Imagens: Freepik; Zeca Vieira[1]

A discussão sobre sinistralidade na saúde suplementar brasileira deixou de ser apenas um tema técnico das operadoras para se tornar uma pauta estratégica nas mesas de RH, finanças e gestão de pessoas. Empresas de todos os portes sentem, de forma direta, o impacto do aumento dos custos assistenciais e da complexidade crescente do sistema.

Este estudo apresenta uma análise aprofundada do ecossistema de redução de sinistralidade no Brasil, examinando os principais players, seus modelos de atuação e os mecanismos que vêm sendo utilizados para enfrentar esse desafio estrutural. A investigação foi ampliada para compreender, de forma mais detalhada, o papel das grandes corretoras de benefícios e das health techs especializadas em dados, analytics e combate a fraudes.

A análise consolida informações da ANS, do IESS, da FenaSaúde, de consultorias especializadas, de dados públicos de Relações com Investidores das principais operadoras e corretoras, além de conteúdos da mídia setorial.

**1. Panorama do setor e a dinâmica da sinistralidade**

A sinistralidade, ou Medical Loss Ratio (MLR), segue sendo o principal termômetro da saúde financeira das operadoras. O indicador, que relaciona despesas assistenciais à receita de mensalidades, atingiu um pico histórico de 89,2% em 2022. Desde então, o setor iniciou um movimento de recuperação.

No acumulado entre janeiro e setembro de 2025, a sinistralidade recuou para 81,9%, segundo dados da ANS. Esse ajuste contribuiu para um lucro líquido de R$ 17,9 bilhões no período, impulsionado tanto pela recomposição das mensalidades quanto por um resultado financeiro expressivo, favorecido pelo ambiente de juros elevados.

Apesar da melhora conjuntural, a pressão estrutural permanece. Estudos da consultoria L.E.K. apontam que reajustes acima da inflação, combinados à crescente pressão dos departamentos de RH por controle de custos, criam um cenário de transformação inevitável para toda a cadeia – operadoras, hospitais, distribuidores e empresas de tecnologia.

**2. O papel central das grandes corretoras na gestão de saúde**

As grandes corretoras e consultorias de benefícios passaram por uma mudança profunda de posicionamento. O papel tradicional de intermediação de apólices deu lugar a uma atuação muito mais estratégica, focada em gestão ativa da saúde corporativa.

Hoje, essas organizações operam como hubs de inteligência, combinando dados, tecnologia e equipes multidisciplinares para apoiar empresas no controle da sinistralidade e na melhoria do uso dos planos de saúde. Confira alguns exemplos:

- A Acrisure (ex-It’sSeg) administra aproximadamente 2,1 milhões de vidas, com atuação focada em gestão de risco baseada em indicadores integrados, auditoria de bases, gestão de pacientes crônicos, gerenciamento de afastamentos e auditoria de contas médicas.
- A AON não divulga o volume de vidas gerenciadas, mas sua atuação está centrada em consultoria orientada por dados (Analytics), com iniciativas voltadas ao bem-estar financeiro, à saúde emocional e física dos colaboradores e à otimização do custo total dos benefícios.
- A MDS Brasil também não informa o número de vidas sob gestão. Seu diferencial está no uso da plataforma de Business Intelligence HealthLink, aliada a equipes multidisciplinares,

gestão de casos críticos, controle da sinistralidade por meio de auditorias e projeções financeiras aplicadas à carteira de saúde.
- A Wiz Corporate (Grupo Wiz Co) atua na gestão de benefícios de saúde com foco na eficiência da carteira e no controle da sinistralidade, apoiada por soluções proprietárias como o Wiz Risk, voltado à análise de risco, o Wiz Care, para acompanhamento de internações, além de ferramentas de BI para monitoramento contínuo dos indicadores.
- Já a BrazilHealth gerencia cerca de 175 mil vidas e estrutura sua atuação a partir de comitês periódicos de análise de riscos, monitoramento do reajuste versus sinistralidade e relatórios detalhados de utilização, com indicadores voltados à sustentabilidade dos planos.

Mais do que negociar contratos, essas corretoras atuam em frentes como:

- Análise de risco e monitoramento contínuo, com uso de plataformas de BI para mapear o perfil de saúde das populações, identificar grupos críticos e projetar custos futuros.
- Gestão ativa do cuidado, incluindo acompanhamento de pacientes crônicos, gestão de internações, auditoria de contas e segunda opinião médica.
- Promoção da saúde e prevenção, por meio de programas de bem-estar, campanhas educativas e ações de mudança comportamental.
- Inteligência aplicada à decisão, fornecendo relatórios e indicadores que permitem aos RHs negociar reajustes com mais embasamento técnico.

Esse reposicionamento transforma as grandes corretoras em peças-chave na governança do benefício saúde.

**3. Health techs: tecnologia aplicada ao risco, fraude e cuidado**

Se as corretoras assumiram o papel de integradoras, as health techs surgem como o motor de disrupção do sistema. Utilizando inteligência artificial, big data e modelos preditivos, essas empresas atacam gargalos históricos da saúde suplementar.

3.1 Analytics e combate a fraudes

Fraudes e desperdícios seguem entre os principais fatores de pressão sobre os custos. Estimativas do IESS apontam perdas anuais entre R$ 30 bilhões e R$ 34 bilhões.

Nesse contexto, soluções baseadas em IA passaram a exercer um papel decisivo. Plataformas capazes de analisar grandes volumes de dados, cruzar informações estruturadas e não estruturadas e identificar padrões anômalos vêm elevando significativamente a taxa de detecção de fraudes e pagamentos indevidos.

O ganho não está apenas na redução de perdas, mas também na escalabilidade e na padronização dos processos de auditoria, liberando equipes médicas para análises mais complexas.

Empresas de tecnologia especializadas oferecem a principal linha de defesa, confira alguns exemplos.

- **Neurotech (uma marca B3):** Com mais de 20 anos de experiência em IA, a Neurotech analisa mais de R$ 2 bilhões em pedidos de reembolso por ano, impactando 10 milhões de beneficiários. Sua plataforma de Inteligência de Reembolso aumenta em até 8 vezes a detecção de fraudes, identificando desde adulterações em recibos até a criação de CNPJs fictícios para solicitar reembolsos indevidos. Em parceria com o IESS, lançou um indicador para monitorar tendências de abusos em tempo real.
- **Arvo:** Utiliza IA e Machine Learning para analisar transações e identificar desvios, garantindo conformidade e pertinência. Processando uma base de mais de R$ 140 bilhões em sinistros, a Arvo oferece agentes inteligentes (Smart Agents) que analisam tanto dados estruturados (TISS) quanto imagens, prevenindo pagamentos indevidos em escala.
- **Triágil:** Focada na otimização da auditoria médica, a Triágil usa IA para analisar solicitações

de exames e procedimentos, prometendo uma redução de 80% no tempo de análise e liberando a equipe médica para focar em casos de maior complexidade.

3.2 Uma nova geração de gestão de saúde populacional

Além do combate a fraudes, cresce uma nova camada de inteligência focada na gestão populacional. Essas health techs atuam entre empresas, operadoras e prestadores, redesenhando a jornada de cuidado com base em risco, previsibilidade e intervenção precoce.

Modelos preditivos de internação, identificação de pacientes de alto custo e desenho de jornadas assistenciais mais eficientes permitem não apenas reduzir despesas, mas também melhorar desfechos clínicos – um ponto cada vez mais valorizado pelas empresas. Veja exemplos.

- **3778:** Gerenciando mais de 1 milhão de vidas para 23 das 100 maiores empresas do Brasil, a 3778 utiliza modelos preditivos para analisar o risco de internação, identificar pacientes de alto custo e calibrar a jornada assistencial, otimizando custos e prevenindo agravos.
- **Axenya:** Posicionando-se como uma alternativa às corretoras tradicionais, a Axenya usa IA para selecionar o plano mais adequado ao perfil dos colaboradores e, posteriormente, aplica programas de gestão de saúde que resultaram em uma sinistralidade de 81% para seus clientes, contra 90,1% da média de mercado, e reajustes anuais 75% menores.

## 4. Estratégias das operadoras: prevenção e compartilhamento de risco

As operadoras seguem como protagonistas na gestão da sinistralidade, especialmente em duas frentes complementares.

A primeira envolve programas de prevenção e cuidado coordenado, voltados a crônicos, gestantes, idosos e populações de risco. A lógica é clara: reduzir eventos de alta complexidade por meio de acompanhamento contínuo e medicina preventiva.

A segunda frente é o compartilhamento de risco, com destaque para a coparticipação. Dados de mercado mostram que esse mecanismo incentiva o uso mais consciente do plano, reduz tíquete médio e contribui para níveis historicamente mais baixos de sinistralidade.

Embora fundamentais, essas estratégias tendem a gerar impacto mais gradual e dependem fortemente de integração com outros agentes do ecossistema. Conheça algumas:

- **Programas de Prevenção e Bem-Estar:** Iniciativas como Hapvida Qualivida, SulAmérica Saúde Ativa e Amil Cuidadosmil oferecem acompanhamento para pacientes com doenças crônicas, gestantes e idosos, além de promoverem hábitos saudáveis. O objetivo é reduzir a necessidade de procedimentos de alta complexidade através do cuidado coordenado e da medicina preventiva.
- **Mecanismos de Compartilhamento de Risco:** A coparticipação é a ferramenta mais difundida. Segundo um estudo da FIESP, 72% das indústrias que adotam estratégias para reduzir custos utilizam a coparticipação. Dados da Qualicorp mostram que planos com este mecanismo têm um tíquete médio 26% menor e uma sinistralidade historicamente abaixo de 70%, incentivando o uso mais consciente do plano.

## 5. Conclusão: a força está na integração

A análise do ecossistema revela um ponto central: não existe solução isolada para a redução sustentável da sinistralidade.

As healthtechs oferecem impacto direto, mensurável e escalável. As grandes corretoras exercem um papel estratégico de orquestração e governança. As operadoras fornecem a base assistencial, os mecanismos de prevenção e o controle de uso. Os melhores resultados surgem quando esses três níveis atuam de forma integrada.

A análise da efetividade de cada um revela uma clara tendência:

- **Maior efetividade (disruptiva):** As healthtechs especializadas em IA e Analytics (Neurotech, Arvo, 3778, Axenya) demonstram o maior potencial de impacto direto e mensurável. Elas não apenas otimizam processos, mas transformam a maneira como o risco é calculado, as fraudes são combatidas e a saúde é gerenciada, gerando ROI claro e significativo.
- **Efetividade estratégica:** As grandes corretoras (Acrisure, AON, MDS, Wiz etc) são estrategicamente vitais. Sua capilaridade, poder de negociação e, principalmente, sua capacidade de integrar dados e oferecer uma consultoria de gestão de saúde holística as tornam o principal hub de controle de custos para as empresas. Sua efetividade reside na capacidade de orquestrar as diferentes soluções disponíveis no mercado.
- **Efetividade Fundamental:** Os programas de prevenção das operadoras e os mecanismos de coparticipação são a base da pirâmide de gestão. Embora essenciais, seu impacto é mais difuso e de longo prazo. São medidas reativas e preventivas fundamentais, mas que, isoladamente, não resolvem as complexas ineficiências do sistema.

O futuro da gestão de saúde corporativa no Brasil não pertence a um único player, mas à colaboração inteligente entre dados, estratégia e cuidado. Empresas que entendem essa lógica deixam de reagir ao custo e passam a gerir risco de forma ativa, preditiva e sustentável.

**Fonte:** ZVolution/Ruco Assessoria e Comunicação, em 08.01.2026.

---

[1] ***Zeca Vieira*** (LinkedIn e Instagram), um dos profissionais mais influentes do marketing no setor de seguros brasileiro, atualmente sócio-fundador da ZVolution Consultoria, especializada em Planejamento e Marketing Estratégico, Gestão de Projetos, M&A, Comunicação, Planejamento de Vendas, Eventos Corporativos e Relacionamento com clientes e parceiros.