

RADAR #18 · RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

A mamografia no SUS pode começar aos 40 anos.

E dos 40 aos 49 existem regras.

O Ministério da Saúde publicou uma nota técnica para uniformizar a informação sobre acesso à mamografia. Este guia explica os dois caminhos que existem, o que muda entre eles, e o que fazer em cada idade.

50 a 74

faixa do rastreamento
organizado

40

idade a partir da qual
dá para pedir

28,1%

das mamografias de 2024
foram antes dos 50

56.044

casos de mama
em 2025

Diego Meloni — O SUSista
Grupo Desenvolve · Agosto de 2026

40

1 O que a nota técnica diz

Em setembro de 2025, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 626/2025, assinada pela Coordenação-Geral de Prevenção e Controle do Câncer, pelo Departamento de Atenção ao Câncer, pelo INCA e pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. O objetivo declarado é um só: uniformizar as informações sobre o acesso ao exame de mamografia no SUS.

A frase mais importante do documento é a primeira da análise: o SUS não restringe o acesso das mulheres à realização de mamografia. O exame existe no sistema em dois papéis diferentes — como rastreamento populacional, em mulheres sem sintomas, e como investigação diagnóstica, em pacientes sintomáticas.

A nota é explícita ao dizer que deve ser usada como documento orientativo até que saiam as novas diretrizes nacionais, e que ficam sem efeito todas as recomendações anteriores que digam algo diferente.

2 Os dois caminhos

É aqui que mora a confusão que faz mulher sair da unidade sem o pedido. Não existe uma régua só. Existem dois caminhos, com lógicas distintas.

Rastreamento organizado — dos 50 aos 74 anos, com periodicidade BIENAL. Biental quer dizer uma vez a cada dois anos, e é o termo que a própria nota técnica usa. É a faixa em que o sistema convida, chama e busca ativamente. A escolha se apoia nas evidências de redução de mortalidade por câncer de mama nessa faixa etária e está alinhada ao Código Latino-Americano e Caribenho contra o Câncer, da IARC/OMS e da OPAS, que recomenda rastreamento bienal a partir dos 50 anos.

Atenção ao termo: bienal é a cada dois anos; bianual é duas vezes por ano. A troca das duas palavras aparece com frequência em documentos de serviço e dobra ou divide pela metade toda a programação de exames. O correto aqui é bienal.

Acesso por demanda — dos 40 aos 49 anos, e também acima dos 74. Para mulheres sem sinais ou sintomas suspeitos que desejarem fazer o exame, desde que orientadas por profissionais de saúde sobre os possíveis riscos e benefícios dessa prática. A nota diz, com todas as

letras, que o SUS não restringe esse acesso.

Não estar no convite automático é uma coisa. Estar proibida é outra bem diferente. Essa distinção é o conteúdo central deste guia.

3 Dos 40 aos 49: quais são as regras

O acesso nessa faixa não é automático nem burocraticamente livre: ele é condicionado a uma conversa clínica. A nota estabelece que a mulher deve ser orientada por profissional de saúde sobre os possíveis riscos e benefícios do rastreamento antes dos 50 anos.

Na prática, isso significa procurar a unidade básica de saúde, dizer que deseja fazer a mamografia de rastreamento, e ter essa conversa com o profissional que a atender. Não é uma barreira: é o procedimento previsto.

Uma ressalva honesta: a nota técnica exige a orientação, mas não enumera quais são os riscos e benefícios. Quem quiser o detalhe técnico deve consultar a publicação do INCA Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama (2022), que é a referência citada pelo próprio documento. Este guia não substitui a conversa com o profissional de saúde e não faz recomendação clínica individual.

Acima dos 74 anos vale a mesma lógica: fora do rastreamento organizado, com acesso por demanda mediante orientação.

4 Sinal suspeito não entra nessa conversa

Tudo o que está acima trata de mulheres sem sintomas. Havendo sinal suspeito, o caminho é outro: investigação diagnóstica, com referência urgente e prioridade de marcação, em qualquer idade.

A nota lista os sinais que exigem encaminhamento urgente para confirmação diagnóstica:

- nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, em mulheres adultas de qualquer idade;
- nódulo mamário que vem aumentando de tamanho;
- descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- lesão eczematosa da pele que não responde a tratamento tópico, pele em casca de laranja ou retração na pele da mama;

- linfadenopatia axilar endurecida, fixa ou móvel — outras cadeias, supra ou infraclavicular, também podem estar acometidas em doença avançada;
- aumento progressivo do tamanho da mama com edema, pele em casca de laranja ou vermelhidão;
- mudança no formato do mamilo, como retração unilateral;
- homens com tumoração palpável unilateral;
- mastite ou inflamação que não melhora depois de um curso adequado de antibiótico.

A nota reforça que a prioridade de marcação deve ser das mulheres sintomáticas, que já apresentam lesão palpável ou outro sinal de alerta. E que o sistema precisa acolher, informar e realizar os exames diagnósticos em tempo oportuno.

5 Os números que sustentam a discussão

O próprio documento apresenta a prova de que a porta nunca esteve fechada. Desde 2009, quando a mamografia bilateral de rastreamento entrou na Tabela de Procedimentos do SUS (código 0204030188), mais de um terço dos registros do procedimento ocorreu em mulheres fora da faixa do rastreamento populacional preconizado.

Só em 2024, foram registradas mais de um milhão de mamografias de rastreamento em mulheres com menos de 50 anos — 28,1% do total.

Do nosso lado, puxamos o Painel de Oncologia do DATASUS referente a 2025. O câncer de mama é o tumor maligno mais frequente do país, com 56.044 registros no ano, à frente de qualquer outro tipo.

Recorte	Número
Mamografias de rastreamento em menores de 50 anos, 2024	mais de 1 milhão
Proporção do total de mamografias de rastreamento, 2024	28,1%
Registros de câncer de mama no Painel de Oncologia, 2025	56.044

Os dois primeiros números são do Ministério da Saúde, citados na Nota Técnica 626/2025 com base em dados do INCA (2025). O terceiro é apuração nossa no Painel de Oncologia do DATASUS, 2025.

6 E se o exame apontar alteração

A partir do momento em que existe algo a investigar, entra outra régua — a da Lei nº 12.732, de 2012, e da Portaria GM/MS nº 876/2013: até 30 dias para os exames que fecham o diagnóstico e até 60 dias para o início do tratamento, contados do laudo.

Anote a data de cada etapa e peça tudo por escrito. Prazo descumprido não é fila: é descumprimento de lei.

Se o seu prazo estourou: registre na Ouvidoria-Geral do SUS pelo telefone 136, e também na ouvidoria da sua Secretaria Municipal e da Secretaria Estadual de Saúde. Se não houver resposta, procure a Defensoria Pública do seu estado.

7 Para o gestor: rastrear muito não é rastrear bem

O número mais incômodo da nota técnica é o de que mais de um terço das mamografias de rastreamento feitas desde 2009 ocorreu fora da faixa preconizada. Isso descreve um sistema que rastreia por demanda espontânea em vez de rastrear por busca ativa.

A diferença não é semântica. Rastreamento oportunístico consome a mesma capacidade instalada — o mesmo mamógrafo, o mesmo técnico, o mesmo radiologista — e alcança preferencialmente quem tem mais informação e mais mobilidade, que em geral não é quem tem mais risco.

A pergunta de gestão, portanto, não é quantas mamografias o município realizou. É quantas mulheres de 50 a 74 anos do território ficaram sem. E essa pergunta tem resposta numérica, calculável com o que a equipe já tem em mãos.

8 Como calcular a demanda de rastreamento do seu território

A periodicidade bienal é o que torna a conta simples. Se cada mulher da faixa precisa de um exame a cada dois anos, então metade da população-alvo precisa ser rastreada por ano — e um doze avos dessa metade, por mês.

Os quatro passos

Passo	O que fazer	Resultado
1	Levantar o número de mulheres de 50 a 74 anos do território	População-alvo
2	Dividir por 2, porque o rastreamento é bienal	Meta anual de exames
3	Dividir a meta anual por 12	Meta mensal de exames
4	Dividir a meta mensal pelo número de equipes	Meta mensal por equipe

Onde buscar o número do passo 1. Duas fontes, e vale comparar as duas: a projeção populacional do IBGE por sexo e faixa etária para o município, e a população efetivamente cadastrada nas equipes de atenção primária no e-SUS. A diferença entre as duas já é um dado de gestão: mostra o tamanho da população que o serviço não enxerga.

Simulação: município de 60 mil habitantes

Suponha um município com 6.800 mulheres de 50 a 74 anos cadastradas, atendido por 8 equipes de saúde da família. A conta fica assim:

Etapas	Cálculo	Resultado
População-alvo	mulheres de 50 a 74 anos	6.800
Meta anual	$6.800 \div 2$ (bienal)	3.400 exames/ano
Meta mensal	$3.400 \div 12$	284 exames/mês
Meta por equipe	$284 \div 8$ equipes	36 mulheres/equipe/mês
Meta por equipe, por semana	$36 \div 4$	9 mulheres/equipe/semana

O número que muda a conversa com a equipe é o último. Uma meta abstrata de 3.400 exames por ano não organiza trabalho nenhum. Nove mulheres por semana, por equipe, cabe numa reunião de segunda-feira e vira lista de nome e telefone.

O ajuste que quase todo mundo esquece: a adesão

Convocar não é o mesmo que realizar. Se a equipe convoca 284 mulheres por mês e a adesão histórica é de 60%, o serviço vai realizar cerca de 170 exames — e não bate a meta, mesmo tendo feito o trabalho de busca.

Para realizar 284 exames com adesão de 60%, é preciso convocar $284 \div 0,60$, ou seja, cerca de 474 mulheres por mês. A conta correta da busca ativa é sempre a meta dividida pela taxa de adesão.

A taxa de adesão precisa ser medida, não estimada. Os 60% acima são um valor de exemplo para mostrar a mecânica do cálculo. Cada território tem a sua, e ela se obtém comparando convocações registradas com exames efetivamente realizados no mesmo período. Sem esse denominador, a programação de busca ativa é chute.

O confronto com a capacidade instalada

Com a meta mensal em mãos, a pergunta seguinte é se ela cabe na agenda contratada. Se o município dispõe de 250 vagas de mamografia por mês e a meta é 284, existe um déficit estrutural de 34 exames por mês — 408 por ano. Nenhuma campanha de comunicação resolve isso; é pactuação, contratualização ou ampliação de oferta.

E se a capacidade for maior que a meta, o achado é outro e igualmente útil: sobra agenda, e ela provavelmente está sendo ocupada por rastreamento oportunístico fora da faixa — exatamente o fenômeno que a nota técnica aponta.

Como transformar isso em busca ativa

1. Extrair do e-SUS a lista nominal das mulheres de 50 a 74 anos por equipe e por microárea.
2. Cruzar com o SISCAN para identificar quem já realizou mamografia nos últimos 24 meses — essas saem da fila do ano corrente.
3. Ordenar as restantes por tempo desde o último exame, começando pelas que nunca fizeram. São elas que concentram o risco.
4. Distribuir a lista entre os agentes comunitários de saúde, com a meta semanal por microárea.
5. Monitorar mensalmente três números, e só três: convocadas, realizadas e taxa de adesão. A terceira é a que corrige a programação do mês seguinte.

Esse conjunto de passos é o que separa rastreamento organizado de rastreamento oportunístico. O primeiro tem lista, meta e denominador. O segundo tem apenas fila.

Fonte

Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS, Ministério da Saúde, assinada entre 22 e 24 de setembro de 2025 (SEI 25000.164008/2025-91, documento 0050548355). Divulgação do INCA em 29/09/2025. Dados de câncer de mama: Painel de Oncologia / DATASUS, 2025, apuração própria. Prazos: Lei nº 12.732/2012 e Portaria GM/MS nº 876/2013.



Instagram · @diegomeloni

LinkedIn · /in/diego-meloni

Podcast O SUSista · Spotify

Diego Meloni — O SUSista

Grupo Desenvolve

Transformando o SUS por meio de soluções inteligentes em saúde pública.