

# Planos de saúde devem se preparar para o envelhecimento da população, dizem especialistas

Luana Lisboa • 6 min read

Jan 7, 2026

Alvo de uma série de críticas de consumidores nos últimos anos, o setor de planos de saúde deve passar por adaptações para acomodar o envelhecimento da população e a incorporação de tecnologias sem prejudicar os beneficiários, defendem especialistas.

Enquanto consumidores se queixam de reajustes elevados, cancelamentos unilaterais e dificuldades de acesso a tratamentos essenciais, o setor afirma que, até pouco tempo, se recuperava de um prejuízo operacional sem precedentes.

O ano de 2025, no entanto, marcou a retomada de resultados econômicos-financeiros positivos. A expectativa nos próximos meses é de estabilidade, afirma Bruno Sobral, diretor-executivo da Fenasaúde, que representa operadoras como Bradesco Saúde, SulAmérica, Gama Saúde, Itaú Seguros, MetLife, Odontoprev, Omint, Porto Saúde, Seguros Unimed e Unimed Nacional. Ele atrela a estabilidade a um nível "controlado de incorporações tecnológicas que façam sentido."

Já conforme Gustavo Ribeiro, presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) —que tem como associadas mais de 140 operadoras, como Hapvida, Prevent Senior e Sul América—, a recuperação está em curso, mas a perspectiva ainda é desigual diante da heterogeneidade das empresas.

"Ainda há um conjunto muito significativo de pequenas e médias operadoras que enfrentam desafios econômico-financeiros relevantes que comprometem sua capacidade de manter estrutura, rede e atendimento", diz.

A lacuna entre longevidade e vida saudável é vista pelo setor como um desafio à medida que pode colocar em risco a sustentabilidade dos sistemas de saúde, aponta relatório do IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar).

O envelhecimento da população, no entanto, deve ser visto como um elemento natural e como um motivo para que as empresas se preparem para o futuro, afirma Marina Paillelli, coordenadora do programa de

Saúde do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

"Em um nível individual, por exemplo, não é possível prever quando e se uma pessoa vai ficar doente, qual a situação de saúde a que ela vai ser acometida e assim por diante. Mas, no nível coletivo, é possível fazer esse tipo de previsão justamente para calcular riscos para que as pessoas não sofram com essas práticas abusivas que são notoriamente conhecidas ", afirma.

Esse foi um dos argumentos levados pelo Idec ao STF (Supremo Tribunal Federal) em julgamento sobre se a proibição de reajustes por faixa etária prevista no Estatuto da Pessoa Idosa também deveria ser aplicada a contratos assinados antes de janeiro de 2004, data em que a lei entrou em vigor. A análise foi suspensa pelo ministro Alexandre de Moraes.

Paullelli defende que fundamentos econômicos não devem ser usados para defender a flexibilização de uma regulação. "Quando a Lei de Planos de Saúde estava sendo discutida nos anos 1990, um argumento contrário foi que a lei que regulamenta os contratos iria levar o setor à falência", afirma.

No ano passado, o STF também julgou decisão que reconheceu que os planos de saúde devem autorizar tratamentos não previstos na lista da ANS, desde que sigam cinco critérios técnicos definidos pelo tribunal. A determinação foi vista de forma positiva pelas operadoras, que preevem uma economia com a decisão.

O Judiciário tem o histórico de ser uma instituição que media conflitos entre consumidores e operadoras. Relatório recente do CNJ (Conselho Nacional de Justiça) aponta que a esfera é caracterizada como pró-direito à saúde, por manter taxas elevadas de deferimento de pedidos liminares, especialmente na Justiça estadual.

Apesar disso, a judicialização não é vista como uma tendência futura pela médica Ana Maria Malik, professora do FGVsaúde. Malik afirma que ela pode ocorrer muitas vezes por falta de regras claras. Por isso, o cidadão não sabe, por vezes, o que está comprando.

"Os planos de saúde estão começando a ficar muito parecidos entre eles", afirma. "Antigamente tinha uma grande diferença entre o que era medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão. Hoje, a grande diferença é se tem finalidade lucrativa ou não e se tem rede própria ou não, se é verticalizado ou não", diz.

A temática da cobertura ganha tração com a aprovação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) no ano passado para a abertura de uma consulta pública para avaliar a criação de um tipo de plano de saúde que cubriria apenas consultas eletivas e exames, sem direito a internações, atendimento de pronto-socorro e terapias. Na época, o MPF (Ministério Público Federal) publicou uma nota técnica com críticas à proposta.

"É isso que está em disputa. Quando a gente pensa que os procedimentos de alta tecnologia, os mais complexos, quem oferece a cobertura para eles, em geral, é o SUS. Porque sempre aparece alguma restrição.

Isso tem sido mais ou menos a regra do jogo", diz.

## Cuide-se

Ciência, hábitos e prevenção numa newsletter para a sua saúde e bem-estar

A ideia é uma agenda antiga das empresas, diz Lucas Andrietta, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP. "A ideia geral de ultrasegmentação, ou seja, a empresa pode vender um contrato que tem um monte de letrinhas miúdas, é proibida por lei", diz.

O futuro da saúde suplementar dependerá das escolhas políticas que o Brasil fará em relação ao alcance do subsídio às operadoras, afirma Nogueira, considerando mecanismos como as deduções de imposto de renda e desonerações fiscais.

Conforme Malik, é necessária não apenas uma regulação maior por parte da ANS. "Precisa-se também que as operadoras queiram oferecer serviços que interessem à população."