legais – à semelhança do que prevê o ordenamento europeu.

Diante disso, verifica-se que as bases legais para o tratamento de dados estão previstas nos arts. 7º e 11 da LGPD, os quais, embora apresentem rol taxativo, admitem certa margem interpretativa em hipóteses mais abertas, como no caso do legítimo interesse.

Em qualquer cenário, o tratamento de dados deve observar os direitos dos titulares, incluindo o direito à oposição (art. 18, § 2º) e à revisão de decisões automatizadas que afetem seus interesses, nos termos do art. 20 da LGPD. O sistema normativo estruturado pela Lei, portanto, não apenas impõe limites ao uso de dados pessoais, como também constitui um instrumento de controle e garantia da autodeterminação informacional, exigindo dos agentes de tratamento uma postura proativa, transparente e juridicamente justificada.

Iniciando-se a análise das bases legais previstas no art. 7º da LGPD, observa-se que o tratamento de dados pessoais somente será considerado legítimo quando fundado em uma das hipóteses ali elencadas, sendo a primeira delas o consentimento do titular (inciso I).

Segundo a LGPD, em seu art. 5º, inciso XII, o consentimento é caracterizado como “manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada”. Essa definição dialoga diretamente com aquela adotada pelo GDPR, em seu artigo 4º, item 11, que o conceitua como “qualquer indicação livremente dada, específica, informada e inequívoca dos desejos do titular dos dados.

Tal abordagem mostra que, por meio de uma declaração ou de um ato positivo claro, significa concordar com o processamento de dados pessoais que lhe digam respeito”. Ambas as normas reforçam, assim, a exigência de uma manifestação ativa e consciente, vinculada a uma finalidade previamente delimitada, o que impõe ao agente de tratamento o dever de informar com transparência os propósitos da coleta, bem como os riscos e as consequências do uso dos dados.

Especificamente no que se refere ao direito à saúde, a LGPD estabelece hipóteses que autorizam o tratamento de dados pessoais sensíveis mesmo sem o consentimento do titular, desde que voltadas à proteção direta do indivíduo. É o que se verifica, por exemplo, no inciso II do art. 11, que admite o tratamento de dados sensíveis sem consentimento quando for indispensável para a tutela da saúde, desde que realizado exclusivamente por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.

De forma convergente, o inciso VIII do art. 7º também autoriza o tratamento de dados pessoais comuns, não sensíveis, para essa mesma finalidade e sob as mesmas condições. Tais exceções revelam uma preocupação do legislador em permitir o uso legítimo e proporcional dos dados pessoais em situações de interesse público ou de atendimento direto à saúde do titular, sem que isso comprometa a proteção de seus direitos fundamentais.

No entanto, a aplicação dessas hipóteses não pode ser estendida ao processamento de dados realizados com o objetivo de segmentar usuários ou precificar planos de saúde com base em suas condições clínicas ou hábitos pessoais. Isso porque tais atividades não configuram tutela da saúde, mas sim ações voltadas à gestão de risco econômico e à lógica mercadológica das operadoras.

Ainda que sejam conduzidas por instituições de saúde ou por profissionais vinculados a serviços assistenciais, essas práticas não têm como finalidade direta o cuidado com o titular, mas sim a obtenção de vantagem competitiva por meio da análise preditiva de dados sensíveis. Nesse sentido, interpretar de forma ampliada as hipóteses legais de tratamento previstas nos arts. 7º e 11 da LGPD para justificar a segmentação de usuários com base em seus dados clínicos representa um desvio do propósito normativo dessas disposições e pode abrir caminho para práticas discriminatórias e contrárias à boa-fé e à finalidade legítima do tratamento.

Essa base legal, como sustentam Doneda (2021) e Viola e Teffé (2022), tem como fundamento a autodeterminação informacional e representa, em tese, um instrumento importante de proteção da liberdade individual frente ao poder do agente de tratamento, a capacidade conferida à pessoa de alterar sua própria esfera jurídica com base na expressão de sua vontade. No contexto da saúde suplementar, o consentimento pode funcionar como um mecanismo relevante de transparência e controle sobre o uso de dados. Seu uso, quando respeitado em sua forma qualificada, pode reforçar a legitimidade do tratamento e assegurar maior proteção aos titulares.

Nessa perspectiva, Mendes reforça esse posicionamento ao destacar que a função do consentimento pode ser compreendida como o instituto jurídico que viabiliza o exercício da autodeterminação informacional.

Para que o indivíduo possa exercer o seu poder de autodeterminação informativa, faz-se necessário um instituto jurídico por meio do qual se expresse a sua vontade de autorizar ou não o processamento de dados pessoais: o consentimento. Este é o mecanismo que o direito dispõe para fazer valer a autonomia privada do cidadão (Mendes, 2014, p. 60).

As considerações das entrevistadas reforçam o papel central do consentimento como instrumento de autodeterminação informacional na saúde suplementar, especialmente diante da natureza sensível dos dados tratados. Maria Stella Gregori enfatiza que, por força da própria LGPD, dados de saúde só podem ser disponibilizados ou tratados mediante consentimento do titular, reconhecendo-o como barreira jurídica essencial contra usos abusivos, inclusive no contexto de inteligência artificial. Já Juliana Pereira destaca a fragmentação das bases de dados no setor e a exigência legal de consentimento expreso para viabilizar qualquer integração e análise preditiva individualizada, traçando paralelo com o regime do “Open Finance”.

Sua observação aponta para a importância de garantir transparência e autonomia da vontade do consumidor, sobretudo em situações em que este possa optar conscientemente por produtos com redes de cobertura mais restritas, desde que tal escolha seja precedida de informação clara e consentimento informado. Ambas as perspectivas convergem na defesa de que a ausência ou o uso equivocado do consentimento para finalidades como segmentação ou restrição de acesso não apenas compromete a confiança nas relações de consumo, como caracteriza violação direta à LGPD.

Entretanto, o consentimento, como salvaguarda contra práticas discriminatórias baseadas em decisões automatizadas, encontra limites significativos. Na realidade das relações entre usuários e operadoras de planos de saúde – marcadas por forte assimetria informacional – o

consentimento tende a ser prestado de forma genérica, muitas vezes vinculado à própria contratação do plano, como ocorre nos contratos de adesão, sem que o titular compreenda efetivamente os critérios utilizados nos processos de adesão ao serviço. Essa fragilidade compromete a liberdade de escolha e pode esvaziar o conteúdo protetivo da base legal.

Para evitar que o consentimento seja prestado de forma genérica e meramente formal, é imprescindível a disponibilização clara, completa e acessível dos elementos necessários para uma decisão consciente por parte do titular.

Como destaca Doneda (2021), a validade do consentimento depende da existência de uma compreensão real sobre o destino dos dados pessoais: quem irá tratá-los, para qual finalidade, por quanto tempo, com quem serão compartilhados e se haverá transferência a terceiros. Essas informações não podem ser apresentadas de forma vaga ou escondidas em cláusulas extensas e técnicas; ao contrário, devem ser explicitadas previamente, de maneira destacada e inteligível, especialmente considerando a opacidade que caracteriza os sistemas automatizados.

Ainda segundo o autor, cabe ao agente de tratamento não apenas informar, mas também assegurar que o titular tenha condições de compreender as implicações do consentimento e que, de fato, as tenha compreendido, nos moldes do consentimento informado, amplamente adotado na área da saúde. No contexto da saúde suplementar, esse dever de esclarecimento é ainda mais rigoroso, dado o grau de sensibilidade dos dados envolvidos e os impactos que sua utilização pode gerar nas condições de acesso e permanência dos usuários nos planos. Trata-se, portanto, de garantir que a autodeterminação informacional seja exercida de forma efetiva, e não meramente formalizada.

Além disso, quando o fornecimento de dados pessoais se torna condição para o acesso a um serviço, o consentimento tende a se distanciar de uma manifestação genuína de vontade, assumindo um caráter meramente formal. Nessa perspectiva, embora o art. 7º, I, da LGPD represente um avanço normativo ao estabelecer o consentimento como base legal, ele não é suficiente, por si só, para enfrentar os riscos associados à discriminação algorítmica, sendo necessária a articulação com outras bases legais e instrumentos regulatórios mais robustos.

Como observa Doneda (2021), nessas situações, a recusa em fornecer dados pessoais pode implicar a renúncia, por vezes severa, a bens ou serviços essenciais. A assimetria de poder entre quem exige os dados e quem os fornece limita as possibilidades reais de escolha, levando o titular a aceitar, na prática, todos os termos impostos sob pena de exclusão do serviço. Essa lógica contratual, baseada na aceitação integral e compulsória das condições, é descrita pelo autor como uma dinâmica de “tudo ou nada” ou “pegar ou largar”.

Um exemplo ilustrativo encontra-se na conduta de operadoras de planos de saúde que, no momento da adesão, exigem o preenchimento de questionários detalhados sobre hábitos alimentares, prática de exercícios e histórico familiar de doenças, sem informar de forma clara que essas informações serão utilizadas para classificações de risco. Esse uso opaco de dados pode resultar em cobranças mais elevadas, limitações na cobertura assistencial ou até mesmo inviabilizar a contratação do serviço.

Como destaca Mendes (2014), é evidente que o principal desafio que surge quando um usuário discorda dos termos de uso de um serviço é a potencial exclusão desse indivíduo do mercado de consumo. Em muitos casos, o consentimento revela-se mais como uma formalidade do que como uma escolha genuína.

Diante desse contexto, destaca-se a importância do art. 9º, § 3º da LGPD, que trata dos casos em que o tratamento de dados é condição para o fornecimento de produto, serviço ou exercício de direito. O dispositivo exige que o titular seja informado de maneira destacada sobre essa exigência e sobre os meios disponíveis para o exercício de seus direitos, nos termos do art. 18 da Lei. A norma visa coibir práticas em que o usuário é compelido a aceitar, de forma genérica e irrestrita, o tratamento de seus dados, sem conhecimento efetivo de suas finalidades ou impactos.

Como explicam Viola e Teffé (2022), trata-se de uma tentativa de romper com a lógica binária das chamadas políticas de “tudo ou nada”, nas quais o consumidor ou aceita todas as condições impostas ou é impedido de acessar o serviço, prática recorrente em contratos de adesão, como aqueles firmados com operadoras de planos de saúde.

Para além de seu papel como manifestação de vontade individual, o consentimento pode também ser compreendido como instrumento capaz de promover a transparência e a publicização dos processos de decisão automatizada, especialmente no contexto da saúde suplementar. Ao exigir a explicitação das finalidades, critérios e consequências do tratamento de dados, o consentimento qualificado contribui para lançar luz sobre lógicas decisórias até então invisíveis aos titulares, funcionando como mecanismo de controle social e institucional. Como destacam Wimmer e Doneda (2021), diversas abordagens normativas têm enfatizado a importância de princípios como a transparência e a explicabilidade para mitigar os riscos das decisões algorítmicas.

A proposta é permitir maior visibilidade sobre os critérios que orientam essas decisões, de modo a viabilizar seu controle e eventual correção, especialmente quando envolvem impactos diretos sobre os direitos dos indivíduos. Para tanto, é essencial que sejam fornecidas

informações relevantes, contextualizadas e compreensíveis, que permitam aos afetados compreender o resultado, identificar a lógica empregada e, se necessário, contestar a decisão.

No caso dos planos de saúde, essa exigência ganha relevo, uma vez que a ausência de transparência sobre os critérios algorítmicos utilizados na segmentação de usuários pode ocultar práticas discriminatórias e dificultar o acesso a mecanismos de revisão e reparação.

Nesse sentido, ao se reconhecer a transparência como um princípio estruturante da proteção de dados pessoais, percebe-se como indispensável avaliar o grau de visibilidade e compreensibilidade dos sistemas utilizados para decisões automatizadas. Como assinalam Wimmer e Doneda (2021), um dos aspectos centrais a serem considerados é justamente o nível de opacidade do sistema decisório, ou seja, o quanto é possível compreender o funcionamento do algoritmo que fundamenta determinada previsão, recomendação ou classificação. No contexto da saúde suplementar, a utilização de modelos preditivos opacos para segmentar usuários em grupos de risco pode resultar em discriminações de difícil detecção, justamente pela ausência de explicabilidade.

Essa limitação compromete não apenas o controle do titular sobre seus dados, mas também enfraquece a possibilidade de responsabilização do agente de tratamento. Por isso, o consentimento, enquanto instrumento de transparência, só será efetivo se vier acompanhado de mecanismos que assegurem a inteligibilidade mínima dos critérios decisórios sob pena de se tornar uma formalidade incapaz, de conter abusos ou permitir a contestação das decisões automatizadas. Estas impactam diretamente o acesso e a permanência do usuário no sistema de saúde.

As entrevistas também trouxeram elementos relevantes sobre os mecanismos de contestação disponíveis aos consumidores diante de negativas ou restrições impostas por operadoras de planos de saúde.

Maria Stella Gregori destacou que, segundo a regulação da ANS, toda negativa deve ser formalizada por escrito, caso solicitada pelo consumidor, o que viabiliza a busca de reparação tanto nos órgãos de defesa do consumidor quanto na própria agência ou no Poder Judiciário. Contudo, ressaltou o desafio decorrente da fragmentação normativa: enquanto a ANS e as operadoras se orientam prioritariamente pela Lei nº 9.656/1998 e por resoluções setoriais, os órgãos de defesa do consumidor invocam a prevalência do Código de Defesa do Consumidor, gerando conflitos interpretativos que frequentemente demandam solução judicial.

Gregori mostra ainda que as limitações práticas, como a atuação restrita de alguns Procons a pessoas físicas, dificultando o acesso de beneficiários de planos coletivos por adesão.

Nesses casos, a judicialização torna-se, muitas vezes, o único caminho viável, embora a jurisprudência nem sempre seja uniforme.

Com base nas considerações apresentadas e nos posicionamentos das entrevistadas, observa-se que a proteção conferida pelos arts. 18, § 2º, e 20 da LGPD assume papel central na mitigação dos riscos decorrentes do uso de dados pessoais em processos de segmentação algorítmica na saúde suplementar.

O direito de oposição previsto no art. 18, § 2º, conecta-se diretamente à preocupação de Juliana Pereira com a necessidade de consentimento expresso e transparência prévia no compartilhamento e integração de dados em estruturas verticalizadas, permitindo ao titular recusar tratamentos que, mesmo fundados em hipóteses legais diversas do consentimento, contrariem os princípios da Lei. Já o direito à revisão de decisões automatizadas, assegurado pelo art. 20, dialoga com a advertência de Maria Stella Gregori quanto à importância de mecanismos eficazes de contestação de negativas e restrições impostas pelas operadoras, as quais viabilizem ao consumidor questionar classificações ou perfis gerados por sistemas opacos de análise preditiva.

Em conjunto, tais dispositivos funcionam como garantias normativas que reforçam a autodeterminação informacional e oferecem instrumentos concretos para que o titular não apenas compreenda, mas também influencie e, quando necessário, modifique os efeitos de decisões baseadas no tratamento de seus dados, preservando seu acesso e permanência no sistema de saúde suplementar.

Nesse cenário, o princípio da transparência, previsto no art. 6º, VI, da LGPD, revela-se essencial para enfrentar as lacunas identificadas na aplicação prática dos arts. 18, § 2º, e 20 da Lei, especialmente no contexto da saúde suplementar. A transparência impõe aos agentes de tratamento o dever de fornecer informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre as operações de tratamento e sobre os próprios agentes envolvidos, com o intuito de possibilitar, ao titular, a compreensão de forma efetiva, de seus dados – como e por que – estão sendo processados. Tal exigência atua diretamente na mitigação dos efeitos da opacidade algorítmica, criando condições para que o consentimento e o direito de revisão sejam exercidos de forma consciente e efetiva.

Vale dizer que, ao exigir clareza informacional e acessibilidade, o princípio da transparência fortalece o controle social e institucional sobre o uso de dados, a fim de que se garanta a proteção contra discriminação algorítmica para que não dependa apenas da iniciativa individual do titular, mas se assente também em um dever objetivo de publicidade das práticas adotadas.

Outro conjunto de mecanismos relevantes previstos na LGPD está nos arts. 37 a 40, que impõem aos controladores deveres de natureza preventiva e organizacional. O art. 37 estabelece a obrigação de manter registro das operações de tratamento de dados pessoais, garantindo rastreabilidade e documentação das práticas adotadas. Essa exigência permite a verificação, por parte da ANPD e de outros órgãos fiscalizadores, da conformidade das atividades realizadas, funcionando como instrumento de *accountability*.

Já o art. 38 introduz o Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais (RIPD), documento no qual devem ser avaliados os riscos decorrentes do tratamento, bem como as medidas técnicas e administrativas adotadas para mitigá-los. Tais dispositivos deslocam o eixo da proteção de dados da esfera meramente reativa para uma lógica de prevenção estruturada e contínua.

No contexto da saúde suplementar, a importância desses instrumentos é evidente. A elaboração de relatórios de impacto permite identificar previamente potenciais práticas de segmentação discriminatória decorrentes do uso de algoritmos e modelos de formação de perfis comportamentais, além de exigir das operadoras maior transparência quanto aos critérios utilizados em suas análises de risco e definição de preços.

O registro das operações, por sua vez, cria condições para auditorias internas e externas, contribuindo para coibir decisões automatizadas opacas e desprovidas de controle. Dessa forma, os arts. 37 a 40 reforçam a ideia de que a proteção contra a discriminação algorítmica não depende apenas da atuação individual do titular, mas exige um sistema de governança de dados capaz de prevenir abusos estruturais e assegurar equilíbrio na relação entre consumidores e operadoras.

Além desses mecanismos de caráter preventivo e organizacional, a LGPD também incorpora salvaguardas de natureza principiológica, entre as quais se destaca o art. 6º, que elenca os princípios orientadores do tratamento de dados pessoais e estabelece, em seu inciso IX, a vedação à discriminação – compreendida como a impossibilidade de realizar tratamento para fins discriminatórios ilícitos ou abusivos.

A inclusão desse princípio no rol normativo revela a preocupação do legislador em assegurar que, mesmo nos casos em que o tratamento seja legítimo sob outro fundamento legal, ele não possa ser conduzido de forma a restringir direitos ou criar barreiras indevidas.

As entrevistas reforçam que a utilização de dados para segmentação ou precificação de planos de saúde jamais pode resultar em práticas discriminatórias que impeçam ou restrinjam o acesso de determinados consumidores em razão de suas características pessoais.

Maria Stella Gregori alertou para a possibilidade concreta de que algoritmos sejam

empregados como instrumentos de “seleção de risco” ou “seleção adversa”, práticas que, embora vedadas pela Lei nº 9.656/1998 no que se refere à discriminação por idade ou doença, ainda ocorrem na realidade do mercado, muitas vezes de forma velada. A entrevistada enfatizou que a manipulação de dados clínicos, laboratoriais ou genéticos para prever doenças futuras pode servir de fundamento para excluir ou onerar consumidores, caracterizando conduta discriminatória se não houver regulação específica e mecanismos de controle adequados. Ressaltou, ainda, a inexistência, até o momento, de regulamentação direta sobre o tema pela ANS ou pela ANPD, o que amplia o risco de usos abusivos.

A entrevistada Juliana Pereira, por sua vez, destacou que a inteligência artificial, embora neutra como ferramenta, pode se tornar ilícita quando utilizada para criar barreiras de acesso ou restringir direitos de forma incompatível com a legislação. Defendeu que qualquer análise preditiva em saúde deve ter como objetivo exclusivo a melhoria da qualidade da atenção prestada ao consumidor, e não a sua exclusão ou a criação de condições desvantajosas com base em dados sensíveis. Nesse sentido, reforçou que a utilização discriminatória de informações médicas ou genéticas afrontaria a Constituição Federal, que assegura a vedação sobre as práticas excludentes no acesso à saúde suplementar.

Ambas as entrevistadas convergem, assim, na compreensão de que o uso discriminatório de dados, ainda que decorrente de modelagens algorítmicas sofisticadas, constitui violação direta às garantias previstas no ordenamento jurídico, comprometendo a boa-fé e a finalidade legítima do tratamento de dados pessoais.

As observações de Juliana Pereira acrescentam uma nuance relevante ao debate sobre discriminação no uso de dados na saúde suplementar. Para a entrevistada, não se deve confundir a segmentação lícita, baseada em critérios isonômicos e transparentes, com práticas discriminatórias ilícitas. Ela sustenta que é possível estruturar produtos distintos para grupos de consumidores com características e necessidades semelhantes, desde que isso não resulte na exclusão de pessoas do sistema nem na imposição de condições desvantajosas a partir de dados sensíveis utilizados de forma abusiva.

Como exemplos, menciona-se que, no modelo atual de mutualismo, um homem contribui para custear procedimentos obstétricos, ainda que nunca venha a utilizá-los, o que encarece o produto para ele. Os consumidores que utilizam poucos serviços poderiam optar por planos com redes hospitalares mais restritas, pagando valores menores.

Situações como essas poderiam ser ajustadas por meio de segmentações lícitas, desde que precedidas de informação clara e consentimento informado. A distinção proposta por Pereira, portanto, parte do reconhecimento de que tratar de forma diferente os diferentes não

configura discriminação ilícita quando se mantém o respeito às garantias legais e constitucionais, enquanto qualquer uso de dados para impedir o acesso ou criar barreiras injustificadas permanece vedado e incompatível com a boa-fé objetiva e a finalidade legítima do tratamento.

Em contraste com a visão de Juliana Pereira, que admite a possibilidade de segmentações lícitas desde que baseadas em critérios isonômicos e transparentes, como planos com redes hospitalares mais restritas ou ajustes que eliminem a cobrança de procedimentos obstétricos de consumidores que jamais os utilizarão, Maria Stella Gregori adota postura mais cautelosa e crítica em relação à flexibilização excessiva da cobertura.

Para ela, propostas de subsegmentação, como os chamados planos meramente eletivos, restritos a consultas e exames laboratoriais não beneficiam o consumidor e violam o princípio constitucional da isonomia, além de fragilizar a função social do contrato de assistência à saúde. Gregori questiona a lógica desses produtos ao indagar “Se ele recebe um diagnóstico, mas não tem cobertura para o tratamento, como proceder?”

Essa autora ressalta que diagnósticos desprovidos de cobertura para tratamento colocam o consumidor em situação de desproteção e podem levar a uma transferência indevida da demanda para o SUS. Nesse sentido, enquanto Juliana Pereira vê espaço para ajustes contratuais que atendam a diferentes perfis de risco dentro dos limites legais, Gregori rejeita a criação de modalidades restritivas que reduzam o escopo assistencial e comprometam o acesso integral à saúde.

O posicionamento divergente das entrevistadas evidencia um dilema econômico central quando a segmentação de usuários é orientada por decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais. De um lado, há a perspectiva empresarial de que tais ferramentas tecnológicas podem aumentar a eficiência do mercado, as quais permitem precificação mais ajustada ao risco individual, desenho de planos customizados e otimização do uso dos recursos assistenciais.

De outro modo, sustenta-se a necessidade de integral proteção ao consumidor, destacando-se que a aplicação dessas técnicas pode comprometer o caráter solidário e mutualista do sistema, além de potencializar exclusões indiretas e práticas discriminatórias, mesmo que amparadas por modelos estatísticos. Esse embate revela o desafio regulatório de conciliar a busca por eficiência econômica e sustentabilidade do setor com a preservação de princípios de equidade e o respeito ao direito fundamental à saúde.

Cumprе salientar que a LGPD, no art. 6º, inciso VIII, consagra o princípio da prevenção, a qual impõe a adoção de medidas voltadas a evitar a ocorrência de danos decorrentes do

tratamento de dados pessoais. Trata-se de uma diretriz de caráter proativo, que, conjugada ao disposto no art. 6º, inciso IX – vedação à discriminação –, configura uma proteção dupla: prevenir a materialização de riscos e afastar práticas discriminatórias no uso de dados.

Além da análise individualizada dos dispositivos normativos que envolvem a segmentação dos consumidores com a proteção de dados, outro aspecto de extrema relevância é o fenômeno analisado no capítulo anterior – a verticalização do mercado – pode ser diretamente associado ao impacto relevante sobre a proteção de dados e a segmentação algorítmica no setor de saúde suplementar.

Embora essa prática possa ser justificada sob a ótica da eficiência organizacional e da redução de custos operacionais e assistenciais, ela levanta sérias preocupações no que tange ao problema ora analisado. Isso porque, ao controlar múltiplas etapas do cuidado, os grupos verticalizados adquirem acesso privilegiado e contínuo a informações extremamente sensíveis sobre os usuários, como laudos laboratoriais, prontuários médicos, diagnósticos, padrões de utilização dos serviços e históricos clínicos detalhados. Dados que, antes, seriam tratados isoladamente por prestadores de serviços independentes passam, nesse novo arranjo, a ser potencialmente compartilhados internamente entre as diversas empresas que compõem o grupo econômico. Isto advém, muitas vezes, sem o conhecimento adequado do titular e sem qualquer transparência quanto às finalidades do uso dessas informações.

Deve-se ressaltar, porém, ainda que o tratamento seja realizado dentro da mesma estrutura empresarial, este fato não exime os agentes de observarem os princípios da LGPD. Ocorre que esse compartilhamento interno pode se dar de forma sigilosa e opaca, tornando-se significativamente mais difícil para as entidades de controle e para os próprios titulares dos dados fiscalizarem e exercerem seus direitos de maneira efetiva.

Dessa forma, a concentração de dados em estruturas verticalizadas também compromete o exercício pleno dos direitos previstos no art. 18 da LGPD, como o direito à confirmação da existência de tratamento, ao acesso aos dados e à revisão de decisões automatizadas. Quando o titular desconhece a extensão e a lógica do compartilhamento entre controladoras, subsidiárias e coligadas, torna-se praticamente inviável identificar qual entidade possui responsabilidade como controladora, dificultando a responsabilização e o controle social sobre o tratamento de dados pessoais.

Diante desses riscos estruturais, ganham relevo os direitos do titular e os mecanismos de governança previstos na LGPD. A fim de mitigar os riscos relacionados ao compartilhamento opaco de dados em estruturas verticalizadas, a LGPD estabelece, no art. 18, um conjunto

de direitos conferidos ao titular dos dados pessoais, cuja finalidade é justamente garantir transparência, controle e autodeterminação informacional.

Segundo esse dispositivo, o titular tem o direito de obter do controlador, a qualquer momento e mediante requisição, diversas informações relacionadas ao tratamento de seus dados, incluindo acesso, retificação, exclusão, portabilidade, anonimização e conhecimento das entidades com as quais os dados foram compartilhados. Esses direitos constituem pilares essenciais para limitar os efeitos danosos da automação decisória e da segmentação baseada em perfis, especialmente quando os dados são coletados e processados por grandes grupos empresariais com estrutura verticalizada.

Para a correta aplicação desses direitos, é imprescindível compreender quem se qualifica como controlador, nos termos do art. 5º, inciso VI, da LGPD. A Lei define controlador como a pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais. Em contextos verticalizados, essa definição exige análise casuística: por exemplo, quando um dado pessoal é coletado por um hospital no curso de um atendimento médico, é esse hospital quem atua como controlador; o mesmo se aplica a laboratórios, clínicas e plataformas digitais, desde que sejam eles os responsáveis por determinar as finalidades e os meios do tratamento dos dados.

No entanto, se essas instituições estiverem integradas a um mesmo grupo econômico, pode haver uma centralização das decisões de tratamento em uma sociedade controladora ou em uma unidade corporativa superior, cenário que dificulta a identificação clara do controlador e aumenta a assimetria informacional entre usuário e agente de tratamento.

Frente a tal questão, destaca-se como instrumento normativo relevante o § 5º do art. 7º da LGPD. Esse dispositivo estabelece que, mesmo quando o tratamento dos dados se dá com base no consentimento do titular, o controlador que desejar comunicar ou compartilhar esses dados com outros controladores, deverá obter consentimento específico para esse fim, salvo nas hipóteses expressamente previstas de dispensa. Trata-se de uma previsão que impõe um limite jurídico claro à livre circulação de dados dentro de grupos econômicos integrados: ainda que diferentes empresas prestadoras de serviços, como hospitais, laboratórios e clínicas, compo- nam uma mesma estrutura societária, isso não autoriza automaticamente o compartilhamento de dados entre elas, sobretudo quando cada entidade exerce, de forma autônoma, o papel de controlador.

Nessas situações, o compartilhamento de dados sensíveis entre controladores distintos, mesmo sob o guarda-chuva de um grupo econômico único, demanda autorização específica do titular, acompanhada de informação clara sobre a finalidade da comunicação. Assim, a

exigência de consentimento específico prevista no § 5º do art. 7º da LGPD representa um importante freio jurídico à prática, por vezes invisível, de circulação indiscriminada de dados dentro de estruturas verticalizadas, reforçando o princípio da autodeterminação informacional e a necessidade de transparência na governança de dados pessoais.

Do ponto de vista prático, as entrevistas evidenciam a materialização desses riscos e dialogam com as salvaguardas legais aplicáveis. Na visão de Maria Stella Gregori, a verticalização facilita o compartilhamento interno de dados entre as diferentes unidades que compõem o grupo econômico, permitindo uma circulação mais ampla e constante de informações sensíveis dos beneficiários.

Já Juliana Pereira, ao responder sobre a possibilidade de análises preditivas na saúde suplementar, destaca-se que, atualmente, essa prática é bastante limitada porque as informações se encontram dispersas em bases distintas: médico, hospital e empresa de análises clínicas que não se conectam entre si. Contudo, a verticalização, segundo ela, ultrapassa essa barreira técnica ao reunir em uma mesma estrutura os diferentes pontos de coleta de dados, tornando viável a integração dessas informações. Contudo, ressalta que qualquer compartilhamento desse tipo precisa ser realizado com total transparência para o consumidor e mediante seu consentimento expresso, já que se trata de dados sensíveis protegidos pela LGPD.

Outro dispositivo que merece destaque consiste no § 4º do art. 11 da LGPD, que trata especificamente do compartilhamento de dados pessoais sensíveis, categoria na qual se enquadram, de forma incontestável, os dados de saúde. De acordo com o dispositivo, é vedada a comunicação ou o uso compartilhado entre controladores desses dados com o objetivo de obter vantagem econômica. Essa previsão normativa reforça uma barreira à instrumentalização dos dados de saúde para fins mercadológicos ou de segmentação comercial, especialmente em estruturas verticalizadas nas quais diferentes entes do mesmo grupo econômico operam como controladores autônomos. Nesse contexto, práticas como a seleção adversa de beneficiários, baseada em informações clínicas obtidas em ambientes laboratoriais, hospitalares ou terapêuticos, configuram claramente o uso de dados com a finalidade de obtenção de vantagem econômica, o que se revela em desacordo com a LGPD.

Dessa forma, ao proibir o compartilhamento desses dados com finalidade lucrativa desvinculada do interesse direto do titular, o § 4º do art. 11 pode ser utilizado para evitar que operadoras de planos de saúde, valendo-se de estruturas integradas, utilizem informações sensíveis para precificar riscos, limitar acesso ou excluir usuários considerados de alto custo, práticas que, além de discriminatórias, atentam contra os princípios da boa-fé, da finalidade e da não discriminação previstos na própria Lei.

Em síntese, a LGPD fornece um arcabouço normativo abrangente para limitar os riscos da segmentação algorítmica no setor de saúde suplementar, com o intuito de articular princípios, direitos dos titulares, deveres de governança e restrições específicas ao compartilhamento de dados sensíveis. Ainda que a aplicação prática desses dispositivos revele desafios significativos, sobretudo diante da opacidade tecnológica e da verticalização das estruturas empresariais, a Lei estabelece parâmetros jurídicos que condicionam a legitimidade do tratamento de dados e funcionam como balizas de interpretação. Todavia, compreender de forma plena os limites à discriminação na saúde suplementar exige avançar para além da LGPD e examinar a disciplina normativa específica do setor, em especial a Lei nº 9.656/1998 e os atos regulatórios da ANS, cuja interação com a proteção de dados pessoais será decisiva para avaliar a suficiência do sistema de garantias frente às práticas de segmentação de usuários.

4.2 Lei dos planos de saúde e ANS: Instrumentos normativos de proteção frente à discriminação algorítmica gerada a partir de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais

De acordo com a exposição feita, é importante mostrar que, se por um lado a LGPD e a atuação da ANPD estabelecem parâmetros gerais para o tratamento de dados pessoais, por outro não disciplinam de forma direta e exaustiva os limites à discriminação algorítmica por decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais. Ainda assim, oferecem um conjunto de princípios e direitos – como os da não discriminação, da transparência e da revisão de decisões automatizadas – que podem atuar como barreiras jurídicas contra práticas abusivas.

No entanto, a natureza genérica dessas garantias evidencia a necessidade de instrumentos normativos setoriais capazes de enfrentar, de maneira mais concreta, os riscos decorrentes da segmentação automatizada dos consumidores no mercado de saúde suplementar. É nesse ponto que a Lei nº 9.656/1998 e a regulação expedida pela ANS assumem papel central, na medida em que delimitam direitos, deveres e limites específicos aplicáveis às operadoras de planos de saúde, os quais funcionam como complemento indispensável para a prevenção de práticas discriminatórias em decisões baseadas em dados.

Assim, a análise volta-se agora para a Lei nº 9.656/1998, que disciplina de modo específico a atividade das operadoras de planos de saúde. Busca-se identificar em que medida essa legislação oferece instrumentos normativos capazes de coibir práticas discriminatórias decorrentes de segmentações abusivas.

Para esse fim, merecem especial atenção os seguintes dispositivos: o art. 11, que trata da vedação de exclusão de cobertura por doenças ou lesões preexistentes; o art. 12, que define exigências mínimas de cobertura; o art. 13, que limita a possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelasadoras; o art. 14, que proíbe restrições de acesso em razão de idade ou deficiência; o art. 15, que regula os reajustes por faixa etária; o art. 16, que estabelece requisitos de clareza e transparência contratual; o art. 18, que assegura a não discriminação na prestação de serviços; e o art. 35-F, que reforça a obrigação de prevenção, manutenção e recuperação da saúde.

Esses dispositivos, ainda que formulados em um contexto anterior à atual sofisticação das práticas algorítmicas, podem fornecer parâmetros interpretativos relevantes para a contenção de distorções decorrentes da utilização de sistemas de classificação automatizada no setor. A seguir, serão examinados individualmente, de modo a verificar em que medida podem oferecer respostas jurídicas adequadas frente ao risco de discriminação algorítmica.

O primeiro dispositivo a ser analisado consiste no art. 11 da Lei nº 9.656/1998, que estabelece a vedação à exclusão de cobertura em razão de doenças ou lesões preexistentes. Esse artigo assegura que, após vinte e quatro meses de vigência do contrato, não poderá haver qualquer limitação de cobertura vinculada a tais condições. Importa, contudo, esclarecer que a norma não autoriza a recusa de contratação do consumidor em função de doença pré-existente, mas apenas admite, em caráter temporário, a aplicação da chamada Cobertura Parcial Temporária (CPT).

A CPT, regulamentada pela Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS, permite que, durante o prazo máximo de 24 meses, a operadora restrinja a cobertura exclusivamente em relação a procedimentos de alta complexidade, cirurgias e internações em leitos especializados ligados diretamente à condição preexistente declarada pelo consumidor. Isso significa que, nesse período, o beneficiário não fica desassistido, pois mantém direito às demais coberturas do plano. Passado o prazo, a cobertura torna-se plena e integral, sem qualquer restrição adicional.

Esse regime de limitação transitória ilustra como o legislador buscou equilibrar dois valores: de um lado, a viabilidade econômico-financeira dasadoras; de outro, o direito de acesso do consumidor, impedindo que fosse recusada a contratação.

Assim, o art. 11 fornece um parâmetro normativo que pode ser atualizado à luz dos desafios contemporâneos. Sua finalidade de impedir a exclusão de consumidores em razão de condições de saúde já conhecidas deve ser interpretada de modo extensivo e sistemático com os princípios da não discriminação e da transparência, previstos na LGPD.

Nesse sentido, a proteção contra a negativa de cobertura por doenças ou lesões preexistentes pode e deve ser estendida para abarcar situações em que técnicas de formação de perfis comportamentais identifiquem predisposições genéticas, ambientais ou comportamentais a doenças de alto custo. A utilização de algoritmos para classificar consumidores a partir desses dados, ainda que sob o pretexto de gestão de risco, pode resultar em efeitos práticos equivalentes à exclusão de cobertura por doença preexistente, os quais se configuram discriminação indireta e incompatível com a teleologia protetiva do dispositivo.

Essa leitura ampliada encontra respaldo nas entrevistas realizadas: Maria Stella Gregori destacou que os avanços das técnicas de análise genética e preditiva já permitem identificar predisposições a doenças futuras, criando o risco de que tais informações sejam utilizadas como novos critérios de exclusão em práticas análogas à “seleção de risco”; de modo convergente, Juliana Pereira ressaltou que não se pode excluir ninguém do sistema de saúde suplementar, razão pela qual instrumentos como a declaração de saúde, as regras para doenças preexistentes e os prazos de carência servem para compatibilizar a sustentabilidade contratual com a vedação a práticas excludentes.

Cumpra esclarecer, entretanto, que a carência não se confunde com a Cobertura Parcial Temporária (CPT). Enquanto a carência corresponde a um período inicial do contrato em que o consumidor não tem direito a determinadas coberturas, como: consultas, exames ou internações, de acordo com prazos definidos em lei e regulados pela ANS, a CPT refere-se especificamente à restrição temporária de procedimentos de alta complexidade, cirurgias e internações relacionadas a doenças ou lesões preexistentes declaradas. A primeira é uma regra geral aplicável a todos os beneficiários, já a segunda incide apenas em situações específicas de preexistência.

Nesse sentido, por ser uniforme e prevista de forma taxativa pelo art. 12, V, da Lei nº 9.656/1998, complementado pela Resolução CONSU nº 13/1998, a carência não depende do perfil individual de risco do consumidor, o que reduz a possibilidade de sua utilização como instrumento de segmentação.

Dessa forma, tal ferramenta apenas corroboraria à discriminação algorítmica se operadoras manipular ou ampliar indevidamente a aplicação das carências a determinados grupos de consumidores classificados como de “alto custo”, o que configuraria discriminação incompatível com a finalidade do instituto.

Vale dizer que essa prática, entretanto, é expressamente vedada pela legislação, que fixa prazos máximos e uniformes, não admitindo diferenciações por perfis ou ampliações

contratuais. Qualquer tentativa nesse sentido, além de ilegal à luz da Lei dos Planos de Saúde, configuraria cláusula abusiva nos termos do art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Além do inciso V do art. 12, anteriormente analisado em conjunto com o regime das carências, os demais incisos desse dispositivo também desempenham função relevante na contenção de práticas discriminatórias. Ao estabelecer um núcleo mínimo de coberturas obrigatórias para cada modalidade de plano – ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica –, a norma assegura que o acesso a serviços essenciais não possa ser restringido ou condicionado a classificações individuais de risco.

Em termos práticos, ainda que algoritmos de formação de perfis comportamentais identifiquem determinados consumidores como economicamente onerosos ou de baixa rentabilidade, a operadora permanece juridicamente vinculada à prestação integral desse rol mínimo, não podendo reduzir ou negar procedimentos básicos com fundamento em inferências automatizadas. Trata-se, portanto, de um parâmetro normativo que, mesmo concebido em contexto pré-digital, revela-se atual ao servir como barreira estrutural contra segmentações abusivas, funcionando como verdadeiro “piso assistencial” que limita os efeitos excludentes de decisões algorítmicas.

Em complemento ao papel do art. 12 como piso assistencial, a RN nº 439, de 2018, organiza o próprio processo de atualização do Rol com base em avaliação de tecnologias em saúde e saúde baseada em evidências com participação social no COSAÚDE e exigências documentais padronizadas pelo Formulário para Proposição de Atualização do Rol (FORMROL). Esse desenho procedimental funciona como contrapeso à opacidade típica de decisões automatizadas: critérios clínicos, impactos orçamentários e justificativas técnicas tornam-se rastreáveis e publicizáveis, reduzindo a margem para negativas ou atrasos de cobertura ancorados apenas em perfis de “alto custo”. A possibilidade de revisão de Diretrizes de Utilização e de termos descritivos, somada à previsão de atualização a qualquer tempo, permite corrigir rapidamente barreiras técnicas que modelos de perfilização tendem a cristalizar. Por outro lado, se a aplicação desse rito ocorrer sem motivação clara, sem abertura real à participação e sem divulgação dos fundamentos técnicos, o processo pode incorporar vieses e reproduzir exclusões. Por isso, a RN nº 439 precisa ser lida em diálogo com os princípios de transparência, prevenção e não discriminação de modo que a aplicação das DUT seja inteligível, auditável e compatível com a vedação a discriminações indiretas.

Nesse mesmo sentido, a Resolução Normativa nº 465, de 2021, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e lhe agrega diretrizes clínicas e de utilização que funcionam como limites objetivos à discricionariedade decisória das operadoras. Na prática, quando

modelos de classificação procuram modular autorizações a partir de perfis de “alto custo”, o elenco de coberturas obrigatórias e as condições clínicas transparentes para sua fruição reduzem o espaço para filtragens opacas: havendo indicação do profissional assistente dentro dos critérios do Rol, a cobertura é devida.

A resolução também consagra princípios de atenção – integralidade, promoção e prevenção, uso da epidemiologia e, de forma expressa, medidas que evitem estigmatização em saúde mental – que dialogam com a vedação a decisões com efeitos discriminatórios.

Além disso, dispositivos como a continuidade de tratamentos sequenciais (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise) e a regra de cobertura para complicações de procedimentos já cobertos atuam contra estratégias algorítmicas de interrupção ou recontagem indevida de prazos como forma de contenção de custos.

Por outro lado, o mesmo arranjo pode se tornar um ponto de risco se as Diretrizes de Utilização forem aplicadas por sistemas automatizados sem transparência ou contrapeso clínico, transformando critérios técnicos em barreiras padronizadas. Daí a necessidade de amarração com o dever de motivação clara, rastreabilidade e reanálise já examinados, de modo que a aplicação das DUT seja inteligível, auditável e compatível com os princípios de prevenção e não discriminação da Lei Geral de Proteção de Dados.

Outro dispositivo relevante é o art. 13 da Lei nº 9.656/1998, que disciplina as hipóteses de rescisão unilateral do contrato pelas operadoras, restringindo-as a casos de fraude ou de inadimplência superior a sessenta dias. A intenção do legislador foi proteger a continuidade do vínculo contratual, o qual deve evitar que consumidores sejam arbitrariamente excluídos do sistema de saúde suplementar.

Esse comando normativo adquire nova relevância diante da possibilidade de uso de algoritmos de classificação de risco que, de forma direta ou indireta, identifiquem usuários considerados onerosos e incentivem sua exclusão do rol de beneficiários. Ao vedar a rescisão imotivada, o art. 13 funciona como uma barreira contra práticas excludentes mediadas por decisões automatizadas, com o intuito de assegurar que a gestão de risco econômico não se sobreponha ao direito fundamental de acesso à saúde. Esse dispositivo deve ser interpretado como instrumento de proteção frente a eventuais tentativas de exclusão algorítmica disfarçada sob a lógica contratual.

Outro dispositivo normativo que deve ser tratado é o art. 14 da Lei nº 9.656/1998, o qual estabelece a proibição de discriminação na oferta e contratação de planos de saúde em razão da idade ou da condição de pessoa com deficiência. Esse comando normativo reflete, de forma direta, a preocupação do legislador em assegurar a igualdade de acesso à saúde suplementar,

coibindo práticas que historicamente buscavam afastar consumidores considerados de “alto risco” ou “baixa rentabilidade” para as operadoras.

Ao vedar a imposição de restrições contratuais com base nesses fatores, o dispositivo reconhece a necessidade de compatibilizar a lógica econômica do mercado com a proteção da dignidade e da isonomia entre os consumidores.

Embora tenha sido concebido em um período em que a preocupação central estava voltada às práticas discriminatórias explícitas e analógicas, como a recusa de contratação de idosos ou de pessoas com deficiência, o art. 14 mantém plena atualidade diante das técnicas contemporâneas de segmentação. Isso porque sistemas de formação de perfis comportamentais podem reproduzir de forma sofisticada a mesma lógica excludente, ao identificar padrões associados ao envelhecimento ou a condições de deficiência e utilizá-los como critério de risco ou custo.

Nessa perspectiva, o dispositivo deve ser compreendido não apenas como vedação formal a cláusulas contratuais discriminatórias, em especial aquelas relacionadas à idade e à condição de pessoa portadora de deficiência, mas também como fundamento normativo para repelir formas indiretas de exclusão, extraídas a partir do processamento de dados em modelos algorítmicos, que reproduzem efeitos práticos equivalentes de discriminação, ainda que de forma não declarada.

É relevante também o dispositivo previsto no art. 15 da Lei nº 9.656/1998, que disciplina os critérios para reajustes em razão da faixa etária. A intenção do legislador, ao limitar a variação de preços, foi evitar que a idade se convertesse em instrumento de exclusão indireta, visando impor consumidor mais idoso um custo proibitivo que inviabiliza a manutenção do contrato. Essa preocupação é especialmente atual diante do uso de algoritmos de precificação individualizada, que se inserem na lógica da segmentação na aceitação ou precificação do consumidor.

Como visto no primeiro capítulo, essa modalidade de segmentação ocorre quando operadoras utilizam dados pessoais para classificar consumidores em perfis de risco, atribuindo-lhes preços diferenciados ou até impedindo sua admissão. No caso dos reajustes por idade, modelos algorítmicos podem identificar padrões associados ao envelhecimento e enquadrá-los como fatores de alto custo, cujo resultado são aumentos abusivos disfarçados de cálculo atuarial. Nessa perspectiva, o art. 15 deve ser interpretado como barreira normativa contra tais práticas, reafirmando sua finalidade protetiva de impedir que a idade seja utilizada como critério de exclusão indireta no acesso à saúde suplementar.

A aplicação prática do art. 15 não se limita ao comando legal abstrato, mas foi concretizada pela regulação da ANS. A Resolução Normativa nº 63/2003 estabeleceu dez faixas

etárias obrigatórias (0–18, 19–23, 24–28, 29–33, 34–38, 39–43, 44–48, 49–53, 54–58 e 59 anos ou mais) e determinou que o valor da última faixa não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira. Essa regulamentação, ao lado da exigência de variações graduais entre as faixas intermediárias, visa impedir aumentos abruptos que inviabilizem a permanência do beneficiário no contrato e, por consequência, coibir práticas de exclusão indireta dos idosos.

Assim, a RN nº 63/2003 funciona como barreira normativa à discriminação algorítmica, na medida em que impede que operadoras utilizem sistemas automatizados de precificação para criar microfaixas etárias ou diferenciações abusivas entre consumidores. Em outras palavras, ainda que o uso de dados e técnicas de formação de perfis comportamentais possa sofisticar a gestão de risco, os limites objetivos impostos pela legislação e pela ANS estabelecem parâmetros uniformes que resguardam o equilíbrio contratual e a isonomia no acesso à saúde suplementar.

A interpretação do art. 15 pela jurisprudência também reforça sua função protetiva contra práticas discriminatórias. O Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao julgar o Tema Repetitivo nº 952, fixou a tese de que os reajustes por faixa etária são válidos desde que previstos contratualmente, estejam em conformidade com a Lei nº 9.656/1998 e as normas da ANS, e não apresentem caráter desarrazoado ou aleatório que os torne excessivamente onerosos para o consumidor.

Esse entendimento demonstra que o controle sobre os reajustes não se limita ao aspecto formal da legalidade, mas envolve também um juízo de proporcionalidade, compatível com a vedação a práticas discriminatórias indiretas. No contexto das decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais, essa orientação jurisprudencial mostra-se particularmente relevante, pois impede que modelos algorítmicos de precificação, ainda que tecnicamente sofisticados, legitimem aumentos incompatíveis com a solidariedade intergeracional e com a preservação do acesso equitativo à saúde suplementar.

A leitura dos arts. 14 e 15, portanto, conecta-se a preocupações práticas já identificadas. Maria Stella Gregori lembra que a própria Lei nº 9.656/1998 veda de forma expressa a discriminação por idade, mas advertiu que, na prática, persistem estratégias de “seleção de risco” que buscam afastar consumidores de maior custo.

Juliana Pereira, por outro lado, ressalta que qualquer diferenciação só pode ser legítima se não comprometer o acesso do consumidor, reforçando que o uso de dados ou de inteligência artificial jamais deve legitimar exclusões.

O art. 16 da Lei nº 9.656/1998 impõe às operadoras o dever de assegurar clareza, precisão e transparência nas informações prestadas ao consumidor, especialmente quanto às

condições contratuais, aos direitos assegurados e às eventuais limitações da cobertura. Embora concebido originalmente para enfrentar a opacidade típica dos contratos de adesão, esse dispositivo ganha novo alcance diante da utilização de sistemas de formação de perfis comportamentais e decisões automatizadas na saúde suplementar.

A exigência legal de transparência não pode restringir-se ao texto contratual, devendo abranger também a explicitação dos critérios utilizados na segmentação de consumidores, seja para fins de aceitação, seja para precificação. Isso significa que caso as operadoras utilizem de modelos algorítmicos para classificar riscos, devem informar de modo claro não apenas as condições gerais do contrato, mas também a lógica decisória aplicada ao tratamento de dados pessoais, em consonância com os princípios da transparência e da não discriminação previstos na LGPD.

Desse modo, o art. 16 funciona como ponte entre a regulação setorial da saúde suplementar e o regime geral de proteção de dados, contribuindo para enfrentar a assimetria informacional e reduzir os riscos de discriminação algorítmica.

Nessa mesma direção a Resolução Normativa nº 395, de 2016, da ANS, adensa garantias procedimentais que são cruciais quando decisões de autorização podem ser influenciadas por classificações algorítmicas. Logo no início, a norma afirma transparência, clareza, segurança das informações e rastreabilidade das demandas como diretrizes do atendimento ao beneficiário, o que impõe às operadoras a documentação sistemática do fluxo decisório e a geração de protocolos desde o primeiro contato.

Nesse sentido, é importante dizer que a rastreabilidade serve como contrapeso técnico à opacidade dos sistemas automatizados, porque cria trilhas auditáveis para verificar se negativas, postergações ou encaminhamentos foram motivados por critérios assistenciais legítimos ou por inferências de perfil com efeito excludente.

A resolução estabelece prazos de resposta e de autorização compatíveis com a natureza do pedido, incluindo a exigência de imediatidade nos casos de urgência e emergência e marcos temporais reduzidos para procedimentos de alta complexidade e internações eletivas. Em contextos em que algoritmos priorizam ou adiam autorizações com base em risco econômico, esses prazos funcionam como barreira objetiva contra “filtragens” indevidas, preservando a isonomia de acesso independentemente do perfil atribuído ao consumidor.

Há ainda um núcleo de transparência reforçada na comunicação das negativas. Quando a autorização é recusada, a operadora deve informar ao beneficiário, em linguagem clara, a razão específica da negativa e indicar o fundamento contratual ou legal correspondente, com a

possibilidade de o consumidor requerer o envio dessas informações por escrito em até vinte e quatro horas, sem ônus.

Esse dever materializa o que, no plano abstrato, a Lei dos Planos de Saúde exige como clareza contratual e o que a proteção de dados reclama como transparência sobre a lógica decisória. Se a recusa decorre – no todo ou em parte – de processos automatizados, a obrigação de motivar não se satisfaz com fórmulas genéricas: impõe explicitação minimamente inteligível dos critérios utilizados, sob pena de esvaziar a finalidade informativa e inviabilizar o controle social e judicial.

A norma também assegura via de reanálise pela ouvidoria da própria operadora, com dever de informar ao consumidor, no mesmo ato da resposta, o prazo, a forma e o procedimento para revisão, inclusive a eventual constituição de junta médica em caso de divergência técnica. Esse duplo grau administrativo é particularmente relevante frente a decisões assistidas por modelos preditivos, pois cria um foro institucional para depuração de vieses, correção de erros de classificação e cotejo entre a indicação clínica do profissional assistente e o resultado do processamento automatizado.

Por fim, a resolução impõe meios de atendimento acessíveis, canais telefônicos ininterruptos em operadoras de grande porte, e tratamento não discriminatório no atendimento presencial, com prioridade legal a grupos vulneráveis. A combinação de acesso, prazos, motivação escrita, reanálise e guarda de registros constitui uma malha procedimental que dificulta a seleção de risco disfarçada em rotinas administrativas e, ao mesmo tempo, facilita a produção de prova pelo consumidor e a fiscalização por Procons, ANS e Judiciário. Em síntese, a RN nº 395, de 2016, opera como instrumento setorial de transparência e *accountability* apto a conter os efeitos excludentes de segmentações por perfilização quando essas repercutem em autorizações, negativas e fluxos de atendimento.

Estes dispositivos conectam-se diretamente com a necessidade de instrumentos efetivos de controle pelo consumidor. Maria Stella Gregori ressaltou que, segundo a regulação da ANS, toda negativa de cobertura deve ser formalizada por escrito, caso o consumidor assim solicite, de modo a viabilizar a contestação tanto perante os órgãos de defesa do consumidor quanto perante o Judiciário. Esse mecanismo de documentação, aparentemente simples, revela-se fundamental para reduzir a assimetria informacional, pois oferece ao consumidor uma base objetiva para questionar práticas abusivas e combater segmentações discriminatórias disfarçadas em negativas contratuais.

Por sua vez, Juliana Pereira complementa essa perspectiva ao destacar a importância do controle prévio, por meio do consentimento informado e transparente, como condição para que

o uso de dados seja legítimo. Em conjunto, essas abordagens reforçam a função do dispositivo como garantia de inteligibilidade das cláusulas e decisões das operadoras, assegurando que os consumidores possam tanto compreender previamente as regras do contrato quanto contestar posteriormente restrições infundadas, inclusive quando mediadas por sistemas algorítmicos opacos.

No plano sancionatório, a Resolução Normativa nº 489/2022 confere efetividade aos comandos materiais da Lei nº 9.656/1998 e das demais normas analisadas – em especial as Resoluções Normativas nº 395/2016 e nº 465/2021 – ao graduar penalidades e prever agravantes e multiplicadores quando a infração produz efeitos coletivos. Isso é particularmente relevante diante de decisões automatizadas baseadas em perfis: se um modelo de classificação impedir o ingresso ou restringir a portabilidade, majorar preços de forma indevida ou negar/retardar coberturas de urgência e emergência, a operadora sujeita-se a multas significativas, que podem ser aumentadas em até vinte vezes quando o dano atingir grande número de beneficiários, além de agravantes específicos quando houver risco ou lesão à saúde.

A norma também sanciona a opacidade e o descumprimento de deveres de informação e de atendimento – elementos essenciais para que o consumidor conteste decisões e para que se viabilize a auditoria da lógica decisória – em diálogo direto com os princípios de transparência, prevenção e não discriminação da LGPD. Em síntese, a RN nº 489/2022 funciona como mecanismo de dissuasão de discriminações indiretas mediadas por algoritmos: converte vieses de seleção e precificação em risco regulatório e econômico concreto, pressionando por governança que documente critérios e permita revisão.

Ainda no mesmo sentido de proteção contra práticas discriminatórias, o art. 18 da Lei nº 9.656/1998 assegura a não discriminação na prestação de serviços de saúde suplementar. Esse comando normativo, embora anterior ao advento da digitalização e das técnicas de formação de perfis comportamentais, mantém plena relevância no enfrentamento dos riscos contemporâneos de discriminação algorítmica. A norma garante que todos os beneficiários tenham igualdade de acesso às coberturas contratadas, impedindo que características pessoais ou condições clínicas sejam utilizadas para impor barreiras de atendimento.

No contexto atual, sua teleologia protetiva deve ser interpretada de modo a abranger também práticas indiretas de exclusão, como a utilização de sistemas automatizados de classificação de risco que possam atrasar autorizações, dificultar o acesso a prestadores ou impor restrições veladas. Dessa forma, o art. 18 atua como cláusula geral de isonomia na execução contratual, funcionando como limite normativo contra segmentações abusivas viabilizadas por decisões automatizadas baseadas em dados pessoais.

Nessa linha de interpretação ampliativa dos dispositivos legais já analisados, ganha especial relevo a Súmula 609 do Superior Tribunal de Justiça, que reforça a teleologia protetiva da Lei nº 9.656/1998 ao afirmar que a recusa de cobertura securitária, sob a alegação de doença preexistente, é ilícita quando não houver a exigência de exames médicos prévios ou a comprovação de má-fé do consumidor. Esse entendimento projeta-se como orientação hermenêutica aplicável também às novas formas de segmentação.

Ao reconhecer a ilicitude da exclusão fundada em critérios não transparentes ou desprovidos de justa causa, a súmula impede que operadoras utilizem expedientes contratuais – ou, mais recentemente, técnicas algorítmicas – para legitimar exclusões disfarçadas de gestão de risco. Trata-se, portanto, de marco jurisprudencial que conecta a letra da lei à sua função de assegurar isonomia e boa-fé nas relações contratuais, limitando práticas que, ainda que tecnologicamente sofisticadas, resultem em discriminação indireta dos consumidores.

Cumprido observar, contudo, que a exigência de exames médicos prévios, prevista na Súmula 609 como condição para a recusa lícita de cobertura, não pode ser interpretada como autorização implícita para que operadoras utilizem dados inferidos por técnicas de formação de perfis comportamentais ou modelos algorítmicos em substituição a tais exames. Enquanto os exames representam instrumento objetivo e transparente, submetido ao consentimento e ao controle do consumidor, as inferências algorítmicas operam de forma opaca e potencialmente discriminatória, podendo identificar predisposições futuras como se fossem doenças preexistentes. Interpretar a súmula de modo a admitir essa prática significaria desvirtuar sua finalidade protetiva, transformando um requisito de garantia em brecha para exclusões abusivas.

Assim, reforçando a leitura protetiva delineada pela jurisprudência, a Súmula 609 do STJ consolida-se como diretriz indispensável para a aplicação dos dispositivos da Lei nº 9.656/1998, reafirmando que a exclusão de cobertura fundada em critérios não transparentes ou arbitrários é juridicamente inadmissível. Ao condicionar a recusa de cobertura por doença preexistente à comprovação de má-fé ou à realização de exames prévios, o enunciado garante efetividade ao princípio da boa-fé objetiva e reforça a vedação à discriminação injustificada. Dessa forma, a súmula atua como parâmetro interpretativo que fortalece a função protetiva da legislação setorial, limitando práticas abusivas e orientando a compatibilização entre gestão de risco e preservação do acesso equitativo à saúde suplementar.

Apesar da densidade normativa oferecida pelos dispositivos da Lei nº 9.656/1998 e do reforço hermenêutico consolidado pelo STJ, a efetividade dessas salvaguardas encontra limites quando confrontada com a estrutura do mercado de saúde suplementar. Como já indicado no segundo capítulo e explorado nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, dois pontos assumem

especial relevância: a ausência de proteção legal equivalente para os consumidores de planos coletivos, cujas regras são mais brandas em comparação às aplicáveis aos contratos individuais, e a crescente verticalização do setor, que suscita preocupações quanto ao fluxo e ao uso de dados pessoais em grupos econômicos que concentram operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios. Ambos os aspectos dialogam diretamente com os riscos da segmentação algorítmica e devem ser analisados.

No caso dos planos coletivos, a fragilidade não decorre de uma exclusão geral da Lei nº 9.656/1998, mas da forma diferenciada como a legislação e a regulação da ANS tratam certos aspectos desses contratos. O exemplo mais evidente encontra-se no art. 13, que veda a rescisão unilateral imotivada apenas nos planos individuais e familiares, mostrando essa proteção aos coletivos. De modo semelhante, enquanto nos planos individuais o índice de reajuste anual é fixado diretamente pela ANS, nos coletivos os reajustes são definidos por negociação entre a operadora e a pessoa jurídica contratante, sem um teto normativo prévio. A Resolução Normativa nº 565/2022, que atualmente disciplina o tema, estabelece apenas a obrigação de comunicação e transparência desses reajustes à ANS, mas não impõe limites máximos como ocorre nos planos individuais.

Essas diferenças revelam que, justamente em temas estratégicos para o equilíbrio contratual, como rescisão e precificação, os consumidores de planos coletivos ficam mais expostos à lógica econômica das operadoras. Em um cenário de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais, tal vulnerabilidade pode ser explorada por algoritmos de classificação de risco, seja para incentivar exclusões contratuais, seja para legitimar aumentos abusivos, ampliando os riscos de discriminação indireta.

Nesse ponto, as entrevistas realizadas reforçam a relevância do debate. Maria Stella Gregori enfatizou que a fragilidade regulatória dos planos coletivos tem sido sistematicamente utilizada pelas operadoras como forma de reduzir o alcance das normas protetivas, a qual permitem rescisões unilaterais e reajustes mais gravosos, em claro contraste com a tutela conferida aos planos individuais. Para ela, essa diferenciação viola o espírito do Código de Defesa do Consumidor, que reconhece tanto pessoas físicas quanto jurídicas como consumidores.

No entendimento de Juliana Pereira, por sua vez, apresentou-se uma visão distinta: em sua avaliação, a principal diferença entre os planos individuais e coletivos reside na forma de reajuste – definido pela ANS nos primeiros e fruto de negociação contratual nos segundos –, sendo que, no aspecto assistencial, não haveria distinção significativa quanto à rede e ao tipo de atendimento disponibilizado.

Frente a esse comportamento do mercado de saúde suplementar, os tribunais passaram a requalificar determinados contratos coletivos como verdadeiros planos individuais quando ausente vínculo associativo real entre os beneficiários. São os chamados “falsos coletivos”, em regra formados por núcleo familiar ou grupo diminuto sem representatividade, utilizados como estratégia para contornar os limites de reajuste dos planos individuais.

Conforme destacou o Ministro Marco Buzzi (2022, AgInt no REsp 1.880.442/SP), é possível que contratos coletivos ou empresariais com número reduzido de participantes, configurando natureza atípica, sejam tratados como planos individuais ou familiares. Nessa hipótese, aplicam-se não apenas os índices anuais de reajuste definidos pela ANS, mas também as normas do Código de Defesa do Consumidor, em razão da vulnerabilidade do grupo contratante.

Assim, a jurisprudência busca coibir práticas abusivas que, sob o pretexto de coletivização, fragilizem ainda mais os consumidores, transformando a forma contratual em instrumento de segmentação excludente a partir de rescisões unilaterais ou de reajustes proibitivos – práticas que, em um cenário de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais, poderiam ser utilizadas como forma de excluir perfis considerados economicamente onerosos.

Apesar de representar um avanço relevante na proteção dos consumidores de planos de saúde coletivos, o posicionamento jurisprudencial acerca dos “falsos coletivos” não esgota a questão. Sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor e em paralelo com a análise proposta por Maria Stella Gregori, o tratamento normativo dos planos coletivos deveria ser ainda mais abrangente, de modo a garantir a mesma extensão protetiva conferida aos planos individuais, aspecto que será examinado no próximo tópico deste capítulo.

Por fim, outra questão que merece destaque frente à regulamentação dos planos de saúde é a verticalização do setor e o compartilhamento de dados pessoais dos consumidores dentro de um mesmo grupo econômico. Como se demonstrou, a leitura teleológica da Lei de Planos de Saúde, em diálogo com a Lei Geral de Proteção de Dados, já impõe barreiras materiais a práticas de seleção de risco mediadas por decisões automatizadas.

A verticalização (DE QUE?) acrescenta um componente estrutural: ao reunir, sob o mesmo controle societário, a operadora, hospitais, clínicas e laboratórios, forma-se um ecossistema informacional contínuo que, sem governança rigorosa de finalidade, necessidade, transparência e vedação à discriminação, pode ampliar assimetrias e viabilizar segmentações opacas por perfilização com efeitos excludentes.

Nessa chave, dispositivos setoriais precisam ser relidos para alcançar esse risco específico. O artigo 12 da Lei de Planos de Saúde atua como piso assistencial intransponível mesmo

quando a integração de dados permite identificar perfis de alto custo. O artigo 13 funciona como freio a exclusões indiretas, inclusive quando estas se travestem de decisões negociais baseadas em modelos preditivos.

O artigo 16 impõe um dever de transparência qualificada, que não se limita ao texto do contrato e abrange a explicitação da lógica decisória e dos fluxos de dados dentro do grupo. E o artigo 18 opera como cláusula de isonomia na execução, apta a coibir encaminhamentos dirigidos, postergações e filtros de autorização inspirados por perfis algorítmicos.

Contudo, a análise da verticalização exclusivamente à luz da Lei nº 9.656 de 1998 mostra-se insuficiente, porque essa legislação disciplina primordialmente aspectos contratuais e assistenciais, como cobertura mínima, rescisão e reajuste, mas não enfrenta de forma específica os riscos que surgem do tratamento e do compartilhamento de dados sensíveis dentro de grupos econômicos integrados. É justamente nesse ponto que a Lei Geral de Proteção de Dados se torna indispensável, ao estabelecer princípios de finalidade, necessidade, prevenção e não discriminação, além de impor deveres de governança e instrumentos de controle, como o Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais. Dessa forma, a proteção contra a discriminação algorítmica viabilizada pela verticalização depende de uma leitura integrada entre a regulação setorial e a legislação geral de proteção de dados.

As entrevistas corroboram esse enquadramento, ainda que por caminhos distintos. Para Maria Stella Gregori, a verticalização “sem sombra de dúvidas” facilita o compartilhamento interno e o direcionamento do beneficiário para a rede própria por razões econômicas e gerenciais, o que potencializa o uso estratégico de informações sensíveis e acentua o risco de seleção adversa. Sua crítica é dupla: primeiro, alerta para a sofisticação contemporânea da manipulação de dados, inclusive laboratoriais e genéticos – e para a circulação intra e interempresarial de informações, muitas vezes à margem de controles efetivos; segundo, insiste que a proteção contra discriminação não pode ceder à retórica de inviabilidade econômica, pois com frequência os problemas de sustentabilidade decorrem de má gestão e de opacidade contábil.

Vista sob a ótica normativa aqui delineada, essa posição reforça a necessidade de acoplar aos comandos setoriais as salvaguardas da Lei Geral de Proteção de Dados: o parágrafo quinto do artigo 7º, que exige consentimento específico para comunicação de dados entre controladores; o parágrafo quarto do artigo 11, que veda o compartilhamento de dados sensíveis com objetivo de vantagem econômica; os princípios de prevenção e de não discriminação previstos no artigo 6º; e os deveres de governança que incluem o registro das operações e a elaboração do Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais (RIPD), instrumento que documenta riscos e medidas de mitigação antes e durante tratamentos potencialmente lesivos. Esses

mecanismos tornam auditável a governança informacional de grupos verticalizados e reduzem a opacidade típica de decisões automatizadas.

Juliana Pereira adota uma leitura mais instrumental. Reconhece que a verticalização, do ponto de vista sistêmico, viabiliza a integração de dados, mas condiciona o seu uso a consentimento expresso do titular, transparência e finalidade estritamente assistencial, ou seja, qualquer uso que resulte em discriminação permaneceria à margem da lei.

A partir dessa premissa, admite segmentações lícitas, como a oferta de redes mais restritas a preços menores, desde que preservados direitos mínimos, informação clara e a impossibilidade de exclusões indevidas. Em termos de desenho regulatório, sua perspectiva é compatível com a leitura proposta: a verticalização não é, por si, ilícita; torna-se problemática quando os fluxos permanecem opacos, os papéis de controlador dentro do grupo são indistintos e os achados preditivos são convertidos em barreiras econômicas ou assistenciais.

Por isso, no plano setorial, impõe-se transparência material sobre critérios de segmentação e sobre o eventual direcionamento intrarrede, com base no artigo 16 e na garantia de não discriminação do artigo 18; no plano geral de proteção de dados, exige-se governança com avaliação prévia de riscos por meio do Relatório de Impacto à Proteção de Dados Pessoais e manutenção de registros que permitam auditoria independente, além da garantia dos direitos do titular, como o direito de oposição e o direito de revisão de decisões automatizadas previstos no artigo 18, § 2º, e no artigo 20.

Há, assim, uma convergência substantiva no núcleo antidiscriminatório: ambas as entrevistadas rechaçam o uso de dados de saúde, ou de inferências sensíveis, para excluir, onerar desproporcionalmente ou degradar o acesso, ainda que respaldadas em modelos estatisticamente acurados. A divergência é de grau e de enfoque. Maria Stella Gregori sublinha o risco estrutural – integração informacional somada a incentivos econômicos e lacunas regulatórias – e defende respostas mais duras e imediatas.

Juliana Pereira sustenta a neutralidade instrumental da inteligência artificial e da integração, condicionando-as a salvaguardas de consentimento, transparência, auditoria e foco assistencial. Em qualquer dos casos, o corolário normativo é o mesmo: em estruturas verticalizadas, não basta cumprir o piso de cobertura e observar limites de reajuste e de rescisão. É indispensável tornar visível e controlável a cadeia decisória baseada em dados – quem decide, para que finalidade, com qual base legal e com quais impactos –, sob pena de a verticalização se converter em um atalho estrutural para a discriminação algorítmica.

Ao fim, a leitura combinada da Lei Geral de Proteção de Dados, da Lei nº 9.656 de 1998 e das resoluções da ANS revela um conjunto normativo relevante, mas ainda insuficiente para

enfrentar com profundidade os desafios impostos pela discriminação algorítmica. A LGPD consagra princípios como o da não discriminação, da transparência e da prevenção, além de reconhecer o direito à revisão de decisões automatizadas, mas não define de maneira clara o que configura discriminação nas relações de consumo nem oferece parâmetros objetivos para identificar abusividade em práticas de segmentação e precificação por perfis.

A Lei dos Planos de Saúde, por sua vez, estabelece coberturas mínimas, vedações contratuais e deveres de informação, mas mostra-se lacunar justamente em pontos sensíveis à lógica do processamento automatizado, como a regulação dos planos coletivos, a definição de limites de reajuste e a disciplina do uso de dados em estruturas verticalizadas.

É nesse cenário que o Código de Defesa do Consumidor adquire papel indispensável, não apenas como diploma complementar, mas como eixo estruturante para dar conteúdo às noções de discriminação e de abusividade em ambientes permeados por técnicas de perfilização. Ao tipificar práticas abusivas e cláusulas contratuais que imponham ônus excessivo, ao reforçar o dever de informação e ao estabelecer a responsabilidade objetiva do fornecedor, o CDC oferece ferramentas concretas para enfrentar exclusões indiretas, recusas disfarçadas de gestão de risco e diferenciações abusivas de preço fundamentadas em modelos algorítmicos.

Além disso, ao prever a inversão do ônus da prova em favor do consumidor, o código se mostra especialmente adequado para lidar com a opacidade dos sistemas automatizados, equilibrando a assimetria informacional entre operadoras e beneficiários.

Dessa forma, a análise não pode prescindir do diálogo com o regime consumerista. Tanto a LGPD quanto a Lei dos Planos de Saúde remetem expressamente ao Código de Defesa do Consumidor em aspectos cruciais, reconhecendo-o como parâmetro de integração normativa. O passo seguinte, portanto, será examinar em que medida o CDC oferece bases teóricas e operacionais mais densas para a contenção da discriminação algorítmica, especialmente no tocante à caracterização da abusividade, à definição de limites para a segmentação de consumidores e à reparação dos danos decorrentes de decisões automatizadas.

4.3 Código de Defesa do Consumidor: Instrumentos normativos de proteção frente à discriminação algorítmica gerada a partir de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais

A análise empreendida nos tópicos anteriores evidenciou que tanto a Lei Geral de Proteção de Dados quanto a Lei dos Planos de Saúde, complementadas pela regulação expedida pela ANS, oferecem importantes balizas normativas para a contenção de práticas

discriminatórias mediadas por decisões automatizadas baseadas em perfilização. A LGPD, ao consagrar princípios como o da não discriminação, da transparência e da prevenção, e ao assegurar direitos específicos, como a revisão de decisões automatizadas, representa um marco na tutela dos titulares de dados diante da crescente utilização de sistemas de perfilização no setor da saúde suplementar. Da mesma forma, a Lei nº 9.656/1998 estabelece limites regulatórios às operadoras, impondo padrões mínimos de cobertura, deveres de informação e regras de reajuste que visam resguardar a posição do consumidor.

Entretanto, a leitura combinada desses diplomas revelou limites significativos. A LGPD, embora proíba a utilização de dados para fins discriminatórios, não define de forma clara o que se entende por “discriminação” nas relações de consumo nem fornece critérios objetivos para qualificar práticas abusivas decorrentes da segmentação algorítmica. A redação aberta do artigo 20 da LGPD, que assegura ao titular o direito de revisão de decisões automatizadas, depende de densificação normativa para que se torne efetivamente aplicável no setor da saúde suplementar, em especial diante da assimetria técnica e informacional que marca a relação entre consumidores e operadoras.

Já a Lei nº 9.656/1998, embora imponha restrições contratuais e estabeleça regras específicas de cobertura, mostra-se igualmente insuficiente para lidar com as novas formas de exclusão indireta e diferenciação de preços que emergem da aplicação de modelos preditivos e técnicas de formação de perfis comportamentais. A proteção que ela confere concentra-se sobretudo em parâmetros tradicionais de cobertura assistencial e reajuste etário, sem enfrentar o problema mais recente da utilização de dados pessoais e de consumo para modelagem discriminatória de riscos e custos. A regulação da ANS, como se verificou, acrescenta camadas importantes de fiscalização e transparência, além de salvaguardas mínimas sobre oferecimento do serviço aos consumidores, mas ainda opera dentro de um marco regulatório que carece de instrumentos conceituais e teóricos capazes de alcançar a plena defesa do consumidor.

Nesse contexto, o Código de Defesa do Consumidor apresenta-se como diploma indispensável para dar densidade normativa às noções de “abusividade” e “discriminação algorítmica” no setor da saúde suplementar. Desde sua promulgação, o CDC foi concebido como instrumento de ordem pública e interesse social, como se expressa a partir do seu artigo 1º, orientado a reequilibrar as relações entre consumidores e fornecedores por meio da fixação de princípios gerais e da tipificação de práticas ilícitas.

Diferentemente da LGPD, que atua primordialmente na esfera do tratamento de dados pessoais, e da Lei dos Planos de Saúde, voltada a regular um setor específico, o CDC confere

unidade e coerência sistêmica à proteção do consumidor em sentido amplo, servindo como verdadeiro eixo estruturante para a interpretação e aplicação das demais normas.

A função integradora do CDC fica ainda mais evidente diante do artigo 7º, que consagra o rol aberto de direitos do consumidor e permite a articulação com outros diplomas legais, inclusive a LGPD e a Lei nº 9.656/1998. Ao mesmo tempo, o código fornece categorias jurídicas operacionais para identificar práticas abusivas, qualificar cláusulas contratuais nulas de pleno direito, reforçar o dever de informação e assegurar a responsabilidade objetiva do fornecedor. Esses instrumentos normativos são particularmente relevantes para enfrentar a discriminação invisível e indireta decorrente da utilização de algoritmos na gestão de risco, na precificação e na segmentação de consumidores.

Assim, a presente seção examinará o papel do Código de Defesa do Consumidor como complemento indispensável à LGPD e à Lei dos Planos de Saúde, com vistas a suprir as lacunas normativas identificadas, além de oferecer parâmetros teóricos mais densos para a contenção da discriminação algorítmica oriundas de decisões automatizadas baseadas em formação de perfis comportamentais.

A análise percorrerá, de forma sistemática, os dispositivos mais relevantes do código para a matéria, destacando-se os direitos básicos do consumidor, a responsabilidade objetiva do fornecedor, os instrumentos de tutela processual, as práticas e as cláusulas contratuais abusivas e o regime de bancos de dados e cadastros.

Por fim, retomando a problemática dos planos coletivos, será demonstrado como o CDC fornece a base teórica e normativa para superar distinções artificiais e assegurar tratamento equitativo a todos os beneficiários, independentemente da natureza do contrato celebrado, seja individual, seja coletivo.

A principiologia do Código de Defesa do Consumidor, consolidada no art. 4º, constitui um dos pilares da Política Nacional das Relações de Consumo. Ali se encontram enunciados de caráter normativo que informam toda a interpretação do microssistema consumerista: respeito à dignidade, à transparência, à boa-fé e ao equilíbrio contratual. Esses princípios, longe de terem caráter meramente programático, traduzem-se em verdadeiros parâmetros hermenêuticos e operativos, aptos a moldar a conduta dos fornecedores, orientar a atuação regulatória do Estado e subsidiar o controle judicial das relações de consumo.

Essa centralidade dos princípios do art. 4º e dos direitos básicos do art. 6º ganha relevo adicional quando se observa o diálogo histórico que o Código de Defesa do Consumidor estabelece com os novos desafios tecnológicos. Promulgado em 1990, o CDC foi concebido em um contexto de mercado ainda marcado por práticas tradicionais de desequilíbrio: publicidade

enganosa, contratos de adesão com cláusulas leoninas, elevação arbitrária de preços e ausência de informação clara sobre produtos e serviços. Não por acaso, o art. 4º consagrou expressamente a boa-fé, a transparência e o equilíbrio como pilares da Política Nacional das Relações de Consumo, enquanto o art. 6º fixou, entre os direitos básicos do consumidor, a informação adequada e a proteção contra práticas e cláusulas abusivas.

Se naquele momento histórico tais dispositivos serviam para coibir abusos na publicidade, nos contratos de adesão e na imposição de condições desproporcionais, hoje desempenham função análoga diante das novas formas de exploração da vulnerabilidade do consumidor mediadas por sistemas de informação que alteram a forma de exploração do consumidor. Contudo, a lógica permanece a mesma: proteger a parte mais fraca da relação de consumo contra práticas que, sob a aparência de eficiência econômica ou modernização tecnológica, possam desvirtuar os princípios da boa-fé e do equilíbrio contratual.

Assim, o que antes se traduzia em cláusulas obscuras ou reajustes unilaterais encontra correspondência, no presente, em modelos algorítmicos opacos, reajustes baseados em variáveis estatísticas não informadas e exclusões indiretas por meio de segmentação de perfis. O texto legal do CDC, ao fixar direitos básicos de informação clara e proteção contra abusos, mostra-se suficientemente aberto para abranger tanto as práticas tradicionais quanto as novas formas de abusividade decorrentes da aplicação de técnicas de processamento de dados.

Percebe-se, portanto, que em um ambiente de desequilíbrio marcado por decisões automatizadas baseadas em técnicas de perfilização, tais princípios assumem relevo adicional, não apenas como cláusulas gerais, mas como instrumentos de contenção de assimetrias históricas. Como se demonstrou no segundo capítulo, a própria formação do mercado de saúde suplementar brasileiro consolidou um desequilíbrio estrutural entre operadoras e beneficiários: de um lado, empresas organizadas em uma lógica capitalista e concentração do poder econômico; de outro, consumidores frequentemente atomizados, vulneráveis e sem capacidade efetiva de barganha. Esse contexto é agravado, no presente, pela introdução de tecnologias de processamento massivo de dados, que possibilitam estratégias de segmentação cada vez mais sofisticadas. Longe de se limitarem a aumentar a eficiência do setor, tais práticas podem servir como mecanismos de extração de valor econômico a partir da exploração da vulnerabilidade informacional dos consumidores, reproduzindo e intensificando desigualdades no acesso à saúde.

Esse movimento se insere em uma lógica mais ampla de capitalismo de plataformas, descrita por Zuboff (2015) como expressão do “capitalismo de vigilância”, em que informações pessoais são convertidas em matéria-prima para a geração de lucro e para a construção de mercados preditivos.

No setor de saúde suplementar, essa lógica não apenas reorganiza práticas comerciais, mas redefine as próprias condições de acesso ao direito à saúde, uma vez que perfis estatísticos passam a determinar a precificação, a cobertura e, em última instância, a própria permanência do consumidor no sistema.

Sob esse prisma, os princípios do CDC ganham densidade ao se articularem com a reflexão teórica sobre privacidade e dignidade. A perspectiva de Stefano Rodotà (1995) já alertava que a proteção da privacidade deve ser entendida como uma tutela das escolhas de vida contra formas de controle público e reprovação social, dimensão que ele denominou de “liberdade das escolhas existenciais”.

A privacidade, nesse sentido, integra o núcleo dos direitos da personalidade, constituindo-se como salvaguarda da dignidade humana e da autodeterminação informacional. Essa leitura é atualizada por Danilo Doneda (2021), que identifica nos processos contemporâneos de tratamento de dados riscos concretos à preservação de uma esfera pessoal autônoma, indispensável para o exercício da liberdade de escolha e para o pleno desenvolvimento da personalidade.

Aplicada ao ambiente da saúde suplementar, essa chave de leitura reforça a ideia de que a utilização de algoritmos não pode ser avaliada apenas por critérios de eficiência econômica ou de sustentabilidade empresarial. Ela deve ser confrontada com a exigência normativa de assegurar que nenhum consumidor seja reduzido a mero objeto de perfilização, privado de sua autonomia decisória ou de seu direito a escolher livremente os caminhos de sua existência.

Assim, os princípios de dignidade, boa-fé, equilíbrio e transparência previstos no CDC funcionam como balizas críticas contra o risco de que a racionalidade algorítmica, orientada pela maximização de lucros, converta-se em racionalidade discriminatória, legitimando exclusões indiretas ou diferenciações abusivas.

O princípio da dignidade do consumidor (art. 4º, *caput*) conecta-se diretamente ao reconhecimento da vulnerabilidade estrutural do destinatário final nas relações de consumo. Em contextos de saúde suplementar, essa vulnerabilidade não é apenas contratual ou econômica, mas também informacional: o consumidor dificilmente tem condições de compreender os critérios técnicos que orientam sistemas de precificação e classificação de risco, sobretudo quando mediados por algoritmos opacos. A utilização de modelos de aprendizado de máquina para prever custos assistenciais, definir reajustes ou restringir acesso a determinados planos deve, portanto, ser confrontada com o imperativo de não reduzir o indivíduo a um conjunto de dados ou perfis estatísticos. A dignidade exige que o consumidor continue a ser tratado como sujeito de direitos e não como mero objeto de cálculo.

O princípio da boa-fé objetiva, igualmente central no art. 4º, impõe deveres de lealdade, cooperação e transparência nas relações contratuais. Aplicado à lógica algorítmica, esse princípio veda a utilização de técnicas de perfilização que, ainda que formalmente justificadas como instrumentos de eficiência, tenham por finalidade dissimular práticas discriminatórias ou explorar fragilidades específicas do consumidor.

O uso de variáveis proxy – por exemplo, dados de localização, hábitos de consumo ou informações socioeconômicas correlacionadas a etnia ou gênero pode resultar em exclusões indiretas incompatíveis com a boa-fé. Sob esse prisma, a análise não se limita ao texto contratual, mas se estende aos procedimentos internos das operadoras, à governança de dados e à forma como modelos de decisão são desenhados e auditados.

O princípio do equilíbrio revela-se igualmente essencial. Relações marcadas pela assimetria informacional tendem a gerar contratos cujas cláusulas impõem ônus excessivo ao consumidor, sobretudo quando baseadas em critérios de precificação não transparentes. A aplicação do equilíbrio contratual, nesse contexto, não pode se restringir a aspectos econômicos imediatos: deve alcançar também os mecanismos de tomada de decisão que sustentam a fixação de preços e a definição de cobertura. Assim, um modelo que majora prêmios de forma desproporcional para determinados grupos, sem justificativa técnico-atuarial clara e auditável, viola não apenas a legislação setorial, mas o núcleo principiológico do CDC.

Por fim, o princípio da transparência, que perpassa todo o art. 4º, constitui condição indispensável para que o consumidor possa compreender, questionar e eventualmente contestar decisões que lhe sejam desfavoráveis. Em matéria de algoritmos, transparência não significa revelar códigos-fonte ou fórmulas matemáticas, mas sim assegurar clareza sobre quais critérios gerais orientam a classificação de risco, como se dá a coleta e o tratamento de dados, e quais salvaguardas existem contra vieses discriminatórios. Essa transparência é requisito tanto para o exercício da autonomia individual do consumidor quanto para o controle institucional por parte de órgãos reguladores e do Poder Judiciário.

No plano dos direitos básicos do consumidor, o art. 6º, incisos III e IV, reforça essa dimensão principiológica ao assegurar, de um lado, o direito à informação adequada e clara sobre produtos e serviços e, de outro, a proteção contra práticas e cláusulas abusivas. Esses dispositivos estabelecem um verdadeiro dever de explicabilidade por parte do fornecedor, que se torna ainda mais relevante diante de sistemas automatizados. Não basta fornecer informações formais ou genéricas: o consumidor deve ser capaz de compreender, em linguagem acessível, os elementos essenciais que impactam sua contratação, seu reajuste ou a manutenção de sua cobertura.

Essa garantia dialoga diretamente com o art. 20 da LGPD, que consagra o direito de revisão das decisões automatizadas. Se a LGPD estabelece a existência formal desse direito, o CDC fornece os parâmetros materiais para sua efetivação: clareza, suficiência e acessibilidade da informação. O controle de abusividade previsto no art. 6º, IV, combinado com o regime das práticas abusivas e cláusulas contratuais nulas, permite qualificar quando uma decisão algorítmica ultrapassa os limites legítimos da regulação do mercado e passa a configurar exclusão injustificada ou discriminação indireta.

Desse modo, o CDC, frente à problemática analisada, atua como complemento indispensável à LGPD: enquanto esta estabelece a moldura geral da proteção de dados e da revisão das decisões automatizadas, aquele fornece critérios concretos para avaliar a qualidade da informação, a lealdade da conduta do fornecedor e a legitimidade das práticas comerciais. A conjugação dos dois diplomas, portanto, é o que permite enfrentar, em bases normativas sólidas, o desafio da discriminação algorítmica na saúde suplementar.

Se os princípios da Política Nacional das Relações de Consumo (art. 4º) e os direitos básicos assegurados pelo art. 6º fornecem as balizas gerais para a interpretação das relações de consumo em um ambiente marcado pela utilização de dados e decisões automatizadas, é no regime das práticas abusivas e das cláusulas contratuais abusivas que o Código de Defesa do Consumidor alcança seu ponto mais incisivo de proteção. Trata-se de um deslocamento da principiologia abstrata para a tipificação de condutas concretas e para a definição de nulidades contratuais, permitindo a identificação objetiva de situações em que a exploração da vulnerabilidade do consumidor ultrapassa os limites da legitimidade.

Esse avanço é particularmente relevante no setor da saúde suplementar. Como se demonstrou nos tópicos anteriores, a utilização de sistemas de perfilização e decisões algorítmicas pode resultar não apenas em assimetrias informacionais, mas em práticas que afetam diretamente o acesso, a permanência e os custos suportados pelo consumidor. Nesse cenário, os dispositivos do CDC que vedam práticas abusivas, *videm* artigo 39, que asseguram respeito a tabelamentos, artigo 41, que estabelecem nulidades de pleno direito para cláusulas que imponham desvantagens exageradas, nos termos do artigo 51 e § 1º, e que protegem contra contratos obscuros, nos moldes dos artigos 46 e 47, assumem papel decisivo. Eles funcionam como instrumentos normativos que, embora concebidos antes da era digital, possuem densidade suficiente para enquadrar as novas formas de exclusão indireta, diferenciação abusiva de preços e restrições contratuais mediadas por algoritmos e, por isso, são indispensáveis ao debate.

O art. 39 tipifica práticas abusivas que podem ser imediatamente transpostas para o cenário da saúde suplementar mediada por algoritmos. O inciso II, ao vedar a recusa injustificada

de atendimento às demandas do consumidor, aplica-se de modo direto a situações em que sistemas automatizados negam ou retardam autorizações com base em inferências de risco ou de custo, sem justificativa clínica idônea.

Um modelo preditivo que recuse cobertura de exame ou procedimento porque associa o consumidor a um perfil de alto custo, sem fundamentação contratual ou legal, reproduz a lógica da recusa injustificada que o legislador buscou coibir. O inciso IV, por sua vez, veda o aproveitamento da vulnerabilidade do consumidor, o que ganha nova densidade diante da vulnerabilidade informacional frente a sistemas de decisão opacos. Operadoras que se valem da incapacidade técnica do consumidor para compreender a lógica dos algoritmos exploram justamente essa vulnerabilidade, convertendo a assimetria informacional em mecanismo de exclusão ou oneração.

Essa leitura ganha reforço ao se recordar que a vedação expressa do inciso II contra a recusa injustificada de atendimento e do inciso IV contra a exploração da vulnerabilidade do consumidor constituem a matriz que inspirou a regulação setorial. As normas da ANS sobre prazos máximos de resposta, carências uniformes e cobertura mínima obrigatória foram elaboradas justamente para impedir que a lógica de gestão de risco se convertesse em negativa injustificada ou em exploração da posição frágil do consumidor. Ou seja, os comandos do CDC funcionam como fundamento normativo que antecede e legitima a intervenção regulatória setorial, demonstrando sua permanência e relevância diante da sofisticação contemporânea das práticas de perfilização.

O inciso IX, que proíbe a recusa de venda de produtos ou serviços mediante pronto pagamento, também encontra correspondência atual. Em termos de planos de saúde, isso se projeta nas situações em que consumidores, mesmo dispostos a pagar, são impedidos de contratar ou manter cobertura porque modelos de classificação identificam alto risco. Trata-se de recusa de contratação disfarçada em gestão de risco, mas que, do ponto de vista do consumidor, configura negativa injustificada. No mesmo sentido, o inciso X, ao vedar o aumento de preço sem justa causa, conecta-se à precificação discriminatória baseada em perfis. Ou seja, algoritmos capazes de identificar padrões de alto custo podem gerar reajustes individualizados, fora dos limites legais e atuariais fixados pela ANS, impondo majorações abusivas travestidas de cálculos técnicos.

A análise também se conecta com a segunda preocupação destacada na qualificação: a discriminação por preço. O art. 39, inciso X, ao vedar aumentos sem justa causa, atua como marco claro contra práticas de precificação abusiva. Quando algoritmos passam a majorar individualmente os prêmios com base em inferências de risco, a lógica contratual deixa de ser

atuarial e se transforma em discriminação econômica. Essa prática, embora mascarada por cálculos estatísticos, caracteriza-se como abusiva nos termos do CDC porque transfere ao consumidor todo o peso da assimetria informacional, explorando sua vulnerabilidade. Nesse ponto, a vedação do inciso X deve ser lida em conjunto com o art. 41, que reforça a exigência de respeito a limites de reajuste fixados pelo poder público, bloqueando tentativas de criar regimes paralelos de precificação ancorados em sistemas opacos de classificação.

Já os incisos XII e XIII, embora concebidos em outro contexto histórico, revelam pertinência renovada no cenário algorítmico. O inciso XII veda a estipulação de prazos à discricção do fornecedor, o que se conecta diretamente às estratégias de operadoras que, por meio de sistemas automatizados, modulam prazos de resposta, autorização ou carência com base em perfilações ocultas.

Não por acaso, a regulação setorial da ANS incorporou essa lógica ao estabelecer prazos máximos uniformes para a autorização de procedimentos e ao disciplinar as carências contratuais de forma objetiva e padronizada, justamente para impedir que variações arbitrárias – agora potencializadas por sistemas de decisão automatizada – comprometam o acesso do consumidor.

De modo semelhante, o inciso XIII proíbe a adoção de índices de reajuste diversos dos previstos em lei ou no contrato, o que dialoga diretamente com as regras editadas pela ANS sobre reajustes por faixa etária, concebidas para impedir aumentos abruptos e desproporcionais. A prática contemporânea de criar microsegmentações atuariais fora das faixas normativas, com base em modelos preditivos, representa, em essência, uma forma de driblar a regulação e deve ser compreendida como abusiva nos termos do art. 39 do CDC.

O art. 41 complementa esse regime ao impor o respeito a tabelamentos e limites oficiais de preços. Em um mercado onde a discriminação pelo preço pode ser potencializada por algoritmos de precificação, a existência de tetos normativos funciona como barreira estrutural contra abusos. Se um modelo de perfilização identifica consumidores mais onerosos e eleva seus prêmios seletivamente, tal conduta viola não apenas a lógica de solidariedade contratual, mas também a determinação legal de respeito a preços tabelados. O art. 41, portanto, é um dispositivo de especial relevo na contenção da discriminação algorítmica por preço.

No campo contratual, o art. 51 e seu § 1º estabelecem a nulidade de pleno direito das cláusulas abusivas que imponham desvantagem exagerada ao consumidor, criando presunção de abusividade em hipóteses específicas. Cláusulas que autorizam decisões unilaterais automatizadas de exclusão, reajuste ou restrição de cobertura enquadram-se diretamente nessa previsão. A desvantagem exagerada pode ser identificada quando a modelagem algorítmica transfere

integralmente para o consumidor os riscos da incerteza, reduzindo sua posição a objeto de cálculo econômico e comprometendo sua continuidade no sistema.

No contexto da saúde suplementar, isso significa reconhecer que disposições contratuais que autorizem exclusões ou majorações baseadas em critérios de risco opacos são nulas de pleno direito, independentemente de comprovação de dolo ou culpa.

O §1º do art. 51 merece destaque específico. Ele presume abusivas, de forma objetiva, cláusulas que impliquem renúncia a direitos básicos, que transfiram ao consumidor responsabilidades desproporcionais ou que estabeleçam vantagens excessivas ao fornecedor. Essa presunção, construída pelo legislador, é especialmente útil para enfrentar cláusulas que autorizem decisões automatizadas sem transparência ou que permitam majorações de preços individualizadas. Nessas hipóteses, a mera previsão contratual de que o consumidor “autoriza” o tratamento de seus dados ou aceita reajustes vinculados a critérios não especificados deve ser considerada nula, independentemente da prova de prejuízo concreto, porque já cria desequilíbrio estrutural. Trata-se, portanto, de um regime normativo apto a qualificar como abusivas cláusulas que operadoras poderiam utilizar para legitimar a discriminação algorítmica.

A proteção é reforçada pelos arts. 46 e 47. O primeiro estabelece que o consumidor não fica vinculado a cláusulas contratuais que não lhe tenham sido previamente informadas de maneira clara. Esse dispositivo adquire nova dimensão diante da inserção de cláusulas que autorizem tratamento de dados ou utilização de algoritmos sem transparência. Se a informação sobre a lógica decisória não for prestada de modo adequado, a cláusula é ineficaz. O art. 47, por sua vez, determina que as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor. Isso significa que, em caso de dúvida sobre a extensão de autorizações para uso de dados, critérios de precificação ou mecanismos de exclusão, a interpretação deve sempre privilegiar o consumidor, não a operadora.

O conjunto desses dispositivos demonstra que o CDC fornece critérios jurídicos concretos para identificar quando decisões automatizadas extrapolam os limites legítimos da segmentação de mercado. As práticas abusivas do art. 39 funcionam como tipificação das condutas que podem ser reproduzidas por sistemas algorítmicos, enquanto o art. 41 impede a discriminação por preço abusiva, o art. 51 assegura a nulidade de cláusulas abusivas e os arts. 46–47 protegem contra a opacidade contratual.

Todos esses comandos, quando aplicados à lógica de perfilização dos consumidores para segmentá-los, convergem para um mesmo ponto: garantir que a racionalidade algorítmica, mesmo quando apresentada como técnica ou neutra, esteja submetida ao controle jurídico de abusividade e não possa servir como instrumento de exclusão ou exploração do consumidor.

A questão se torna ainda mais aguda nos planos coletivos. Como visto no tópico anterior, a Lei nº 9.656/1998 não lhes confere o mesmo nível de proteção que os planos individuais, sobretudo no que diz respeito à rescisão imotivada e aos reajustes. Como visto nos tópicos anteriores, a Lei nº 9.656/1998 e a regulação da ANS consagram distinções relevantes entre planos individuais e coletivos, especialmente no que tange à rescisão unilateral imotivada e à definição dos reajustes.

Nos individuais, há proteção normativa clara: a vedação de rescisão unilateral e a fixação de índices pela ANS. Já nos coletivos, ao contrário, a rescisão imotivada é admitida e os reajustes são fruto de negociação contratual na prática, imposição unilateral das operadoras. Essa assimetria regulatória reforça a fragilidade dos consumidores de planos coletivos, que constituem a ampla maioria no mercado, e cria uma zona cinzenta de tutela jurídica justamente onde se concentram os maiores riscos de exclusão.

Esse desenho regulatório produziu, ao longo do tempo, um espaço de menor tutela exatamente onde a lógica econômica da saúde suplementar opera com maior intensidade: contratação por intermédio de pessoas jurídicas, repasses de riscos por meio de reajustes mais livres e maior discricionariedade na manutenção dos vínculos. É nesse intervalo que o Código de Defesa do Consumidor deve assumir protagonismo normativo, não como diploma “complementar” e residual, mas como matriz de validade das práticas contratuais em mercado de consumo, inclusive na modalidade coletiva.

É nesse ponto que a leitura do art. 2º do CDC adquire centralidade. O dispositivo define consumidor como “toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. A redação amplia deliberadamente a titularidade da proteção, reconhecendo que o elemento definidor não é a natureza do contratante (pessoa física ou jurídica), mas sim a destinação do serviço. No caso dos planos coletivos, a contratação se dá por meio de pessoa jurídica – empresa, sindicato, associação ou administradora de benefícios – mas a finalidade é inequívoca: assegurar assistência em saúde aos beneficiários finais. A empresa ou entidade contratante não “revende” o plano, não o integra em cadeia produtiva, tampouco o utiliza como insumo. Age como mera intermediária formal para viabilizar o acesso de um grupo ao serviço de saúde, cuja destinação permanece sendo o consumo final.

À luz desse raciocínio, a interpretação que nega a aplicação do CDC aos coletivos, salvo quando caracterizados como “falsos coletivos”, incorre em equívoco hermenêutico. A criação jurisprudencial da categoria dos “falsos coletivos” buscou mitigar injustiças gritantes, mas o próprio art. 2º do CDC já fornece base normativa suficiente para reconhecer todos os beneficiários de planos coletivos como consumidores em sentido próprio. Ao restringir a proteção

apenas aos coletivos atípicos, a jurisprudência perpetua distinção artificial, que não encontra fundamento na lei e contraria a teleologia do microsistema consumerista.

O art. 3º do CDC reforça essa conclusão ao definir fornecedor de maneira ampla, abrangendo “toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços”.

As operadoras de planos de saúde se enquadram perfeitamente nesse conceito, de modo que a relação estabelecida com os beneficiários é, inequivocamente, uma relação de consumo. Não há espaço, portanto, para excluir do âmbito protetivo do CDC aqueles que contratam por meio de pessoa jurídica, sob pena de se esvaziar a função do diploma como instrumento de ordem pública e interesse social (art. 1º).

O critério adequado, como enfatiza Maria Stella Gregori, não é a natureza formal do contrato, mas a vulnerabilidade do consumidor. No caso dos planos coletivos, a vulnerabilidade não apenas persiste como se acentua. De um lado, os consumidores ficam sujeitos a reajustes definidos em negociações nas quais não participam efetivamente, sendo representados por pessoas jurídicas que muitas vezes carecem de poder de barganha real diante das operadoras. De outro, enfrentam a ameaça concreta da rescisão unilateral imotivada, o que expõe indivíduos e famílias à perda repentina de cobertura em contextos de necessidade assistencial. A vulnerabilidade, que já caracteriza a relação de consumo, é amplificada no âmbito dos planos coletivos – justamente onde o discurso regulatório de “liberdade contratual” tem servido como pretexto para fragilizar ainda mais a posição do consumidor.

Assim, o CDC mostra-se indispensável para reequilibrar essas relações. Ao estender sua aplicação a todos os planos coletivos, independentemente de serem “falsos” ou “verdadeiros”, o código fornece os instrumentos normativos para qualificar como abusivas práticas recorrentes no setor, como a recusa indireta de cobertura, os reajustes arbitrários e a rescisão unilateral imotivada. A leitura conjugada dos arts. 2º e 3º, portanto, não apenas autoriza, mas impõe o reconhecimento de que o consumidor de planos coletivos – seja ele pessoa física diretamente vinculada ou pessoa jurídica que contrata como destinatária final – é titular da proteção consumerista em sua integralidade.

Portanto, constata-se que as normas de proteção consagradas pelo CDC devem ser aplicadas indistintamente a todos os contratos de planos de saúde coletivos, sejam eles caracterizados como “falsos coletivos”, sejam efetivamente coletivos em sua formação. A razão é

evidente: ainda que a contratação se dê por intermédio de pessoa jurídica, o serviço de saúde destina-se, em última instância, às pessoas físicas que dele fruem como destinatárias finais.

Além disso, reconhecer essa realidade é essencial para evitar distinções artificiais que fragilizam a posição do consumidor, contrariando a teleologia protetiva do CDC e reduzindo sua função de instrumento de ordem pública e interesse social. Ao estender a incidência integral do microsistema consumerista também aos coletivos, preserva-se a coerência normativa e garante-se que a vulnerabilidade – critério estruturante da tutela do consumo – seja devidamente considerada na regulação das relações de saúde suplementar.

Após a análise dos dispositivos específicos do CDC aplicáveis à saúde suplementar – desde a vedação de práticas abusivas e da imposição de preços arbitrários até a nulidade de cláusulas contratuais lesivas e a proteção contra contratos obscuros –, torna-se possível extrair uma síntese mais ampla acerca do papel desempenhado por esse microsistema na contenção da discriminação algorítmica resultante de segmentação de consumidores por práticas de formação de perfis comportamentais.

O Código de Defesa do Consumidor fornece o arcabouço indispensável para a qualificação jurídica da abusividade e da discriminação algorítmica no mercado de saúde suplementar. Enquanto a LGPD estabelece a moldura principiológica da proteção de dados pessoais e a Lei nº 9.656/1998 fixa parâmetros específicos de regulação setorial, é o CDC que confere densidade normativa ao problema, ao tipificar condutas ilícitas, estabelecer nulidades contratuais e assegurar instrumentos de tutela processual. Nesse sentido, o sistema consumerista atua como verdadeiro eixo de integração e racionalização das normas aplicáveis, funcionando como complemento necessário à proteção difusa que emana dos demais diplomas.

Entretanto, a sofisticação crescente dos sistemas automatizados revela também os limites da aplicação tradicional do CDC. Dispositivos concebidos para lidar com práticas contratuais clássicas – como cláusulas leoninas, reajustes arbitrários ou ausência de informação – passam a ser tensionados por condutas muito mais sutis, que se disfarçam sob a aparência de neutralidade tecnológica. A seleção de risco mediada por algoritmos, a precificação discriminatória travestida de cálculo atuarial e as exclusões indiretas produzidas pela opacidade dos modelos de perfilização demonstram que a vulnerabilidade do consumidor não é apenas contratual ou econômica, mas sobretudo informacional.

Diante desse quadro, o CDC permanece fundamental, mas exige leitura atualizada: seus princípios e dispositivos precisam ser reinterpretados à luz das novas tecnologias, para que não se convertam em normas anacrônicas. A força normativa dos arts. 4º e 6º, a clareza das tipificações do art. 39, a rigidez do art. 51 e a proteção informacional do art. 43 constituem balizas

relevantes para a repressão a condutas abusivas mediadas por algoritmos, desde que aplicadas por uma hermenêutica capaz de abarcar formas invisíveis de exclusão que o legislador de 1990 não poderia prever. Assim, embora concebido em outro contexto histórico, o Código de Defesa do Consumidor assume papel central e integrador, em diálogo com a LGPD e com a Lei dos Planos de Saúde, compondo, em conjunto com esses diplomas, o principal arcabouço normativo para enfrentar práticas de discriminação algorítmica na saúde suplementar.

O desafio, contudo, está em atualizar a aplicação desse microssistema, de modo a enfrentar práticas que não se apresentam de forma explícita, mas que, ao operar silenciosamente na lógica dos algoritmos, podem restringir direitos, agravar desigualdades e comprometer o acesso equitativo à saúde. Esse é o ponto que conduz à reflexão final da dissertação: a suficiência – ou insuficiência – do ordenamento jurídico brasileiro para proteger consumidores em um ambiente cada vez mais governado por decisões automatizadas e pela lógica de perfilização.

5 CONCLUSÃO

O ponto de partida desta pesquisa, após reflexões à luz do Direito, me leva à constatação de que o uso de tecnologias de coleta, tratamento e análise de dados transformou de maneira estrutural o modo como se organizam as relações contratuais no mercado de saúde suplementar. A segmentação de consumidores, que no passado se limitava a categorias pré-estabelecidas de risco, passa a ser mediada por sistemas sofisticados de formação de perfis comportamentais algorítmico, capazes de processar em larga escala informações comportamentais e dados sensíveis de saúde.

Essa mudança, longe de representar mero aprimoramento técnico ou administrativo, implica verdadeira reconfiguração da lógica contratual, pois desloca a autonomia das partes e a negociação transparente para processos opacos de predição estatística. O contrato, que deveria ser espaço de manifestação da vontade e de equilíbrio entre as partes, é progressivamente permeado por mecanismos que classificam indivíduos com base em variáveis ocultas e não acessíveis ao próprio consumidor, produzindo novas formas de vulnerabilidade.

Desta forma, outro aspecto importante é a intermediação tecnológica, a qual emerge não apenas como ferramenta de gestão, mas como elemento central na definição de quem pode ou não acessar determinados bens e serviços de saúde, em que condições e a que custos, ampliando os riscos de exclusão e discriminação indireta.

Esse fenômeno adquire contornos ainda mais relevantes no setor da saúde suplementar, justamente porque nele o risco é o elemento estruturante do negócio jurídico. Se, por um lado, o avanço das tecnologias digitais permitiu maior eficiência na administração de contratos e maior precisão na precificação atuarial, por outro, também potencializou estratégias de segmentação que podem levar à exclusão de grupos considerados de alto custo.

A possibilidade de operar classificações cada vez mais individualizadas, a partir de informações como hábitos alimentares, práticas de exercícios, predisposições genéticas ou histórico familiar, tende a alterar não apenas o cálculo econômico das operadoras, mas também o acesso equitativo à saúde. A segmentação dos consumidores nesse contexto, embora frequentemente apresentado como inovação neutra ou como garantia de sustentabilidade econômica, carrega consigo a opacidade própria dos algoritmos e a reprodução de vieses, de modo que o consumidor passa a enfrentar barreiras invisíveis no exercício de um direito fundamental.

Assim, a pesquisa partiu da premissa de que compreender o impacto dessa racionalidade algorítmica é condição essencial para avaliar a suficiência – ou insuficiência – dos instrumentos

normativos de proteção do consumidor e de regulação da saúde suplementar.

A partir da constatação sobre a centralidade das tecnologias de formação de perfis comportamentais e de decisões automatizadas na redefinição das relações contratuais em saúde suplementar, delineou-se a pergunta central que norteou a presente investigação: em que medida o ordenamento jurídico brasileiro, por meio da LGPD, da Lei dos Planos de Saúde, das resoluções normativas expedidas pela ANS e pela ANPD, bem como do CDC, é capaz de oferecer proteção suficiente contra as práticas discriminatórias decorrentes da segmentação algorítmica de consumidores?

Essa questão emerge como núcleo problemático porque, de um lado, esses diplomas normativos representam os principais instrumentos de disciplina da atividade econômica e de defesa do consumidor; de outro, eles foram concebidos em momentos históricos distintos e com racionalidades regulatórias que não necessariamente contemplavam as complexidades introduzidas pela inteligência artificial e pela análise massiva de dados. A tensão entre a inovação tecnológica e a normatividade existente evidencia a necessidade de compreender se as categorias jurídicas já disponíveis conseguem enfrentar a discriminação invisível, indireta e potencialmente estrutural que os algoritmos podem reproduzir.

Essa indagação ganha relevância adicional na medida em que, como apontado que a lógica contratual tradicional vem sendo progressivamente deslocada para uma racionalidade de vigilância e controle, na qual algoritmos substituem o consenso e a reciprocidade por mecanismos impessoais de indução de condutas. Assim, a pesquisa partiu do reconhecimento de que o problema não se limita a avaliar a adequação técnica da legislação vigente, mas a verificar se tais diplomas são capazes de preservar os fundamentos do contrato como espaço de equilíbrio e dignidade, frente a uma racionalidade econômica orientada pela extração de dados e pela maximização de lucros.

Ao reafirmar essa pergunta central, é possível situar o trabalho no ponto de interseção entre três campos normativos complementares. A LGPD, ao consagrar direitos e princípios relacionados ao tratamento de dados pessoais, inaugura um marco regulatório de proteção informacional, mas cuja densidade ainda depende de desenvolvimento interpretativo e regulatório. A Lei dos Planos de Saúde que se estruturou em torno de parâmetros tradicionais de cobertura, reajuste e carências, sem prever o uso massivo de dados e algoritmos para segmentação de riscos. E o CDC, enquanto microssistema consumerista, o qual fornece princípios e categorias capazes de qualificar a abusividade e proteger a parte vulnerável, mas exige interpretação atualizada para abranger as práticas sofisticadas da era digital. O desafio investigado, portanto, consiste em verificar se a articulação desses instrumentos normativos é

suficiente para responder a um fenômeno complexo, marcado pela opacidade tecnológica e pela possibilidade de discriminação algorítmica, ou se, ao contrário, revela-se necessária uma revisão normativa mais profunda, capaz de enfrentar com clareza os dilemas éticos e jurídicos da segmentação automatizada na saúde suplementar.

Diante dessa problemática e da relevância teórica destacada, tornou-se necessário verificar em que medida a pesquisa alcançou os objetivos que havia estabelecido desde a introdução. O objetivo geral desta investigação consistiu em identificar e analisar em que medida os dispositivos previstos na LGPD, na Lei dos Planos de Saúde, nas resoluções normativas da ANS e da ANPD, bem como no CDC, são adequados para enfrentar os desafios impostos pela segmentação automatizada de consumidores no mercado de saúde suplementar.

Para alcançar esse objetivo geral, a pesquisa foi estruturada em torno de três objetivos específicos. O primeiro foi analisar de que forma a segmentação de consumidores baseada em técnicas de formação de perfis comportamentais, orientada por critérios econômicos e atuariais, vem sendo reconfigurada, intensificando os riscos de discriminação, ampliando a opacidade e contribuindo para a reestruturação das relações contratuais.

Esse objetivo foi cumprido a partir da discussão teórica desenvolvida no primeiro capítulo, onde se demonstrou que a introdução de processos automatizados não se limita a sofisticar os mecanismos de precificação e classificação de riscos, mas altera a própria lógica contratual, deslocando-a para um modelo de vigilância e indução de condutas. Observou-se, ainda, que a segmentação de consumidores por meio de técnicas de formação de perfis comportamentais amplia esse cenário, uma vez que, mesmo a partir de dados aparentemente genéricos ou não classificados como sensíveis, os sistemas de processamento em larga escala conseguem realizar inferências com elevado grau de precisão sobre hábitos, condições de saúde e potenciais riscos assistenciais.

Tal constatação evidencia que o problema não se restringe ao tratamento de dados sensíveis em sentido estrito, mas envolve a própria lógica de cruzamento e análise algorítmica, que potencializa o poder das operadoras de extrair padrões preditivos capazes de influenciar de forma decisiva a contratação, a precificação e a manutenção dos contratos de saúde suplementar. Diante desse quadro, mostrou-se indispensável recorrer a referenciais teóricos capazes de iluminar as consequências jurídicas e sociais dessa lógica de inferências e vigilância.

O recurso às perspectivas de Zuboff (2015) sobre o capitalismo de vigilância, de Rodotà (1995) sobre a liberdade das escolhas existenciais e de Doneda (2021) sobre a autodeterminação informacional permitiu conferir densidade teórica a essa análise e mostrou que a questão ultrapassa os limites da técnica e repercute diretamente sobre direitos fundamentais dos

consumidores.

O segundo objetivo específico consistiu em investigar a configuração atual do mercado de saúde suplementar brasileiro, bem como examinou sua trajetória histórica e regulatória, a interação com o sistema público de saúde, os conflitos estruturais entre operadoras e consumidores, a judicialização das demandas e as práticas de segmentação, exclusão e verticalização que acentuam o desequilíbrio do setor.

A conclusão desse objetivo mostra que as dinâmicas estruturais do mercado de saúde suplementar revelam um comportamento recorrente das operadoras de priorizar a maximização do lucro em detrimento da prestação efetiva do serviço. Tal lógica insere-se em um processo histórico marcado pelas disputas regulatórias e pela recorrente resistência do poder econômico à imposição de limites mais rigorosos ao setor.

Isso é observável a partir do fato de que ao longo do tempo, as operadoras encontraram formas de se esquivar da prestação efetiva do serviço ao consumidor, entre as quais se destaca a priorização da comercialização dos planos coletivos, que se caracterizam pela ausência de mecanismos de controle mais rigorosos e pela permissividade diante de rescisões unilaterais e reajustes arbitrários.

Além disso, observa-se a adoção de práticas mais amplas que acentuam a vulnerabilidade do consumidor, como a utilização estratégica da modalidade coletiva para esvaziar a proteção legal assegurada nos contratos individuais.

A análise também evidenciou o vácuo regulatório frente às transformações decorrentes do fenômeno da verticalização, em que grupos econômicos que concentram hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras passam a explorar o processamento massivo de dados como instrumento de gestão de risco e de segmentação de consumidores. Essa dinâmica amplia a assimetria informacional e potencializa riscos de discriminação, reforçando a necessidade de um marco regulatório mais consistente para conter práticas abusivas e preservar a efetividade da proteção contratual.

Outro aspecto importante é a reflexão que mostra as práticas recorrentes das operadoras que extrapolam a esfera contratual e revelam uma estratégia sistemática de resistência à efetividade da regulação e das decisões judiciais.

Destacou-se, nesse sentido, o frequente descumprimento de ordens judiciais que determinam a prestação de serviços assistenciais, muitas vezes substituído pela opção deliberada de arcar com astreintes, multa judiciais diárias, em vez de assegurar o atendimento ao consumidor. Essa conduta explicita a assimetria de poder econômico e a lógica de cálculo que privilegia a rentabilidade em detrimento da proteção de direitos fundamentais.

Outro ponto de relevo foi a controvérsia em torno do caráter do rol de procedimentos da ANS, em que a resistência do setor à sua interpretação exemplificativa culminou não apenas em intensos embargos de divergência perante o Superior Tribunal de Justiça, mas também na posterior edição de lei específica pelo Congresso Nacional. Esses episódios ilustram como a disputa regulatória e judicial tem se constituído em terreno privilegiado para a atuação das operadoras, que buscam, por diferentes meios, restringir o alcance das garantias normativas conquistadas pelos consumidores.

As entrevistas com Maria Stella Gregori e Juliana Pereira contribuíram para reforçar também esse diagnóstico: a primeira enfatiza a assimetria estrutural e a insuficiência das respostas institucionais; a segunda destaca os potenciais de inovação tecnológica e a necessidade de regulação clara que incentive boas práticas sem permitir exclusões abusivas. Essas disputas refletem desigualdades estruturais de poder que frequentemente colocam o consumidor em posição vulnerável, a qual dificulta a aplicação plena dos direitos que as questões são asseguradas. Assim, essa análise mostra que o cenário brasileiro, longe de ser homogêneo, é atravessado por disputas econômicas, políticas e regulatórias que condicionam a efetividade dos direitos dos consumidores.

O terceiro objetivo específico foi interpretar e analisar criticamente os instrumentos normativos aplicáveis à saúde suplementar – em especial a LGPD, a Lei dos Planos de Saúde, as resoluções da ANS e da ANPD e o CDC –, avaliando sua suficiência e seus limites para prevenir e corrigir práticas discriminatórias decorrentes da segmentação dos consumidores a partir da aplicação de técnicas de formação de perfis comportamentais. Constatou-se, em primeiro lugar, que embora a LGPD tenha introduzido direitos relevantes, como o da revisão de decisões automatizadas, sua redação aberta e a dependência de regulamentação secundária reduzem seu alcance prático, sobretudo em contextos de alta assimetria técnica e informacional.

Por fim, verificou-se que o CDC, embora concebido em outro contexto histórico, oferece categorias jurídicas mais robustas e atualizáveis para qualificar a abusividade e coibir práticas discriminatórias. Sua principiologia – pautada na dignidade, na boa-fé, no equilíbrio contratual e na transparência – e seus dispositivos concretos de proteção contra práticas abusivas e cláusulas lesivas mostram-se aptos a serem reinterpretados à luz das novas tecnologias. Nesse sentido, o terceiro objetivo específico foi alcançado ao revelar, simultaneamente, as virtudes e os limites do arcabouço normativo existente, indicando a necessidade de seu aperfeiçoamento regulatório no sentido de articular os instrumentos normativos consumeristas com os regulatórios para responder adequadamente aos desafios da segmentação algorítmica na saúde suplementar.

Com efeito, os instrumentos normativos atualmente vigentes – notadamente a LGPD, a Lei nº 9.656/1998, as resoluções da ANS e da ANPD e o CDC – constituem marcos indispensáveis para a proteção dos consumidores na saúde suplementar, mas revelam-se, isoladamente considerados, insuficientes para enfrentar a complexidade introduzida pela segmentação algorítmica.

Embora a Lei dos Planos de Saúde disponha, em seu art. 11, sobre a vedação de discriminação por doenças pré-existentes, discussão do terceiro capítulo, a redação do dispositivo mostra-se restrita ao momento da contratação e não alcança práticas contemporâneas de formação de perfis comportamentais que permitem inferir predisposições genéticas, ambientais ou comportamentais dos consumidores. Interpretado em conjunto com os princípios da não discriminação e da transparência, esse artigo poderia servir de fundamento para impedir negativas de cobertura decorrentes de inferências algorítmicas, mas essa interpretação extensiva ainda carece de consolidação normativa. O resultado é um cenário em que, embora existam comandos protetivos pontuais, o ordenamento permanece aquém das exigências impostas pelo avanço tecnológico.

Portanto, a resposta à questão central desta pesquisa aponta para a necessidade de uma leitura integrada e interdisciplinar dos diferentes diplomas normativos. A restrição da proteção a mecanismos setoriais isolados – seja o regime de proteção de dados pessoais, seja a regulação da saúde suplementar – mostra-se insuficiente para responder a problemas que ultrapassam fronteiras dogmáticas tradicionais.

As práticas de segmentação algorítmica não se esgotam em questões contratuais, tampouco se limitam ao âmbito do tratamento de dados; elas atravessam os dois campos de maneira transversal, exigindo tanto a aplicação extensiva de dispositivos já existentes quanto a elaboração de regulamentos intersetoriais capazes de lidar com os efeitos combinados dessas tecnologias. A fragmentação normativa, ao contrário, produz lacunas e insegurança jurídica, criando brechas para a perpetuação de discriminações indiretas, sutis e de difícil comprovação, que desafiam o consumidor em sua vulnerabilidade estrutural.

Nesse contexto, o CDC desponta como eixo normativo mais robusto, sobretudo por oferecer categorias abertas e princípios que podem ser atualizados hermeneuticamente para abarcar novas formas de abusividade. A dignidade, a boa-fé, o equilíbrio contratual e a transparência, consagrados nos arts. 4º e 6º, constituem parâmetros sólidos para reinterpretar práticas contemporâneas de discriminação dos consumidores por algoritmos.

Contudo, como enfatizaram Maria Stella Gregori e Juliana Pereira em suas entrevistas, essa atualização não se materializa sem um protagonismo mais incisivo dos órgãos reguladores

e do próprio Poder Legislativo. Como ressaltaram Maria Stella Gregori e Juliana Pereira em suas entrevistas, ainda há uma omissão significativa tanto da ANS quanto da ANPD na regulação dos problemas emergentes ligados à segmentação algorítmica. Essa ausência de respostas claras fragiliza a efetividade da proteção ao consumidor e evidencia que os instrumentos normativos disponíveis, por si só, não bastam. Ambas convergem na percepção de que será necessário um avanço regulatório e, em determinados pontos, a própria criação de novos marcos legislativos, de modo a assegurar que a utilização de tecnologias de processamento massivo de dados não se converta em mecanismo de exclusão ou discriminação. Assim, a conclusão alcançada é que o sistema jurídico brasileiro, na forma atual, não é capaz de conter integralmente os efeitos da racionalidade algorítmica na saúde suplementar, sendo imprescindível o avanço normativo e regulatório para evitar que a eficiência econômica se converta em legitimação de práticas discriminatórias.

A partir de tais conclusões, percebe-se que esta dissertação buscou promover a integração crítica de três microssistemas normativos que, embora distintos em sua origem e finalidade, precisam ser lidos de maneira articulada no enfrentamento da discriminação algorítmica na saúde suplementar: a LGPD, a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) e o CDC.

A literatura jurídica nacional ainda tende a tratá-los de forma compartimentada – ora privilegiando o enfoque da proteção de dados, ora enfatizando a regulação setorial, ora recorrendo ao CDC como recurso residual. Esse tratamento isolado, contudo, mostra-se claramente insuficiente para lidar com os problemas sociais contemporâneos e com as complexas relações de desequilíbrio que caracterizam o confronto entre grandes grupos econômicos e consumidores individuais. Ao superar essa fragmentação, a pesquisa evidenciou que apenas a leitura conjunta desses diplomas permite identificar, de maneira clara, as virtudes e limitações do ordenamento brasileiro para conter práticas discriminatórias mediadas por algoritmos.

Ainda, a pesquisa alinhou seus resultados a referenciais teóricos nacionais e internacionais, especialmente Doneda e Rodotà, situando a proteção de dados como garantia de liberdade e dignidade e compreendendo a privacidade como salvaguarda da liberdade das escolhas existenciais. Essa articulação teórica permitiu consolidar a principal contribuição do trabalho: demonstrar que enfrentar a discriminação algorítmica no setor de saúde suplementar exige mais do que ajustes setoriais, demandando uma leitura crítica, integrada e prospectiva do ordenamento jurídico brasileiro.

Saliento também que apesar da amplitude da análise empreendida, é necessário

reconhecer algumas delimitações metodológicas inerentes a esta pesquisa. Em primeiro lugar, a opacidade das práticas das operadoras e a escassez de dados públicos acessíveis impediram o mapeamento empírico sistemático de casos de discriminação algorítmica na saúde suplementar, o que reforça a necessidade de futuras investigações empíricas sobre o tema. Como o trabalho demonstrou, a assimetria informacional afeta diretamente o consumidor e, pelo mesmo motivo, também dificulta a produção acadêmica e a fiscalização estatal, uma vez que grande parte dos processos de segmentação ocorre de forma interna, invisível e sem critérios transparentes de divulgação.

Em segundo lugar, adotou-se um recorte metodológico predominantemente documental e teórico, com ênfase no contexto brasileiro, o que limitou a realização de um benchmarking internacional mais detalhado e de um exame comparativo aprofundado. Essa opção buscou preservar a densidade da análise normativa nacional, ainda que à custa de uma menor exploração de experiências estrangeiras.

O trabalho não se propôs a avaliar diretamente a efetividade ou eficácia das normas analisadas, tarefa que demandaria estudo específico de jurisprudência judicial e administrativa, além da análise das capacidades institucionais dos órgãos reguladores. Essas delimitações, contudo, não comprometem os objetivos centrais da dissertação, mas apontam para a necessidade de continuidade do debate em pesquisas futuras, sobretudo em níveis de doutorado ou em estudos institucionais com maior capacidade de coleta e sistematização de dados.

É importante destacar que essas limitações não anulam a consistência dos achados. Ao contrário, evidenciam que a complexidade do tema – discriminação algorítmica na saúde suplementar – exige abordagens interdisciplinares, metodologias combinadas e maior cooperação entre academia, órgãos reguladores e sociedade civil. Nesse sentido, as limitações aqui reconhecidas devem ser lidas não como fragilidades, mas como indicações de caminhos de aprofundamento para a construção de uma agenda mais ampla de pesquisa e regulação.

A constatação das lacunas normativas e regulatórias que permeiam o setor de saúde suplementar impõe a necessidade de formular recomendações que dialoguem com a prática institucional, superando a mera análise descritiva para oferecer caminhos efetivos de enfrentamento da discriminação algorítmica. Essas recomendações não pretendem esgotar a complexidade do problema, mas constituem uma tentativa de articular, a partir da investigação desenvolvida, parâmetros que possam orientar tanto a atuação das operadoras e dos órgãos reguladores quanto a interpretação judicial das controvérsias já existentes. Trata-se, portanto, de transformar o diagnóstico crítico em diretrizes propositivas, adequadas a um mestrado profissional que busca integrar teoria e prática.

Diante do exposto, impõe-se indicar recomendações práticas e normativas, com destaque para a necessidade de uma interpretação atualizada do Código de Defesa do Consumidor. O microssistema consumerista, ao consagrar princípios como a boa-fé objetiva, a transparência, o equilíbrio contratual e a proteção contra práticas abusivas, oferece bases normativas robustas para enfrentar a segmentação algorítmica. Contudo, é indispensável que tais dispositivos sejam reinterpretados à luz das novas tecnologias, de modo que cláusulas contratuais que autorizem decisões automatizadas opacas, práticas de precificação discriminatória e exclusões indiretas de cobertura sejam qualificadas como abusivas.

Essa atualização hermenêutica deve ser acompanhada de diretrizes práticas, como: maior exigência de explicabilidade nos contratos, obrigatoriedade de informações claras sobre critérios de segmentação, mecanismos de revisão eficazes para decisões automatizadas, todas essas soluções em consonância à diminuição da assimetria informacional entre consumidores e operadoras de plano de saúde. Somente assim será possível reconhecer que a lógica da segmentação dos consumidores por tecnologias de informação, quando utilizada para restringir direitos, viola os fundamentos constitucionais e consumeristas da dignidade e da vulnerabilidade do consumidor.

Essa atualização interpretativa, contudo, não deve restringir-se ao Código de Defesa do Consumidor. É igualmente indispensável que as regulamentações setoriais expedidas pela ANPD e pela ANS incorporem, de maneira clara, os princípios de transparência, não discriminação e explicabilidade. No caso da ANPD, isso exige a edição de normas específicas sobre decisões automatizadas e segmentação de consumidores, com ênfase no tratamento de dados sensíveis de saúde. No âmbito da ANS, impõe-se a revisão de resoluções que ainda operam com parâmetros tradicionais de cobertura e reajuste, de modo a incluir salvaguardas objetivas contra práticas de perfilização discriminatória. A ausência de normatividade consistente transfere ao Poder Judiciário a tarefa de construir respostas fragmentadas, mantendo consumidores expostos a riscos de exclusão e, ao mesmo tempo, gerando insegurança jurídica.

Outra recomendação consiste na proposição de um marco legislativo específico sobre inteligência artificial na saúde, incluindo à saúde suplementar. Como destacou Juliana Pereira, o processamento massivo de dados pode constituir uma ferramenta valiosa em favor do consumidor, ao permitir que este tenha acesso facilitado a informações relevantes sobre sua própria saúde e possa gerir de forma mais autônoma o seu cuidado. Por outro lado, como advertiu Maria Stella Gregori, o mesmo instrumental pode ser utilizado como mecanismo de segregação, aprofundando desigualdades e favorecendo a exclusão de grupos considerados de maior risco assistencial.

Essa ambivalência evidencia que o problema não reside na tecnologia em si, mas na ausência de diretrizes claras quanto ao seu uso. Ainda que a LGPD e o CDC ofereçam fundamentos principiológicos relevantes, a sofisticação das tecnologias e a complexidade do setor exigem normas claras e direcionadas, capazes de delimitar os limites da segmentação algorítmica, estabelecer padrões de transparência e explicabilidade e assegurar mecanismos eficazes de responsabilização em caso de práticas discriminatórias.

Uma terceira recomendação consiste na adoção de instrumentos técnicos de governança algorítmica, como auditorias independentes, protocolos de *accountability* e *sandboxes* regulatórios. Essa diretriz encontra respaldo empírico nas entrevistas realizadas: Juliana Pereira salientou a importância de utilizar mecanismos de experimentação regulada, a exemplo do sandbox, como forma de incentivar práticas inovadoras sem comprometer a proteção do consumidor.

Já Maria Stella Gregori destacou que a manipulação e o compartilhamento indevido de dados pessoais, inclusive entre operadoras, tornam indispensável a existência de mecanismos eficazes de fiscalização e responsabilização. Nesse sentido, a auditoria externa pode assegurar que os modelos de decisão não reproduzam vieses discriminatórios, os protocolos de *accountability* garantem a rastreabilidade e a transparência dos processos decisórios, e o sandbox regulatório oferece espaço controlado para que novas práticas sejam testadas sob supervisão institucional. Combinados, esses instrumentos criam um ambiente regulatório que concilia inovação tecnológica com proteção de direitos fundamentais, favorecendo tanto a modernização do setor quanto a preservação da isonomia e da dignidade dos consumidores.

Por fim, as recomendações apresentadas conectam-se diretamente ao produto de pesquisa desta dissertação, que será aprofundado em anexo e busca traduzir em propostas concretas as diretrizes normativas aqui delineadas. A ideia é oferecer subsídios práticos para operadoras, órgãos reguladores, entidades de defesa do consumidor e ao consumidor, de modo a transformar a análise teórica em ferramenta aplicável na realidade brasileira. Assim, a pesquisa não apenas cumpre seu papel crítico de diagnosticar problemas e apontar insuficiências, mas também se projeta como instrumento de transformação, contribuindo para a construção de um marco regulatório mais justo e eficaz frente à discriminação algorítmica no setor da saúde suplementar.

Insta salientar também que as limitações metodológicas e a complexidade inerente ao tema também apontam para a necessidade de novas investigações. Uma primeira linha de pesquisa consiste na realização de estudos empíricos que permitam mapear concretamente como algoritmos vêm sendo utilizados pelas operadoras na precificação de contratos e na

autorização de procedimentos assistenciais.

A opacidade desses processos decisórios, reiteradamente apontada pela doutrina e confirmada pelas entrevistas realizadas, revela-se como um dos principais obstáculos para a verificação dos potenciais efeitos discriminatórios. Pesquisas empíricas, conduzidas a partir de acesso a bases de dados ou por meio de parcerias institucionais com órgãos reguladores, poderiam lançar luz sobre práticas até hoje invisíveis, contribuindo para qualificar o debate acadêmico e regulatório.

Outro caminho relevante é o aprofundamento de análises comparadas sobre a regulação da inteligência artificial aplicada à saúde suplementar em diferentes Estados. Experiências normativas e práticas da União Europeia, da China, de Israel e da Índia, como apontado pelas entrevistadas, podem fornecer parâmetros valiosos, seja pela sofisticação tecnológica desses países, seja pela diversidade de modelos regulatórios adotados. Uma abordagem comparada permitiria identificar boas práticas regulatórias, avaliar a eficácia de instrumentos de transparência e de controle adotados.

Merece atenção também o estudo sobre os impactos sociais das exclusões indiretas na saúde suplementar, decorrentes da aplicação de técnicas de segmentação algorítmica. Mais do que um problema jurídico abstrato, a discriminação algorítmica pode reproduzir desigualdades de gênero, raça, idade ou condição socioeconômica, ampliando barreiras de acesso à saúde. Pesquisas futuras que combinem abordagens jurídicas e empíricas, com base em dados de litigância, entrevistas com consumidores e análises estatísticas, podem oferecer um quadro mais abrangente sobre como essas exclusões operam na prática e quais grupos são mais afetados. Tal esforço contribuiria não apenas para a academia, mas também para orientar políticas públicas e estratégias regulatórias mais efetivas.

Em síntese, esta pesquisa demonstrou que a racionalidade algorítmica alinhada aos interesses do mercado e de grupos econômicos, quando não submetida a controles jurídicos e institucionais adequados, tende a converter-se em racionalidade discriminatória. Os mecanismos de formação de perfis comportamentais e de decisão automatizada, embora revestidos de neutralidade técnica, podem carregar vieses de quem os opera e, por consequência, reforçar exclusões históricas e estruturar novas formas de vulnerabilidade. No setor da saúde suplementar, essa realidade assume contornos ainda mais graves, pois incide diretamente sobre o acesso a um direito fundamental, expondo consumidores a riscos de exclusão invisível e a barreiras opacas de contratação e utilização de serviços essenciais.

Diante desse cenário, conclui-se que o ordenamento jurídico brasileiro precisa avançar significativamente. A combinação entre LGPD, Lei nº 9.656/1998, resoluções da ANS/ANPD

e o CDC representa um ponto de partida necessário, mas ainda insuficiente para assegurar a isonomia no acesso à saúde suplementar. A insuficiência normativa não se resume à ausência de regras explícitas, mas decorre também da fragmentação institucional, da dificuldade de diálogo entre microssistemas e da ausência de critérios claros para enfrentar práticas discriminatórias mediadas por algoritmos. Sem esse avanço, a promessa constitucional de igualdade no acesso à saúde corre o risco de se tornar letra morta diante da sofisticação das tecnologias de segmentação.

Mais do que proteger a eficiência econômica do setor, a regulação deve estar orientada pela dignidade da pessoa humana e pela autodeterminação informacional. Retomando a perspectiva de Stefano Rodotà (2008), a privacidade e a proteção de dados constituem expressão da liberdade de escolhas existenciais; e, como acentua Doneda (2006), são condição para que o indivíduo possa preservar uma esfera autônoma de desenvolvimento da personalidade. É nesse sentido que a regulação da saúde suplementar, ao lidar com a inteligência artificial e a segmentação algorítmica, deve ser compreendida não apenas como técnica de ordenação do mercado, mas como instrumento de garantia de escolhas existenciais livres e de efetividade dos direitos fundamentais. Assim, o desafio que se coloca é construir um marco regulatório que concilie inovação tecnológica e sustentabilidade econômica, sem perder de vista que a finalidade última do direito – e, em especial, do direito do consumidor – é assegurar a centralidade da pessoa humana frente às forças impessoais do mercado e da tecnologia.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003**. Dispõe sobre as variações de preços por faixa etária nos contratos de planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 2003. Disponível em: <https://www.ans.gov.br>. Acesso em: 26 jan. 2025.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Tabnet: informações de beneficiários**. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 28 dez. 2024.
- AKERLOF, George Arthur. **The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism**. *The Quarterly Journal of Economics*, v. 84, n. 3, p. 488-500, 1970. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1879431>. Acesso em: 23 mar. 2025.
- ALMEIDA, Celia. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Texto para discussão nº 599. Brasília: IPEA, 1998. ISSN 1415-4765.
- AWAD, Edmond et al. **The Moral Machine experiment**. *Nature*, [s.l.], v. 563, p. 59–64, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0637-6>.
- BAHIA, Ligia. **Mudanças e padrões das relações público-privados: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BAIRD, Marcelo Fragano. **Saúde em jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020. ISBN 978-65-5708-084-9. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080849>.
- BALBINOTTO NETO, Giacomo; GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da. **Planos de saúde e a Teoria da Informação Assimétrica**. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 28., 2004, Curitiba. Artigo. Curitiba: ANPAD, 2004.
- BOURCIER, Danièle. **De l'intelligence artificielle à la personne virtuelle: émergence d'une entité juridique? Droit et Société**, n. 49, p. 847–871, 2001.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003**. Dispõe sobre critérios de variação de preços por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 2003.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 395, de 14 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento telefônico das operadoras de planos de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 439, de 3 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre o processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da saúde suplementar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 489, de 28 de março de 2022**. Dispõe sobre a aplicação de penalidades pela ANS em infrações cometidas por operadoras de planos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 mar. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 565, de 16 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre critérios de reajuste e regras de transparência aplicáveis aos contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 239, p. 126, 19 dez. 2022.

BRASIL. Conselho de Saúde Suplementar. **Resolução CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998**. Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 211, p. 18-19, 4 nov. 1998.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n.º 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. *Diário Oficial da União*, Seção 1, 22 nov. 1966, p. 13523. *Coleção de Leis do Brasil*, 1966, v. 7, p. 160.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 set. 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm. Acesso em: 28 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019.** Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e cria a Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 jul. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113853.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Brasília: Planalto, 2022b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114454.htm. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.460, de 19 de outubro de 2022.** Dispõe sobre a transformação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) em autarquia de natureza especial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 out. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114460.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. **Medida Provisória nº 869, de 27 de dezembro de 2018.** Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e cria a Autoridade Nacional de Proteção de Dados – ANPD. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Mpv/mpv869.htm. Acesso em: 17 mai. 2025.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.317, de 13 de janeiro de 2025.** Altera a estrutura da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), conferindo-lhe natureza de agência reguladora especial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 jan. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Mpv/mpv1317.htm. Acesso em: 30 nov. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial de Comunicação Social. **População do Brasil chega a 212,6 milhões de habitantes, aponta IBGE.** 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/08/populacao-do-brasil-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes-aponta-ibge#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20at%C3%A9%201%C2%BA,Uni%C3%A3o%20por%20meio%20de%20portaria>. Acesso em: 28 dez. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgInt no Recurso Especial n. 1.880.442/SP.** Relator: Marco Buzzi. Brasília, DF, 2 maio 2022. Diário da Justiça eletrônico, Brasília, DF, 6 maio 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929/SP.** Relator: Min. Luis Felipe Salomão. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 3 ago. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EREsp 1.886.929/SP**. Relator: Ministro Luis Felipe Salomão. Brasília, DF, 23 ago. 2022. Diário da Justiça Eletrônico, 1º set. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br>. Acesso em: 4 maio 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo nº 952: Reajuste por faixa etária em planos de saúde**. Relator: Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva. 2ª Seção. Julgado em 14 set 2016. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?cod_tema_inicial=952&cod_tema_final=952. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.931**. Relator: Min. Marco Aurélio. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 7 fev. 2003.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Tema 381: **Aplicação do Estatuto do Idoso a contrato de plano de saúde firmado anteriormente a sua vigência**. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde**. Brasília: s.n., 2003.

CARVALHO, Eurípedes Balsanufó. **A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas**. 2003. 245 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARVALHO, Eurípedes Balsanufó; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167–2177, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900024>. Acesso em: 25 nov. 2024.

CASTRO, Janice Dornelles de. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais**. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CITRON, Danielle Keats; PASQUALE, Frank. **The scored society: due process for automated predictions**. *Washington Law Review*, v. 89, n. 1, p. 1–33, 2014. Disponível em: <https://digitalcommons.law.uw.edu/wlr/vol89/iss1/2>. Acesso em: 30 mar. 2025.

CONSTANTIOU, Ioanna Dimitriou; KALLINIKOS, Jannis. **New games, new rules: big data and the changing context of strategy**. *Journal of Information Technology*, v. 30, n. 1, 2015. DOI: 10.1057/jit.2014.17.

CONTADOR, Claudio Roberto. **Seguros e economia: princípios e aplicações**. 1. ed. Rio de Janeiro: Escola de Negócios e Seguros, 2023. ISBN 978-65-88030-33-2.

DONEDA, Danilo. **Da privacidade à proteção de dados pessoais: fundamentos da Lei Geral de Proteção de Dados**. 3. ed. [S.l.]: Edição do Autor, 2021.

DONEDA, Danilo. Panorama histórico da proteção de dados pessoais. In: MENDES, Laura

Schertel et al. (coord.). **Tratado de proteção de dados pessoais**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Forense; Brasília: GEN, 2022. E-book Kindle. Disponível em: [Amazon Kindle Store]. Acesso em: 17 maio 2025.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERNANDES, Rodrigo. **Os planos de saúde em juízo: questões complexas decididas pelo STJ**. Florianópolis: Editora Habitus, 2021.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de direito de saúde suplementar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

FREITAS, Rodrigo Alves de. **Impacto econômico do rol exemplificativo da ANS: análise das implicações para o mercado de saúde suplementar**. Submetido aos Anais do XXXI Congresso Nacional do CONPEDI, Brasília, 2024.

HANNÁK, Anikó; WAGNER, Claudia; GARCIA, David; MISLOVE, Alan; SCHWAB, Klaus. **A quarta revolução industrial**. São Paulo: Edipro, 2016, Tradução de Daniel Moreira Miranda.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Os Planos de Saúde e a defesa do consumidor**. São Paulo: IDEC, 1996. 10 p. Mimeografado.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente para os Municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102112.pdf>. Acesso em: 4 maio 2025.

KEARNS, Michael; ROTH, Aaron. **The ethical algorithm: the science of socially aware algorithm design**. New York: Oxford University Press, 2019.

KOSINSKI, Michal; STILLWELL, David; GRAEPEL, Thore. **Private traits and attributes are predictable from digital records of human behavior**. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Washington, v. 110, n. 15, p. 5802–5805, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1218772110>.

LEE, Tian-Shyug; CHEN, I-Fei. **A two-stage hybrid credit scoring model using artificial neural networks and multivariate adaptive regression splines**. *Expert Systems with Applications*, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 743-752, mai. 2005.

MACERA, Andréa Pereira; SAINTIVE, Marcelo Barbosa. **O mercado de saúde suplementar no Brasil**. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico, Ministério da Fazenda, 2004. (Documento de Trabalho, nº 31).

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. ISBN 978-85-7541-356-2. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

MEDEIROS, Marcio Lima. **As falhas de mercado e os mecanismos de regulação da saúde suplementar no Brasil com uma abordagem das novas responsabilidades para os agentes desse mercado**. 2010. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, Departamento de Economia, Brasília, 2010.

MENDES, Laura Schertel. **Privacidade, proteção de dados e defesa do consumidor: linhas gerais de um novo direito fundamental**. São Paulo: Saraiva, 2014.

MENDES, Laura Schertel; MATTIUZZO, Marcela. **Discriminação Algorítmica: Conceito, Fundamento Legal e Tipologia**. *RDU*, Porto Alegre, v. 16, n. 90, p. 39-64, 2019.

MENDES, Laura Schertel; MATTIUZZO, Marcela; FUJIMOTO, Fabro Steibel. Discriminação algorítmica à luz da Lei Geral de Proteção de Dados. In: MENDES, Laura Schertel et al. (coord.). **Tratado de proteção de dados pessoais**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Forense; Brasília: GEN, 2022. E-book Kindle. Disponível em: [Amazon Kindle Store]. Acesso em: 17 maio 2025.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OECD. **Personalised pricing in the digital era: background note by the Secretariat**. Paris: OECD, 2018.

OKANO, Marcelo Tsugio; GOMES, Jaqueline Geisa Cunha. Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, e147922151, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2151>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2151>. Acesso em: 25 maio 2025.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SECCIONAL SÃO PAULO. *OAB SP* aponta descumprimento de decisões judiciais por operadoras de planos de saúde. São Paulo: OAB SP, 26 jun. 2025. Disponível em: <https://www.oabsp.org.br/jornaldaadvocacia/25-06-04-1428-oab-sp-aponta-descumprimento-de-decisoes-judiciais-por-operadoras-de-planos-de-saude>. Acesso em: 26 jul. 2025.

PAULLY, Mark Verheiden. **The economics of moral hazard: comment**. *The American Economic Review*, v. 58, n. 3, p. 531-537, 1968.

PORTAL MÉDICO. **CPI contra os abusos dos planos de saúde**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cpi-contra-os-abusos-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 30 dez. 2024.

REIS, Nazareno César Moreira. **Decisões automatizadas, revisão humana e direito à proteção de dados: uma análise à luz da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais**. 2021. 157 f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, 2021. Disponível em: <https://repositorio.idp.edu.br/handle/123456789/3357>. Acesso em: 06 abr. 2025.

RODOTÀ, Stefano. **La costruzione della sfera privata**. In: RODOTÀ, Stefano. *Tecnologie e diritti*. Bologna: Il Mulino, 1995. p. 187–212.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lúcia **Planos e Seguros de Saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp, 2010.
SILVA, Leandro Fonseca da. **Uma análise sobre a regulação do mercado de produtos correlatos para a saúde**. Brasília: SEAE/MF, 2006. (Documento de Trabalho, nº 39).

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes Da; ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: XI CNS – Conferência Nacional de Saúde, 2007, Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/8459/modelosassistenciaisemsaude.pdf?sequence=1>

STROHMAIER, Markus; WILSON, Christo. **Bias in Online Freelance Marketplaces: Evidence from TaskRabbit and Fiverr**. In: *Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing*, New York, p. 1914–1933, Fev. 2017.

TOROSLU, Ismail Hakki; YETISGEN-YILDIZ, Meliha. **Data mining in deductive databases using query flocks**. *Expert Systems with Applications*, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 395–407, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2004.12.001>. Acesso em: 13 abr. 2025.

ZUBOFF, Shoshana. **Big other: surveillance capitalism and the prospects of an information civilization**. *Journal of Information Technology*, v. 30, p. 75-89, 2015. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2594754. Acesso em: 22 fev. 2025.

VARIAN, Hal Ronald. **Beyond big data**. *Business Economics*, v. 49, n. 1, p. 27–31, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1057/be.2014.4>. Acesso em: 30 mar. 2025.

VARIAN, Hal Ronald. **Computer mediated transactions**. *American Economic Review: Papers & Proceedings*, v. 100, n. 2, p. 1-10, maio 2010. Disponível em:
<http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/aer.100.2.1>. Acesso em: 22 fev. 2025.

VIOLA, Mario; TEFFÉ, Chiara Spadaccini. Tratamento de dados pessoais na LGPD: Estudo sobre as bases legais dos artigos 7º e 11. In: MENDES, Laura Schertel et al. (coord.). **Tratado de proteção de dados pessoais**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Forense; Brasília: GEN, 2022. E-book Kindle. Disponível em: [Amazon Kindle Store]. Acesso em: 17 maio 2025.

WARREN, Samuel; BRANDEIS, Louis. **The right to privacy**. *Harvard Law Review*, Cambridge, v. 4, p. 193-220, 1890.

WENECK, Heitor Franco. **Os seguros privados de saúde no Brasil: uma análise taxonômica a partir da OCDE**. Rio Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010.

WIMMER, Miriam; DONEDA, Danilo. “Falhas de IA” e a intervenção humana em decisões automatizadas: parâmetros para a legitimação pela humanização. **Revista de Direito Público**, Brasília, v. 18, n. 100, p. 374–406, out./dez. 2021. Disponível em:
<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/6119>. Acesso em: 18 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethics & Governance of Artificial Intelligence for Health: WHO Guidance**. Geneva: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-002920-0. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>. Acesso em: 14 set. 2025.

YOUYOU, Wu; KOSINSKI, Michal; STILLWELL, David. **Computer-based personality judgments are more accurate than those made by humans**. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Washington, v. 112, n. 4, p. 1036–1040, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.1418680112>. Acesso em: 6 abr. 2025.

Apêndice A – Entrevista com Maria Stella Gregori

Entrevistada: Maria Stella Gregori

Entrevistador: Rodrigo Alves de Freitas

Data da entrevista: 03 de junho de 2025

Local: Entrevista remota – entrevistador em Brasília/DF e entrevistada em São Paulo/SP

Duração: 46 minutos e 17 segundos

Tipo de entrevista: Semiestruturada

Currículo da entrevistada:

Maria Stella Gregori é advogada, graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, onde também obteve o título de mestre em Direito das Relações Sociais. É professora na Faculdade de Direito da PUC-SP, onde leciona a disciplina de Direito das Relações de Consumo, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Lecionou, anteriormente, as disciplinas de Direito Comercial e Direitos Humanos.

Atuou na área de direitos humanos, integrando o Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo – USP e exercendo a função de diretora executiva da Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos. Posteriormente, ingressou no PROCON de São Paulo, onde acompanhou o processo de tramitação da Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde. Foi também nesse período que iniciou sua carreira acadêmica na PUC-SP, inicialmente lecionando Direito Comercial e, posteriormente, assumindo disciplinas ligadas aos direitos difusos.

Em razão de sua atuação no PROCON e de sua participação ativa nos debates legislativos sobre a saúde suplementar, foi convidada a integrar a diretoria da recém-criada ANS. Atuou como diretora da agência durante dois mandatos consecutivos: o primeiro, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso; o segundo, no início do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Ao todo, permaneceu por seis anos na ANS, sendo a única diretora reconduzida no período, com atuação destacada na estruturação da regulação do setor.

Atualmente, é diretora do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor – Brasilcon, representando essa entidade com assento na Câmara de Saúde Suplementar da ANS.

É autora da obra Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor, entre outras

publicações sobre Direito do Consumidor e saúde suplementar¹³.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA:

Entrevistador: Agradeço a participação, que certamente será de grande valia para a pesquisa sobre saúde suplementar, com foco na segmentação dos usuários no setor.

Entrevistada: Consumidores. Não se utiliza essa terminologia de “usuários” – ela é própria dos serviços públicos e da Previdência Social. Ainda que a legislação e a ANS empreguem o termo “beneficiário”, eu adoto sempre a terminologia “consumidor”.

Entrevistador: Para começar, poderia compartilhar sua trajetória profissional e atuação atual em temas relacionados à saúde suplementar, especialmente no que se refere à segmentação de consumidores?

Entrevistada: Eu comecei minha carreira tardiamente. Fui mãe e, por escolha, quis priorizar essa experiência antes de iniciar a vida profissional. Já havia concluído a faculdade de Direito e feito o exame da OAB, mas só fui começar a trabalhar cerca de dez anos depois de formada, no PROCON de São Paulo – onde reencontrei o professor Ricardo Morishita, com quem já havia tido contato na PUC-SP, quando foi meu aluno na disciplina de Direito Comercial.

Antes do PROCON, atuei com direitos humanos no Núcleo de Estudos da Violência da USP e fui diretora executiva da Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos, tendo participação ativa nessa área. No PROCON, acompanhei de perto todo o processo de regulamentação dos planos de saúde no Congresso Nacional, participando das audiências e consultas públicas. Como eu já iniciava minha trajetória acadêmica em São Paulo, lecionando Direito Comercial, a criação do Departamento de Direitos Difusos na PUC me levou ao convite para integrar formalmente o corpo docente, iniciando assim minha carreira acadêmica de forma mais sistemática. Lecionei também Direito Humanos por oito anos e, atualmente, sou professora de Direito das Relações de Consumo na graduação e na pós-graduação.

Durante a atuação no PROCON e no processo de regulamentação dos planos de saúde, o então ministro da Saúde José Serra, com quem eu já tinha contato, passou a considerar a criação de uma agência reguladora para o setor, inspirado na estrutura das agências reguladoras recém-criadas para os setores de infraestrutura (Anatel, Aneel e ANP). A ideia era estabelecer

¹³ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. Coordenação: Antonio Herman V. Benjamin; Cláudia Lima Marques. Nova ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019. 224 p. ISBN 978-85-5321-735-7.

também agências com foco social, como a Anvisa e, posteriormente, a ANS. Como o ministro havia acompanhado a tramitação da regulamentação dos planos de saúde no Senado, entendeu que esse setor era relevante economicamente, mas carente de informações e proteção adequada ao consumidor, o que justificava a criação de uma agência própria.

Fui convidada para ser diretora da recém-criada ANS – convite que, curiosamente, ocorreu na mesma semana em que também fui convidada para dirigir o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) do Ministério da Justiça. Tirei dez dias de férias para refletir sobre as propostas e, por fim, optei pela ANS, o que considero uma decisão muito acertada. Inclusive, pouco tempo depois meu pai se tornou ministro da Justiça, o que teria exigido meu desligamento do ministério, caso eu tivesse escolhido o DPDC, por questões de nepotismo.

Na ANS, atuei em dois mandatos: o primeiro durante o governo Fernando Henrique Cardoso e o segundo no início do governo Lula. Fui a única diretora reconduzida à função – um mandato de três anos que se estendeu por mais três, totalizando seis anos de atuação na agência. Após esse período, migrei para a iniciativa privada, mantendo minha atuação acadêmica como professora na PUC-SP e em outras instituições pelo país, ministrando palestras e cursos.

Atualmente, presto consultoria jurídica para empresas para que elas entendam a importância que é prestar o serviço de qualidade aos consumidores. Não atuo no contencioso nem no atendimento direto ao consumidor final, pois entendo que outros colegas fazem esse trabalho. Também sou diretora do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor – Brasilcon.

Entrevistador: Na sequência, gostaria de ouvir a percepção – tanto histórica quanto atual – sobre a segmentação dos consumidores no mercado de planos de saúde.

Entrevistada: Hoje nós temos um mercado de saúde suplementar, mas que, inicialmente, não era conhecido. Ele foi crescendo de maneira desordenada, e foi apenas com a criação da ANS que passamos a conhecê-lo efetivamente.

Atualmente, mais de 82,5 milhões de consumidores estão vinculados à saúde suplementar – sendo cerca de 52 milhões com cobertura de assistência médica, e o restante em planos exclusivamente odontológicos. Eu não tenho de memória o número exato, mas esses dados são atualizados continuamente no site da ANS.

No campo da assistência médica-hospitalar, ainda há uma pequena quantidade de contratos antigos – aqueles firmados antes da entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998). Aliás, curiosamente, hoje é o aniversário dessa lei – eu havia

me esquecido da data, mas agora me recordei.

A partir de 1º de janeiro de 1999, os contratos passaram a ser considerados planos “novos” ou “adaptados” à nova legislação. E dentro desse universo, nós temos dois tipos principais de planos de saúde: os coletivos e os individuais.

Aproximadamente 18% dos planos hoje em vigor são individuais; o restante são coletivos, subdivididos entre planos por adesão e planos empresariais. Estes últimos são os mais numerosos, oferecidos pelas empresas aos seus funcionários no momento da admissão.

A regulamentação tratou essas modalidades de forma distinta – o que, a meu ver, viola o Código de Defesa do Consumidor, que é claro ao estabelecer que consumidor pode ser tanto pessoa física quanto pessoa jurídica. Toda a regulamentação dos planos de saúde acabou sendo mais branda para os planos coletivos.

Por isso, atualmente, poucas operadoras ainda oferecem planos individuais no mercado.

Entrevistador: Em 2021, a Organização Mundial da Saúde publicou o relatório *Ética e Governança da Inteligência Artificial para a Saúde*, no qual alertou para os riscos do uso de sistemas preditivos baseados em inteligência artificial no setor, especialmente em relação à contratação de seguros de saúde. O documento destaca o potencial dessas tecnologias para gerar viés e discriminação, afetando diretamente os consumidores. Diante disso, como avaliar o impacto das novas tecnologias digitais – sobretudo no uso e no processamento de dados dos consumidores – na estruturação das relações contratuais no setor de saúde suplementar?

Entrevistada: Em um aspecto, vejo como muito positivo o desenvolvimento da inteligência artificial. Acho que é uma nova ferramenta e tem inúmeros prós, mas, logicamente, também há inúmeros contras. A preocupação é grande, não apenas na área da saúde, mas em relação à sociedade como um todo. Especialmente com as novas gerações, porque percebemos que está muito fácil apertar um botão e obter todas as respostas – e essas respostas, muitas vezes, não são fidedignas.

Por exemplo, quando fazemos uma pesquisa no Google, temos acesso a diversos sites e conseguimos avaliar se aquela fonte é ou não adequada, correta, eficiente etc. No caso da inteligência artificial, como no ChatGPT, a resposta já vem pronta e não há, de imediato, um parâmetro claro de validação. Por isso, é fundamental o conhecimento técnico.

Inclusive, recentemente, o Ministério da Educação editou uma norma proibindo a abertura de novos cursos de Medicina, Direito e outras áreas na modalidade a distância. A preocupação é justamente essa: a necessidade da formação sólida e do domínio técnico.

Com relação aos dados, acredito que há um grande avanço. O uso da inteligência artificial para interpretação de exames laboratoriais e de imagens, por exemplo, tende a

melhorar bastante a qualidade da assistência. E, como contrapartida, hoje o Brasil já conta com uma Lei Geral de Proteção de Dados bastante importante, que precisa ser respeitada.

Mesmo que a inteligência artificial possa, eventualmente, causar danos relevantes aos consumidores, já temos ferramentas jurídicas de proteção aos dados pessoais. A própria lei reconhece que, no caso da saúde, esses são dados sensíveis, que dependem do consentimento do titular para serem disponibilizados ou tratados.

Então, considero bastante positivos os avanços trazidos pela inteligência artificial. No entanto, é necessário cuidado na interpretação dessas respostas, e atenção à qualificação técnica. Mesmo nós, professores, precisamos ter o conhecimento técnico para saber se a resposta gerada por essas ferramentas está ou não adequada.

Já presenciei situações em sala de aula em que uma pergunta de Direito do Consumidor foi respondida com base em fundamentos ultrapassados do direito privado tradicional. Quem não era da área achava a resposta correta, mas os professores da área logo perceberam que estava incorreta. Isso mostra a importância de termos critérios claros de avaliação da qualidade das informações, de forma que possamos formar bons alunos e bons técnicos, combinando a formação tradicional com o uso responsável dessas novas ferramentas.

Entrevistador: As normas atualmente em vigor – como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e as resoluções da ANS e da ANPD – são suficientes para evitar ou mitigar os riscos discriminatórios associados ao uso de inteligência artificial na segmentação de consumidores no setor de saúde suplementar?

Entrevistada: Essa é realmente uma questão preocupante. Neste semestre, estou ministrando um curso na PUC justamente sobre racismo nos contratos – especificamente nos contratos, e não na prestação dos serviços de saúde. Os alunos estão realizando uma pesquisa empírica e jurisprudencial para verificar a ocorrência de discriminação racial nesses contratos. Ainda não chegaram a uma conclusão definitiva, mas o foco da pesquisa é exatamente esse.

A preocupação é grande, porque sabemos que os dados podem ser manipulados por meio de algoritmos. Se as operadoras tiverem acesso a esses dados, existe sim a possibilidade de discriminação. Isso já ocorre, inclusive, por meio da chamada seleção de risco ou seleção adversa. Tanto é que a Lei nº 9.656/98 proíbe expressamente a discriminação por idade ou por doença na oferta e contratação dos planos de saúde. Mas, na prática, sabemos que há manipulação – e os consumidores enfrentam problemas que acabam sendo judicializados.

Vejo, portanto, com bastante preocupação essa realidade. Atualmente, não há regulamentação específica sobre esse tema, nem por parte da ANS, nem da ANPD. A Lei Geral de Proteção de Dados trata da proteção dos dados sensíveis e na exigência o consentimento do

consumidor para tratamento e guarda desses dados, como a obrigação de haver um controlador ou operador responsável, que deve zelar pela segurança dessas informações.

Por exemplo, quando entro em um hospital, normalmente me perguntam se autorizo o compartilhamento dos meus dados com o corpo clínico. Eu autorizo, não vejo problema. Mas há pessoas que não querem compartilhar nem com seus próprios médicos. Ainda assim, é essencial que o consumidor seja informado sobre o tratamento desses dados e, principalmente, que não haja qualquer tipo de discriminação em razão de uma doença existente ou de uma condição futura identificada por exames laboratoriais ou genéticos.

Hoje, com testes de DNA, fios de cabelo ou exames de sangue, já é possível prever, por meio de cálculos atuariais, possíveis doenças que o consumidor venha a desenvolver. E isso pode ser usado de forma discriminatória, se não houver uma regulação adequada.

Entrevistador: A preocupação central é que as operadoras de saúde tenham acesso a essas informações e as utilizem para segmentar os consumidores, distinguindo entre aqueles considerados de maior ou menor risco.

Entrevistada: Sim, e acredito que essas operadoras já possuíam muitos desses dados mesmo antes da chegada da inteligência artificial. A manipulação dessas informações já ocorria anteriormente, e agora apenas se sofisticou. Afirmo que essas informações são, inclusive, comercializadas. Há um compartilhamento entre as próprias operadoras, uma espécie de “irmandade” entre elas, que favorece a troca de dados – mesmo que isso seja proibido por lei.

Assim como ocorre com e-mails, cujo comércio paralelo é amplamente conhecido, também há indícios claros de vazamentos de dados. Basta observar a quantidade de ligações de telemarketing que continuamos recebendo, apesar da existência de mecanismos legais de bloqueio. As ligações passaram a ser feitas por outros meios, inclusive utilizando números similares ao nosso ou ao de instituições com as quais temos vínculo, como bancos. Os hackers estão cada vez mais sofisticados e vêm promovendo práticas extremamente lesivas.

Esses dados, portanto, estão acessíveis – e isso é altamente preocupante. No entanto, entendo que já dispomos de algumas ferramentas legais e institucionais que precisam ser efetivamente utilizadas. É fundamental que os órgãos reguladores se debrucem com mais profundidade sobre essa questão, especialmente no que se refere à proteção de dados.

Não precisamos ir muito longe: a própria ANS, tanto por meio da Lei dos Planos de Saúde quanto por suas resoluções, impõe obstáculos ao Código de Defesa do Consumidor, que é a norma geral aplicável às relações jurídicas de consumo. Muitas vezes, as agências reguladoras, como a ANS, a ANPD ou outras, apesar de serem adstritas à regulamentação da lei originária, que competem a elas, acabam restringindo direitos sob o argumento regulamentar

– quando, na verdade, não poderiam inovar na ordem jurídica. A função dessas agências é apenas regulamentar, e não restringir direitos já garantidos.

O que se observa, contudo, é que em diversos setores essas agências acabam extrapolando suas competências. No que diz respeito à proteção de dados, em especial, ainda há omissão. Não conheço, até o momento, uma regulamentação específica das agências sobre esses pontos. Sei que estudos estão em curso, mas o cenário ainda é incipiente.

Entrevistador: Com base na experiência prática ou teórica, há conhecimento de algum caso em que tenha ocorrido o compartilhamento de dados entre operadoras de planos de saúde envolvendo consumidores?

Entrevistada: Não, não tenho conhecimento de nenhum caso específico. Sabemos de episódios envolvendo plataformas como o Facebook, que extrapolaram no uso de dados, mas, no que se refere às operadoras de planos de saúde, não tenho informação de situações semelhantes. Sei que as operadoras investem fortemente nessa área e, até onde tenho conhecimento, demonstram preocupação com a idoneidade no uso das informações.

Entrevistador: Outro ponto que chama atenção é o processo de verticalização no setor de saúde suplementar. Atualmente, observam-se grupos econômicos que concentram, sob a mesma estrutura, hospitais, clínicas e operadoras de planos de saúde. Esse modelo representa um risco de compartilhamento de dados entre as unidades assistenciais e a operadora?

Entrevistada: Isso sem sombra de dúvidas, dentro do próprio grupo é óbvio. Isso me parece até esperado, considerando que se trata da mesma estrutura empresarial. Desde que respeitadas as regras vigentes, pode haver algum nível de compartilhamento interno. Inclusive, observa-se que essas operadoras costumam direcionar os consumidores para a sua própria rede assistencial, quando possuem hospitais, clínicas e laboratórios próprios.

Tomemos como exemplo a Amil: suponha que o consumidor possua um plano de livre escolha, podendo utilizar estabelecimentos fora da rede própria. Ainda assim, haverá uma tendência de direcionamento para os serviços da própria operadora, pois ela consegue gerir melhor os custos e os resultados são mais vantajosos economicamente quando a assistência é prestada dentro da sua estrutura.

O que percebo, ao longo desses anos, é que os grandes problemas enfrentados pelas operadoras, em termos de saúde financeira, decorrem sobretudo de má gestão. Embora aleguem insustentabilidade econômica por conta do aumento da judicialização, os dados disponíveis mostram que houve um crescimento significativo da receita dessas empresas. Basta consultar o site da ANS – os dados indicam uma duplicação da receita em certos períodos. A pergunta que fica é: esses números são realmente fidedignos? Talvez também haja certo grau de maquiagem

contábil.

De todo modo, se os dados forem verdadeiros, a situação financeira dessas operadoras e de seus controladores parece ainda mais confortável. E, infelizmente, o consumidor segue sendo prejudicado, seja por meio da limitação de cobertura, seja por negativas de atendimento, o que frequentemente leva à judicialização.

Outro ponto gravíssimo é o descumprimento de decisões judiciais. A OAB de São Paulo inclusive tem se posicionado recentemente sobre isso e anunciou que passará a fiscalizar mais de perto esses casos. Isso é extremamente preocupante: por mais que não se concorde com uma decisão judicial, ela deve ser cumprida.

Entrevistador: Essa observação relaciona-se a análises anteriores sobre o argumento econômico frequentemente apresentado pelos planos de saúde. Segundo esse argumento, a adoção de um rol exemplificativo – como defendido pelo Superior Tribunal de Justiça – implicaria aumento de custos e inviabilidade econômica. Contudo, a comparação com os lucros obtidos pelas operadoras indica a existência de margem de lucro e levanta questionamentos sobre a transparência dos números divulgados pelo setor.

Entrevistada: Então, a gente percebe, de fato, a confirmação de que não é verdade esse discurso da inviabilidade econômica. Há lucro, sim, e, em muitos casos, o que existe é má gestão – ou até mesmo opacidade nos números. Veja, por exemplo, a Golden Cross, que recentemente encerrou suas atividades. Isso ilustra como, em grande parte dos casos, o problema não é a ausência de recursos, mas a má gestão. Má gestão, má gestão... É isso.

E é preciso que o setor compreenda que o que ele escolheu oferecer no mercado de consumo é assistência à saúde. O que as operadoras querem, na prática, são consumidores saudáveis, que não utilizem os serviços. Mas elas assumiram essa atividade, e o Código de Defesa do Consumidor traz uma mudança de paradigma muito clara quanto à responsabilidade dos fornecedores.

Essa responsabilidade é objetiva, ou seja, independe de culpa – esse é o primeiro ponto. E o segundo é que ela se baseia na teoria do risco do negócio, no risco da atividade. Por que, quando enfrentam prejuízos, as operadoras buscam transferir esse ônus ao consumidor? Que eu saiba, dentro de um regime capitalista, o lucro obtido pelas empresas não é repassado aos consumidores – e nem tem que repassar. Sendo assim, não parece coerente que, diante de dificuldades financeiras, se pretenda socializar as perdas, especialmente em um setor que assumiu, voluntariamente, a atividade de ofertar assistência à saúde.

Entrevistador: Os consumidores de planos de saúde dispõem atualmente de mecanismos efetivos para contestar decisões automatizadas, como aquelas relacionadas à

segmentação? Ou ainda não há instrumentos acessíveis e eficazes nesse sentido?

Entrevistada: Sim, os consumidores têm, sim, mecanismos para contestar. E, além disso, hoje, de acordo com a regulação da ANS, toda negativa por parte da operadora deve ser formalizada por escrito, caso o consumidor assim solicite. A partir de tal documento, o consumidor consegue buscar seus direitos, inclusive judicialmente, diante de qualquer recusa de cobertura ou restrição imposta pelo plano.

Então, se houver alguma forma de discriminação, o consumidor pode recorrer tanto aos órgãos de defesa do consumidor quanto à própria ANS ou ao Poder Judiciário. No entanto, enfrentamos um problema em relação ao Código de Defesa do Consumidor. A ANS baseia sua atuação exclusivamente na Lei nº 9.656/1998 e nas suas próprias resoluções.

As operadoras, por sua vez, também entendem que estão obrigadas apenas a seguir essa lei e as normas da agência. Já os órgãos de defesa do consumidor partem da premissa de que o Código de Defesa do Consumidor tem prevalência hierárquica sobre a Lei dos Planos de Saúde e sobre as resoluções da ANS.

Quando há esse conflito, quem irá dimirir? O Poder Judiciário. Por isso, muitos dos litígios que chegam à Justiça decorrem justamente dessas incompatibilidades entre o Código de Defesa do Consumidor e o marco regulatório da saúde suplementar.

Entrevistador: Diante dessa diferença de regulamentação, percebe-se que os planos individuais contam com certa proteção normativa. Já os consumidores que contratam planos coletivos também estão amparados por essa proteção ou, nessa modalidade, encontram-se em uma posição mais fragilizada?

Entrevistada: Sim, os consumidores estão mais fragilizados na contratação dos planos coletivos. Eu vejo isso sistematicamente. No passado, era muito comum que as pessoas tivessem planos individuais ou familiares. Com o tempo, por questões econômico-financeiras, os próprios corretores – pressionados pelas operadoras – passaram a incentivar os consumidores a migrarem para os planos coletivos.

E por que isso? Porque, nos planos coletivos, as regras são mais brandas para as operadoras. Por exemplo, elas podem rescindir o contrato unilateralmente, o que fere frontalmente o Código de Defesa do Consumidor. Além disso, o reajuste financeiro nos coletivos é feito por “negociação entre as partes” – entre aspas, porque, na prática, é a operadora quem impõe o índice, quase sempre superior ao índice definido pela ANS para os planos individuais.

Há outras peculiaridades problemáticas. Muitas vezes, o contrato nem sequer é entregue ao consumidor. É possível rescindir o contrato mesmo com um dependente internado – e não

apenas o titular. Isso também fere as regras. E a ausência de regulamentação dos planos coletivos tem sido utilizado como verdadeiro alibi pelas operadoras. Não sei se você acompanhou, mas no ano passado a Amil rescindiu unilateralmente cerca de 32 mil contratos. E neste ano, curiosamente, apresentou lucro expressivo. E por que esses contratos foram rescindidos? Porque não estavam dando lucro.

A ANS não se manifestou. Por quê? Porque essas práticas estão, infelizmente, de acordo com a regulação atual. No entanto, o Ministério da Justiça, por meio do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), instaurou um processo administrativo, que acabou sendo suspenso com a criação de um grupo de trabalho. Inclusive, eu faço parte desse grupo, representando o Brasilcon, além de representá-lo também com assento na Câmara de Saúde Suplementar da ANS.

Então, esse grupo foi instituído para analisar todas essas peculiaridades. Apresentamos contribuições à luz do Código de Defesa do Consumidor, e agora, nesta semana ou na próxima, será divulgado o relatório final. A expectativa é que ele recomende a retomada do processo sancionador contra as operadoras, além de pressionar a ANS para que observe essas questões conforme os princípios do CDC.

Na última reunião, inclusive, sugeri que o próprio DPDC provocasse o Ministério da Justiça a apresentar um projeto de lei para corrigir esse grave erro regulatório, que já perdura há quase trinta anos.

Entrevistador: Esses mecanismos de contestação e defesa por parte do consumidor, já mencionados anteriormente, são aplicáveis apenas aos planos individuais? Ou os consumidores de planos coletivos também podem acessá-los?

Entrevistada: Não, os consumidores de planos coletivos também têm acesso aos mesmos caminhos. No entanto, há algumas limitações práticas. Por exemplo, muitos Procons só atendem pessoas físicas, e não jurídicas – o que pode restringir o acesso daqueles consumidores que aderem ao plano por meio de pessoa jurídica, como acontece nos coletivos por adesão.

Nesses casos, o caminho acaba sendo o Poder Judiciário ou, eventualmente, a própria ANS. Mas, como mencionei anteriormente, a atuação da ANS está restrita ao que determina a sua legislação específica. Se a rescisão do contrato, por exemplo, for considerada formalmente regular – ou seja, bilateral e prevista nas normas da agência –, a ANS tende a entender que a operadora está agindo conforme a regra vigente. Nessas situações, o consumidor precisa buscar o Judiciário.

O problema é que também não há unanimidade no Poder Judiciário quanto à

interpretação dessas questões.

Entrevistador: É possível identificar alguma diretriz, salvaguarda ou medida regulatória que deva ser adotada para ampliar a proteção dos consumidores frente à discriminação algorítmica e à segmentação de usuários no setor de saúde suplementar?

Entrevistada: Eu entendo que essa questão precisa ser enfrentada pela via legislativa. Na minha avaliação, nem a ANS nem a ANPD, com as regras atuais, têm poder suficiente para regulamentar essas novas situações que estão surgindo, especialmente em relação às tecnologias de segmentação e decisões automatizadas.

Acredito que será necessário um instrumento legislativo específico para tratar dessas questões. Já temos o Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados, a Lei de Acesso à Informação... Mas, é necessário uma lei específica para cuidar dessas questões justamente para que o cidadão e o consumidor não fiquem desamparados.

Por isso, eu costumo dizer: os jovens precisam escolher com muito cuidado os seus representantes. O que temos visto, infelizmente, é uma crise de representatividade – tanto no Congresso Nacional quanto nas Assembleias Legislativas e Câmaras Municipais.

Entrevistador: Com a menção do papel do Poder Legislativo na regulamentação e na busca por soluções para esses problemas, como enxerga a atuação dos grandes grupos econômicos da saúde suplementar – especialmente as operadoras – na pressão exercida sobre o Legislativo para aprovação de normas que favoreçam seus interesses?

Entrevistada: É, essa é uma questão bastante complicada. As operadoras de planos de saúde têm um poder econômico muito grande, e sabemos que esse poder, infelizmente, nem sempre é exercido de forma republicana. Com isso, muitas vezes, os interesses dessas empresas acabam sendo privilegiados no processo legislativo.

Por outro lado, vejo que as entidades de defesa do consumidor têm uma força significativa, e a imprensa também tem desempenhado um papel fundamental. Enquanto a imprensa se mobiliza dando visibilidade às pautas, as entidades tentam denunciar tais práticas não republicanas.

Um bom exemplo disso é a discussão sobre o rol de procedimentos da ANS. Houve uma tentativa clara das operadoras de impedir a mudança legislativa, mas a pressão da sociedade civil foi determinante para que o projeto fosse aprovado. Foi um movimento forte da população, das entidades e da mídia, que acabou prevalecendo.

E sobre o rol, eu entendo que houve uma evolução importante. Antes, com base na lei vigente, o entendimento era de que o rol era taxativo. Com a alteração legislativa, ele passou a ser exemplificativo. Mas, pessoalmente, eu prefiro adotar outra terminologia. Para mim, o rol

hoje é dinâmico, porque deve ser analisado à luz do caso concreto, conforme a recomendação do médico assistente.

O médico precisa demonstrar a necessidade, a eficácia e a eficiência do procedimento para aquele paciente específico. É esse exame individualizado que justifica a cobertura. Por isso, entendo que o rol não deve ser visto nem como taxativo, nem como meramente exemplificativo, mas como um instrumento dinâmico de avaliação das necessidades em saúde.

Em relação a essa atuação não republicana, uma das situações que mais me preocupam é a proposta recente da ANS de criação de planos de saúde meramente eletivos, restritos a consultas e exames. Diversas entidades se manifestaram contra essa proposta: entidades de defesa do consumidor, entidades médicas, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), o Ministério Público Federal, a Defensoria Pública da União... e até mesmo os próprios servidores da ANS se posicionaram contrariamente, porque isso fere a legislação vigente e, claramente, não beneficia o consumidor. Tanto que a ANS decidiu suspender temporariamente a iniciativa, para realizar um debate interno mais aprofundado. Mas essa suspensão só ocorreu graças à mobilização social – à nossa "boca no trombone".

Esse tipo de plano subsegmentado é um desejo antigo das operadoras. Desde o início da regulação da saúde suplementar, há cerca de 30 anos, elas pressionam por esse modelo mais restritivo, que reduz direitos dos consumidores.

É como matricular-se em uma faculdade e ter acesso apenas às aulas de matemática e português – e não a todas as disciplinas necessárias à formação completa. Na saúde, não pode ser diferente: o consumidor precisa ter acesso integral à assistência, e não apenas a exames e consultas.

Se ele recebe um diagnóstico, mas não tem cobertura para o tratamento, como proceder? Hoje, os planos precisam garantir, por exemplo, o atendimento quimioterápico, o pronto-socorro, a cobertura em casos de urgência e emergência.

Em uma ocasião, ouvi de uma grande operadora que, nesses casos, o paciente poderia buscar o SUS por meio de uma "fila preferencial". Mas como assim? Isso fere claramente o princípio da isonomia constitucional.

Entrevistador: Para finalizarmos, gostaria de saber se há algum ponto adicional que a senhora considera relevante para a pesquisa e que, eventualmente, não tenha sido abordado ao longo da entrevista?

Entrevistada: Considerando que a sua pesquisa está voltada à questão do uso de dados e da segmentação, acredito que valha a pena buscar uma base bibliográfica que permita uma análise comparada. Talvez seja interessante realizar um benchmark internacional, investigando

como países com tecnologias mais avançadas – como Israel, Índia ou China – estão tratando essas questões do ponto de vista regulatório.

Confesso que não tenho um conhecimento aprofundado sobre como esses países vêm lidando com isso, mas imagino que estejam alguns passos à frente do Brasil. A Comunidade Europeia, por exemplo, talvez esteja mais atrasada especificamente no setor da saúde, mas vale verificar. Pesquisar como essas nações vêm regulamentando o uso de dados e protegendo os consumidores pode trazer insights importantes.

Além disso, seria interessante acompanhar o que está tramitando atualmente no Congresso Nacional sobre esse tema. Verificar os projetos de lei, conversar com parlamentares ou assessores legislativos pode ajudar a compreender o horizonte normativo e até sugerir caminhos para a construção de um marco mais protetivo.

Apêndice B – Entrevista com Juliana Pereira

Entrevistada: Juliana Pereira

Entrevistador: Rodrigo Alves de Freitas

Data da entrevista: 29 de julho de 2025

Local: Entrevista remota – entrevistador em Brasília/DF e entrevistada em São Paulo/SP

Duração: 50 minutos e 48 segundos

Tipo de entrevista: Semiestruturada

Currículo da entrevistada:

Juliana Pereira, é advogada, com especialização em Direito do Consumidor, Políticas Públicas, Regulação e Relações entre Empresas e Clientes. Possui ampla trajetória nos setores público e privado, com destaque para sua atuação em órgãos de defesa do consumidor, regulação e compliance empresarial.

No setor público, ocupou posições estratégicas como diretora do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor e secretária nacional do Consumidor no âmbito do Ministério da Justiça. Foi conselheira do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, do Ministério da Fazenda, e membro do Conselho Nacional de Educação Financeira – Conef. Atuou, ainda, como presidente da Rede Consumo Seguro das Américas, da Organização dos Estados Americanos – OEA, e como assessora em proteção do consumidor no Programa COMPAL da UNCTAD/Organização das Nações Unidas.

No setor privado, exerceu funções executivas nas áreas de relacionamento com clientes, ouvidoria, atendimento a órgãos reguladores e entidades de defesa do consumidor, inteligência de mercado, *churn rate* e indicadores de experiência do consumidor, como o *Net Promoter Score* (NPS). Como consultora, liderou projetos em empresas dos setores de tecnologia, varejo, saúde, financeiro e imobiliário.

Atualmente, ocupa o cargo de superintendente de Compliance Regulatório de Varejo do Itaú Unibanco. É também presidente do Instituto de Pesquisas e Estudos Sociedade e Consumo – IPSConsumo, professora no Instituto de Educação da FEBRABAN – Infi, e membro do conselho da Ublink Technologies. Atuou ainda como conselheira de autorregulação na FEBRABAN.

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA:

Entrevistador: Para começarmos, poderia compartilhar brevemente sua trajetória profissional e atuação em relação aos temas de saúde suplementar?

Entrevistada: Minha trajetória é extensa, pois tenho 51 anos de idade e 35 anos de atuação profissional. Sou advogada de formação, tendo cursado três semestres de Filosofia antes de ingressar no curso de Direito, motivada inicialmente pelo desejo de atuar na área da educação. Por circunstâncias pessoais, acabei optando pela carreira jurídica.

Iniciei minha atuação profissional ainda durante a faculdade, em uma empresa de varejo. Posteriormente, ingressei no setor público, onde ocupei o cargo de diretora do PROCON de Franca/SP. Em seguida, permaneci por 14 anos em Brasília, exercendo funções como assessora especial da Secretaria de Direito Econômico, coordenadora-geral do Sistema de Informações de Defesa do Consumidor, diretora do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor e, por quatro anos, secretária nacional do Consumidor. Nesse período, atuei de forma intensa na criação da Secretaria Nacional do Consumidor. Após deixar o serviço público, retornei à iniciativa privada.

Há nove anos atuo novamente no setor privado, com passagens como consultora de empresas, diretora executiva de uma administradora de benefícios de seguros e planos de saúde, atuação em instituição bancária e participação como conselheira na FEBRABAN.

Minha relação com o tema da saúde suplementar se deu tanto na esfera pública quanto na privada. No serviço público, desde a implementação da Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os planos de saúde, busquei articular sua aplicação em diálogo com o Código de Defesa do Consumidor. No Ministério da Justiça, coordenei um grupo de estudos em saúde suplementar, elaborando notas técnicas baseadas em reclamações de consumidores. Sempre respeitei o papel institucional de cada órgão: à ANS, cabe regular; à autoridade de defesa do consumidor, cabe ouvir e proteger o consumidor. Nesse sentido, promovi a criação do primeiro grupo de trabalho conjunto entre representantes do setor público e do setor privado, por entender que a ausência de diálogo prejudica diretamente o consumidor.

Na iniciativa privada, atuei por três anos no Grupo Qualicorp, que possuía a operadora Gama Saúde, dedicada à gestão de planos de saúde para empresas parceiras e à administração de benefícios. Há cerca de sete meses, estou em uma das maiores operadoras de planos de saúde do país, o que me proporciona uma visão mais aprofundada do funcionamento interno do setor. Essa experiência, somada à trajetória no serviço público, confere-me uma perspectiva ampla sobre a saúde suplementar no Brasil.

Entrevistador: Antes de prosseguir, cabe apresentar um panorama. Em 2021, a Organização Mundial da Saúde publicou o relatório *Ética e Governança da Inteligência Artificial para a Saúde*, no qual alertou para os riscos associados ao cuidado em saúde baseado em previsões geradas por inteligência artificial, apontando o potencial para viés e discriminação, especialmente na contratação de seguros ou no acesso a recursos assistenciais. Diante desse cenário, como avaliar o impacto das novas tecnologias digitais – sobretudo do processamento de dados dos consumidores – na estruturação das relações contratuais no setor de saúde suplementar?

Entrevistada: Sou bastante contrária a vilanizar qualquer novidade. É comum que as pessoas se apeguem a crenças e modelos e, às vezes, tenham dificuldade de entender que o novo sempre chega.

O uso da inteligência artificial, por si só, é apenas um instrumento – assim como este que estamos utilizando agora para realizar a entrevista. É preciso ter a capacidade de empregar esse instrumento dentro das premissas regulatórias e normativas aplicáveis, seja no universo financeiro, da saúde, do conhecimento ou da educação. Imagine como tem sido desafiador, por exemplo, para o ensino, o fato de os alunos terem acesso à inteligência artificial em seus dispositivos. Por isso, demonizar a tecnologia ou os novos instrumentos não é uma boa prática. O importante é construir o melhor uso possível dessa ferramenta.

Se a inteligência artificial for utilizada para criar barreiras ao acesso ou práticas irregulares, em desacordo com a legislação, trata-se de um mau uso. Mas não se deve vilanizar a ferramenta em si.

Por outro lado, há situações em que poderia trazer benefícios significativos. Por exemplo, moro em uma cidade imensa como São Paulo. Se eu tivesse um aplicativo, auditado pela agência reguladora e pela operadora do plano de saúde, com informações confiáveis, ele poderia ser extremamente útil para compreender sintomas e orientar a busca por atendimento. Isso não significa criar viés ou impedir que a pessoa procure socorro, mas sim gerar conforto e apoio ao consumidor.

Participei recentemente de uma reunião da ONU sobre consumidor e concorrência, na qual apresentei um paper sobre inteligência artificial e relações de consumo. Defendo que, além da regulação, sejam criados parâmetros que permitam a auditoria dessas tecnologias e estabeleçam diretrizes objetivas. É importante evitar que o debate seja conduzido apenas por vieses ou desconfianças.

Vejo essas transformações tecnológicas com naturalidade, mas ressalto que, assim como a energia elétrica exige normas e supervisão técnica para ser usada com segurança, a

inteligência artificial precisa ser aplicada de forma adequada.

Em algum momento, será necessário discutir a saúde suplementar sob uma nova perspectiva. Não se trata de excluir pessoas, mas de ter capacidade de tratar de forma diferente os diferentes – o que é um princípio constitucional. Por exemplo: é justo que um homem pague pelo risco obstétrico em seu plano de saúde, se não passará por essa experiência? Ou que pessoas que optam por não ter filhos arquem com os mesmos custos de quem terá, sabendo que um dos maiores gastos da saúde suplementar está relacionado a patologias de recém-nascidos? É possível pensar em mutualismos segmentados entre grupos com afinidades, sempre observando os limites legais.

No Brasil e em outros países, como na União Europeia, esses temas frequentemente assumem um viés ideológico. É preciso trazer ciência para o debate e ouvir mais as pessoas, em vez de presumir o que é melhor para elas. No entanto, é fundamental respeitar as regras vigentes: não se pode excluir ninguém do sistema de saúde suplementar, razão pela qual existem a declaração de saúde, as regras para doenças preexistentes e os prazos de carência. Esses mecanismos buscam manter o equilíbrio contratual.

A inteligência artificial pode ajudar nesse processo, inclusive agilizando o atendimento. Um exemplo: já realizei inúmeros exames ao longo da vida, mas não tenho todos reunidos em um só lugar. Por que o brasileiro com saúde suplementar não tem seu prontuário completo disponível na palma da mão? Também faltam incentivos para que as operadoras desenvolvam programas de promoção de saúde, como combate à obesidade, incentivo à prática de exercícios físicos e apoio à saúde mental.

O sistema brasileiro é predominantemente hospitalocêntrico e voltado ao tratamento de doenças, e não à prevenção. A discussão sobre subsegmentação, muitas vezes tratada como tabu, deveria ser enfrentada para permitir avanços.

Gostaria de ver a questão preditiva utilizada a favor da saúde do consumidor. Um mapeamento genético, por exemplo, aliado a uma inteligência artificial, poderia indicar hábitos para garantir uma velhice com mais qualidade e longevidade. Claro que há risco de mau uso, como para precificação discriminatória, mas cabe ao Estado regular essas situações. O problema é que, atualmente, quase não há incentivo para experimentação na saúde suplementar.

No Brasil, o debate sobre incorporação tecnológica concentra-se em medicamentos, equipamentos e procedimentos, mas pouco se discute sobre práticas que poderiam reduzir custos e melhorar a saúde preventiva. É uma análise econômica feita, na maioria das vezes, de apenas um lado.

Entrevistador: Considerando esse cenário, há conhecimento de estudos ou práticas já

adotadas no mercado voltadas ao uso de análises preditivas para melhorar a efetividade do setor ou do atendimento aos consumidores?

Entrevistada: Do ponto de vista das operadoras de saúde – responsáveis por montar os produtos, colocá-los no mercado e administrar o mutualismo e o acesso de acordo com as normas da ANS – não tenho conhecimento de uso significativo dessas práticas. O mercado tem receio de adotá-las por medo de interpretações equivocadas.

Na esfera assistencial, que envolve hospitais, clínicas e tratamentos, acredito que já existam iniciativas, como o uso de robótica, estudos epidemiológicos e análises genéticas, voltadas a diagnósticos mais precisos e intervenções mais assertivas. Grandes centros de diagnóstico já utilizam tecnologia para aumentar a eficácia dos serviços.

Na saúde suplementar, há muitas oportunidades para aplicação dessas ferramentas, mas também grande cautela. Seria importante que o regulador promovesse o debate e incentivasse práticas seguras, utilizando instrumentos como o sandbox regulatório, amplamente empregado no setor financeiro pelo Banco Central. Houve tentativas pontuais de uso dessa metodologia na saúde suplementar, mas o tema acabou se tornando sensível e não avançou.

Entrevistador: Quando menciona que existe muito receio devido à possibilidade de interpretações equivocadas e a uma fiscalização intensa, cabe lembrar que existem dois tipos principais de planos: os individuais, que contam com regulação e proteção mais rigorosas, e os coletivos ou empresariais, que possuem maior flexibilidade. Haveria alguma forma de tratamento diferenciado entre eles, inclusive considerando a possibilidade de utilizar os planos coletivos como um sandbox para testar a implementação dessas práticas no mercado?

Entrevistada: Essa é uma pergunta importante. Normalmente, a principal diferença entre o plano coletivo por adesão, o coletivo empresarial e o individual está na forma de reajuste. No individual, quem define o índice de reajuste é o regulador. Isso, inclusive, daria uma boa tese de doutorado – precisaria envolver economistas para um debate aprofundado sobre o tema.

Do ponto de vista assistencial, posso te assegurar, falando como vice-presidente de Clientes do Grupo Amil, que quando um cliente solicita um serviço, não verificamos primeiro qual é o tipo de contrato dele. O que muda, de fato, é a questão do reajuste. Hoje, somos uma das empresas que mais têm planos individuais no Brasil. Não comercializamos novos contratos individuais, mas ainda administramos mais de 200 mil deles.

Em termos de produto, a principal diferença está na rede disponibilizada. Por exemplo: em Brasília, há hospitais como Santa Lúcia, Santa Luzia e Sírrio, entre outros. O que varia entre os planos é a rede oferecida. O serviço em si é o mesmo. Dentro dos hospitais, é possível ter

diferenças de tecnologia, equipe e hotelaria – mas, no geral, o atendimento médico é regulado e, portanto, padronizado.

A regulação dá segurança ao consumidor. A Lei de Saúde Suplementar estabeleceu claramente o que pode ser considerado um plano de saúde e quais são as obrigações das operadoras. Assim, a forma de contratação influencia na remuneração, mas não no tipo de serviço entregue.

Entrevistador: Nesse caso, se as práticas de análise preditiva fossem aplicadas, poderiam melhorar a eficiência do mercado, o produto oferecido e até mesmo os preços, tornando o mutualismo mais justo. Mas os beneficiários hoje têm mecanismos efetivos para acessar essas práticas ou, pela regulação atual, não possuem esse acesso?

Entrevistada: Do ponto de vista individual, é muito difícil fazer análise preditiva da saúde de uma pessoa, porque as informações ficam em bases distintas – médico, hospital e empresa de análises clínicas – e não se conectam entre si. Para integrar esses dados e fazer uma análise individualizada, seria necessário, primeiro, o consentimento do próprio titular.

Hoje, o que existe são dados coletivos e anonimizados, utilizados para análises mais amplas, como grupos de beneficiários que frequentam determinado hospital e os tipos de procedimentos realizados – mais focados em internações do que em exames laboratoriais, já que estes não são acessíveis às operadoras.

Qualquer trabalho preditivo em saúde precisa passar diretamente pelo consumidor. É algo semelhante ao Open Finance na área bancária, em que o cliente autoriza o compartilhamento de seu histórico para outra instituição. Na saúde suplementar, para isso acontecer, seria necessário reunir dados de exames, diagnósticos e procedimentos hospitalares, que hoje estão em bancos distintos e, por lei, não podem ser compartilhados sem consentimento expresso, já que se trata de dados sensíveis protegidos pela LGPD.

Por isso, acredito que qualquer uso preditivo responsável precisa necessariamente envolver o consumidor desde o início.

Entrevistador: No caso da verticalização do setor de saúde suplementar, temos grupos econômicos que integram operadoras, hospitais, laboratórios e clínicas.

Dentro desse modelo, seria viável o compartilhamento de dados entre essas diferentes unidades, ou ainda assim haveria barreiras jurídicas e regulatórias que impediriam esse fluxo de informações?

Entrevistada: É uma boa provocação. Dentro de um modelo verticalizado, de fato, a integração de dados para fins de análise seria mais viável do ponto de vista sistêmico. No entanto, como advogada atuante na defesa do consumidor, entendo que esse compartilhamento

só pode ocorrer mediante discussão transparente com o beneficiário e com sua autorização expressa.

Mesmo em estruturas integradas, as exigências jurídicas são as mesmas aplicáveis a modelos não verticalizados: a autorização do titular dos dados é indispensável. Além disso, é fundamental garantir que essas informações não sejam utilizadas de forma discriminatória. Qualquer análise preditiva em saúde deve ter como único objetivo aprimorar a qualidade da atenção prestada àquela pessoa. Qualquer uso que resulte em discriminação estaria à margem da lei – a menos que se altere a própria Constituição Federal.

Agora, é um debate interessante, porque quando se fala em segmentação, existem posições divergentes. Eu provoco o seguinte raciocínio: se uma pessoa sabe que utilizará poucos hospitais, por que não poderia optar por um produto de custo menor que ofereça acesso a uma rede mais restrita? Muitas vezes, o consumidor tem a impressão de que precisa ter acesso a muitos hospitais, mas, na prática, utiliza poucos ou nenhum. Isso reforça a necessidade de um debate mais profundo, que envolva a autonomia da vontade do consumidor, transparência e consentimento informado. No entanto, o uso de dados sem consentimento ou de forma equivocada para segmentar ou criar cláusulas que restrinjam a entrada configuraria violação à lei.

Entrevistador: Para encerrarmos, gostaria de saber quais projeções a senhora vislumbra para o mercado em relação a esse tema. Além disso, quais diretrizes, salvaguardas e medidas regulatórias poderiam ser adotadas pelo governo, por meio da ANS ou da ANPD, a fim de conciliar o avanço econômico do setor com a proteção dos consumidores?

Entrevistada: Eu acredito – e isso é algo que já apliquei tanto na gestão pública quanto na privada – que o primeiro passo é promover um debate construtivo. Precisamos retomar o diálogo entre os diversos atores, construindo pontes e não muros, mesmo que hoje isso pareça estar em desuso.

Também considero essencial planejar a médio e longo prazo, algo que o Brasil ainda tem dificuldade em fazer. Ao olharmos para a legislação da saúde suplementar, vigente desde 1998 com a Lei nº 9.656, é importante identificar as lições aprendidas e refletir sobre como aplicá-las no futuro. Há desafios persistentes, como a judicialização e a incorporação de novas tecnologias, que exigem uma abordagem integrada.

Dois pontos precisam estar no centro dessa discussão. Primeiro, a inteligência artificial generativa, que já é uma realidade – assim como um dia foi a energia elétrica – e que deve ser incorporada à saúde suplementar para gerar valor, e não discriminação ou exclusão. Segundo, a compreensão de quem é o consumidor atual e de como ele se comportará no futuro.

Essa análise não pode se limitar ao aspecto legal. É necessário incluir dimensões sociais, tecnológicas e econômicas, garantindo o protagonismo do consumidor em seu processo de cuidado. Hoje vivemos uma era hospitalocêntrica e medicalizada, com hábitos alimentares inadequados. A tecnologia diagnóstica avança rapidamente, mas é preciso investir, ao mesmo tempo, em conscientização e prevenção.

O futuro da saúde suplementar exige um consumidor empoderado e consciente, atuando em conjunto com políticas que integrem áreas hoje fragmentadas – ANS, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, universidades e profissionais de saúde. No centro de tudo está a pessoa, cuja saúde depende não apenas de assistência médica, mas também de saneamento, qualidade do ar e outros determinantes. Pensar de forma isolada não é mais suficiente.

Apêndice C – Roteiro de recomendações regulatórias sobre segmentação algorítmica dos consumidores na Saúde Suplementar

Proposta de diretrizes para atuação coordenada da ANS, ANPD e Órgãos de Defesa do Consumidor na prevenção da discriminação algorítmica

Autor: Rodrigo Alves de Freitas

Instituição: Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisa – IDP

Programa: Mestrado Profissional em Direito Econômico e Desenvolvimento

Ano: 2025

1 APRESENTAÇÃO

O presente Roteiro de Recomendações Regulatórias sobre Segmentação Algorítmica dos Consumidores na Saúde Suplementar é um produto técnico elaborado no âmbito de um mestrado profissional em Direito, a partir da pesquisa desenvolvida na dissertação que examina os riscos de discriminação decorrentes da utilização de técnicas de formação de perfis comportamentais no mercado de saúde suplementar.

O objetivo desse roteiro é traduzir os principais achados teóricos e normativos do trabalho acadêmico em diretrizes operacionais que possam orientar a atuação institucional em matéria de regulação, fiscalização e defesa dos consumidores.

O documento destina-se prioritariamente às instituições mencionadas ao longo da dissertação, em especial: à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), aos órgãos integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e às operadoras de planos de saúde e suas entidades representativas.

A escolha desse público decorre do papel central que esses atores desempenham na conformação do ambiente regulatório, na interpretação e aplicação do Código de Defesa do Consumidor e na concretização da proteção de dados pessoais sensíveis no setor.

A finalidade deste roteiro é oferecer parâmetros objetivos para a regulação, fiscalização e controle da segmentação algorítmica na saúde suplementar, com ênfase em três eixos: (i) prevenção de práticas discriminatórias diretas e indiretas; (ii) redução da assimetria informacional entre consumidores e operadoras; e (iii) fortalecimento da transparência, da explicabilidade e da *accountability* nos processos decisórios automatizados. Busca-se, assim, contribuir para que a utilização de tecnologias de processamento massivo de dados não se

converta em instrumento de exclusão ou de restrição injustificada de direitos, mas seja compatibilizada com os princípios da dignidade da pessoa humana, da vulnerabilidade do consumidor e da autodeterminação informacional.

Este documento mantém relação direta e orgânica com a dissertação à qual se vincula. Enquanto o trabalho acadêmico analisa, em perspectiva teórica e normativa, a segmentação de consumidores na saúde suplementar à luz da LGPD, da Lei nº 9.656/1998, das resoluções da ANS e da ANPD e do CDC, inclusive com base em entrevistas com especialistas e na reconstrução histórica das disputas regulatórias.

O roteiro procura operacionalizar esses achados em forma de recomendações concretas. As propostas aqui sistematizadas resultam, portanto, de um esforço de integração entre teoria e prática, compatível com a natureza profissional do mestrado, e pretendem servir como ferramenta de apoio à formulação de normas, à atuação fiscalizatória e à construção de boas práticas por parte dos agentes regulados.

Por fim, o roteiro não pretende esgotar o tema, mas oferecer uma base mínima estruturada para o debate institucional e para o aperfeiçoamento do marco regulatório. Sua aplicação pressupõe leitura conjunta com a dissertação, na medida em que muitos dos conceitos, fundamentos jurídicos e exemplos concretos ali desenvolvidos fornecem o pano de fundo necessário para a adequada compreensão e implementação das recomendações aqui propostas.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

O presente roteiro tem por objetivo indicar diretrizes regulatórias e de boas práticas para a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e dos órgãos de defesa do consumidor – em especial o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) – na prevenção e mitigação de práticas discriminatórias decorrentes da segmentação algorítmica de consumidores no mercado de saúde suplementar, à luz da Lei nº 9.656/1998, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018) e do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990).

1.1.2 Objetivos específicos

Para concretizar esse objetivo geral, o roteiro busca:

a) Traduzir, em linguagem normativa e operacional, os principais achados da dissertação

acerca dos riscos de discriminação algorítmica na saúde suplementar, no intuito de oferecer subsídios técnicos a ANS, ANPD e SNDC para a formulação de respostas regulatórias coordenadas.

b) Propor critérios mínimos de transparência e explicabilidade aplicáveis a decisões automatizadas que envolvam segmentação de consumidores em planos privados de assistência à saúde, especialmente quanto à contratação, precificação, manutenção dos contratos e acesso à rede assistencial.

c) Sugerir parâmetros de governança algorítmica e de proteção de dados pessoais, com foco no tratamento de dados sensíveis de saúde e em inferências baseadas em perfis comportamentais, de modo a orientar a atuação da ANS e da ANPD na expedição de normas e orientações técnicas.

d) Indicar linhas gerais para procedimentos de revisão de decisões automatizadas, garantindo ao consumidor mecanismos acessíveis e eficazes de contestação, em consonância com a LGPD e com os princípios do CDC.

e) Contribuir para uma leitura integrada entre o microssistema de proteção de dados, a regulação setorial da saúde suplementar e o microssistema consumerista, bem como ofertar referências que possam orientar notas técnicas, guias interpretativos, resoluções e outras iniciativas normativas e de fiscalização.

f) Incentivar a articulação institucional entre ANS, ANPD e SNDC, de modo a evitar abordagens fragmentadas e a fortalecer a capacidade de identificar, coibir e sancionar práticas de segmentação algorítmica que produzam exclusões indiretas ou discriminações abusivas no acesso à saúde suplementar.

1.2 Conceitos e marco jurídico sintético

Este roteiro parte de alguns conceitos operacionais mínimos e de um recorte sintético do marco jurídico aplicável, de forma a orientar a leitura das recomendações regulatórias sem repetir, em detalhe, o desenvolvimento teórico da dissertação.

1.3 Segmentação algorítmica de consumidores

Para fins deste documento, entende-se por segmentação algorítmica de consumidores na saúde suplementar o uso de técnicas de tratamento automatizado de dados, inclusive por inteligência artificial e aprendizado de máquina, para classificar consumidores em grupos de

risco assistencial ou de custo, definir condições de contratação, preço, franquias, carências ou composição de rede ou modular a permanência do consumidor no plano ou o acesso a determinados serviços.

Essa segmentação pode basear-se em dados cadastrais, históricos de uso do plano, informações de saúde (sensíveis ou inferidas) e variáveis socioeconômicas, gerando perfis que influenciam de modo significativo a relação contratual.

1.4 Decisões automatizadas e perfis comportamentais

Nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), decisão automatizada é aquela tomada com base exclusivamente em tratamento automatizado de dados pessoais, sem intervenção humana significativa, especialmente quando produz efeitos relevantes na esfera do titular (art. 5º e art. 20).

No contexto deste roteiro, destacam-se como decisões automatizadas relevantes, entre outras: análise de admissibilidade de consumidores em determinados produtos ou redes; definição de faixas de preço, reajustes ou migrações de planos com base em perfis; classificação de “alto custo” ou “alto risco” para fins de gestão da carteira.

A formação de perfis comportamentais (*profiling*) é entendida como a utilização de dados pessoais, inclusive não sensíveis, para gerar inferências sobre hábitos, estilo de vida, probabilidade de adoecimento, adesão a tratamentos e demais características relevantes à gestão de risco. Na saúde suplementar, isso inclui, por exemplo, o cruzamento de informações de uso do plano, exames, internações e dados socioeconômicos para produzir previsões sobre custos futuros.

1.5 Discriminação algorítmica na saúde suplementar

Este roteiro adota a noção de discriminação algorítmica como qualquer tratamento diferenciado injustificado, produzido ou mediado por sistemas automatizados, que resulte em exclusão direta ou indireta de consumidores de planos ou redes assistenciais; precificação discriminatória não amparada em critérios legítimos, transparentes e proporcionais; restrição velada de cobertura, por meio de carências, franquias ou *downgrade* de rede ou direcionamento sistemático de determinados grupos (por idade, região, condição de saúde, renda, gênero, raça, entre outros fatores) para produtos menos protetivos ou mais instáveis.

Na saúde suplementar, a discriminação algorítmica tende a manifestar-se sobretudo de

forma indireta e opaca, por meio de regras de segmentação que, embora neutras em aparência, produzem impacto desigual sobre grupos historicamente vulnerabilizados ou considerados de “alto custo” assistencial.

1.6 Síntese do marco jurídico aplicável

O roteiro parte de uma leitura integrada de três eixos normativos principais, complementados pela regulação setorial: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD); Lei nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde) e Código de Defesa do Consumidor (CDC).

2 DIAGNÓSTICO

A segmentação algorítmica dos consumidores na saúde suplementar não é apenas uma evolução técnica dos mecanismos tradicionais de precificação e seleção de risco. Tal como evidenciado na dissertação, ela opera em um setor em que o risco é o elemento estruturante do negócio e em que já existe histórico de práticas de exclusão indireta, rescisões unilaterais, subsegmentação de produtos e resistência à efetividade da regulação e das decisões judiciais.

Vale salientar também que a incorporação de modelos de formação de perfis comportamentais e decisões automatizadas tende a ampliar esses riscos, ao permitir classificações mais granulares e menos transparentes, baseadas em inferências sobre saúde, hábitos e condições socioeconômicas dos consumidores.

Além disso, esse movimento ocorre em um contexto de verticalização do setor, em que grupos econômicos concentram operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios, com capacidade ampliada de coleta e circulação interna de dados assistenciais. A combinação entre grandes bases de dados, ferramentas preditivas e incentivos econômicos voltados à maximização de lucro cria um ambiente propício para que a lógica de segmentação se converta, na prática, em mecanismo de exclusão de grupos considerados de alto custo assistencial, ainda que sem qualquer declaração explícita de discriminação.

Do ponto de vista normativo, o diagnóstico central é de insuficiência na articulação entre três microsistemas: a LGPD, a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) e o Código de Defesa do Consumidor. A LGPD oferece princípios relevantes (não discriminação, transparência, autodeterminação informacional e direito de revisão de decisões automatizadas), mas sua redação aberta e a ausência de regulamentação setorial específica, especialmente por ANS e ANPD, limitam seu alcance prático em um ambiente de alta assimetria técnica.

Com efeito, a Lei nº 9.656/1998, por sua vez, trata da vedação de discriminação principalmente a partir de parâmetros clássicos (doença pré-existente, idade) e focaliza o momento da contratação, sem enfrentar expressamente as novas formas de perfilização baseadas em inferências sobre riscos futuros. Já o CDC oferece a principiologia mais robusta (dignidade, vulnerabilidade, equilíbrio contratual, vedação a práticas abusivas), mas ainda não foi sistematicamente reinterpretado, no plano regulatório, para abranger, de forma explícita, a discriminação algorítmica na saúde suplementar.

Sob a perspectiva institucional, as entrevistas realizadas com especialistas evidenciam uma dupla assimetria: de um lado, a assimetria informacional clássica entre operadoras e consumidores; de outro, a assimetria entre a velocidade de inovação tecnológica do setor e o ritmo de resposta dos órgãos reguladores. A ausência de normas claras sobre governança algorítmica, transparência das decisões automatizadas e testes de impacto discriminatório faz com que eventuais práticas de exclusão se manifestem de forma invisível, por meio de reajustes diferenciados, restrição de redes, cancelamentos ou barreiras indiretas à contratação, de difícil detecção e prova.

As consequências práticas desse cenário são a dificuldade de comprovar discriminação, pois a decisão é mediada por modelos opacos, com acesso restrito à lógica de segmentação e aos dados utilizados; insegurança jurídica para todos os atores, inclusive para aquelas operadoras que buscam utilizar tecnologias preditivas de maneira legítima, em programas de prevenção e cuidado em saúde; risco de aprofundamento de desigualdades estruturais, na medida em que algoritmos treinados com dados históricos tendem a reproduzir vieses de gênero, raça, idade e renda, com impacto direto sobre o acesso à saúde suplementar.

Diante desse diagnóstico, a necessidade de resposta regulatória não decorre apenas da novidade tecnológica, mas do fato de que a racionalidade algorítmica, se não submetida a salvaguardas de transparência, não discriminação e accountability, tende a converter-se em racionalidade discriminatória, tensionando diretamente o núcleo de proteção assegurado pela LGPD, pela Lei nº 9.656/1998 e pelo CDC.

É nesse contexto que se justifica a formulação de um roteiro de recomendações regulatórias específico para a segmentação algorítmica na saúde suplementar.

3 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Os parâmetros propostos neste roteiro partem da premissa de que a regulação da segmentação algorítmica na saúde suplementar não é apenas um problema técnico, mas uma

questão de efetividade de direitos fundamentais dos consumidores. Por isso, as recomendações são estruturadas à luz dos seguintes princípios orientadores, extraídos do ordenamento jurídico e dos referenciais teóricos mobilizados na dissertação.

3.1 Dignidade da pessoa humana e liberdade das escolhas existenciais

A saúde suplementar não pode ser regulada apenas como mercado de risco, mas como espaço de concretização de direitos fundamentais. A proteção de dados pessoais de saúde e a forma como algoritmos classificam consumidores devem ser compatíveis com a preservação da dignidade e com a liberdade das escolhas existenciais, nos termos da perspectiva desenvolvida por Rodotà e Doneda. Qualquer modelo de segmentação que resulte, na prática, em exclusão injustificada ou em constrangimento das trajetórias de vida dos consumidores viola esse princípio.

3.2 Vulnerabilidade e hipossuficiência informacional do consumidor

Consumidores de planos de saúde são estruturalmente vulneráveis, tanto pela complexidade técnica dos contratos e da atuação das operadoras, quanto pela assimetria informacional acentuada pelo uso de tecnologias de processamento massivo de dados. A regulação deve partir do reconhecimento de que o consumidor não tem condições de compreender, sozinho, a lógica dos modelos de segmentação algorítmica, o que justifica deveres reforçados de transparência, informação e lealdade por parte das operadoras e dos reguladores.

3.3 Não discriminação e isonomia no acesso à saúde

A segmentação de risco não pode se converter em mecanismo de discriminação direta ou indireta, especialmente quando baseada em inferências sobre condições de saúde, características sociodemográficas ou padrões de comportamento historicamente associados a desigualdades (gênero, raça, idade, renda, território). A racionalidade algorítmica deve ser compatível com o princípio da isonomia no acesso à saúde: diferenças de tratamento só são admissíveis quando justificadas por critérios objetivos, proporcionais, transparentes e controláveis, e nunca quando implicam exclusão de grupos considerados de “alto custo assistencial”.

3.4 Transparência, explicabilidade e redução da opacidade algorítmica

A opacidade técnica dos sistemas de decisão automatizada não pode ser naturalizada como dado inevitável. A regulação deve exigir níveis mínimos de transparência e explicabilidade, em linguagem acessível, que permitam: (i) ao consumidor compreender, em linhas gerais, se e como decisões relevantes (contratação, reajuste, manutenção do contrato) são influenciadas por perfis algorítmicos; (ii) aos órgãos de defesa do consumidor, ao Ministério Público, à ANS e à ANPD fiscalizar a conformidade desses modelos com a legislação.

A ideia central é que “caixas-pretas” não são aceitáveis quando afetam o acesso a um direito essencial.

3.5 Autodeterminação informacional e controle sobre dados pessoais

Em conformidade com a LGPD, o tratamento de dados pessoais – especialmente dados sensíveis de saúde e inferências sobre o estado de saúde atual ou futuro – deve respeitar a autodeterminação informacional do titular. Isso implica: bases legais adequadas; informação clara sobre finalidades; limites ao reuso dos dados para fins de segmentação; possibilidade real de intervenção do consumidor (consentimento, oposição, revisão). A segmentação algorítmica não pode ser construída sobre um modelo de captura ilimitada de dados em que o titular perde, na prática, qualquer poder de controle.

3.6 Responsabilização e accountability das operadoras e agentes de tratamento

A utilização de algoritmos para segmentar consumidores não reduz, mas reforça, a necessidade de responsabilização dos agentes de tratamento de dados e das operadoras. Programas de governança, registros de modelos usados, trilhas de auditoria e mecanismos de documentação das decisões passam a ser requisitos mínimos para que ANS, ANPD e órgãos de defesa do consumidor possam verificar se houve violação de direitos.

A presunção de neutralidade tecnológica não pode servir como escudo para afastar responsabilidade por práticas discriminatórias.

3.7 Precaução e proporcionalidade no uso de tecnologias preditivas em saúde suplementar

Diante da combinação entre assimetria informacional, poder econômico concentrado e tecnologias capazes de produzir impactos significativos sobre o acesso à saúde, a atuação regulatória deve observar uma lógica de precaução e proporcionalidade. Isso significa exigir maior rigor na avaliação de modelos que possam resultar em exclusões indiretas ou em precificação discriminatória; diferenciar usos orientados à promoção da saúde e à melhoria da assistência daqueles voltados predominantemente à seleção e exclusão de riscos; ajustar o nível de exigência regulatória à gravidade potencial dos efeitos sobre o consumidor.

Esses princípios orientadores funcionam como matriz de leitura para as recomendações subsequentes, servindo de referência comum para a atuação da ANS, da ANPD e dos órgãos de defesa do consumidor na construção de respostas normativas à segmentação algorítmica na saúde suplementar.

4 EIXOS DE RECOMENDAÇÕES REGULATÓRIAS

As recomendações a seguir traduzem os achados da dissertação em diretrizes práticas voltadas à atuação coordenada da ANS, ANPD e SNDC, bem como à adoção de boas práticas pelas operadoras de planos de saúde. Os eixos foram organizados de modo a refletir os principais pontos de vulnerabilidade identificados no diagnóstico, priorizando transparência, governança, prevenção de discriminação e fortalecimento da capacidade fiscalizatória.

QUADRO 1 – RELAÇÃO ENTRE PRINCÍPIOS ORIENTADORES E EIXOS DE RECOMENDAÇÕES REGULATÓRIAS

EIXO DE RECOMENDAÇÕES	SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES CENTRAIS	PRINCÍPIOS ORIENTADORES MAIS DIRETAMENTE RELACIONADOS
EIXO 1 : Transparência e explicabilidade das decisões automatizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação clara, em contratos e materiais pré-contratuais, do uso de ferramentas algorítmicas nas decisões de contratação, precificação, manutenção de vínculo e movimentação entre produtos. • Criação, pela ANS, de padrões mínimos obrigatórios de informação prévia (checklist de itens sobre uso de dados, finalidade da classificação e impactos potenciais sobre o contrato). • Elaboração, pela ANPD e ANS, 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparência, explicabilidade e redução da opacidade algorítmica (5.4). • Vulnerabilidade e hipossuficiência informacional do consumidor (5.2). • Autodeterminação informacional e controle sobre dados pessoais (5.5).

	<p>de guias conjuntos sobre transparência e linguagem acessível em decisões automatizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avisos explícitos e explicações resumidas pelas operadoras sempre que decisões automatizadas influírem em acesso, preço ou permanência no plano. 	
EIXO 2: Governança algorítmica e tratamento de dados pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Exigência, pela ANS, de inventário atualizado dos modelos algorítmicos utilizados para segmentação e gestão de risco assistencial. • Definição, pela ANS, de requisitos mínimos de governança para modelos preditivos que impactem direitos dos consumidores. • Orientações da ANPD para elaboração de RIPD específicos para segmentação e precificação, com foco em dados sensíveis de saúde e inferências. • Programas de governança em privacidade nas operadoras, com documentação de parâmetros, bases de dados, métricas e trilhas de auditoria, observando a minimização de dados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilização e <i>accountability</i> das operadoras e agentes de tratamento (5.6). • Autodeterminação informacional e controle sobre dados pessoais (5.5). • Precaução e proporcionalidade no uso de tecnologias preditivas (5.7).
EIXO 3 Direito à revisão de decisões automatizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Criação, pela ANS, de procedimentos padronizados de revisão humana qualificada de decisões automatizadas relevantes (aceitação, migração, reajustes específicos, limitações de rede). • Regulamentação de prazos e canais acessíveis de contestação, presenciais e remotos. • Clarificação, pela ANPD, do alcance do art. 20 da LGPD na saúde suplementar e do conceito de “intervenção humana significativa”. • Instituição, pelas operadoras, de canais específicos de contestação, com decisões revisadas por profissionais com autonomia para modificar os resultados do sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autodeterminação informacional e controle sobre dados pessoais (5.5). • Vulnerabilidade e hipossuficiência informacional do consumidor (5.2). • Dignidade da pessoa humana e liberdade das escolhas existenciais (5.1).
EIXO 4: Prevenção e detecção de discriminação algorítmica	<ul style="list-style-type: none"> • Exigência, pela ANS, de testes periódicos de impacto discriminatório (ex ante e ex post), com foco em grupos etários, regionais, de gênero, renda e condições de saúde. • Previsão de auditorias internas obrigatórias e, em cenários de maior risco, auditorias externas independentes. • Elaboração, pela ANPD, de 	<ul style="list-style-type: none"> • Não discriminação e isonomia no acesso à saúde (5.3). • Precaução e proporcionalidade no uso de tecnologias preditivas (5.7). • Responsabilização e <i>accountability</i> das operadoras e agentes de tratamento (5.6).

	<p>matriz de critérios para avaliação de riscos de discriminação indireta associada a dados sensíveis e inferências comportamentais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento contínuo, pelas operadoras, das métricas de impacto dos modelos sobre grupos vulneráveis, com mecanismos de mitigação de vieses. 	
<p>EIXO 5 Verticalização, compartilhamento de dados e interoperabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação explícita, pela ANS, da circulação interna de dados assistenciais em grupos verticalizados, limitando o compartilhamento ao estritamente necessário e legítimo. • Exigência de transparência quanto ao impacto dos fluxos internos de dados sobre cálculos de risco e segmentação. • Orientações da ANPD sobre limites à interoperabilidade interna de dados sensíveis e parâmetros reforçados de segurança e minimização. • Adoção, pelas operadoras, de políticas de segregação funcional e lógica entre setores assistenciais, financeiros e comerciais, com documentação das justificativas de compartilhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autodeterminação informacional e controle sobre dados pessoais (5.5). • Transparência, explicabilidade e redução da opacidade algorítmica (5.4). • Vulnerabilidade e hipossuficiência informacional do consumidor (5.2).
<p>EIXO 6: Fiscalização, sanções e articulação institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação, pela ANS, de procedimento específico para apuração de denúncias envolvendo decisões automatizadas e segmentação algorítmica, com uso de indicadores de impacto. • Cooperação da ANPD em auditorias de alto risco, com compartilhamento de metodologias de análise de risco e avaliação de programas de governança. • Prioridade, pelos órgãos de defesa do consumidor, a casos que envolvam decisões automatizadas como potenciais práticas abusivas, com possibilidade de requisição de documentação algorítmica. • Estabelecimento, pelas operadoras, de canais permanentes de cooperação com reguladores e órgãos de defesa do consumidor, com fornecimento tempestivo de informações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilização e accountability das operadoras e agentes de tratamento (5.6). • Transparência, explicabilidade e redução da opacidade algorítmica (5.4). • Vulnerabilidade e hipossuficiência informacional do consumidor (5.2). • Não discriminação e isonomia no acesso à saúde (5.3).

Fonte: Rodrigo Freitas (2025)

4.1 Eixo 1: Transparência e explicabilidade das decisões automatizadas

Objetivo: reduzir a opacidade dos processos de segmentação algorítmica e assegurar que consumidores, reguladores e órgãos de defesa do consumidor compreendam, ao menos de forma geral, como esses modelos influenciam decisões relevantes.

4.1.1 Recomendações à ANS:

a) Exigir que contratos, materiais pré-contratuais e documentos de oferta indiquem, em linguagem acessível, se há utilização de ferramentas algorítmicas ou automatizadas em decisões relacionadas à contratação, precificação, manutenção de vínculo e movimentação entre produtos.

b) Criar padrão mínimo obrigatório de informação prévia, com *checklist* de itens sobre uso de dados, finalidade da classificação e impactos potenciais sobre o contrato.

c) Prever, em resolução específica, padrões de explicabilidade adequada, compatíveis com o art. 6º da LGPD e com a proteção da vulnerabilidade informacional.

4.1.2 Recomendações à ANPD:

a) Elaborar guia interpretativo conjunto com a ANS sobre transparência em decisões automatizadas na saúde suplementar.

b) Estabelecer orientações sobre linguagem clara e compreensível para consumidores em processos de tomada de decisão automatizada.

4.1.3 Recomendações às operadoras:

a) Incorporar avisos explícitos sobre uso de decisões automatizadas em todos os canais de comunicação (contratos, SAC, área do beneficiário).

b) Disponibilizar explicações resumidas ao consumidor sempre que uma decisão automatizada influenciar condições de acesso, preço ou permanência no plano.

4.2 Eixo 2: Governança algorítmica e tratamento de dados pessoais

Objetivo: garantir que modelos de segmentação sejam desenvolvidos e utilizados dentro

de estruturas robustas de governança, com mecanismos de documentação, segurança e controle.

4.2.1 Recomendações à ANS:

a) Exigir que operadoras mantenham inventário atualizado dos modelos algorítmicos utilizados para segmentação e gestão de risco assistencial.

b) Prever, em norma setorial, requisitos mínimos de governança para modelos preditivos que possam impactar direitos do consumidor.

c) Coibir práticas de circulação interna de dados assistenciais que ultrapassem o necessário, especialmente em grupos verticalizados.

4.2.2 Recomendações à ANPD:

a) Orientar operadoras sobre elaboração de Relatórios de Impacto à Proteção de Dados (RIPD) específicos para modelos usados na segmentação e precificação.

b) Definir parâmetros para uso de dados sensíveis de saúde e limites à inferência de informações de saúde a partir de dados não sensíveis.

4.2.3 Recomendações às operadoras:

a) Implementar programas de governança em privacidade com módulo específico para decisões automatizadas que influenciem relações contratuais.

b) Documentar parâmetros, bases de dados, pesos, métricas e processos decisórios dos modelos, assegurando trilhas de auditoria.

c) Adotar política de minimização de dados, evitando coleta e reuso excessivo em processos de segmentação.

4.3 Eixo 3: Direito à revisão de decisões automatizadas

Objetivo: assegurar que consumidores possam contestar decisões automatizadas que afetem contratação, manutenção ou acesso à rede assistencial, em conformidade com a LGPD e com a principiologia do CDC.

4.3.1 Recomendações à ANS:

a) Criar procedimento padronizado de revisão humana qualificada para decisões automatizadas relevantes (aceitação, migração de planos, reajustes específicos, limitações de rede).

b) Regulamentar prazos para resposta e canais de contestação acessíveis, presencial ou remotamente.

4.3.2 Recomendações à ANPD:

a) Clarificar, por meio de guia, o alcance do art. 20 da LGPD no setor de saúde suplementar.

b) Definir parâmetros sobre o que constitui “intervenção humana significativa”.

4.3.3 Recomendações às operadoras:

a) Implementar canal específico para contestação de decisões automatizadas, com registro e rastreabilidade.

b) Garantir que a revisão seja feita por profissionais com autonomia para modificar decisões do sistema.

4.4 Eixo 4: Prevenção e detecção de discriminação algorítmica

Objetivo: identificar, mitigar e prevenir impactos discriminatórios diretos ou indiretos decorrentes da segmentação algorítmica.

4.4.1 Recomendações à ANS:

a) Exigir que operadoras realizem testes periódicos de impacto discriminatório (ex ante e ex post), avaliando efeitos sobre grupos etários, regionais, de gênero, renda e condições de saúde.

b) Prever auditorias internas obrigatórias e, em casos de maior risco, auditorias externas independentes.

c) Criar indicadores setoriais de monitoramento de impactos, em cooperação com

ANPD e SNDC.

4.4.2 Recomendações à ANPD:

a) Elaborar matriz de critérios para avaliação de riscos de discriminação indireta associada a dados sensíveis e inferências comportamentais.

b) Exigir documentação clara das medidas de mitigação adotadas pelos agentes de tratamento.

4.4.3 Recomendações às operadoras:

a) Monitorar métricas de impacto dos modelos sobre grupos vulneráveis.

b) Utilizar mecanismos de correção (*bias mitigation*) quando verificadas distorções injustificadas.

4.5 Eixo 5: Verticalização, compartilhamento de dados e interoperabilidade

Objetivo: limitar riscos associados ao fluxo ampliado de dados pessoais entre diferentes empresas do mesmo grupo econômico.

4.5.1 Recomendações à ANS:

a) Regular a circulação interna de dados assistenciais em grupos verticalizados, limitando o compartilhamento a finalidades legítimas e estritamente necessárias.

b) Exigir maior transparência das operadoras verticalizadas sobre como o fluxo interno de dados impacta cálculos de risco e segmentação.

4.5.2 Recomendações à ANPD:

a) Orientar sobre limites à interoperabilidade interna entre empresas do mesmo grupo quando envolver dados sensíveis.

b) Definir parâmetros específicos de segurança e minimização em fluxos integrados.

4.5.3 Recomendações às operadoras:

a) Adotar políticas de segregação funcional e lógica entre setores assistenciais, financeiros e comerciais.

b) Documentar justificativas de compartilhamento interno, especialmente quando vinculadas a modelos preditivos.

4.6 Eixo 6: Fiscalização, sanções e articulação institucional

Objetivo: fortalecer a capacidade regulatória de identificar, analisar e sancionar práticas discriminatórias, promovendo coordenação entre ANS, ANPD e órgãos do SNDC.

4.6.1 Recomendações à ANS:

a) Criar procedimento específico para apuração de denúncias envolvendo decisões automatizadas e segmentação algorítmica.

b) Utilizar indicadores de impacto para orientar fiscalizações e priorizar casos com maior potencial discriminatório.

c) Coordenar ações com do SNDC em casos de repercussão nacional.

4.6.2 Recomendações à ANPD:

a) Cooperar com a ANS em auditorias de alto risco, especialmente quando envolver dados sensíveis de saúde.

b) Compartilhar metodologias de análise de risco e de avaliação de programas de governança.

4.6.3 Recomendações aos órgãos de defesa do consumidor:

a) Priorizar casos envolvendo decisões automatizadas como potenciais práticas abusivas e violações ao art. 39 do CDC.

b) Solicitar documentação algorítmica quando necessário para avaliação da regularidade contratual.

4.6.4 Recomendações às operadoras:

- a) Estabelecer canais de atendimento e proteção à defesa do consumidor.
- b) Fornecer informações necessárias para investigações ou fiscalizações.

5 SUGESTÕES NORMATIVAS

As recomendações deste roteiro partem da premissa central da dissertação: a segmentação algorítmica dos consumidores na saúde suplementar é um fenômeno transversal, que não pode ser enfrentado por um único microsistema jurídico ou por uma atuação isolada de um órgão regulador.

Neste cenário, indicam-se sugestões normativas gerais dirigidas, sobretudo, à ANS, à ANPD e ao Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, com vistas a orientar uma resposta regulatória mais coerente e integrada.

5.6 Leitura integrada da LGPD, da Lei nº 9.656/1998 e do CDC

A leitura integrada da LGPD deve priorizar a atenção aos dados técnicos no sentido de:

- a) Reconhecimento expresso da complementaridade normativa

Sugere-se que ANS, ANPD e órgãos de defesa do consumidor adotem, em documentos oficiais (notas técnicas, enunciados ou guias interpretativos), formulações que explicitem a leitura conjunta entre a proteção de dados pessoais (LGPD), a regulação setorial da saúde suplementar (Lei nº 9.656/1998) e a proteção contratual e principiológica do consumidor (CDC).

Essa leitura integrada deve partir do entendimento de que a Lei nº 9.656/1998 e as resoluções da ANS não exaurem o regime jurídico aplicável às relações entre operadoras e consumidores, mas se somam ao CDC e à LGPD, especialmente no que se refere à transparência, não discriminação, boa-fé e equilíbrio contratual.

- b) Interpretação ampliativa do art. 11 da Lei nº 9.656/1998 à luz da LGPD e do CDC

Recomenda-se que a vedação de discriminação por doenças preexistentes, prevista no art. 11 da Lei dos Planos de Saúde, seja interpretada de forma a alcançar também práticas contemporâneas de perfilização que, por meio de inferências sobre dados de saúde, resultem em exclusões indiretas, precificação discriminatória ou limitação injustificada de cobertura.

Essa leitura ampliativa deve ser ancorada na proibição de tratamento discriminatório de

dados sensíveis (LGPD), e na vedação de práticas abusivas e cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada (CDC).

5.7 Atos normativos infralegais e instrumentos de *soft law*

a) Elaboração de guia interpretativo conjunto ANS–ANPD

Sugere-se a elaboração de um guia interpretativo conjunto, voltado especificamente à utilização de dados pessoais e decisões automatizadas na saúde suplementar, com: definições operacionais (segmentação algorítmica, decisão automatizada relevante, dados sensíveis de saúde, inferências), princípios aplicáveis (não discriminação, transparência, autodeterminação informacional, proporcionalidade), e exemplos de práticas incompatíveis com a LGPD, com a Lei nº 9.656/1998 e com o CDC.

Esse guia pode funcionar como referência normativa flexível, facilitando a convergência entre a atuação regulatória setorial e a proteção de dados pessoais.

b) Notas técnicas e enunciados interpretativos no âmbito do SNDC

Recomenda-se que o SNDC, em diálogo com Procons, Defensorias Públicas e Ministérios Públicos, edite notas técnicas ou enunciados interpretativos reconhecendo a segmentação algorítmica como potencial fonte de práticas abusivas, especialmente quando: não houver transparência adequada sobre o uso de dados e perfis; decisões automatizadas resultarem em exclusões indiretas de grupos vulneráveis; a assimetria informacional impedir o exercício efetivo do direito de contestação e revisão.

Esses enunciados podem orientar a atuação administrativa e judicial, conferindo maior segurança jurídica na qualificação de condutas discriminatórias mediadas por algoritmos.

5.8 Recomendação de ajustes normativos setoriais

a) Resolução específica da ANS sobre decisões automatizadas e segmentação

Sugere-se que a ANS avalie a edição de resolução específica sobre: uso de modelos algorítmicos em processos de contratação, precificação, rescisão e alteração de planos; padrões mínimos de transparência e de informação prévia ao consumidor; procedimentos de revisão humana de decisões automatizadas que afetem o acesso ou a continuidade da cobertura; obrigações de documentação, registro e guarda de evidências para fins de fiscalização e controle.

b) Normativas da ANPD com foco em dados sensíveis de saúde na saúde suplementar

Recomenda-se que a ANPD desenvolva orientações específicas sobre o tratamento de dados sensíveis de saúde no contexto da saúde suplementar, abordando, entre outros pontos: limites à inferência de informações de saúde a partir de dados não sensíveis; parâmetros para Relatórios de Impacto à Proteção de Dados (RIPD) aplicáveis à segmentação algorítmica; critérios de avaliação de risco para decisões automatizadas que afetem direitos fundamentais dos consumidores.

5.9 Aperfeiçoamento legislativo em perspectiva

Sem pretender esgotar o debate legislativo, as conclusões da dissertação indicam a conveniência de, em médio e longo prazo, discutir:

a) Marco legal específico sobre inteligência artificial em saúde

Recomenda-se que, em eventual marco normativo sobre inteligência artificial, haja capítulo específico voltado à saúde, incluindo a saúde suplementar, com: proibição expressa de práticas discriminatórias mediadas por algoritmos; exigência de avaliações de impacto em direitos fundamentais; salvaguardas reforçadas para dados sensíveis de saúde.

b) Ajustes pontuais na Lei nº 9.656/1998

Sugere-se considerar, em futura revisão legislativa da Lei nº 9.656/1998, a inclusão de dispositivos que: explicitem a vedação de discriminação algorítmica, inclusive por meio de inferências de risco assistencial; reconheçam, em linha com o CDC e a LGPD, o direito à informação e à revisão de decisões automatizadas que afetem o contrato de plano de saúde.

5.10 Incentivo à experimentação regulada com foco na proteção do consumidor

Por fim, recomenda-se que ANS, ANPD e órgãos do SNDC avaliem a utilização de mecanismos de experimentação regulada, desde que condicionados à observância estrita da LGPD, da Lei nº 9.656/1998 e do CDC; acompanhados de critérios claros de entrada, monitoramento e saída; orientados pela lógica de prevenção de danos e de proteção da vulnerabilidade do consumidor, garantindo também transparência pública mínima sobre objetivos, resultados e salvaguardas adotadas.

Esses instrumentos – quando corretamente desenhados – podem permitir que soluções tecnológicas voltadas à promoção da saúde e à melhoria da gestão do risco assistencial sejam testadas em ambiente controlado, sem que a busca por eficiência econômica se converta em

mecanismo de exclusão ou discriminação.

Com essas sugestões normativas gerais, o roteiro busca oferecer um conjunto coerente de caminhos regulatórios que dialogam diretamente com as conclusões da pesquisa, sem substituir o necessário debate institucional e legislativo, mas indicando um horizonte mínimo de atuação para conter os riscos da segmentação algorítmica na saúde suplementar.

6 IMPLEMENTAÇÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade das recomendações propostas neste roteiro depende de um processo gradual, coordenado e institucionalmente articulado. Dado que a segmentação algorítmica na saúde suplementar envolve múltiplos órgãos com competências distintas, mas complementares, a implementação das medidas aqui sugeridas deve observar uma lógica dinâmica e escalonada, compatível com a realidade regulatória brasileira e com o estágio atual de maturidade institucional no tratamento do tema.

6.6 Etapas de implementação recomendadas

a) Curto prazo (0–12 meses) – Medidas interpretativas e de sensibilização institucional
Elaboração conjunta, por ANS e ANPD, de uma nota técnica inicial reconhecendo a relevância regulatória da segmentação algorítmica e seus riscos potenciais.

Produção de guias interpretativos preliminares pelo SNDC para orientar Procons, Defensorias Públicas e Ministérios Públicos na identificação de práticas abusivas mediadas por algoritmos.

Início da construção de glossário e diretrizes mínimas sobre decisões automatizadas aplicadas ao setor, com conceitos uniformizados.

Definição, pela ANS, de procedimentos internos para identificação de práticas de risco em pedidos de reajuste ou rescisão contratual que possam estar associados a decisões automatizadas.

b) Médio prazo (1–3 anos) – Consolidação de normas infralegais e instrumentos de governança

Edição de resolução da ANS sobre uso de dados e decisões automatizadas na saúde suplementar, com padrões mínimos de transparência, governança e revisão humana.

Publicação de guias temáticos da ANPD sobre dados sensíveis de saúde, inferências e decisões automatizadas relevantes.

Criação de procedimento padronizado de fiscalização para casos envolvendo segmentação algorítmica, incluindo checklists, modelos de relatório e parâmetros para auditorias.

Capacitação técnica dos órgãos do SNDC para análise de práticas discriminatórias, com módulos específicos sobre LGPD, CDC e saúde suplementar.

c) Longo prazo (3–5 anos) – Aperfeiçoamento legislativo e consolidação institucional

Avaliação da necessidade de alterações legislativas na Lei nº 9.656/1998 para incorporar salvaguardas específicas contra discriminação algorítmica.

Desenvolvimento de mecanismos permanentes de cooperação regulatória entre ANS, ANPD e SNDC, com reuniões periódicas, troca estruturada de dados e ações conjuntas de fiscalização.

Criação de indicadores públicos anuais sobre impactos de decisões automatizadas na saúde suplementar, com transparência ativa sobre riscos e tendências.

6.7 Critérios gerais de implementação

A implementação das recomendações deve seguir alguns critérios estruturantes:

Proporcionalidade e prevenção: as medidas devem priorizar a redução dos riscos antes que práticas discriminatórias se consolidem.

Transparência institucional: atos regulatórios e interpretativos devem ser amplamente divulgados, facilitando controle social e participação pública.

Capilaridade regulatória: as recomendações devem alcançar tanto operadoras de grande porte quanto estruturas menores, inclusive administradoras de benefícios.

Integração interinstitucional: a atuação isolada de ANS, ANPD ou SNDC não é suficiente; a cooperação é condição indispensável.

Foco no consumidor vulnerável: toda ação regulatória deve priorizar a proteção da vulnerabilidade, especialmente nos planos coletivos.

6.8 Considerações finais

A segmentação algorítmica de consumidores na saúde suplementar representa um desafio regulatório emergente e complexo. As operadoras dispõem hoje de recursos tecnológicos capazes de ampliar a eficiência assistencial e a gestão do risco, mas também de produzir exclusões indiretas, reajustes discriminatórios e práticas que aprofundam

desigualdades já estruturais no setor.

A dissertação que fundamenta este roteiro demonstrou que a legislação existente é fragmentada. A LGPD fornece salvaguardas importantes, mas insuficientes isoladamente; a Lei dos Planos de Saúde não contempla adequadamente práticas de segmentação automatizada; o CDC confere densidade normativa para enfrentar abusos, mas depende de interpretação atualizada; a atuação das instituições públicas carece de parâmetros claros para tratar o problema.

Diante desse cenário, o presente roteiro não pretende substituir o processo legislativo ou a autonomia das agências reguladoras, mas oferecer um conjunto mínimo de diretrizes para orientar sua atuação imediata. Ele sistematiza achados da pesquisa acadêmica, incorpora reflexões das entrevistas com especialistas e traduz esse conhecimento em orientações práticas compatíveis com o mestrado profissional.

A proteção do consumidor na saúde suplementar – especialmente frente a tecnologias que operam de forma opaca e potencialmente discriminatória – exige vigilância contínua, regulação responsiva e capacidade institucional de adaptação. Este documento, portanto, deve ser compreendido como instrumento vivo, passível de revisão e aprimoramento conforme novos modelos algorítmicos, padrões de mercado, decisões judiciais e avanços regulatórios venham a surgir.

Sua finalidade última é contribuir para que a racionalidade algorítmica permaneça subordinada ao ordenamento jurídico, garantindo que nenhum consumidor seja reduzido a mero objeto de cálculo estatístico, mas reconhecido e protegido como sujeito de direitos em toda a extensão prevista na LGPD, no CDC e na legislação da saúde suplementar.