

PROSPECTIVA

FULL REPORT

O Corpo, o Código e a Conta

Futuro da saúde no Brasil até 2041, com o mundo no radar

Prospectiva · Relatório de Foresight

Julho 2026

01

Sumário executivo

A saúde brasileira não vai quebrar por falta de tecnologia. Vai quebrar por excesso de conta. O que define os próximos quinze anos não é se a inteligência artificial vai diagnosticar melhor que o médico. Já diagnostica, em cenário controlado. É quem vai pagar por um sistema que envelhece rápido, incorpora tecnologia cara e opera num modelo de remuneração que premia doença, não cura.

Essa é a tese central deste report, e ela vale para quem gere hospital, opera plano, formula política pública ou constrói healthtech. A tecnologia derruba o custo do diagnóstico e da descoberta de fármacos ao mesmo tempo em que a demografia e a inovação empurram a conta para cima. As duas forças colidem dentro de um modelo de pagamento dos anos 1990. Quem reorganizar o modelo captura a próxima década. Quem só comprar tecnologia em cima do modelo velho vai automatizar o próprio prejuízo.

3,8% do PIB

gasto público em saúde no Brasil, contra os 6% que a OPAS recomenda para sistemas universais

Fonte: IEPS / Rudi Rocha, FGV, 2025

81,7%

sinistralidade média das operadoras em 2025: de cada R\$ 100 de mensalidade, R\$ 82 viram despesa

Fonte: elaboração sobre dados ANS, 2025

R\$ 61 bi

mercado projetado de GLP-1 no Brasil até 2030, somando canal formal e informal

Fonte: Itaú BBA, 2026

85% vs 20%

acerto de IA da Microsoft vs médicos em casos clínicos complexos

Fonte: Microsoft AI, 2025

A janela de decisão é agora. O arcabouço fiscal, segundo a Instituição Fiscal Independente do Senado, começa a apertar o financiamento da saúde já em 2026. A saúde baseada em valor está em menos de 10% dos hospitais. A regulação de IA médica acabou de sair. Os próximos cinco anos definem quem constrói a ponte para o modelo novo e quem fica preso no que está afundando.

Os quatro achados que não dependem de cenário

A varredura aponta quatro forças estruturais que valem em qualquer futuro, e por isso guiam decisão hoje.

Primeiro, o Brasil tem uma tesoura fiscal montada. A necessidade de financiamento da saúde pública cresce cerca de 3,9% ao ano em termos reais, enquanto o teto de despesa do arcabouço fiscal permite 2,5%. A conta não fecha por construção, e o ajuste vira decisão política logo depois das eleições de 2026.

Segundo, o custo do diagnóstico está despencando. Um orquestrador de IA da Microsoft acertou 85% de casos clínicos complexos do New England Journal of Medicine contra 20% de médicos generalistas, gastando 20% menos em exames. A commodity mais cara da medicina, o raciocínio diagnóstico especializado, está virando software barato.

Terceiro, o modelo de remuneração está esgotado e todo mundo sabe. Fee-for-service, o pagamento por procedimento, premia volume e pune eficiência. A migração para pagamento por desfecho é reconheci-

da como inevitável por 60% dos executivos do setor, mas só 10% dos hospitais têm contrato de fato baseado em valor. O abismo entre discurso e prática é uma das maiores oportunidades da década.

Quarto, o GLP-1 é o primeiro remédio que virou fenômeno de consumo de massa e mexe com a economia inteira. R\$ 20 bilhões de mercado só em 2026, com metade circulando no canal informal e manipulado. Ele reprograma a conta de doenças crônicas, o varejo farmacêutico e a própria noção de quem é paciente.



A saúde do Brasil tem a tecnologia do futuro e o modelo de pagamento do passado. A colisão entre os dois é a história dos próximos quinze anos.

VEREDITO CENTRAL

02

Introdução e framing

A pergunta que este report responde

A questão focal não é "a saúde vai melhorar ou piorar". É estrutural: sob quais condições o sistema de saúde brasileiro se mantém financeiramente viável e clinicamente melhor nos próximos quinze anos, dado que a tecnologia derruba custos de um lado enquanto a demografia e a inovação os elevam do outro, e o que cada ator faz a respeito.

O recorte é duplo por decisão de escopo. O palco é o Brasil, sistema público (SUS) e suplementar (planos), porque é onde o leitor decide. O radar é o mundo, porque os cases mais disruptivos nascem fora e chegam aqui com atraso previsível. Quem lê só o Brasil perde o sinal. Quem lê só o exterior perde o contexto que faz o sinal aterrissar ou não.

Lente e horizonte

A lente principal é de sistema e modelo de negócio, não de tecnologia isolada. Tecnologia entra o tempo todo, mas como força que reorganiza incentivos, custos e poder, não como gadget. Onde a mudança mais radical é de modelo (como se paga, onde se cuida, quem tem acesso), o report trata como protagonista.

O horizonte se organiza em três camadas temporais, o padrão de foresight adaptado ao pedido: H1 é a janela de cinco anos, até 2031, o sistema atual em declínio administrado. H2 é a década, até 2036, a zona de transição onde quase toda decisão estratégica de peso acontece. H3 é o horizonte de quinze anos, até 2041, o sistema estrutural emergente. Além disso, um único cenário distópico distante entra no fim como exercício de imaginação, marcado, fora da decisão. O ano-alvo não é data literal: é quanto de mudança se permite entrar na análise.

03

Metodologia

Este report roda o processo completo de foresight com disciplina de fonte, não um trend deck que blefa. A varredura usou a taxonomia STEEP (Social, Tecnológico, Econômico, Ambiental, Político) com a camada de Valores quando relevante. Os sinais foram organizados num radar com horizonte, confiança e tipo. Os drivers foram mapeados num grid de impacto por incerteza, de onde saíram os dois eixos críticos. A análise desceu em camadas com Causal Layered Analysis, da litania ao mito. Os três horizontes formam a espinha temporal, e sobre ela se penduram os cenários: cenário-base mais tensão no curto prazo, matriz de quatro mundos no médio, convergência no longo, e o distópico distante como camada separada. As implicações saem em três cortes: robustas, contingentes e por ator do sistema. Fecha com framework de monitoramento.

Sobre as fontes, a regra foi triangular. Número de fornecedor (consultoria, banco, fabricante) entra com ressalva, nunca como fato neutro, porque quem projeta mercado tende a inflar. Dado oficial (Ministério da Saúde, ANS, IBGE, IEPS, IFI) forma a espinha. Onde a evidência é fina, o report sinaliza em vez de fingir certeza. Cada número aparece com o que significa na prática.

04

Scanning ambiental

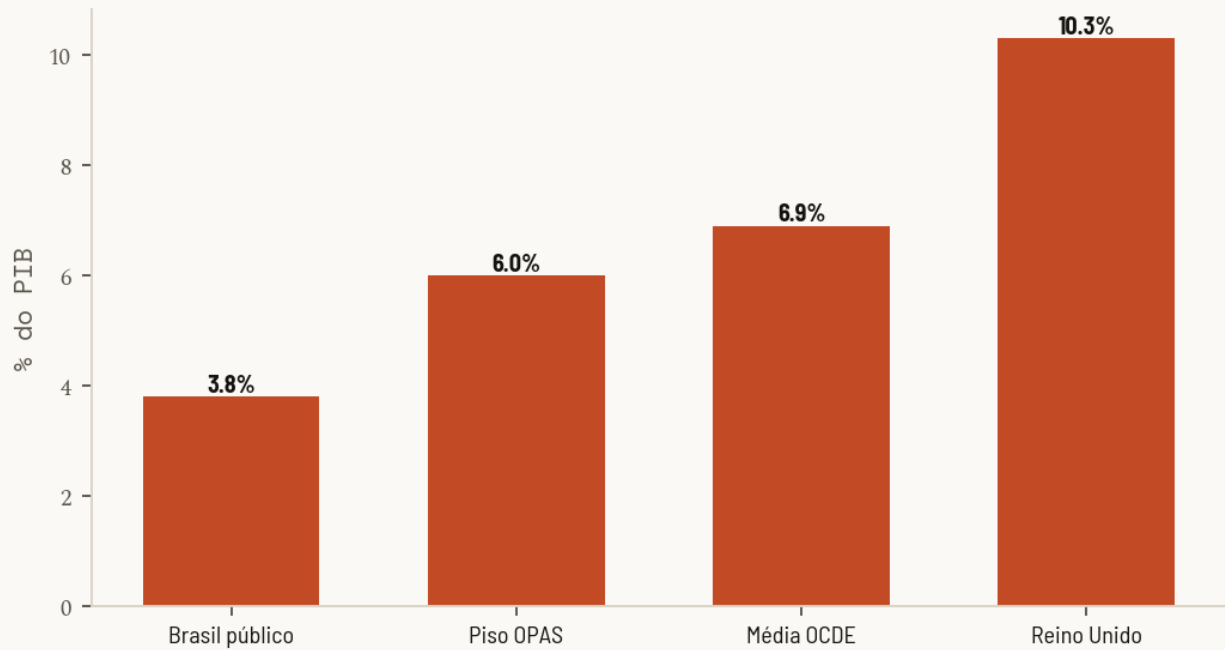
A leitura STEEP separa o ruído da estrutura. Abaixo, só as dimensões que movem a agulha no recorte da saúde brasileira, cada uma com o sinal estrutural, o nível de confiança e o horizonte que ela sinaliza.

DIMENSÃO	SINAL ESTRUTURAL	CONFI- ANÇA	HORI- ZONTE
Social	Envelhecimento acelerado: idosos saltam de 15,6% para quase 38% da população até 2070, inversão da pirâmide já em 2040	Alto	H2
Social	GLP-1 vira consumo de massa e redefine a linha entre paciente e consumidor	Alto	H1
Tecnoló- gica	IA diagnóstica supera médico em cenário controlado e IA projeta fármacos que entram em ensaio clínico	Alto	H1
Tecnoló- gica	Prontuário eletrônico nacional (RNDS) vira infraestrutura oficial do SUS, com CPF como identificador	Médio	H2
Econômi- ca	Tesoura fiscal: necessidade de financiamento cresce 3,9% ao ano, teto permite 2,5%	Alto	H1
Econômi- ca	Sinistralidade em 81,7% pressiona operadoras a mudar de modelo ou quebrar	Alto	H1
Ambien- tal	Mudança climática expande arbovirose (dengue, zika) e pressiona vigilância	Médio	H2
Político	Regulação de IA médica sai (CFM 2.454/2026) e mantém responsabilidade no humano	Alto	H1
Político	Disputa sobre o piso da saúde deve explodir após as eleições de 2026	Médio	H1

O que salta da leitura é a colisão. As dimensões social (envelhecimento) e econômica (tesoura fiscal) empurram a conta para cima e para o insustentável. A dimensão tecnológica empurra o custo unitário para baixo. A política decide se a tecnologia vira alívio de sistema ou só mais uma camada de custo. Nenhuma dessas forças age sozinha, e o erro clássico do gestor é olhar uma de cada vez.

O gasto que não acompanha a necessidade

O gráfico abaixo mostra a distância entre onde o Brasil gasta e onde deveria. O gasto público em saúde é uma fração do que sistemas universais praticam, e o total (público mais privado) esconde uma inversão perversa: o país gasta mais pelo bolso privado do que pelo público, o oposto de quase todo sistema universal do mundo.

Gasto público em saúde: Brasil contra o padrão de sistemas universais

Fonte: IEPS/FGV e OPAS, 2025. O que significa: o SUS opera com quase metade do piso recomendado, e um terço do gasto per capita da OCDE.

O peso, o empurrão e o puxão

Vale um diagnóstico de tensão antes dos cenários. O peso do passado na saúde brasileira é pesado: fee-for-service enraizado, subfinanciamento crônico do SUS, cultura de desconfiança entre operadora e prestador, fragmentação de dados. O empurrão do presente é forte: IA madura, envelhecimento em curso, pressão de custo real, prontuário nacional saindo do papel. O puxão do futuro (a visão de um sistema preventivo, digital e pago por desfecho) existe mas ainda é fraco em adesão prática, os 10% de VBHC provam isso. Quando o peso é grande, o empurrão é forte e o puxão é fraco, o padrão é transição lenta e capturada, não salto. É exatamente esse o risco central que os cenários vão estressar.

05

Megatendências e tendências emergentes

imagem indisponível
HTTP Error 429: Too Many Requests

Fonte: Wikimedia Commons. A datificação da medicina, transformar o corpo em dado computável, é a pré-condição de toda IA clínica e de todo modelo de valor.

Três megatendências (forças macro, globais, de décadas) enquadram tudo. A primeira é o envelhecimento populacional, que no Brasil acontece mais rápido do que aconteceu nos países ricos, sem a mesma renda acumulada. A segunda é a datificação da medicina, a transformação do corpo e do cuidado em dado computável, que é a pré-condição de toda IA clínica. A terceira é a pressão de sustentabilidade dos sistemas de saúde no mundo inteiro, que força a busca por modelos que entreguem mais desfecho por real gasto.

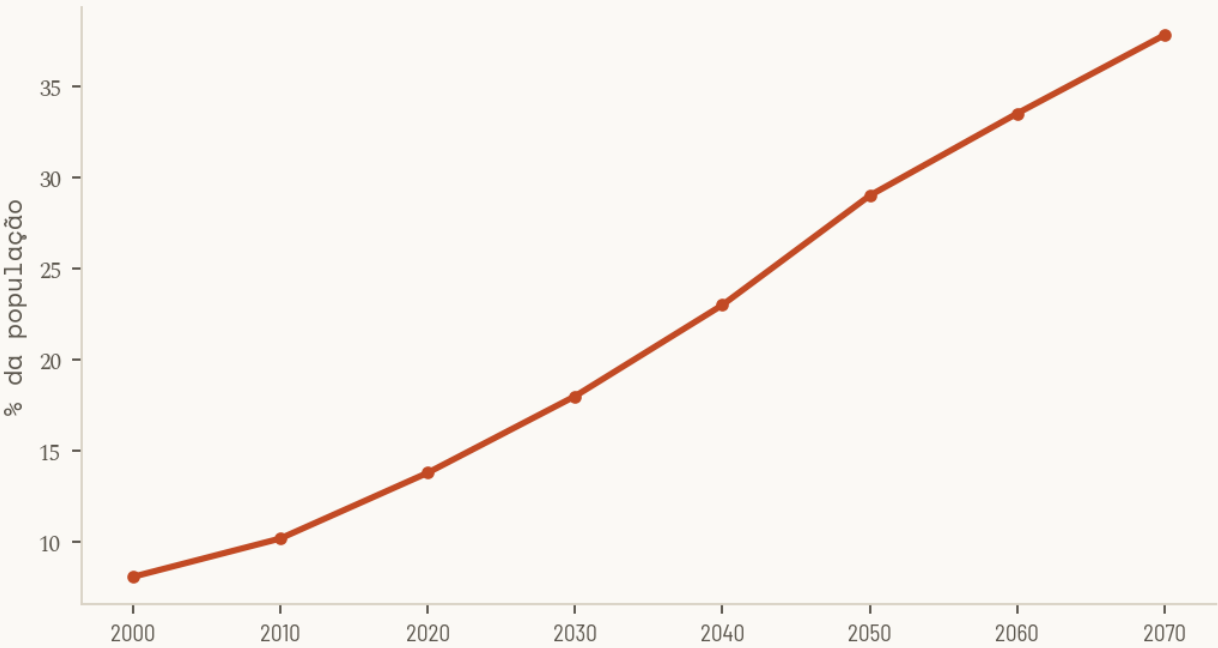
Abaixo dessas megatendências, cinco tendências emergentes (padrões de médio prazo já observáveis) que este report rastreou com dado.

A primeira é o deslocamento do cuidado para fora do hospital, o modelo hospital em casa. A segunda é a saúde baseada em valor, a mudança de pagar por procedimento para pagar por desfecho. A terceira é a farmacologização do metabolismo, o fenômeno GLP-1. A quarta é a IA generativa entrando no núcleo clínico, do diagnóstico à descoberta de fármacos. A quinta é a construção de infraestrutura pública de dados de saúde, o prontuário nacional, a fundação silenciosa sobre a qual todo o resto vai rodar ou travar. Cada uma dessas tem uma seção própria adiante, com o case internacional que a puxa e a leitura brasileira.

A curva demográfica que reprograma tudo

A força mais previsível e mais subestimada é a demografia. O Brasil envelhece rápido, e o gráfico mostra a inclinação. A parcela de idosos mais que dobra em uma geração, e a pirâmide populacional se inverte por volta de 2040, dentro do horizonte deste report. Isso não é cenário, é praticamente certo, e muda a conta de tudo: mais doença crônica, mais custo de longo prazo, menos gente na idade produtiva para financiar o sistema.

Envelhecimento: parcela da população com 60 anos ou mais



Fonte: IBGE, Projeções de População revisão 2024 e Fiocruz/Saúde Amanhã. O que significa: em 2050, quase 1 em cada 3 brasileiros terá 60+, contra 1 em 8 em 2020. A conta de crônicas explode.

06

Radar de sinais

O radar lista os sinais concretos captados na varredura, cada um com o horizonte que indica, o nível de confiança e o tipo. Tipo forte é tendência consolidada. Emergente é padrão subindo a curva. Fraco é sinal ambíguo que exige interpretação. Wild card é evento de baixa probabilidade e alto impacto.

SINAL (MANIFESTAÇÃO CONCRETA)	HORIZONTE	CONFIANÇA	TIPO
IA da Microsoft acerta 85% de casos NEJM vs 20% de médicos, com 20% menos custo de exame	H1	Alto	Forte
Isomorphic Labs (DeepMind) capta US\$ 2,1 bi e projeta fármaco de IA em ensaio clínico	H1	Alto	Emergente
FDA já autorizou mais de 1.200 dispositivos médicos com IA, 76% em radiologia	H1	Alto	Forte
Telessaúde no SUS passa de 6 milhões de procedimentos (2022-2025), com maioria dos municípios	H1	Alto	Forte
Mercado de GLP-1 no Brasil deve dobrar para R\$ 20 bi em 2026, metade no canal informal	H1	Alto	Forte
EMS lança Ozivy, similar de semaglutida a R\$ 287/mês, muito abaixo do original	H1	Alto	Emergente
CFM publica resolução de IA médica (2.454/2026) mantendo responsabilidade no humano	H1	Alto	Forte
Meu SUS Digital passa de 59 milhões de downloads e CPF vira identificador nacional	H2	Médio	Emergente
VBHC estagnado em 10% dos hospitais apesar de 78% projetarem crescimento até 2030	H2	Alto	Fraco
Fusões e aquisições na saúde crescem 37% em um ano	H2	Médio	Emergente
Microsoft cria time de superinteligência médica sob Mustafa Suleyman	H3	Médio	Fraco
Colapso de operadora de grande porte por sinistralidade insustentável	H2	Baixo	Wild card
Vazamento massivo de base nacional de dados de saúde (RNDS)	H2	Baixo	Wild card

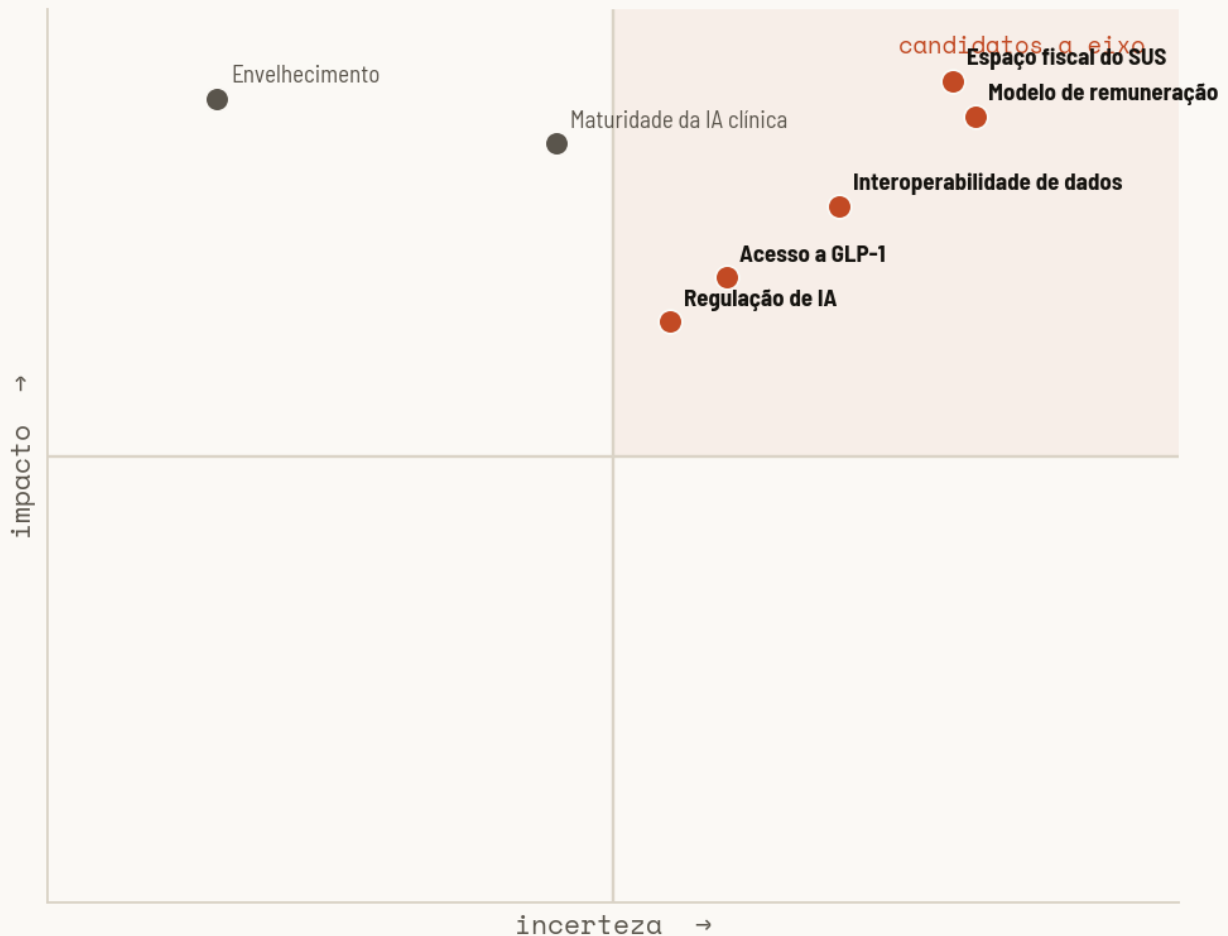
A leitura do radar é direta: os sinais fortes estão quase todos no curto prazo e já são realidade, não previsão. A incerteza mora no médio prazo, onde os sinais fracos podem virar qualquer coisa. É por isso que a decisão de capital pesada mora no H2, e é lá que os cenários divergem.

07

Mapeamento de drivers e seleção dos eixos

Sinal é manifestação. Driver é a força de fundo que produz o sinal. O grid abaixo posiciona os drivers da saúde brasileira por impacto (quanto move o sistema) e incerteza (quanto não sabemos o desfecho). O canto superior direito, alto impacto e alta incerteza, entrega os candidatos a eixo dos cenários.

Drivers da saúde brasileira por impacto e incerteza



Fonte: síntese própria sobre dados IEPS, IFI, ANS e Demografia Médica 2025. O que significa: os dois eixos dos cenários saem do canto superior direito.

Dois drivers dominam o canto crítico. O primeiro é o espaço fiscal e de financiamento: alto impacto (define se há dinheiro para cuidar) e alta incerteza (depende de decisão política que só se resolve depois de 2026). O segundo é o modelo de remuneração: alto impacto (define se o dinheiro premia cura ou doença) e alta incerteza (a migração pode acelerar ou emperrar de vez).

Envelhecimento tem impacto altíssimo mas incerteza baixa: vai acontecer, é praticamente determinado, então entra como pano de fundo de todos os cenários, não como eixo. A maturidade da IA clínica também tem incerteza relativamente baixa, ela vai amadurecer, o que não sabemos é como será absorvida. Esses são elementos predeterminados: certos no rumo, incertos só no ritmo.

O teste de independência dos eixos

Antes de montar a matriz, um teste obrigatório: os dois eixos precisam ser genuinamente independentes, senão dois dos quatro mundos ficam vazios de sentido. Espaço de financiamento e modelo de remuneração passam no teste. Dá para ter dinheiro sobrando e modelo velho (sistema rico e ineficiente), dinheiro curto e modelo novo (pobre e eficiente), e as duas outras combinações. Não são a mesma variável disfarçada. Um é sobre quanto dinheiro entra. O outro é sobre como o dinheiro é usado. Eixos válidos.

08

Causal Layered Analysis

Aqui o report desce abaixo da superfície. A maioria da mídia e da política opera na primeira camada, a litania. O valor está em descer até a quarta, o mito, porque é lá que mora a trava real da mudança.

Camada 1: a litania

O que aparece nas manchetes: fila no SUS, reajuste abusivo de plano, falta de médico no interior, remédio caro, novo aparelho de IA que salva vidas. É a camada do susto e do factoide. Verdadeira, mas rasa. Se a análise para aqui, a resposta é sempre a mesma: mais dinheiro, mais médico, mais tecnologia. Solução de litania para problema de litania.

Camada 2: as causas sistêmicas

Uma camada abaixo, os fatores estruturais que produzem a litania. O subfinanciamento crônico do SUS (3,8% do PIB contra 6% recomendados) não é acidente, é escolha orçamentária sustentada por décadas. A concentração de médicos é resultado de incentivo econômico, não de má vontade individual. O fee-for-service produz superutilização porque o sistema, literalmente, paga mais quando o paciente adocece mais. A litania é sintoma. O sistema de incentivos é a doença.

Camada 3: a visão de mundo

Mais fundo, o paradigma que legitima o sistema. A medicina brasileira, pública e privada, opera sob uma visão de mundo hospitalocêntrica e curativa: saúde é o que acontece quando você já está doente, dentro de um prédio, com um médico. O hospital é o templo. A doença é o evento. A cura é o produto. Nessa visão, prevenção é custo, não investimento, e o corpo saudável não gera receita. Toda a arquitetura de pagamento, formação e prestígio deriva daí. Enquanto essa visão de mundo reinar, VBHC e cuidado domiciliar vão ser sempre exceção heroica, não norma, porque contrariam o paradigma que assina o cheque.

Camada 4: o mito e a metáfora

No fundo do poço, a narrativa inconsciente. A metáfora dominante da saúde brasileira é a do combate: a medicina é uma guerra contra a doença, o médico é o herói que combate, o hospital é o campo de batalha, o corpo é o território disputado. Essa metáfora é poderosa e sabota o futuro, porque guerra não se previne, se trava. Herói não coordena cuidado crônico ao longo de anos, ele salva no momento crítico. O mito do herói curativo é o que faz o país aplaudir o transplante e ignorar a atenção primária, celebrar a UTI e sucatear o posto de saúde.

O futuro desejável exige trocar a metáfora. De guerra contra a doença para manutenção da vida. De herói que salva para jardineiro que cultiva. Não é retórica: a metáfora define o que se mede, o que se paga e quem tem prestígio. Muda a metáfora, muda tudo acima dela. E é por isso que a transição da saúde é tão mais lenta do que a tecnologia sozinha faria prever. A tecnologia está pronta. O mito ainda é o do combate.

//

A saúde brasileira aplaude o herói que salva na UTI e ignora o jardineiro que evita a internação. Enquanto o mito for o do combate, a prevenção perde.

FRASE-ÂNCORA DA ANÁLISE DE CAMADAS

09

Os cinco vetores de disrupção

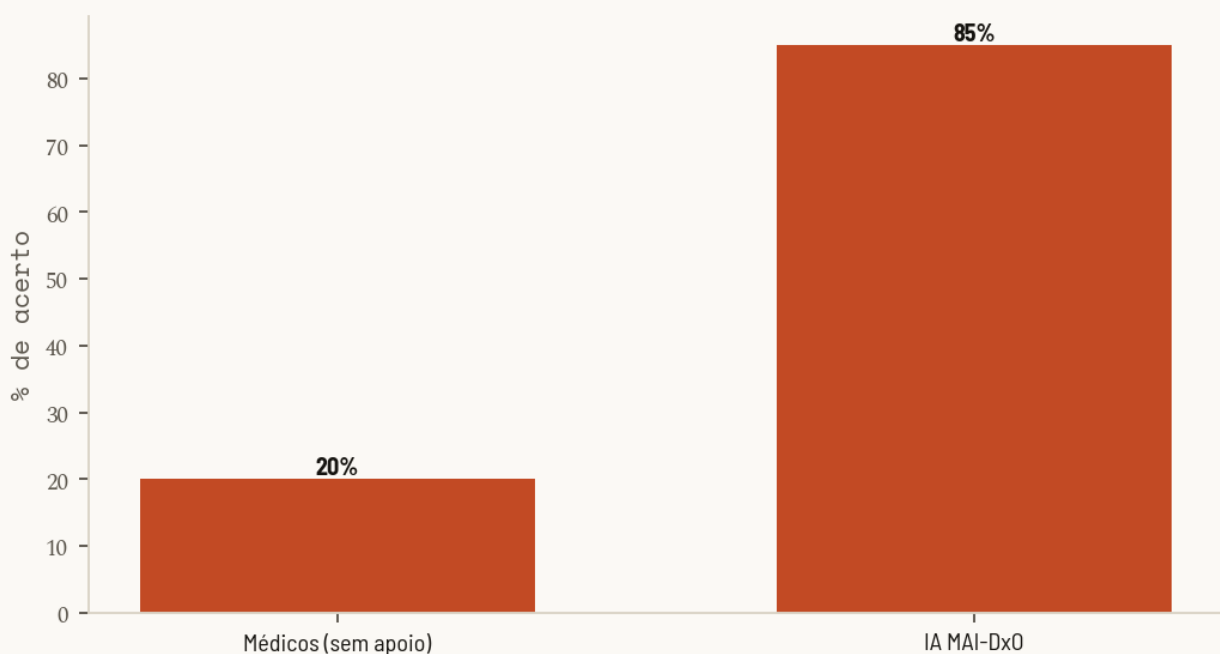
Antes dos cenários, cinco mergulhos. Cada vetor traz o case internacional mais disruptivo que o puxa, o dado, e o que significa para o Brasil. É aqui que o radar externo vira munição de decisão interna.

Vetor 1: a IA que diagnostica melhor que o médico

O sinal mais forte do radar vem da Microsoft. Em 2025, a empresa apresentou o MAI-DxO, um orquestrador que coordena vários modelos de IA para simular um time de médicos diagnosticando em conjunto. Rodado contra 304 casos clínicos complexos publicados no New England Journal of Medicine, o sistema acertou 85,5% dos diagnósticos. Médicos generalistas humanos, sem acesso a livros ou colegas, acertaram 20%. E o sistema fez isso pedindo 20% menos exames caros, porque raciocina sobre qual teste de fato discrimina o diagnóstico, em vez de pedir tudo por precaução. A empresa chamou o caminho de "superinteligência médica" e montou um time dedicado sob Mustafa Suleyman.

A ressalva honesta, porque número de fabricante entra com hedge: o teste foi em casos difíceis e curados, selecionados, com informação completa, o que não é a bagunça de um pronto-socorro real. Não é o médico do dia a dia sendo batido, é um benchmark controlado. Mas a direção é inequívoca. A commodity mais cara e mais escassa da medicina, o raciocínio diagnóstico de especialista, está virando software. O gráfico contrasta os dois mundos.

Acerto diagnóstico em casos clínicos complexos do NEJM



Fonte: Microsoft AI, 2025, citado com ressalva (teste controlado, casos selecionados). O que significa: em condição de laboratório, a IA já supera o generalista no raciocínio diagnóstico complexo.

Leitura para o Brasil: num país onde 58% dos médicos se concentram em 48 municípios grandes e o interior tem escassez crônica de especialista, IA diagnóstica não é ameaça ao médico, é a chance de levar nível de especialista para onde não há especialista. O gargalo não será tecnológico, será de

confiança, regulação e integração ao fluxo. A CFM já cravou a regra: a IA é apoio, a decisão e a responsabilidade permanecem humanas. Quem souber acoplar IA à atenção primária resolutiva ganha a década.

Vetor 2: a IA que inventa remédio

Se a IA que diagnostica já é realidade, a IA que descobre fármaco é a aposta mais pesada do capital global em saúde. A Isomorphic Labs, empresa da DeepMind (Google) fundada sobre o AlphaFold, o modelo que previu a estrutura de praticamente todas as proteínas conhecidas e rendeu o Nobel de Química de 2024, captou US\$ 2,1 bilhões em 2025, a maior rodada já feita em descoberta de fármacos por IA. A promessa: comprimir o ciclo de descoberta, que hoje leva mais de dez anos e custa bilhões por medicamento aprovado, projetando moléculas no computador antes de sintetizar no laboratório. A empresa sinalizou que pretende ter seu primeiro fármaco desenhado por IA em ensaio clínico em humanos até o fim de 2026.

Leitura para o Brasil: o país não vai liderar drug discovery de IA, essa corrida é de gigantes com capital e dado. Mas o Brasil é mercado relevante, tem população geneticamente diversa (ativo científico real para pesquisa) e um parque de pesquisa clínica que pode virar ponto de ensaio. A oportunidade brasileira não é competir na invenção, é se posicionar na cadeia: ensaio clínico, medicina de precisão para a população local, e acordos de acesso a terapias que o ciclo encurtado vai tornar mais numerosas e, potencialmente, mais baratas. O risco é ficar de fora e virar só comprador tardio e caro.

Vetor 3: o remédio que virou consumo de massa



Fonte: Wikimedia Commons. A infraestrutura de dados é a fundação. Sem ela, nenhum dos vetores escala no sistema.

O GLP-1 (semaglutida, tirzepatida, os princípios ativos de Ozempic, Wegovy e Mounjaro) é o fenômeno mais disruptivo da saúde recente, e não por razão clínica apenas. É o primeiro medicamento que atravessou a fronteira entre tratamento e produto de consumo de estilo de vida. No Brasil, o mercado deve dobrar em 2026, chegando a cerca de R\$ 20 bilhões, com projeção de R\$ 61 bilhões até 2030 segundo o Itaú BBA (número de banco, entra com ressalva). O dado mais revelador não é o tamanho, é a estrutura: cerca de metade do mercado circula fora do canal formal, em manipulação e importação, um mercado paralelo que a regulação corre atrás.

E o preço está desabando. A EMS lançou o Ozivy, similar nacional de semaglutida, a cerca de R\$ 287 por mês, uma fração do preço do original. Com a chegada de genéricos e similares, o que era remédio de rico vira acessível, e a escala explode. O varejo farmacêutico já se reorganizou em torno disso: a RD Saúde (Raia Drogasil) captura fatia relevante das vendas.

Leitura para o Brasil: o GLP-1 reprograma três contas ao mesmo tempo. A conta clínica, porque obesidade e diabetes são a raiz de uma cascata de doenças caras, e controlá-las na origem muda a epidemiologia. A conta pública, porque o SUS iniciou piloto de incorporação (250 superobesos em Porto Alegre), e a decisão de incorporar em escala é bilionária nos dois sentidos, custa muito e economiza muito lá na frente. E a conta de consumo, porque criou uma categoria nova de gasto voluntário com saúde. Quem gere saúde populacional precisa refazer os modelos atuariais. Quem vende no varejo tem um vetor de

crescimento. Quem formula política pública tem uma decisão difícil de custo-efetividade de longo prazo.

Vetor 4: o hospital que vai para casa

O modelo assistencial mais disruptivo não é tecnológico, é de lugar. Hospital em casa (hospital at home) significa tratar em domicílio, com monitoramento e equipe, quadros que hoje exigem internação. Não é o home care de baixa complexidade que já existe no Brasil, é internação de fato, deslocada para a casa. A base de evidência é sólida e antiga: o modelo original de Johns Hopkins, de 1995, mostrou economia de cerca de 30% contra a internação tradicional, com melhor desfecho, menos tempo de permanência e menos exames.

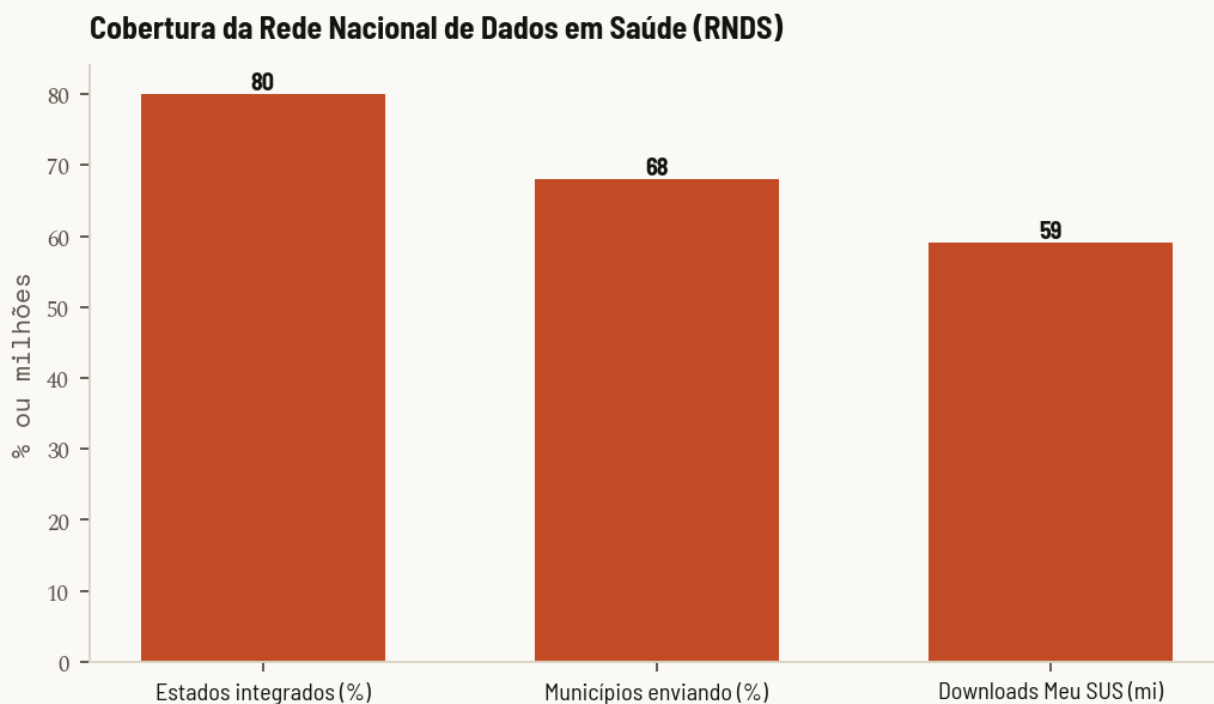
O que mudou foi o pagamento. Nos EUA, durante a pandemia, o Medicare passou a remunerar o modelo via waiver, e a adesão explodiu: mais de 320 hospitais em 37 estados aderiram. Estudos do próprio CMS mostraram menor readmissão e boa satisfação. O modelo virou prioridade estratégica, e o waiver foi estendido até setembro de 2030. Mais de 60 condições, de insuficiência cardíaca a pneumonia e DPOC, já são tratadas em casa com protocolo adequado.

Leitura para o Brasil: num sistema com leito caro e escasso, e com uma população que envelhece, deslocar cuidado para casa é alavanca dupla, corta custo e libera leito para quem precisa de alta complexidade. O home care brasileiro cresce, mas ainda como serviço à margem, não como reorganização do leito hospitalar. O gargalo, como nos EUA, é o modelo de pagamento: enquanto operadora paga por diária de internação, ninguém tem incentivo para esvaziar o leito. É mais um caso onde a tecnologia e a evidência estão prontas, e a trava é o modelo de remuneração.

Vetor 5: a fundação invisível, o prontuário nacional

O vetor menos glamouroso e mais decisivo é infraestrutura de dados. Sem prontuário eletrônico interoperável, nada do resto escala: a IA não tem dado para aprender, o VBHC não tem como medir desfecho ao longo da jornada, a coordenação de cuidado não acontece. O Brasil deu um passo grande e silencioso: a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) foi oficializada por decreto em 2025 como a plataforma de interoperabilidade do SUS, adotando o padrão internacional FHIR e o CPF como identificador nacional de saúde. O aplicativo Meu SUS Digital passou de 59 milhões de downloads. Mais de 80% dos estados e 68% dos municípios já enviam dados à rede.

O gráfico mostra o avanço da cobertura, que é real mas incompleto: a federalização ainda está em curso, estados grandes como São Paulo entraram tarde, e a qualidade do dado enviado varia muito.

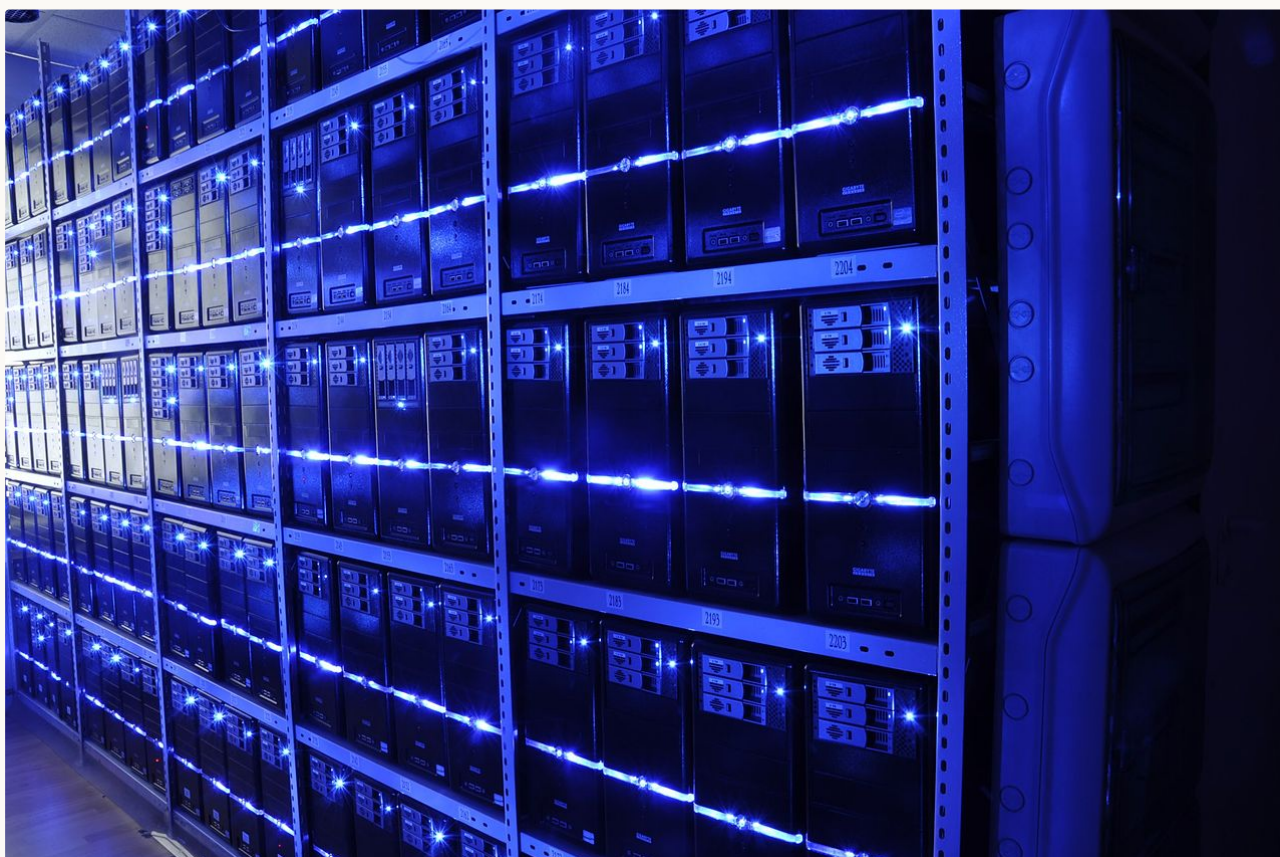


Fonte: Ministério da Saúde / Agência Gov, 2025. Nota: downloads em milhões, demais em %. O que significa: a fundação existe, mas a maturidade e a qualidade do dado ainda são o gargalo.

Leitura para o Brasil: a RNDS é o ativo estratégico mais subestimado do sistema. Para o gestor público, é a base de uma medicina populacional de precisão. Para o privado, integrar-se a ela deixa de ser conformidade e vira posicionamento, porque quem tem o dado organizado tem a base para todo modelo do futuro. A trava não é mais tecnológica (o padrão FHIR resolveu a parte técnica), é de governança, qualidade de dado e, sobretudo, de privacidade. Um vazamento massivo dessa base é o wild card que pode incendiar a confiança e travar tudo.

10

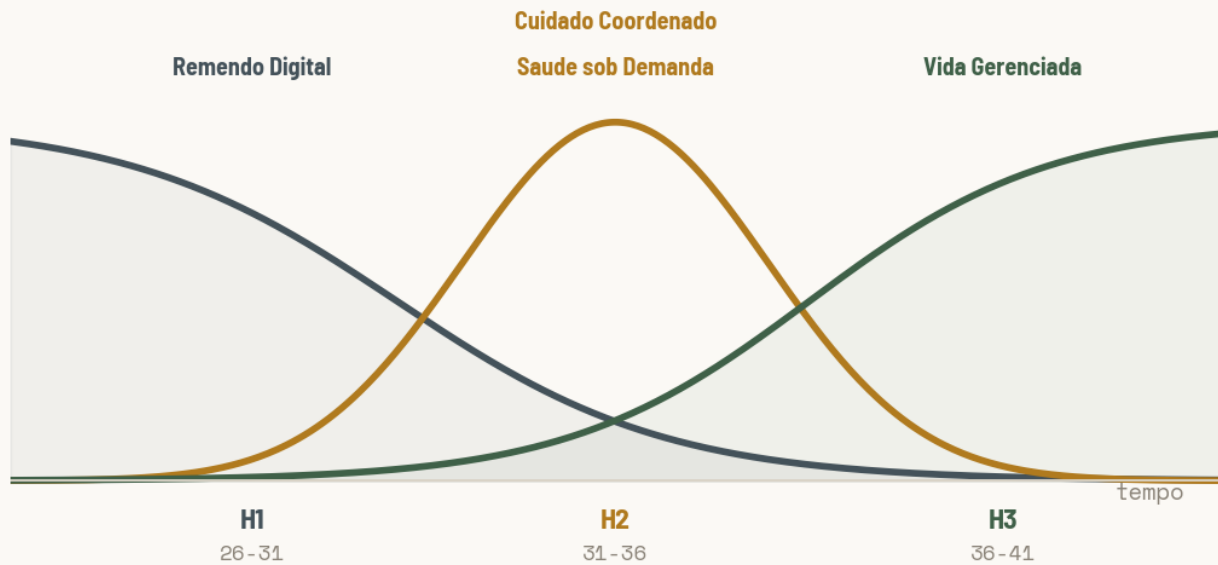
Três horizontes



Fonte: Wikimedia Commons. A infraestrutura computacional e de dados é o solo onde os três horizontes crescem ou secam.

A espinha temporal mostra as três lógicas coexistindo agora. O sistema atual, hospitalocêntrico e pago por procedimento, declina sob pressão de custo. A zona de transição é onde quase toda decisão de board e de política acontece na próxima década. O sistema emergente, preventivo, distribuído e pago por desfecho, cresce no fundo, ainda em nicho.

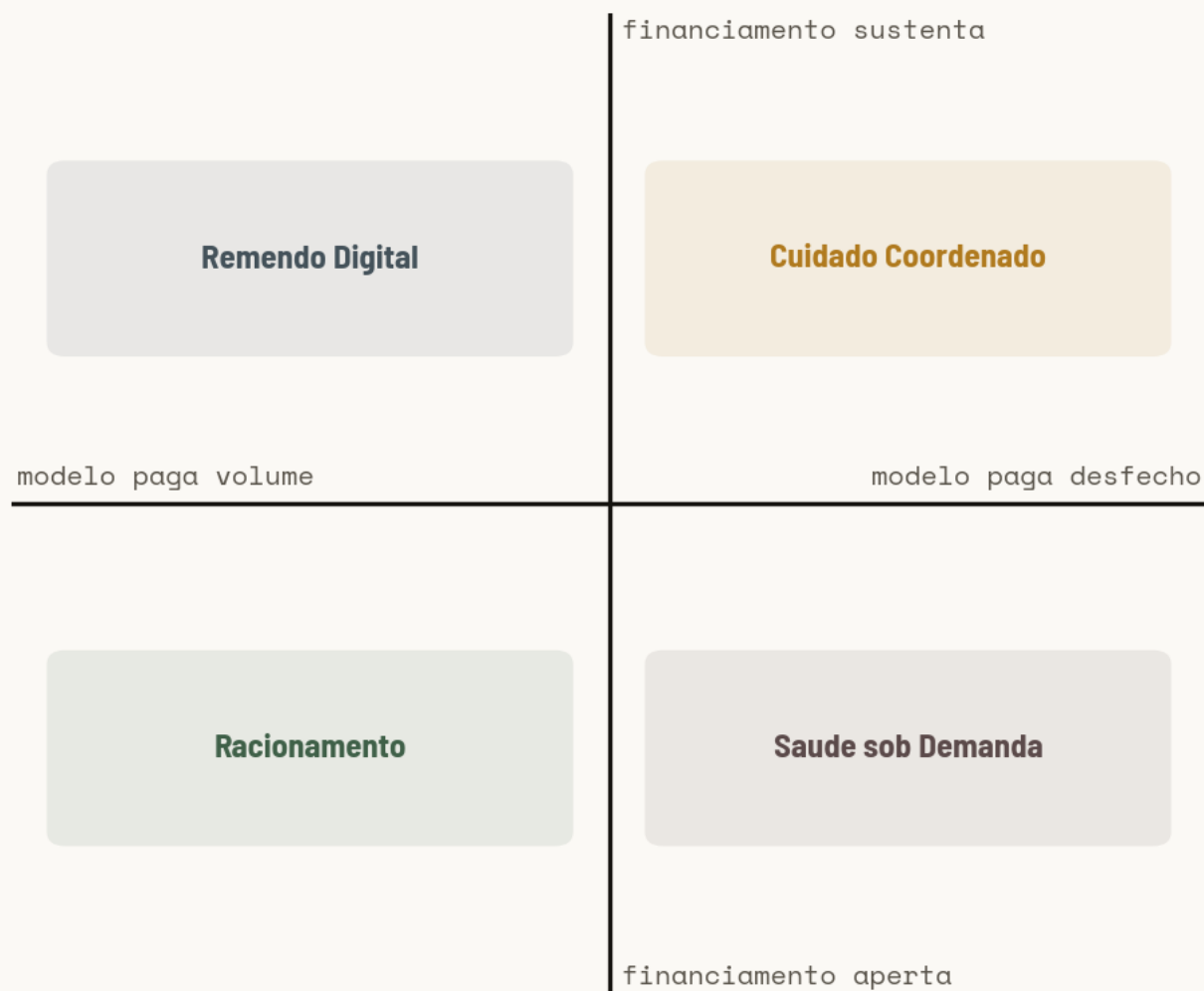
A espinha temporal da saúde brasileira



Fonte: síntese própria. O que significa: a aposta de capital pesada mora no H2, a zona de transição, onde a incerteza é máxima e os cenários divergem.

A lógica embutida na espinha: a incerteza cresce com o tempo, então o curto prazo converge (todo mundo mais ou menos concorda no que vem em cinco anos) e o longo diverge (o sistema de 2041 depende de escolhas que ainda não foram feitas). Cada horizonte exige capacidade e métrica diferente em tipo, não em grau. Gerir o hospital de H1 com métrica de volume é correto para H1 e fatal para H3. Aplicar métrica de desfecho de H3 ao hospital de H1 quebra o hospital. O erro de gestão é confundir os horizontes.

A matriz de médio prazo cruza os dois eixos independentes e nomeia os quatro mundos possíveis da década. É a peça central da decisão de capital.

Cenários de médio prazo (H2, até 2036)

Fonte: síntese própria. Eixos testados por independência: espaço de financiamento (vertical) e modelo de remuneração (horizontal).

11

Cenários

Cada cenário é uma unidade de decisão fechada, não parágrafo de clima. O leitor sai de cada um sabendo responder: este futuro é bom, tolerável ou a evitar para a minha organização, e o que eu faço a respeito. A ordem vai do mais próximo e convergente ao mais distante e divergente.

Curto prazo (H1, até 2031)

H1 • CURTO • TOLERÁVEL

Remendo Digital

BASE DO CENÁRIO

A tese em uma linha: nos próximos cinco anos, o sistema compra tecnologia sem mudar o modelo, e a IA vira uma camada cara em cima de uma engrenagem que continua premiando volume. Premissa central: a inércia do fee-for-service e da visão hospitalocêntrica vence a pressão de custo no curto prazo, porque mudar modelo é mais difícil do que comprar software. É o cenário-base, o mais provável para a janela imediata, porque é a continuação da trajetória atual com a tecnologia plugada por cima.

COMO CHEGAMOS AQUI

O caminho é o de menor resistência. Hospitais eadoras adotam IA onde ela dá ganho rápido e mensurável dentro do modelo velho: auditoria de contas, previsão de tempo de internação, triagem de imagem. A telessaúde consolida o que já mostrou, passou de 6 milhões de atendimentos no SUS entre 2022 e 2025. O prontuário nacional avança devagar. Ninguém mexe no incentivo de fundo porque, no curto prazo, mexer dói mais do que deixar como está. O ponto de virada que não acontece: a mudança de como se paga.

UM DIA DENTRO DO CENÁRIO

O gestor de um hospital privado de médio porte em 2029 abre o painel de manhã. A IA de auditoria já sinalizou R\$ 400 mil em glosas evitadas no mês. A IA de imagem priorizou os laudos urgentes. Mas a taxa de ocupação continua sendo a métrica que define o bônus da diretoria, então o incentivo silencioso ainda é encher o leito, não esvaziar a fila com prevenção. O médico ainda é pago por consulta e procedimento. O paciente crônico ainda só aparece quando descompensa. A tecnologia ficou mais inteligente. O sistema, não. O diretor financeiro comemora a eficiência marginal e não percebe que otimizou a coisa errada.

IMPACTOS

Ganho de eficiência operacional real mas limitado: 15% a 25% de redução em custo administrativo, segundo hospitais que adotaram IA de gestão. Nenhum ganho estrutural, porque o modelo de incentivo não muda. A conta total continua subindo, só que com margem operacional um pouco melhor. A tecnologia paga por si em 12 a 18 meses no nível de tarefa, e não resolve nada no nível de sistema.

PRÓS E CONTRAS

Prós: baixo risco de execução, ganho rápido e mensurável, não exige mudança cultural nem renegociação de contrato. É o caminho confortável. Contras: automatiza a ineficiência em vez de eliminá-la, adia a mudança estrutural que a demografia vai exigir de qualquer jeito, e cria falsa sensação de modernização. Quem fica aqui está polindo o convés.

VENCEDORES E PERDEDORES

Ganham os fornecedores de tecnologia pontual (SaaS de gestão, IA de imagem, auditoria) e os hospitais grandes com caixa para comprar. Perdem os hospitais pequenos sem capital de tecnologia, que caem na onda de fusão e aquisição (já em alta de 37% ao ano), e perde o sistema como um todo, que ganha tempo mas não ganha sustentabilidade.

LEITURA PARA GESTORES E OPERADORES DE SAÚDE

Tolerável no curto prazo, perigoso se virar permanente. Este mundo é onde a maioria vai estar em 2029 por inércia, e não é catástrofe, é eficiência marginal. O risco é confundir isso com transformação. O movimento: usar o ganho de eficiência do Remendo para financiar a construção do modelo novo, não para adiar. Quem trata o Remendo como destino, e não como ponte, vai bater na parede fiscal do H2 sem ter construído a saída.

Médio prazo (H2, até 2036): os quatro mundos da matriz

O médio prazo é onde a decisão de capital diverge, porque os dois eixos (financiamento e modelo) podem ir para qualquer lado. Quatro mundos, do mais desejável ao mais a evitar.

H2 • MÉDIO • DESEJÁVEL

Cuidado Coordenado

BASE DO CENÁRIO

A tese: o financiamento se estabiliza (o piso da saúde sobrevive à disputa pós-2026, o setor suplementar encontra equilíbrio) e o modelo migra de fato para desfecho. IA, prontuário nacional e pagamento por valor se combinam num sistema que previne mais e interna menos. Premissa: os 78% de provedores que projetam crescimento de VBHC até 2030 cumprem a promessa, e a infraestrutura de dados (RNDS com CPF como identificador) fica pronta para sustentar a medição de desfecho. Este é o mundo desejável, e ele é possível, mas não é o default.

COMO CHEGAMOS AQUI

O ponto de virada é a combinação, não uma peça só. O prontuário nacional amadurece e permite, pela primeira vez, medir desfecho ao longo da jornada do paciente entre serviços diferentes, que era a trava técnica do VBHC. As operadoras, encurraladas pela sinistralidade de 81,7%, descobrem que só sobrevivem gerindo cuidado, não intermediando fatura. Casos como o da Alice e das Unimeds com pagamento por desempenho deixam de ser exceção e viram referência copiável. A IA entra como ferramenta de coordenação de cuidado crônico, não só de diagnóstico pontual. A metáfora começa a mudar, de guerra para manutenção.

UM DIA DENTRO DO CENÁRIO

Uma paciente de 68 anos com diabetes e hipertensão, em 2035, não vai ao hospital há dois anos, e isso é o sucesso, não a falha. Um algoritmo monitora os dados dela em contínuo, wearable e exames integrados no prontuário nacional puxado pelo CPF. Quando um marcador sai da faixa, a equipe de atenção primária é alertada antes da descompensação e ajusta o tratamento por telessaúde. O médico dela é remunerado por mantê-la estável e fora do hospital, não por atendê-la em crise. O GLP-1, agora com genérico a preço acessível, faz parte do protocolo de controle metabólico dela, coberto porque evita eventos caros lá na frente. O hospital, quando entra, entra para o que só ele faz. O jardineiro cultiva. O herói descansa.

IMPACTOS

Redução real da curva de custo por desfecho, não só por tarefa. A pressão da tesoura fiscal é atenuada porque o sistema entrega mais saúde por real gasto. A atenção primária, historicamente sucateada, vira o centro de gravidade. O hospital vira recurso de exceção, mais caro e mais raro, usado com precisão. A relação entre operadora e prestador, antes de desconfiança, vira de risco compartilhado.

PRÓS E CONTRAS

Prós: sistema sustentável, melhor desfecho, alívio fiscal, alinhamento de incentivo entre paciente, prestador e pagador. É o mundo que todos dizem querer. Contrás: exige mudança cultural profunda (médicos temem perda de autonomia, operadoras temem investir em prevenção sem garantir fidelização), depende de infraestrutura de dados que ainda está sendo construída, e a transição machuca quem lucra com o modelo velho. Não é utopia sem custo, é reorganização com resistência real.

VENCEDORES E PERDEDORES

Ganham as operadoras e healthtechs que dominam dado e coordenação de cuidado (Alice, Sami, o modelo de gestão de saúde), a atenção primária, e o paciente crônico. Ganham os hospitais que se especializam em alta complexidade de verdade. Perdem os hospitais generalistas de volume, os prestadores que só sabem faturar procedimento, e as operadoras que insistem em ser intermediário financeiro passivo.

LEITURA PARA GESTORES E OPERADORES DE SAÚDE

Desejável, e é para cá que a organização deve remar. Este mundo recompensa quem constrói capacidade de gerir desfecho e dado agora, antes de ser forçado. O movimento: começar os pilotos de pagamento por valor hoje, mesmo pequenos, investir em interoperabilidade e integrar-se à RNDS, e reposicionar o hospital de central de volume para centro de coordenação. Quem chega em 2035 sem ter aprendido a medir e cobrar por desfecho não entra neste mundo, fica no de baixo.

H2 • MÉDIO • TOLERÁVEL

Saúde sob Demanda

BASE DO CENÁRIO

A tese: o financiamento se sustenta e sobra dinheiro, mas o modelo continua sendo de volume, agora turbinado por tecnologia de consumo. A saúde vira mercado de conveniência para quem pode pagar, com acesso instantâneo, personalizado e caro, enquanto o incentivo de fundo continua premiando fazer mais, não fazer melhor. Premissa: a economia cresce, a classe A e B expande o gasto com saúde como consumo, e a tecnologia serve a esse apetite em vez de racionalizar o sistema.

COMO CHEGAMOS AQUI

O caminho é a consumerização. O GLP-1 abriu a porta: mostrou que existe uma demanda enorme e disposta a pagar do bolso por intervenção de saúde tratada como produto de estilo de vida (metade de um mercado de R\$ 20 bilhões circulando no canal informal prova o apetite). Healthtechs e varejo farmacêutico surfam nisso. Telessaúde vira serviço premium sob assinatura. Diagnóstico por IA vira produto direto ao consumidor. Genômica popular a preço de consumo. O sistema fica tecnologicamente sofisticado e economicamente perverso: gasta-se muito, gasta-se bem para quem paga, e o incentivo de volume só migrou do hospital para o app.

UM DIA DENTRO DO CENÁRIO

Um executivo de 45 anos em São Paulo, 2034, gerencia a própria saúde como gerencia investimento. Assinatura de telessaúde 24h, GLP-1 de manutenção comprado por app com entrega em minutos, painel de longevidade com exames trimestrais puxados por IA, três especialistas de prontidão no celular. Ele tem a melhor saúde que dinheiro pode comprar, e compra muito, porque cada camada nova de monitoramento gera uma consulta nova, um exame novo, uma intervenção nova. A dez quilômetros dali, o paciente do SUS espera a mesma fila de sempre. A tecnologia não democratizou, verticalizou. O consumo de saúde virou sinal de status, como o luxo virou.

IMPACTOS

Explosão do gasto privado com saúde como consumo, sem correspondência em desfecho populacional. Aprofundamento da desigualdade de acesso: um sistema de duas velocidades vira de cinco. Inovação acelerada no segmento pagante, estagnação no resto. A conta agregada do país sobe, puxada pelo consumo voluntário, e a saúde vira mais um vetor de concentração, não de equidade.

PRÓS E CONTRAS

Prós: inovação rápida, experiência excelente para quem paga, atração de capital e talento para o setor, novos modelos de negócio florescendo. Contrás: gasto ineficiente em nível de sistema (muito volume, pouco desfecho incremental), desigualdade agravada, e nenhuma solução para a sustentabilidade do SUS, que atende 75% da população. É um mundo bom para o mercado premium e ruim para o país.

VENCEDORES E PERDEDORES

Ganham as healthtechs de consumo, o varejo farmacêutico, os planos premium e os prestadores que atendem o topo da pirâmide. Perde o SUS, que fica ainda mais distante do padrão privado, perde a classe média espremida entre um SUS sob pressão e um privado cada vez mais caro, e perde a coerência do sistema.

LEITURA PARA GESTORES E OPERADORES DE SAÚDE

Tolerável e lucrativo para quem serve o topo, mas é uma armadilha estratégica se for o único jogo. Este mundo gera receita, mas não resolve o problema estrutural e depende de uma bolha de consumo que a próxima crise fiscal ou econômica pode furar. O movimento: capturar o mercado de consumo premium, sim, mas não confundir com estratégia de saúde. Quem constrói só para o topo fica exposto quando o topo encolhe, e não desenvolveu a capacidade de gerir desfecho que o resto do sistema vai exigir.

H2 • MÉDIO • EVITAR

Racionamento

BASE DO CENÁRIO

A tese: o financiamento aperta de vez (o piso da saúde é erodido após 2026, a tesoura fiscal fecha) e o modelo continua sendo de volume. Sem dinheiro novo e sem eficiência de modelo, o sistema só tem uma saída: racionar. Fila cresce, cobertura encolhe, acesso vira loteria. Premissa: a disputa política pós-eleição resulta em corte ou congelamento real do gasto em saúde, e a migração para valor não acontece a tempo de compensar.

COMO CHEGAMOS AQUI

O caminho é o da negligência somada à inércia. A IFI já avisou: a necessidade de financiamento cresce 3,9% ao ano e o teto permite 2,5%, então sem mudança a conta não fecha em 2026. Se a resposta política for mexer na regra do piso para reduzir repasse, como já se discute, o SUS entra em desfinanciamento aberto. Ao mesmo tempo, o setor suplementar, sem migrar de modelo, repassa a sinistralidade de 81,7% em reajuste, expulsando beneficiários (planos coletivos já reajustam entre 9% e 20% ao ano). Os dois sistemas encolhem cobertura ao mesmo tempo. A tecnologia existe mas não está no modelo que a distribui.

UM DIA DENTRO DO CENÁRIO

Uma família de classe média em 2035 faz a conta e cancela o plano de saúde: o reajuste acumulado tornou impagável. Volta para o SUS, que está com fila maior do que nunca, porque milhões fizeram a mesma conta e o financiamento não acompanhou. A idosa da família, com duas doenças crônicas, espera oito meses por uma consulta especializada. O GLP-1 que controlaria o diabetes dela custa o equivalente a um terço da renda familiar, e o SUS não incorporou. A IA diagnóstica de ponta existe, roda nos hospitais premium, e é tão distante da vida dela quanto a lua. O sistema tem a tecnologia do futuro e o acesso do passado.

IMPACTOS

Deterioração do acesso em cascata. Migração reversa do privado para o público sem financiamento correspondente, sobrecarregando o SUS. Aumento da judicialização (já em níveis recordes) como válvula de escape individual. Piora de indicadores de saúde populacional pela primeira vez em décadas. A desigualdade de acesso, que o envelhecimento só agrava, vira crise social.

PRÓS E CONTRAS

Prós: praticamente nenhum, exceto que força o debate sobre sustentabilidade a sair do discurso. É o cenário-alerta. Contrás: piora de acesso, de desfecho e de equidade simultaneamente, sobrecarga do SUS, erosão da classe média assistida, e o desperdício trágico de ter a tecnologia para melhorar e o modelo que impede de distribuí-la.

VENCEDORES E PERDEDORES

Quase todos perdem. Ganham marginalmente os prestadores de nicho premium (o topo sempre se protege) e os advogados de saúde (judicialização). Perdem o SUS, o beneficiário de plano, a classe média, o idoso, o paciente crônico, e a coesão do sistema. É o mundo a evitar a todo custo.

LEITURA PARA GESTORES E OPERADORES DE SAÚDE

Evitar, e agir agora para não drenar para cá. Este é o mundo que a inércia produz se a parede fiscal chegar antes da mudança de modelo. Não é destino, é resultado de não decidir. O movimento defensivo é duplo: no público, defender o financiamento e acelerar eficiência de modelo simultaneamente, porque só um não basta. No privado, migrar para valor antes que a sinistralidade force o racionamento via reajuste. Quem espera para ver, vê isto.

Longo prazo (H3, até 2041): a convergência

H3 • LONGO • DESEJÁVEL

Vida Gerenciada

BASE DO CENÁRIO

A tese: no horizonte de quinze anos, se o modelo novo vencer a transição, a saúde deixa de ser um sistema de reação a doenças e vira uma infraestrutura contínua de gestão da vida. Prevenção, monitoramento e intervenção precoce, sustentados por IA e dado nacional, tornam-se o padrão. O hospital vira exceção. A saúde vira ambiente, não evento. Premissa: o Cuidado Coordenado do H2 escala e se torna estrutural, e a metáfora do combate cede à metáfora da manutenção.

COMO CHEGAMOS AQUI

O caminho é o amadurecimento de tudo que começou no H1 e H2. A IA que hoje diagnostica caso complexo vira copiloto onipresente e barato da atenção primária. Os fármacos projetados por IA (Isomorphic e sucessores) encurtam o ciclo de descoberta e trazem tratamento personalizado para doença crônica e rara. O GLP-1 e sua descendência reprogramam a epidemiologia da obesidade e do diabetes, tirando pressão de todo o sistema. O prontuário nacional maduro permite medicina populacional de precisão. E a remuneração por desfecho, agora dominante, alinha todo mundo em torno de manter a pessoa saudável. A superinteligência médica, que a Microsoft começou a construir em 2025, entrega diagnóstico de nível especialista a custo de commodity.

UM DIA DENTRO DO CENÁRIO

Em 2041, a saúde de uma pessoa é gerida em contínuo desde antes de qualquer sintoma. O corpo é lido por sensores, o histórico vive no prontuário nacional, um agente de IA acompanha os padrões e conversa com a equipe de saúde só quando algo desvia. A maior parte do cuidado acontece em casa ou no bairro, não no hospital. O médico é curador de um processo longo, não bombeiro de crises. Doença crônica é gerida como se gere uma casa, com manutenção preventiva contínua, e não como incêndio recorrente. A pessoa comum tem acesso a um nível de vigilância de saúde que em 2025 só bilionário tinha. A saúde deixou de ser algo que você procura quando quebra e virou algo que roda o tempo todo no fundo.

IMPACTOS

Transformação estrutural do que significa saúde. Custo por desfecho despenca porque a intervenção é precoce e barata em vez de tardia e cara. A expectativa de vida saudável (não só de vida) sobe. O sistema, antes centrado no evento agudo, centra-se na trajetória. A pressão demográfica do envelhecimento, que seria insustentável no modelo velho, torna-se administrável no modelo novo, porque idoso saudável e monitorado custa uma fração de idoso descompensado e internado.

PRÓS E CONTRAS

Prós: sistema sustentável mesmo com população envelhecida, melhor desfecho e mais vida saudável, custo racionalizado, tecnologia democratizada. É o horizonte que justifica todo o esforço da transição. Contrás e riscos reais: vigilância contínua levanta questão séria de privacidade e autonomia (quem controla o dado do corpo), risco de medicalização da vida inteira (transformar toda existência em objeto clínico), e dependência de infraestrutura de dados e IA que concentra poder em quem a controla. Utopia tem sua própria distopia embutida, e o report não maquia isso.

VENCEDORES E PERDEDORES

Ganha a sociedade que envelhece com saúde e um sistema que não quebra. Ganham os atores que construíram capacidade de gestão de dado e desfecho na década anterior. Perdem os modelos de negócio inteiramente dependentes do evento agudo e do volume. E há um risco de perda difuso: a autonomia individual, se a gestão da vida virar imposição em vez de escolha.

LEITURA PARA GESTORES E OPERADORES DE SAÚDE

Desejável, com vigilância ética. Este é o destino que recompensa quem começou a transição no H1 e H2. Ninguém salta para cá em 2041 sem ter construído as capacidades antes. O movimento de longo prazo: fazer as apostas de plataforma agora (dado, IA, modelo de valor) e, ao mesmo tempo, construir a governança de privacidade e autonomia que impede a utopia de virar controle. Quem constrói o sistema sem construir a ética do sistema entrega o corpo da população para quem controlar o código.

12

Cenário distópico distante

Camada separada, exercício de extremo, fora da decisão. Não é previsão, é sacudida de imaginação, marcada como tal e posicionada além do H3 para não contaminar os cenários acionáveis.

DISTÓPICO DISTANTE

O Apartheid Biológico

BASE DO CENÁRIO

Exercício de teto, num horizonte de trinta a quarenta anos. E se as forças que hoje empurram para a desigualdade de acesso, somadas ao poder da biotecnologia e da IA, se consolidarem sem nenhum contrapeso. A tese extrema: a saúde deixa de ser um direito ou um serviço e vira um marcador de casta biológica. Quem tem capital acessa longevidade estendida, aumento cognitivo, terapia gênica personalizada e monitoramento total. Quem não tem, envelhece e adocece no modelo do século XX. A diferença deixa de ser de acesso a serviço e passa a ser de expectativa e qualidade de vida biológica, hereditária, cristalizada.

UM DIA DENTRO DO CENÁRIO

Em 2060, duas crianças nascem no mesmo dia em cidades diferentes. Uma, filha de família com capital, tem o genoma otimizado, um agente de IA de saúde dedicado desde o útero, acesso a terapias que estendem a vida saudável para além dos cem anos, e aumento cognitivo farmacológico. A outra tem o sistema público sobrecarregado de sempre, a expectativa de vida da geração anterior, e o corpo sujeito ao acaso que a primeira aprendeu a controlar. Elas não competem na mesma pista. A tecnologia que poderia ter nivelado o jogo foi capturada para aprofundá-lo. A desigualdade saiu da renda e entrou no corpo.

IMPACTOS E POR QUE IMPORTA COMO ALERTA

Fatura social irreversível, porque desigualdade biológica é mais difícil de reverter que desigualdade econômica. Colapso do contrato social de saúde. O valor deste exercício não é a probabilidade (é baixa), é o que ele ilumina: as forças de verticalização de acesso que já operam hoje, no cenário Saúde sob Demanda, apontam nessa direção se nada as contrabalançar. O distópico distante não prevê, avisa. Ele mostra o destino final da trajetória de desigualdade se ela for deixada correr sem freio por décadas. É por isso que a equidade de acesso não é agenda moral opcional, é engenharia de sistema para evitar o abismo.

13

Análise comparativa de cenários

A tabela sintetiza os cenários acionáveis lado a lado, para decisão rápida. O distópico distante fica fora, por ser exercício, não opção.

CENÁRIO	HORIZON-TE	FINANCIA-MENTO	MODELO	LEITURA	MOVIMENTO-CHAVE
Remendo Digi-tal	H1 (5 anos)	Indefinido	Volume + IA	Tolerável, não é destino	Usar eficiência para financiar a ponte
Cuidado Coor-denado	H2 (10 anos)	Sustenta	Desfecho	Desejável, remar para cá	Pilotar VBHC e dado agora
Saúde sob De-manda	H2 (10 anos)	Sustenta	Volume pre-mium	Tolerável, armadi-lha	Capturar topo sem confundir com estratégia
Racionamento	H2 (10 anos)	Aperta	Volume	Evitar a todo custo	Defender financiamento e migrar modelo
Vida Gerenciada	H3 (15 anos)	Sustenta	Desfecho ma-duro	Desejável, com éti-ca	Apostas de plataforma + gover-nança

A leitura cruzada é clara. O eixo horizontal (modelo de remuneração) é o que separa os mundos bons dos ruins com mais força que o eixo vertical (financiamento). Note: Cuidado Coordenado e Racionamen-to têm modelos opostos, e é isso que os separa em desejável e a evitar, mesmo com financiamentos diferentes. A mensagem estratégica: se você só pode influenciar uma variável, influencie o modelo. Dinheiro sem modelo novo (Saúde sob Demanda) desperdiça. Modelo novo mesmo com dinheiro aper-tado é mais sustentável que dinheiro sem modelo. A remuneração por desfecho é a alavanca de maior retorno.

//

Se você só pode mudar uma variável do sistema, mude como se paga. Dinheiro sem modelo novo desperdiça. Modelo novo mesmo com pouco dinheiro sustenta.

FRASE-ÂNCORA ESTRATÉGICA

14

Implicações e recomendações

As implicações saem em três cortes. As robustas valem em todos os cenários, são no-regret. As contingentes acendem com sinais específicos. E o corte que o gestor mais usa: por ator do sistema.

Implicações robustas (valem em qualquer cenário)

Três movimentos não têm arrependimento, porque pagam em todos os futuros.

Investir em dado e interoperabilidade é o primeiro. Em qualquer cenário, quem tem o dado do paciente organizado e integrável tem a base para gerir desfecho, treinar IA e coordenar cuidado. Integrar-se à RNDS não é conformidade regulatória, é posicionamento estratégico. Sem dado, nenhum modelo do futuro funciona.

Construir capacidade de medir desfecho é o segundo. Mesmo que o pagamento por valor demore, a organização que aprende a medir resultado clínico real (não volume de procedimento) está pronta para o modelo que vem e já melhora a gestão no modelo atual. É capacidade que não desvaloriza.

Reposicionar o ativo hospitalar é o terceiro. O leito hospitalar generalista de volume é o ativo mais exposto em todos os cenários de transição. Especializar em alta complexidade de verdade, ou reconverter parte da capacidade para coordenação e cuidado distribuído, protege contra a obsolescência do modelo hospitalocêntrico.

Implicações contingentes (acendem com sinais específicos)

Se o piso da saúde for erodido após as eleições de 2026 (signpost político), a probabilidade do cenário Racionamento sobe, e a defesa de eficiência de modelo vira urgente, não estratégica, para operadoras e gestores públicos.

Se o GLP-1 for incorporado ao SUS em escala (o piloto de Porto Alegre é o sinal), a conta de doenças crônicas se reprograma, e quem gere saúde populacional precisa refazer os modelos atuariais e de protocolo.

Se a RNDS amadurecer e a medição de desfecho entre serviços virar viável (signpost de infraestrutura), a trava técnica do VBHC cai, e a janela para migrar de modelo se abre de verdade, favorecendo Cuidado Coordenado.

Windtunnelling: a estratégia atual sobrevive?

Rodando a estratégia dominante hoje (comprar tecnologia sobre o modelo de volume, o Remendo Digital) contra os quatro cenários: ela funciona bem em Saúde sob Demanda, sobrevive mal em Cuidado Coordenado (fica para trás de quem migrou), e quebra em Racionamento (sem eficiência de modelo, o aperto fiscal é fatal). Conclusão do teste: a estratégia atual só ganha num único cenário, e é o menos desejável para o país. Estratégia que depende do pior mundo dar certo é estratégia frágil.

Por ator do sistema

Cada ator tem o que muda, o risco, a oportunidade e o movimento concreto.

Gestor hospitalar: muda que o leito de volume vira passivo. Risco: obsolescência do modelo generalista e captura por rede maior via M&A. Oportunidade: virar centro de coordenação ou de alta complexidade especializada. Movimento: pilotar bundle e DRG com desfecho em uma linha de cuidado de alto volume (ortopedia, parto), onde a evidência de VBHC é mais forte, e reconverter parte da capacidade para cuidado distribuído.

Operadora de plano: muda que intermediar fatura não sustenta mais, a sinistralidade de 81,7% prova. Risco: espiral de reajuste que expulsa beneficiário e esvazia a carteira. Oportunidade: virar gestora de cuidado, que é o que Alice e as Unimeds de ponta já testam. Movimento: sair da lógica de autorização e negação para a de coordenação ativa, investir em atenção primária própria e pagamento por desempenho com prestadores.

Gestor público (SUS): muda que a tesoura fiscal chega em 2026 e a tecnologia oferece eficiência que o modelo velho desperdiça. Risco: desfinanciamento somado a envelhecimento vira Racionamento. Oportunidade: usar a RNDS e a telessaúde (já em 6 milhões de atendimentos) para fazer mais saúde com o mesmo real. Movimento: acelerar a interoperabilidade nacional, expandir atenção primária resolutiva com apoio de IA, e defender o piso da saúde como prioridade fiscal absoluta.

Healthtech e investidor: muda que o mercado abre em duas direções opostas, coordenação de cuidado (sustentável) e consumo premium (lucrativo mas frágil). Risco: construir só para o topo e ficar exposto ao furo da bolha de consumo. Oportunidade: as categorias que os fundos já priorizam, gestão de processos, IA no core, planos e financiamento. Movimento: apostar em modelos que gerem desfecho mensurável e se plugem à infraestrutura nacional, não só em conveniência para quem paga do bolso.

Indústria farmacêutica: muda que o GLP-1 provou existir demanda de massa por saúde como consumo, e a IA reprograma a descoberta. Risco: guerra de preço com genérico e similar (Ozivy a R\$ 287) comprime margem. Oportunidade: fármaco projetado por IA e acordo de risco compartilhado com pagador. Movimento: entrar nos modelos de pagamento por desfecho (outcomes-based) para terapia de alto custo e preparar-se para o ciclo de descoberta encurtado pela IA.

Profissional de saúde: muda que a IA vira copiloto e a responsabilidade permanece humana (o CFM cravou isso na resolução 2.454/2026). Risco: quem não domina a ferramenta perde relevância, quem terceiriza o julgamento para o algoritmo se expõe legalmente. Oportunidade: a IA tira o trabalho repetitivo e devolve tempo para o que é humano, a relação e a decisão complexa. Movimento: aprender a usar IA com julgamento crítico, migrar da lógica de volume para a de desfecho, e ocupar o papel de coordenador de cuidado que o modelo novo valoriza.

15

Framework de monitoramento

O report morre se ficar parado. Cada signpost abaixo está ligado ao cenário que sinaliza, com a frequência de leitura. É o que mantém a decisão viva depois da entrega.

SIGNPOST	SINALIZA	FREQUÊNCIA
Decisão sobre o piso da saúde pós-eleição 2026	Racionamento (se erodir) vs base para Cuidado Coordenado (se mantiver)	Trimestral em 2027
Percentual de hospitais com contrato VBHC efetivo sai dos 10%	Cuidado Coordenado avançando ou travado	Semestral
Maturidade da RNDS e viabilidade de medir desfecho entre serviços	Trava técnica do VBHC caindo	Semestral
Incorporação de GLP-1 ao SUS (evolução do piloto de Porto Alegre)	Reprogramação da conta de crônicas	Trimestral
Evolução da sinistralidade das operadoras (base 81,7%)	Pressão para migrar modelo ou risco de espiral de reajuste	Trimestral
Ritmo de M&A na saúde (base +37% ao ano)	Consolidação e desaparecimento do hospital pequeno	Semestral
Primeiro fármaco de IA (Isomorphic e pares) aprovado e disponível	Vida Gerenciada se aproximando	Anual
Casos de responsabilização por uso de IA médica sob a CFM 2.454	Maturação do modelo de responsabilidade e adoção	Anual
Verticalização de acesso: gap entre saúde premium e SUS	Deriva para Saúde sob Demanda ou, no extremo, alerta do distópico	Anual

16

Folha de fontes

Cada fonte com tier e uso. Número de fornecedor, banco ou fabricante entra com ressalva, nunca como fato neutro. A espinha é dado oficial, a borda entra para sinal, e onde a evidência é fina o report sinalizou no corpo.

FONTE	TIER	USO
IEPS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde) / Rudi Rocha, FGV	Institucional e acadêmica	Gasto público 3,8% do PIB, subfinanciamento, orçamento SUS
IFI (Instituição Fiscal Independente, Senado)	Primária oficial	Necessidade de financiamento 3,9% a.a. vs teto 2,5%, tesoura fiscal
Ministério da Saúde / LOA 2025 e Agência Gov	Primária oficial	Orçamento da saúde, RNDS, telessaúde, SUS Digital, cobertura
Demografia Médica no Brasil 2025 (FMUSP, AMB, MS)	Institucional e acadêmica	Número e distribuição de médicos, concentração
IBGE, Projeções de População revisão 2024	Primária oficial	Envelhecimento, inversão da pirâmide, idosos até 2070
Fiocruz / Saúde Amanhã	Institucional e acadêmica	Projeção de idosos 2050, envelhecimento
ANS (dados de sinistralidade e beneficiários)	Primária oficial	Sinistralidade 81,7%, reajustes, saúde suplementar
Microsoft AI (MAI-DxO, path to medical superintelligence)	Fornecedor com interesse	Acerto diagnóstico 85% vs 20%, citado com ressalva (teste controlado)
FDA (AI-enabled medical devices list)	Primária oficial	Mais de 1.200 dispositivos com IA, 76% radiologia
Isomorphic Labs / DeepMind / Forbes	Fornecedor com interesse e imprensa	Fármaco de IA, captação US\$ 2,1 bi, triangulado
IBRAVS / L.E.K. Consulting (estudo VBHC)	Institucional e fornecedor	VBHC em 10% dos hospitais, projeção até 2030, citado com hedge
Itaú BBA, XP (relatórios GLP-1)	Fornecedor com interesse	Mercado de GLP-1, citado com ressalva por serem projeções de banco
Futuro da Saúde, Saúde Business, InvestNews	Imprensa especializada	Sinais de mercado, cases, preço de similares, triangulados
CFM (Resolução 2.454/2026)	Primária oficial	Regulação de IA médica, responsabilidade humana
Anvisa (RDC 751/22, SaMD)	Primária oficial	Classificação de risco de software médico
Chartis, AHA, Health Affairs, CMS (hospital at home)	Institucional e acadêmica	Evidência de hospital em casa, economia de 30%, waiver EUA
Wikimedia Commons	Imagem de domínio público	Fotografias de contexto (data center, laboratório)