

Boletim Epidemiológico

Câncer de Mama no Estado do Espírito Santo

Outubro - 2025



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA

2025

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Larissa Soares Dell'Antonio

Amanda Del Caro Sulti

Cinthia de Souza Guerra

Raquel Rosa de Azevedo

Christiani Pontara Faé

Joszilene Teodoro de Jesus

Morgana Stelzer Rossi

CAPA

André L. Teixeira

REVISÃO

Dijoce Prates Bezerra

Janaína Daumas Felix

Larissa Soares Dell'Antonio

FICHA CATALOGRÁFICA

Soares Dell'Antonio, Larissa; Del Caro Sulti, Amanda; de Souza Guerra, Cinthia; Rosa de Azevedo, Raquel; Pontara Faé, Christiani; Teodoro de Jesus, Joszilene; Stelzer Rossi, Morgana. Boletim Epidemiológico sobre o Câncer de Mama no estado do Espírito Santo. 22 f.: il.

Produto Técnico-Tecnológico (Serviços técnicos) Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica.

1. Epidemiologia. 2. Câncer de Mama. 3. Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	5
MONITORAMENTO DO INDICADOR DA RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO	10
FATORES DE RISCO, SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER DE MAMA	13
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	14
REABILITAÇÃO E CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS	16
CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	21

INTRODUÇÃO

O Brasil se destaca na América Latina por possuir uma política de saúde específica voltada às mulheres. Instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) consolidou-se como marco no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da saúde feminina (Brasil, 2004).

O principal objetivo da PNAISM é promover a melhoria das condições de saúde da população feminina em todas as fases do ciclo de vida, considerando as especificidades biológicas, sociais e culturais que impactam a saúde da mulher, e reduzindo a morbimortalidade. Para tanto, a política busca assegurar o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde, contemplando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na atenção humanizada e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Entre os eixos estratégicos da PNAISM destacam-se a saúde sexual e reprodutiva, a atenção à violência doméstica e sexual, o controle do câncer e doenças crônicas, a atenção à mulher no climatério e menopausa, atenção a mulher idosa, e a atenção integral e humanizada, esta última reconhecendo a diversidade de experiências femininas, incluindo recortes de raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero e condição social. Dessa forma, a política reafirma o compromisso do SUS com a integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde da mulher (Brasil, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2025), o câncer de mama é a neoplasia mais frequente entre a população feminina global e brasileira, superado apenas pelo câncer de pele não melanoma. Atualmente, a doença representa aproximadamente 28% de todos os novos diagnósticos de câncer em mulheres. Embora seja predominante em mulheres, a incidência em homens é considerada rara, correspondendo a menos de 1% do total de casos.

O câncer de mama se mantém como uma das principais preocupações de saúde pública no Brasil. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o triênio 2023-2025, são esperados mais de 73 mil novos casos anuais da doença, consolidando-a também como a mais comum entre as mulheres brasileiras (INCA, 2023).

A mamografia é reconhecida como o exame de referência para o rastreamento do câncer de mama. No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde é que o exame de rastreamento seja realizado a cada dois anos em mulheres de 40 a 69 anos.

A publicação deste boletim epidemiológico tem como objetivos principais apresentar o perfil da incidência e mortalidade por câncer de mama no estado do Espírito Santo, evidenciar as tendências temporais e diferenças regionais, além de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações de controle dessa neoplasia no âmbito do SUS. Busca-se ainda fortalecer a vigilância

epidemiológica, promover a detecção precoce e o rastreamento oportuno, apoiar a tomada de decisão baseada em evidências e contribuir para a redução da morbimortalidade por meio de informações qualificadas e acessíveis para gestores, profissionais de saúde e sociedade.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

No cenário mundial, o câncer de mama ocupa a primeira posição em incidência, representando 11,7% de todos os casos de câncer. Em 2020, foram registrados aproximadamente 2,3 milhões de casos novos, correspondendo a 24,5% de todos os cânceres em mulheres, excetuando-se os tumores de pele não melanoma. Esse número equivale a um risco estimado de 47,80 casos por 100 mil mulheres a (FERLAY et al., 2021; SUNG et al., 2021).

Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminino é o mais frequente no Brasil, ocupando a primeira posição de incidência em todas as regiões do país. Para o triênio 2023-2025, estima-se a ocorrência de 73.610 casos novos de câncer de mama no Brasil, o que representa um risco estimado de 66,54 casos por 100 mil mulheres. A Região Sudeste apresenta o maior risco estimado, alcançando 84,46 casos por 100 mil mulheres.

No Espírito Santo, estima-se a ocorrência de aproximadamente 900 casos novos de câncer de mama por ano no triênio 2023-2025, o que corresponde a um risco estimado de 42,20 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2022). A Tabela 1 apresenta a casuística de mama feminino entre os anos de 2020, por região de saúde do estado do Espírito Santo. Destaca-se que os dados do painel de Oncologia apresentam os dados dos casos de câncer tratados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 1: Número de casos e Taxa de Incidência de câncer de mama por 100.000 mulheres, segundo Região de Saúde do estado do Espírito Santo no período de 2015 a 2024 (N= 11.151).

Ano	Metropolitana		Norte		Central		Sul		ES	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
2015	479	41,5	57	27,6	99	39,3	162	48,1	797	40,9
2016	447	38,3	85	40,9	104	40,9	155	45,7	791	40,2
2017	456	38,6	68	32,6	114	44,5	184	54,0	822	41,4
2018	569	47,7	86	41,0	135	52,3	163	47,5	953	47,6
2019	671	55,7	105	49,7	143	54,9	168	48,7	1087	53,8
2020	614	50,5	93	43,8	123	46,8	168	48,4	998	49,0
2021	761	62,1	108	50,6	177	66,9	234	67,1	1280	62,4
2022	875	70,8	134	62,6	167	62,8	235	67,2	1411	68,3
2023	936	75,2	115	53,5	192	71,7	218	62,1	1461	70,3
2024	882	70,3	164	76,0	203	75,3	302	85,6	1551	74,1

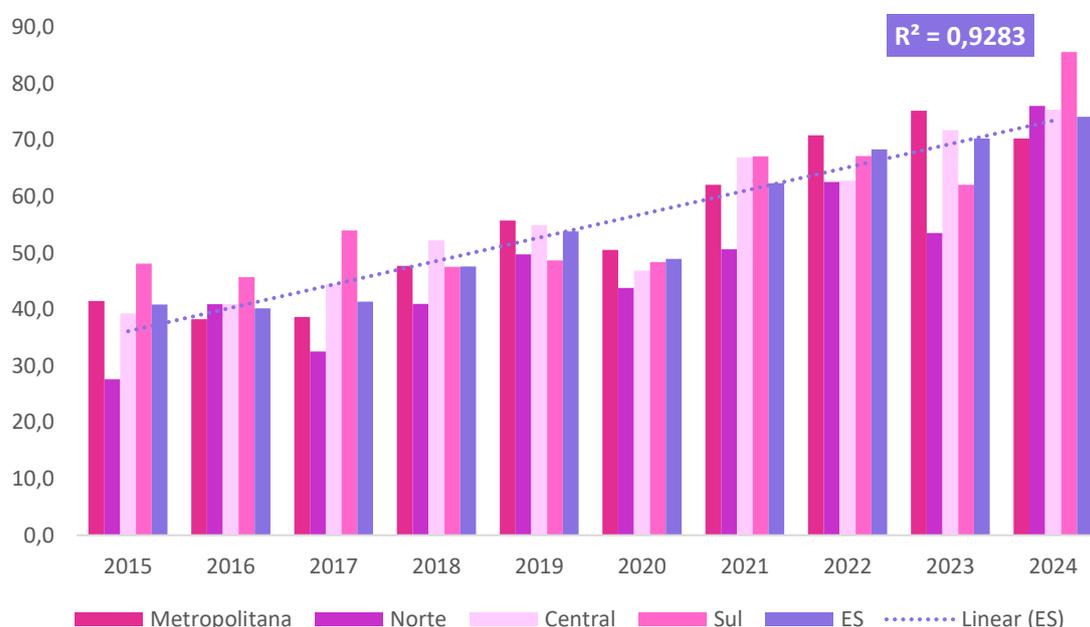
FONTE: Painel de Oncologia, dados extraídos em setembro de 2025.

A despeito da concentração do número de casos na região metropolitana, observa-se que a taxa de incidência por câncer de mama é crescente em todas as regiões de saúde no estado do Espírito Santo.

O Gráfico 1 apresenta a evolução temporal das taxas de incidência de câncer de mama por Região de Saúde do Espírito Santo, além da taxa geral do estado, no período de 2015 a 2024. Observa-se um crescimento consistente das taxas em todas as regiões de saúde ao longo do período, embora com oscilações anuais. Destaca-se que a Região Metropolitana e a Central apresentam valores crescentes na maior parte da série. O Norte mostra valores mais baixos nos primeiros anos, mas também em crescimento. O Sul exibe maior oscilação, com forte crescimento a partir de 2021. O estado do ES acompanha de perto a média das regiões, refletindo o padrão geral.

No que tange a tendência e crescimento do estado, destaca-se o valor do R-quadrado (R^2). Valores próximos de 1 indicam que a linha de tendência explica bem a variação dos dados. Neste caso, $R^2 = 0,9283$ significa que 92,8% da variação observada nas taxas do ES pode ser explicada por uma tendência linear de crescimento. Assim, a evolução das taxas no estado segue fortemente uma tendência crescente e previsível, com pouca influência de flutuações aleatórias.

Gráfico 1: Taxa de Incidência por câncer de mama entre mulheres residentes do estado do Espírito Santo, segundo Região de Saúde, no período de 2015 a 2024 (N=11.151).



FONTE: Painel de Oncologia, dados extraídos em setembro de 2025

A Tabela 2 detalha a casuística dos casos de câncer de mama entre mulheres do estado do Espírito Santo, segundo sexo e faixa etária, no período de 2015 a 2024. Observa-se que entre

mulheres mais jovens as taxas de incidência são muito baixas (<10/100 mil), embora a importância epidemiológica reduzida, estes casos em idades jovens chamam atenção pela agressividade biológica do tumor.

Tabela 2: Número de casos e Taxa de Incidência de câncer de mama por 100.000 mulheres residentes no estado do Espírito Santo, segundo faixa etária, no período de 2015 a 2024 (N=11.151).

Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx
0 a 19 anos	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,4	3	0,5	2	0,4	2	0,4	4	0,7	2	0,4	4	0,7
20 a 29 anos	10	3,1	10	3,2	10	3,2	17	5,5	16	5,2	15	4,9	21	6,9	33	10,9	23	7,7	29	9,8
30 a 39 anos	74	22,6	86	25,9	70	21,0	83	24,8	105	31,5	103	31,2	125	38,2	120	37,0	140	43,7	131	41,4
40 a 49 anos	199	75,7	184	69,0	155	57,1	192	69,3	251	88,5	229	78,7	301	101,0	350	114,8	366	117,5	385	121,2
50 a 59 anos	225	100,4	209	91,2	254	108,8	285	120,2	300	124,9	270	111,2	344	140,3	376	151,8	344	137,4	396	156,5
60 a 69 anos	166	119,2	182	123,6	190	122,2	225	137,3	260	151,2	220	122,6	295	158,5	299	155,3	356	179,0	348	169,8
70 a 79 anos	86	114,9	85	109,8	90	112,2	100	119,9	114	130,8	118	129,2	128	133,6	166	164,5	167	156,3	192	169,5
≥80 anos	36	88,0	35	81,8	53	118,6	49	105,1	38	78,3	41	81,8	64	125,1	63	120,5	63	116,5	66	117,5
ES	797	40,9	791	40,2	822	41,4	953	47,6	1087	53,8	998	49,0	1280	62,4	1411	68,3	1461	70,3	1551	74,1

FONTE: Painel de Oncologia, dados extraídos em setembro de 2025

Entre mulheres de 30–39 anos as taxas de incidência ainda são relativamente baixas (em torno de 20–40/100 mil), mas em crescimento, nesta faixa etária importante para vigilância precoce, embora não faça parte do rastreamento populacional de rotina.

Mulheres na faixa dos 40–49 anos apresentam um forte aumento nas taxas: de 75,7 (2015) para 121,2 (2024) por 100 mil, esse grupo é estratégico porque está no limiar de início do rastreamento mamográfico.

A faixa etária dos 50–69 anos é historicamente o público alvo da política nacional de rastreamento uma vez que este é o período de maior risco e alta detecção, as taxas sobem de 100,4 (2015) para 169,5 (50–59 anos) e de 119,2 (2015) para 176,3 (60–69 anos).

Entre mulheres na faixa dos 70–79 anos, as taxas são muito altas e em ascensão: de 114,9 (2015) para 169,5 (2024), esse grupo não está incluído no rastreamento populacional sistemático, mas deveria ter abordagens individualizadas devido ao risco elevado.

As mulheres com 80 ou mais anos apresentaram um crescimento expressivo na taxa de incidência: de 88,0 (2015) para 117,5 (2024), embora haja menor expectativa de vida, o peso nos serviços de saúde e a complexidade do tratamento nessa faixa exigem atenção.

Destaca-se que mulheres com idade fora da política de rastreamento têm acesso a mamografia

diagnóstica ao relatarem alguma queixa ou apresentarem alguma suspeita no exame físico realizado em consultas nos serviços de saúde. Contudo a mamografia diagnóstica só pode ser solicitada pelo profissional médico, o que dificulta o acesso e reforça a importância da ampliação da faixa etária contemplada pela política pública de saúde.

Em termos de mortalidade no Brasil, ocorreram, em 2020, 17.825 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,47 mortes por 100 mil mulheres (BRASIL, 2022; BRASIL, 2020).

No território capixaba, no ano de 2024, ocorreram 385 óbitos por câncer de mama feminino, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 18,4 mortes a cada 100 mil mulheres. A Tabela 3 detalha o número de óbitos e a taxa de mortalidade, segundo a Região de Saúde, no período de 2015 a 2024. Destaca-se que o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) apresenta dados de todos os óbitos ocorridos no país, independente do perfil do estabelecimento de ocorrência (público, privado, filantrópico ou até mesmo os desinstitucionalizados, como os óbitos domiciliares por exemplo).

Tabela 3: Número de óbitos e Taxa de Mortalidade por câncer mama, segundo Região de Saúde do estado do Espírito Santo, no período de 2015 a 2024 (N= 3.347).

Ano	Metropolitana		Norte		Central		Sul		ES	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
2015	172	14,9	20	9,7	32	12,7	45	13,4	269	13,8
2016	205	17,6	30	14,4	32	12,6	51	15,0	318	16,2
2017	188	15,9	30	14,4	30	11,7	32	9,4	280	14,1
2018	201	16,9	35	16,7	40	15,5	57	16,6	333	16,6
2019	234	19,4	41	19,4	32	12,3	48	13,9	355	17,6
2020	223	18,3	15	7,1	48	18,3	59	17,0	345	16,9
2021	207	16,9	36	16,9	37	14,0	48	13,8	328	16,0
2022	211	17,1	41	19,2	39	14,7	66	18,9	357	17,3
2023	230	18,5	33	15,4	47	17,6	67	19,1	377	18,1
2024	228	18,2	36	16,7	53	19,7	68	19,3	385	18,4

FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade, dados extraídos em setembro de 2025.

A mortalidade por câncer de mama no Espírito Santo mostra tendência de crescimento: de 13,8/100 mil (2015) para 18,4/100 mil (2024). O total de óbitos passou de 269 (2015) para 385 (2024), representando aumento absoluto de 43%. A Região Metropolitana responde pelo maior número de óbitos em todos os anos, devido à concentração populacional, a taxa de mortalidade sobe de 14,9 (2015) para 18,2 (2024), acompanhando a média estadual.

A Região Norte embora com menor número absoluto de óbitos, observa-se crescimento

expressivo na taxa: de 9,7 (2015) para 16,7 (2024), o aumento proporcional foi mais acentuado que em outras regiões, sugerindo maiores desigualdades no acesso ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

A Região Central apresenta taxas relativamente estáveis (12–17/100 mil), mas com tendência crescente: de 12,7 (2015) para 17,6 (2024), o padrão sugere necessidade de reforçar a vigilância e fortalecer os fluxos de cuidado oncológico.

A Região Sul destaca-se por apresentar algumas das taxas mais altas do estado: de 13,4 (2015) para 19,3 (2024), a concentração de valores elevados de mortalidade pode refletir diagnósticos mais tardios e menor capilaridade dos serviços especializados.

A Tabela 4 detalha a casuística dos óbitos por câncer de mama entre mulheres residentes do estado do Espírito Santo, segundo sexo e faixa etária, no período de 2015 a 2024.

Observa-se que a mortalidade por câncer de mama entre as faixas etárias jovens (20–39 anos) é muito baixa, este achado está em consonância com os achados de outros trabalhos. Entre mulheres com 30–39 anos, registram-se baixas taxas de mortalidade (média <10/100 mil), apesar da baixa frequência, esses óbitos são preocupantes, pois refletem tumores geralmente agressivos e com diagnóstico tardio.

Tabela 4: Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por câncer de mama, entre residentes do estado do Espírito Santo, segundo faixa etária, no período de 2015 a 2024 (N= 3.347).

Faixa etária	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	Tx																		
20 a 29 anos	1	0,3	1	0,3	2	0,6	2	0,6	4	1,3	0	0,0	3	1,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3
30 a 39 anos	17	5,2	20	6,0	27	8,1	29	8,7	21	6,3	27	8,2	20	6,1	24	7,4	20	6,2	30	9,5
40 a 49 anos	53	20,2	51	19,1	48	17,7	49	17,7	57	20,1	47	16,2	46	15,4	53	17,4	64	20,6	60	18,9
50 a 59 anos	80	35,7	91	39,7	55	23,6	75	31,6	99	41,2	83	34,2	79	32,2	87	35,1	73	29,2	75	29,6
60 a 69 anos	49	35,2	68	46,2	66	42,4	84	51,3	78	45,4	81	45,1	70	37,6	90	46,8	93	46,8	101	49,3
70 a 79 anos	41	54,8	41	53,0	44	54,8	53	63,5	46	52,8	58	63,5	66	68,9	51	50,5	57	53,3	51	45,0
≥80 anos	28	68,4	46	107,5	38	85,0	41	88,0	50	103,0	49	97,8	44	86,0	51	97,5	69	127,6	67	119,3
ES	269	19,4	318	22,6	280	19,6	333	23,0	355	24,1	345	23,2	328	21,8	357	23,4	377	24,5	385	24,7

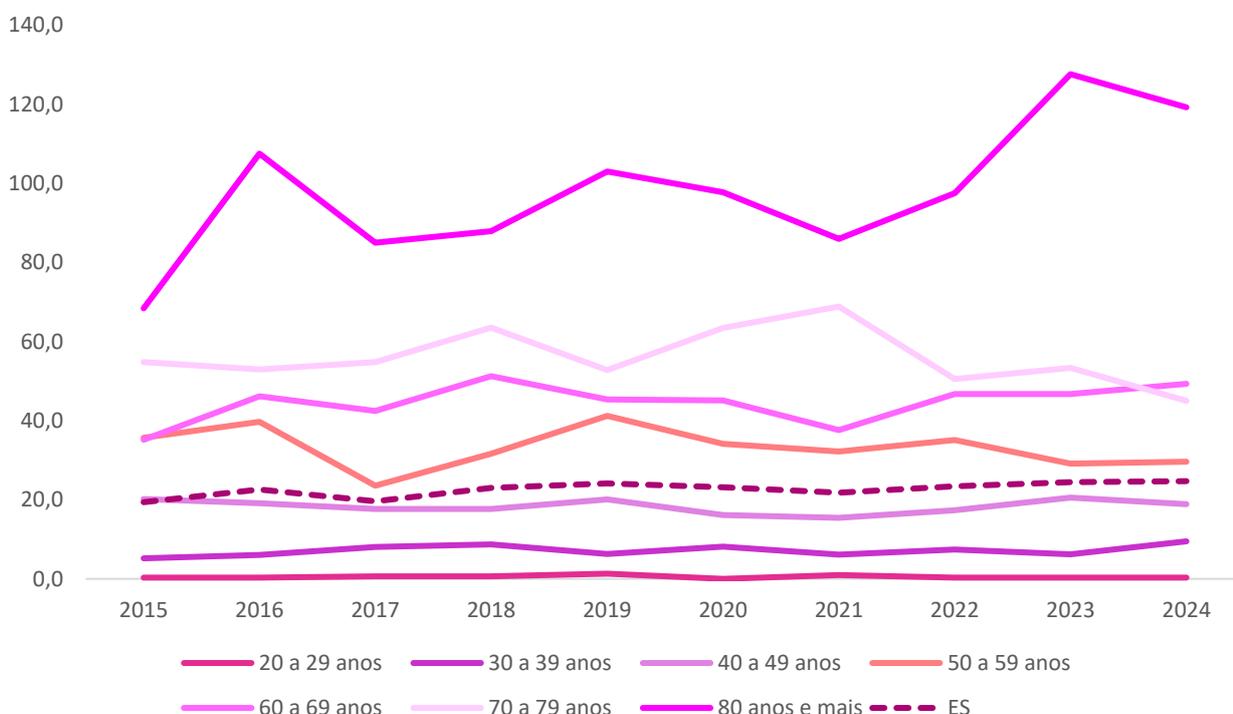
FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade, dados extraídos em setembro de 2025.

Observa-se um aumento da taxa de mortalidade entre mulheres a partir dos 40 anos (10–20/100 mil). Entre mulheres de 50–59 as taxas variam entre 30 e 55/100 mil, este grupo com mortalidade expressiva, reforça a importância da adesão ao rastreamento e início rápido do tratamento. Da mesma maneira o grupo etário de 60–69 anos apresenta variação de taxas entre 35 e 55/100 mil, demonstrando que, apesar da detecção, ainda há impacto elevado da mortalidade — possivelmente relacionado a diagnóstico tardio ou dificuldades no acesso ao tratamento.

As mulheres mais idosas apresentam as maiores taxas de mortalidade: 70–79 anos: chegando a 79,6/100 mil em 2023 e ≥ 80 anos: atingindo 119,3/100 mil em 2024, isso evidencia que, nas idades avançadas, a mortalidade cresce de forma acentuada, refletindo tanto o risco biológico aumentado quanto possíveis barreiras no diagnóstico precoce e limitações terapêuticas.

O Gráfico 2 evidencia que a mortalidade por câncer de mama no Espírito Santo é marcadamente maior em mulheres idosas (≥ 70 anos), mas também é elevada entre mulheres de 50–69 anos. Essa distribuição reforça a necessidade de fortalecer ações de detecção precoce, garantir acesso rápido ao tratamento e considerar estratégias diferenciadas para as faixas etárias mais avançadas, que concentram os piores desfechos.

Gráfico 2: Taxa de Mortalidade de mulheres residentes do estado do Espírito Santo, por câncer de mama, no período de 2015 a 2024 (N= 3.347).



FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade, dados extraídos em setembro de 2025.

MONITORAMENTO DO INDICADOR DA RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é realizado prioritariamente por meio da mamografia, método considerado o mais importante para o diagnóstico precoce da doença. Dados epidemiológicos do Espírito Santo apontam que o câncer de mama tem acometido mulheres de forma mais precoce, especialmente a partir dos 40 anos. Em resposta a esse cenário, o estado instituiu, por meio da Portaria nº 144-R, de 23 de outubro de 2024, a ampliação do acesso ao

exame para todas as mulheres de 40 a 69 anos, garantindo rastreamento mais precoce, maior possibilidade de tratamento oportuno, redução dos impactos socioeconômicos e melhora da sobrevida das pacientes.

Em setembro de 2025, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica N°626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS, a qual permite a realização de mamografia em mulheres de 40 a 49 anos e acima de 74 anos, com a orientação do profissional de saúde.

Os indicadores de rastreamento do câncer de mama estão diretamente relacionados às ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, sua análise enfrenta limitações devido a fatores como: uso indevido do sistema de informação do Câncer (SISCAN) pelos municípios e prestadores, o que compromete a qualidade da informação; compra direta de exames por municípios e ou consórcios sem registro no sistema; e a não captação de exames realizados fora do SUS, restringindo a cobertura e a fidedignidade do indicador.

Tabela 5: Número de mamografias de rastreamento e razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos por região de saúde do Espírito Santo (2020–2024)

Região de saúde	2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº exames	Razão								
Metropolitana	20964	0,17	27737	0,22	33718	0,26	37471	0,28	37011	0,27
Sul	3487	0,09	4621	0,12	6192	0,16	7411	0,19	11371	0,28
Central	4570	0,17	6267	0,23	6320	0,23	7656	0,27	8011	0,28
Norte	2502	0,12	3134	0,15	4353	0,20	4162	0,18	3351	0,14
ES	31523	0,14	41759	0,18	50583	0,21	56700	0,23	59744	0,24

FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS(SIA/SUS), dados extraídos em setembro de 2025

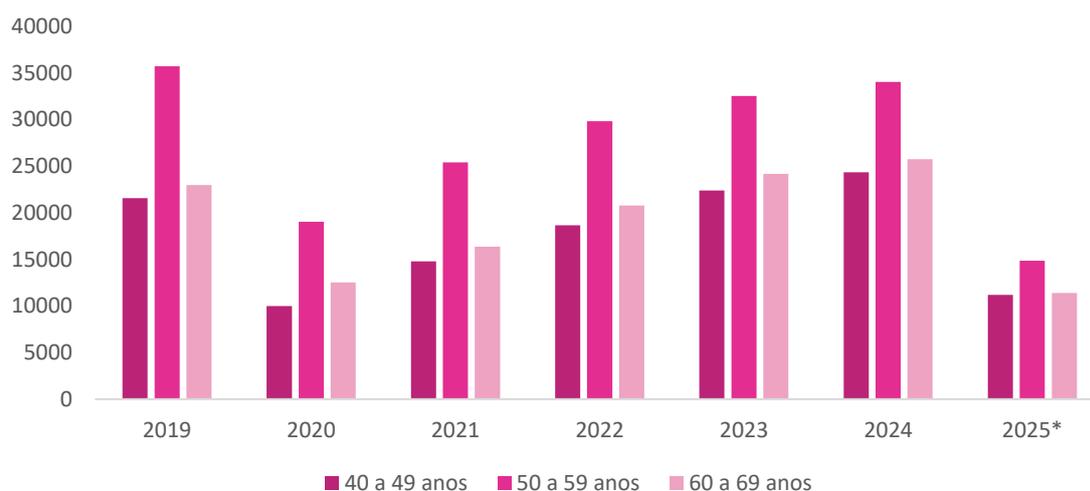
A série histórica apresentada na Tabela 5 demonstra que houve avanço progressivo na cobertura da mamografia de rastreamento no Espírito Santo entre 2020 e 2023, com aumento consistente do número de exames e do indicador “razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos” em quase todas as regiões de saúde. A Região Metropolitana concentra a maior parte dos exames realizados no estado, apresentando crescimento contínuo até 2023. Em 2024, nota-se discreta queda na razão (de 0,28 para 0,27), o que pode estar associado tanto à estabilização da oferta quanto a problemas de registro no sistema. A Região Sul passou de uma razão de 0,09 em 2020 para 0,28 em 2024, igualando-se à razão da região Metropolitana e da região Central. A Região Central mostrou crescimento constante, alcançando em 2024 uma razão de 0,28 e, por fim, a Região Norte, diferentemente das demais, registrou queda da razão em

2024 (0,14), após atingir 0,20 em 2022. Esse cenário sugere desafios na organização da rede de atenção, possíveis falhas de registro ou até redução de oferta de exames, exigindo monitoramento específico e intervenções direcionadas.

No conjunto do estado, a expansão do número de exames foi expressiva, especialmente no período de 2020 a 2023. Contudo, as diferenças regionais demonstram desigualdade no acesso e na organização dos serviços, além das limitações de informação já citadas (uso do SISCAN, compras diretas ou via consórcio e não captação de exames fora do SUS).

A partir de 2025, com a ampliação da faixa etária para 40 a 69 anos no Espírito Santo, espera-se aumento no número de exames realizados. O Gráfico 3 apresenta o número de exames de mamografia de rastreamento realizados por faixa etária entre 2019 e 2025, evidenciando oscilações importantes ao longo do período. Observa-se um pico em 2019, seguido de queda em 2020, possivelmente relacionada ao impacto da pandemia da COVID-19, e retomada gradual nos anos seguintes. As mulheres de 50 a 59 anos concentram, de forma consistente, o maior número de exames em todos os anos analisados, seguidas pelas faixas de 60 a 69 anos e 40 a 49 anos. Em 2025, apesar de os dados ainda estarem parciais, já se nota distribuição mais equilibrada entre as três faixas etárias, refletindo a ampliação do público-alvo da política de rastreamento. Além disso, esse gráfico demonstra que o rastreamento na faixa etária de 40 a 49 anos já era realidade no estado, porém, com a Portaria 144-R, essa ação passa a ser institucionalizada como uma política estadual importante para a garantia do rastreamento para a detecção precoce do câncer de mama.

Gráfico 3: Número de mamografias de rastreamento por faixa etária entre os anos de 2019 a 2025 no Espírito Santo



*Valores parciais de 2025.

FONTE: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS(SIA/SUS), dados extraídos em setembro de 2025

FATORES DE RISCO, SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama configura-se como a neoplasia maligna de maior incidência entre mulheres no Brasil e no mundo, representando um relevante problema de saúde pública devido ao seu impacto na morbimortalidade feminina (INCA, 2023; WHO, 2023).

A doença apresenta origem multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, hormonais, comportamentais e ambientais, o que evidencia a complexidade de sua etiologia e a necessidade de estratégias integradas de prevenção e controle (INCA, 2023; WHO, 2023). Entre os fatores não modificáveis, destacam-se a idade avançada, histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, presença de mutações genéticas herdadas, como nos genes BRCA1 e BRCA2, menarca precoce, menopausa tardia e nuliparidade. O uso prolongado de terapia de reposição hormonal combinada também está associado a maior risco para o desenvolvimento da doença (Brasil, 2015; WHO, 2023).

Mulheres negras apresentam maior vulnerabilidade frente ao câncer de mama, sendo diagnosticadas frequentemente em estágios mais avançados e com menor acesso a rastreamento e tratamento oportuno, refletindo desigualdades estruturais e socioeconômicas (INCA, 2023; WHO, 2023). Esses fatores incluem menor escolaridade, renda limitada, barreiras de acesso aos serviços de saúde e concentração em regiões com infraestrutura precária. Além disso, há maior prevalência de subtipos agressivos, como o triplo negativo (TNBC), nesta população, aumentando o risco de mortalidade precoce. Este cenário evidencia a necessidade de políticas públicas que considerem os recortes raciais e sociais, garantindo equidade no acesso à atenção integral, prevenção, rastreamento precoce e tratamento do câncer de mama.

As medidas preventivas podem ser divididas em primárias e secundárias. A prevenção primária visa reduzir a exposição aos fatores de risco modificáveis e promover hábitos de vida saudáveis, incluindo prática regular de atividade física, manutenção do peso adequado, alimentação balanceada, redução ou abstinência de álcool, abandono do tabagismo e estímulo ao aleitamento materno (WHO, 2023; INCA, 2023). A prevenção secundária concentra-se na detecção precoce da doença, enfatizando a realização periódica de mamografias e a atuação da Atenção Primária à Saúde na identificação de sinais suspeitos, permitindo intervenção terapêutica oportuna e aumento da sobrevida.

O câncer de mama manifesta-se, em seus estágios iniciais, por nódulos mamários fixos e geralmente indolores, alterações cutâneas como retrações, ulcerações ou aspecto de ‘casca de laranja’, modificações no formato do mamilo e secreções papilares, principalmente sanguinolentas. Pode haver ainda aumento de linfonodos axilares. Em estágios mais avançados, a doença pode evoluir para dor intensa, ulcerações extensas e comprometimento sistêmico, dificultando o tratamento e agravando o prognóstico (Brasil, 2015). A neoplasia mamária

apresenta maior frequência de acometimento no quadrante súpero-externo da glândula, sendo as lesões, em sua maioria, assintomáticas, endurecidas, fixas aos planos adjacentes e com margens irregulares. Em estádios clínicos avançados, podem associar-se a alterações cutâneas, como retrações e espessamento da pele (Silva et al., 2011).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O diagnóstico precoce do câncer de mama é essencial para melhorar o prognóstico, permitir tratamentos menos invasivos e aumentar a sobrevida das pacientes (INCA, 2022). Quando descoberto em estágio inicial, o câncer de mama pode ter mais de 90% de chance de cura (BRASIL, 2018).

Os métodos para diagnóstico podem ser divididos em rastreamento, avaliação clínica e exames complementares, que se combinam para permitir tanto a detecção precoce quanto a confirmação diagnóstica (WHO, 2020). O Exame Clínico das Mamas (ECM) consiste em inspeção (forma, simetria, alterações de pele, retrações, secreções) e palpação (nódulos, espessamentos, linfonodos axilares). Embora seja importante para identificar sinais de alerta, não substitui a mamografia, mas pode detectar lesões palpáveis que motivam a investigação complementar (INCA, 2022).

A mamografia é considerada como o exame de rastreamento padrão-ouro, com maior impacto na redução da mortalidade (WHO, 2020). O exame de ultrassonografia mamária complementa a mamografia, sobretudo em mulheres com mamas densas, mais comuns em pacientes jovens, permitindo diferenciar cistos de nódulos sólidos e orientar biópsias (BRASIL, 2018). Já a biópsia mamária é o único método capaz de confirmar o diagnóstico. Entre as técnicas, a core biopsy (biópsia com agulha grossa) é a mais utilizada na prática clínica (INCA, 2022).

Exames laboratoriais complementares, como a imuno-histoquímica, são indispensáveis para caracterizar o subtipo tumoral, avaliando receptores hormonais (estrógeno e progesterona) e HER2, o que permite direcionar a conduta terapêutica de forma individualizada (BRASIL, 2018). O diagnóstico precoce, portanto, é fundamental para reduzir a mortalidade e viabilizar abordagens menos agressivas, com maior taxa de cura quando a doença é identificada precocemente (INCA, 2022).

Nesse cenário, políticas públicas voltadas ao rastreamento organizado, ampliação do acesso a exames e capacitação dos profissionais de saúde constituem estratégias centrais para maior equidade e efetividade no enfrentamento do câncer de mama (WHO, 2020). Investir em diagnóstico oportuno não apenas aumenta as chances de cura, mas também preserva a qualidade de vida e reduz o impacto social e emocional da doença.

O tratamento do câncer de mama deve ser ofertado com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas definidos pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). A abordagem é multidisciplinar, incluindo cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapias-alvo, selecionadas conforme o estadiamento e o perfil molecular do tumor (BRASIL, 2018; INCA, 2022).

A cirurgia representa uma das principais modalidades terapêuticas podendo ser conservadora (quadrantectomia) ou radical (mastectomia), de acordo com a extensão da doença. Associada à cirurgia, a biópsia do linfonodo sentinela ou a linfadenectomia axilar são utilizadas para estadiamento loco-regional (BRASIL, 2018).

A radioterapia está disponível em centros habilitados (CACONs e UNACONs) e é indicada principalmente após cirurgia conservadora ou em casos de tumores localmente avançados. Sua oferta, entretanto, ainda enfrenta desigualdades regionais, exigindo políticas de expansão de serviços para garantir o acesso equitativo (INCA, 2022).

A quimioterapia é fornecida em regime ambulatorial ou hospitalar, podendo ser aplicada no cenário neoadjuvante (para reduzir o tumor e permitir cirurgia conservadora) ou adjuvante (para diminuir o risco de recidiva).

O tratamento com hormonioterapia, como tamoxifeno e inibidores da aromatase, está indicado para pacientes com tumores hormônio-positivos (BRASIL, 2018). Para casos HER2-positivos, há acesso a terapias-alvo, como o Trastuzumabe, incorporado ao SUS desde 2012 e o Pertuzumabe incorporado desde 2017, que mudaram significativamente o prognóstico dessas pacientes (CONITEC, 2012).

O tratamento do câncer de mama deverá seguir os princípios da integralidade, articulando-se com ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, reabilitação e cuidados paliativos, de forma a assegurar uma linha contínua de cuidado às pacientes.

A Lei nº 12.732/2012, conhecida como Lei dos 60 dias, estabelece que o início do tratamento deve ocorrer em até 60 dias após a confirmação diagnóstica, reforçando o compromisso do sistema com a celeridade, a equidade e a efetividade no cuidado oncológico (BRASIL, 2012). Mais do que um conjunto de procedimentos, o tratamento do câncer de mama deve ser compreendido como uma estratégia de saúde pública, fundamentada em acesso universal, políticas de humanização e redução das desigualdades regionais. Essa abordagem amplia não apenas as taxas de sobrevida e cura, mas também promove a melhoria da qualidade de vida das pacientes, fortalecendo o caráter social e inclusivo do sistema de saúde brasileiro.

REABILITAÇÃO E CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS

A cirurgia de reconstrução mamária em pacientes portadoras de câncer de mama busca a restauração anatômica do seio. Esse procedimento causa grande impacto na qualidade de vida das pacientes, uma vez que, além do caráter estético, contribui para saúde mental, melhora da autoestima e autoconfiança da mulher submetida ao procedimento. Devido ao aumento na incidência de câncer de mama, a procura pela reconstrução mamária também vem crescendo, juntamente com a preocupação em relação à satisfação e à qualidade de vida das pacientes (CAMMAROTA, 2019).

A mastectomia, mesmo acompanhada de reconstrução mamária imediata, pode ser vivenciada de modo traumático pela mulher, sendo considerada uma mutilação, afetando sua autoestima e estabilidade emocional. A reconstrução mamária é uma cirurgia reparadora que restaura a mama após a remoção parcial (quadrantectomia) ou total (mastectomia) devido ao câncer de mama, visando recuperar a autoestima da paciente. As técnicas mais comuns usam implantes (próteses) ou tecidos próprios do corpo (retalhos autólogos), como músculo e gordura das costas ou abdômen, podendo combinar métodos para um resultado natural. A reconstrução pode ser feita durante a cirurgia inicial (imediata) ou após semanas ou anos (tardia), dependendo do caso e da decisão da paciente com a equipe médica.

Toda paciente com câncer de mama que teve a mama retirada total ou parcialmente em decorrência do tratamento oncológico tem o direito de realizar cirurgia plástica reparadora. Por lei, tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto os planos de saúde são obrigados a realizar essa cirurgia. Quando existirem condições técnicas e clínicas, a reconstrução mamária deverá ocorrer no mesmo ato cirúrgico de retirada da mama (mastectomia).

O Ministério da Saúde instituiu estratégia excepcional de ampliação do acesso à reconstrução mamária em caso de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, no âmbito do SUS, por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 127, de 13 de fevereiro de 2023, que prevê a habilitação de hospitais, atualmente habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS, para realização do procedimento de Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia Total (04.10.01.021-9), condicionados aos critérios estabelecidos por esta normativa. Essa iniciativa propõe ampliar o número de reconstruções mamárias em pacientes submetidas à mastectomia. Vale ressaltar que a decisão pela cirurgia de reconstrução deve sempre levar em consideração o desejo da paciente apoiada por um especialista, considerando-se as especificidades de cada paciente e da patologia.

De acordo com a Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama (FEMAMA) existem diferentes técnicas de cirurgia para a reconstrução da mama, a escolha vai depender da forma, tamanho e localização da retirada do tecido. As principais são com implante

de prótese de silicone, uso de expansor cutâneo e transferência de retalhos de pele.

1. **Reconstrução com prótese de silicone:** é a técnica indicada, geralmente, nos casos em que a mastectomia foi feita sem comprometer tanta quantidade de pele e para pacientes que não possuem tecido suficiente para reconstruir a mama. São várias as opções de formato, textura e projeção da prótese. O ideal é conversar com o médico para a correta indicação, de acordo com biótipo e formato da mama.
2. **Uso de expansores:** consiste em inserir uma espécie de prótese vazia sob a pele para promover, gradualmente, a expansão do tecido, por meio da aplicação de soro fisiológico, até atingir o tamanho desejado. Após este primeiro processo, uma segunda intervenção é realizada para remover o expansor e colocar o implante definitivo. Também já existe a opção de expansores definitivos, que permitem a reconstrução em uma única etapa.
3. **Transferência de retalhos de pele:** opção que faz a retirada de tecido de uma área do corpo da própria paciente para reconstruir a mama. Os principais tipos de reconstrução com transferência de retalhos de pele são:
 - **Retalho miocutâneo do músculo reto abdominal (TRAM):** utiliza pele, gordura e músculos da parte inferior abdominal. O procedimento cria uma espécie de túnel, levando o tecido até a mama, mas permanecendo preso à área de onde foi retirado, para manter a vascularização. Estão aptas para este tipo de cirurgia pacientes que tenham tecido adiposo sobressalente. Por causar um enfraquecimento na região em que o tecido foi retirado, é utilizada uma tela de polipropileno para reforçar a área do abdômen.
 - **Retalho perfurante da artéria epigástrica (DIEP):** retira parte do tecido adiposo da barriga para inserir na região a ser reconstruída. Necessita de uma microcirurgia para ligar dos pequenos vasos. Não utiliza tecido muscular.
 - **Retalho do músculo grande dorsal:** faz a rotação de retalho ou músculo grande dorsal (nas costas) do mesmo lado da mama que precisa ser reconstruída. O procedimento é indicado para casos em que não há pele suficiente na região da mama para a reconstrução ou há algum impeditivo para uso de retalho de outra região.

É importante frisar que pela Lei 12.802/2013, a paciente tem o direito de realizar o procedimento por meio do SUS imediatamente após a retirada do tumor ou assim que houver condições clínicas para isso. A paciente que optar por realizar a reconstrução mamária deve exigir esse direito junto ao SUS ou aos planos de saúde (para aquelas o possuem) antes da realização da mastectomia, da cirurgia conservadora ou a qualquer momento após esses procedimentos. Cada paciente deve ser

analisada individualmente, pois, em alguns casos, pode haver restrições, como nas situações em que a saúde esteja vulnerável e seja arriscado fazer a cirurgia ou nos casos em que não há tecido suficiente para a reconstrução.

Todo paciente que desenvolve o câncer tem indicação de passar pela reabilitação, porém a paciente de câncer de mama, em especial, necessita passar por diversas etapas reabilitadoras, entre elas a física, emocional e social. Na maioria das vezes, a cirurgia é indicada como parte importante do tratamento, e operar significa modificar tecidos. Por isso, a reabilitação é tão necessária. Sendo assim as fases da reabilitação são:

- Antes da cirurgia

Sempre que for possível, é preciso pensar na reabilitação antes do início do tratamento, pois é nessa primeira consulta que é realizado as orientações que antecedem a cirurgia e que são importantes para que a paciente passe de forma mais suave pelo processo de aprendizado de como é viver com p novo corpo após os procedimentos.

- Reabilitação física

A fisioterapia é muito importante para que a paciente aprenda como se comportará o corpo após a cirurgia, quais são as limitações e como superá-las. A cirurgia reparadora também é uma forma de recuperação física e, se recomendada, pode ser feita imediatamente após a mastectomia. A atividade física não pode ser esquecida: a terapia por exercício específico de fortalecimento, mobilização e alongamento, sempre que recomendada, é importante para restaurar a função da região afetada.

- Reabilitação emocional

Resgatar a confiança e a autoestima das mulheres que passam pela mastectomia é fundamental. Não só a cirurgia reparadora, mas acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra pode fazer toda a diferença no processo de recuperação. Com uma autoestima elevada, a mulher tem mais disposição para concluir o tratamento e a reabilitação até o processo de cura.

- Reabilitação social

A dor pode interferir nas atividades cotidianas e sociais da paciente. Por isso, é preciso não subestimá-la e tratá-la adequadamente. O manejo correto para aliviar as dores, aliado à recuperação das funções físicas por meio da fisioterapia, são essenciais para que a paciente retome suas atividades rotineiras.

É importante frisar que os cuidados visando à reabilitação da paciente com câncer de mama devem ser realizados durante cada etapa do tratamento e não apenas depois dele. É a soma desses cuidados, com a atuação integrada de profissionais de diferentes áreas, que vai assegurar que a retomada da vida pós-câncer ocorra com a melhor condição física, emocional e espiritual incluindo a vida sexual, aspectos geralmente afetados pelos procedimentos e alterações no

organismo da mulher.

CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes – adultos e crianças – e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. O cuidado paliativo previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (WHO,2023). Estes cuidados devem ser ofertados aos pacientes desde o diagnóstico de uma doença grave ameaçadora da vida, atuando em conjunto com tratamentos curativos para gerenciar sintomas difíceis. À medida que a doença avança, os cuidados paliativos tornam-se ainda mais essenciais, especialmente nos últimos meses ou semanas de vida (Cherny, 2018). Nas últimas décadas, avanços no tratamento específico do câncer de mama em estágio avançado, conforme características moleculares tumorais e genéticas das pacientes, tornaram possível o aumento do tempo de vida dessas mulheres. Adicionalmente, estudos evidenciaram que a atenção direcionada às suas necessidades individuais (sociais, físicas, psicológicas e espirituais) e de suas famílias também resultou em impacto positivo na sobrevivência e qualidade de vida neste cenário tornando-se imprescindível a oferta do cuidado paliativo para essa população. Soma-se a este fato a mudança da estrutura demográfica do país, onde observa-se o aumento da expectativa de vida, queda na mortalidade e diminuição na taxa de fecundidade favorecendo o envelhecimento populacional e a prevalência das doenças crônicas o que reforça a importância dos cuidados paliativos como modalidade de que visa o bem-estar do paciente e de seus familiares no decorso da doença. (SILVA, 2019).

Diante desse cenário o Ministério da Saúde (MS) oficializou a instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da publicação da Portaria GM/MS N° 3.681 de 07 de maio de 2024 no Diário Oficial da União (DOU). A PNCP estabelece que os cuidados paliativos serão ofertados o mais precocemente possível no curso de qualquer doença ameaçadora da continuidade da vida objetivando garantir maior autonomia e qualidade de vida mediante prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, estendendo os cuidados à fase de luto. O governo do estado do Espírito Santo reconhecendo a relevância do tema para a saúde capixaba instituiu a Política Estadual de Cuidados Paliativos - PECP, no SUS através da publicação do Decreto N° 5.977 – R de 26/02/2025. Essa iniciativa representa um compromisso com o direito de pacientes e famílias a um cuidado digno, que alivie o sofrimento e promova qualidade de vida, independentemente do estágio da doença. Além disso, a Política atua diretamente para a implementação dos cuidados paliativos desde a atenção básica-ambulatorial até a especializada-hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises apresentadas neste boletim confirmam que o câncer de mama permanece como a neoplasia maligna mais incidente entre as mulheres no Brasil e no Espírito Santo, representando um desafio crescente para a saúde pública. Os dados de incidência e mortalidade revelam tendência de aumento ao longo dos anos, o que reforça a necessidade de intensificar as estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno.

O perfil epidemiológico demonstra que as maiores taxas de incidência concentram-se em mulheres entre 50 e 69 anos, mas também se observam casos relevantes em mulheres mais jovens e idosas. Já a mortalidade, embora mais elevada nas idades avançadas, permanece significativa nas faixas etárias economicamente ativas, impactando famílias e a sociedade.

Outro ponto crítico identificado é a disparidade regional: as regiões Central e Sul do estado apresentam taxas mais altas de mortalidade, sugerindo desigualdades no acesso ao diagnóstico precoce e à rede de atenção oncológica. Essa heterogeneidade reforça a importância de políticas regionais e estratégias de equidade em saúde.

A análise também evidencia desafios relacionados à qualidade da informação. Em alguns registros, ainda há falhas de preenchimento e inconsistências, o que limita a precisão das estimativas e o planejamento adequado das ações. A melhoria da completude e confiabilidade dos dados deve ser prioridade permanente da vigilância epidemiológica.

No campo da prevenção, destaca-se a importância da promoção da saúde e redução de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de álcool, excesso de peso e sedentarismo, que têm influência direta no desenvolvimento do câncer de mama. Paralelamente, é essencial ampliar o alcance do rastreamento organizado, garantindo adesão da população-alvo e qualidade nos exames realizados.

Para o controle efetivo do câncer de mama, torna-se necessário investir no fortalecimento da rede de atenção oncológica, assegurando diagnóstico ágil, tratamento integral e acompanhamento multiprofissional, incluindo suporte psicossocial e cuidados paliativos quando indicados. Além disso, campanhas educativas, como o Outubro Rosa, desempenham papel central na conscientização da sociedade.

Em síntese, este boletim aponta que o enfrentamento do câncer de mama no Espírito Santo demanda ações integradas entre vigilância, atenção primária, serviços especializados e gestão em saúde. Somente com planejamento estratégico, monitoramento contínuo e políticas públicas baseadas em evidências será possível reduzir a mortalidade, melhorar a qualidade de vida das mulheres e avançar na construção de uma rede de cuidado oncológico mais justa e eficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jun. 2004.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 23 nov. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS: uniformização das informações relativas ao acesso ao exame de mamografia no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17713/1/SEI_0050548355_Nota_Tecnica_626.pdf. Acesso em: 30 set 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva *Atlas de Mortalidade por Câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/estimativa/estimativa-2023>. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CAMMAROTA, M. C. et al. Quality of life and aesthetic results after mastectomy and mammary reconstruction. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery*, v. 34, n. 1, p. 45–57, 2019.

Cherny NI, Paluch-Shimon S, Berner-Wygoda Y. Palliative care: needs of advanced breast cancer patients. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2018 Dec 3;10:231-243. doi: 10.2147/BCTT.S160462. PMID: 30584354; PMCID: PMC6284851.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama HER2-positivo inicial. Relatório de Recomendação, 2012.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 144-R, de 16 de abril de 2024. Dispõe sobre a ampliação da faixa etária para rastreamento do câncer de mama no SUS. Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, ES, 17 abr. 2024.

FEMAMA. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama. Tipos de cirurgia plástica para reconstrução mamária. FEMAMA. 2017. Disponível em: <https://femama.org.br/site/blog-da-femama/tipos-de-cirurgia-plastica-para-reconstrucao->

mamaria/. Acesso em: 22 set. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Reconstrução da Mama: direitos e desafios para acesso no SUS. Rio de Janeiro, 14 out. 2021. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-reconstrucao-da-mama-direitos-e-desafios-para-acesso-no-sus/>>.

SILVA, P. A.; RIUL, S. da S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, nov./dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600007>.

SILVA, M. H. F. Cuidados paliativos e envelhecimento: Abordagem de serviços no sistema único de saúde (SUS). Revista Médica de Minas Gerais, 2019.

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.

WHO – World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Acesso em: 22 set. 2025.

WHO – World Health Organization. Breast cancer: early diagnosis and screening. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 29 set. 2025.

WHO – World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>. Acesso em: 29 set. 2025.



GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

