



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

**Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Programa de
Residência em Enfermagem de Família e Comunidade**

REBECA VARGAS FIGUEIREDO SILVA

**Prevalência de Câncer de Mama em Mulheres Jovens e o Papel do Enfermeiro de
Família nos Cuidados em Saúde**

Rio de Janeiro

2024

Prevalência de Câncer de Mama em Mulheres Jovens e o Papel do Enfermeiro de Família nos Cuidados em Saúde



Trabalho apresentado como requisito para obtenção
do título de Enfermeiro Especialista no Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem de Família e
Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do
Rio de Janeiro

Orientador (a) (es): Prof.^a Dra. Patrícia dos Santos Claro Fully

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido chegar até aqui, à minha família e esposo que nunca me deixaram desistir e foram meus pontos de paz na jornada árdua que é a residência. Agradeço também, imensamente, à minha orientadora por todo suporte, conhecimento transmitido, paciência e disponibilidade até aqui, sem ela, com certeza, não teria sido possível.

RESUMO

SILVA, Rebeca Vargas Figueiredode. **Prevalência de Câncer de Mama em Mulheres Jovens e o Papel da Enfermeira de Família nos Cuidados de Saúde** 2024. Tese em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2022) estimou que, para cada ano do triênio 2023-2025, 704 mil novos casos de câncer a cada ano no País. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo transversal desenvolvido com dados disponibilizado pelo Sistema de Informação Câncer (SISCAN), um sistema *web* desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio Datasus para consolidação de dados sistematicamente coletados pelos registro de câncer de colo uterino e câncer de mama no Brasil. A população-alvo do estudo foram os casos de câncer de mama feminina (código topográfico C50 da Classificação Internacional de Doenças - CID-10) com idade de 20 a 50 anos diagnosticadas entre os anos 2015 a 2023 no Brasil. Resultados: A concentração da população nas faixas etárias mais elevadas como de 55 a 60 é maior com uma média entre as regiões de 18,6%. Porém podemos observar que faixa etária mais nova entre 45 e 49 anos, indica um potencial aumento no número de casos de câncer de mama com uma média 16%. Discussão: O enfermeiro de família desempenha um papel essencial no acolhimento de usuárias em situação de maior vulnerabilidade, pois sua inserção no território possibilita a promoção de educação em saúde, destacando a importância do rastreamento e do acompanhamento nos diferentes níveis de atenção à saúde. É fundamental que esse profissional esteja especialmente próximo das mulheres diagnosticadas com câncer de mama e com baixa escolaridade, uma vez que essas condições podem dificultar o acesso e adesão ao tratamento necessário. Conclusão: A prevalência do câncer de mama é significativamente influenciada por fatores como faixa etária e o risco elevado, sendo mais alta entre mulheres de 50 a 59 anos. Entretanto, podemos observar um aumento significativo de mulheres com a faixa etária 40 a 49 anos, tornando-se bem próximo ao grupo de maior risco.

Palavras Chaves: Câncer de Mama ; Papel do enfermeiro; Rastreio mamográfico

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVO.....	11
2.1Geral.....	11
2.2 Específicos	11
3.JUSTIFICATIVA	12
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
5.METODOLOGIA	19
6. RESULTADO.....	20
7. DISCUSSÃO.....	27
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

Lista de Tabelas

Tabela 1: População alvo e periodicidade de rastreamento precoce de câncer de mama.....16

Tabela 2: Tabela de Distribuição por Região e BI-RADS.....21

Tabela 03: Tabela de Distribuição por Região e Escolaridade das pacientes com câncer de mama, de 2015 a 2023.....22

Tabela 04: Tabela de Distribuição por Região e Faixa Etária das pacientes com câncer de mama, de 2015 a 2023.....23

Tabela 05: Tabela de Distribuição das pacientes com câncer de mama por Região segmentadas entre quem possui Risco Elevado ou não, de 2015 a 2023.....24

Tabela 06: Tabela de Distribuição por Região e Raça das pacientes com câncer de mama, de 2015 a 2023.....25

Listas de Figura

Figura1:Processo do cuidado da saúde de mulheres com câncer de mama.....	17
Figura02:Distribuição dos Resultados de Exames BI-RADS por Região do Brasil.....	21
Figura 03: Distribuição da escolaridade das pacientes com câncer de mama por Região do Brasil, de 2015 a 202.....	22
Figura 04: Prevalência das pacientes com câncer de mama no Brasil, de acordo com sua Faixa Etária, de 2015 a 2023.....	23
Figura 05:Distribuição das pacientes com câncer de mama por Região segmentadas entre quem possui Risco Elevado ou não, de 2015 a 2023.....	24
Figura 06: Distribuição de paciente com Câncer De Mama de acordo com raça/ cor por regiões do Brasil.....	25

1.INTRODUÇÃO

O interesse sobre o presente tema surgiu a partir de experiências vivenciadas no primeiro ano de residência de família e comunidade. Na época acompanhava paciente jovem de 32 anos que foi acometida por CA de mama metastático e grave. As visitas domiciliares eram realizadas semanalmente para avaliação e curativo da lesão oncológica, localmente avançada da mama. Tal rotina teve grande impacto em minha experiência profissional, sobretudo porque a paciente em questão, poucos meses depois veio a falecer em uma internação. Alguns meses depois eu recebo a notícia de um diagnóstico de CA em minha família, sendo especificamente um câncer de mama que acometeu uma tia materna, com 45 anos de idade.

O câncer de mama é uma questão de saúde pública global. O aumento das taxas de incidência e mortalidade dessa doença está diretamente relacionado a mudanças nos perfis demográficos, como o envelhecimento da população e o progresso econômico (OLIVEIRA *et al.*,2011). O principal desafio reside em garantir que todos tenham acesso justo e completo ao diagnóstico e tratamento da doença.

Diante da previsão de crescimento no número de casos, é fundamental considerar desde a disponibilização de serviços até a garantia de acesso rápido para viabilizar o diagnóstico e tratamento precoce. Embora o câncer de mama seja frequentemente associado a um bom prognóstico quando detectado e tratado precocemente, a taxa de mortalidade no Brasil (13,68/100.000) permanece alta, possivelmente devido ao diagnóstico em estágios mais avançados, o que reforça a importância de garantir o acesso adequado aos cuidados necessários (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013).

Segundo o Instituto Nacional Câncer (INCA,2022), o câncer de mama é considerado um grupo heterogêneo de patologias, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste câncer compreende pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. Pode ser diferenciado por hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos.

O sintoma mais comum de câncer de mama na avaliação clínica, é o aparecimento de nódulo, muitas das vezes indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INCA,2022)

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA,2022) estimou que, para cada ano do triênio 2023-2025, 704 mil novos casos de câncer a cada ano no País, 70% dos casos estão previstos para as regiões Sul e Sudeste. O câncer de mama em mulheres (Sul: 71,44/100 mil; Sudeste: 84,46/100 mil), o de próstata (Sul: 57,23/ 100 mil; Sudeste: 77,89/ 100 mil) e o de cólon e reto (Sul: 26,46/100 mil; Sudeste: 28,75/100 mil) são os três tipos mais incidentes nessas duas regiões. Já nas regiões Norte e Nordeste, o câncer de próstata (Norte: 28,40/100 mil; Nordeste: 73,28/100 mil) é o mais incidente, seguido do câncer de mama feminina (Norte: 24,99/100 mil; Nordeste: 52,20/100 mil) e câncer do colo do útero (Norte: 20,48/100 mil; Nordeste: 17,59/100 mil).

Com o advento do Pacto pela saúde, houve melhorias no monitoramento e detecção precoce desses cânceres que tanto afetam as mulheres, foi atualizado um novo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra as plataformas SISCOLO e SISMAMA (SARTORI, 2016). Além disso, o SISCAN passou por melhorias, sendo uma poderosa ferramenta para monitoramento, sendo utilizada com frequência na APS para preenchimento dos formulários de mamografia e citopatológico, alimentando o sistema de informação.

Em um documento sobre as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, publicado em 2015, INCA prioriza que o rastreamento da neoplasia mamária deve ser feito por meio de mamografia, a cada dois anos, em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (INCA, 2015). Em contrapartida, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) indica que os exames sejam realizados pela mulher a partir dos 40 anos (AGUILLAR,2012).

Em estudo, realizado em 2004, com 104 mulheres com câncer de mama, assistidas em hospital de referência no Rio de Janeiro, o diagnóstico em estágio avançado representou 51% dos casos (REZENDE,2010). Segundo Felix., *et al* (2007),o diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado está associado à renda, pois cerca de 40-60% dos estágios III e IV no momento do diagnóstico acomete mulheres de baixa renda. Ademais, outros fatores já foram identificados pela literatura como relevantes ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado, tais como raça/cor da pele preta ou parda, ser jovem, não possuir parceiro(a), ter conhecimento limitado sobre cuidados com a mama, barreiras socioculturais como medo do diagnóstico, temor das consequências do tratamento, dificuldades no acesso à atenção básica, não atendimento por profissional de saúde especializado e maior intervalo de tempo entre suspeita mamografia e biópsia (SANTOS ., *et al* 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é referência para diagnósticos e rastreamento de doenças e agravos que afetam a população feminina. Esta é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é a ordenadora do cuidado (GOLDMAN *et al.*,2019). O trabalho da enfermagem, desde o início da Estratégia de Saúde da Família, tem impulsionado a ampliação no acesso às ações de prevenção de diversas doenças e de promoção da saúde (MOLL *et al.*,2019)

Ao longo do itinerário terapêutico em busca de cuidados, mulheres afetadas por essa neoplasia e atendidas pelo SUS podem enfrentar diferentes obstáculos para acessar os serviços de saúde. Pesquisas identificam essas dificuldades como barreiras geográficas, marcadas pelos desafios de deslocamento; funcionais, refletidas na baixa capacidade resolutiva de algumas unidades de saúde; econômicas, associadas aos custos e despesas que surgem ao longo do processo de cuidado; e comunicacionais, evidenciadas nas interações entre profissionais e usuárias durante o percurso terapêutico. Além disso, tais barreiras podem ser agravadas por questões raciais vivenciadas por essas mulheres ao longo do itinerário (SOUZA; SOUZA, 2020; SOUZA *et al.*, 2020a; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Portanto, considerando os fatores epidemiológicos do diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado é imprescindível o planejamento de políticas públicas que auxiliem na melhoria dos indicadores de diagnóstico e de tratamento, em tempo hábil, especialmente os de grupos mais vulneráveis.

O presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência e os fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado entre mulheres jovens no Brasil.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral: Analisar a prevalência e os fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado entre mulheres jovens no Brasil,

2.2 Objetivo específicos:

- Estimar a prevalência de idades com diagnósticos BI-RADS IV a VI através do SISCAN.
- Identificar fatores epidemiológicos associados ao diagnóstico dos estágios avançados de CA de mama.
- Discutir resultados os dados de prevalência frente a as recomendações estipuladas pelo Ministério da Saúde, no que tange ao rastreamento do Ca de mama em mulheres jovens.

3.JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a grande magnitude do câncer de mama em relação à saúde pública do Brasil e do mundo, a assistência de enfermagem a pacientes acometidos por tal patologia, deve ser estabelecida mediante as necessidades básicas de saúde dos mesmos. Assim, mediante a necessidade da detecção precoce, destacam que a atuação do enfermeiro na Atenção Primária de Saúde é fundamental para estimular a adesão da mulher no tratamento (Pontes, Carvalho, Rocha, & Batista, 2019).

Trufelli et al. (2008) destacam que um diagnóstico preciso e a identificação precoce da doença são fundamentais para um bom prognóstico, já que a detecção em estágios iniciais aumenta significativamente as chances de cura. No entanto, a maioria das mulheres busca atendimento no sistema de saúde apenas após notar alterações nas mamas, sendo que cerca de 51,0% já apresentam a doença em estágios avançados (REZENDE, 2010).

A realização do estudo é necessária para a ampliação do conhecimento e da discussão, pois avalia os dados do sistema de informação SISCAM e possibilita discussão sobre o tema e a construção de políticas públicas para investigação do câncer de mama. Além disso, auxilia na assistência de enfermagem no rastreamento do câncer de mama em pacientes atendidas na Unidade Básica de Saúde, enfatizando a importância da avaliação das mamas em mulheres jovens nas consultas. Desse modo, o estudo trará contribuições significativas para a comunidade científica e para a sociedade, na medida em que acrescentará às evidências científicas discussões relevantes a respeito dessa temática.

4.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 CA DE MAMA

O câncer de mama é a consequência da multiplicação de células anormais, que compreende uma etiologia multifatorial. Sendo um dos cânceres mais temidos pelas mulheres, devido sua elevada incidência, e pelos danos psicológicos associados como distúrbio da autoimagem, baixa autoestima, sexualidade além do medo da morte (SANTOS, et al 2021). Embora a incidência do câncer de mama seja alta, o prognóstico é bom, mas quando o diagnóstico é tardio, pode trazer prejuízos ao paciente (TIEZZI et al., 2019).

O câncer de mama é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres, com uma incidência crescente que está fortemente ligada a diversos fatores de risco, como o envelhecimento, aspectos da vida reprodutiva, histórico familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, falta de atividade física e exposição à radiação. Este tipo de câncer é a principal causa de morte oncológica feminina em nível global, apresentando comportamentos diversos que se refletem em suas múltiplas manifestações clínicas, variações morfológicas, diferentes perfis genéticos e distintas respostas aos tratamentos (Mattos, Silva e Kölln, 2016).

Os principais sinais e sintomas que podem indicar a presença de câncer de mama incluem a existência de um nódulo endurecido, fixo e geralmente indolor nas mamas, além de alterações na pele da região, como vermelhidão e aspecto semelhante à casca de laranja. Também podem ocorrer modificações no formato do mamilo e a liberação espontânea de líquido com coloração sanguinolenta ou amarelada. Além desses sintomas, é possível observar a presença de nódulos nas axilas ou no pescoço, resultantes do inchaço dos linfonodos (Nunes, Resende, Cabral, Oliveira e Silva, 2020).

O tipo histológico do tumor foi definido de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para facilitar a compreensão, os tumores foram classificados em três grupos: carcinoma ductal invasivo, que inclui os

carcinomas do tipo ductal invasivo sem especificação adicional e representou a maior parte da amostra; carcinoma lobular invasivo, o segundo tipo histológico mais comum encontrado no estudo; e outros, que englobam as variantes histológicas menos frequentes, incluindo os carcinomas ductal e lobular in situ (GOBBI, 2012).

4.2 RASTREAMENTO CA DE MAMA MUNDIALMENTE

Uma revisão sistemática denominada “Global guidelines for breast cancer screening”(Diretrizes globais para rastreamento do câncer de mama: uma revisão sistemática) que foi publicada em 2022, foi avaliada em diversas publicações e diretrizes sobre câncer de mama. Analisaram 23 artigos publicados MEDLINE, EMBASE, Web of Science e Scopus desde o início até 27 de março de 2021 foram conduzidas e complementadas pela revisão das organizações de desenvolvimento de diretrizes. A qualidade das diretrizes de triagem foi avaliada a partir de seis domínios do instrumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) por dois avaliadores. As informações básicas e recomendações das diretrizes foram extraídas e resumidas(REN *et al* ,. 2022).

A partir desse estudo chegaram algumas discussões pertinente ao trabalho em questão: A maioria das diretrizes indicava a mamografia para rastreamento em pessoas com risco médio de câncer de mama, com idades entre 40 e 74 anos (SIU; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2016;CARDOSO *et al*., 2019;HAMASHIMA *et al*., 2016;QASEEM *et al*., 2019) destacando a faixa etária de 50 a 69 anos como a mais recomendada para o rastreamento, com forte nível de recomendação (CARDOSO *et al*; WHO, 2021;Schünemann *et al*.,2020; Wöckel *et al*.,2018; MOH,2020)

Dado o peso do câncer de mama e as diferenças na distribuição dos recursos de saúde pública em cada país, uma abordagem universal para o rastreamento é considerada inadequada. Em alguns países asiáticos, como Japão e Coreia do Sul, a faixa etária em que a incidência de câncer de mama atinge o pico está entre 45 e 69 anos, o que ocorre

aproximadamente 10 anos antes do que em países da Europa e nos Estados Unidos(Hayashi *et al.*,2017;Hong *et al.*,2020).Em virtude disso, algumas diretrizes asiáticas recomendam iniciar o rastreamento aos 40 ou 45 anos; entretanto, há uma falta de evidências robustas a partir de grandes ensaios clínicos populacionais. Além disso, com base em ensaios conduzidos no Canadá, Reino Unido e Suécia, não recomendaram o início do rastreamento regular entre 40 e 44 anos, devido ao menor benefício absoluto, bem como ao aumento das taxas de sobrediagnóstico e de resultados falso-positivos com biópsias neste grupo (SIU; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2016;CARDOSO *et al.*, 2019;HAMASHIMA *et al.*, 2016;QASEEM *et al.*, 2019).

Além disso, nove das 23 diretrizes não especificaram uma idade máxima para o rastreamento. No entanto, algumas orientações sugerem evitar o rastreamento regular em mulheres acima dos 70 ou 75 anos, considerando que, para essas idades, os riscos podem ultrapassar os benefícios . Assim, o risco de câncer de mama aumenta com o avanço da idade, e a decisão de interromper o rastreamento deve considerar a expectativa de vida e as condições de saúde de cada pessoa(LEE *et al.*,2017).

4.3 RASTREAMENTO CA DE MAMA NO BRASIL: ATUAÇÃO APS

Segundo Ferreira *et al.* (2020), a Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada principal para o Sistema Único de Saúde, funcionando como a ligação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Na APS, ocorre o acolhimento dos usuários, promovendo a criação de vínculos e a responsabilidade mútua entre usuários e profissionais de saúde. Suas unidades, por estarem inseridas no contexto comunitário, favorecem a compreensão da realidade social e permitem o desenvolvimento de ações tanto coletivas quanto individuais.

O rastreamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde integra o Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama e deve ocorrer de maneira estruturada, com o convite das mulheres para a realização dos exames dentro da faixa etária e periodicidade recomendadas pelas Diretrizes de Detecção Precoce do Câncer de Mama, estabelecidas pelo Ministério da Saúde. As equipes devem identificar as mulheres elegíveis para o rastreamento por meio do cadastro da população atendida e realizar uma busca ativa,

assegurando o acompanhamento adequado e o monitoramento em todas as etapas do processo (BRASIL,2020).

Tabela 1: População alvo e periodicidade de rastreamento precoce de câncer de mama

População-alvo	Periodicidade dos exames
Mulheres de 40 anos ou mais com risco elevado*	Conduta deve ser individualizada considerando riscos e benefícios dos exames de rastreamento.
Mulheres de 50 a 69 anos	Mamografia a cada dois anos

Fonte :BRASIL, (2020)

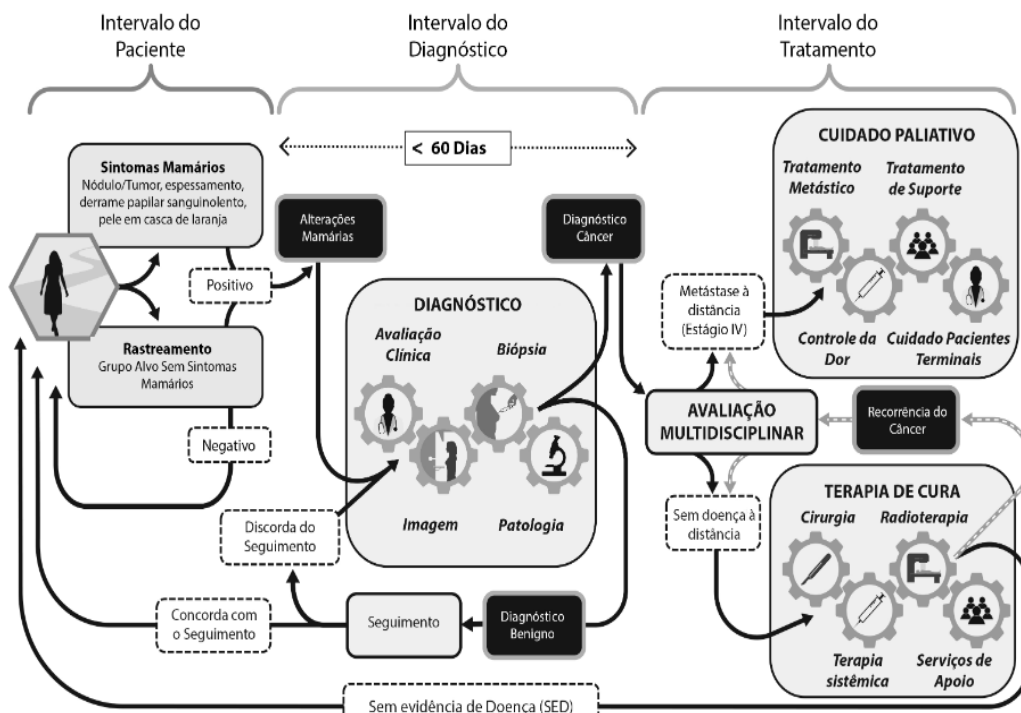
A ultrassonografia mamária pode ser considerada como método adicional à mamografia em mulheres jovens com elevado risco de câncer de mama e mulheres com alta densidade mamária.

Critérios de alto risco para câncer de mama

Mulheres com história de:

- Familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com CA de mama em idade < 50 anos; ou
- Familiar de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral; ou
- Familiar de primeiro grau com de CA de ovário, em qualquer faixa etária; ou
- Familiar homem com diagnóstico de câncer de mama, independentemente da idade.

Figura 1 :Processo do cuidado da saúde de mulheres com câncer de mama



Fonte: The Breast Health Global Initiative 2018 Global Summit on Improving Breast Healthcare Through Resource-Stratified Phased Implementation: Methods and overview, Cancer: 2020.

4.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FAMILIA NO CUIDADO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

A identificação precoce do câncer de mama é essencial para seu controle, especialmente devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade e ao diagnóstico tardio ainda prevalentes no Brasil. Essa abordagem envolve tanto o diagnóstico precoce quanto o rastreamento, seja oportunístico ou organizado. Nesse contexto, o papel do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) é crucial para incentivar a adesão das mulheres às práticas preventivas, englobando desde ações de promoção da saúde até o tratamento e a reabilitação. É importante que todas as consultas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam utilizadas como uma oportunidade para fortalecer o papel do enfermeiro como agente de mudança, promovendo uma relação de proximidade com as usuárias (Teixeira, Goldman, Gonçalves, Gutiérrez e Figueiredo, 2017).

Nesse contexto, as responsabilidades do enfermeiro no controle do câncer de mama incluem realizar consultas de enfermagem, executar o exame clínico das mamas (ECM) conforme a faixa etária e condição clínica da paciente, identificar e avaliar sinais e sintomas que possam estar relacionados à neoplasia, solicitar e interpretar exames de acordo com os protocolos estabelecidos, além de encaminhar e acompanhar os casos nos serviços de referência para diagnóstico e tratamento. Também é fundamental que o enfermeiro participe ativamente das atividades de educação permanente (Teixeira, Goldman, Gonçalves, Gutiérrez e Figueiredo, 2017).

Portanto, o profissional enfermeiro de família tem o compromisso de desenvolver práticas voltadas para a prevenção do câncer de mama e promoção da saúde da população adscrita, como grupos de discussões, oficinas, sala de espera, (Costa et al., 2019). A educação em saúde é uma ferramenta fundamental e enriquecedora ao abranger o conhecimento sobre informações dos fatores de risco do câncer de mama, tendo o intuito de promover a prevenção, estímulo ao tratamento e o aumento da sobrevida em mulheres. (Nunes et al., 2020; Cunha et al., 2018).

Outro fator que favorece as práticas de educação em saúde é o acolhimento e o vínculo criado pelo enfermeiro da unidade. Através da observação das linguagens verbal e não verbal, é possível compreender o processo saúde-doença da mulher, valorizando suas queixas e tornando-a mais aberta para receber as orientações necessárias (MATTOS M, et al., 2016).

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo transversal desenvolvido com dados disponibilizado pelo Sistema de Informação Câncer (SISCAN), um sistema *web* desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio Datasus para consolidação de dados sistematicamente coletados pelos registro de câncer de colo uterino e câncer de mama no Brasil. A população-alvo do estudo foram os casos de câncer de mama feminina (código topográfico C50 da Classificação Internacional de Doenças - CID-10) com idade de 20 a 50 anos diagnosticadas entre os anos 2015 á 2023 no Brasil.

Foram elegíveis para o estudo mulheres com 20 anos de idade ou mais com mamografia diagnóstico com Bi-Raids IV a VI. Foram incluídos idade (faixas etárias: 20-39, 40-49); raça/cor da pele (branca, preta, parda e amarela/indígena); escolaridade (nenhuma, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio e ensino superior completo);, Bi-rads e risco elevado

Análise Estatística

Para investigar a existência de associações significativas entre as variáveis, foi aplicado o teste qui-quadrado de independência. Este teste foi utilizado para verificar se a distribuição de uma variável qualitativa está relacionada com a distribuição de outra. Por exemplo, foi possível analisar se a faixa etária e escolaridade estão associadas com a região de residência do paciente. O qui-quadrado é uma ferramenta estatística adequada para avaliar a independência entre variáveis categóricas, e seu uso permitiu identificar relações que podem ser clinicamente relevantes para o estudo.

O teste qui-quadrado tem algumas condições que devem ser atendidas, então espera-se que a maioria das contagens esperadas em cada célula da tabela seja maior que 5. Se isso não for verdade, o resultado do teste pode não ser confiável. Além disso, os dados devem ser independentes, ou seja, cada observação deve ser única e não repetida. Nas análises apresentadas, os dados estavam de acordo com essas premissas principais.

Análise Descritiva

A primeira etapa da análise consistiu em uma **análise descritiva** das variáveis presentes no banco de dados. Como todas as variáveis são qualitativas, foram utilizadas **distribuições de frequências** para descrever as categorias de cada variável, como faixa etária, risco elevado, exame Bi-Rads, categoria de mamografia, escolaridade, raça e região de residência. Além disso, foram construídas tabelas cruzadas para explorar a relação entre as variáveis, permitindo uma visão mais detalhada sobre possíveis padrões e associações entre os diferentes fatores que compõem o banco de dados.

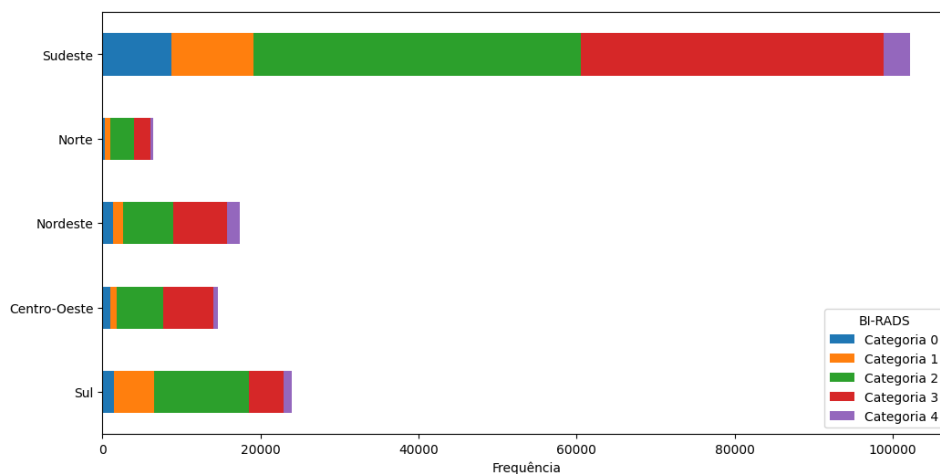
6. Resultados

Tabela 02: Tabela de Distribuição por Região e BI-RADS.

BI-RADS	Sul	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste
Categoria 0	1.469 (6,1%)	968 (6,6%)	1.333 (7,4%)	342 (5,3%)	8.755 (8,5%)
Categoria 1	5.063 (21,0%)	904 (6,2%)	1.291 (7,3%)	724 (11,2%)	10.400 (10,1%)
Categoria 2	12.022 (50,0%)	5.855 (39,7%)	6.389 (36,4%)	2.990 (46,5%)	41.367 (40,4%)
Categoria 3	4.382 (18,1%)	6.347 (43,3%)	6.749 (38,4%)	1.988 (31,1%)	38.290 (37,4%)
Categoria 4	1.040 (4,3%)	589 (3,9%)	1.658 (9,5%)	369 (5,7%)	3.353 (3,3%)
Categoria 5	103 (0,4%)	22 (0,2%)	143 (0,8%)	10 (0,1%)	214 (0,2%)
Categoria 6	45 (0,1%)	10 (0,1%)	32 (0,2%)	11 (0,1%)	109 (0,1%)
Total	24.124 (100%)	14.695 (100%)	17.595 (100%)	6.434 (100%)	102.488 (100%)

Fonte: SISCAN, 2015-2023

Figura 02: Distribuição dos Resultados de Exames BI-RADS por Região do Brasil



Fonte: SISCAN, 2015-2023

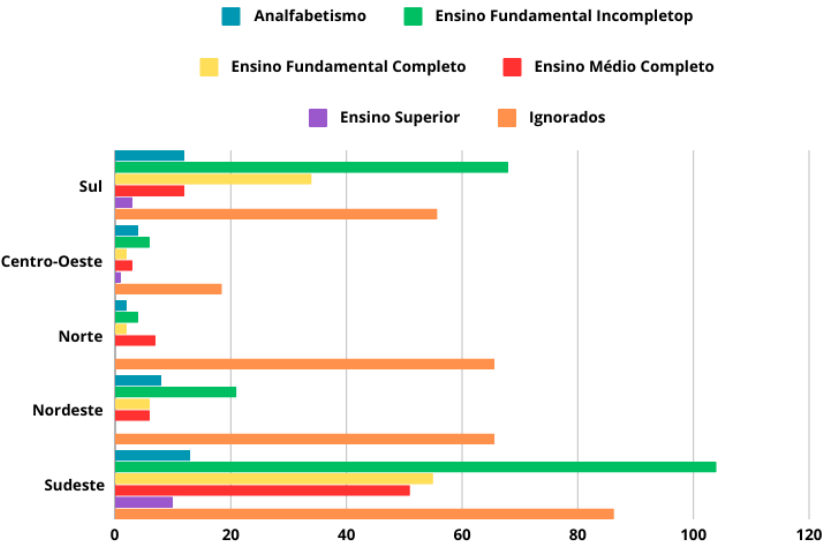
A Figura 02 evidencia a predominância das categorias 2 e 3 do exame BI-RADS em todas as regiões. A categoria 4 apresenta a menor frequência em todas as regiões analisadas. Quando analisamos a Tabela 02, é notório que a região Sudeste concentra o maior número de casos em todas as categorias, representando cerca de 45% do total. A categoria BI-RADS 2 é a mais frequente na maioria das regiões, indicando um maior número de achados benignos. A região Norte apresenta a menor proporção de casos em todas as categorias, o que pode estar relacionado a menor acesso aos serviços de saúde na região.

Tabela 03: Tabela de Distribuição por Região e Escolaridade das pacientes com câncer de mama, de 2015 a 2023.

Escolaridade	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Nordeste (%)	Norte (%)	Sudeste (%)
Analfabeto(a)	12 (0,02%)	4 (0,02%)	8 (0,01%)	2 (0,01%)	13 (0,01%)
Ensino Fundamental Completo	34 (0,06%)	2 (0,01%)	6 (0,009%)	2 (0,01%)	55 (0,06%)
Ensino Fundamental Incompleto	68 (0,12%)	6 (0,03%)	21 (0,03%)	4 (0,03%)	104 (0,12%)
Ensino Médio	12 (0,02%)	3 (0,01%)	6 (0,009%)	7 (0,05%)	51 (0,05%)
Ensino Superior	3 (0,005%)	1 (0,001%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (0,01%)
Ignorados	55.739(99,7%)	18.477(99,9)	65.618(99,9%)	12.321(99%)	86.281(99,9%)
Total	55.868 (100%)	18.493 (100%)	65.659 (100%)	12.335(100%)	86.514 (100%)

Fonte: Siscan 2015-2023

Figura 03: Distribuição da escolaridade das pacientes com câncer de mama por Região do Brasil, de 2015 a 202



Fonte: Siscan 2015-2023

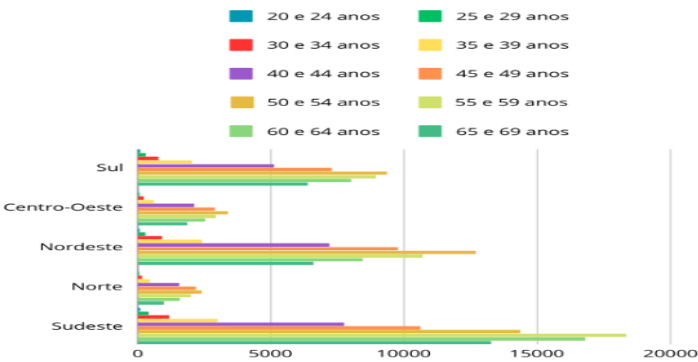
A Figura 03 e Tabela 03 permite comparar a distribuição dos níveis de escolaridade entre as diferentes regiões. Nota-se que, embora o Ensino Fundamental Incompleto seja predominante em todas as regiões. No entanto, essa variável torna-se difícil avaliação pela taxa de mais 99% de ignorados em todas as regiões.

Tabela 04: Tabela de Distribuição por Região e Faixa Etária das pacientes com câncer de mama, de 2015 a 2023.

Faixa etária	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Nordeste (%)	Norte (%)	Sudeste (%)
Entre 20 e 24 anos	96 (0,19%)	22 (0,13%)	74 (0,12%)	18 (0,15%)	100 (0,11%)
Entre 25 e 29 anos	306 (0,63%)	72 (0,43%)	296 (0,5%)	65 (0,56%)	414(0,48%)
Entre 30 e 34 anos	786(1,6%)	226 (1,35%)	918 (1,56%)	167 (1,46%)	1.180 (1,3%)
Entre 35 e 39 anos	2.037 (4,2%)	607 (3,64%)	2.418(4,11%)	456 (4,0%)	2.998(3,4%)
Entre 40 e 44 anos	5.124 (10,5%)	2.118 (12,7%)	7.201(12,2%)	1.564(13,7%)	7.750(9,0%)
Entre 45 e 49 anos	7.292 (15,07%)	2.906 (17,4%)	9.774 (16,6%)	2.187(19,1%)	10.609 (12,3%)
Entre 50 e 54 anos	9.366 (19,36%)	3.384 (20,3%)	12.271(20,9%)	2.411 (21,0%)	14.369(16,7%)
Entre 55 e 59 anos	8.944 (18,49%)	2.940 (17,6%)	10.701(18,2%)	2.008(17,5%)	18.349(21,3%)
Entre 60 e 64 anos	8.020 (16,6%)	2.527(15,1%)	8.442(14,3%)	1.576(13,7%)	16.805(19,5%)
Entre 65 e 69 anos	6.390 (13,21%)	1.862(11,1%)	6.604(11,2%)	985(8,6%)	13.265(15,4%)
Total	48.361(100%)	16.664 (100%)	58.699 (100%)	11.437 (100%)	85.839 (100%)

Fonte: SISCAN, 2015-2023

Figura 04: Prevalência das pacientes com câncer de mama no Brasil, de acordo com sua Faixa Etária, de 2015 a 2023



Fonte: SISCAN, 2015-2023

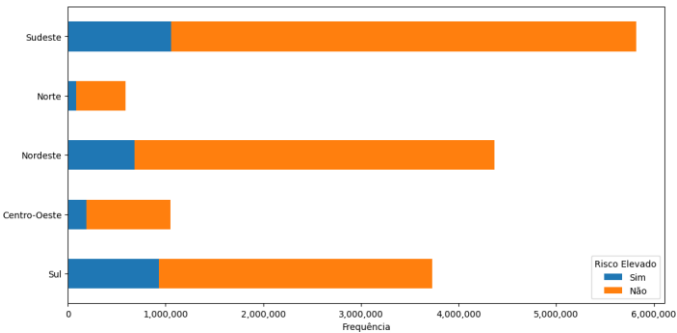
A Figura 04 e Tabela 04 apresentam a distribuição da população brasileira por faixa etária, realçando um padrão de envelhecimento populacional em todas as regiões. Essa informação é crucial para o estudo do câncer de mama, uma vez que a incidência dessa doença aumenta significativamente com a idade. A concentração da população nas faixas etárias mais elevadas como de 55 a 60 é maior com uma média entre as regiões de 18,6%. Porém podemos observar que faixa etária mais nova entre 45 e 49 anos, indica um potencial aumento no número de casos de câncer de mama com uma média 16%, demandando um planejamento estratégico para a prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno de tal patologia. Observamos também que as regiões Sul e Sudeste apresentam maior número de casos.

Tabela 05: Tabela de Distribuição das pacientes com câncer de mama por Região segmentadas entre quem possui Risco Elevado ou não, de 2015 a 2023.

Risco elevado	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Nordeste (%)	Norte (%)	Sudeste (%)
Sim	934.508 (25.0%)	187.800 (17.8%)	683.042 (15.6%)	84.883 (14.4%)	1.057.180 (18.2%)
Não	2.798.236 (75.0%)	865.081 (82.2%)	3.683.441 (84.4%)	506.490 (85.6%)	4.761.639 (81.8%)
Total	3.732.744 (100%)	1.052.881 (100%)	4.366.483 (100%)	590.873 (100%)	5.818.819 (100%)

Fonte: SISCAN, 2015-2023

Figura 05: Distribuição das pacientes com câncer de mama, de acordo com o Risco Elevado por Região do Brasil, de 2015 a 2023



Fonte: SISCAN, 2015-2023

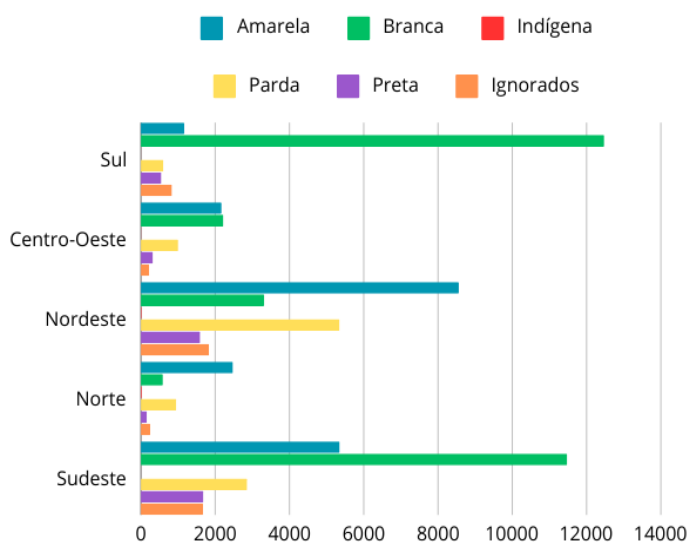
Embora a tendência geral seja a predominância do risco não elevado, observa-se a variação na proporção entre as regiões. A região Sul apresenta um maior percentual de pessoas classificadas como alto risco (25.0%). Por outro lado, o Norte mostra o menor percentual de pacientes nessa condição entre todas as regiões do Brasil (14.4%).

Tabela 06: Tabela de Distribuição por Região e Raça das pacientes com câncer de mama, de 2015 a 2023.

Raça	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Nordeste (%)	Norte (%)	Sudeste (%)
Amarela	1.169 (7.46%)	2.172 (36.49%)	8.560 (41.39%)	2.479 (55.62%)	5.353 (23.22%)
Branca	12.474 (79.75%)	2.221 (37.51%)	3.321 (16.06%)	592 (13.28%)	11.478 (49.79%)
Indígena	6 (0.03%)	10(0.16%)	21 (0.10%)	24(0.53 %)	4(0.01%)
Parda	605 (3.85%)	1.003 (16.86%)	5.348 (25.86%)	952 (21.35%)	2.861 (12.41%)
Preta	551 (3.52%)	323 (5.42%)	1.596 (7.71%)	160 (3.58 %)	1.683 (7.30%)
Ignorados	836 (5,34%)	222(3,97%)	1.834(8,68%)	250 (5,60%)	1.672(7,20%)
Total	15.641 (100%)	5.951 (100%)	20.680 (100%)	4.457 (100%)	23.051 (100%)

Fonte :SISCAN 2015 -2023

Figura 06: Distribuição das pacientes com câncer de mama, de acordo com a Raça por Região do Brasil, de 2015 a 2023



Fonte :SISCAN 2015 -2023

A tabela 6 e a figura 6 mostra distribuição de pacientes com CA de mama referente a raça/cor, podemos observar uma predominância na cor Branca nas regiões sul com 79,75% e sudeste com 49,79%. Nas demais regiões há uma maior porcentagem de autodeclarados Amarelos, a raça/ cor Preta é que tem a menor porcentagem em todas as regiões.

Limitações

A utilização de dados sumarizados obtidos do TabNet, embora seja uma prática comum em estudos epidemiológicos e de saúde pública, apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados.

Uma das principais limitações é a perda de detalhes inerente à sumarização dos dados. Ao agrupar informações em categorias ou intervalos, perdem-se nuances importantes que poderiam ser identificadas em uma análise individualizada dos registros. Essa perda de detalhamento pode dificultar a identificação de padrões complexos e subgrupos específicos dentro da população estudada.

Além disso, como todos os dados obtidos das variáveis de interesse forem coletados em relação a UF, os testes, relações e comparações também tiveram que ser em relação a essa variável.

7. DISCUSSÃO

No presente estudo foram analisados dados obtidos pelo SISCAN no período de 2015 a 2023, permitindo chegar na discussão mediante as variáveis analisadas. A primeira variável analisada foi BI-RADS em todas as regiões do Brasil, sendo situado na tabela 1 e figura 1. Na atualidade, o BI-RADS® é denominado como padronização de linguagem e interpretação de resultados de exames de imagem da mama. Com tradução para diversos idiomas. Após definição em conjunto com a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, o BI-RADS® foi adotado, no Brasil, como padrão de descrição, análise e conduta das lesões mamária (ACR, 2016).

Observamos na tabela 1 e figura 1 em todas as regiões a maior incidência é BI-RAIDS categoria 2 que é considerado achados benigno que o acompanhamento esperado é o bienal preferencialmente. Porém, a categoria 3 sugere um maior cuidado mediante a vigilância, apesar de significar achados provavelmente benignos, faz necessário o seguimento em curto prazo é sugerido (controle em 6, 12, 24 e 36 meses). Não deve ser usada nos exames de rastreio. Após 24 ou 36 meses, não havendo modificação da imagem, pode-se classificar a lesão como categoria 2 (FIOCRUZ, 2018). Dessa forma, APS tem um papel fundamental na vigilância deste pacientes para dar seguimento do rastreio de forma adequada.

A APS vem atuando em buscar a população marginalizada e periférica na atenção ao câncer, para um posicionamento central e essencial, principalmente em decorrência da necessidade de ordenar cuidados preventivos, como também cuidados contínuos aos sobreviventes ao câncer. Considerando as distintas conformações de organização deste serviço no mundo todo, em comum, atribui-se à APS potencialidades relacionadas à coordenação e à continuidade do cuidado (RUBIN et al., 2015).

A segunda variável avaliada foi o nível de escolaridade das usuárias que realizaram mamografia com categorias a partir BI-RAIDS 4. Ficou evidente a precariedade de dados para análise deste dado por ter um grande quantitativo de ignorado, isso mostra

como precisa ser reforçado o preenchimento adequado do cadastro no CADWEB nas unidades de saúde da APS, pois através deles teremos achados epidemiológicos que posteriormente poderão virar políticas públicas.

Em contrapartida, podemos observar um número mais expressivo de mulheres com ensino fundamental incompleto, conforme a tabela e gráfico 2. Segundo (Seidl, 2001) é observado que mulheres não letradas adotam mais a estratégia de enfrentamento com foco na religião. A busca pela Fé, como forma de enfrentamento no ato de orar, bem como dos serviços religiosos podem auxiliar na aceitação a esse novo diagnóstico, trazendo uma ressignificação do resultado acreditando fazer parte de um plano maior, que possui um significado para sua vida e não o definir como um evento aleatório (JIM, *et al* 2006).

Entretanto, mulheres com nível médio completo e superior, mostra-se mais adepta à estratégia de enfrentamento com foco no problema (Seidl; Tróccoli; Zannon, 2001). Observa-se que maior uso dessa modalidade de enfrentamento demonstra maior aproximação do agente estressor e modificação da relação entre pessoa e ambiente, por meio do controle ou alteração do problema causador do estresse, pois as situações são vistas como modificáveis (Lazarus ; Folkman, 1984).

Batiston et al. (2011) em estudo realizado com mulheres de 40 a 69 anos de Dourados-MT verificaram que o conhecimento quanto ao câncer de mama e seus fatores de risco é maior à medida que o nível de escolaridade aumenta. Bonotto et al. (2016) referem que a baixa escolaridade, bem como, a menor renda pode ser identificadas como barreiras para o acesso de informações pertinentes e de boa qualidade. Além disso, destacam-se a importância de projetos informativos e educativos que respeitem as necessidades e limitações de cada mulher (BATISTON et al., 2011).

Um estudo transversal realizado com 345 mulheres com mais de 20 anos, entre março de 2011 e abril de 2012, em Maringá (Paraná), indicou que 85,1% (n=228) das mulheres com mais de 40 anos haviam realizado mamografia, sendo que 74,3% (n=169) haviam feito o exame nos dois últimos anos. Os resultados também mostraram que mulheres com baixa escolaridade e aquelas dependentes do sistema público de saúde

apresentaram menor adesão ao exame (LOPES et al., 2015). Em uma pesquisa abrangendo as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, a taxa de realização de mamografia nos últimos dois anos entre mulheres de 50 a 69 anos foi de 78,2%. A adesão ao exame não variou significativamente entre as faixas etárias, mas foi influenciada pela escolaridade, variando de 71,2% entre mulheres com até 8 anos de estudo a 90,5% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade (BRASIL, 2017a).

Portanto, o enfermeiro de família desempenha um papel essencial no acolhimento de usuárias em situação de maior vulnerabilidade, pois sua inserção no território possibilita a promoção de educação em saúde, destacando a importância do rastreamento e do acompanhamento nos diferentes níveis de atenção à saúde. É fundamental que esse profissional esteja especialmente próximo das mulheres diagnosticadas com câncer de mama e com baixa escolaridade, uma vez que essas condições podem dificultar o acesso e adesão ao tratamento necessário.

A terceira variável avaliada foi a faixa etária que apontou o maior número de mulheres entre 60 a 69 anos em primeiro lugar e em segundo mulheres de 40 a 49 anos. Essa variável foi ampliada até a faixa etária de 69 anos em busca de um comparativo maior relacionado às idades de prioridade para rastreio do Ministério da Saúde de 50 a 69 anos.

De acordo com um estudo de Santos et al. (2019), realizado com gestores de saúde, as principais dificuldades para a detecção precoce do câncer de mama incluem a baixa adesão dos profissionais, a falta de organização nos serviços de saúde e a incompatibilidade com as diretrizes das sociedades médicas. A escassez de recursos financeiros foi a barreira mencionada com menor frequência pelos gestores.

O rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama são as principais estratégias para diminuir a mortalidade associada a essa doença, sendo que o rastreamento pode reduzir a taxa de mortalidade em aproximadamente 20% (MARMOT et al., 2013).

Embora haja algumas divergências nas orientações, é amplamente reconhecido

que, entre mulheres assintomáticas sem histórico familiar de câncer de mama e sem fatores de alto risco para a doença, o principal benefício da mamografia está relacionado à triagem bienal a partir dos 50 anos. O grupo etário de 60 a 69 anos é o que mais se beneficia do rastreamento mamográfico (SIU,2016). Não há consenso na comunidade científica quanto à idade de início, periodicidade e idade limite para realização de mamografia de rastreio, mas estudos mostram acentuada redução da mortalidade quando realizada em mulheres com idade entre 40 a 84 anos (Arleo et al.,2017;Greenwood et al.,2020)

Pesquisas indicaram que, em 55,3% dos casos, o câncer de mama com metástase sistêmica foi diagnosticado em mulheres com menos de 35 anos, e 38% dessas mulheres faleceram devido à doença. Isso destaca que mais da metade das mulheres afetadas estavam abaixo da faixa etária definida pelas políticas públicas como alvo para o rastreamento (ALMEIDA, *et al.*,2015).

Portanto, o enfermeiro de família além das ações preventivas, também é responsável por orientar as mulheres sobre os sintomas da doença e o autoexame. Esse trabalho inclui incentivar o conhecimento sobre o próprio corpo, permitindo que identifiquem possíveis alterações, o que contribui significativamente para a detecção precoce. Essa antecipação possibilita o início do tratamento adequado, aumentando as chances de cura (MOURA *et al.* ,2022).

No contexto da Clínica da Família, é fundamental implementar estratégias que envolvam o empoderamento de outros profissionais de saúde, como agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos de enfermagem, capacitando-os sobre o tema para que atuem como agentes de vigilância em saúde junto às pacientes. Ferramentas como a gestão de listas de mulheres para coleta do exame citopatológico, frequentemente relacionado ao rastreamento clínico do câncer de mama, podem ser utilizadas para monitoramento eficaz. Além disso, ações como dinâmicas em sala de espera podem sensibilizar as mulheres sobre a importância do acompanhamento regular, enquanto a busca ativa e visitas domiciliares para pacientes já diagnosticadas contribuem para fortalecer o vínculo e assegurar a continuidade do cuidado.

A quarta variável a ser discutida foi risco elevado para câncer de mama no Brasil, através da análise dos dados notamos uma proporção maior de mulheres com risco de CA de mama na região sul, classificando 25% do total, outras regiões apresentam porcentagem melhor sobre o risco elevado de câncer mama.

Quanto ao risco elevado, são pertencentes a esse grupo mulheres com história de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, filha ou irmã) com diagnóstico de neoplasia mamária em idade inferior a 50 anos, mulheres com diagnóstico de câncer ovariano ou de mama em qualquer faixa etária em pelo menos um parente de primeiro grau, mulheres com história familiar masculina de neoplasia mamária e aquelas mulheres que apresentam exame histopatológico de lesão mamária proliferativa com neoplasia lobular in situ ou atipia (INCA, 2004).

Conforme informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a distribuição da incidência de casos de câncer varia por região geográfica, com as regiões Sul e Sudeste concentrando aproximadamente 70% dos casos. Dentre elas, o Sudeste é responsável por quase metade dos registros. Esse cenário está associado a fatores como alterações no estilo de vida, incluindo obesidade em mulheres pós-menopausa, consumo elevado de álcool, sedentarismo e uso prolongado de terapia de reposição hormonal (Neuhauser et al., 2015).

Por outro lado, é possível que mulheres da região Sul realizem mamografias principalmente na rede privada, o que não é contabilizado nos dados do SUS. Um estudo de Renck et al. (2014) revelou que a maior parte dos exames de mamografia no Rio Grande do Sul ocorre no setor privado. Assim, a cobertura da mamografia, quando avaliada apenas com base nos exames realizados pelo SUS, pode estar subestimada (Silva et al., 2014). Ademais, destaca-se a alta porcentagem de registros classificados como ignorados nessas variáveis, o que compromete a avaliação da eficácia do rastreamento e dificulta a formulação de políticas públicas que possam efetivamente reduzir a mortalidade por essa neoplasia.

Essa discrepância, de acordo com Tomazelli et al. (2017), pode sugerir que as ações de rastreamento por mamografia estão sendo direcionadas a grupos fora da população-

alvo recomendada pelo Ministério da Saúde, o que compromete os resultados e impactos esperados do rastreamento. Além disso, levanta-se a questão sobre o nível de entendimento dos profissionais em relação às diferenças conceituais entre os tipos de mamografia. A mamografia diagnóstica é destinada a casos em que há suspeitas de alterações no tecido mamário, independentemente da idade, enquanto a mamografia de rastreamento é voltada à população-alvo que não apresenta sinais ou sintomas clínicos de doenças (INCA, 2022). A falta de capacitação adequada dos profissionais envolvidos na coleta e registro de dados no DataSUS pode levar a interpretações equivocadas, gerando erros nessa variável.

A inclusão do quesito raça/cor nos sistemas nacionais de informação é fundamental para a criação de indicadores que evidenciem as desigualdades raciais no Brasil, contribuindo para avaliar a efetividade dos serviços de saúde na promoção da inclusão social. Contudo, a disponibilidade e a qualidade dos dados necessários para elaborar esses indicadores nem sempre são suficientes ou adequadas (BRAZ *et al.*, 2013).

A última variável que foi analisada foi raça cor das pacientes com achados mamográficos bi-raids 4,5 e 6. Foi encontrado um número bem considerável de ignorado o que mostra falta de completude cadastral das usuárias. Além disso, observamos número muito inferior da raça cor preta. Marmot(2005), argumenta que as desigualdades étnicas na saúde estão amplamente relacionadas às diferenças socioeconômicas, como renda e nível de escolaridade.

No Brasil, embora a população negra corresponda a 56,1% do total, a consolidação das políticas voltadas à saúde dessa população ocorre apenas a partir dos anos 2000. Esse avanço foi impulsionado pela realização da III Conferência Internacional Contra o Racismo, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, seguida pela criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), vinculada à Presidência da República (BERQUÓ, 1988)

Em estudo de uma coorte retrospectiva realizada com 137.593 mulheres atendidas pelo SUS entre 2000 e 2011, registradas no Sis-RHC. Nesse estudo, mais de 50% das

pacientes também iniciaram o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico. Os atrasos no início do tratamento foram mais comuns entre mulheres não-brancas, com escolaridade inferior a oito anos e, diferentemente dos achados aqui apresentados, em casos de câncer detectados em estágios iniciais (MEDEIROS, *et al* 2015).

Fatores macroestruturais e políticos dificultam o acesso da população negra aos serviços de saúde. A vulnerabilidade social influencia tanto as decisões quanto a busca por direitos. As relações entre os indivíduos e a maneira como se posicionam no mundo são moldadas por condições sociais, culturais e históricas, que também afetam o processo saúde-doença. Essas condições perpetuam e reproduzem desigualdades em diferentes esferas, impedindo que muitos demandem ou acessem os serviços de saúde (THEODORE, 2008).

Apesar de a escravidão ter sido formalmente abolida no Brasil há mais de um século, seus impactos e o racismo estrutural ainda se refletem na desvantagem social enfrentada pela população negra. Indicadores econômicos e de saúde frequentemente destacam disparidades marcadas por raça/cor. A posição ocupada pelos grupos sociais e a relação estabelecida entre os indivíduos e os recursos no processo de produção de riqueza estão diretamente relacionadas à origem das doenças e à desigualdade em sua distribuição na sociedade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma análise detalhada dos dados de câncer de mama em mulheres jovens no Brasil entre 2015 e 2023, com foco nas distribuições regionais, características sociodemográficas, categorias de exames mamográficos e perfis de risco. Observou-se que a região Sudeste concentra o maior número de casos e que as categorias de risco mais elevadas tendem a ocorrer em maior proporção na região Sul.

A prevalência do câncer de mama é significativamente influenciada por fatores como faixa etária e o risco elevado, sendo mais alta entre mulheres de 50 a 59 anos. Entretanto, podemos observar um aumento significativo de mulheres com a faixa etária 40 a 49 anos, tornando-se bem próximo ao grupo de maior risco. Os testes qui-quadrado indicaram associações significativas entre as variáveis analisadas, como a escolaridade e as regiões do Brasil, corroborando a hipótese de que o acesso a diagnósticos precoces e à educação em saúde impacta diretamente a prevenção e a detecção da doença.

Conclui-se que o enfermeiro de família, inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), desempenha um papel indispensável na prevenção e assistência às mulheres com câncer de mama. Sua atuação vai além da detecção precoce e do encaminhamento para tratamento, englobando ações educativas, acompanhamento contínuo e fortalecimento do vínculo com as pacientes. Por meio de estratégias como sensibilização, busca ativa, visitas domiciliares e apoio ao enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cuidado, o enfermeiro de família contribui para a melhoria do acesso, da adesão ao tratamento e da qualidade de vida das mulheres, reforçando a APS como um pilar fundamental na promoção da saúde e no cuidado integral.

REFERÊNCIAS:

ACR. American College of Radiology. Atlas BIRADS Do ACR - Sistema de Laudos E Registro de Dados de Imagem Da Mama. 5ª edição. 2016.

Goldman RE, Figueiredo EN, Fustinoni SM, Souza KM, Almeida AM, Gutiérrez MG. Rede de atenção ao câncer de mama: perspectiva de gestores da saúde. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 1):274-81

Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. Enferm Foco. 2019;10(3):134-140.

SARTORI, Mariana Cláudio da Silva. Avaliação da qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero (SISCOLO/SISCAN). 2016.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva ; 2015 [citado 2017 mai 12]. 168 p. Disponível em: Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf
» http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf

Aguillar VLN. Sociedade Brasileira de Mastologia. Rastreamento mamográfico em mulheres com idade entre 40 e 49 anos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia; 2012.

SANTOS, Tainá Bastos dos et al. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de câncer de mama em estágio avançado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 471-482, 2022.

Rezende MCR. Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama [dissertação]. Rio de

Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010

Santos KCS, Alves LJS, Mota MM, et al. A atuação do profissional de enfermagem na detecção precoce do câncer de mama em mulheres e seus efeitos psicológicos. ReBIS-Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 1, n. 2, 2019. Acesso em: 07 de jun. 2020. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/viewFile/133/5>

Gobbi H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. JBras Patol Med Lab. 2012;48(6):463-74

ROCHA, Heloisa Z. et al. Análise comparativa do perfil histopatológico e epidemiológico dos carcinomas ductal e lobular da mama diagnosticados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná entre 2008 e 2013. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 55, n. 1, 2020.

TIEZZI, Daniel Guimarães et al. Current Breast Cancer Screening Scenario in Brazil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo, v. 41, n. 11, p. 633-635, 2019.

BRAVO, Barbara Silva et al. Câncer de mama: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 14254-14264, 2021.

Ferreira, D. D. S., Bernardo, F. M. D. S., Costa, E. C., Maciel, N. D. S., Costa, R. L. D., & Carvalho, C. M. D.L.(2020). Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros na detecção do câncer de mama.Escola Anna Nery,24(2)

Souza Teixeira, M., Goldman, R. E., Gonçalves, V. C. S., de Gutiérrez, M. G. R., & de Figueiredo, E. N. (2017). Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama.Acta Paulista de Enfermagem, 30(1), 1-7.

Mattos, M. D., Silva, K. L. D., & Kölln, W. M. (2016). Fatores que influenciam

ações educativas sobre câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família. Espaço. Saúde (Online), 40-48.

Nunes, V. L. S., de Resende, W. A., Cabral, G. V. S., Oliveira, F. D. S. R., & dos Santos Silva, R. R. (2020). A importância da educação em saúde como forma de prevenção ao câncer de mama: um relato de experiência em uma unidade básica de saúde de Palmas/TO. *Revista Extensão*, 4(2), 108-114.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linhas de cuidado: câncer de mama*. Brasília: 2020

da Costa Viegas, A., Muniz, R. M., Cardoso, D. H., dos Santos, B. P., Machado, J. B., & Lindemann, L. G. (2019). Prevenção do câncer de mama: conhecimento de mulheres de uma unidade saúde da família. *Saúde em Revista*, 19(51), 57-76 <https://doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v19n51p57-76>.

RUBIN. G., et al. The expanding role of primary care in cancer control. **Lancet Oncol**, v.16, n.12, p.1231–72, 2015.

21. Jim HS, Richardson SA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychol*. 2006;25(6):753-61.

14. Seidl EM, Zannon CM, Tróccoli BT,. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Reflex Crít* [Internet]. 2005 [citado 2007 Jan 12];18(2):[cerca de 8 p]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200006

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

BATISTON, P.A. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, v.11, n.2, p. 163-171, 2011.

BONOTTO G.M. et al. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciências e saúde coletiva*, v.21, n.1, p. 293-302, 2016.

Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *British Journal of Cancer* [Internet]. 2013 Jun;108(11):2205–40.

A.L. Siu, Screening for breast cancer: U.S. Preventive services task force recommendation statement, *Ann. Intern. Med.* 164 (2016) 279–296. doi:10.7326/M15-2886.

Almeida TG, Comassetto I, Alves KMC, Santos AAP, Silva JMO, Trezza MCSF. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. *Esc Anna Nery Ver Enferm.* 19(3):432-38. 2015

Fayer VA, Guerra MR, Nogueira MC, Correa CSL, Cury LCPB, Bustamante-Teixeira MT. Controle do câncer de mama no estado de São Paulo: uma avaliação do rastreamento mamográfico. *Cad. saúde colet.* 28 (1). jan-mar. 2020.

Instituto Nacional de Câncer–INCA. (2022). Mamografias no SUS.(s.d.). <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/dados-e-numeros/mamografias-no-sus>

Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS). Estimativa 2020: síntese de resultados e comentários. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-deresultados-e-comentarios>. Acesso em: 18 de out. de 2020.

Neuhouser, M. L., Aragaki, A. K., Prentice, R. L., Manson, J. E., Chlebowski, R., Carty, C. L., & Anderson, G. L. (2015). Overweight, obesity, and postmenopausal invasive

breast cancer risk: a secondary analysis of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA Oncology*, 1 (5), 611-621.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2319235>

Braz RM, Oliveira PTR, Reis AT, Machado NMS. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2013; 37(99):554-562.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365(9464):1099-1104

Berquó E. Demografia da desigualdade - Algumas considerações sobre os negros no Brasil. In: VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. São Paulo; 1988. p. 89-

Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, et al. Access to cancer care: mapping hospital admissions and high-complexity outpatient care flows. The case of breast cancer. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):317-326.

Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Interval for access to treatment for breast cancer in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(10):458-63.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, e00278110, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278

SOUZA, M. C; SOUZA, J. N. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. *Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research*, v. 31, n. 4, p. 24327-24329, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.0051>

REZENDE, M. C. R. Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama. 2010. 55f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de

Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise no atraso do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, n. 1, 2008.