

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

05 de novembro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza regulamentação de autogestões em saúde após quase 20 anos](#) - Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde citam “sequelas irreparáveis” a depender de julgamento no STF](#) - Fonte: Metrôpoles

[Fraude digital quebra empresa de saúde e expõe fragilidade das PMEs](#) - Fonte: Carta Capital

[CNJ: Novas ações contra operadoras de saúde cai 2% em setembro, para 26 mil](#) - Fonte: IstoÉ Dinheiro

[CAS analisa projeto que cria avaliação de serviços de saúde](#) - Fonte: Agência Senado

[Saúde suplementar tem lacuna de regulamentação para corretores](#) - Fonte: CQCS

[Comissão aprova projeto que permite a ex-cônjuges manter plano de saúde após separação](#) - Fonte: Câmara dos Deputados

[Brasil assina memorando de intenções internacional para regular IA na saúde pública e privada](#) - Fonte: O Globo

[Estudo projeta alta de custos de até 60% e crescimento da prevalência de transtornos mentais até 2035](#) - Fonte: Revista Cobertura

ANS ATUALIZA REGULAMENTAÇÃO DE AUTOGESTÕES EM SAÚDE APÓS QUASE 20 ANOS

Saúde Business – 04/11/2025

Atualização da RN 137 moderniza regras para autogestões em saúde e busca reequilibrar o setor após anos de assimetria regulatória.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou a atualização da Resolução Normativa (RN) nº 137, que regulamenta o funcionamento das autogestões no sistema de saúde suplementar.

A aprovação da medida ocorreu na reunião de diretoria colegiada, no dia 31 de outubro, e busca corrigir um desequilíbrio regulatório. Segundo a Agência, há quase 20 anos, a resolução impõe custos desproporcionais às entidades desse modelo e ameaça sua sustentabilidade econômica.

A nova normativa moderniza o conceito de autogestão sem alterar sua essência, permitindo maior flexibilidade na operação e na composição das carteiras de beneficiários. Entre as principais mudanças estão:

- **Multipatrocínio ampliado:** possibilidade de participação de patrocinadores de diferentes ramos de atividade, desde que mantida a representatividade;
- **Categorias profissionais integradas:** permissão para que mais de uma categoria componha o mesmo grupo de beneficiários;
- **Compartilhamento de rede assistencial** entre operadoras de diferentes modalidades;
- **Ampliação do conceito familiar**, agora estendido até o quarto grau de parentesco por afinidade;

- **Uso do plano fora da área de abrangência**, autorizado para até 10% dos beneficiários da carteira.

Para Mário Jorge, presidente da UNIDAS, a decisão representa um marco.

“Hoje é um dia histórico para as autogestões em saúde, pelo qual a UNIDAS batalhava há mais de 10 anos. A decisão, contudo, nos impõe novos desafios. Ao reparar um desequilíbrio no setor, a ANS nos oferece a oportunidade de oxigenar o público elegível, sem perder de vista o nosso papel social e a natureza de nossa atuação, que coloca o beneficiário no centro do cuidado”, afirmou.

As restrições que vigoravam até agora — como a obrigatoriedade de patrocinadores do mesmo ramo e os limites às categorias profissionais — foram estabelecidas em 2006, com a criação da RN 137. Desde então, apenas uma modificação relevante havia sido feita, em 2014, sem resolver os entraves ao crescimento das autogestões.

Os dados da ANS reforçam a disparidade. Entre 2006 e 2025, as operadoras de mercado tiveram expansão de quase 50% no número de beneficiários, enquanto as autogestões — entidades sem fins lucrativos e de forte papel social — mantiveram crescimento modesto. Essas organizações contribuem historicamente para aliviar a demanda sobre o SUS, ao atender diretamente trabalhadores e seus dependentes.

Diante desse cenário, a UNIDAS defendia, há mais de uma década, a revisão da norma. O debate ganhou força nos últimos três anos, culminando na aprovação, uma conquista significativa para as operadoras de autogestão e um passo importante na busca por maior equilíbrio regulatório no setor.

PLANOS DE SAÚDE CITAM “SEQUELAS IRREPARÁVEIS” A DEPENDER DE JULGAMENTO NO STF

Metrópoles – 04/11/2025

Em manifesto, o setor aponta que pequenas e médias operadoras de plano de saúde podem quebrar com eventual decisão do STF

O Supremo Tribunal Federal (STF) pautou para esta quarta-feira (5/11) o julgamento para decidir se é constitucional reajustar o valor dos planos de saúde conforme a idade do beneficiário, após os 60 anos, em contratos firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso.

Já há decisão sobre o tema em recurso extraordinário, e o presidente do STF, ministro Edson Fachin, aguarda resultado da análise da Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC) nº 90 para proclamar resultados.

Diante da iminência do julgamento, as operadoras de saúde suplementar no Brasil publicaram um manifesto sobre o tema.

No texto, o julgamento é colocado como um “divisor de águas pelo setor de saúde suplementar”. Falam ainda em “sequelas

irreparáveis” para os usuários do sistema de saúde complementar.

O temor é de operadoras de plano de saúde de pequeno e médio porte decretarem falência caso o STF decida que o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741/2003) deve ser aplicado a contratos anteriores à lei, de 2003.

No manifesto dirigido aos ministros do Supremo, associações e entidades que reúnem as empresas informaram que todas as mais de 400 operadoras sofreriam “relevantes prejuízos”, em especial as 75 menores, que têm entre 10% e 100% de clientes em planos antigos e que, juntas, atendem 1,1 milhão de pessoas.

De acordo com as entidades — Unidas, Abramge e Unimed —, caso o STF decida pela aplicação do estatuto em contratos antigos pode haver desassistência de serviços e, consequentemente, sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS).

“Caso se conclua que os termos anteriormente contratados não são mais válidos, todos os usuários do sistema de saúde complementar serão atingidos por sequelas irreparáveis, em especial os beneficiários de 75 das operadoras, que têm entre 10% e 100% de clientes em planos antigos e que juntas atendem 1,1 milhão de pessoas nesses planos”, diz o texto.

Segundo consta no manifesto, com a redução substancial de receitas, as operadoras de pequeno e médio porte certamente não sobreviverão à retroatividade do Estatuto da Pessoa Idosa.

No texto, as entidades destacam que os planos de saúde atendem 50 milhões de pessoas e complementam “de forma essencial” o SUS.

Hoje, a ADC 90 tem quatro votos para que o estatuto “não incida nos contratos celebrados antes de 30 de dezembro de 2003, data de início da vigência do Estatuto da Pessoa Idosa (art. 118)”.

O voto é do ministro Dias Toffoli, que foi acompanhado por Alexandre de Moraes, Cristiano Zanin e Gilmar Mendes. O ministro Flávio Dino pediu vista e, nesta quarta-feira (5/11), vai ler o voto após análise.

Outro caso

Em 8 de outubro, em análise de recurso extraordinário, por maioria de 7 a 2, a Corte decidiu que a norma que proíbe o aumento das mensalidades em razão do ingresso na faixa dos 60 anos também se aplica a esses contratos antigos.

Os ministros seguiram a linha inaugurada pela ministra aposentada Rosa Weber. Essa discussão ocorreu no âmbito do Recurso Extraordinário (RE) nº 630852, com repercussão geral reconhecida (Tema 381).

O resultado, contudo, ainda não foi oficialmente proclamado pelo presidente da Corte, ministro Edson Fachin. A decisão final será anunciada de forma conjunta com a Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC) que trata de tema semelhante e vai a julgamento nesta quarta.

FRAUDE DIGITAL LEVA EMPRESA DE SAÚDE À FALÊNCIA E EXPÕE FRAGILIDADE DAS PMES

Carta Capital – 04/11/2025

Estudo da IBM Security sobre fraude digital indica que 62% dos ataques e atingem pequenas e médias empresas com menor capacidade de defesa.

A fraude digital deixou de ser um problema pontual e passou a representar um risco financeiro real para empresas de todos os setores. No caso da Saúde Sim, operadora de planos populares que chegou a atender 72 mil pessoas e faturar R\$ 120 milhões por ano, golpes sucessivos foram determinantes para o encerramento das atividades.

De acordo com levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) e da consultoria EY, as perdas causadas por fraudes e golpes no setor de saúde chegaram a R\$ 34 bilhões em 2023. O dado ajuda a dimensionar o impacto econômico de crimes digitais em companhias que, em muitos casos, não possuem estrutura tecnológica para se defender.

PMES na mira dos golpistas

O relatório IBM Security 2023 mostra que 62% dos ataques cibernéticos se concentram em pequenas e médias empresas, justamente por apresentarem menor nível de proteção digital. As grandes corporações, por outro lado, costumam investir mais em camadas de segurança, o que torna suas operações menos vulneráveis.

Segundo Bruno Araújo, ex-diretor de Operações da Saúde Sim, a fraude foi um dos fatores que inviabilizaram a continuidade da empresa. “Detectamos adulterações em registros de pacientes oncológicos para aumentar o faturamento em medicamentos e até uso indevido de planos por irmãos gêmeos. A sustentabilidade financeira foi corroída gradualmente por esses golpes”, afirmou no documentário A Nova Economia do Engano, produzido pela Prosa.

Para ele, o problema ultrapassa a questão operacional. “Quando a confiança é quebrada, cada fatura passa a ser questionada, e o prejuízo se espalha por toda a cadeia”, disse Araújo.

O avanço da fraude digital

De acordo com Ergon Cugler, pesquisador do Laboratório DesinfoPop da FGV, a fraude digital se profissionalizou e se expandiu com o uso de plataformas online. “Hoje é possível encontrar bots programados para vender medicamentos falsos, emitir atestados e simular serviços legítimos. Somente no Telegram, os anúncios desse tipo cresceram mais de 20 vezes desde 2018”, explica.

Essas comunidades digitais ampliaram o alcance das fraudes, que passaram a ser praticadas em larga escala. “De transações pontuais, passamos a ver redes organizadas que comercializam produtos e serviços falsos para grandes públicos”, acrescenta Cugler.

Estratégias de defesa digital

Para Marcelo Sousa, vice-presidente de Produto da Caf, a fraude digital se comporta como um vazamento de água: “A mancha pode aparecer em um ponto, mas a origem está em outro — muitas vezes em uma integração ou vazamento de dados”.

Ele destaca que o combate a esses crimes exige monitoramento contínuo, uso de dados e autenticação silenciosa para detectar riscos antecipadamente. Segundo Sousa, a atuação das quadrilhas é cada vez mais coordenada. “Esses grupos compartilham métodos e exploram falhas em escala, um modelo conhecido como Fraud as a Service.”

Por isso, afirma, as empresas precisam adotar ecossistemas de proteção igualmente conectados, capazes de reagir à fraude digital com rapidez e inteligência. “Proteger o negócio é investir em sistemas antifraude antes que pequenos vazamentos comprometam toda a estrutura.”

CNJ: NOVAS AÇÕES CONTRA OPERADORAS DE SAÚDE CAI 2% EM SETEMBRO, PARA 26 MIL

IstoÉ Dinheiro – 04/11/2025

A quantidade de processos judiciais contra operadoras de saúde recuou 2% em setembro, na comparação com o mesmo mês de 2024, para 26 mil novos casos, de acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

O dado reflete mudanças regulatórias como o fim dos limites para tratamentos psicoterapêuticos e a mudança para uma lista exemplificativa de procedimentos, que têm alimentado a judicialização no setor desde 2022.

A divulgação dos dados de setembro, contudo, veio acompanhada de uma revisão dos números de agosto, que inicialmente apontavam queda de 5%, mas agora mostram estabilidade.

Considerando o período do terceiro trimestre, a quantidade de novos casos aumentou 3%, em base anual de comparação, refletindo os dados de julho, quando o ingresso de ações na Justiça contra as operadoras de saúde aumentou 3%.

CAS ANALISA PROJETO QUE CRIA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Senado Notícias – 03/11/2025

A Comissão de Assuntos Sociais (CAS) se reúne nesta quarta-feira (5), às 9h, para analisar o PL 287/2024, que cria a Estratégia Nacional de Controle e Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde Prestada pela Iniciativa Privada.

O objetivo da estratégia é avaliar se os serviços seguem padrões de qualidade previamente definidos, com divulgação periódica dos resultados. A avaliação deverá ser estendida também à rede pública, diz o texto.

Os critérios deverão considerar segurança do paciente, disponibilidade de recursos, redução do tempo de espera, cuidado centrado no paciente, acolhimento justo e cumprimento das normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Instituições privadas que não atenderem aos padrões poderão receber multas entre R\$ 5 mil e R\$ 500 mil, determina a proposta.

A avaliação será conduzida pelo órgão nacional de vigilância sanitária, com apoio de órgãos estaduais e municipais.

O projeto foi apresentado em fevereiro de 2024 pelo então senador Flávio Dino (MA), antes de assumir vaga no Supremo Tribunal Federal (STF). O texto recebeu parecer favorável do senador Veneziano Vital do Rêgo (MDB-PB).

Plano de saúde de recém-nascido

Também está na pauta o PL 5.703/2023, da senadora Ana Paula Lobato (PDT-MA), que proíbe planos de saúde privados de excluírem cobertura a doenças e lesões preexistentes em recém-nascidos.

O texto tem relatoria da senadora Dra. Eudócia (PL-AL), que apresentou parecer favorável à aprovação.

Programa Cuidando de Quem Cuida

A CAS também deve votar o [PL 1.179/2024](#), que cria o Programa Cuidando de Quem Cuida, destinado a oferecer orientação e apoio a mães, pais e responsáveis legais “atípicos” (aqueles que cuidam de filhos ou dependentes com deficiência, doenças raras, dislexia, TDAH ou outros transtornos de aprendizagem).

O texto, do senador Romário (PL-RJ), também é relatado pela senadora Dra. Eudócia, que é favorável à aprovação do projeto.

Emendas ao Orçamento 2026

Na mesma reunião, os senadores da CAS vão discutir e votar emendas da comissão ao [Orçamento de 2026 \(PLN 15/2025\)](#). O relator é o senador Marcelo Castro (MDB-PI).

SAÚDE SUPLEMENTAR TEM LACUNA DE REGULAMENTAÇÃO PARA CORRETORES

CQCS – 03/11/2025

O mercado de saúde suplementar no Brasil enfrenta diversos desafios, atingindo operadoras, beneficiários e corretores. Para o presidente da Fenacor, Armando Vergílio, que participou da recente edição do Mesa Redonda do Seguro, um dos pilares para avançar é fortalecer a regulação e a profissionalização da atividade do corretor nesse segmento.

“Não temos, por exemplo, o disciplinamento do corretor de seguro saúde. Hoje, o corretor de seguros pleno pode intermediar todo e qualquer contrato de seguro, inclusive o de saúde, mas que tem que ter a formação plena”, apontou o presidente da Fenacor.

De acordo com Vergílio, há diferentes categorias de corretores, como o corretor pleno, o de Vida e Previdência, o de Capitalização e até o de microsseguro, mas nenhum regulamentado exclusivamente para atuar com saúde suplementar. Inclusive, uma das mudanças sugeridas pela Susep, através da Consulta Pública 5/2025, é a possibilidade de habilitação específica para atuar em determinados segmentos de atuação, “de acordo com suas condições

próprias e com os aspectos mercadológicos que considere de seu interesse”.

A Fenacor já levou à Susep uma proposta para criação desse corretor especializado, tendo em vista que a Advocacia-Geral da União (AGU) definiu que a supervisão dos corretores, inclusive os que atuam com saúde, é responsabilidade da Susep. “Ter um profissional especializado é o primeiro grande passo. Isso vai trazer muito mais segurança e tranquilidade para o consumidor”, disse o presidente da Federação.

Além da criação da habilitação específica para corretor de seguro saúde, existe também a preocupação com o acesso a produtos mais adequados e competitivos. Segundo Vergílio, hoje o produto está concentrado quase exclusivamente em planos empresariais, enquanto faltam opções individuais viáveis, o que limita o acesso do consumidor. Os corretores seriam peças-chaves para as operadoras durante o desenvolvimento de produtos atrativos: “Ele [corretor] sabe muito melhor traduzir as necessidades desse cliente na construção de produtos interessantes”, destacou.

COMISSÃO APROVA PROJETO QUE PERMITE A EX-CÔNJUGES MANTER PLANO DE SAÚDE APÓS SEPARAÇÃO

Câmara dos deputados – 30/10/2025

Projeto de lei segue em análise na Câmara dos Deputados

A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 975/25, que garante a ex-cônjuges ou ex-companheiros o direito de manter o plano de saúde após o divórcio ou dissolução da união estável. A nova regra vale se a permanência no plano estiver prevista no acordo de separação e se a pessoa já for dependente antes do divórcio.

A responsabilidade pelos custos da mensalidade será definida nos termos do acordo judicial ou extrajudicial de dissolução do vínculo conjugal.

O objetivo, segundo o autor, deputado Alex Manente (Cidadania-SP), é evitar que o ex-cônjuge fique sem

assistência médica por causa da interrupção da cobertura após a separação.

A comissão aprovou a versão do relator, deputado Ricardo Abrão (União-RJ), que, em vez de incluir a medida em uma nova lei, optou por alterar a Lei dos Planos de Saúde.

Além de manter a condição de dependente, com o custo definido no divórcio, o texto permite contratar um plano de saúde separado. Nesse caso, o beneficiário mantém todas as condições de cobertura, carência e valor, conforme as regras de portabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Diante disso, medidas jurídicas têm sido discutidas sobre o tratamento tributário aplicável aos rendimentos financeiros

incidentes, a fim de garantir maior segurança jurídica aos contribuintes afetados.

Próximas etapas

A proposta será ainda analisada, em caráter conclusivo, pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Para virar lei, o texto deve ser aprovado pela Câmara e pelo Senado.

BRASIL ASSINA MEMORANDO DE INTENÇÕES INTERNACIONAL PARA REGULAR IA NA SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

O Globo – 30/10/2025

A assinatura formaliza a entrada do Brasil na Health AI, organização internacional sem fins lucrativos que trabalha para a implementação de mecanismos regulatórios globais do uso de IA na saúde

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou nesta quinta-feira um memorando de intenções para a criação de uma regulação para o uso de ferramentas de inteligência artificial (IA) na saúde pública e privada do país. A assinatura formaliza a entrada do Brasil na Health AI, organização internacional sem fins lucrativos que trabalha para a implementação de mecanismos regulatórios globais do uso de IA na saúde.

O Brasil é o primeiro país da América Latina a cooperar com a entidade, sediada em Genebra, que busca criar uma rede regulatória global de uso de IA na Saúde. Fazem parte da iniciativa Reino Unido, Cingapura e Índia.

— Vamos poder trocar experiência com essa organização internacional e com esses países. A IA é uma realidade na saúde, e se a gente conseguir acompanhá-la com regras, ela pode fazer muito bem para a saúde das pessoas. A IA pode fazer com que o diagnóstico de um exame de imagem, por exemplo, saia mais rápido, pode fazer com que os profissionais saibam mais rapidamente qual prescrição fazer para aquele paciente. Tem tudo para melhorar muito o cuidado com a saúde, mas precisa ser bem controlada, regulada, garantir a proteção dos dados do paciente — afirmou Padilha.

O acordo de participação tem duração de 24 meses, e prevê que o país se compromete a avançar o sistema regulatório de uso de IA na saúde a fim de garantir a ética, segurança e eficácia das soluções. O documento, segundo o ministério da Saúde, não prevê transferência de recursos financeiros.

A cerimônia aconteceu durante o Congresso da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), em São Paulo. Também participaram a secretária de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde, Ana Estela Haddad, e o presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Wadih Damous.

CEO da Health AI, o português Ricardo Baptista Leite explica que a entidade ajuda na formação técnica dos reguladores para criar parâmetros normativos do uso de IA no atendimento em saúde a partir de normativos internacionais de entidades como a OMS, a OCDE e a Unesco, por exemplo, mas adaptados com a realidade brasileira.

— Nós damos as competências à entidade reguladora local e a cada país que depois gera a sua parte, mas não fazemos avaliações das decisões das avaliações. A gestão dos dados também fica com o país, não temos acesso às decisões, que são absolutamente independentes e soberanas. Somos apenas um parceiro — afirma.

Leite observa que muitas das soluções em IA usadas no setor já estão sob determinadas regulações. Isso porque algumas ferramentas são classificadas como dispositivos médicos. É o caso, por exemplo, de tomógrafos que usam inteligência artificial para ajudar na construção dos laudos. Ou uma bomba de infusão para pessoas com diabetes que determina com IA a dose de insulina a ser injetada.

— Nós vamos ajudar a aprimorar essa regulação dando competências à entidade reguladora para lidar com as ferramentas de IA que não recaem na classificação de dispositivos médicos, como o uso para recolher dados numa consulta médica ou para vigilância epidemiológica, por exemplo — destaca o executivo.

A entidade ainda prevê a criação de um "marketplace" onde os países participantes poderão apresentar suas soluções de IA em saúde para que sejam adquiridas também por outras nações.

— Nesse diretório, à medida que vão aprovando ferramentas de IA para seu sistema de saúde, os países fazem o upload das informações na plataforma onde outros países poderão conhecer as iniciativas, quem as desenvolveu, as especificações técnicas e o que os reguladores já aprovaram. É uma oportunidade do Brasil apresentar ao mundo e exportar suas tecnologias — explica o executivo.

ESTUDO PROJETA ALTA DE CUSTOS DE ATÉ 60% E CRESCIMENTO DA PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS ATÉ 2035

Revista Cobertura – 28/10/2025

Pesquisa do IESS, desenvolvida em parceria com Ecare e Heads in Health, sugere medidas para conter avanço da prevalência e desacelerar alta de custos

O Brasil ocupa o primeiro lugar mundial em prevalência de ansiedade e a quinta posição em depressão, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse cenário, somado ao aumento de 240% nos atendimentos por ansiedade no SUS entre 2018 e 2023, projeta um futuro preocupante: a prevalência dos transtornos relacionados à saúde mental tende a aumentar e os custos com cuidado podem crescer 60% até 2035. A conclusão é do estudo “Caminhos da Saúde Suplementar 2035 – Perspectivas 2035: Saúde Mental”, realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em parceria com a Ecare, maior rede de clínicas em psiquiatria e psicologia e soluções em saúde mental da América Latina, e a Heads in Health, consultoria especializada em gestão de dados na saúde.

O trabalho integra a série especial “Caminhos da Saúde Suplementar – Perspectivas 2035”, que vem analisando os principais desafios e tendências para o setor no horizonte das próximas décadas. [Clique aqui e acesse a íntegra](#) do estudo.

O cenário preocupante e de tendência de agravamento estimulou os pesquisadores a proporem seis eixos estratégicos para a melhoria dos cuidados de saúde mental dentro do sistema de saúde brasileiro (público e privado):

- Prevenção estrutural e políticas públicas;
- Integração público-privada com financiamento baseado em valor;
- Uso responsável de tecnologia;
- Capacitação de profissionais em competências digitais e medicina de precisão;
- Monitoramento e pesquisa com indicadores confiáveis; e
- Redução do estigma e da garantia de direitos.

Ao analisar tendências emergentes da área e que já estão em curso, o trabalho chama atenção para alguns pontos capazes de redesenhar o futuro do cuidado em saúde mental. É o caso do uso de biomarcadores genéticos e digitais para diagnóstico precoce; adoção de novas terapias

farmacológicas (como cetamina, psicodélicos e até terapia gênica); e uso de tecnologias digitais de suporte, como telepsiquiatria e aplicativos terapêuticos.

“O Brasil precisa decidir se seguirá em um caminho tendencial, com custos crescentes e insustentáveis, além de desigualdades crescentes, ou se adotará um modelo transformador, baseado em integração e inovação responsável”, afirma José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Segundo o estudo, 10,27% da população adulta brasileira, cerca de 16,3 milhões de pessoas, apresenta sintomas depressivos. Há também uma correlação entre saúde mental e doenças físicas. Pacientes com transtornos psiquiátricos têm 54% mais risco de desenvolver doenças cardiovasculares, além de maior vulnerabilidade em condições como diabetes, câncer e obesidade. Em todas essas situações, a presença de comorbidades mentais compromete a adesão ao tratamento e os resultados clínicos.

Do ponto de vista econômico, os custos indiretos relacionados a absenteísmo e presenteísmo variam entre US\$ 681 e US\$ 10.965 por trabalhador/ano, frequentemente superando as despesas médicas diretas, segundo o estudo. Além disso, os custos com saúde mental crescem em ritmo mais acelerado do que a média das demais despesas médicas, o que amplia o risco de insustentabilidade para o sistema.

A situação identificada mostra um cenário desafiador: apenas 23% dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contam com psiquiatras em tempo integral, sobrecarregando profissionais que chegam a atender até 1,2 mil pacientes ao ano. No setor privado, o desafio não é menor: 78% dos psiquiatras estão concentrados em capitais, ampliando os vazios assistenciais no interior dos Estados, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

Além disso, o estudo sugere atenção especial ao diagnóstico precoce de transtornos mentais em crianças e adolescentes, especialmente no ambiente escolar. A triagem em fases iniciais permite a identificação mais rápida, maior adesão a tratamentos e melhores resultados clínicos. Países como o Brasil, inclusive, onde há escassez de especialistas, a escola pode se tornar um ponto estratégico de intervenção em saúde pública, funcionando como porta de entrada para encaminhamentos e cuidados adequados.

“O cuidado em saúde mental precisa ser visto como estratégico e transversal, impactando diretamente resultados clínicos em todas as áreas da medicina”, afirma Eduardo Tancredi, médico psiquiatra e sócio-fundador da Ecare

Para Paulo Vaz, fundador da Heads in Health e sócio da Ecare, a saúde mental é determinante não apenas para o bem-estar individual. “Estamos falando de uma agenda que

busca equilíbrio social e sustentabilidade econômica de empresas e dos próprios sistemas de saúde”, observa.

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 saude@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

© 2025 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.
