


**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES JOVENS COM DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO
DISTRITO FEDERAL**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF YOUNG WOMEN DIAGNOSED WITH
BREAST CANCER TREATED AT A MASTOLOGY SERVICE IN THE FEDERAL
DISTRICT**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE
CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE MASTOLOGÍA DEL
DISTRITO FEDERAL**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n2-090>

Data de submissão: 19/01/2026

Data de publicação: 19/02/2026

Rízia Tayline N. Batistella

Ensino superior completo

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal

E-mail: drariziatayline@gmail.com

Uanda Beatriz Pereira Salgado

Ensino superior completo

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (Uniceplac)

E-mail: uandabeatrizs@outlook.com

Paulo Eduardo Araújo Almeida

Especialização

Instituição: Universidade Federal do Maranhão

E-mail: edualmeida78@gmail.com

Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa

Doutorado

Instituição: Universidade de Brasília

E-mail: fabianachristinalisboa@gmail.com

Julia Nascimento Legatti

Ensino superior completo

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

E-mail: julialegatti7@gmail.com

Beatriz Vieira Nascimento Silva

Ensino superior completo

Instituição: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

E-mail: beatrizvieirans.med@gmail.com

Ana Claudia Martins Dittmar

Ensino superior completo

Instituição: Universidade Prof. Edson Antônio Velano (UNIFENAS BH)

E-mail: draanacmartins@gmail.com

Pedro Henrique de Ávila Perillo

Ensino superior completo

Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)

E-mail: pedroavilaperillo1995@gmail.com

RESUMO

O câncer de mama permanece como um dos principais desafios da saúde pública no Brasil, especialmente diante das controvérsias relacionadas à idade de início do rastreamento mamográfico. Embora as diretrizes do Sistema Único de Saúde recomendem o rastreamento populacional apenas a partir dos 50 anos, evidências epidemiológicas recentes apontam para uma incidência significativa da doença em mulheres mais jovens. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico, clínico e diagnóstico de mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço público de mastologia de referência no Distrito Federal, com ênfase na população com menos de 50 anos, contribuindo para o debate sobre a antecipação do rastreamento para os 40 anos. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, transversal e descritivo, baseado na revisão de prontuários médicos de pacientes atendidas no ambulatório de mastologia do Hospital Regional de Taguatinga entre janeiro e dezembro de 2024. Foram identificados 171 casos de câncer de mama em mulheres com idade inferior a 50 anos, com predominância na faixa etária de 40 a 49 anos. Observou-se elevada proporção de diagnósticos em estágios avançados, alta frequência de comprometimento linfonodal e predominância de subtipos tumorais biologicamente agressivos, resultando em abordagens terapêuticas mais invasivas. Conclui-se que os achados evidenciam uma lacuna entre a política de rastreamento vigente e a realidade epidemiológica observada, reforçando a necessidade de revisão crítica das diretrizes nacionais e da implementação de estratégias organizadas de detecção precoce a partir dos 40 anos.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Mulheres Jovens. Políticas Públicas de Saúde. Rastreamento.

ABSTRACT

Breast cancer remains one of the main public health challenges in Brazil, especially given the controversies related to the age of initiation of mammographic screening. Although the guidelines of the Unified Health System (SUS) recommend population screening only from the age of 50, recent epidemiological evidence points to a significant incidence of the disease in younger women. In this context, the present study aimed to analyze the epidemiological, clinical, and diagnostic profile of women with breast cancer treated at a public mastology referral service in the Federal District, with an emphasis on the population under 50 years of age, contributing to the debate on the anticipation of screening to the age of 40. This is an observational, retrospective, cross-sectional, and descriptive study based on a review of medical records of patients treated at the mastology outpatient clinic of the Taguatinga Regional Hospital between January and December 2024. 171 cases of breast cancer were identified in women under 50 years of age, predominantly in the 40-49 age group. A high proportion of diagnoses at advanced stages, a high frequency of lymph node involvement, and a predominance of biologically aggressive tumor subtypes were observed, resulting in more invasive therapeutic approaches. The findings highlight a gap between the current screening policy and the observed epidemiological reality, reinforcing the need for a critical review of national guidelines and the implementation of organized early detection strategies starting at age 40.

Keywords: Breast Cancer. Young Women. Public Health Policies. Screening.

RESUMEN

El cáncer de mama sigue siendo uno de los principales desafíos de salud pública en Brasil, especialmente dadas las controversias relacionadas con la edad de inicio del cribado mamográfico. Si bien las directrices del Sistema Único de Salud (SUS) recomiendan el cribado poblacional solo a partir de los 50 años, la evidencia epidemiológica reciente apunta a una incidencia significativa de la enfermedad en mujeres más jóvenes. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico, clínico y diagnóstico de las mujeres con cáncer de mama atendidas en un servicio público de referencia de mastología en el Distrito Federal, con énfasis en la población menor de 50 años, contribuyendo al debate sobre la anticipación del cribado hasta los 40 años. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo basado en una revisión de las historias clínicas de pacientes atendidas en la consulta externa de mastología del Hospital Regional de Taguatinga entre enero y diciembre de 2024. Se identificaron 171 casos de cáncer de mama en mujeres menores de 50 años, predominantemente en el grupo de edad de 40 a 49 años. Se observó una alta proporción de diagnósticos en estadios avanzados, una alta frecuencia de afectación ganglionar y un predominio de subtipos tumorales biológicamente agresivos, lo que resultó en enfoques terapéuticos más invasivos. Los hallazgos resaltan una brecha entre la política actual de cribado y la realidad epidemiológica observada, lo que refuerza la necesidad de una revisión crítica de las directrices nacionales y la implementación de estrategias organizadas de detección temprana a partir de los 40 años.

Palabras clave: Cáncer de Mama. Mujeres Jóvenes. Políticas de Salud Pública. Cribado.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama configura-se como um dos principais desafios contemporâneos da saúde pública, tanto em âmbito global quanto nacional. Trata-se da neoplasia maligna mais incidente entre mulheres e da principal causa de mortalidade oncológica feminina no Brasil, impondo expressivo impacto social, econômico e assistencial (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

Para o triênio 2023–2025, estimam-se 73.610 novos casos anuais no país, com taxas de incidência particularmente elevadas em determinadas regiões, como o Distrito Federal, onde os coeficientes superam a média nacional (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

Nesse contexto, a detecção precoce assume papel central na redução da mortalidade e na melhoria dos desfechos clínicos, uma vez que o diagnóstico em estágios iniciais possibilita intervenções menos invasivas e maior sobrevida. O rastreamento mamográfico é amplamente reconhecido como a principal estratégia populacional para alcançar esse objetivo, sendo adotado de forma sistemática em diversos países (REN et al., 2022). Entretanto, a definição da idade ideal para o início do rastreamento permanece objeto de intenso debate, especialmente no cenário brasileiro.

No Brasil, a Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS estabeleceu a padronização do acesso à mamografia no Sistema Único de Saúde, mantendo a recomendação de rastreamento populacional bienal para mulheres de 50 a 74 anos e assegurando o acesso ao exame para mulheres de 40 a 49 anos mediante avaliação clínica individualizada. Apesar desse avanço, o rastreamento sistemático permanece formalmente direcionado à faixa etária superior. Em contraste, sociedades médicas brasileiras de referência, como o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, recomendam o rastreamento anual a partir dos 40 anos para todas as mulheres, com base em evidências clínicas e epidemiológicas contemporâneas (URBAN et al., 2023).

A relevância desse debate é ampliada por dados que indicam crescente incidência de câncer de mama em mulheres mais jovens. No Brasil, parcela expressiva dos diagnósticos ocorre antes dos 50 anos, o que sugere que uma política de rastreamento restrita a faixas etárias mais avançadas pode resultar em diagnóstico tardio para um contingente significativo da população feminina. Paralelamente, observa-se no cenário internacional uma tendência de revisão das diretrizes tradicionais, com destaque para a recente atualização da U.S. Preventive Services Task Force, que passou a recomendar o rastreamento a partir dos 40 anos, em resposta ao aumento da incidência nessa faixa etária e às disparidades de mortalidade observadas (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2024).

Diante desse cenário, torna-se essencial produzir evidências contextualizadas à realidade brasileira, especialmente em regiões de elevada incidência, que subsidiem a revisão e o aprimoramento das estratégias de rastreamento vigentes. Nesse contexto, o presente estudo analisa dados de um serviço público de mastologia de referência no Distrito Federal, articulando-os com informações epidemiológicas nacionais e diretrizes internacionais, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico de mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama e contribuir para a discussão sobre a antecipação da idade de início do rastreamento no Brasil, além de oferecer subsídios para o planejamento de políticas públicas voltadas ao diagnóstico, tratamento e seguimento dessa população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de mama é reconhecido na literatura científica como uma neoplasia de elevada relevância epidemiológica e impacto social, cuja carga global permanece em ascensão. Trata-se do câncer mais frequentemente diagnosticado entre mulheres em todo o mundo, com expressivo impacto em países de diferentes níveis de desenvolvimento, refletindo desigualdades estruturais no acesso à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno (SUNG et al., 2021). No Brasil, a doença ocupa posição central no perfil de morbimortalidade feminina, reforçando a necessidade de políticas públicas eficazes voltadas à detecção precoce (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022).

A detecção precoce do câncer de mama envolve estratégias complementares, que incluem o diagnóstico oportuno de casos sintomáticos e o rastreamento populacional de mulheres assintomáticas. Entre essas abordagens, o rastreamento mamográfico tem se consolidado como o principal instrumento de saúde pública para redução da mortalidade específica, especialmente quando implementado de forma organizada, sistemática e com ampla cobertura populacional (BROEDERS et al., 2012). Evidências provenientes de estudos observacionais e revisões sistemáticas demonstram que programas estruturados de rastreamento estão associados à identificação da doença em estágios iniciais, à redução da necessidade de tratamentos agressivos e à melhoria dos desfechos clínicos (REN et al., 2022).

Apesar do reconhecimento de seus benefícios, o rastreamento mamográfico permanece objeto de debate quanto à definição da idade ideal para seu início. No Brasil, as diretrizes oficiais do Ministério da Saúde adotavam uma abordagem conservadora, recomendando o rastreamento populacional bienal para mulheres entre 50 e 74 anos. Essa orientação fundamenta-se, sobretudo, em análises de custo-efetividade e na preocupação com potenciais danos associados ao sobrediagnóstico e aos falsos-positivos, tais como ansiedade, procedimentos desnecessários e exposição adicional à radiação (MIGOWSKI et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Em contraposição, sociedades médicas nacionais e internacionais têm defendido a antecipação do rastreamento para mulheres a partir dos 40 anos, com base em evidências epidemiológicas contemporâneas e nos avanços tecnológicos que aumentaram a acurácia dos métodos diagnósticos. No Brasil, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomendam o rastreamento anual a partir dos 40 anos, destacando o aumento da incidência da doença nessa faixa etária e o potencial benefício da detecção precoce (URBAN et al., 2023).

Um dos principais eixos dessa controvérsia reside no crescimento progressivo da incidência de câncer de mama em mulheres com menos de 50 anos. Estudos nacionais indicam que parcela significativa dos diagnósticos ocorre nessa faixa etária, frequentemente associada a tumores com comportamento biológico mais agressivo e diagnóstico em estágios mais avançados, o que se traduz em piores prognósticos e maior impacto sobre a morbimortalidade (PINHEIRO et al., 2013; SANTOS et al., 2025). Esses achados questionam a adequação de diretrizes baseadas predominantemente em dados históricos, que podem não refletir plenamente a realidade epidemiológica atual.

No cenário internacional, observa-se uma tendência consistente de revisão das políticas de rastreamento mamográfico. A atualização das recomendações da U.S. Preventive Services Task Force em 2024, ao indicar o início do rastreamento a partir dos 40 anos para mulheres de risco habitual, exemplifica a incorporação de novas evidências sobre incidência, mortalidade e desigualdades raciais e socioeconômicas nos processos decisórios em saúde pública (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2024). Diretrizes europeias e asiáticas também têm evoluído no sentido de maior flexibilidade e adaptação às características epidemiológicas locais, considerando a disponibilidade de tecnologias diagnósticas mais precisas e estratégias organizadas de rastreamento (EUROPA DONNA, 2024).

No Brasil, entretanto, a coexistência de recomendações divergentes entre órgãos governamentais e sociedades médicas resultou em um modelo fragmentado de acesso ao rastreamento para mulheres entre 40 e 49 anos. A Nota Técnica nº 626/2025 do Ministério da Saúde, ao afirmar que o Sistema Único de Saúde não restringe o acesso à mamografia para essa faixa etária mediante orientação profissional, introduz uma ambiguidade relevante na política de detecção precoce. Embora o acesso formal não seja proibido, essas mulheres permanecem excluídas de um programa de rastreamento populacional organizado e ativo, com convocação sistemática, monitoramento de indicadores e garantia institucional de acesso.

Essa abordagem configura uma política essencialmente passiva, na qual a iniciativa do rastreamento é transferida à paciente e ao profissional de saúde, sem o suporte de estratégias estruturadas que assegurem equidade e efetividade populacional. Na prática, tal modelo tende a favorecer mulheres com maior nível de informação, melhor acesso aos serviços de saúde e acompanhamento médico regular, ao mesmo tempo em que mantém barreiras significativas para aquelas em situação de maior vulnerabilidade social. A literatura é consistente ao apontar que programas de rastreamento baseados exclusivamente na demanda espontânea apresentam menor impacto na redução da mortalidade quando comparados a modelos organizados (MIGOWSKI et al., 2018).

Dessa forma, evidencia-se uma lacuna importante entre a política pública até então vigente e a realidade epidemiológica contemporânea, particularmente em regiões com elevada incidência de câncer de mama, como o Distrito Federal. Estudos conduzidos em serviços públicos de referência assumem papel estratégico ao fornecer dados empíricos sobre o perfil das mulheres diagnosticadas fora da faixa etária contemplada pelo rastreamento populacional implementado recentemente.

A análise desses dados contribui de forma substantiva para o debate científico e institucional acerca da antecipação da idade de início do rastreamento mamográfico, oferecendo subsídios técnicos para a revisão das diretrizes nacionais e para a formulação de políticas públicas mais alinhadas às evidências atuais.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, transversal, quantitativo e descritivo, realizado por meio da revisão de prontuários médicos de pacientes atendidas no ambulatório de mastologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT/DF), serviço de referência da rede pública de saúde do Distrito Federal. Foram incluídos atendimentos realizados no período de 1º de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2024, com consulta a registros complementares da enfermagem e dos ambulatórios de ginecologia da instituição, quando necessário.

Inicialmente, para o cálculo amostral, considerou-se o número total de atendimentos realizados no ambulatório de mastologia do HRT/DF no ano de 2024, que correspondeu a 2.702 registros. Contudo, após análise detalhada dos relatórios de produtividade, identificou-se um erro conceitual nesse procedimento, uma vez que esse total incluía múltiplos atendimentos da mesma paciente, situação frequente em serviços especializados que realizam acompanhamento longitudinal.

Ao desconsiderar as repetições e contabilizar cada paciente apenas uma vez, verificou-se que o número real de pacientes únicas atendidas no período foi de 1.438. A taxa de duplicação observada

foi de 46,8%, refletindo a natureza do cuidado especializado, no qual retornos sucessivos são necessários para investigação diagnóstica, seguimento clínico e definição terapêutica.

Com base em dados epidemiológicos do Instituto Nacional de Câncer, estima-se que a incidência de câncer de mama no Distrito Federal seja de aproximadamente 1.030 novos casos por ano, com taxa de 49,76 casos por 100 mil mulheres. Considerando que o ambulatório de mastologia constitui serviço de referência para pacientes com suspeita clínica ou alterações em exames de imagem, adotou-se, com base na prevalência descrita em serviços secundários e terciários semelhantes (15–30% de confirmação diagnóstica), a estimativa de que cerca de 20% das pacientes atendidas apresentem diagnóstico confirmado de câncer de mama.

Dessa forma, a população-alvo estimada para o estudo foi de aproximadamente 287 pacientes diagnosticadas com câncer de mama em 2024, obtida a partir do número de pacientes únicas atendidas no período ($1.438 \times 0,20$).

Para garantir um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, foi utilizado o cálculo amostral para populações finitas, adotando-se uma proporção esperada de 50% ($p = 0,5$), por se tratar da estimativa mais conservadora. O tamanho da amostra foi calculado por meio da seguinte equação:

$$N = (Z^2 \times p \times (1 - p) \times N) / (e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times (1 - p)) \quad (1)$$

Na fórmula utilizada, n representa o tamanho da amostra; Z , o valor da distribuição normal correspondente a 95% de confiança (1,96); p , a proporção esperada do evento; e , a margem de erro (0,05); e N , o total da população (287). O cálculo indicou a necessidade mínima de 165 pacientes jovens com diagnóstico confirmado de câncer de mama para assegurar representatividade estatística.

A correção do equívoco conceitual previamente identificado levou à readequação do número estimado, com redução de 60 casos (26,7%) em relação ao valor inicial. Essa revisão metodológica proporcionou maior acurácia e melhor correspondência com a população efetivamente atendida, preservando a validade científica, o poder analítico e a confiabilidade dos achados.

Foram incluídas na pesquisa pacientes do sexo feminino atendidas no ambulatório de mastologia do HRT/DF no período estabelecido, com diagnóstico histopatológico confirmado de câncer de mama. Foram excluídas pacientes com idade igual ou superior a 50 anos no momento do diagnóstico, ausência de laudo histopatológico, prontuários com informações incompletas para as variáveis analisadas e casos caracterizados como perda de seguimento, definida como ausência de registros clínicos após o diagnóstico inicial.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários médicos, utilizando instrumento padronizado, contemplando variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo idade ao diagnóstico, uso de anticoncepcionais hormonais, presença de comorbidades, tabagismo, etilismo, história familiar de câncer de mama, achados de exames de imagem segundo a classificação BI-RADS, tipo histopatológico, grau tumoral, perfil imunohistoquímico, estadiamento clínico conforme o sistema TNM e conduta terapêutica instituída.

Por se tratar de um estudo retrospectivo baseado em revisão de prontuários, reconhecem-se limitações relacionadas à qualidade, completude e padronização dos registros clínicos disponíveis, bem como à impossibilidade de controle de variáveis não documentadas nos prontuários analisados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2024, o ambulatório de mastologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT/DF) atendeu 1.438 pacientes. No recorte de câncer de mama em idade jovem, identificaram-se 171 diagnósticos em mulheres com idade inferior a 50 anos. Esse resultado permitiu caracterizar um perfil epidemiológico e clínico-patológico de alta relevância em um serviço público de referência, trazendo implicações diretas para a discussão sobre detecção precoce em mulheres com menos de 50 anos.

Ao revelar diagnósticos expressivos fora da faixa etária incluída no rastreamento populacional, os achados expõem a lacuna entre a política pública vigente e a realidade epidemiológica no Distrito Federal.

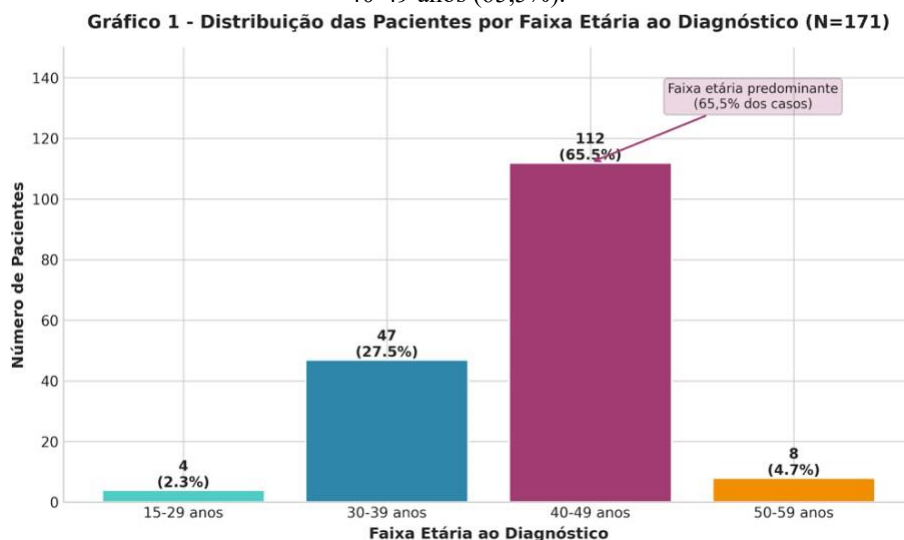
A seguir, os resultados são apresentados de maneira sistemática, organizados em seções temáticas, apresentando as principais características observadas no estudo.

4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

O Gráfico 1 demonstra o quantitativo de diagnósticos antes dos 50 anos, sobretudo na faixa de 40–49 anos, que reuniu **112 casos** (65,5%) do total analisado (N=171). Esse padrão é pertinente, pois demonstra um quantitativo relevante de diagnósticos na faixa etária mais próxima do limiar atualmente adotado para o rastreamento organizado a partir dos 50 anos.

Os casos de câncer de mama na faixa etária de 30–39 anos reforçam que o serviço atende um contingente relevante de mulheres jovens com doença já estabelecida, o que amplia a importância de fluxos assistenciais sensíveis para suspeição clínica e acesso rápido à confirmação diagnóstica. Já os resultados de pacientes com 50 anos (8 casos; 4,7%), apesar de o recorte principal do estudo focar em <50 anos, esse dado reflete a inclusão de uma faixa limítrofe para comparação; mas não altera o achado central: a carga de casos se concentra em 40–49 anos.

Gráfico 1. Distribuição das pacientes por faixa etária ao diagnóstico, evidenciando a concentração de casos na faixa de 40-49 anos (65,5%).

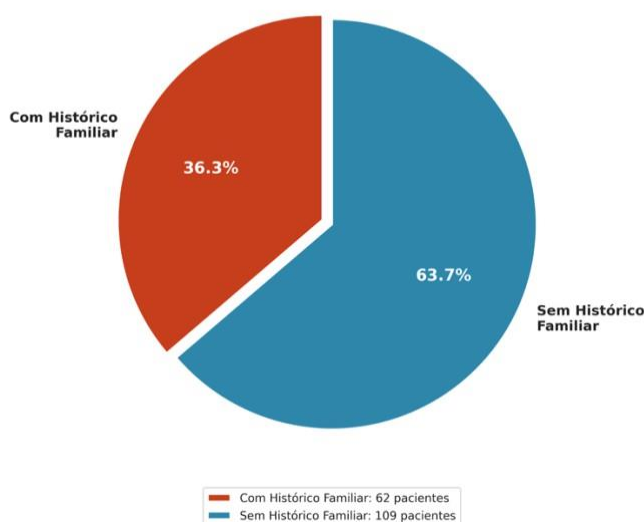


Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

4.2 HISTÓRICO FAMILIAR

No Gráfico 2, a análise do histórico familiar revelou que 36,3% (62 pacientes) possuíam pelo menos um parente de primeiro ou segundo grau com diagnóstico de câncer de mama, o que suscita uma reflexão sobre o risco genético aumentado na população estudada.

Gráfico 2. Distribuição das pacientes segundo histórico familiar de câncer de mama.
Gráfico 2 - Histórico Familiar de Câncer de Mama (N=171)



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Esse resultado reforça que a ausência de história familiar não exclui risco significativo e, portanto, estratégias baseadas apenas em “rastreamento por risco familiar” são insuficientes para captar a maior parte dos casos nesta população.

Buscou-se coletar dados sobre investigação genética, incluindo encaminhamento para avaliação especializada e testagem de mutações germinativas associadas ao câncer de mama. Entretanto, houve limitação no acesso à consulta com geneticista no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente entre pacientes com diagnóstico recente que ainda aguardavam atendimento durante a coleta. Essa restrição pode ter comprometido a completude das informações sobre perfil genético, configurando limitação do estudo e evidenciando entraves à incorporação de estratégias baseadas em risco genético na prática pública.

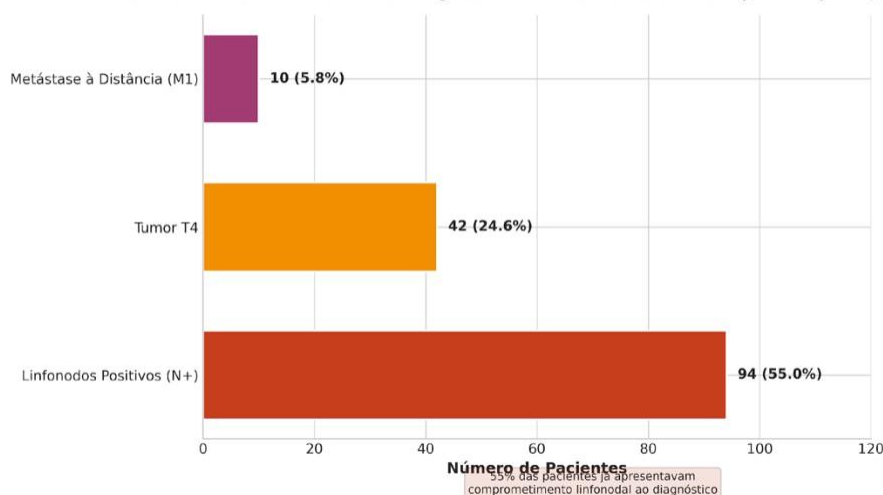
4.3 ESTADIAMENTO AVANÇADO E PERFIL BIOLÓGICO AGRESSIVO

Outro achado relevante reportado no Gráfico 3 indica o estágio avançado da doença no momento do diagnóstico, **um indicador direto da falha na detecção precoce**. Cerca de 94 pacientes (55,0%) já apresentavam comprometimento linfonodal (N+), o qual é um indicador clássico de maior carga tumoral e pior prognóstico.

Tais resultados reforçam que, no cenário estudado, parte relevante das pacientes chega ao serviço com doença estabelecida, aumentando a complexidade terapêutica e o potencial de desfechos desfavoráveis.

Gráfico 3. Indicadores de estadiamento ao diagnóstico, evidenciando a alta taxa de acometimento linfonodal (55%) e a baixa proporção de diagnósticos em estágio I (20,5%).

Gráfico 3 - Estadiamento ao Diagnóstico: Indicadores de Doença Avançada (N=171)

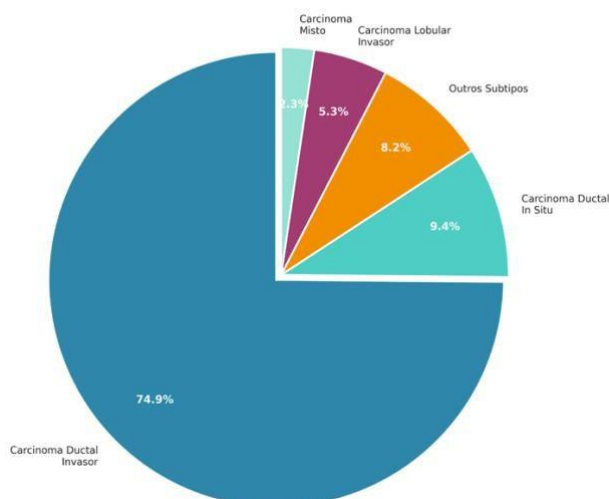


Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Além disso, o diagnóstico tardio é agravado pela alta prevalência de subtipos histológicos e moleculares de comportamento agressivo. Conforme apresentado no Gráfico 4, houve um predomínio do tipo histológico: Carcinoma Ductal Invasor (CDI), correspondendo a 74,9% dos casos.

Gráfico 4. Distribuição das pacientes por subtipo histológico, com predominância do Carcinoma Ductal Invasor (74,9%).

Gráfico 4 - Distribuição por Subtipo Histológico (N=171)



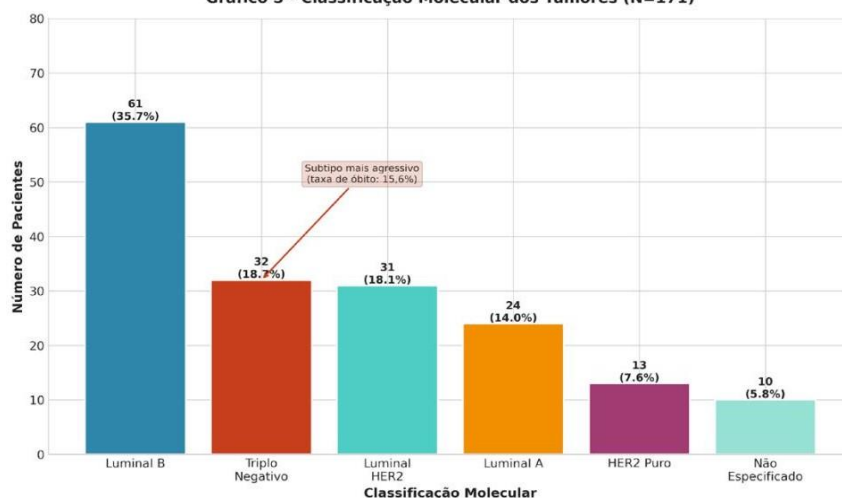
Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

4.4 CLASSIFICAÇÃO MOLECULAR DOS TUMORES

A análise do perfil imuno-histoquímico para direcionamento da terapia revelou uma alta frequência de tumores biologicamente agressivos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição das pacientes por classificação molecular, destacando a prevalência do Luminal B (35,7%) e do Triplo-Negativo (18,7%).

Gráfico 5 - Classificação Molecular dos Tumores (N=171)



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

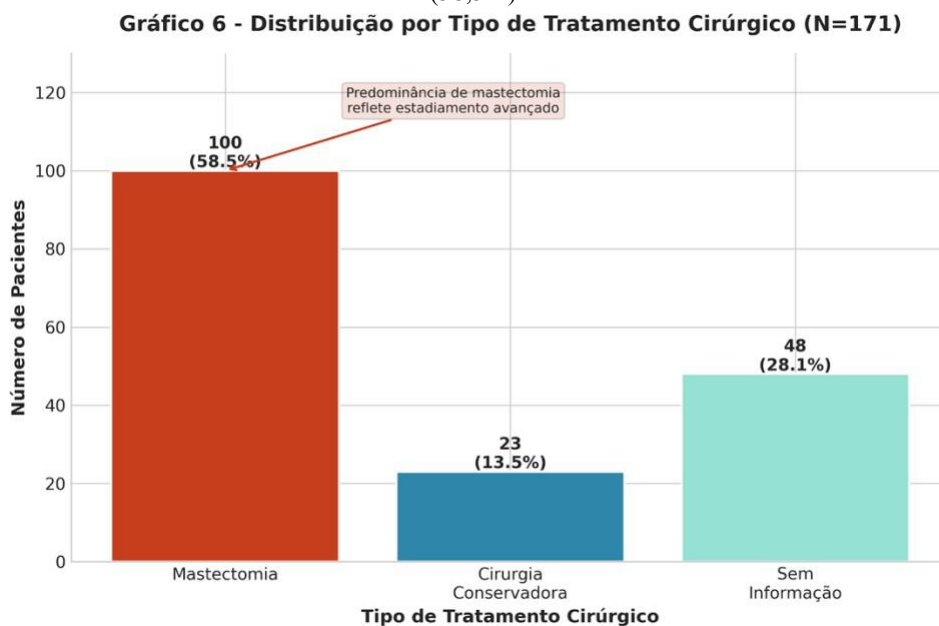
Embora o subtipo Luminal B seja o mais prevalente (35,7%), observa-se uma expressiva proporção de subtipos associados a maior risco de recorrência e maior necessidade de tratamento sistêmico. Nesse contexto, os subtipos de pior prognóstico (Luminal HER, HER Puro e Triplo-Negativo) corresponderam a 44,4% de todos os casos diagnosticados. O subtipo Triplo-Negativo totalizou 18,7% e corresponde ao subtipo mais agressivo, de rápido crescimento e ausência de alvos terapêuticos hormonais ou anti-HER2, sendo mais comum em mulheres jovens e associado a um prognóstico mais reservado.

4.5 IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

No que tange ao tratamento instituído, notou-se que o diagnóstico em estágios avançados e a prevalência de tumores agressivos tiveram um impacto direto na abordagem terapêutica, conforme dados descritos no Gráfico 6.

A mastectomia foi realizada em 100 pacientes (58,5%), enquanto a cirurgia conservadora ocorreu em 23 casos (13,5%). Em 48 prontuários (28,1%) não havia informação registrada sobre o procedimento, o que indica limitação de completude dos dados e exige cautela na interpretação das proporções.

Gráfico 6. Distribuição das pacientes por tipo de tratamento cirúrgico, demonstrando a predominância da mastectomia (58,5%).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Importante destacar que não foi possível obter, de forma sistematizada, dados específicos referentes à abordagem axilar, incluindo a realização de biópsia de linfonodo sentinela ou esvaziamento axilar. A ausência dessas informações impede análise mais detalhada do manejo regional da doença e de sua correlação com o estadiamento e o prognóstico, configurando limitação adicional do estudo.

A elevada taxa de mastectomia observada sugere associação com maior extensão tumoral e acometimento linfonodal ao diagnóstico, refletindo possível perda da oportunidade para intervenções conservadoras.

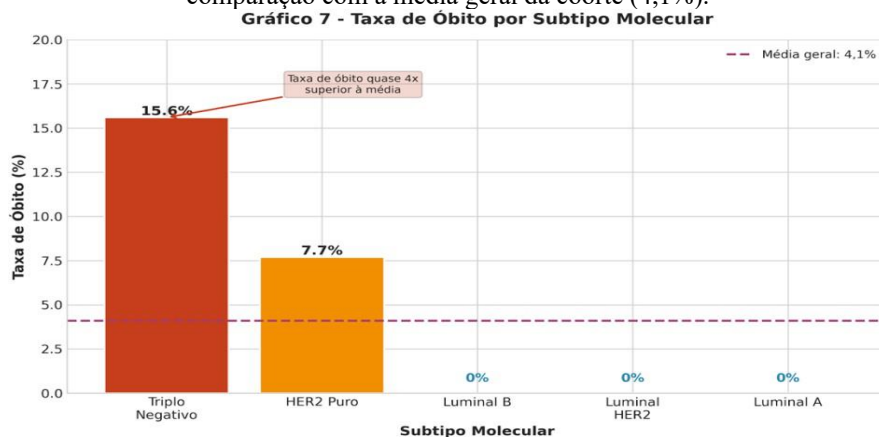
Adicionalmente, parcela expressiva das pacientes foi submetida a terapias sistêmicas, como quimioterapia neoadjuvante e/ou adjuvante, com reconhecido impacto sobre morbidade e qualidade de vida.

Portanto, o padrão de tratamento reforça, de forma indireta, a hipótese central de que a detecção tardia pode aumentar a necessidade de intervenções mais agressivas, sustentando a discussão sobre antecipação e organização do rastreamento para ampliar o diagnóstico em fases passíveis de manejo conservador.

4.6 DESFECHOS CLÍNICOS: A MORTALIDADE ASSOCIADA À AGRESSIVIDADE BIOLÓGICA

Durante o período de seguimento analisado, a taxa de óbito geral foi de 4,1% (7 mortes) e esse desfecho negativo não se distribuiu de forma homogênea entre os subtipos moleculares na coorte analisada.

Gráfico 7. Taxa de óbito por subtipo molecular, evidenciando a disparidade dramática do Triplo-Negativo (15,6%) em comparação com a média geral da coorte (4,1%).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Por fim, durante a coleta de dados, buscou-se incluir a análise de fatores de risco modificáveis, como o uso de anticoncepcionais hormonais, tabagismo, etilismo e presença de comorbidades. Entretanto, a amostra referente a essas variáveis mostrou-se prejudicada em razão do registro incompleto das informações em prontuários, o que impossibilitou a realização de uma análise adequada e a aplicação consistente desses dados ao presente estudo.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que o câncer de mama em mulheres com menos de 50 anos representa um contingente clinicamente e epidemiologicamente relevante na prática assistencial evidenciando um perfil epidemiológico de paciente jovens, com uma incidência aumentada de história familiar positiva para câncer de mama e sem acesso adequado ao teste genético, tumores avançados destacando o comprometimento axilar frequente, subtipos moleculares mais agressivos e com maior associação com aumento de mortalidade.

Em 2024, entre 1.438 pacientes únicas atendidas no ambulatório de mastologia do HRT/DF, foram identificados 171 diagnósticos em mulheres <50 anos, com clara predominância na faixa de 40–49 anos (65,5%). Esse achado sustenta, com base empírica local, que diretrizes de rastreamento populacional iniciadas apenas aos 50 anos tendem a excluir uma parcela expressiva de casos diagnosticados no serviço, justamente na década etária situada no centro do debate sobre antecipação do rastreamento. Pacientes em risco deixadas fora do rastreamento ativo, não é apenas um dado estatístico, é a representação visual de uma falha sistêmica no SUS.

Em conjunto, os resultados apontam para uma lacuna entre a política pública até então vigente e a realidade epidemiológica observada no DF, reforçando a necessidade de revisão crítica das diretrizes nacionais de detecção precoce.

Embora o estudo seja limitado pelo desenho retrospectivo e por perdas de informação inerentes a prontuários, seus resultados fornecem subsídios concretos para reflexão institucional e para o aprimoramento das estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce no SUS, especialmente quanto à inclusão efetiva e organizada de mulheres na faixa de 40–49 anos.

Apesar dessas limitações, o estudo cumpre função estratégica: expõe a distância entre a política passiva (dependente de procura/encaminhamento) e a epidemiologia observada. Ao demonstrar grande concentração de casos na faixa etária entre 40 a 49 anos, frequência elevada de doença avançada e presença significativa de subtipos de maior agressividade, os dados oferecem subsídios para discutir a transição de um modelo que “não proíbe” mamografia com menos de 50 anos para um modelo organizado, ativo e equitativo de detecção precoce.

Na prática, isso implica considerar de forma criteriosa a antecipação do rastreamento mamográfico, ao menos a partir dos 40 anos, acompanhada de planejamento da capacidade diagnóstica, garantia de seguimento adequado e monitoramento sistemático de indicadores, especialmente em regiões de alta incidência, como o Distrito Federal. Ressalta-se, contudo, que as conclusões deste estudo foram fundamentadas no âmbito da prevenção secundária. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas voltadas à identificação de fatores de risco associados ao aumento da incidência de câncer de mama em mulheres jovens, a fim de subsidiar a implementação de estratégias efetivas de prevenção primária.

REFERÊNCIAS

- [1] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [2] AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Facts & Figures 2024. Atlanta: American Cancer Society, 2024. Disponível em: <<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2024-cancer-facts-figures.html>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 626/2025-CGPADI/DAPES/SAS/MS. Assunto: Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
- [4] SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). Recomendações da Sociedade Brasileira de Mastologia para o Rastreamento do Câncer de Mama. São Paulo: SBM, 2023. Disponível em: <<https://sbmastologia.com.br/para-o-medico/ministerio-da-saude-amplia-acesso-a-mamografia-a-partir-dos-40-anos/>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [5] BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 abr. 2008.
- [6] COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (CBR). Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem para o Rastreamento do Câncer de Mama. São Paulo: CBR, 2023. Disponível em: <<https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Recomendacoes-do-Colegio.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [7] DUFFY, S. W. et al. Annual mammographic screening to reduce breast cancer mortality in women from age 40: a cluster-randomized trial. *The Lancet Oncology*, v. 21, n. 11, p. 1453-1461, 2020.
- [8] SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.
- [9] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números 2024. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17002/1/Controle%20do%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20Brasil%20-%20dados%20e%20n%C3%BAmeros%202024.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [10] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Breast Cancer Among Women Younger Than 45. Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/united-states-cancer-statistics/publications/breast-cancer-among-young-women.html>>. Acesso em: 28 jan. 2026.

- [11] PEROU, C. M. et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature*, v. 406, n. 6797, p. 747-752, 2000.
- [12] DOLLE, J. M. et al. Risk factors for triple-negative breast cancer in women under the age of 45 years. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, v. 18, n. 4, p. 1157-1166, 2009.
- [13] AZIM, H. A. Jr.; PARTRIDGE, A. H. Biology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Research*, v. 16, n. 4, p. 427, 2014.
- [14] BROEDERS, M. et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. *Journal of Medical Screening*, v. 19, n. 1_suppl, p. 14-25, 2012.
- [15] US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, v. 331, n. 22, p. 1918-1930, 2024. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2818283>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [16] ANDERS, C. K.; JOHNSON, R.; LEREBOURS, F.; CAREY, L. A. The role of race in the clinical behavior of triple-negative breast cancer. *Seminars in Oncology*, v. 38, n. 2, p. 278-287, 2011.
- [17] GRIMM, L. J. et al. Benefits and risks of mammography screening in women ages 40 to 49 years. *Journal of Primary Care & Community Health*, v. 13, 2022.
- [18] THIAGO, L. S. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, e00074817, 2018.
- [19] BREAST CANCER RESEARCH FOUNDATION (BCRF). Facts About Breast Cancer in Young Women. New York: BCRF, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.bcrf.org/about-breast-cancer/breast-cancer-young-women/>>. Acesso em: 28 jan. 2026.
- [20] FEMAMA. Entenda o que é o câncer de mama triplo-negativo. Porto Alegre: FEMAMA, 2021. Disponível em: <<https://femama.org.br/site/noticias-recentes/entenda-o-que-e-o-cancer-de-mama-triplo-negativo/>>. Acesso em: 28 jan. 2026.