

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

16 de julho de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza regras sobre provisões técnicas com foco na Peona-SUS](#) - Fonte: Regulamentar Saude

[ANS divulga a 9ª edição do panorama – Saúde Suplementar](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS define reajuste para planos antigos com termo de compromisso](#) - Fonte: (Gov) ANS

[ANS divulga atualização do capital de referência](#) - Fonte: (Gov) ANS

[Setor de Saúde Suplementar registra crescimento de beneficiários e redução nas reclamações](#) - Fonte: SEGS

[Tarifaço de Trump desafia indústria brasileira de dispositivos médicos](#) - Fonte: Saúde Business

[Hospitais privados poderão quitar dívidas com a União atendendo pacientes do SUS](#) - Fonte: Saúde Business

[Senado Federal aprova projetos que reduzem para 30 anos a idade mínima para realização de mamografia](#) - Fonte: G1

ANS ATUALIZA REGRAS SOBRE PROVISÕES TÉCNICAS COM FOCO NA PEONA-SUS

Regulamentar Saude – 16/07/2025

Norma passa a valer a partir de 1º de agosto e afeta operadoras que não possuem metodologia atuarial própria

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta terça-feira (16) a Resolução Normativa nº 640/2025, que altera pontos específicos da RN nº 574/2023, responsável por disciplinar os critérios para constituição das Provisões Técnicas pelas operadoras de planos de saúde. A nova normativa, aprovada em reunião da Diretoria Colegiada no dia 14 de julho, entra em vigor no dia 1º de agosto de 2025.

O destaque da atualização está no Anexo VIII, que trata do cálculo da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados no SUS (PEONA-SUS). A norma estabelece parâmetros obrigatórios para as operadoras que não possuem metodologia atuarial própria para esse tipo de provisão.

Essas operadoras deverão utilizar o valor obtido pela multiplicação dos eventos avisados nos últimos 24 meses, relativos a atendimentos realizados na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo menor entre dois fatores: o Fator Teto da PEONA-SUS e o Fator Individual da PEONA-SUS.

Outro ponto importante é a definição da base de cálculo para esses fatores. O período considerado compreenderá seis trimestres consecutivos, com início e fim definidos por

relatório técnico da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), previamente aprovado pela Diretoria Colegiada. O relatório será divulgado anualmente até o dia 31 de julho no site da ANS, sob o título: “Nota Metodológica para definição de percentual padrão para PEONA-SUS”.

A normativa também determina que os novos parâmetros calculados anualmente terão aplicação obrigatória a partir de 1º de setembro de cada ano, consolidando um ciclo anual de atualização.

Objetivo e impacto regulatório

Com a medida, a ANS busca padronizar e aprimorar a metodologia de cálculo das provisões técnicas, fortalecendo a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras e garantindo maior previsibilidade e transparência nos compromissos assistenciais ligados ao reembolso de procedimentos realizados no SUS.

A mudança é especialmente relevante para operadoras de pequeno e médio porte, que frequentemente não dispõem de estrutura técnica para desenvolvimento de modelos atuariais próprios.

ANS DIVULGA A 9ª EDIÇÃO DO PANORAMA – SAÚDE SUPLEMENTAR

(Gov) ANS – 16/07/2025

Publicação traz análises de dados do 1º trimestre de 2025 e informações atualizadas até abril

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta quarta-feira, 16/7, a [9ª edição do Boletim Panorama - Saúde Suplementar](#), com dados sobre o comportamento do setor de planos de saúde referentes ao 1º trimestre de 2025, já contemplando também algumas informações atualizadas até abril deste ano.

A primeira edição de 2025 da publicação destaca o crescimento do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, que aumentou 5,91% em relação a abril do ano anterior, enquanto os planos médico-hospitalares registraram um crescimento de 1,94%.

Outra novidade desta edição trata do lançamento do [Painel de Contratantes de Planos de Saúde Coletivos](#), uma ferramenta digital que reúne informações detalhadas sobre os contratantes de planos coletivos, responsáveis por mais de 80% dos beneficiários no país.

O Panorama é elaborado com base em dados enviados pelas operadoras de planos de saúde a sistemas de informação da ANS, tais como o Documento de Informações Periódicas (DIOPS), Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), Sistema de Informações de

Beneficiários (SIB) e Sistema de Informação de Produtos (SIP).

Confira abaixo mais detalhes da [9ª edição do boletim Panorama - Saúde Suplementar](#):

Em Assistência à saúde, o boletim apresenta a análise da frequência de utilização de consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais e procedimentos de odontologia, no 1º trimestre de 2025, comparado com o mesmo período de 2019, antes da pandemia. A utilização dos serviços de saúde considera o número de procedimentos realizados por pessoa. Os exames ambulatoriais mantêm a tendência de queda verificada na última publicação, apresentando redução no primeiro trimestre de 2025 em comparação com o mesmo período de 2024.

As consultas médicas e os procedimentos odontológicos permanecem, no 1º trimestre de 2025, com uma frequência de utilização inferior à observada em 2019.

Ainda nessa seção, a publicação mostra a Utilização da rede SUS por beneficiários com dados sobre internações e procedimentos de alta complexidade realizados por usuários de planos de saúde no sistema público, assim como valores

cobrados e efetivamente pagos pelas operadoras, com destaque para o repasse de R\$ 159,30 milhões ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) até março de 2025.

As despesas médias indicam que para internações houve uma variação positiva acumulada de 27,4% em relação ao primeiro trimestre de 2019. As variações de despesas médias das consultas médicas, de Serviços Profissionais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SP/SADT) tiveram crescimento ao longo do período, variando cerca de 41%.

Na seção Cenário econômico-financeiro do setor há indicadores de resultado da saúde suplementar na operação médico-hospitalar. Os dados são apresentados em valores nominais (não ajustados pela inflação do período) ao longo dos últimos quatro anos, segregados entre resultado operacional, resultado financeiro e resultado líquido. Nesta

edição, observa-se que o setor apresentou resultado líquido acumulado no 1º trimestre de 2025 de R\$ 14 bilhões.

Na seção Demandas de consumidores, estão disponíveis informações sobre o acompanhamento mensal feito pela ANS das reclamações registradas em seus canais de atendimento, com dados sobre a natureza das demandas, do Índice Geral de Reclamações (IGR) e da Taxa de Intermediação Resolvida (TIR) das queixas tratadas por meio da mediação de conflitos via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Nos meses de janeiro a maio de 2025, as reclamações cadastradas na ANS apresentaram redução em relação ao mesmo período de 2024. Em maio deste ano, foram registradas 27.623 queixas dos consumidores nos canais da Agência.

O Panorama traz ainda uma visão geral sobre Aspectos Normativos e Legais, que colaboram para uma melhor visão de como está a regulamentação do setor de planos de saúde.

ANS DEFINE REAJUSTE PARA PLANOS ANTIGOS COM TERMO DE COMPROMISSO

(Gov) ANS – 15/07/2025

Índices máximos serão de 6,47% para Medicina de Grupo e 7,16% para Seguradoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aprovou, durante a 625ª Reunião Ordinária da Diretoria Colegiada, os percentuais máximos de reajuste a serem aplicados em 2025 aos contratos de planos de saúde não regulamentados, que estão vinculados a Termos de Compromisso firmados com a reguladora.

Esses termos foram instituídos em 2004 como instrumentos para trazer maior previsibilidade, transparência e alinhamento regulatório aos reajustes de contratos antigos – firmados antes da vigência da Lei nº 9.656/98. Na época, a medida buscou substituir cláusulas contratuais ambíguas ou excessivamente onerosas por critérios técnicos e objetivos de reajuste.

Os Termos de Compromisso foram celebrados com seis operadoras: Bradesco Saúde, Sul América, Golden Cross, Amil, Itauseg e Porto Seguro. Atualmente, seguem vigentes os termos com quatro delas: Bradesco Saúde, Sul América, Amil e Itauseg.

Desde sua implementação, a metodologia de reajuste passou por aperfeiçoamentos. Em 2013, foi introduzido o conceito de VCMH Teto – um fator que limita os índices autorizados com base na diferença média histórica entre os reajustes desses contratos e os dos planos individuais regulamentados.

Para 2025, a VCMH Teto será aplicada como índice de reajuste para os contratos vinculados aos Termos de Compromisso, com os seguintes percentuais definidos:

- 6,47% para operadoras do tipo Medicina de Grupo - Amil.
- 7,16% para Seguradoras Especializadas em Saúde - Bradesco Saúde, Sul América e Itauseg.

Esses índices resultam da combinação entre a variação da despesa assistencial no período (6,06%) e os fatores adicionais previstos na metodologia do teto (0,39% e 1,04%, respectivamente).

Atualmente, cerca de 400 mil beneficiários estão vinculados a contratos sob Termos de Compromisso. Essa população vem diminuindo gradualmente, uma vez que a comercialização desses planos não é mais permitida.

A decisão da ANS assegura tratamento isonômico entre os contratos, previsibilidade na aplicação dos reajustes e segurança jurídica para todas as partes envolvidas. A medida também reforça a coerência técnica da política de reajustes da Agência, promovendo alinhamento entre os contratos antigos e a sistemática vigente para os planos regulamentados.

ANS DIVULGA ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL DE REFERÊNCIA

(Gov) ANS – 14/07/2025

Operadoras devem utilizar novo valor conforme regras da Resolução Normativa 569/2022

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga a atualização do capital de referência, conforme a [Resolução Normativa \(RN\) 569/2022](#). O novo valor a deverá ser considerado pelas operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios no cálculo do capital base (CB). Assim, tendo em vista a variação acumulada de 5,35% do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no período entre julho/2024 e junho/2025, o capital de referência que deve ser utilizado pelas operadoras no cálculo do CB passa de R\$ 11.701.894,34 para R\$ 12.328.082,05.

[Acesse aqui](#) o histórico de atualização do capital de referência.

Sobre o capital base e o capital de referência

O capital base trata-se de uma regra prudencial voltada às operadoras de planos de saúde e administradoras de benefícios, tanto aquelas que pleiteiam sua entrada no setor, quanto aquelas que já atuam, como referência para o patrimônio líquido ajustado a ser mantido. O seu cálculo leva em consideração, além do capital de referência, a modalidade da operadora, sua segmentação e região de comercialização.

O capital de referência é ajustado anualmente, com base na variação do IPCA acumulado entre julho do ano anterior e junho do ano atual e divulgado pela ANS sempre em julho de cada ano. Assim sendo, o capital de referência atualizado deve ser observado sempre a partir do mês de sua divulgação.

SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR REGISTRA CRESCIMENTO DE BENEFICIÁRIOS E REDUÇÃO NAS RECLAMAÇÕES

SEGS – 11/07/2025

Em 12 meses, mercado ganhou 1,1 milhão de clientes; índice de insatisfação atinge menor patamar em dois anos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou nesta semana os dados mais recentes do setor. Em maio de 2025, as operadoras de planos de saúde registraram um acréscimo de 280 mil beneficiários. No comparativo com o mesmo mês de 2024, o avanço é ainda mais expressivo: 1,1 milhão de novos consumidores aderiram à saúde suplementar no Brasil.

Com isso, o setor segue em crescimento contínuo e estável. Há dez anos, em maio de 2015, o número de beneficiários era de 50.122.664. Hoje, esse volume é cerca de 4,55% maior, enquanto a população brasileira, no mesmo período, cresceu 7,7%, segundo dados oficiais.

Além do aumento no número de usuários, a ANS também trouxe boas notícias sobre a qualidade do serviço prestado pelas operadoras. O Índice Geral de Reclamações (IGR) — principal termômetro de satisfação dos consumidores — caiu de 51,1 em maio para 46,3 pontos em junho, atingindo o menor patamar dos últimos dois anos. Em relação a junho de 2024, quando o indicador estava em 60,4, a redução é significativa.

O IGR reflete a proporção entre o número médio de reclamações e o total de beneficiários das operadoras. Quanto menor o índice, maior é o nível de satisfação dos consumidores. Segundo a ANS, o indicador foi desenvolvido

para dar maior transparência às reivindicações registradas pelos consumidores nos canais oficiais da agência, funcionando como um termômetro da qualidade dos serviços prestados.

Para o advogado especializado em direito à saúde, Elano Figueiredo, os dados reforçam um movimento importante de amadurecimento do setor. “A redução do índice de reclamações pode estar ligada tanto à desaceleração dos reajustes, como dos cancelamentos unilaterais, sem perder de vista também uma aparente conformação nos entendimentos sobre temas sensíveis, como as terapias das crianças com atraso de desenvolvimento global”, afirma Figueiredo.

Entre os destaques do mês, está a NotreDame Intermédica, operadora do grupo Hapvida, que apresentou uma queda de 25% no número de reclamações. A SulAmérica, pertencente à Rede D’Or, também teve um desempenho positivo, com redução de 21% no ano e 3% na comparação com maio. Os dados chamaram a atenção de analistas do mercado, como o time do Itaú BBA, que apontou tendências positivas no relatório divulgado nesta terça-feira (8).

O cenário pode indicar os primeiros sinais da moderação nos reajustes — inclusive nos planos coletivos — e de uma possível melhora no diálogo entre operadoras e consumidores. “A expectativa agora é acompanhar os dados de julho para entender se a tendência de estabilidade e melhoria nos serviços se consolida”, conclui Figueiredo.

TARIFAÇÃO DE TRUMP DESAFIA INDÚSTRIA BRASILEIRA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Saúde Business – 11/07/2025

Sobretaxas dos EUA expõem vulnerabilidades da indústria brasileira de saúde e acendem alerta, segundo a ABIMO, sobre a dependência de insumos importados.

O tarifaço de Trump ameaça a competitividade da indústria brasileira de dispositivos médicos. Entenda os impactos e perspectivas. Medidas protecionistas dos EUA sob Trump preocupam fabricantes brasileiros de equipamentos médicos. Saiba o que está em risco.

A recente escalada tarifária imposta pelo presidente dos Estados Unidos, Donald Trump — com sobretaxas de até 50% sobre produtos brasileiros e asiáticos — já provoca reflexos em cadeia sobre a indústria global, especialmente no setor de dispositivos médicos brasileiro. Em entrevista exclusiva, Paulo Fraccaro, CEO da Associação Brasileira da Indústria de Dispositivos Médicos (ABIMO), alerta que o impacto é real, estratégico e coloca em risco tanto a sustentabilidade financeira das empresas quanto a segurança do abastecimento de insumos críticos para o setor da saúde no Brasil.

“A política tarifária americana impõe novos desafios à sustentabilidade das empresas nacionais, especialmente as pequenas e médias, e reforça a urgência de diversificar fornecedores e incentivar a produção local de insumos estratégicos”, explica Fraccaro.

Crescimento sob risco

Em 2024, o Brasil exportou US\$ 1,17 bilhão em dispositivos médicos, um salto de 24,6% em relação ao ano anterior. Os Estados Unidos foram o principal destino, com compras de US\$ 276,88 milhões — aumento de 27,22%, o que representa quase um quarto (23,58%) de todo o volume exportado.

Esse avanço, no entanto, está sob ameaça. As tarifas americanas não apenas encarecem diretamente as exportações brasileiras, mas também desorganizam uma cadeia de produção globalizada, em que matérias-primas e componentes fundamentais são frequentemente importados — muitos deles passando por etapas nos próprios EUA ou em países asiáticos agora sancionados.

Uma cadeia global pressionada

“A cadeia produtiva da saúde é altamente internacionalizada. Quando os EUA impõem barreiras comerciais, todos os elos são afetados”, diz o CEO. A medida impacta diretamente empresas americanas que dependem de insumos asiáticos, gerando uma reação em cadeia: os EUA buscam novos fornecedores, aumentando a concorrência por componentes globais. Com isso, o custo sobe para todos, inclusive para o Brasil.

Esse cenário preocupa principalmente porque grande parte da base produtiva brasileira depende de importações. Com o encarecimento dos insumos e o risco de desabastecimento, os impactos atingem toda a cadeia: indústria, hospitais, operadoras de saúde e, em última instância, os pacientes.

Reindustrialização como resposta estratégica

Segundo Fraccaro, a situação reforça a necessidade de uma reindustrialização estratégica da saúde no Brasil, com ênfase na produção local de itens críticos. “A diversificação de fornecedores internacionais e a nacionalização de insumos essenciais deixaram de ser apenas desejáveis — agora são urgentes para garantir a soberania sanitária”, afirma o executivo.

Entre os países mais afetados pelas tarifas estão Vietnã, Malásia e Filipinas, que vinham se consolidando como polos de fornecimento para os EUA. A restrição a esses mercados pode desorganizar rotas logísticas e desequilibrar a oferta global de componentes usados na fabricação de dispositivos médicos — dos mais simples aos mais tecnológicos.

Pressão sobre margens e competitividade

As empresas brasileiras, especialmente as de pequeno e médio porte, enfrentam o desafio de absorver aumentos de custo sem comprometer sua competitividade — tanto no mercado externo quanto no interno. “Essa é uma equação difícil de fechar. O tarifaço encarece insumos, pressiona margens, dificulta o planejamento de produção e fragiliza a sustentabilidade das companhias”, alerta Fraccaro.

Propostas e articulação com o governo

Diante do cenário, a ABIMO tem mantido diálogo com o Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços (MDIC) e o Ministério das Relações Exteriores, para buscando alternativas para reduzir os impactos sobre a indústria nacional.

Entre as medidas defendidas estão:

- Incentivos financeiros à inovação e produção local;
- Revisão de acordos comerciais com países estratégicos;
- Redução da carga tributária sobre insumos críticos;
- Políticas de compras públicas que priorizem produtos nacionais.

O que está em jogo com Tarifaço de Trump?

Mais do que exportações, o que está em jogo é a resiliência da cadeia de saúde brasileira diante de choques internacionais. O tarifaço de Trump reforça que a saúde — enquanto setor essencial — precisa de uma estratégia industrial robusta, com foco em autonomia, inovação e previsibilidade.

“O setor está em alerta. Se não agirmos agora, podemos pagar caro no futuro com escassez, aumento de preços e perda de protagonismo no mercado global”, finaliza o CEO da ABIMO.

HOSPITAIS PRIVADOS PODERÃO QUITAR DÍVIDAS COM A UNIÃO ATENDENDO PACIENTES DO SUS

Saúde Business – 11/07/2025

Programa "Agora Tem Especialistas" oferece créditos fiscais para instituições que realizarem consultas e cirurgias em seis especialidades prioritárias, com limite de R\$ 2 bilhões anuais.

O Ministério da Saúde iniciou na última sexta-feira (4/7) o processo de credenciamento para hospitais privados e filantrópicos interessados em participar do programa Agora Tem Especialistas. A iniciativa, que visa reduzir as filas de espera no Sistema Único de Saúde (SUS), permite que estabelecimentos de saúde recebam créditos financeiros como contrapartida pelos serviços especializados prestados aos pacientes da rede pública.

Primeiramente, é importante destacar que o programa mobiliza toda a infraestrutura de saúde do país, tanto pública quanto privada. Além disso, está disponível para instituições com e sem fins lucrativos. Conseqüentemente, os créditos gerados, limitados a R\$ 2 bilhões por ano, poderão ser utilizados para abatimento de dívidas existentes com a União ou para compensação de débitos futuros.

Como funciona o processo de adesão

Para participar voluntariamente do programa, os estabelecimentos devem seguir um processo estruturado:

1. Inicialmente, manifestar interesse através do sistema InvestSUS, gerenciado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS)
2. Em seguida, iniciar a transação tributária junto ao Ministério da Fazenda, negociando dívidas com a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) ou com a Receita Federal do Brasil (RFB)
3. Por outro lado, instituições sem dívidas podem manifestar interesse em receber créditos para quitação de obrigações fiscais futuras

Após estas etapas, o Ministério da Saúde, em conjunto com gestores estaduais e municipais, avaliará se os serviços oferecidos pelos hospitais atendem às necessidades específicas do SUS em cada região.

Cronograma e áreas prioritárias

Os hospitais aprovados poderão iniciar os atendimentos aos pacientes do SUS ainda em 2025, embora os créditos financeiros só possam ser aplicados para abatimento de dívidas a partir de 1º de janeiro de 2026.

No que diz respeito às especialidades médicas, o programa prioriza seis áreas consideradas estratégicas para o SUS:

- Oncologia
- Ginecologia
- Cardiologia
- Ortopedia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia

Nesse sentido, os valores dos procedimentos serão baseados na Tabela Agora Tem Especialistas, que contempla mais de 1.300 tipos de cirurgias, além de outros procedimentos médicos.

Benefícios fiscais diferenciados

A medida oferece condições especiais para os participantes, incluindo:

- Primordialmente, redução de até 100% em juros, multas e encargos legais
- Analogamente ao que ocorre em outros programas de regularização fiscal, há possibilidade de parcelamento em até 145 meses com 70% de desconto para Santas Casas de Misericórdia, cooperativas e organizações da sociedade civil
- Enquanto isso, as demais instituições podem obter parcelamento em até 120 meses com 65% de desconto
- Adicionalmente, as prestações iniciais terão valor mínimo de apenas 0,3% sobre o total negociado

Para instituições que aderirem até 31 de outubro de 2025, as condições especiais de pagamento se aplicam às prestações com vencimento até janeiro de 2026. Entretanto, para adesões posteriores, o benefício será válido apenas para as três primeiras prestações.

Outro diferencial é a possibilidade de instituições que já possuem negociações ativas com a PGFN ou Receita Federal

migrarem para esta nova modalidade. Dessa forma, poderão utilizar os créditos do programa para quitar prestações a partir de janeiro de 2026.

Para saber mais, acesse o [site do Ministério da Saúde](#).

SENADO FEDERAL APROVA PROJETOS QUE REDUZEM PARA 30 ANOS A IDADE MÍNIMA PARA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA

G1 – 09/07/2025

Propostas valem para atendimentos no SUS e por planos de saúde e seguem para apreciação da Câmara dos Deputados.

O Senado Federal aprovou dois projetos de lei que diminuem para 30 anos a idade mínima para que a mamografia feminina seja obrigatória nesta quarta-feira (9).

Os textos com origem no Senado, foram votados de forma terminativa pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) e, por isso, seguem para deliberação na Câmara dos Deputados.

Atualmente, a lei que define ações de prevenção, detecção, tratamento e monitoramento de cânceres prevê que toda mulher deve ter acesso a mamografia no SUS. Entretanto, uma recomendação do Ministério da Saúde orienta a realização do exame a cada dois anos apenas em mulheres com idade mínima de 50 anos.

Uma das propostas, de autoria do senador Laércio Oliveira (PP-SE), propõe alterar a lei que define a forma de operação de planos e seguros de saúde privados, para que todos planos de saúde forneçam o exame para mulheres a partir de 30 anos, sem limitação de quantidade e periodicidade.

lém disso, a proposição ainda prevê que mulheres a partir de 30 anos também sejam atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde que cumpram um dos seguintes critérios:

- consideradas de alto risco;
- portadoras de mutação genética;
- com forte história familiar de câncer de mama ou ovário;
- com risco maior ou igual a vinte por cento ao longo da vida.

Já o outro projeto, de autoria do senador Plínio Valério (PSDB-AM), define que, para os casos gerais atendidos pelo

SUS, todas as mulheres a partir de 40 anos terão direito a realizar exame de mamografia anual.

Baixa cobertura

Segundo levantamento do Instituto Natura em parceria com o Observatório de Oncologia do Movimento Todos Juntos Contra o Câncer, apenas 23,7% da população-alvo realiza mamografias no Brasil.

O índice está muito abaixo dos 70% preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo o Ministério da Saúde, em 2024, foram realizadas 4.307.786 mamografias pelo SUS.

Mamografia anual ou a cada dois anos?

O INCA contabilizou 19.130 mortes por câncer de mama em mulheres brasileiras em 2022. Globalmente, a doença é a mais comum entre mulheres, com 2,3 milhões de casos estimados em 2022, sendo a principal causa de morte oncológica feminina, com 666.103 óbitos previstos para o ano.

Embora raro, o câncer de mama também pode acometer homens — representando menos de 1% dos diagnósticos.

Diversas instituições, como a FEBRASGO, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), recomendam que mulheres de 40 a 49 anos façam mamografias anualmente, mesmo sem sintomas.

Já o Ministério da Saúde orienta a realização do exame a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos, ou em qualquer idade em casos com histórico familiar. Mulheres e homens com sinais ou sintomas têm direito ao exame pelo SUS a partir da puberdade.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](https://www.milliman.com)