

UMA TEMPESTADE SE APROXIMA

A Storm is Approaching

Doi: <https://doi.org/10.67965/rbss.v4i2.126>

RESUMO

AUTORES

Alberto José N. Ogata

1 Médico, especialista em saúde coletiva, gestão e promoção da saúde

O artigo analisa o impacto crescente das doenças não transmissíveis (DNTs), da obesidade e dos transtornos mentais na sustentabilidade da saúde suplementar brasileira, à luz de evidências epidemiológicas e econômicas recentes. Com base em projeções da América do Sul, destaca-se o potencial de perdas superiores a US\$ 7,3 trilhões no PIB até 2050. No Brasil, observa-se aumento expressivo da obesidade e de eventos cardiovasculares, mesmo em populações com maior acesso a serviços de saúde, evidenciando limitações de modelos centrados apenas no acesso. Propõe-se a implementação de modelos integrados, multiprofissionais e orientados por desfechos, com uso articulado de tecnologia, vigilância de risco e integração com saúde ocupacional. Conclui-se que a coordenação do cuidado constitui elemento central para sustentabilidade econômica, melhoria da qualidade de vida e competitividade das operadoras de saúde. Palavras-chave: Doenças Crônicas; Obesidade; Doenças Cardiovasculares; Saúde Suplementar; Coordenação do Cuidado; Promoção da Saúde; Fatores de Risco; Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Obesidade; Doenças Cardiovasculares; Saúde Suplementar; Coordenação do Cuidado; Promoção da Saúde

CONTATO

Alberto José N. Ogata

1 albertoogata@gmail.com

Obs: este artigo reflete exclusivamente a opinião do(s) autor(es), não representando a posição do IESS.

ABSTRACT

The article examines the growing impact of noncommunicable diseases (NCDs), obesity, and mental health conditions on the sustainability of Brazil's private health system, based on recent epidemiological and economic evidence. Projections for South America indicate potential GDP losses exceeding US\$ 7.3 trillion by 2050. In Brazil, a significant increase in obesity and cardiovascular events is observed even among populations with better access to healthcare services, highlighting the limitations of access-based models. The article proposes integrated, multidisciplinary, and outcome-oriented models, supported by health data integration, risk surveillance, and alignment with occupational health. The conclusion underscores care coordination as a key driver of economic sustainability, improved quality of life, and competitive advantage in the supplementary health sector. Keywords: Chronic Diseases; Obesity; Cardiovascular Diseases; Supplementary Health; Care Coordination; Health Promotion; Risk Factors; Health Care Delivery.

Keywords: Obesity; Cardiovascular Diseases; Supplementary Health; Care Coordination; Health Promotion

INTRODUÇÃO

“Uma tempestade se aproxima” é o título de um documento publicado em 2025 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, prospectivo, analítico e de nível macroeconômico no período de 2020 a 2050 na América do Sul a partir de seus resultados econômicos, demográficos e gastos em saúde, visando analisar e quantificar o impacto macroeconômico das doenças não transmissíveis (DNTs) e dos problemas de saúde mental na América do Sul. Basicamente, o estudo faz uma estimativa do custo macroeconômico entre 2020 e 2050 considerando-se dois cenários: não se fazer nenhuma intervenção ou a eliminação completa das doenças crônicas a custo zero. Constatou-se que pode haver implicações econômicas significativas da crescente carga de condições crônicas e problemas de saúde mental.

Estimativa de possíveis perdas no produto interno bruto (PIB) acima de US\$ 7,3 trilhões entre 2020 e 2050 na sub-região da América do Sul – cerca de 4% do PIB regional, evidenciando um impacto macroeconômico profundo e persistente, sendo o Brasil o mais afetado. A OPAS identificou quatro vetores para este achado: o envelhecimento da população, a inatividade física, a poluição atmosférica e a obesidade.

A epidemia silenciosa da obesidade

O Atlas Mundial da Obesidade 2025 (Federação Mundial da Obesidade) documenta que 31% dos brasileiros vivem com obesidade — proporção que tende a crescer de forma exponencial. Entre 2006 e 2024, a obesidade no Brasil aumentou 118%: de 11,8% para aproximadamente 26-28% da população adulta. Projeções indicam que até 2035, mais de 48% dos adultos brasileiros viverão com obesidade, elevando o Brasil à posição de segundo país no continente americano em prevalência de obesidade mórbida.

Na comparação com tendências globais, enquanto os EUA apresentam plateau em ~40% de obesidade, o Brasil está em trajetória ascendente exponencial, sem sinais de estabilização. Isso significa que o Brasil provavelmente ultrapassará prevalências norte-americanas em próxima década, tornando-se epicentro de obesidade nas Américas.

O paradoxo do acesso: doenças cardiovasculares na saúde suplementar

Simultaneamente, infarto agudo do miocárdio na saúde suplementar aumentou 70,8% entre 2015 e 2024 (20,59 para 35,16 casos por 100 mil beneficiários), segundo levantamento do Instituto de Estudos em Saúde Suplementar (IESS), com uma tendência de alta sustentada ao longo da década analisada. O estudo demonstra que o risco de infarto agudo do miocárdio aumenta drasticamente com a idade, sendo quase 57 vezes maior entre idosos em comparação com os adultos jovens, devido ao tempo de exposição acumulado a fatores de risco.

A população com saúde suplementar tem melhor acesso a cardiologistas, medicações, tecnologia diagnóstica que a população geral — contudo, a incidência de infarto cresce a taxa superior à população brasileira como um todo. Isso evidencia que o problema não é acesso isolado, mas fragmentação de abordagem preventiva.

A questão fundamental: obesidade e doenças cardiovasculares não são problemas isolados. São fenômenos interconectados, modulados por sono inadequado, sedentarismo, nutrição inadequada baseada em ultraprocessados, stress ocupacional e vulnerabilidades sociais — que exigem abordagem coordenada, integrada e multiprofissional, não fragmentada.

Acidente vascular cerebral: salvar vidas não é suficiente

Ainda com relação às doenças cardiovasculares, um estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 sobre o acidente vascular cerebral constatou uma prevalência de 2,1% ou mais de 4 milhões de brasileiros que convivem com a doença. O AVC é a segunda principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo. Houve avanços no tratamento precoce do AVC nos serviços de emergência. No entanto, quase um terço dos sobreviventes de AVC no Brasil são classificados como funcionalmente dependentes, apresentando limitações moderadas, intensas ou muito intensas em suas atividades da vida diária.

As evidências demonstram que a possibilidade de realizar reabilitação com profissional capacitado é um preditor estatístico de reabilitação funcional. No entanto, muitas vezes estes recursos são escassos ou concentrados em grandes centros. Obviamente, não basta o acesso ao cuidado, mas é muito relevante a qualidade da abordagem oferecida. Mais da metade dos sobreviventes de AVC no Brasil não recebeu qualquer tratamento de reabilitação nos últimos doze meses e a maioria não teve acesso a auxílios de locomoção. Portanto, o sistema salva a vida no momento agudo, mas abandona o doente na fase de recuperação.

Os dados da ANS demonstram que os planos de saúde cobrem milhões de sessões todos os anos, com números crescentes. A dúvida surge sobre a efetividade de tais tratamentos na melhoria dos desfechos da reabilitação dos beneficiários com AVC, considerando-se a qualidade de tais procedimentos e o valor gerado (em termos de qualidade de vida, produtividade e independência funcional).

Câncer colorretal: prevenção em xeque

Com relação ao câncer colorretal, um estudo realizado pelo IESS em 2025, com dados do painel D-TISS da ANS avaliando eventos com CID C.18, constatou que houve um aumento de 80,3% nos casos entre 2015 e 2023. Com relação à taxa de eventos por 100.000 beneficiários, houve um incremento de 5 para 8,8 casos no período estudado. Houve maior concentração em beneficiários com mais de 60 anos (mais da metade dos casos), mas se constatou um crescimento relevante na faixa de 40-59 anos refletindo, talvez, hábitos de estilo de vida inadequados.

Sabe-se que as operadoras de saúde cobrem exames essenciais para o diagnóstico e acompanhamento do câncer colorretal como a colonoscopia e a pesquisa de sangue oculto nas fezes, cruciais na detecção precoce da doença, além de exames de imagem, cirurgias, terapias, procedimentos ambulatoriais, consultas e acompanhamento multidisciplinar (previstos no ROL da ANS), relevantes para o tratamento dos portadores

da doença. O câncer colorretal é uma doença que pode ser prevenível através de medidas relacionadas ao estilo de vida e à realização de exames de rastreamento regulares. A detecção precoce continua sendo o fator mais importante para o sucesso do tratamento do câncer colorretal. Com frequência, o setor da saúde suplementar discute os fatores relacionados ao custo de tratamento de câncer (frequentemente em estágio avançado), incluindo novas terapias mas não consegue estabelecer programas efetivos para o diagnóstico precoce e prevenção.

Fatores psicossociais: o contexto além da clínica

Um aspecto paradoxal frequentemente negligenciado: a população brasileira (incluindo os beneficiários de saúde suplementar) vive em contextos urbanos com violência, stress ocupacional crônico, desigualdade ambiental, mesmo pertencendo a classes com melhor poder econômico. Pesquisa no Rio de Janeiro sobre utilização de saúde entre indivíduos expostos à violência demonstra que violência amplia risco cardiovascular através de mecanismos que afetam também profissionais de classe média-alta através de quatro caminhos biológicos principais: (1) Inflamação crônica: cortisol basal elevado pela exposição perpétua a risco urbano; (2) Comportamentos mal adaptativos: tabagismo, álcool, compulsão alimentar como coping; (3) Saúde mental comprometida: ansiedade, insônia, depressão — prevalentes em profissionais de alta performance; (4) Disrupção metabólica: mulheres em ambientes de stress apresentam 25% de risco aumentado de obesidade.

Para a saúde suplementar, a implicação é direta: um programa que ignore contexto psicossocial, stress ocupacional, vulnerabilidades ambientais e seus efeitos sobre comportamentos de saúde fracassará, independentemente de acesso tecnológico.

Pequenas mudanças, grande impacto

Um estudo seminal avaliou quais pequenas alterações em três pilares fundamentais (sono, atividade física e alimentação) geram impacto mensurável na saúde. Constatou que a melhoria de tais pilares em níveis compatíveis com as evidências científicas reduzem até 57% nos eventos cardiovasculares (infarto do miocárdio, AVC e insuficiência cardíaca). Mas verificou também que pequenas melhorias (como aumento de 10 minutos de sono, 5 minutos de exercício moderado ou um quarto de porção de frutas e vegetais) podem reduzir o risco em até 10%.

Deste modo, fica claro que não basta oferecer atividades isoladas (descontos em academia, corridas, aulas pela internet, dias comemorativos) se não houver avaliação dos desfechos e dos resultados efetivos na mudança de comportamento.

Tecnologia sem coordenação não basta

A saúde suplementar brasileira investe, de maneira crescente, em telemedicina, wearables para monitoramento de obesidade e ritmo cardíaco, inteligência artificial para predição de risco cardiovascular. Alguns planos oferecem smartwatches, medidores de pressão conectados, apps de nutrição, monitores de atividade. A pergunta crítica seria se esses investimentos tecnológicos estão integrados com fluxo clínico coordenado e

multiprofissional. A diferença não é tecnologia isolada. É coordenação deliberada que transforma dados em ação clínica multiprofissional integrada.

Neste contexto, a saúde suplementar brasileira enfrenta um dilema estrutural crítico que transcende a gestão operacional: como coordenar cuidado para populações com acesso a planos privados quando enfrentamos uma epidemia de obesidade e doenças cardiovasculares de magnitude sem precedentes? Este artigo argumenta que a sustentabilidade financeira, clínica e epidemiológica da saúde suplementar depende criticamente de implementação deliberada de coordenação do cuidado, apoiada em vigilância sistemática e reconhecimento da síndrome metabólica como fenômeno multifatorial que transcende prescrição isolada.

Um caminho para as operadoras

Identifica-se um caminho para as operadoras de saúde avançarem nesta agenda e não serem apenas reativas:

- Integração das informações em saúde. Isso envolve todo atendimento em saúde em um sistema inteligente. A presença de um profissional de saúde de referência que visualize as informações de maneira integrada, sem silos, é fundamental.
- Existência de unidades de coordenação multiprofissional para as condições crônicas, especialmente as multimorbidades. Elas devem ter programas estruturados com avaliação integral e plano de cuidado personalizado. Atenção para a longitudinalidade do cuidado, com uma equipe estável, garantindo a continuidade terapêutica e criação de vínculos. Ressalte-se que para tais condições crônicas, muitas vezes não é suficiente a atenção primária à saúde (APS) pois envolvem outras dimensões, conforme proposto pelo modelo de condições crônicas (CCM).
- Integração com os serviços de saúde ocupacional, com vigilância sistemática de risco. Realização de exame periódico de saúde com avaliação baseada em evidências científicas e uso de metodologias inovadoras.
- Uso de tecnologia que esteja integrada à rede de saúde, incluindo wearables que se integrem ao protocolo de ação (por exemplo, com alertas de picos hipertensivos, piora dos níveis de sono e baixa atividade física).
- O órgão regulador (ANS) deve induzir a adoção de programas baseados em evidências, incluindo modelos diferenciados de remuneração por valor alinhado a desfechos, não se limitando a acesso e buscando as melhores práticas, como propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Sabemos que as operadoras de saúde que coordenam o cuidado reduzem os eventos agudos (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, por exemplo), hospitalizações custosas, procedimentos caros e impactos na produtividade do contratante. Além disso, o beneficiário que participa em programa coordenado experimenta melhor desfecho clínico, maior satisfação com a jornada do cuidado, sendo um diferencial perante a concorrência. Finalmente, a sociedade vai ter a redução da sua carga de condições crônicas e o seu impacto nas contas nacionais.

CONCLUSÃO

A saúde suplementar brasileira operou, historicamente, em modelo de “acesso fragmentado com melhor tecnologia”. Funcionava quando as condições eram agudas, tratáveis isoladamente, quando obesidade era exceção. Não funciona mais em era de síndrome metabólica multifatorial, stress ocupacional generalizado, obesidade epidêmica e vulnerabilidades sociais onipresentes.

Coordenação do cuidado é o diferencial competitivo do futuro — não tecnologia isolada, não mais acesso a especialistas, mas sinergia deliberada, sistemática e multiprofissional de recursos para enfrentar risco cardiovascular e obesidade como fenômenos integrados.

Operadoras que implementarem modelos verdadeiramente coordenados verão:

- Redução substancial de custos com eventos agudos
- Melhoria significativa de qualidade de vida para beneficiários
- Diferencial competitivo duradouro em mercado saturado
- Sustentabilidade econômica e epidemiológica a longo prazo

O órgão regulador (Agência Nacional de Saúde Suplementar) juntamente com a academia tem papel crucial em validar, incentivar e normatizar coordenação como padrão, não exceção.

A hora é agora. O Brasil possui expertise multidisciplinar, dados robustos e modelos inovadores de vigilância. Falta vontade decisória de transformar a abordagem fragmentada para integrada e coordenada. A saúde suplementar pode — e deve — liderar essa revolução preventiva, demonstrando que coordenação não é custo, é investimento em sustentabilidade.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Uma grande tempestade no horizonte: a carga macroeconômica e de saúde das doenças não transmissíveis e dos problemas de saúde mental na América do Sul. (2025). [Technical reports]. OPAS.
2. WORLD OBESITY FEDERATION. World Obesity Atlas 2025. Global Obesity Observatory. London: WOF, 2025.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Mapa da Obesidade. Acesso em: 6 abr. 2026.
4. WORLD OBESITY FEDERATION. Brazil Country Report Card 2025. Global Obesity Observatory.
5. INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. Tendências do infarto agudo do miocárdio na Saúde Suplementar. Texto para Discussão n. 112. Brasília, DF: IESS, 2025.
6. DE OLIVEIRA BAGGIO JA, et al. The 2019 national health survey: what does it teach us about the epidemiological profile of stroke in Brazil? BMC Public Health. 2025 Dec 30;25(1):4389.
7. INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR. Câncer Colorretal Na Saúde Suplementar, Tendências E Desafios. Texto para Discussão nº 109 – 2025.
8. MEDEIROS S, et al. Healthcare utilisation among low-income individuals affected by violence in Rio de Janeiro, Brazil: a retrospective cohort study. BMC Public Health. 2025 Oct 16;25(1):3508.
9. MALTA, D. C., et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: Analysis of the National Health Survey in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 9, p. 3981–3990, 2021.
10. KOEMEL, N. A., et al. Combined variations in sleep, physical activity, and nutrition and the risk of major adverse cardiovascular events. European Journal of Preventive Cardiology, 2026.
11. SUGLIA, S. F.; SAPRA, K. J.; KOENEN, K. C. Violence and cardiovascular health: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, v. 48, n. 2, p. 205–212, 2015.
12. MARQUES FRDM, et al. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20210315.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases. Genebra: OMS; 2021.
14. VIMERCATI, L., et al. An innovative approach based on health surveillance for the prevention and early detection of cardiovascular diseases in a large cohort of healthcare workers. Scientific Reports, v. 15, n. 8942, p. 1–11, 2025.