

FACULDADE DE MINAS – FAMINAS BH

Thaís Gonçalves Félix dos Santos

Giovanna Dorneles Lopes

Yasmin Matos dos Santos

**Vulnerabilidade social como obstáculo ao diagnóstico precoce do câncer de
mama em mulheres no SUS**

Belo Horizonte

2026

Thaís Gonçalves Félix dos Santos

Giovanna Dorneles Lopes

Yasmin Matos dos Santos

Vulnerabilidade social como obstáculo ao diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres no SUS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca examinadora da Faculdade
de Minas – FAMINAS BH, como requisito
para obtenção de título de bacharel em
Enfermagem, sob a orientação da
Prof^ª.Me.Adriana de Aguiar Pinto de Souza.

SANTOS , Thaís Gonçalves Félix Dos

Vulnerabilidade social como obstáculo ao diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres no SUS / Thaís Gonçalves Félix Dos Santos ; Giovanna Dorneles Lopes; Yasmin Matos Dos Santos; Adriana de Aguiar Pinto de Souza (orient.). - Belo Horizonte, MG, 2026.

16p.

Orientador: Prof. Me. Adriana de Aguiar Pinto de Souza.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário FAMINAS, 2026.

1. Câncer de mama. 2. Mulheres. 3. SUS. 4. Vulnerabilidade. 5. Diagnóstico. I. SOUZA, Adriana de Aguiar Pinto de, Prof. Me., orient. II. Título.

Catálogo da Publicação

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica do Centro Universitário FAMINAS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). Bibliotecária Cristina de Souza Maia CRB6- 2294

RESUMO:

Objetivo: Analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, a influência da vulnerabilidade social no atraso do diagnóstico do câncer de mama em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, identificando os principais fatores estruturais e assistenciais associados. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre fevereiro e março de 2026. Os dados foram coletados nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), ColecionaSUS (Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde), BDENF (Base de Dados da Enfermagem), MEDLINE (National Library of Medicine), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, todas disponíveis na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), considerando o período de 2021 a 2026. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 9 artigos. **Resumo:** O câncer de mama representa um importante problema de saúde pública no Brasil. A atenção primária se destaca como porta de entrada para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto observa-se fatores que contribui para a ineficácia de ações de rastreamento. A atuação multiprofissional e o fortalecimento das políticas públicas são fundamentais para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce, reduzir desigualdades e diminuir a mortalidade por câncer de mama. **Considerações finais:** Conclui-se que as vulnerabilidades sociais influenciam diretamente o atraso no diagnóstico do câncer de mama, evidenciando a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, ampliar o acesso aos serviços e desenvolver estratégias permanentes de prevenção, rastreamento e educação em saúde.

Descritores: Neoplasia de mama; Detecção precoce do câncer; Diagnóstico tardio; Disparidades nos níveis de saúde; Indicadores de desigualdade em saúde.

Palavras chaves: Câncer de mama, mulheres, SUS, vulnerabilidade, diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To analyze, through an integrative literature review, the influence of social vulnerability on the delay of breast cancer diagnosis in women utilizing the Unified Health System (SUS), identifying the main structural and healthcare delivery factors associated. **Method:** This is an integrative literature review conducted between February and March 2026. Data were collected from the following databases: LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), ColecionaSUS (National Collection of Information Sources of the Unified Health System), BDENF (Nursing Database), and MEDLINE (National Library of Medicine), through the VHL (Virtual Health Library), considering the period from 2021 to 2026. After applying the inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 9 articles. **Results:** Breast cancer represents a major public health problem in Brazil. Primary care stands out as the gateway for users of the Unified Health System (SUS). However, factors contributing to the ineffectiveness of screening actions are observed. Multiprofessional performance and the strengthening of public policies are essential to expand access to early diagnosis, reduce inequalities, and decrease breast cancer mortality. **Final considerations:** It is concluded that social vulnerabilities directly influence the delay in breast cancer diagnosis, highlighting the need to strengthen Primary Health Care, expand access to services, and develop permanent strategies for prevention, screening, and health education.

Descriptors: Breast neoplasms; Early detection of cancer; Late diagnosis; Health status disparities; Health inequality indicators.

Keywords: Breast Neoplasms; Women; Unified Health System; Social Vulnerability; Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, por medio de una revisión integradora de la literatura, la influencia de la vulnerabilidad social en el retraso del diagnóstico del cáncer de mama en mujeres usuarias del Sistema Único de Salud, identificando los principales factores estructurales y asistenciales asociados. **Método:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada entre febrero y marzo de 2026. Los datos fueron recolectados en las siguientes bases de datos: LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), ColecionaSUS (Colección Nacional de Fuentes de Información del Sistema Único de Salud), BDENF (Base de Datos de Enfermería) y MEDLINE (National Library of Medicine), todas disponibles en la BVS (Biblioteca Virtual en Salud), considerando el período de 2021 a 2026. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final estuvo constituida por 9 artículos. **Resultados:** El cáncer de mama representa un importante problema de salud pública en Brasil. La atención primaria se destaca como la puerta de entrada para los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). Sin embargo, se observan factores que contribuyen a la ineficacia de las acciones de tamizaje. La actuación multiprofesional y el fortalecimiento de las políticas públicas son fundamentales para ampliar el acceso al diagnóstico precoz, reducir las desigualdades y disminuir la mortalidad por cáncer de mama. **Consideraciones finales:** Se concluye que las vulnerabilidades sociales influyen directamente en el retraso del diagnóstico del cáncer de mama, evidenciando la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud, ampliar el acceso a los servicios y desarrollar estrategias permanentes de prevención, tamizaje y educación en salud.

Descriptors: Neoplasias de la mama; Detección precoz del cáncer; Diagnóstico tardío; Disparidades en el estado de salud; Indicadores de desigualdad en salud.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Mujeres; Sistema Único de Salud; Vulnerabilidad Social; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é definido como “uma doença causada pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, que formam um tumor com potencial de invadir outros órgãos” ⁽¹⁾. De acordo com a publicação Estimativa de 2026: Incidência de Câncer no Brasil, publicada pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o INCA, sem considerar o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama em mulheres é o mais incidente no Brasil e, em âmbito mundial, representa 11,6% do total de casos de câncer ⁽¹⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se em três princípios doutrinários: universalização, equidade e integralidade. A Universalização garante que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado; a equidade prevê tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; e a integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo às suas necessidades ⁽²⁾.

Além dos princípios, o SUS organiza-se em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A Atenção Primária à Saúde é representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) voltadas para prevenção e promoção da saúde, onde é possível realizar exames e consultas de rotina com equipes multiprofissionais que trabalham para garantir atenção integral à saúde no território.

De acordo com o Ministério da Saúde, na atenção primária é possível atender, em média, 564.232 pessoas por dia em todo o território brasileiro ⁽³⁾.

A atenção especializada corresponde aos níveis secundário e terciário do sistema de saúde, sendo responsável pelo atendimento de média e alta complexidade. A atenção secundária é representada por serviços de média complexidade, compostos por atendimentos especializados realizados em hospitais e ambulatórios, abrangendo áreas como ginecologia, mastologia, entre outras especialidades médicas. Também são consideradas de média complexidade as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), por concentrarem atendimentos de complexidade intermediária. Policlínicas, hospitais e centros de diagnóstico com equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias, também integram esse nível de atenção.

Por fim, a atenção terciária corresponde à alta complexidade, sendo representada por hospitais gerais de grande porte, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa. Esses serviços

dispõem de leitos de unidade de terapia intensiva e centros cirúrgicos, além de realizarem procedimentos que demandam tecnologia de ponta e maior custo, como tratamentos oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.

A prevenção e o tratamento para o câncer de mama são disponibilizados pelo SUS. A Lei nº 15.284, de 2025 determina que a mamografia seja garantida a todas as mulheres a partir dos 40 anos como ferramenta de rastreio para casos assintomáticos e como forma de investigação e diagnóstico para mulheres sintomáticas. A garantia ao exame deve ocorrer mesmo que as mulheres não apresentem sinais ou sintomas de câncer.

A recomendação para as mulheres a partir dos 40 anos é que a mamografia seja realizada sob demanda, em decisão compartilhada com o profissional de saúde. Apesar disso, as mamografias no SUS em pacientes com menos de 50 anos representam 30% do total, equivalente a mais de 1 milhão em 2024 ⁽⁴⁾.

Conforme estabelece a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, O paciente com neoplasia maligna tem direito ao primeiro tratamento pelo SUS, devendo este ocorrer no prazo de até 60 dias contados a partir da data do diagnóstico em laudo patológico. Será considerado como início efetivo do tratamento a realização de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia.

Na teoria, a biópsia de mama realizada pelo SUS deve ocorrer até 30 dias após a suspeita de câncer, o resultado do anatomopatológico varia geralmente de 7 a 15 dias, podendo se estender em casos de alta demanda ou necessidade de exames imuno-histoquímicos ⁽⁵⁾.

A morosidade no diagnóstico e no início da intervenção terapêutica do câncer de mama configura-se como um importante problema de saúde pública, uma vez que o atraso na identificação da doença compromete o prognóstico e reduz as chances de tratamento efetivo. Mulheres que recorrem ao SUS enfrentam diversas barreiras, como a falta de acesso equitativo e integral, o que impacta diretamente no prognóstico da doença e pode resultar em tratamentos mais prolongados ou até mesmo no óbito, contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade pela doença.

Nesse contexto, observam-se falhas nos processos do SUS relacionados ao diagnóstico e ao tratamento de doenças como o câncer de mama. A fragmentação da rede de cuidado configura-se como um dos principais entraves, resultando em demora no agendamento de consultas com médicos mastologistas, bem como na realização de biópsias diagnósticas.

A confirmação diagnóstica, nesse cenário, torna-se um gargalo importante, uma vez que, sem o laudo histopatológico, a paciente pode não ser oficialmente incluída nas estatísticas da doença, permanecendo invisível para os prazos legais estabelecidos para o início do tratamento.

Além disso, outro desafio relevante é a falta de integração entre os sistemas de informação em saúde. O SUS conta com diversos sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), o Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH-SUS), o DATASUS e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A principal limitação desses sistemas é a falta de integração entre si, podendo ocorrer duplicidade nas notificações ou até mesmo a perda de dados e informações, principalmente quando as informações são oriundas de municípios diferentes.

Em muitos casos, a paciente acaba ficando “retida” no sistema ao realizar exames em diferentes localidades, como mamografia em um município e biópsia em outro, pois os dados não se comunicam de forma automática. Essa desarticulação dificulta a continuidade do cuidado e compromete estratégias de gestão, como a busca ativa de pacientes.

Mulheres que apresentam algum tipo de vulnerabilidade social, como idade avançada, baixa escolaridade, baixo nível de informação sobre a doença, ausência de cobertura por plano de saúde e limitações financeiras, tendem a enfrentar maiores dificuldades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama.

O governo federal oferta programas voltados ao acompanhamento dessas populações, como exemplo destaca-se o Cadastro Nacional destinado à identificação e ao monitoramento de mulheres em situação de risco ou vulnerabilidade social com maior propensão ao desenvolvimento ou agravamento de cânceres, especialmente os de mama e de colo do útero (6).

Esse programa tem como objetivo assegurar o rastreamento periódico e prioritário das mulheres cadastradas, garantir o acesso facilitado a exames de triagem, diagnóstico, biópsias, acompanhamento e tratamento oncológico no SUS, além de integrar os dados aos sistemas de informação em saúde para o monitoramento das políticas públicas. Ademais, busca apoiar

programas de navegação do paciente e promover o acompanhamento ativo ao longo de toda a linha de cuidado oncológico.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar de que forma a vulnerabilidade social influencia o atraso no diagnóstico do câncer de mama em mulheres usuárias do SUS.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de estudos científicos acerca do tema proposto, contribuindo para o fortalecimento da evidência científica disponível.

O estudo seguiu seis etapas metodológicas: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão ⁽⁷⁾.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro e março de 2026, considerando publicações no período de 2021 a 2026. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS, ColecionaSUS, BDENF, MEDLINE, todas disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), SciELO, INCA, além de documentos institucionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Para a busca dos estudos, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), no idioma português: “Neoplasia de Mama”, “Detecção Precoce do Câncer”, “Diagnóstico Tardio”, “Disparidades nos Níveis de Saúde”, “Indicadores de Desigualdade em Saúde”. Adotaram-se ainda as seguintes buscas: Estudo randomizado câncer de mama, Estudo de coorte câncer de mama, Estudo de coorte diagnóstico tardio do câncer.

As estratégias de busca foram estruturadas com o uso de operadores booleanos, conforme descrito a seguir: “Neoplasia de Mama” AND “Detecção Precoce do Câncer”; “Neoplasia de Mama” AND “Diagnóstico Tardio”; “Neoplasia de Mama” AND “Disparidades nos Níveis de Saúde”, “Neoplasia de Mama” or “indicadores de desigualdade em saúde”.

A seleção inicial dos estudos foi realizada por meio da leitura dos títulos, sendo excluídos aqueles que não apresentavam relação com o tema proposto.

Para a construção da pergunta norteadora, foi utilizada a estratégia **PICo** (População, Interesse e Contexto). O tema definido para a revisão foi: “Vulnerabilidade social como

obstáculo ao diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres no SUS”. A estruturação ocorreu da seguinte forma: **P** (População): mulheres com diagnóstico de câncer de mama usuárias do SUS; **I** (Interesse): vulnerabilidade social e barreiras de acesso ao diagnóstico; **Co** (Contexto): atraso no diagnóstico do câncer de mama e seus impactos clínicos.

A partir dessa estrutura, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: “Como a vulnerabilidade social e as barreiras de acesso no Sistema Único de Saúde influenciam o atraso no diagnóstico do câncer de mama?”

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.

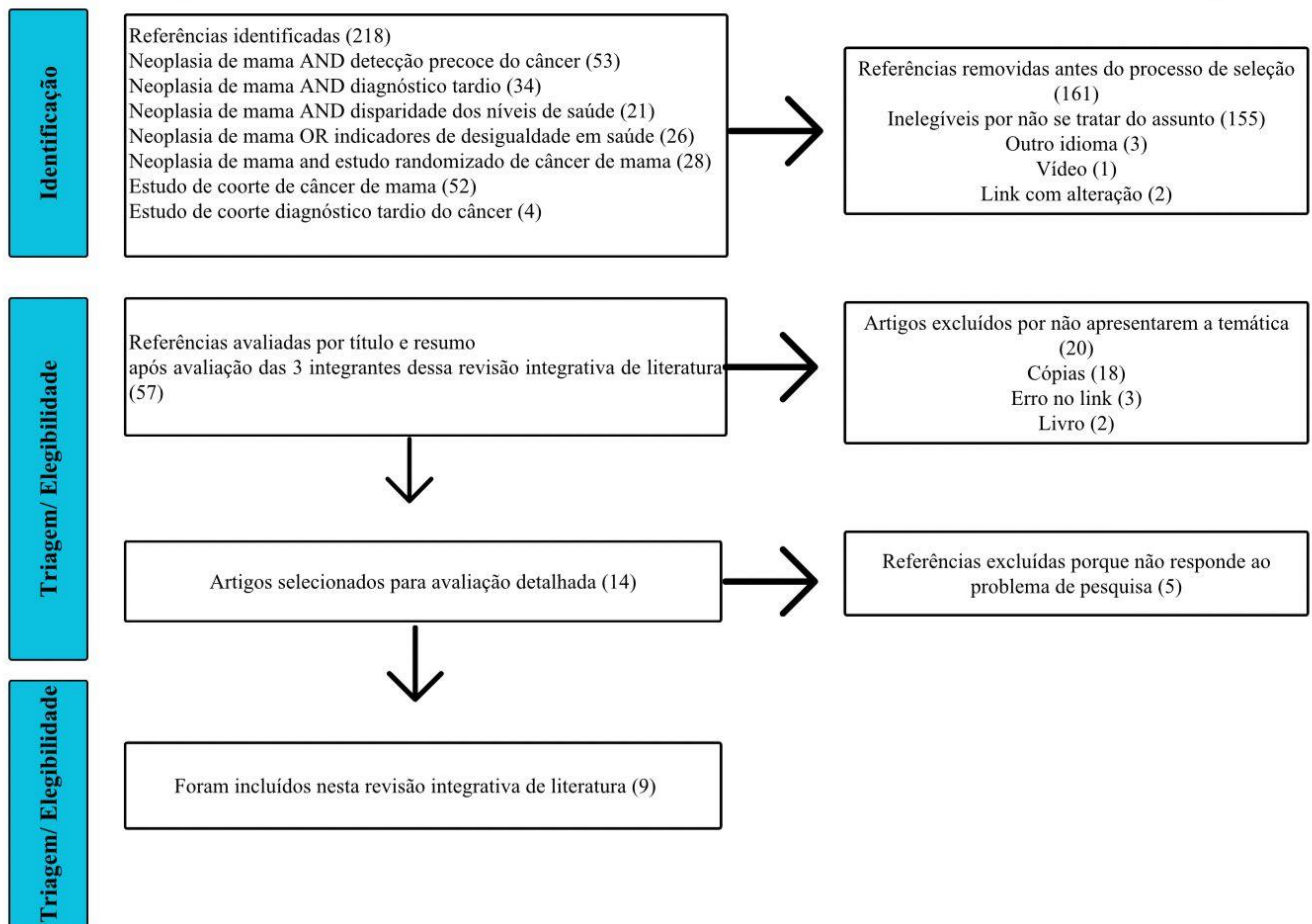
Critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível; estudos publicados entre 2021 e 2026; idioma português; estudos primários e secundários relacionados ao tema, como estudos observacionais, qualitativos, revisões de literatura e revisões sistemáticas.

Critérios de exclusão: estudos com texto incompleto; publicações em idiomas diferentes do português; estudos duplicados; e estudos que não apresentavam relação com a temática proposta.

A seleção dos artigos aconteceu em três etapas: (1) leitura dos títulos, (2) leitura dos títulos e resumos, realizada pelas três integrantes da revisão, (3) leitura do artigo completo para avaliar se responde à pergunta norteadora.

Foram identificados 218 artigos após a busca inicial. Após a leitura dos títulos, 57 artigos permaneceram para análise. Posteriormente, após leitura dos resumos e aplicação dos critérios de elegibilidade, 9 estudos compuseram a amostra final da revisão.

Identificação dos estudos a partir de bases de dados e registros



RESULTADO:

Os estudos incluídos foram analisados e organizados em quadro sinóptico, sendo classificados quanto ao nível de evidência, conforme o modelo de Prática Baseada em Evidências proposto por Melnyk e Fineout-Overholt que divide os estudos em sete níveis.

Nível I: evidência proveniente de revisões sistemática ou metanálises de ensaios clínicos randomizados (ECR) relevantes, ou de diretrizes clínicas fundamentadas nessas revisões.

Nível II: evidência derivada de pelo menos um ensaio clínico randomizado bem delineado.

Nível III: evidência obtida de ensaios clínicos bem delineados, mas sem randomização (quase-experimentais).

Nível IV: evidência proveniente de estudos de coorte ou de caso-controle bem delineados.

Nível V: evidência proveniente de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos.

Nível VI: evidência proveniente de um único estudo descritivo ou qualitativo.

Nível VII: Evidência proveniente de opinião de especialistas e/ou relatórios de comitês.

Título	Ano de Publicação	Nível de Evidência	Resultado
Risco de resultado falso positivo no rastreamento mamográfico do Brasil	2023	IV	No período de 2017 a 2019, 5.785.652 mulheres entre 40 e 69 anos realizaram mamografia de rastreamento no SUS com registro no SISCAN. No Brasil, a prevalência de BI-RADS 0 e 1 foi maior em mulheres de 40-49 anos, enquanto a prevalência de resultados nas demais categorias foi maior para mulheres de 50-69 anos
Fatores associados ao atraso para o início do tratamento para câncer de mama em um centro oncológico de referência em Juiz de Fora, de 2010 a 2019: estudo de coorte	2024	IV	Entre as 911 participantes, a probabilidade de iniciar o tratamento com atraso foi de 18,8% (IC95% 16,4;21,5). Aquelas que realizaram o tratamento em um serviço de saúde diferente do que estabeleceu o diagnóstico de câncer apresentaram risco significativamente maior (HR: 3,49; IC95% 3,00;4,07).
Fatores associados ao atraso no início do tratamento do câncer de mama no Norte de Minas Gerais	2025	IV	A mediana do intervalo global foi de 179,5 dias, sendo que 76,0% apresentaram atraso para iniciar o tratamento. As chances de atraso no intervalo global foram maiores em pacientes com baixa escolaridade (OR=2,01), acesso ao serviço público (OR=4,47), detectadas por alterações clínicas (OR=2,24) e cor da pele parda e preta (OR=2,00).
Adequação da oferta de procedimentos para a detecção	2024	VI	Considerando a cobertura estimada pela PNS de 2019, cerca de 12 milhões de mulheres na faixa

precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: um estudo transversal, Brasil e regiões, 2019			etária de 50 a 69 anos fizeram mamografia nos últimos dois anos no país, das quais 8,7 milhões foram provavelmente atendidas no SUS. Com base nas coberturas regionais, o número estimado de mulheres assintomáticas rastreadas no SUS variou de 450.493 mulheres na Região Norte a aproximadamente 3,8 milhões na Região Sudeste.
Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária	2023	VI	Desenvolvimento da Matriz de Análise e Julgamento, composta por 14 indicadores, agregados em duas dimensões. A aplicação do modelo avaliativo permitirá a identificação das fragilidades e potencialidades das ações de detecção precoce do câncer de mama.
Conhecimento de mulheres atendidas na atenção primária sobre a detecção precoce do câncer de mama	2023	VI	verificou-se que há, de um modo geral, conhecimento sobre os sinais clínicos para o câncer de mama, no entanto, há desconhecimento sobre a idade preconizada para realização do exame, e não houve consenso sobre os fatores hereditários para o câncer de mama. A dificuldade de marcar a consulta e a falta de transporte foram apontadas como barreiras que dificultam a procura de profissionais de saúde.
Diretriz brasileira para detecção precoce do câncer de mama: desafios para implantação	2022	VI	Em Santa Bárbara d'Oeste, foram realizadas 3.106 mamografias: 2.931 (94,4%) BI-RADS 1-2; 21 (0,7%) BI-RADS® 3; 12 (0,4%) BI-RADS 4-5; 142 (4,5%) BI-RADS 0. A maioria dos exames (1.855 – 59,7%) foi realizada em mulheres de 50 a 69 anos. A cobertura mamográfica na população de risco foi de 11,2%. O envelhecimento foi relacionado ao BI-RADS 4-5 ($p = 0,005$). A idade jovem esteve relacionada ao maior número de BI-RADS® 0 ($p = 0,03$). Em Vinhedo, foram realizadas 1.996 mamografias: 1.835 (91,9%) BI-RADS 1-2; 9 (0,45%) BI-RADS 3; 7 (0,35%) BI-RADS 4-5; 145 (7,3%) BI-RADS 0. A maioria dos exames (975 – 48,8%) foi realizada em mulheres de 50-69 anos. A população coberta pela mamografia foi de 17%. Ao reunir ambas as análises populacionais, evidenciou-se que o envelhecimento esteve relacionado ao maior número de casos suspeitos ($p = 0,007$)
Associação entre características sociodemográficas e adesão à detecção precoce do câncer de mama	2022	VI	A maioria das mulheres estava entre 60 e 64 anos, eram casadas, com baixa escolaridade, sem ocupação ou plano de saúde. Foi encontrada associação significativa entre o estado civil e o intervalo entre a solicitação e a realização da mamografia ($X^2(1) = 208,185$, $p < 0,001$, Phi-coefficient = 0,902; Intervalo de Confiança: 0,0308–0,0928). Mulheres sem companheiro apresentaram prevalência 0,95 vezes maior de realizar mamografia
Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde	2021	VI	Dos 133 enfermeiros do estudo, 46,6% atuavam em unidades básicas da Estratégia Saúde da Família, 31,6% em unidades mistas e 21,8% em unidades tradicionais. Houve melhor desempenho para o modelo Estratégia Saúde da

			Família, com resultados estatisticamente significativos para as seguintes ações: investigação dos fatores de risco ($p<0,001$); orientação da idade ideal para exame clínico das mamas e a importância de sua realização ($p=0,002$ e $p<0,001$ respectivamente); reunião educativa sobre câncer de mama ($p<0,001$); busca ativa de mulheres com laudo suspeito ($p=0,002$) e encaminhamento à unidade de referência ($p<0,001$).
--	--	--	---

DISCUSSÃO:

O câncer de mama configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil. Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas para a detecção precoce, ainda são observados impactos significativos relacionados ao atraso no diagnóstico da doença. Estudos demonstram que o câncer de mama, assim como outros tipos de câncer, está relacionado a fatores como idade, genética, menarca precoce e fatores comportamentais e sociais, como tabagismo, etilismo e obesidade, que influenciam diretamente o indivíduo ⁽⁸⁻⁹⁾.

Dessa maneira, um dos principais meios de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada para garantia de prevenção e promoção à saúde da comunidade. No entanto, a APS enfrenta desafios estruturais que impactam diretamente as ações de rastreamento e controle das doenças. Ainda assim, desempenha um papel fundamental na detecção precoce, uma vez que favorece a aproximação entre comunidade e sistema de saúde, permitindo o desenvolvimento de ações direcionadas a grupos populacionais, de acordo com suas particularidades e vulnerabilidades ⁽⁹⁾.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) destaca que "O câncer de mama pode ser detectado em fases iniciais na maioria dos casos, aumentando a possibilidade de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias" ⁽¹⁾. Neste contexto, destaca-se a importância do rastreamento mamográfico, que se apresenta em duas vertentes: para mulheres assintomáticas e para aquelas que já apresentam sinais e sintomas. Essas estratégias possibilitam a detecção em estágios iniciais, incluindo diferentes grupos de mulheres. Para um diagnóstico preciso, são necessários recursos humanos e tecnológicos adequados, o que reforça o papel da atenção primária à saúde, como ordenadora do cuidado ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nesse cenário, as vulnerabilidades sociais constituem um importante obstáculo ao diagnóstico precoce. O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) representa uma relevante fonte de dados para a avaliação e monitoramento dos casos. A análise desses dados evidencia que mulheres

negras (pardas ou pretas) apresentam maior tempo para realização de exames preventivos. Esse achado demonstra que desigualdades sociais e econômicas, associadas a fatores culturais, influenciam diretamente na incidência e mortalidade do câncer de mama. Mulheres negras, com baixa renda e menor escolaridade, tendem a enfrentar maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente na realização de exames, como a mamografia ⁽¹¹⁾.

A mamografia configura-se como um exame essencial para a detecção precoce do câncer de mama, desempenhando um papel decisivo na identificação de alterações ainda em estágios iniciais. Entretanto, observa-se uma baixa valorização do autocuidado, especialmente no que se refere ao autoexame das mamas, considerado um método simples e complementar. Nota-se que o conhecimento sobre o autoexame, muitas vezes restringe-se à identificação de nódulos palpáveis. Desta forma, torna-se fundamental ampliar as ações de educativas, incentivando as mulheres a reconhecerem sinais de alerta de forma precoce ⁽¹²⁾.

Além disso, essa temática não deve ser abordada apenas em períodos específicos, como durante a campanha Outubro Rosa. A literatura aponta que o modelo de rastreamento adotado no Brasil é predominantemente oportunístico, ou seja, a realização dos exames ocorre de forma passiva, dependendo da procura espontânea da mulher pelos serviços de saúde. Esse modelo contribui para lacunas nas ações preventivas ao longo do ano, resultando em cobertura irregular do público-alvo e dificultando a detecção precoce de novos casos ⁽⁸⁻⁹⁾.

Outro fator relevante refere-se às limitações estruturais presentes no sistema de saúde. A escassez de profissionais capacitados, a sobrecarga dos serviços e a insuficiência de ações educativas contribuem diretamente para o atraso no diagnóstico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o diagnóstico precoce do câncer depende não apenas da disponibilidade de recursos tecnológicos, mas também da presença de profissionais qualificados para interpretar os resultados e conduzir o cuidado de forma adequada. Nesse contexto, cabe à atenção primária identificar fatores de risco, articular os diferentes níveis de atenção e garantir o encaminhamento oportuno dos casos ⁽¹³⁾.

Diante disso, o enfermeiro desempenha papel fundamental na atenção primária, atuando na educação em saúde da população, na realização do exame clínico das mamas, no acompanhamento das pacientes e no encaminhamento para exames complementares. Além disso, é responsável por monitorar as taxas de adesão às ações de rastreamento e desenvolver estratégias que ampliem o acesso aos serviços de saúde, considerando as desigualdades sociais, econômicas e geográficas ⁽¹⁴⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o rastreamento adequado e o diagnóstico precoce são determinantes para aumentar as chances de cura e reduzir a mortalidade da doença. Apesar disso, persistem desafios que comprometem a efetividade das ações no SUS, como a escassez de recursos, a má distribuição geográfica dos serviços e a dificuldade de acesso a exames e resultados. No que se refere à adesão às estratégias de detecção precoce, estudos evidenciam que mulheres em situação de vulnerabilidade social apresentam menor adesão ao rastreamento e ao tratamento.

Conforme preconizam as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama do Ministério da Saúde, recomenda-se a realização de mamografia para mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos. A detecção precoce envolve tanto o rastreamento quanto o diagnóstico oportuno, permitindo intervenções mais precoces, tratamentos menos invasivos e melhores taxas de sobrevivência. No entanto, estudos apontam a ocorrência de resultados falso-positivos e falso-negativos, especialmente em mulheres mais jovens, o que evidencia limitações da mamografia nessa faixa etária e reforça a necessidade de critérios adequados para sua indicação ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Embora existam políticas públicas voltadas para a ampliação do acesso, observa-se que a Lei nº 12.732/2012, que estabelece o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, nem sempre é cumprida na prática, evidenciando fragilidades na organização dos serviços de saúde. Além disso, fatores sociodemográficos, como idade, renda e nível de escolaridade, influenciam diretamente na adesão das mulheres às práticas preventivas, como a realização da mamografia e do exame clínico das mamas. Esses fatores reforçam a importância da implementação de estratégias que considerem as especificidades da população, com foco na equidade e no acesso ampliado aos serviços de saúde ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Por fim, o enfermeiro consolida-se como um agente fundamental na promoção da saúde e na detecção precoce do câncer de mama. Sua atuação, integrada à equipe multiprofissional, possibilita o desenvolvimento de ações educativas, a ampliação da cobertura do rastreamento e a melhoria do acesso ao diagnóstico, contribuindo diretamente para a redução das desigualdades e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde ⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO:

Conclui-se, a partir da análise realizada, que o diagnóstico do câncer de mama ainda ocorre de forma tardia em muitas mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social, evidenciando desigualdades no acesso aos serviços de saúde e fragilidades presentes no sistema

público. Fatores como desigualdades sociais e econômicas, associadas a fatores culturais, contribuem significativamente para o atraso no diagnóstico do câncer de mama, reduzindo as chances de tratamento eficaz.

Além disso, observa-se que a abordagem da temática concentrada apenas nas campanhas do Outubro Rosa não é suficiente para garantir a efetividade do diagnóstico precoce. Embora a campanha possua grande relevância na conscientização da população, é necessário que as ações de prevenção, educação em saúde e rastreamento ocorram de maneira contínua durante todo o ano. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel fundamental, pois representa a principal porta de entrada do sistema de saúde e deve atuar como a primeira barreira de prevenção, acolhimento e identificação precoce dos sinais e sintomas da doença.

Outro aspecto relevante refere-se à necessidade de capacitação das equipes multiprofissionais. A falta de preparo técnico e sensibilidade profissional pode comprometer diretamente a qualidade da assistência prestada, dificultando o encaminhamento adequado, o acolhimento e a realização de orientações corretas às pacientes.

Portanto, torna-se indispensável a implementação de políticas públicas mais eficazes, voltadas à ampliação do acesso aos exames preventivos, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e redução das desigualdades sociais que interferem diretamente no cuidado à saúde da mulher. Por meio de ações contínuas, integradas e humanizadas, é possível garantir diagnósticos mais assertivos e precoces, melhores prognósticos e maior qualidade de vida às mulheres acometidas pelo câncer de mama.

REFERÊNCIAS:

- 1- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2025 [citado 2026 abr 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2026 abr 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>
- 3- Ministério da Saúde (BR). Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2026 abr 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>

- 4- Ministério das Mulheres (BR). Sancionada lei que amplia acesso das mulheres ao exame de mamografia fornecido pelo SUS [Internet]. Brasília: Ministério das Mulheres; 2025 [citado 2026 abr 14]. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2025/dezembro/sancionada-lei-que-amplia-acesso-das-mulheres-ao-exame-de-mamografia-fornecido-pelo-sus>
- 5- Brasil. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732 para assegurar a realização de exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna no prazo máximo de 30 dias [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2019 [citado 2026 abr 14]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113896.htm
- 6- Câmara dos Deputados (BR). Comissão aprova projeto que cria cadastro no SUS de mulheres em situação de vulnerabilidade com risco de câncer [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 2025 [citado 2026 abr 14]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/1250496-comissao-aprova-projeto-que-cria-cadastro-no-sus-de-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidade-com-risco-de-cancer/>
- 7- Dantas HLL, Costa CRB, Costa LMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(37):334-345
- 8- KRANN, Rafaela; CLOUSSI, Claudia Flemming. Estudo de avaliabilidade das ações para detecção precoce do câncer de mama na atenção primária. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 101-115, abr./jun. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/C63L8FYfxgG67cX7ZKngq8F/?format=pdf&lang=pt>
- 9- LIRA, Lara Caline Santos; MORAES, Laura Xavier de; SOUZA, Juliana Raquel Silva; SOUSA, Francisco Stélio de. Conhecimento de mulheres atendidas na atenção primária sobre a detecção precoce do câncer de mama. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 15, p. e-12195, 2023. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/12195/11971>
- 10- DIAS, M. B. K. et al. Adequação da oferta de procedimentos para detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: um estudo transversal, Brasil e regiões, 2019. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TCQ6kQ7CMm8mGYTBDj63q8s/?format=pdf&lang=pt>
- 11- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 48 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/01/1585536/parametros-tecnicos-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-2022.pdf> (livro)
- 12- MACHABANSKY, Nina Mellão et al. Diretriz brasileira para detecção precoce do câncer de mama: desafios para implantação. Femina, São Paulo, v. 50, n. 12, p. 762-768, 2022.

Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/02/1414431/femina-2022-5012-762-768.pdf>

- 13- Melo FBB, Figueiredo EN, Panobianco MS, Gutiérrez MGR, Rosa AS. Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02442. doi:10.37689/acta-ape/2021AO02442. <https://www.scielo.br/j/ape/a/b85WmQYK4dbmLFPnT3TwnVs/?format=pdf&lang=pt>
- 14- OLIVEIRA, RDP, Ferreira IS. Associação entre características sociodemográficas e adesão à detecção precoce do câncer de mama. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 23, e71920, 2022. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v23/1517-3852-rene-23-e71920.pdf>
- 15- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281660/deteccao-precoce-do-cancer-1.pdf>
- 16- SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ASSIS, Mônica de; DIAS, Maria Beatriz Kneipp; TOMAZELLI, Jeane Glaucia. Risco de resultado falso positivo no rastreamento mamográfico do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, e00117922, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sJ6GqXJZJR9mNJ7LgM7Znxt/?format=pdf&lang=pt>
- 17- Silva FPC, Souza MC, Bertoni N. Fatores associados ao atraso para o início do tratamento para câncer de mama em um centro oncológico de referência em Juiz de Fora, de 2010 a 2019: estudo de coorte. *Epidemiol Serv Saude.* 2024;33:e20231177. doi:10.1590/S2237-96222024v33e20231177.pt.
- 18- Figueiredo CLM, Mendes PLC, Caldeira AP, Lucena CM, Coelho BA. Fatores associados ao atraso no início do tratamento do câncer de mama no norte de Minas Gerais. *Cad Saude Colet.* 2025;33(1):e33010155. doi:10.1590/1414-462X202533010155.