

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

14 de janeiro de 2026



EVENTO RECOMENDADO

IX ENCONTRO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE E HOSPITAIS VÊ MAIS LONGE QUEM VOA MAIS ALTO

Diane da melhora nos indicadores das operadoras de Planos de Saúde, o encontro visa compartilhar as estratégias bem-sucedidas alcançadas por diversos experts do segmento, tanto na formulação de novos modelos de negócios quanto nas ações para reduzir a incidência de problemas e sua superação.

A diretora da Milliman, Andréa Cardoso, será uma das palestrantes do segundo dia do encontro.

Evento presencial

Quando: 15 e 16 de abril de 2026

Onde: Grand Mercure Curitiba Rayon

Valor: R\$ 300 por pessoa

Para maiores informações e inscrições, contatar:

julcemarragnini@hotmail.com

(49) 9 99891603

ÍNDICE INTERATIVO

[O futuro da saúde suplementar: gestão, inovação e desempenho econômico](#) - Fonte: Saúde Business

[Saúde 5.0 e o desafio de humanizar a tecnologia](#) - Fonte: Medicina S/A

[Operadora deve avisar consumidor antes de cancelar plano por fraude](#) - Fonte: Consultor Jurídico

[Judicialização de planos de saúde pode alcançar 1,2 mi de ações por ano até 2035](#) - Fonte: InfoMoney

[ANS divulga resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Panorama da saúde suplementar no Brasil em 2025: Lucro x conflitos](#) - Fonte: Migalhas

[Já está disponível o formulário do REA-Ouvidorias 2026](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Planos exclusivamente odontológicos registram 35,4 milhões de beneficiários em novembro](#) - Fonte: (Gov)
ANS

[A Gestão do Envelhecimento: Desafios e Oportunidades para o Futuro](#) - Fonte: Saúde Business

O FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: GESTÃO, INOVAÇÃO E DESEMPENHO ECONÔMICO

Saúde Business – 14/01/2026

Análise da Fensaúde aponta que o setor demanda uma abordagem estratégica e equilíbrio financeiro para garantir a sustentabilidade do sistema.

A expectativa para a saúde suplementar em 2026 é de um ano desafiador. Apesar dos sinais de recuperação após a pandemia, ainda há um cenário preocupante: uma em cada quatro operadoras apresenta resultado líquido negativo, evidenciando a necessidade de estratégias eficazes para garantir a sustentabilidade do setor.

Conforme dados da Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde, o cenário macroeconômico tem pressionado o setor. As operadoras de planos de saúde com resultado operacional negativo aumentaram desde o início do ano: eram pouco menos de 1/3 (202 operadoras – 31,7%) no 1T25 e já são quase metade agora (315 operadoras – 49,2%). Ao todo, 8,65 milhões de beneficiários estão em operadoras com resultado operacional negativo. No geral, o lucro líquido das operadoras médico-hospitalares registrou variação de -14,1% em relação ao trimestre anterior, passando de R\$ 5,5 bilhões para R\$ 4,8 bilhões.

Por outro lado, o desempenho econômico do país tem impulsionado a geração de empregos na saúde suplementar. Foram 1,7 milhão de novos empregos formais entre janeiro e setembro de 2025, elevando o total de vínculos ativos para 48,9 milhões. Esse cenário favorece a expansão na contratação de planos de saúde no próximo ano.

Para Bruno Sobral, diretor-executivo da FenaSaúde, a saúde suplementar é um ambiente complexo e sua boa condição econômico-financeira é essencial para o equilíbrio do sistema de saúde brasileiro como um todo. “O desafio de 2026 será ampliar o acesso de forma responsável garantindo que a incorporação de novas tecnologias não comprometa a sustentabilidade do setor principalmente para os beneficiários de pequenas cidades e regiões mais vulneráveis”, explica ele.

Crescimento dos Custos Assistenciais

Segundo especialistas do setor, um dos maiores gargalos do setor privado é o aumento constante dos custos assistenciais, impulsionado por fatores como o envelhecimento da população, maior demanda por tratamentos complexos e o uso de tecnologias avançadas. Esses custos pressionam as

operadoras, que muitas vezes precisam reajustar os valores dos planos, gerando insatisfação entre os beneficiários.

De acordo com a FenaSaúde, a queda na margem de lucro, passou de 6,7% para 5,6%. Além disso, o índice combinado, que representa a relação entre as despesas operacionais (administrativas, de comercialização e assistenciais) e as receitas das contraprestações efetivas, apresentou um aumento de 1,1 ponto percentual, passando de 94,2% para 95,3%.

Perspectivas para o ano

A expansão dos planos de saúde em 2026 dependerá de preços acessíveis, especialmente para pequenas empresas, consideradas um termômetro do setor. No entanto, o mercado enfrenta desafios: a regra de reajuste dos planos individuais limita a oferta, concentrando mais de 83% das contratações nos planos coletivos.

Com 53 milhões de beneficiários, a saúde suplementar enfrenta desafios de gestão que demandam uma abordagem estratégica e integrada, baseada em inovação, eficiência operacional e foco na experiência dos usuários. Investir em tecnologia, promover ações de prevenção, capacitar profissionais e implementar soluções para reduzir custos, além de aprimorar a comunicação com os beneficiários, são medidas fundamentais para superar esses obstáculos e assegurar a sustentabilidade do setor.

Além disso, os debates da ANS sobre reajuste de planos coletivos, coparticipação, oferta de planos segmentados e revisão da Lei nº 9.656/1998 também devem influenciar o mercado.

“Para 2026, projetamos um setor de saúde suplementar com foco em sustentabilidade, inovação e ampliação do acesso à população. É fundamental avançar em modelos de financiamento equilibrados, adotar novas tecnologias como inteligência artificial, fortalecer a coordenação do cuidado e a atenção primária, e implementar soluções como franquias para tornar os planos mais acessíveis. Precisamos também combater fraudes e reduzir a judicialização excessiva, garantindo que a expansão ocorra de forma responsável e com qualidade”, finaliza Raquel Reis, CEO da SulAmérica e Presidente da FenaSaúde.

SAÚDE 5.0 E O DESAFIO DE HUMANIZAR A TECNOLOGIA

Medicina SA – 13/01/2026

A saúde suplementar brasileira vive um ponto de inflexão. Depois de anos discutindo digitalização, eficiência e custos crescentes, chegamos ao momento em que a tecnologia deixa de ser uma promessa e passa a ser o próprio terreno

onde o setor precisa aprender a caminhar. Mas, para além do vocabulário da moda que domina as conferências e relatórios, a pergunta essencial continua a mesma: como colocar o

paciente no centro de um sistema que historicamente foi construído ao redor da burocracia?

O conceito de Saúde 5.0 surge justamente como resposta a esse impasse. Ele representa mais do que a simples evolução da Saúde 4.0, marcada pela adoção maciça da telemedicina e de sistemas digitais. A quinta fase amplia o olhar e transforma a tecnologia em um meio para que o paciente assuma, de fato, o papel de protagonista. Vai além de apenas tratar doenças para compreender a saúde como uma jornada contínua, integrada e conectada. É um modelo que une prevenção, experiência, autonomia e valor.

No cotidiano da saúde suplementar, isso significa abandonar processos que ainda dependem de e-mails perdidos, prontuários desconectados e autorizações manuais, e migrar para um ecossistema capaz de dialogar em tempo real. A interoperabilidade de dados, por exemplo, deixa de ser um desejo para se tornar a base de qualquer operação moderna. Hospitais, clínicas, laboratórios e operadoras precisam trocar informações sem atritos para que a jornada funcione do início ao fim. Quando essa engrenagem falha, quem paga o preço é o beneficiário, que enfrenta a morosidade, a duplicidade de exames e a fragmentação do cuidado.

A importância da transformação digital não está apenas na automação, mas na capacidade de interpretar e agir sobre dados. A saúde gera informações em abundância, mas só faz sentido quando elas se transformam em decisões mais rápidas, diagnósticos mais precisos e estratégias mais sustentáveis. A inteligência artificial já desempenha um papel central nessa mudança ao acelerar autorizações, prever cancelamentos, apoiar o diagnóstico e detectar fraudes com mais eficiência do que qualquer processo exclusivamente humano. O uso de big data, por sua vez, inaugura uma nova era em que a gestão deixa de ser reativa e passa a antecipar riscos, comportamentos e demandas futuras.

E há, ainda, o impacto direto sobre a experiência do beneficiário. Um sistema capaz de integrar consultas, exames, prescrições digitais, telemedicina, wearables e monitoramento remoto não apenas reduz custos como também entrega ao paciente o que ele mais espera: tempo,

clareza e autonomia. Ele passa a ser atendido onde estiver, decide por qual canal prefere se comunicar, acompanha suas informações de saúde e participa ativamente do tratamento. Essa mudança não é estética; é estrutural. Ela transforma o que antes era uma relação distante e verticalizada em um modelo colaborativo, em que todos os agentes do setor trabalham conectados.

Mas a Saúde 5.0 também exige cuidado. Se depender apenas da tecnologia, ela nasce incompleta. O avanço das soluções digitais precisa ser acompanhado de uma governança robusta que respeite a privacidade dos dados, fortaleça a LGPD, evite assimetrias de informação e garanta que a automação não aprofunde desigualdades. A adoção de tecnologias como IoMT, realidade aumentada, nanotecnologia ou algoritmos preditivos só faz sentido se o beneficiário estiver no controle do próprio percurso, com segurança e transparência.

O setor passa por um momento em que as discussões sobre sustentabilidade financeira se entrelaçam com as discussões sobre transformação digital. Não existe mais futuro possível para a saúde suplementar que não seja apoiado por dados integrados, sistemas inteligentes e modelos preventivos. As tecnologias já estão prontas; o que falta é alinhamento entre todos os atores do ecossistema para que a jornada do paciente seja contínua e livre de ruídos.

A Saúde 5.0 não é sobre máquinas substituindo pessoas, mas sobre tecnologia fortalecendo a relação entre elas. O desafio é mais estratégico do que técnico. Demanda entender que eficiência e humanização não são movimentos contrários, e que investir em inovação é, inevitavelmente, investir em cuidado.

Se quisermos um setor sustentável, precisamos permitir que o paciente ocupe o lugar que sempre deveria ter sido dele. E isso só será possível quando a tecnologia for usada para integrar, simplificar e conectar, e não para criar novas barreiras. O futuro da saúde suplementar exige deixar de enxergar pessoas como números e tratá-las como protagonistas. Esse é o verdadeiro significado da Saúde 5.0.

OPERADORA DEVE AVISAR CONSUMIDOR ANTES DE CANCELAR PLANO POR FRAUDE

Consultor Jurídico – 12/01/2026

Operadoras de planos de saúde coletivos não podem cancelar unilateralmente os contratos de beneficiários de boa-fé sem aviso prévio, mesmo quando a contratação tiver origem em fraude praticada por terceiros. Com esse entendimento, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça determinou a manutenção do convênio de um idoso que teve seu plano cancelado sem comunicação prévia.

No caso analisado, a operadora cancelou o plano porque constatou que a empresa estipulante havia participado de um esquema fraudulento para comercializar planos coletivos a

pessoas sem vínculo empregatício. Apesar disso, o beneficiário havia utilizado regularmente o plano e pago as mensalidades por mais de dois anos sem ter qualquer ciência da irregularidade.

A operadora sustentou que o cancelamento era legítimo, já que nunca existiu vínculo válido entre o beneficiário e a pessoa jurídica contratante. O Tribunal de Justiça do Distrito Federal acolheu esse argumento e julgou improcedente o pedido do consumidor. O STJ, no entanto, reformou a decisão.

Para a ministra Nancy Andrigi, relatora do recurso, embora as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autorizem a exclusão de beneficiários em caso de perda de vínculo com a empresa, essa prerrogativa não afasta o dever de observância das regras contratuais e do Código de Defesa do Consumidor.

Para a magistrada, a operadora integra a cadeia de fornecimento e não pode se eximir da responsabilidade pela falha na prestação do serviço, especialmente quando deixou de verificar a elegibilidade do beneficiário e ainda obteve vantagem econômica com o pagamento das mensalidades por longo período.

JUDICIALIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE PODE ALCANÇAR 1,2 MI DE AÇÕES POR ANO ATÉ 2035

InfoMoney – 12/01/2026

Estudo projeta cenários críticos, mapeia causas estruturais da litigiosidade e propõe reformas para garantir a sustentabilidade do setor

A judicialização na saúde suplementar pode atingir até 1,2 milhão de novos processos anuais em 2035, caso não haja coordenação institucional e reformas estruturantes. É o que projeta um novo estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Segundo o levantamento, o problema já mostra crescimento expressivo: entre 2020 e 2024, o volume de ações subiu 112%, alcançando 298,7 mil novos processos no último ano — o equivalente a uma nova ação a cada 1 minuto e 45 segundos. Mantida essa trajetória, o setor poderá conviver com um cenário de forte pressão financeira e regulatória, afetando a previsibilidade e a organização dos serviços prestados aos beneficiários.

Além do crescimento, o estudo detalha os principais motivadores da judicialização, que são:

1. Demandas por medicamentos: 35% dos casos
2. Tratamentos médico-hospitalares: 30%
3. Reajustes contratuais: 20%
4. Órteses, próteses e materiais especiais: 10%
5. Home care: 3%

Há também forte concentração geográfica: São Paulo responde por 38% das ações, seguido de Rio de Janeiro (15%), Minas Gerais (9%) e Rio Grande do Sul (8%).

Segundo estimativas setoriais, a judicialização consumiu R\$ 17,1 bilhões entre 2019 e 2023. Em paralelo, dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que regula o mercado de planos de saúde, indicam que o setor movimentou R\$ 350 bilhões em receitas em 2024, com lucro líquido de R\$ 11,1 bilhões. São números que refletem um ambiente financeiro que, apesar de robusto, segue

A fraude praticada pela contratante não pode ser transferida ao consumidor que agiu de boa-fé, afirmou a ministra. Segundo ela, nesses casos, ainda que seja possível o rompimento unilateral do contrato coletivo, é obrigatória a notificação prévia do beneficiário.

Com isso, o colegiado do STJ determinou a manutenção do plano de saúde do autor até que o contrato seja formalmente rescindido, mediante comunicação prévia e adequada. A decisão foi unânime.

Clique [aqui](#) para ler o voto da relatora

Clique [aqui](#) para ler o acórdão

pressionado por custos assistenciais crescentes e alta imprevisibilidade regulatória.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, o estudo evidencia que o tema exige ação coordenada e imediata.

“A judicialização não é apenas um fenômeno jurídico; é um indicador de que nossas estruturas de diálogo, regulação e mediação ainda não estão funcionando como deveriam. Quando o Judiciário vira porta de entrada do sistema, todos perdem.”

Mudanças recentes

O estudo destaca também mudanças recentes no ambiente jurídico. As Súmulas Vinculantes 60 e 61 do Supremo Tribunal Federal (STF), decisões de 2024, e o acórdão da ADI 7265 reforçam a necessidade de análise administrativa prévia, comprovação científica robusta e consulta ao NAT-JUS.

Vale lembrar que a Súmula Vinculante 60 determina que pedidos e análises de fármacos na rede pública, e seus desdobramentos judiciais, devem observar os acordos interfederativos (fluxos) homologados pelo STF. Já a 61 trata do fornecimento judicial de um fármaco não incorporado ao SUS e estabelece as condições para a permissão.

Segundo Cechin, essas decisões ajudam, mas não resolvem sozinhas o problema. Para ele, é preciso ocorrer alterações nas condutas das operadoras para fazer valer as decisões recentes do STF, além de alinhamento entre Judiciário, reguladores e operadoras. “É preciso atacar as causas, não apenas administrar os efeitos”, pontua.

Ele enfatiza, ainda, experiências de sucesso para reduzir as ações judiciais nos planos de saúde. Uma delas é a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), plataforma de

mediação de conflitos da ANS com foco em negativas de cobertura, procedimentos ou falhas no atendimento, que mantém taxa de resolução superior a 90%. As câmaras de mediação estaduais — como as do Rio de Janeiro e da Bahia — evitaram mais de 80 mil judicializações desde sua criação, mostrando outra iniciativa bem sucedida.

O e-NatJus, por sua vez, acumula mais de 272 mil notas técnicas, com crescimento de 40% nas consultas apenas em 2024. Este é um serviço criado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que fornece pareceres técnicos e notas com base científica para auxiliar juízes a decidir sobre casos complexos de saúde, como pedidos de medicamentos e tratamentos.

Projeções

No horizonte até 2035, o IESS projeta três cenários:

- Pessimista: até 1,2 milhão de processos anuais;

- Realista: estabilização em torno de 400 mil ações/ano;
- Otimista: redução para cerca de 170 mil ações, com fortalecimento de mediação pré-processual, criação de NAT-Saúde Suplementar e maior transparência regulatória.

Cechin ressalta que o futuro depende da capacidade coletiva de implementar reformas.

O estudo conclui que a judicialização dos planos de saúde só deixará de ser o caminho dominante se houver coordenação institucional, modernização regulatória e ampliação de mecanismos administrativos de resolução de conflitos.

“Nosso desafio é construir um sistema que funcione para todos, sem precisar do Judiciário como mediador permanente”, conclui o superintendente do IESS.

ANS DIVULGA RESULTADO PRELIMINAR DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

(Gov) ANS - 12/01/2026

Informações relativas ao 3º trimestre 2025 estão disponíveis para consulta

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial relativo ao 3º trimestre de 2025. A operadora poderá acessar seu resultado consultando o documento Prontuário de Resultados - Mapeamento do Risco Assistencial, disponível na Central de Relatórios, em Monitoramento do risco assistencial, mediante login e senha.

O Mapeamento do Risco Assistencial é composto por indicadores distribuídos exclusivamente em duas dimensões: assistencial e atuarial dos produtos, de acordo com os normativos Resolução Normativa 479/2022 e Instrução Normativa DIPRO nº 58/2022. As fichas técnicas atualizadas dos indicadores podem ser acessadas na página do [programa](#).

Os questionamentos relativos ao resultado preliminar do Mapeamento do Risco Assistencial deverão ser enviados, impreterivelmente, até o dia 27/01/2026, não havendo prorrogação, conforme prazo regulamentar previsto no art. 11 da IN DIPRO nº 58/2022.

O envio dos questionamentos deve ser feito via Protocolo Eletrônico da ANS, de acordo com as orientações a seguir.

Utilização do Protocolo Eletrônico:

Caso o usuário seja o representante legal, o Protocolo Eletrônico já estará disponível de forma automática. Ressalta-se que o representante legal é o único usuário que possui acesso a todos os perfis de todos os sistemas por padrão.

Para isso, é preciso:

- Acessar o sistema “Protocolo Eletrônico” no menu “Operadora” do Portal Operadoras;
- Clicar “Iniciar petição”;
- Selecionar “Monitoramento do Risco Assistencial”;
- Selecionar “Questionamento ao Resultado Preliminar”;
- Seguir as orientações de preenchimento; e
- Selecionar o trimestre.

Caso não possua acesso, será necessário que o representante legal, através do “ADMP – Operadora” no Portal Operadora, conceda acesso aos perfis abaixo no sistema “E-PROTOCOLO - Protocolo Eletrônico”:

- Perfil obrigatório para acesso ao sistema de protocolo eletrônico;
- Protocolos DIPRO – Consultar petição;
- Protocolos DIPRO – Gerar petição;
- Protocolos DIPRO – Consultar notificação.

PANORAMA DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL EM 2025: LUCRO X CONFLITOS

Migalhas – 10/01/2026

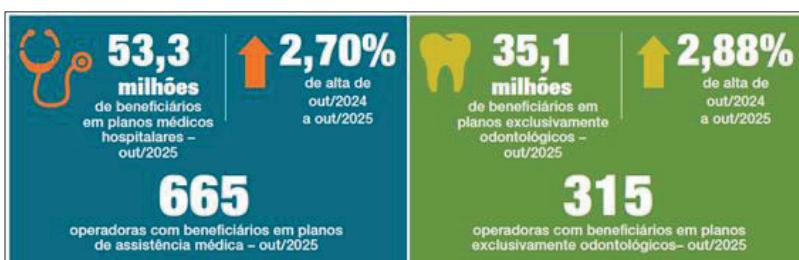
A saúde suplementar apresenta robustez lucrativa, mas coexiste com elevado volume de reclamações e crescimento de demandas judiciais.

Ao estudar com a devida profundidade o Boletim panorama: saúde suplementar da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar1 – divulgado em dezembro de 2025 – chamou minha atenção quão profundo é este mundo, nada obstante sempre acompanhar as informações estatísticas por muito.

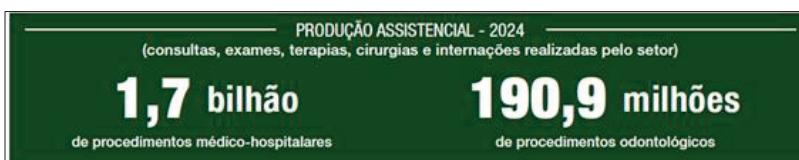
O estudo acima referido examina dados sobre a assistência à saúde; beneficiários de planos de saúde; cenário econômico-financeiro; informações sobre demandas dos consumidores, normativos e programas e projetos da ANS.

Não é nosso escopo transcrever sumariamente as informações sob a áurea de um artigo científico, mas abordar neste momento as informações de maior relevância para haja subsídios que contribuam à compreensão de uma grandeza muito extensa.

Partamos da informação de que em outubro de 2024 já havia 53,3 milhões de beneficiários de planos de saúde privado. Considerando a população brasileira em 213 milhões de habitantes, é certo perceber que 25% dos brasileiros são beneficiários de planos de saúde privados:



Os milhões de beneficiários realizaram em 2024 – até o mês de outubro – 1,7 bilhão de procedimentos médico-hospitalares e 190,9 milhões de procedimentos odontológicos:



À primeira impressão podemos pensar que as operadoras de planos e seguros de saúde sofreram prejuízos com tamanha demanda, mas a realidade é outra, haja vista o fato de que a receita supera a despesas assistenciais em mais de 55 bilhões de reais:



O Boletim nos traz uma informação importantíssima, qual seja, o crescimento do número de beneficiários em planos de assistência médica foi apenas em planos coletivos empresariais à razão de 4,35%.

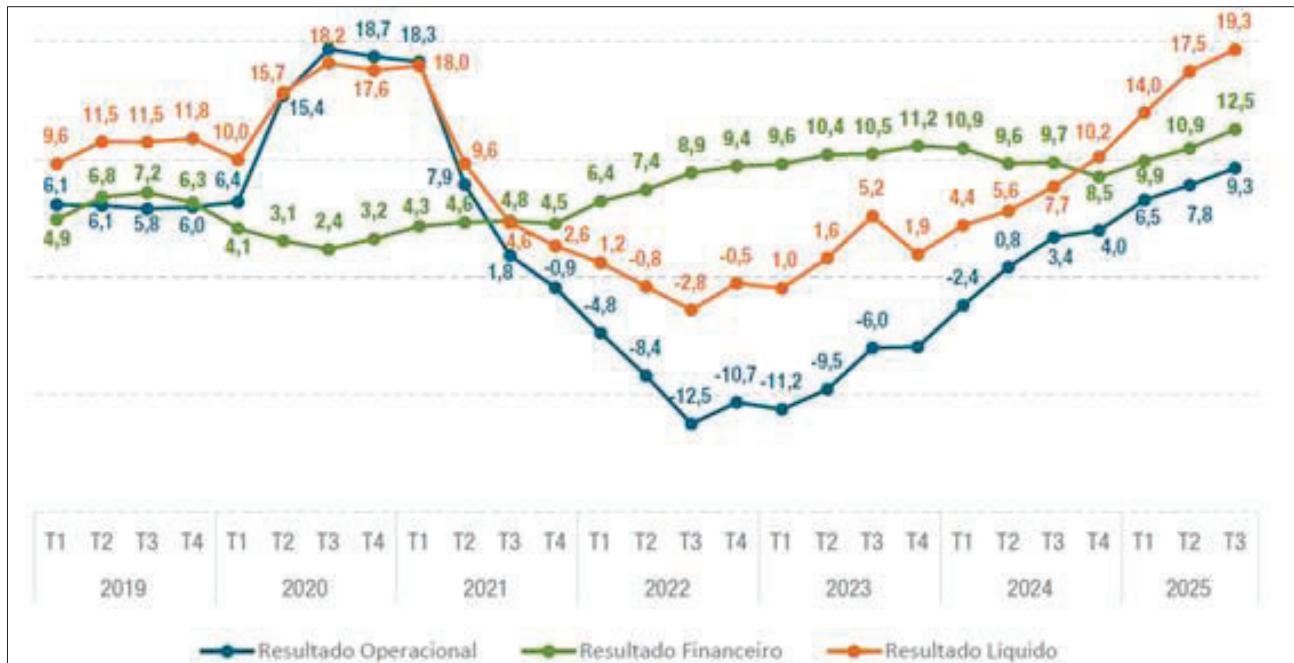
Isto ocorre, pois, as 665 operadoras de planos e seguros de assistência médica, em sua grandessíssima maioria, não comercializam planos individuais e familiares. Assim o fazem, porque este ano estas modalidades de planos e seguros de saúde são regidas pela ANS, inclusive no que concerne aos índices de correção das mensalidades.

Muitas famílias, pois, veem-se obrigadas a contratar um plano coletivo empresarial, ou seja, contratam por meio de um CNPJ um plano de saúde para o mesmo núcleo familiar, como se plano familiar fosse.

Como já tratamos artigos diversos, trata-se do denominado plano falso coletivo. Tendo motivos bem delineados o aumento da mensalidade, a denominada taxa de rotatividade – adesões/cancelamentos) foi de 30,5%, ou seja, quase um terço dos vínculos foram substituídos ao longo do ano. O número de beneficiários de

planos coletivos empresariais representava, em dezembro de 2024, 71,9% do total de beneficiários ativos. Os cancelamentos foram 78,2% do total e as adesões 81,9%. Em 2024, quase 8,5 milhões de cancelamentos foram motivados por desligamento do beneficiário da empresa contratante. Este número representa 69,1% dos cancelamentos em planos coletivos empresariais.

Apesar, o setor em seu viés de alta, renovando as máximas desde 2019, com exceção do período pandêmico, tanto no resultado líquido quanto no resultado operacional. O resultado líquido acumulado nos últimos quatro trimestres atingiu R\$ 14 bilhões, completando 8 trimestres consecutivos de resultados positivos neste recorte:

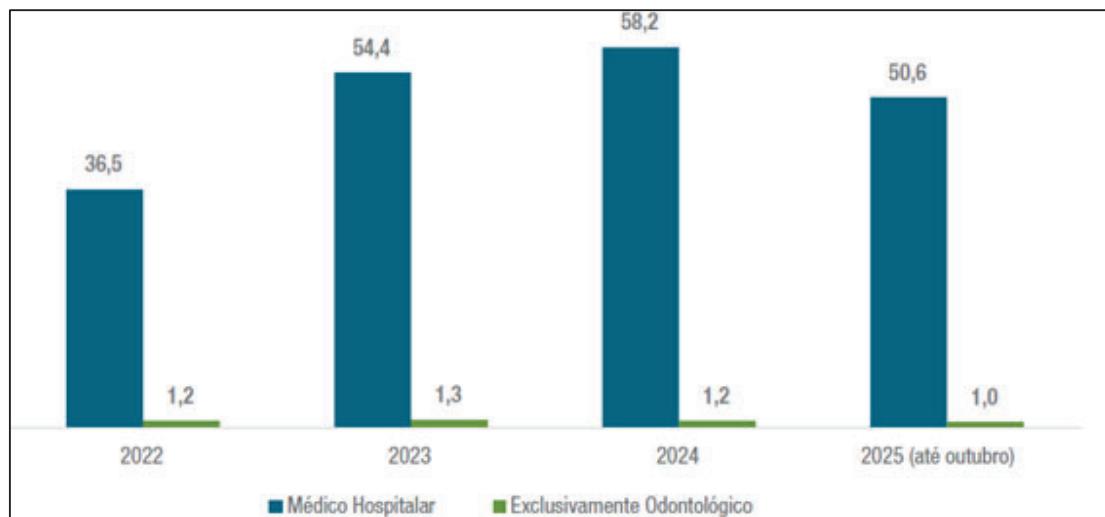


Também o resultado financeiro segue apresentando melhorias em relação ao trimestre anterior, atingindo R\$ 12,5 bilhões, em seu terceiro trimestre consecutivo de alta.

Em que pese a farta lucratividade dos planos e seguradoras de saúde os planos de assistência médica hospitalar tiveram no ano de 2024 a média de 58,2 reclamações para cada 100 mil beneficiários, enquanto tal média nos meses de janeiro a

outubro de 2025 foi de 50,6, reclamações para cada 100 mil beneficiário.

Por sua vez, os planos exclusivamente odontológicos tiveram em média 1,0, reclamação para a mesma quantidade de beneficiários no período de janeiro a outubro de 2025 e de 1,2 para cada 100 mil beneficiários, em 2024:



Em brevíssima síntese, eis os principais números trazidos pela ANS.

A saúde suplementar ocupa posição central no arranjo brasileiro de proteção à saúde, mas opera sob tensões típicas de mercados regulados com forte assimetria de informação, contratos complexos e custos crescentes. De um lado, a ANS tem divulgado sinais de recuperação e sustentabilidade econômico-financeira do setor, com lucros relevantes em bases recentes. De outro, permanecem elevados os indicadores de conflito, seja pela via administrativa (reclamações/NIP e índices correlatos), seja pela via judicial (ações de consumidores contra operadoras, com destaque para discussões sobre cobertura assistencial).

Essa simultaneidade sugere um paradoxo: resultados econômicos robustos podem coexistir com deterioração - ou, ao menos, não melhora proporcional - da satisfação do beneficiário. No plano jurídico, a leitura do fenômeno exige integrar: (i) a regulação setorial (lei 9.656/1998 e normativos da ANS), (ii) o microssistema de tutela do consumidor, e (iii) a dogmática contratual contemporânea (boa-fé objetiva, função social e deveres anexos), frequentemente invocada em litígios de negativa de cobertura.

No campo regulatório, a ANS trata grande parte do conflito por meio da NIP - Notificação de Intermediação Preliminar, cujo acompanhamento aparece em painéis e boletins. No Panorama – Saúde Suplementar (nov. 2025), a Agência registra que, entre janeiro e outubro de 2025, houve tendência de redução das reclamações NIP em comparação com 2024, mas ressalta um dado estrutural: a predominância das reclamações assistenciais.

Sob a lente doutrinária, a recorrência de conflitos de cobertura costuma ser explicada por: (i) cláusulas limitativas redigidas com tecnicismo e baixa transparência; (ii) desequilíbrio informacional na venda/adesão; (iii) tensão entre taxatividade de rol/regulação e necessidade clínica individual; (iv) práticas de gestão de risco que “transferem” custos para o consumidor por meio de negativas, reembolsos limitados ou descredenciamentos.

A judicialização aparece como etapa posterior (ou paralela) ao conflito administrativo. Estudo do IESS, no âmbito da série “Caminhos da Saúde Suplementar – Perspectivas 2035”, aponta crescimento expressivo das ações na saúde suplementar: aumento de 112% entre 2020 e 2024, alcançando 298.755 novos processos em 2024, com base em dados do CNJ reportados publicamente.

Tal crescimento dialoga com a natureza das reclamações: quando 4/5 das demandas regulatórias são assistenciais (restrição de cobertura), o contencioso tende a refletir o mesmo foco - pedidos de obrigação de fazer para tratamentos, exames, internações, terapias, medicamentos e continuidade assistencial. A literatura também reporta que, no agregado do “direito à saúde” (pública e privada), houve aumento relevante de novos processos em 2024, segundo estatísticas do CNJ reproduzidas por veículos de imprensa.

Do ponto de vista jurídico-estrutural, a judicialização funciona como mecanismo de correção de falhas: o consumidor recorre ao Judiciário para reduzir assimetria de poder e obter tutela de urgência diante de risco à saúde. Entretanto, a litigância em massa também revela falha sistêmica de resolução na origem: se o setor melhora a lucratividade ao mesmo tempo em que cresce o contencioso, é plausível sustentar que parte do ganho econômico se associa a estratégias que externalizam custos de transação (tempo, incerteza e risco) para o beneficiário, que então “paga” com reclamações e processos.

A correlação (não necessariamente causal) entre lucratividade e conflito pode ser discutida em quatro hipóteses complementares segundo Cláudia Lima Marques e Bruno Miragem:

1. **Gestão de sinistralidade e barreiras de acesso:** Medidas de controle (auditorias, diretrizes de utilização, negativas por interpretação restritiva) podem reduzir despesas no curto prazo e elevar resultados, mas aumentam fricção e percepção de violação de expectativa legítima - especialmente em contratos de longa duração e forte dependência do serviço.
2. **Complexidade contratual e transparência insuficiente:** Em serviços complexos, o dever de informação e a transparência qualificada são essenciais; sem isso, amplia-se a surpresa contratual e o litígio.
3. **Mudança de perfil tecnológico e terapêutico:** Inovação em medicamentos e terapias de alto custo pressiona a fronteira do que se entende como “cobertura devida”, elevando conflitos interpretativos e urgência judicial, ainda que o setor esteja financeiramente melhor em termos agregados.
4. **Custos de transação e estratégia de “nega primeiro”:** Quando o desenho institucional faz com que a negativa inicial seja “barata” e o deferimento seja “caro” apenas se houver contestação (reclamação, NIP, ação), cria-se incentivo perverso para que parte dos casos seja resolvida apenas após escalonamento — aumentando reclamações e judicialização mesmo em cenário de lucro.

Em sumária conclusão, O paralelo entre lucratividade e conflictividade na saúde suplementar brasileira evidencia que melhora econômico-financeira agregada não se converte automaticamente em melhor experiência do usuário. Os dados recentes mostram, simultaneamente, **lucros expressivos** divulgados pela ANS e **predominância de reclamações assistenciais** (80,8% das NIPs em jan-out/2025), isto é, ligadas a restrições/negativas de cobertura. No plano judicial, estudos apontam aceleração das ações contra operadoras, com salto relevante no período 2020-2024.

Do ponto de vista científico-jurídico, a interpretação mais consistente é a de um fenômeno de litigiosidade estrutural alimentado por incentivos econômicos, assimetria informacional e disputas interpretativas sobre cobertura em ambiente regulado. Para reduzir o paradoxo, medidas

eficazes passam por transparência contratual reforçada, canais internos resolutivos antes da NIP, compliance assistencial, governança de negativas (rastreabilidade e motivação), e regulação baseada em evidências que alinhe solvência com proteção do beneficiário.

JÁ ESTÁ DISPONÍVEL O FORMULÁRIO DO REA-OUVIDORIAS 2026

(Gov) ANS - 09/01/2026

Preencha até o dia 15/4 no portal da ANS; confira o manual

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que o formulário eletrônico do Relatório de Atendimento das Ouvidorias (REA-Ouvidorias 2026), ano-base 2025, já está disponível para preenchimento até 15 de abril de 2026, através do Sistema de Protocolo Eletrônico da ANS, via [Portal Operadoras](#).

Vale destacar que o envio das informações deve ser realizado exclusivamente através do formulário eletrônico. Em seguida, o conteúdo será avaliado automaticamente pelo sistema, que impedirá o envio de documentos inconsistentes. É importante guardar o recibo eletrônico de protocolo, que é o comprovante de envio dos dados pela operadora.

Importante: apenas o Recibo Eletrônico de Protocolo comprova o envio dos dados pela operadora

Estão disponíveis no Portal da ANS o modelo e o manual para preenchimento do formulário. Confira abaixo:

[Clique aqui para acessar o manual de Preenchimento do REA-Ouvidorias 2026.](#)

[Clique aqui para acessar o modelo do formulário do REA-Ouvidorias 2026.](#)

Revisão cadastral

Neste período, a ouvidoria da ANS também promoverá a revisão do cadastro das ouvidorias das operadoras no portal da ANS. É através desses dados que a ANS se comunica com as ouvidorias das empresas.

[Clique aqui para realizar a atualização cadastral da ouvidoria.](#)

[Clique aqui para obter informações importantes sobre a senha .txt.](#)

PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS REGISTRAM 35,4 MILHÕES DE BENEFICIÁRIOS EM NOVEMBRO

(Gov) ANS - 07/01/2026

Em assistência médica, patamar de 53 milhões de consumidores é mantido



A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quarta-feira, 7/1, os dados de beneficiários de planos de saúde referentes a novembro de 2025: 35.377.783 nos planos exclusivamente odontológicos e 53.148.999 nos

planos de assistência médica. Esses e outros dados podem ser conferidos na Sala de Situação, ferramenta de pesquisa sobre informações do setor de planos de saúde disponível no portal da reguladora.

Os números mostram que, nos planos médico-hospitalares, novembro contou com mais 139.207 beneficiários em relação ao mês anterior. Se o comparativo for em relação ao mesmo mês em 2024, houve aumento de 1.180.312 beneficiários no setor.

Nos planos exclusivamente odontológicos, 1.114.948 beneficiários incrementaram o setor em novembro deste ano, se compararmos com o mesmo mês em 2024. De outubro de 2025 para novembro, a saúde suplementar conquistou mais 339.963 beneficiários



Distribuição por tipo de contratação

	Planos de assistência médica	Planos de assistência exclusivamente odontológicas
Individual/familiar	8.538.862 (16%)	5.749.460 (16,3%)
Coletivo empresarial	38.763.288 (73%)	26.378.484 (74,5%)
Coletivo por adesão	5.822.187 (11%)	3.246.456 (9,2%)

Adesões e cancelamentos

O crescimento no último mês, em planos de assistência médica, foi resultado da inclusão de 1.247.919 novos vínculos e o cancelamento de 1.108.712 vínculos.

Esses números indicam uma taxa de rotatividade (semelhante ao *turnover* de uma empresa) no mês de setembro de 2,35%, ou seja, 1.108.712 vínculos ativos foram substituídos no mês.

No acumulado de 12 meses, verificaram-se 15.706.121 adesões e 14.386.602 cancelamentos, resultando em uma taxa de rotatividade de 27,67%.

Importante! Os dados de beneficiários de planos de saúde refletem os números de vínculos de indivíduos a planos de saúde. Isso porque uma mesma pessoa pode ter mais de um plano e, portanto, mais de um vínculo.

Também cabe destacar que os novos vínculos, ou adesões, referem-se a todo tipo de entrada, tais como novos

beneficiários, transferência de carteira, mudança voluntária de plano etc. Da mesma forma, os cancelamentos referem-se a todo tipo de saída, como encerramento do contrato de plano coletivo de uma empresa, saída de beneficiários do setor, óbito etc.

Atenção! Os números podem sofrer alterações retroativas devido às revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Crescimento por estado

No comparativo com novembro de 2024, houve evolução no número de beneficiários em planos de assistência médica em todas as unidades federativas. Entre os odontológicos, 21 unidades federativas registraram crescimento no período.

Os estados de São Paulo, Amazonas, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia foram os que apresentaram maior crescimento em números absolutos no número de beneficiários em planos de assistência médica. Amazonas foi o estado com maior crescimento percentual no período (12,87%).

Nos planos exclusivamente odontológicos, os estados que tiveram mais adesões foram São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. O maior crescimento percentual entre novembro de 2024 e novembro de 2025 foi no Distrito Federal (8,62%) Veja abaixo a evolução de beneficiários por estado no período de novembro de 2024 a novembro de 2025.

Estado	Número de beneficiários por UF			
	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	nov/24	nov/25	nov/24	nov/25
Acre	45.111	47.066	21.794	20.508
Alagoas	388.236	391.719	436.209	423.372
Amapá	63.332	65.691	48.140	48.056
Amazonas	625.477	705.960	592.853	618.749
Bahia	1.712.567	1.771.937	1.914.835	1.931.043
Ceará	1.463.157	1.495.762	1.406.631	1.446.290
Distrito Federal	976.843	1.026.964	693.179	752.910
Espírito Santo	1.340.132	1.399.104	852.305	895.058
Goiás	1.933.934	1.965.285	962.383	970.842
Maranhão	522.097	537.618	375.467	380.480
Mato Grosso	680.990	689.427	303.981	305.476
Mato Grosso do Sul	680.069	684.161	362.528	368.864
Minas Gerais	5.831.516	5.907.229	3.024.453	3.092.207
Pará	891.369	901.323	581.097	580.225
Paraíba	448.884	464.811	549.674	571.049
Paraná	3.152.012	3.198.801	1.928.569	2.032.564
Pernambuco	1.432.213	1.457.649	1.375.180	1.391.981
Piauí	410.455	413.778	239.555	255.078
Rio de Janeiro	5.499.991	5.573.928	3.833.443	4.060.301
Rio Grande do Norte	623.828	645.610	590.049	627.834
Rio Grande do Sul	2.624.592	2.671.351	1.101.358	1.103.042
Rondônia	160.661	170.630	129.710	121.267
Roraima	30.922	32.289	13.881	14.497
Santa Catarina	1.700.504	1.745.196	922.849	989.554
São Paulo	18.085.057	18.662.763	11.586.511	11.961.765
Sergipe	340.095	344.065	265.035	262.786
Tocantins	126.485	132.500	145.345	146.650

A GESTÃO DO ENVELHECIMENTO: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA O FUTURO

Saúde Business - 07/01/2026

Com 60 milhões de brasileiros acima dos 50 anos, a longevidade tornou-se uma questão estratégica para os gestores e é vista como uma ameaça para a sustentabilidade do sistema de saúde.

O mundo atravessa uma verdadeira revolução da longevidade. Desde o início do último século, a expectativa de vida global aumentou mais de 40 anos, e o Brasil segue essa tendência. O envelhecimento populacional deixou de ser uma projeção futura e passou a ser um fator determinante

para o planejamento econômico e social do Brasil. Essa urgência tem pressionado as lideranças de saúde, que se veem em uma corrida contra o tempo para criar novos modelos e estratégias de cuidado.

Atualmente, o Brasil conta com mais de 60 milhões de pessoas acima dos 50 anos. Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, até 2050, cerca de 30% da população brasileira será composta por indivíduos com 60 anos ou mais. A recomendação da Organização Mundial da Saúde é um geriatra para cada 1 mil idosos. Atualmente, o país tem 3.167 geriatras, o equivalente a 1,49 profissional por 100 mil habitantes. Isso representa 0,7 por cento das especialidades gerais, ou seja, um déficit de aproximadamente 28 mil geriatras.

Essa transformação demográfica está diretamente relacionada à resiliência organizacional, já que o envelhecimento populacional impacta de maneira expressiva a sustentabilidade financeira do sistema, abrangendo tanto a saúde pública quanto a suplementar.

No cenário atual, a média de idade das internações migrou para um perfil mais velho. Em UTIs adulto, a média é de 63 anos. Em enfermarias clínicas, 54,2. Além disso, o tempo de permanência da pessoa idosa pode ser até sete vezes maior que o de um adulto jovem.

O aumento da população idosa representa um fator que impacta os custos na gestão das empresas hospitalares, em razão do crescimento na busca por serviços e da maior incidência de doenças crônicas. Cada dia dentro de um hospital representa mais exames, mais risco de complicações e maior necessidade de equipe multiprofissional.

Nessa faixa etária, a necessidade por atendimentos também é grande fora dos hospitais. Segundo a Abramed, a frequência de exames por habitante cresce de forma exponencial a partir dos 50 anos, atingindo seu pico entre 70 e 79 anos, o que demonstra uma natural elevação da procura por serviços de medicina diagnóstica.

As projeções são claras: o envelhecimento e a maior complexidade do cuidado pressionam as despesas assistenciais. Pesquisas indicam que os gastos da saúde suplementar podem crescer quase 30% até 2060, e as despesas médias por diária de internação são dramaticamente mais altas para a população acima dos 59 anos.

Mas, segundo especialistas essa realidade pode ser diferente. Os valores tendem a diminuir quando o cuidado deixa de ser reativo e passa a ser contínuo. Quando prevenção, acompanhamento e atenção primária funcionam, o idoso interna menos, permanece menos tempo nos hospitais e vive com mais autonomia. Ou seja, procura assistencial existe e custos também. A diferença está em como cada país decide cuidar da sua população madura. O Brasil ainda tem espaço enorme para reduzir gastos

simplesmente organizando melhor o acompanhamento ao longo da vida.

O envelhecimento da população impõe ao país a necessidade de se adaptar às demandas crescentes desse público. E a saúde desponta como um dos pilares essenciais a serem reestruturados, garantindo um envelhecimento ativo, saudável e produtivo.

Mudança do modelo de cuidado (gestão do risco, não da crise)

1. Educação e conscientização

Promover uma visão positiva sobre o envelhecimento, combatendo estigmas e preconceitos. Isso inclui educar a sociedade sobre as necessidades e as potencialidades da terceira idade, além de incentivar o respeito e a valorização dos idosos.

2. Saúde preventiva e manejo de crônicos

Investir em atenção primária forte e em estratégias de prevenção para que as pessoas cheguem à velhice com melhores condições de saúde. O manejo de doenças crônicas e a reabilitação são pilares fundamentais para garantir qualidade de vida

3. Integração entre saúde e assistência social

Criar sistemas integrados que conectem serviços de saúde e assistência social, garantindo suporte contínuo e personalizado para os idosos. Isso inclui cuidados domiciliares, centros de convivência e programas de apoio comunitário.

5. Tecnologia e inovação

Utilizar tecnologias para monitoramento, suporte e cuidado dos idosos, como dispositivos de saúde conectados, plataformas digitais de acompanhamento e soluções que promovam autonomia e segurança

6. Formação profissional especializada

Capacitar profissionais em áreas como geriatria, gerontologia e gerontotecnologia, garantindo que estejam preparados para atender às demandas específicas de uma população envelhecida.

Experiência global

Ao falar em saúde aplicada à longevidade, temos bons exemplos pelo mundo. O Japão é a referência mais madura nesse cenário. O país estruturou um modelo baseado em prevenção, gestão de crônicos, suporte ao cuidador e uso de tecnologia. “Não é uma adaptação pontual, é uma mudança cultural profunda. É justamente a união de grandes forças emergentes da longevidade e do papel decisivo da inteligência geracional para compreender a nova configuração social”, reforça Fiori.

Para alcançar esses resultados, é fundamental que o envelhecimento seja tratado como planejamento nacional e não como impacto hospitalar. Essa metodologia já funciona

em países da Europa, como Holanda, França, Alemanha e nos países nórdicos. Investem na integração de saúde e assistência social, reabilitação, qualificação multidisciplinar e políticas de cuidado continuado. Para isso, estruturaram um modelo baseado em sistemas de saúde robustos, ambientes urbanos adaptados, programas de inclusão social para idosos e atenção primária forte.

Nos Estados Unidos, foi criado um laboratório de pesquisa multidisciplinar do Massachusetts Institute of Technology (MIT), o MIT AgeLab, focado em entender e inovar de acordo com a expectativa de longevidade e estilos de vida intergeracionais. Eles abordam o envelhecimento não só como um desafio médico, mas como uma fase de vida a ser reinventada, explorando áreas como finanças, transporte, moradia e tecnologia para criar soluções que beneficiem todas as idades. A iniciativa defende que envelhecimento não é apenas um problema médico e foca no aprendizado contínuo e bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida.

A relação entre longevidade, saúde e economia

Vale ressaltar que mesmo com boas referências mundiais, o Brasil envelhece diferente. De acordo com especialistas da área, o tripé longevidade, saúde e economia define o futuro do país. A chamada “economia da longevidade” é considerada a maior revolução silenciosa e gera impacto em diversos setores: indústria farmacêutica, mercado alimentar, varejo de saúde, turismo, serviços financeiros, tecnologia e moradia. Além disso, é o principal motor da discussão sobre a sustentabilidade do nosso sistema de saúde.

“Nesse conceito, o desafio não é mais ganhar anos de vida e sim dar vida, saúde e funcionalidade aos anos que já ganhamos.”, ressalta Fiori. Uma conta simples nos ajuda a entender a importância desse cuidado. Do nascimento de um bebê até atingir a maioridade são cerca de 8 mil dias. Da chegada à vida adulta até os quarenta anos são mais 80 mil dias. Dos quarenta aos noventa anos acrescentamos aproximadamente 18.250 dias. Esse bloco final é justamente o que mais cresce e o que menos planejamos.

No Brasil, a cada vinte segundos nasce uma nova pessoa que entra no grupo dos 50 maiores. Atualmente, são 60 milhões de brasileiros maduros. Esse número supera a população inteira de França, Argentina, África do Sul e Espanha. E equivale a 15 vezes a população do Uruguai. Mesmo com o impasse de renda per capita, temos um volume de idosos enorme que influencia consumo, trabalho, saúde e serviços.

Perspectivas e possibilidades

Outro ponto a ser considerado no país é a desigualdade social que representa um dos principais entraves nesse processo. A ausência de atendimento adequado e de ações preventivas faz com que parte da população envelheça com problemas de saúde, intensificando a sobrecarga de um sistema de saúde já saturado.

De acordo com Fiori, nesse contexto é fundamental mobilizar esforços emergentes para garantir que a população alcance a faixa etária avançada em melhores condições de saúde. “Precisamos abandonar a visão do envelhecimento como um tabu ou problema e trabalhar para que seja um processo saudável, promovendo a criação de ambientes e serviços mais inclusivos e funcionais para todas as gerações”, destaca.

Embora a longevidade traga desafios significativos, como a necessidade de reformar sistemas de saúde e previdência, ela também oferece oportunidades únicas para a inteligência geracional e o desenvolvimento de políticas públicas inovadoras e para a criação de uma sociedade mais inclusiva e sustentável. Investir em educação ao longo da vida, promover a saúde preventiva e incentivar a participação ativa dos idosos na economia e na sociedade são estratégias fundamentais para transformar a longevidade em um motor de progresso.

O papel da medicina diagnóstica

O fato das pessoas viverem mais também é uma conquista do avanço da medicina diagnóstica, acompanhado de políticas adequadas, segundo Milva Pagano, diretora-executiva da Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed). Entretanto, o envelhecimento está diretamente associado a um aumento significativo na prevalência de doenças crônicas, o que leva ao crescimento da demanda e das despesas assistenciais.

Estimativas apontam que os custos da saúde suplementar podem aumentar cerca de 30% até 2060, com as despesas médias por diária de internação sendo significativamente mais elevadas para pessoas com mais de 59 anos. “É aqui que a medicina diagnóstica atua como um elemento estratégico: ao antecipar riscos e fornecer dados precoces, agindo como um instrumento de resiliência social e como uma estratégia econômica vital, garantindo que o sistema de saúde não colapse sob o peso do tratamento de doenças em estágios avançados”, afirma a diretora.

Milva esclarece ainda que quando a população vive mais tempo com saúde, trabalha mais, consome mais, consequentemente reduz a pressão no sistema. Entretanto, quando vive sem suporte, sem prevenção e sem redes bem estruturadas, os custos aumentam e a economia sente. “Longevidade é saúde. Saúde é economia. E o Brasil só vai avançar quando tratar esses temas como partes do mesmo projeto”, complementa.

Um dos desafios desse processo de prevenção são as DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A hipertensão, diabetes, cardiopatias, alterações osteoarticulares, doenças renais, depressão e declínio cognitivo, por exemplo, não se resolvem em pronto atendimento, são ativas na saúde dos brasileiros e exigem um cuidado contínuo e direcionado.

Esses problemas se somam às sete síndromes geriátricas que norteiam o cuidado moderno: quedas, incontinências, imobilidade, polifarmácia, síndromes demenciais, osteoporose e delirium. Quando essas condições ocorrem simultaneamente, o impacto sobre a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida aumenta de forma significativa.

O diagnóstico prévio e preciso se torna o fator determinante para a eficácia desse manejo, permitindo que as intervenções sejam feitas na fase inicial e evitando a progressão para quadros mais complexos e de altíssimo custo, garantindo mais segurança e qualidade de vida para o brasileiro.

“Na medicina diagnóstica, isso significa um protagonismo crescente, transformando-a em um instrumento de resiliência social para auxiliar empresas e o poder público a mapear vulnerabilidades e planejar a mitigação de riscos, garantindo que o cuidado com as pessoas e a sustentabilidade sejam a base das estratégias de negócio”, pontua Milva.

É preciso “recalcular a rota”

O setor da medicina diagnóstica ultrapassou a marca de 2,5 bilhões de exames laboratoriais, em 2024, registrando uma alta de 15,7% em relação ao ano anterior. A análise clínica continua sendo a categoria de maior volume. Os exames de imagem, por sua vez, cresceram 43,4% e seguem a linha de crescimento assim como a ascenção do envelhecimento da população no país. E para acompanhar o caminho da revolução da longevidade, é essencial que o setor não perca seus pilares: a revisão de protocolos médicos, o planejamento focado na prevenção e o investimento em inovação.

Para a diretora da Abramed, o aumento da longevidade impõe que revisitemos e reescrevamos os parâmetros médicos, pois precisamos desenvolver uma medicina capaz de contemplar as especificidades farmacocinéticas e laboratoriais da população mais avançada. “O diagnóstico, nesse contexto, se estabelece como a primeira linha de preparação e sustentabilidade, atuando como uma ferramenta de prevenção para prever e mitigar quadros mais críticos.”

O compromisso dos gestores com a inovação deve ser constante nesse cenário. O investimento em novas tecnologias como inteligência artificial, big data e plataformas digitais para diagnósticos mais ágeis são importantes nesse processo. “Além disso, a integração entre os sistemas público e privado de saúde é um instrumento de resiliência social e sustentabilidade financeira para lidar com a complexidade das múltiplas comorbidades do envelhecimento”, alerta Milva.

O papel da medicina preventiva

Prevenir vai além de evitar doenças; trata-se de garantir autonomia, qualidade de vida e funcionalidade, especialmente em populações mais velhas. Segundo especialistas, é preciso investir em prevenção personalizada e reconhecer as diferenças entre as quatro gerações que compõem o grupo cinquenta mais. Cada faixa etária

apresenta perfis, patologias, valores e necessidades distintas, e tratar essa população como um bloco homogêneo significa desperdiçar recursos e oportunidades de intervenção precoce.

“Uma pessoa de cinquenta vive uma realidade completamente distinta de alguém de sessenta, setenta, oitenta ou noventa. Cuidar dessa população como se fosse um bloco único é desperdiçar tempo, recursos e oportunidades de intervenção precoce”, explica Fiori.

Iniciativas como as do Fleury, que investe em modelos de cuidado preventivo e acompanhamento ampliado, e do Age Health Center, com sua abordagem integrada e personalizada da longevidade, mostram que a prevenção está sendo colocada em prática no país.

Esses exemplos reforçam a importância de uma atenção primária de excelência ao idoso, monitorando aspectos como fragilidade, cognição, mobilidade e adesão aos tratamentos, para evitar que ele seja negligenciado até o surgimento de emergências.

Essa abordagem integrada e personalizada não apenas otimiza os recursos disponíveis, mas também promove uma visão mais humana e sistema diante do envelhecimento populacional.

Para Fiori, os setores da saúde precisam funcionar como uma rede viva. “Concentrar esforços apenas na gestão de crises para lidar com essas situações resulta em internações recorrentes, custos elevados e aceleração da perda funcional. A solução mais eficaz é outra: atenção primária estruturada, prevenção contínua, reabilitação frequente, orientação ao paciente, monitoramento farmacêutico, suporte familiar e redes integradas de cuidado”, ressalta o especialista.

Mudança do modelo de cuidado (gestão do risco, não da crise)

O Brasil aparece em destaque no livro Longevity HUB, publicado pelo MIT. O país é citado como referência por conta do grupo de estudos Longevity Envelhecimento 2.0, que conecta academia, inovação e aplicação prática. Isso mostra que existe aqui um movimento intelectual consistente, reconhecido internacionalmente.

A necessidade de mudança na condução do envelhecimento já está no radar de alguns gestores de saúde do Brasil. A rede Prevent Senior foi uma das primeiras a enxergar o potencial da longevidade no país e a iniciar esse movimento. Atualmente, atendem mais de 560 mil beneficiários. Segundo Fiori, a estratégia nesse caso foi de antecipar a lógica da atenção integral para adultos maduros e criar um modelo de cuidado contínuo. “Mesmo ainda sem atingir a excelência para o plano da longevidade e independentemente das polêmicas, os idealizadores da empresa se anteciparam nesse mercado.”

Outro exemplo, também em São Paulo, que surgiu recentemente é Age Health Center. O primeiro centro brasileiro de medicina do envelhecimento personalizada que tem finalidade acompanhar e potencializar cada fase da vida humana. A proposta é trabalhar por décadas de vida, a partir dos trinta anos, com foco na prevenção, ciência, análise de risco e cuidado longitudinal.

O Fleury, por sua vez, anunciou a inauguração de uma unidade premium em 2026, que terá como tema central a longevidade, no contexto da comemoração dos 100 anos da companhia em São Paulo. De acordo com a diretoria, a operação ficará dentro de uma nova grande unidade da bandeira Fleury. Nos últimos anos, a marca fez novas aquisições, com destaque para a compra do laboratório Hermes e Pardini e a mais recente delas, do Femme.

Apesar desses avanços, estamos longe de alcançar o modelo ideal de envelhecimento no país que agrega ciência, prevenção, continuidade e propósito. A falta de um ecossistema de saúde é um dos nossos maiores desafios. “O Brasil está no caminho. Mas o caminho precisa ganhar maturidade, velocidade e coragem. A longevidade já é o motor silencioso da saúde no país. O que definirá o futuro é quem vai olhar para isso como investimento estratégico e quem ainda vai tratar como tendência passageira”, provoca Fiori.

Investimento em tecnologias: IA E IOT na longevidade

As novas tecnologias tem revolucionado o setor da saúde, trazendo avanços significativos em diversas áreas. Na longevidade, não é diferente! A internet das coisas (IoT) e inteligência artificial (IA) ampliam a capacidade de cuidado, a produtividade das equipes e a qualidade das decisões e garantem sustentabilidade financeira.

Estudos revelam que soluções tecnológicas geram impacto positivo em várias frentes. Elas permitem analisar grandes volumes de dados, apoiar a interpretação de exames, reduzir erros em escolhas terapêuticas e até diminuir fraudes na saúde suplementar, que é um problema crescente no país.

Para a população madura, o papel da tecnologia é ainda mais relevante. Idosos enfrentam múltiplas condições crônicas, consomem medicamentos variados, apresentam maior sensibilidade a pequenas alterações clínicas. A utilização de sensores e dispositivos conectados, por exemplo, permitem o monitoramento, aumentam a segurança e previnem internações evitáveis.

Além disso, essas ferramentas contribuem para a eficiência das práticas diárias dos profissionais de saúde, ao identificar padrões, prever riscos, otimizar condutas e oferecer uma visão mais rápida e precisa da situação clínica. Isso reduz a carga de trabalho da equipe e melhora os resultados do cuidado, o que ajuda a promover a integração do ecossistema assistencial.

A telemedicina complementa essa rede. Garante acesso mais ágil, acompanhamento contínuo e orientações rápidas para pacientes e cuidadores. “Tecnologia bem aplicada não substitui pessoas. Ela potencializa o que profissionais e famílias conseguem fazer. E, na longevidade, esse ganho faz diferença direta na vida, na autonomia e na segurança de milhões de brasileiros”, afirma Fiori.

O papel dos gestores na longevidade

Para atingir a excelência no modelo de longevidade é preciso também estratégia nacional unificada. O Brasil tem profissionais competentes, centros de excelência e práticas inovadoras, mas ainda falta a integração na saúde. “Os países que avançaram adotaram uma cultura gerontológica, compreenderam as forças emergentes da longevidade e aplicaram inteligência geracional para redesenhar políticas, serviços e modelos de cuidado. Sem esse entendimento, nenhum sistema consegue acompanhar um país que envelhece tão rápido quanto o nosso”, esclarece Fiori.

Nesse momento, o país enfrenta a necessidade de uma formação profissional direcionada à longevidade, além de maior integração entre assistência, prevenção, inovação e políticas públicas que transformem dados em ações concretas. É essencial incorporar a longevidade no planejamento de hospitais, operadoras, clínicas, farmacêuticas e instituições de cuidado.

A educação continuada também precisa ser incentivada com discussões sobre temas quase invisíveis, como idosos com autismo ou condições raras. Isso exige criar redes e hubs de cuidado que integrem iniciativa privada, saúde suplementar, hospitais, escolas de saúde, entidades de classe e governos.

Além disso, é fundamental que a integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde suplementar se fortaleça para que o planejamento e a gestão das políticas de saúde para a população idosa sejam eficazes e universais.

O SUS desempenha um papel central no atendimento à população, a pressão sobre os recursos financeiros é ainda mais evidente. A arrecadação tributária, que sustenta o Sistema, não tem acompanhado o ritmo do envelhecimento populacional, criando um descompasso entre a oferta e a demanda por serviços de saúde.

O envelhecimento da população também representa um risco estratégico para o setor privado, especialmente para operadoras de planos de saúde. O aumento da sinistralidade, ou seja, dos custos com atendimentos médicos em relação às receitas obtidas, tem levado muitas empresas a reajustarem preços ou a enfrentarem dificuldades financeiras. Para os indivíduos, isso se traduz em mensalidades mais altas e, muitas vezes, em exclusão do acesso a planos privados, pressionando ainda mais o sistema público.

Portanto, a longevidade deixou de ser apenas um desafio assistencial e passou a ser um risco estratégico e financeiro que exige respostas coordenadas e inovadoras. É

fundamental que o Brasil invista em políticas públicas que promovam a sustentabilidade do sistema de saúde, incentivem a prevenção e o envelhecimento saudável, e garantam o acesso equitativo a cuidados de qualidade. Somente assim será possível transformar o envelhecimento populacional em uma oportunidade para o desenvolvimento social, em vez de um fardo insustentável.

O poder público – Executivo e Legislativo – precisa estar alinhado para criar consensos duradouros e fortalecer agências reguladoras, dialogando com o conhecimento técnico para traduzir desafios em políticas públicas concretas, somando-se ainda os serviços de cuidados de longa duração e o aumento na formação de profissionais especializados em geriatria e gerontologia.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saudade@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com

© 2026 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.