

FLÁVIA DOS SANTOS GAMELEIRA

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS EXAMES PRECONIZADOS PARA PREVENÇÃO DE
CÂNCER EM SAÚDE DA MULHER**

Conselheiro Lafaiete/MG

2011

FLÁVIA DOS SANTOS GAMELEIRA

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS EXAMES PRECONIZADOS PARA PREVENÇÃO DE
CÂNCER EM SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof.^a Daniele Falci de
Oliveira

Conselheiro Lafaiete/MG

2011

FLÁVIA DOS SANTOS GAMELEIRA

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS EXAMES PRECONIZADOS PARA PREVENÇÃO DE
CÂNCER EM SAÚDE DA MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof.^a Daniele Falci de
Oliveira

Banca Examinadora

Prof.^a Daniele Falci de Oliveira

Prof.^a Mara Vasconcelos

Aprovado em Belo Horizonte 06/08/2011.

Ao meu pai Flavio Gameleira pelo apoio e incentivo nas minhas escolhas profissionais.

Agradeço aos dois amores da minha vida: meu marido Markito por estar sempre ao meu lado com paciência e carinho; e meu pai pela educação e amizade.

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.”

Sócrates

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

ACS - American Cancer Society

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CAF - Cirurgia de Alta Frequência

CCI - Cancer Care International

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS - Ministério da Saúde

NIC - Neoplasia Intra-epitelial de Alto Grau

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCCU - Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

SISCOLO - Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero

SUS - Sistema Único de Saúde

USPSTF - United States Preventive Services Task Force

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Número de artigos sobre câncer de colo de útero encontrados no Scielo segundo periódicos.	32
Tabela 2 - Número de artigos sobre câncer de colo de útero encontrados no Scielo segundo ano de publicação.	33
Tabela 3 - Número de artigos sobre câncer de mama encontrados no Scielo segundo periódicos.	33
Tabela 4 - Número de artigos sobre câncer de mama encontrados no Scielo segundo ano de publicação.	34
Quadro 1 - Esquemas de vacinação contra HPV disponíveis no Brasil.	18
Quadro 2 - Grupos populacionais de mulheres com risco elevado para câncer de mama.	27
Quadro 3 - Rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo e risco normal.	30
Quadro 4 - Rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo e risco aumentado por história familiar para câncer de mama ou ovário.	31
Quadro 5 - Recomendações do Ministério da Saúde para a detecção precoce do câncer de mama.	31
Quadro 6 - Distribuição de artigos excluídos da revisão integrativa.	35
Quadro 7 - Distribuição de artigos incluídos da revisão integrativa.	39
Quadro 8 - Síntese panorâmica dos artigos incluídos para revisão integrativa conforme escopo e resultado.	40

RESUMO

O câncer de colo de útero e o câncer de mama são os cânceres de maior prevalência em se tratando da saúde da mulher. São, também, doenças curáveis quando diagnosticadas oportunamente por meio de rastreamento adequado. A finalidade da Estratégia da Saúde da Família, como atenção primária em saúde, indica que a consulta médica deve ser a oportunidade de realizar a captação da mulher para o rastreamento de câncer de colo de útero e de mama. O objetivo deste trabalho foi analisar a produção de conhecimento sobre exames preconizados para a prevenção de câncer de colo de útero e de mama. A fundamentação teórica se deu a partir da revisão de artigos científicos provenientes do Ministério da Saúde, Dynamed e FEBRASGO. Tal fundamentação resultou na presente revisão bibliográfica integrativa de produções científicas a partir de pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base do SciELO, tendo como termos de busca: “rastreamento”, “Saúde da Família”, “Câncer de Mama” e “Câncer de Colo de Útero”. A partir dos 37 artigos localizados, foram selecionados aqueles cujo conteúdo colocava o rastreamento de câncer de colo de útero e de mama na atenção primária como foco do artigo ou como uma de suas questões centrais de análise. Posteriormente, foram identificados 26 artigos que não se enquadravam com os limites preestabelecidos e, assim, foram descartados. Este estudo mostrou que há recomendações efetivas a serem adotadas, devendo haver realização rotineira de exames, maior envolvimento da equipe e criação de vínculos com as mulheres da comunidade. A diminuição da mortalidade está relacionada às medidas de rastreamento. A Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental na educação em saúde, buscando integralidade de ações. Mostra que o importante é que as ações de saúde tenham como referência os interesses dos usuários em suas realidades, que não são fragmentadas, mas sim resultantes de um mesmo encadeamento de determinantes sociais, políticos, culturais, ambientais, entre outros. Concluiu-se assim que as orientações do Ministério da Saúde mostram-se adequadas em termos de efetividade para a realidade do Brasil, desde que o programa seja implantado adequadamente. Tais orientações podem ser aplicadas por meio de um bom trabalho de equipe, usando o sistema de busca ativa das pacientes e seguindo as recomendações apresentadas ao longo do trabalho.

Palavras-chave: câncer de colo de útero; câncer de mama; rastreamento; saúde da família.

ABSTRACT

The cervical cancer and breast cancer are the most prevalence cancers in the women's health. They are also curable diseases when timely diagnosed using the appropriate screening methods. The ESF goal, as primary health care, indicates that the physician's consultation must be the opportunity to realize the catchment of women for the screening of cervical cancer and breast cancer. The purpose of this work was analyze the knowledge production recommended for the prevention of cervical cancer and breast cancer. The theoretical foundation was done using scientific articles from Ministério da Saúde, Dynamed e FEBRASGO. Such foundation resulted at this present integrative bibliographic review of scientific productions from the research at Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), at SciELO (Scientific Electronic Library Online) basis, using the follow research terms: "rastreamento", "Saúde da Família", "Câncer de Mama" e "Câncer de Colo de Útero". From the 37 founded articles, were selected only those content shows the screening of cervical cancer and breast cancer at primary health care as the focus of the article or one of the central question of the analysis. Posterior, was identified 26 articles that does not match the predetermined limits and, therefore, were descarted. This estudy shows that there are effective recommendations to be adopted, must having routine exams realization, major team involvement and a strong link creation with women of the community. The decrease of death rates is related with screening measures. The Estratégia de Saúde da Família has fundamental part in health's education, searching for the integrality of actions. This study also shows that the most important are health actions having the community people interest's and realities as references, whom are not fragmented, but the results of the chaining of social, political, cultural and environmental factors, among others. It was accomplished that the Ministério da Saúde guidelines are appropriate in terms of effectiveness for the reality of Brazil, since the program is implemented properly. Thus recommendations can be achieved through a good teamwork, using the system of active search of patients and following the presented recommendations along this study.

Keywords: cervical cancer; breast cancer; screening; family health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	13
1.2 Objetivo	14
1.3 Metodologia	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO	16
2.1.1 Aspectos epidemiológicos	16
2.1.2 Fatores de risco	17
2.1.3 Vacina	18
2.1.4 Sintomas	19
2.1.5 Diagnóstico	19
2.1.6 Tratamento	20
2.1.7 Rastreamento	20
2.1.7.1 Métodos e ações	20
2.1.7.2 Frequência da realização do exame, idade para início e finalização	23
2.2 CÂNCER DE MAMA	25
2.2.1 Aspectos epidemiológicos	25
2.2.2 Fatores de risco	26
2.2.3 Sintomas	27
2.2.4 Diagnóstico	28
2.2.5 Tratamento	28
2.2.6 Rastreamento	28
2.2.6.1 Métodos e ações	28
2.2.6.2 Frequência da realização do exame, idade para início e finalização	30
3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
3.1 Caracterização dos artigos encontrados	32
3.2 Caracterização dos Artigos Excluídos na Revisão Integrativa	35
3.3 Caracterização dos Artigos Incluídos na Revisão Integrativa	38
3.4 Caracterização dos artigos conforme síntese panorâmica na revisão integrativa	40
4 CONCLUSÕES	44
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXO A	50

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com o princípio da integralidade, o PSF deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo descuidar da atenção curativa e reabilitadora. [...] Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais (ALVES, 2005, p.49)

O Ministério da Saúde (2004), afirma que a Atenção Básica em Saúde tem como diretrizes promover a reorientação das ações de saúde incentivando às práticas promocionais da saúde; com acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas; a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivados, contribuindo assim com a melhoria da qualidade de vida da população. A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve criar vínculos com as famílias nas comunidades, facilitando o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde.

Baseando-se nas informações de Elias (2004), se fizermos uma viagem pela evolução do Sistema de Saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), observaremos que culturalmente o enfoque sempre foi o doente e a doença, num modelo médico assistencial hospitalocêntrico. Desde o século XX, quem estava doente pagava pelo serviço médico ou procurava instituições de caridade para se tratar. A partir da década de 20 surgiram modelos assistenciais voltados ao trabalhador doente, dando partida a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que contavam com alguma participação do governo na sua gestão. Esses se unificaram na década de 60 no Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões. Paralelamente, existia alguma medida com ações de saúde pública preventiva com vacinações, controle de endemias etc.

Conforme o Ministério da Saúde (2006) somente após o movimento da Reforma Sanitária em fins da década de 70, culminando em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, criou-se o SUS em 1987. Este, por sua vez, com seus princípios, deu a oportunidade à população de acesso à saúde, independente de vínculo empregatício. Também em 1986 foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, em Ottawa no Canadá, que teve como tema central a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, vendo saúde como um recurso para a vida. Em 1988, ocorreu a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde em Adelaide, na Austrália, tendo como tema central as políticas públicas de saúde. Outras conferências se seguiram, tendo sempre o enfoque da promoção da saúde através da prevenção de doenças, ou seja, a detecção dos fatores causadores da doença e sua correção.

Segundo Brasil (1997) *aput* Alves (2005, p.43):

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos.

Sendo uma das integrantes de uma Equipe de Saúde da Família, busco sempre aprimorar meus conhecimentos e minha prática em saúde e prevenção de doenças. Talvez por ser filha de médico e de visitadora sanitária, e ter nascido na área rural do Rio de Janeiro, sempre observei as dificuldades dessa população em receber orientações adequadas em prevenção de doenças. Por questões pessoais durante a faculdade de medicina, fui morar em Belém do Pará, onde iniciei minhas atividades profissionais em 2006, trabalhando na ESF. Logo senti grande atração pelo serviço, por criar vínculos com a comunidade e por ter a oportunidade de acompanhar a evolução clínica dos pacientes, trabalhando com eles educação em saúde. Em 2007 voltei para o Rio de Janeiro, onde mais uma vez procurei me vincular a uma equipe de Saúde da Família.

Nasceram e cresceram assim meus interesses pela ESF e em me dedicar à população rural. Procurando aprofundar meus conhecimentos, em 2008 soube das ações do Plano Diretor em Minas Gerais e do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Procurei contatos com secretarias de saúde de alguns municípios mineiros, conseguindo acesso ao município de Ouro Branco. Logo fui contratada para compor a equipe rural do município onde atuo até hoje. Em 2009 consegui ser aprovada no processo seletivo do referido curso.

Acredito que a reorientação das práticas e ações de saúde, trazendo o enfoque da promoção da saúde por meio da prevenção de doenças, seja o meio para buscar a melhora da qualidade de vida da população. Através da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, busco o aperfeiçoamento profissional a fim de melhor aplicar as ações da Estratégia de Saúde da Família e desenvolver um trabalho mais humano e de maior qualidade nas comunidades em que atuo.

Meu foco na saúde das mulheres, que são as principais frequentadoras das Unidades de Saúde da Família nos locais onde atendo, norteou o trabalho na direção do rastreamento dos cânceres de colo de útero e de mama. Tal fato resultou na pergunta cerne do estudo, definida em: *como a produção de conhecimento sobre rastreamento de câncer de colo de útero e de mama pode contribuir para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família?*

1.1 - Justificativa

Levando em conta a finalidade da ESF como atenção primária em saúde, observando que a consulta médica deve ser a oportunidade de realizar a captação da mulher para o rastreamento de doenças de maior prevalência e curáveis quando diagnosticadas oportunamente, e tendo como área temática principal a saúde da mulher, focamos neste trabalho as recomendações para rastreamento de câncer de colo de útero e de mama. Baseada na distribuição epidemiológica do câncer no Brasil, a Revista Brasileira de Cancerologia (2005) sugere uma transição envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto status sócio-econômico - câncer de mama, e simultaneamente, taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza, como o câncer de colo de útero.

Conforme o Ministério da Saúde (MS) (2004, p5), “A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres.” A redução da mortalidade pelo câncer de mama, ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2002), está associada à detecção precoce por meio da mamografia e à oferta de tratamento adequado. Segundo Dias (2010, p.294), “O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira...” Informação corroborada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2010). Alves (2009, p.1693) diz que “Tem sido observada uma importante redução da mortalidade por esta neoplasia nas últimas décadas em países desenvolvidos, especialmente após a introdução dos programas de rastreamento da doença nas décadas de 1960 e 1970.”

Silva *et al* (2010) descrevem que a mortalidade por câncer cervical no Brasil, de 1981 a 2006, apresentou diferentes tendências nas capitais dos estados em comparação com o interior. Nos municípios do interior do Brasil, as taxas mostraram uma tendência de elevação antes da correção estatística ($\beta = 0.048$; $p < 0.001$), o que se estabilizou após a correção ($\beta = -0.005$; $p = 0.479$). Ao mesmo tempo, as taxas (não corrigidas e corrigidas) nas capitais dos estados mostraram uma tendência de queda; após a correção, essa tendência de queda aumentou ($\beta = -0.187$; $p < 0.001$). A magnitude da correção foi maior no início do período até 1995, o que significa um coeficiente de variação percentual de 48% nas capitais dos estados e de 78% nos municípios do interior, com uma importante redução nos períodos subsequentes, alcançando 27% e 43% respectivamente, em 2002-2006. Em relação à tendência de mortalidade de câncer uterino classificado como “parte inespecífica”, houve uma significativa diminuição nas capitais dos estados ($\beta = -0.127$; $p <$

0.001) e no interior ($\beta = -0.053$; $p < 0.001$) durante o período analisado. Mais importante ainda, essa diminuição foi maior após o início (1998) e na segunda fase (2002) da intensificação do Programa Nacional de Controle de Câncer de Útero, especialmente no interior. (tradução do autor) (Anexo A)

1.2 - Objetivo

Analisar a produção de conhecimento sobre recomendações de rastreamento de câncer de mama e câncer de colo de útero a fim de contribuir para melhoria das práticas na Estratégia Saúde da Família.

1.3 - Metodologia

A elaboração do trabalho foi realizada através de uma revisão bibliográfica integrativa, utilizando-se a base de dados do SciELO, presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através do sítio eletrônico: <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>. As fases percorridas foram: identificação do tema; busca na literatura; categorização e avaliação dos estudos; interpretação dos resultados; e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos.

A amostragem foi do tipo não probabilística, de conveniência, constituída por publicações nacionais e internacionais indexadas sobre a temática. Foram critérios de inclusão a objetividade e a aplicabilidade, assim como, a possibilidade de rastreamento populacional de baixo custo e acesso viável aos gestores e à população brasileira. Adotaram-se como critérios de exclusão cenários cuja aplicabilidade fosse restrita às tecnologias de alto custo e às de difícil acesso para rastreamento em larga escala e em desacordo com a realidade da Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa detalhada na bibliografia e documentação se deu em caráter retrospectivo, considerando os seguintes itens:

- Estudos - científicos (teses, monografias, protocolos, consensos médicos, diretrizes clínicas);
- Idioma - limitador (português, espanhol e inglês);
- Período - de 2001 a 2010;

- Termos de busca – rastreamento, saúde da família, câncer de mama, câncer de colo de útero;
- Relevância - dos artigos ao objetivo proposto e sua relação ao tema a ser estudado;
- Limite - atenção primária à saúde;
- Disponibilidade - física de acesso ao documento.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

2.1.1 - Aspectos epidemiológicos

De acordo com Alves *et al.* (2009), mesmo com o reconhecimento da possibilidade do rastreamento do câncer de colo de útero por meio do exame de Papanicolaou, esse ainda é o segundo câncer mais comum entre as mulheres e em 2005 foi responsável por mais de 250 mil mortes no mundo. Cerca de 80% ocorreram em países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos tem sido observada importante redução da mortalidade após a introdução dos programas de rastreamento da doença nas décadas de 1960 e 1970. Os estudos mostram a redução em países europeus como Finlândia, Islândia, Bélgica, Escócia e Reino Unido, porém, tem sido observado um aumento na sua incidência nas faixas etárias mais jovens. Como exemplo, na Finlândia observou-se um decréscimo na mortalidade pela doença de cerca de 80% no período compreendido entre 1963-1995. Cabe ressaltar que estes países já apresentam um programa de rastreamento organizado há pelo menos três décadas. Essa redução da mortalidade também pôde ser observada nos Estados Unidos e Canadá. Notam-se, entretanto, variações geográficas no continente asiático. Na América Latina, estudos baseados nos dados do GLOBOCAN 2000 mostraram obstáculos para se obter um panorama completamente confiável da doença. Embora muitos dos países já tivessem iniciado seu registro de câncer de base populacional na última década, ainda persistiam dificuldades para a produção de dados com bom nível de qualidade. Foram mostrados também indícios de pequeno declínio do risco de câncer cervical na maioria dos países.

Dias *et al.*(2010), refere que o câncer mais incidente na população feminina brasileira é o câncer de pele não melanoma, seguido do câncer de colo de útero. Foram estimados 18.430 casos novos de câncer do colo do útero e uma taxa de incidência de 19 casos por 100 mil mulheres para 2010. Essa neoplasia representou a quarta causa de morte por câncer em mulheres, com taxa de mortalidade ajustada pela população padrão mundial de 4,71/100 mil mulheres em 2007. Tal patamar tem se mostrado estável nos últimos anos não refletindo, ainda, as ações de controle em curso no Brasil.

Segundo o INCA (2010), o Brasil apresenta grandes variações regionais, sendo mais freqüente na Região Norte com 24,3% com incidência de 39,6 casos por mil, maior que o dobro da média nacional.

Conforme Alves *et al.* (2009), os dados de óbito por câncer de colo de útero no Rio Grande do Sul para o período de 1979-1995 demonstraram aumento. Estudo conduzido em Salvador, Bahia, mostrou declínio na mortalidade pela doença. No Município de São Paulo - SP, entre 1980-1999, foi constatado que a mortalidade por câncer de colo uterino manteve-se estável. No Estado de Minas Gerais, o câncer foi a segunda causa de morte entre mulheres no ano de 2006, sendo precedido apenas pelas doenças do aparelho circulatório. Entre as neoplasias malignas conhecidas, o câncer de colo de útero apresentou-se como a sexta causa de morte no sexo feminino. Em Belo Horizonte - MG, no ano de 2000, a incidência foi de 31,98 casos por 100 mil mulheres.

Silva *et al.* (2010, p.2406), após descrever a evolução da mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil de 1981 a 2006 concluiu que:

Após correção, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero passaram a ocupar o segundo lugar entre os principais cânceres na população feminina até 2005, com tendência decrescente para o país como um todo, queda nas capitais e estabilidade nos municípios do interior. Confirmou-se tendência decrescente nas capitais em todas as regiões do país. Já nos municípios do interior, houve aumento nas regiões Norte e Nordeste, declínio nas regiões Sudeste e Sul e estabilidade no Centro-oeste. A queda observada, mesmo que ainda de forma desigual, começa a se esboçar consistentemente no país. E poderia alcançar resultados ainda melhores com investimento no aumento de cobertura do rastreamento, especialmente entre as populações de maior risco.

2.1.2 - Fatores de risco

O American Cancer Society (ACS) (2010) identifica a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) como o fator de risco mais importante para o câncer cervical. O HPV é um grupo de mais de 100 vírus que podem infectar as células na superfície da pele, genitais, ânus, boca e garganta, durante a relação sexual. Esses vírus são chamados de vírus papiloma, pois alguns deles causam um tipo de crescimento comumente conhecido como verruga. Diferentes tipos de HPV causam verrugas nas diferentes partes do corpo. HPV 6 e o HPV 11 são os dois tipos que causam a maioria dos casos de verrugas genitais. Eles são chamados de tipos de baixo risco do HPV, porque eles raramente são associados ao câncer. Certos tipos de HPV são chamados de tipos de alto risco, pois estão fortemente ligados a cânceres, incluindo o câncer do colo

do útero, vulva e vagina nas mulheres, câncer de pênis em homens, e o câncer anal e oral em homens e mulheres. Acredita-se que uma mulher deva ser infectada pelo HPV antes que nela se desenvolva o câncer cervical. Os tipos de alto risco incluem o HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 e HPV 45, bem como alguns outros. Cerca de dois terços de todos os cânceres cervicais são causados pelos HPV 16 e HPV 18. A infecção por HPV é comum e na maioria das pessoas o corpo é capaz de eliminar a infecção por si só. Às vezes, porém, a infecção não desaparece e se torna crônica. Quando ela é causada pelos tipos de HPV de alto risco, pode causar certos tipos de câncer, como o câncer cervical.

Há também outros fatores de risco enumerados pelo ACS (2010) que são: fumo; imunossupressão; infecção por *Chlamydia trachomatis*; dieta pobre em frutas e vegetais; uso de contraceptivos orais por longos períodos; mulheres que tiveram três ou mais gestações ou menos de 17 anos de idade na primeira gravidez; pobreza; e história familiar positiva, que aumenta de duas a três vezes as chances.

2.1.3 - Vacina

Cabe aqui ressaltar que vacinas contra o HPV estão atualmente disponíveis nas redes particulares e protegem contra os tipos de HPV que mais comumente causam problemas de saúde. Conforme a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2010) existem no Brasil duas vacinas aprovadas pelos órgãos regulatórios com as especificações que se seguem no quadro abaixo.

Quadro 1 – Esquemas de vacinação contra HPV disponíveis no Brasil.

Tipo de vacina	Faixa etária	Número e intervalo de doses
Vacina contra HPV oncogênicos tipos 16 e 18 (Glaxo Smith Kline - GSK)	10 a 25 anos	3 doses (0-1-6 meses)
Vacina quadrivalente recombinante contra HPV tipos 6,11,16 e18 (Merck Sharp Dohme - MSD)	9 a 26 anos	3 doses (0-2-6 meses)

Fonte: FEBRASGO 2010.

Porém, a FEBRASGO destaca ainda que a mulher deva ser orientada sobre o fato de que as vacinas, embora muito eficazes, não dão cobertura a todos os tipos de vírus

associados com o câncer cervical. Dessa forma, oferecem apenas proteção parcial, daí a necessidade de manutenção do exame de Papanicolaou periodicamente, mesmo nas mulheres vacinadas. As vacinas são exclusivamente profiláticas e não apresentam indicação para tratamento de infecção pelo HPV ou lesões HPV pré-existentes. As mulheres imunizadas não correm risco de adquirirem a infecção ou doença. A FEBRASGO recomenda a inclusão da vacina no Programa Nacional de Imunização do Brasil. Recomendando no momento prioridade para mulheres entre 11 e 12 anos de idade e em áreas de rastreamento citológico insuficiente.

2.1.4 - Sintomas

O câncer de útero, de acordo com o Disease Control and Prevention (CDC) (2010), pode causar corrimento vaginal ou sangramento anormal, tanto pela forma com que é apresentado (meno e/ou metrorragia) como por aparecer depois da menopausa.

São sintomas muito inespecíficos e as recomendações que serão apresentadas mais adiante neste trabalho irão corroborar a importância de não se esperar sintomas para procurar evidências da presença de lesões neoplásicas ou pre-neoplásicas.

2.1.5 - Diagnóstico

Com base nos dados disponíveis, o ACS (2002) orienta que o teste padronizado de células esfoliativas do colo do útero (citologia cervical) para o agente causador do câncer do colo do útero pode ter um desempenho diagnóstico aceitável, sendo o primeiro exame a ser realizado.

A paciente não realizando exames de rotina e encontrando-se sintomática, deve ser submetida ao exame ginecológico com realização do exame de Papanicolaou.

2.1.6 - Tratamento

Se as medidas de rastreamento e prevenção não forem suficientes para evitar a doença, tratamentos podem ser instituídos. Segundo o CDC (2010) existem várias formas de tratar o câncer de colo uterino. O tipo de tratamento que a mulher deve receber depende do tipo de câncer cervical e do estadiamento médico. Os tratamentos incluem: cirurgia, onde médico remove o câncer; radioterapia com raios de alta energia (semelhante aos raios X) destinados a parte do corpo onde o câncer está, a fim de tentar matar as células cancerosas e impedir a sua propagação; e quimioterapia, que envolve o uso de drogas para impedir ou retardar o crescimento das células cancerosas.

2.1.7 - Rastreamento

2.1.7.1 - Métodos e ações

De acordo com o INCA (2010, p.16), “o objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero é reduzir sua incidência e mortalidade.”

Pela elevada magnitude e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce, o câncer do colo do útero é considerado uma prioridade da Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil. Em 2006, o câncer do colo do útero foi também priorizado no Pacto pela Saúde dentre as ações de controle propostas em defesa da vida. A inclusão desta temática na agenda pública está presente na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher desde seu lançamento em 1984, na Política Nacional de DST/Aids e na Política Nacional de Atenção Básica ilustrando a transversalidade das ações de controle deste câncer. (Dias, 2010, p.294)

Segundo informações do Ministério da Saúde (2010), com relação às ações desenvolvidas para o controle do câncer de colo do útero no Brasil até a década de 80, pelo sistema público, eram pontuais, vindo a se consolidar na década de 90 com a colaboração do INCA, quando foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU). Em 1996 foi realizado pelo INCA/MS o Projeto Piloto do “Programa Viva Mulher”, culminando em 1998 na 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame citopatológico ou de Papanicolaou.

Neto (2001) refere que no ano de 1998, embasado na orientação da Cancer Care International (CCI), o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (PNCC), onde elegeu o exame citológico de Papanicolaou como método único de rastreamento. "Ver e Tratar" foram também as metas e estimativas para o programa. Definiram-se a estratégia organizacional, as intervenções, os critérios para diagnóstico e as condutas clínicas diante dos resultados dos exames citológicos. Em todo o Brasil, no ano de 1998, segundo estatística do Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde registrou que apenas 550.000 mulheres foram submetidas à coleta da citologia de Papanicolaou por mês. Com o PNCC elevou-se a marca da coleta de exames citológicos para 3,263 milhões em apenas 45 dias. Cabe ressaltar a necessidade da complementação colposcópica e anatomopatológica nos casos com esfregaços citológicos alterados. Deve-se também tornar eficiente a estrutura de nosso Sistema de Saúde com planejamento prospectivo, investimento na educação e na capacitação profissional, além da implantação de infra-estrutura humana e material. Esse é o caminho para programas dessa natureza, até que novas técnicas, menos onerosas e capazes de alcançar grandes populações, se efetivem. Deve haver também um acompanhamento continuado. Com essas ações a qualidade da coleta de esfregaços cervicais e seus resultados apresentarão índices cada vez menores de falhas e se tornarão mais confiáveis. O PNCC foi a primeira iniciativa expressiva do Ministério da Saúde do Brasil no combate ao câncer de colo de útero. Se bem aplicado, o programa tem como resultado a diminuição dos índices de incidência e de mortalidade pelo câncer cervical.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), em 2002, ocorreu a segunda mobilização nacional para detecção precoce da doença, visando captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado tal exame. Após essas duas mobilizações foram consolidadas algumas ações: padronização nacional dos laudos de exames; disseminação da técnica de cirurgia de alta frequência; ampliação da oferta do exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais; e a consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Avanço maior ocorreu com a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Pacto pela Saúde (Portarias GM/MS nº 2.439/2005 e GM 399/06), onde o controle do câncer do colo do útero passou a compor os planos de atuação em saúde em níveis estaduais e municipais. Porém, dificuldades ainda são encontradas como a falta de cadastro adequado das mulheres.

Durante muitas décadas, a citologia, a colposcopia e a histologia constituem o padrão no rastreamento do câncer cervical nos países desenvolvidos. Acredita-se que esses exames sejam perfeitamente adequados à realidade brasileira, tanto pela sua sensibilidade e especificidade, quanto pelo seu custo. Investir na capacitação profissional, em todos os níveis, e em uma estrutura básica permitirá que a citologia ocupe o seu merecido lugar no PNCC.(NETO, 2001, p.214)

Lowy (2010) refere que o exame citopatológico para verificação do câncer cervical (teste de Papanicolaou), primeira tentativa de investigação em massa de um câncer humano maligno, é com frequência apresentado com demonstração não problemática pela facilidade de execução do exame. Na segunda metade do século XX, o rastreamento do câncer cervical se transformou em uma demonstração da validade do princípio da detecção precoce. É intervenção terapêutica de baixo custo – em termos de custo de execução do exame, também em termos de custo quando doença detectada e tratada – eficiente na redução dos danos da malignidade. Sobre as dificuldades de se rastrear doenças malignas, o nível de entendimento profissional deve ser construído no sentido de identificar e eliminar lesões precursoras.

O USPSTF (2003) encontrou evidências pobres para determinar se as novas tecnologias, tais como a citologia em meio líquido, *rescreening* informatizado e um algoritmo de triagem, são mais eficazes do que a seleção convencional de Papanicolaou em reduzir a incidência ou mortalidade por câncer de colo do útero invasivo. A evidência para determinar a sensibilidade e especificidade de novas tecnologias de rastreamento é limitada. Como resultado a USPSTF concluiu que não é possível determinar se os benefícios potenciais de novos dispositivos de detecção em relação aos testes convencionais de Papanicolaou são suficientes para justificar um possível aumento no potencial de danos ou custos.

A FEBRASGO (2010, p.147) relata que “os métodos de pesquisa de DNA-HPV no rastreamento primário têm emergido como uma alternativa economicamente viável para regiões onde o rastreamento citológico é insuficiente.”. Devendo ser utilizado no rastreamento primário para mulheres acima dos trinta anos. A vantagem da pesquisa de DNA-HPV está alicerçada nos pilares: o processamento automatizado das amostras, que é objetivo e de alta sensibilidade; o exame citológico fica restringido de 5 a 10% das mulheres rastreadas; e a ampliação do intervalo dos exames de rastreamento que é segura, levando à otimização dos custos e à conveniência do rastreamento. Porém a FEBRASGO observa ainda que:

Embora possibilitem avanço no rastreamento e controle de tratamento das lesões precursoras do câncer de colo uterino, os métodos de biologia molecular para a detecção de DNA-HPV não devem ser utilizados indiscriminadamente, pois seu uso inadequado pode levar a custos desnecessários e ansiedade por parte do médico e da paciente sem impacto na melhoria do atendimento.

2.1.7.2 - Frequência da realização do exame, idade para início e finalização

De acordo com Roberto Neto (2001), no modelo clássico de rastreamento de neoplasia cervical, vigente nos Estados Unidos da América, as mulheres devem se submeter ao exame citológico desde o início da atividade sexual, repetindo-o anualmente. Já no Canadá recomenda-se a repetição a cada três anos. E na Finlândia a cada cinco anos por todo seu tempo de vida. Esses parâmetros se baseiam na experiência de cada país, segundo suas realidades, após décadas de estudos e aprimoramento.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009), recomenda iniciar o rastreamento com a primeira citologia aos 21 anos independente da idade de início da atividade sexual. Realizar a cada 2 anos até os 29 anos e a cada 3 anos a partir dos 30 anos, se 3 ou mais resultados anteriores normais. A realização do exame pode ser descontinuada se mais de 65 anos com 3 exames consecutivos normais e testes inalterados nos últimos 10 anos.

O American Cancer Society (2010), recomenda primeira citologia 3 anos após início da atividade sexual ou 21 anos, realização anual até os 29 anos, então, a partir dos 30 anos, a cada 2 ou 3 anos se os três últimos exames normais. As mulheres com mais de 70 anos com os 3 últimos exames consecutivos normais e testes inalterados nos últimos 10 anos podem interromper o rastreamento

O United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (2003) recomenda início do rastreio três anos após o início da atividade sexual ou aos 21 anos (o que ocorrer primeiro). Rastreio pelo menos a cada três anos e interromper o rastreamento aos 65 anos quando exames recentes estão normais.

O Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2010), refere que as mulheres devem fazer rastreamento regular iniciando aos 21 anos ou três anos após início da atividade sexual, com intervalos a cada três anos e realizando o último exame aos 64 anos.

A FEBRASGO (2010) recomenda iniciar o rastreamento três anos após início da atividade sexual. Diz que o exame pode deixar de ser realizado a partir dos 70 anos se três exames normais na última década. Com intervalo de três anos após três citologias anuais normais, sendo esse o esquema mais compatível com a nossa realidade. Destaca também situações especiais com recomendação de rastreamento anual: infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); imunossuprimidas (transplantadas de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer, usuárias crônicas de corticosteróides); expostas intra-útero a dietil-etilbestrol; previamente tratadas por lesão intra epitelial de alto grau (NIC) 2 e NIC 3 ou câncer. “Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau devem ser excluídas do rastreamento, desde que tenham 3 exames anteriores normais.”

A estratégia de rastreamento adotada no Brasil é a oferta do exame de Papanicolaou para a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, considerada como de maior risco. É recomendado que as mulheres com vida sexual ativa, especialmente nesta faixa, realizem o exame com periodicidade de três anos após dois resultados normais consecutivos, com intervalo de um ano. (Dias, 2010, p.294)

2.2 - CÂNCER DE MAMA

2.2.1 - Aspectos epidemiológicos

Segundo o Ministério da Saúde (2004, p.5), “A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres.” Batarriira (2005) refere que o câncer de mama é considerado a causa mais freqüente de morte em mulheres em países desenvolvidos.

Gebrim e Quadros (2006) referem que atualmente o câncer de mama é um problema de saúde pública, não só em países em desenvolvimento, como o Brasil, mas também em países desenvolvidos, como Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Isso se deve à dificuldade da prevenção primária em eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras, observando-se como conseqüência aumento significativo na incidência e na mortalidade, decorrentes desta neoplasia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) observou que nas décadas de 60 e 70 houve um aumento de dez vezes nas taxas de incidência por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Tal aumento pode ser explicado, em parte, por alterações nos hábitos reprodutivos, como postergação do primeiro parto, e nutricionais considerando que a obesidade eleva o risco de câncer na pós-menopausa.

O Ministério da Saúde, (2002 *apud* Ministério da Saúde, 2004) diz que internacionalmente, tem-se observado em alguns países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade. O que pode ser explicado pela detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e da oferta de tratamento adequado. No caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, ao retardo no diagnóstico e na instituição de tratamento adequados. Além disso, o câncer de mama é a primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando uma variação percentual relativa de mais de 80% em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000.

Segundo Gebrim e Quadros (2006), o Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde estimou que, para uma população feminina de cerca de 93 milhões, ocorreram

48.930 casos em 2006, com incidência de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Tanto a incidência como a taxa bruta de mortalidade vem apresentando aumento significativo nas últimas décadas, com crescimento de 76% entre os anos de 1979 e 2004, passando de 5,7 para 10,1 mortes por 100.000 mulheres.

Informações Ministério da Saúde (2004), processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostraram que na década de 90 o câncer de mama foi o mais freqüente no país. São Paulo, Distrito Federal e Porto Alegre apresentaram as maiores taxas de incidência.

Gebirim (2009) refere que o Brasil tem carência de estudos dessa natureza por falta de dados coletados ou imprecisão dos mesmos. Em geral, há pouca importância por parte dos profissionais no preenchimento dos prontuários e ausência ou dificuldade de padronizar dados e condutas. O custo do tratamento médico para o câncer de mama é crescente em todo mundo, o que nem sempre é acompanhado da redução mensurável da mortalidade.

2.2.2 - Fatores de risco

Segundo Willey e Cocilovo e (2007), definir o risco de um paciente de câncer de mama é uma tarefa desafiadora. Muitos fatores têm sido implicados na etiologia do câncer de mama e quantificá-los é difícil. As pacientes que estão em risco muito elevado de desenvolver câncer de mama são portadoras de mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2; aquelas com uma história pessoal de hiperplasia ductal atípica ou carcinoma lobular in situ, ou com história familiar associada; pessoas que sofreram exposição à radiações significativas; e aquelas com uma história familiar de uma mutação no gene BRCA1 ou BRCA2.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama conforme o MS (2004) os grupos descritos no quadro a seguir.

Quadro 2 – Grupos populacionais de mulheres com risco elevado para câncer de mama.

Faixa etária	História familiar ou diagnóstico prévio
Abaixo dos 50 anos de idade	Pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama.
Em qualquer faixa etária	Pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário.
Em qualquer faixa etária	Câncer de mama masculino.
Em qualquer faixa etária	Diagnóstico histopatológico prévio de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Fonte: Ministério da saúde 2004.

O CDC (2010) enumera como fatores de risco: idade avançada; menarca muito jovem; menopausa em idade avançada; primípara em idade avançada; nunca ter gestado; não ter amamentado; história pessoal de câncer de mama ou de alguma patologia de mama não cancerosa; história familiar de câncer de mama (mãe, irmã, filha); tratamento com terapia de radiação; estar acima do peso (aumenta o risco de câncer de mama após a menopausa); uso em longo prazo da terapia de reposição hormonal (estrogênio e progesterona combinados); ter mudanças nos genes relacionados ao câncer de mama BRCA1 ou BRCA2; usar pílulas anticoncepcionais; consumo de álcool (mais de um drinque por dia); não praticar exercícios regulares.

2.2.3 - Sintomas

O CDC (2010) refere que diferentes pessoas têm diferentes quadros de alerta para câncer de mama. Algumas pessoas não têm quaisquer sinais ou sintomas. Uma pessoa pode descobrir que tem câncer de mama após uma mamografia de rotina. Alguns achados levam a suspeita e são: nova massa na mama ou axila; espessamento ou inchaço de uma parte da mama; irritação ou ondulações na pele do peito; vermelhidão ou pele escamosa no mamilo ou área do peito; dor na área do mamilo; bico de descarga além do leite materno, incluindo o sangue; qualquer alteração no tamanho ou a forma da mama; dor em qualquer área da mama. O CDC observa que alguns desses sinais podem acontecer com outras condições que não são câncer.

2.2.4 - Diagnóstico

Segundo o American Cancer Society (2010), embora o câncer de mama seja comumente encontrado depois que os sintomas aparecem, muitas mulheres com câncer de mama em estágio inicial não apresentam qualquer achado ou queixa. Por isso o rastreamento é recomendado antes do aparecimento dos sintomas. Principalmente se algo suspeito for encontrado durante um exame de clínico. Os exames de imagem como mamografia, ultrassonografia, ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada podem ser utilizados para criar imagens do interior do corpo. Esses exames de imagem são solicitados à critério do médico e podem ser feitos por inúmeras razões, inclusive para ajudar a descobrir se há uma área suspeita de ser cancerígena, para descobrir quanto o câncer pode ter se espalhado e para ajudar a determinar se o tratamento está funcionando.

2.2.5 - Tratamento

O câncer de mama pode ser tratado de várias formas. O CDC (2010) diz que depende do tipo de câncer de mama e quão longe ele se espalhou. Os tratamentos incluem cirurgia removedora; quimioterapia; terapia hormonal; terapia biológica que trabalha com o sistema imunológico; e radioterapia.

2.2.6 - Rastreamento

2.2.6.1 - Métodos e ações

O estudo de Gebrim (2009) mostra a importância do rastreamento mamográfico e a necessidade da conscientização dos profissionais da área de saúde, no intuito de aprimorar a coleta de dados e conhecer e monitorizar a incidência das neoplasias malignas e variáveis clínico-epidemiológicas, detectando mudanças no perfil de incidência temporal do câncer e a efetividade terapêutica.

Segundo Batarrrira (2005), a mamografia é considerada a técnica de diagnóstico do câncer mais utilizada mundialmente. Durante as últimas décadas vem se adotando programas de base populacional em distintos países, com estudos específicos que avaliaram que praticamente todas as sociedades implantaram programas de detecção, tentando alcançar uma participação o mais próximo possível de 100%. O efeito desses programas pode ser observado por diferentes perspectivas, destacando-se que graças às dinâmicas de captação tem se conseguido despencar as diferenças de utilização da mamografia nas mulheres dos distintos níveis socioeconômicos, como pode ser observado em sucessivas pesquisas.

Grebrim e Quadros (2006) dizem que a ampla divulgação da importância do diagnóstico precoce, feita por meios de comunicação, modificou os conceitos de que falta de conscientização e medo de câncer eram os principais responsáveis pelo grande número de mulheres com tumores avançados no Brasil. O desconhecimento de que a neoplasia é rara antes dos 35 anos e as constantes exposições na mídia de mulheres jovens com a doença vêm acarretando cancerofobia em jovens. O que leva a um acúmulo de pacientes sem doença nos Centros de Referência, muitas vezes com mais de uma mamografia realizada precocemente sem necessidade, com achados negativos ou benignos. Tal fato prejudica as mulheres mais idosas, muitas com doença clínica, que aguardam atendimento por muitos meses. Apesar dos esforços para aumentar o número de mamógrafos para se detectar tumores não palpáveis, o tempo médio entre diagnóstico e início do tratamento das pacientes com tumores palpáveis supera 120 dias. O atendimento da rede primária é deficiente: faltam diretrizes; treinamento; e acesso rápido para o primeiro atendimento. O médico, muitas vezes, solicita exames desnecessários, que oneram e sobrecarregam os Centros de Referência. Os dados revelaram grande número de casos com encaminhamentos e exames desnecessários, mostrando a necessidade da realização de cursos de capacitação para os médicos que atuam na rede primária. Por outro lado, o atendimento resolutivo abreviou o período de ansiedade daquelas pacientes cancerofóbicas. Dentre as causas de encaminhamento observaram-se alterações não palpáveis (25%), fibroadenomas (18%) e cistos (15%), correspondendo os carcinomas a apenas 7% do total de pacientes atendidas.

2.2.6.2 - Frequência da realização do exame, idade para início e finalização

Feig (2006) refere que o rastreio através da mamografia a partir dos 40 anos é recomendado pela American Cancer Society (2010) com exames anuais. Não estipula qualquer limite máximo de idade para além da qual a seleção não deve mais ser realizada. Pelo contrário, a ACS afirma que a triagem deve continuar enquanto a mulher está com saúde.

O United States Preventive Services Task Force (2009) recomenda o rastreamento através da mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 74 anos e não há recomendação de continuar realizando a mamografia após 75 anos.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (2003) recomenda mamografia a cada 1-2 anos após os 40, anualmente após os 50 anos e exame clínico da mama anual para todas as mulheres como parte do exame físico. O autoexame é recomendado, apesar da falta de dados definitivos a favor ou contra.

O American College of Radiology and Society of Breast Imaging (2011) recomenda iniciar o rastreamento aos 40 anos.

Grebrim e Quadros (2006) dizem que a diretriz preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos e rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69 anos. Nas mulheres de alto risco preconiza-se exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos.

A FEBRASGO (2010) apresenta como referência para rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo as informações apresentadas nos quadros 3 e 4, conforme risco.

Quadro 3 – Rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo e risco normal.

População-alvo	Periodicidade do exame de rastreamento
20 a 40 anos	Exame clínico a cada 1 a 3 anos e auto-exame periódico.
Acima de 40 anos	Exame clínico anual; mamografia anual; auto-exame periódico.

Fonte: FEBRASGO 2010.

Quadro 4 – Rastreamento de pacientes assintomáticas e com exame físico negativo e risco aumentado por história familiar para câncer de mama ou ovário.

População-alvo	Periodicidade do exame de rastreamento
Até os 24 anos	Exame clínico anual e auto-exame periódico.
Acima dos 24 anos	Exame clínico semestral ou anual e mamografia anual ou 5 a 10 anos antes da menor idade do caso de câncer familiar.

Fonte: FEBRASGO 2010.

O Ministério da Saúde (2004) percebeu em 2003 a necessidade de se definir estratégias para o controle do câncer de mama no Brasil. Em parceria com o Instituto Nacional de Câncer e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, realizou-se uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama. As informações que se seguem no quadro 5 são referentes a essa discussão e apontam possíveis estratégias que devem ser utilizadas.

Quadro 5 – Recomendações do Ministério da Saúde para a detecção precoce do câncer de mama.

População-alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
A partir dos 35 anos	Exame clínico da mama e mamografia anual para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.
A partir dos 40 anos	Exame clínico da mama realizado anualmente.
Entre 50 e 69 anos	Mamografia, com o máximo de dois anos entre os exames;

Fonte: Ministério da saúde 2004.

O Ministério da Saúde destaca ainda que deve haver garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

3 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da revisão integrativa se deu com a descrição sintetizada dos conhecimentos apresentados nos artigos encontrados, seguindo com a descrição daqueles excluídos do processo de revisão integrativa, e por fim, foi analisada a aproximação dos resultados incluídos com o questionamento norteador.

3.1 - Caracterização dos artigos encontrados

Os registros sobre câncer de colo de útero no Scielo totalizaram 17 conforme termos de busca utilizados. Na tabela 1 verifica-se o total de estudos encontrados na busca realizada, conforme periódicos.

Tabela 1 – Número de artigos sobre câncer de colo de útero encontrados no Scielo segundo periódicos.

Scielo	N
Brazilian Journal of Microbiology	1
Caderno de Saúde Pública	5
Ciência e Saúde Coletiva	1
Epidemiologia e Serviço de Saúde	1
História Ciência e Saúde - Manguinhos	1
Interface – Comunicação Saúde Educação	1
Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial	1
Revista da Associação Médica Brasileira	1
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	3
Revista Panamericana de Saúde Pública	1
São Paulo Medical Journal	1
Total	17

Fonte: Scielo. Acesso em 2011.

Quanto aos anos de publicações dos artigos selecionados, observou-se que o período inicia-se em 2000, e finaliza no ano de 2010, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Número de artigos sobre câncer de colo de útero encontrados no Scielo segundo ano de publicação.

Ano de publicação	Nº de estudos	%
2000	1	5,5
2001	1	5,5
2002	1	5,5
2004	2	11
2005	2	11
2007	1	5,5
2008	2	11
2009	2	11
2010	5	30
Total	17	100

Fonte: Scielo. Acesso em 2011.

Nota-se que apesar e haver nesta revisão integrativa trabalhos datados desde 2000, a discussão do tema vem ampliando lentamente, com intensificação em 2010, o que reforça a idéia de que há uma preocupação crescente com a temática, no intuito de melhorar os serviços prestados.

Analisando essa tabela, percebe-se que nos anos de 2008 a 2010 foi identificado o maior número de publicações referentes ao assunto, 52% (n=09) indicando o crescimento do interesse no assunto. A concentração de estudos nesse intervalo de tempo os caracteriza como elaborados a menos de 02 anos.

Em relação ao Câncer de Mama, os foram totalizados 20 registros conforme termos de busca utilizados. Na tabela 3 verifica-se o total de estudos encontrados na busca realizada, conforme periódicos.

Tabela 3 – Número de artigos sobre câncer de mama encontrados no Scielo segundo periódicos.

Scielo	N
Caderno de Saúde Pública	1
Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial	1
Radiologia Brasileira	3
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	7
Revista da Associação Médica Brasileira	4
Revista Espanhola de Salud Pública	1
Revista Latino Americana de Enfermagem	1
Revista panamericana de Saúde Pública	1
Total	20

Fonte: Scielo. Acesso em 2011.

Quanto aos anos de publicações dos artigos selecionados, observou-se que o período de publicação inicia-se em 1998 e finaliza no ano de 2011, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 – Número de artigos sobre câncer de mama encontrados no Scielo segundo ano de publicação.

Ano de publicação	Nº de estudos	%
1998	1	5
2002	1	5
2003	3	15
2004	2	10
2005	2	10
2006	5	25
2007	1	5
2008	1	5
2009	3	15
2010	1	5
Total	20	100

Fonte: Scielo. Acesso em (anos)

Nota-se que apesar e haver nesta revisão sistemática trabalhos datados de 1998, a discussão do tema vem ampliando lentamente, de forma irregular. O que reforça observação feita ao longo do trabalho de que, a pesar de uma preocupação crescente com a temática, muito ainda há de ser estudado, no intuito de melhorar os serviços prestados.

Analisando essa tabela, percebe-se que nos anos de 2006 a 2010 foi identificado o maior número de publicações referentes ao assunto, 55% (n=11) indicando o discreto crescimento do assunto. A concentração de estudos nesse intervalo de tempo os caracteriza como elaborados a menos de 05 anos.

A partir dos 37 artigos localizados, foram selecionados aqueles cujo conteúdo colocava o rastreamento de câncer de colo de útero e de mama na atenção primária como foco do artigo ou como uma de suas questões centrais de análise. Posteriormente, foram identificados 26 artigos que não se enquadravam com os limites preestabelecidos e, assim, foram descartados.

Dos 11 artigos selecionados, a Revista Brasileira de Ginecologia apresentou a maior quantidade de publicações, totalizando quase 30% (n=3).

Após avaliação dos títulos, leitura dos resumos e análise dos artigos integralmente, verificou-se que 30% (n=11) apresentaram pertinência a questão norteadora da pesquisa. Os artigos excluídos na revisão integrativa perfizeram 70% (n=26)

3.2 - Caracterização dos Artigos Excluídos na Revisão Integrativa

Em relação aos artigos excluídos, observa-se sua descrição no Quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição de artigos excluídos da revisão integrativa.

<i>Id</i>	Autor	Título	Periódico	Ano
<i>E1</i>	FONSECA, L. A. M.; RAMACCIOTTI, A. S; ELUF NETO, J.	Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999	Cad. Saúde Pública	2004
<i>E2</i>	VALE, D. B. A. P.; MORAIS, S. S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C.	Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil	Cad. Saúde Pública	2010
<i>E3</i>	KALAKUN, L.; BOZZETTI, M. C.	A evolução da mortalidade por câncer de colo de útero entre 1979 e 1998 no Rio Grande do Sul, Brasil	Cad. Saúde Pública	2005
<i>E4</i>	ZUBEN, M. V. V.; DERCHAIN, S. F.; SARIAN, L. O.; WESTIN, M. C.; THULER, L. C. SANTOS; ZEFERINO, L. C.	Impacto de uma intervenção comunitária na melhoria da cobertura de um programa de rastreamento para câncer do colo do útero na região amazônica brasileira	Sao Paulo Med. J.	2007
<i>E5</i>	FERNANDES, T. A. A. M.; MEISSNER, V.; BEZERRA, L. F.; AZEVEDO, P. R. M.; FERNANDES, J. V.	Infecção por papilomavírus humano em mulheres atendidas em um serviço de prevenção ao câncer do colo do útero em Natal, Brasil	Braz. J. Microbiol.	2008
<i>E6</i>	TUCUNDUVA, L. T. C. M.; SÁ, V. H. L. C.; KOSHIMURA, E. T.; PRUDENTE, F. V. B.; SANTOS, A. F.; SAMANO, E. S. T.; COSTA, L. J. M.; DEL GIGLIO, A.	Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer	Rev. Assoc. Med. Bras.	2004
<i>E7</i>	MENDONÇA, V. G.; GUIMARÃES, M. J. B.; LIMA FILHO, J. L.; MENDONÇA, C. G.; MARTINS, D. B. G.; CROVELLA, S.; ALENCAR, L. C. A.	Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero	Rev. Bras. Ginecol. Obstet	2010

<i>Id</i>	Autor	Título	Periódico	Ano
<i>E8</i>	AMARAL, R. G.; MARINQUE, E. J. C.; GUIMARÃES, J. V.; SOUSA, P. J.; MIGNOLI, J. R. Q.; XAVIER, A. F.; OLIVEIRA, A.	Influência da adequabilidade da amostra sobre a detecção das lesões precursoras do câncer cervical	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2008
<i>E9</i>	TABORDA, WI. C.; FERREIRA, S. C.; RODRIGUES, D.; STÁVALE, J. N.; BARUZZI, R. G.	Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central	Rev Panam Salud Publica	2000
<i>E10</i>	PINHO, A. A.; MATTOS, M. C. F. I.	Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero	J. Bras. Patol. Med. Lab.	2002
<i>E11</i>	SILVA, I. T.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L.	Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2009
<i>E12</i>	JUNQUEIRA, P. A. A.; FONSECA, A. M.	Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil)	Rev. Assoc. Med. Bras.	2003
<i>E13</i>	FREITAS JUNIOR, R.; OLIVEIRA, E. L. C.; MARINHO, E. R.; ZAMPRONHA, R. ARAÚJO C.; PEREIRA, R. J.; SOARES, F. A.	Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil)	Rev. Assoc. Med. Bras.	2003
<i>E14</i>	GODINHO, E. R.; KOCH, H. A.	Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico	Radiol Bras	2004
<i>E15</i>	MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.	Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2006
<i>E16</i>	TIEZZI, D. G.	Cirurgia conservadora no câncer de mama	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2007
<i>E17</i>	CINTRA, J. R. D.; GUERRA, M. R.; BUSTAMENTE-TEIXEIRA, M. T.	Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante	Rev. Assoc. Med. Bras	2008

<i>Id</i>	Autor	Título	Periódico	Ano
<i>E18</i>	GUERRA, M. R.; MENDONÇA, G. A. S.; BUSTAMENTE-TEIXEIRA, M. T.; CINTRA, J. R. D.; CARVALHO, L. M.; MAGALHÃES, L. M. P. V.	Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil	Cad. Saúde Pública	2009
<i>E19</i>	MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.	Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2010
<i>E20</i>	BENVENISTE, A. P. A.; FERREIRA, A. H. P. G.; AGUILLAR, V. L. N.	Dupla leitura no rastreamento mamográfico	Radiol Bras	2006
<i>E21</i>	TUCUNDUVA, L. T. C.M.; SÁ, V. H. L. C.; KOSHIMURA, E. T.; PRUDENTE, F. V. B.; SANTOS, A. F.; SAMANO, E. S. T.; COSTA, L. J. M.; DEL GIGLIO, A.	Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer	Rev. Assoc. Med. Bras.	2004
<i>E22</i>	KEMP, C.; ELIAS, S.; GEBRIM, L. H.; NAZÁRIO, A. C. P.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R.	Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2005
<i>E23</i>	MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.	Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2006
<i>E24</i>	ALVARENGA, M.; COTTA, A. C.; DUFLOTH, R. M.; SCHIMITT, F. C. L.	Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos	J. Bras. Patol. Med. Lab.	2003
<i>E25</i>	GODINHO, E. R.; KOCH, H. A.	O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama"	Radiol Bras	2002

<i>Id</i>	Autor	Título	Periódico	Ano
<i>E26</i>	CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. M. O.; ROTSTEIN, S.; GEBRIM, L. H.; REIS, A. F. F; PADILHA, L. D.	Rastreamento de metástases no pré- operatório do câncer de mama	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	1998

Após análise dos artigos buscando os objetivos do trabalho, percebeu-se que os artigos excluídos se enquadraram em dimensões que diferiram entre si e entre a proposta do trabalho.

Dez desses artigos apresentavam estudos muito localizados, de regiões ou municípios específicos, sem abordagem a aspectos epidemiológicos ou taxas de incidência ou mortalidade nacionais. Sete outros fugiam do enfoque do trabalho por não falar sobre rastreamento, mas sobre estadiamento e tratamentos após diagnóstico da neoplasia referida (câncer de colo de útero ou de mama). Cinco falam sobre avaliação do conhecimento de profissionais sobre o assunto. Três referem ao serviço privado, com abordagens que nem sempre podem ou devem ser empregadas para rastreamento populacional geral, por onerar o sistema sem aumentar significativamente a eficácia. Um relaciona custo de rastreamento com período fisiológico, o que restringiu muito a amostragem.

3.3 - Caracterização dos Artigos Incluídos na Revisão Integrativa

Os artigos incluídos foram estudados de modo a extrair de cada um as concepções e respectivas características sobre o rastreamento de câncer em Saúde da Mulher, as quais foram discutidas a luz do referencial que embasa o estudo, que se refere à saúde da mulher e prevenção dos cânceres de colo de útero e mama.

Foram incluídos na revisão artigos que apresentaram dados numéricos sobre aspectos epidemiológicos, taxas de incidência e mortalidade dos referidos cânceres, tanto nacionalmente, quanto mundialmente. Alguns, inclusive, caracterizando diferenciações de tais taxas por região do Brasil. Há destaque também sobre a pouca importância por parte dos profissionais no preenchimento dos prontuários, levando muitas vezes à ausência ou à dificuldade de padronizar dados nacionais. A dificuldade

encontrada pelas equipes envolvidas na prevenção primária em eliminar fatores de risco ou diagnosticar e tratar lesões precursoras desses cânceres também influenciou na escolha dos artigos. Os fatores de risco, os métodos e ações de rastreamento recomendados nos textos incluídos se mostraram os mais eficazes e de melhor aplicação na população.

A amostra definitiva dos artigos incluídos para a revisão integrativa foi, portanto, de 11 artigos apresentados a seguir no Quadro 7.

Quadro 7 – Distribuição de artigos incluídos da revisão integrativa

<i>Id</i>	Autor	Título	Periódico	Ano
11	SILVA, G. A.; GIRIANELLI, V.R.; GAMARRA, C. J.; BUSTAMANTE- TEIXEIRA, M. T.	Evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1981-2006	Cad. Saúde Pública	2010
12	ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J.; BARACAT, E. C.	Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2001
13	ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R. R.	Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005	Cad. Saúde Pública	2009
14	DIAS, K. M. B.; GLAUCIA, J; ASSIS, T. M.	Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006.	Epidemiol. Serv. Saúde.	2010
15	LOWY, I.	Câncer, mulheres e saúde pública: a história do exame para câncer cervical	Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos,	2010
16	ALVES, V. S.	Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	2005
17	OLIVEIRA. C.M; CASANOVA, A. O.;	Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica.	Ciênc. saúde coletiva.	2009
18	GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A.	Rastreamento do câncer de mama no Brasil	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2006
19	GEBRIN, L. H.	Rastreamento para câncer de mama e estadiamento	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2009

<i>Id</i>	Autor	Título	Periódico	Ano
110	BATARRITA, J. S.	Mamografía y Deteccion Precoz Del Cancer de Mama	Rev. Esp. da Salud Pública	2005
111	FEIG, S. A.	Screening Mammography: a Successful Public Health Initiative	Rev Panam Salud Publica	2006

Os estudos incluídos podem ser agrupados nas seguintes dimensões:

Discussões sobre câncer de colo de útero correspondendo a aproximadamente 60% (n=7). Discussões sobre câncer de mama correspondendo a aproximadamente 40% (n=4).

Assim nota se que a maioria 60% (n=7) faz menção ao rastreamento do câncer de colo de útero, evidenciando maior discussão do tema associado a melhoria dos serviços prestados na atenção básica com relação a essa patologia.

3.4 - Caracterização dos artigos conforme síntese panorâmica na revisão integrativa

Os dados do quadro 8 apresentam uma síntese de todos os estudos incluídos na pesquisa.

Quadro 8 – Síntese panorâmica dos artigos incluídos para revisão integrativa conforme escopo e resultado.

<i>Id.</i>	Escopo	Resultado
11	O estudo objetivou descrever a evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, entre 1981-2006. Foi efetuada correção da mortalidade por esse câncer com base na redistribuição proporcional dos óbitos por câncer do útero, "porção não especificada". A tendência temporal foi avaliada por meio de regressão linear simples.	O estudo mostrou que as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero passaram a ocupar o segundo lugar entre os principais cânceres na população feminina até 2005, com tendência decrescente para o país como um todo, queda nas capitais e estabilidade nos municípios do interior. Os índices de mortalidade por câncer cervical seguem padrões diferentes de acordo com as regiões geográficas do país, refletindo

11		indiretamente a relação entre o padrão sócio-econômico nessas regiões. Nos municípios do interior, mostrou aumento nas regiões Norte e Nordeste, declínio nas regiões Sudeste e Sul e estabilidade no Centro-oeste. Mostrou que os resultados poderiam ser melhores com investimento no aumento de cobertura do rastreamento, especialmente entre as populações de maior risco.
12	Avalia uma amostra populacional incluída no rastreamento proposto pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC), comparando seus resultados com resultados anatomopatológicos de biópsias colposcopicamente dirigidas.	Sugere que o rastreamento deve ser mais freqüente em grupo de mulheres jovens, em função do aumento na incidência de lesões de alto grau entre as pacientes com 20 a 34 anos de idade. Alerta para a necessidade da complementação colposcópica e anatomopatológica nos casos com esfregaços citológicos alterados, principalmente em regiões, onde a qualidade dos exames citológicos da rede pública, de forma geral, pode e deve ser questionada.
13	Foi avaliada a tendência da mortalidade por câncer cervical no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período compreendido entre 1980-2005. Os dados demográficos e de mortalidade disponíveis na página da Internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foram utilizados para estimar a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero e útero porção não especificada no local e período considerados.	Foi observada tendência de queda da mortalidade pela doença, que sugere melhoria no acesso a métodos de diagnóstico e tratamento oportunos e adequados em Minas Gerais nos últimos anos, embora a cobertura do rastreamento ainda seja insatisfatória.
14	Apresenta uma análise de dados do Siscolo, no Brasil e regiões. Foram analisados dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) no Brasil, por regiões, de 2002 a 2006.	Revela que a oferta do exame é aquém da necessidade e com periodicidade menor que a recomendada, além de problemas na qualidade dos dados, percentual elevado de ASC-US e de amostras insatisfatórias. Mostra que as questões identificadas são passíveis de correção mediante ampliação e qualificação da atenção básica e do monitoramento da qualidade dos laboratórios. Que é importante investir na qualidade dos dados no Siscolo e otimizar seu uso gerencial para aperfeiçoar as ações de rastreamento.

Id.	Escopo	Resultado
15	O presente artigo analisa a história inicial do teste de Papanicolau e as condições de sua transformação num exame de rotina. Analisa também as conseqüências da difusão da técnica, as controvérsias a esse respeito, a modelagem articulada do teste diagnóstico e da doença câncer cervical e a problemática aplicação a outros cânceres das lições aprendidas com o exame de tumores cervicais.	Conclui que a drástica diminuição da mortalidade por câncer de colo de útero está atribuída à generalização do rastreamento. E ainda que com as dificuldades práticas para o rastreamento de malignidades, o entendimento profissional sobre câncer é moldado pela aspiração de eliminar lesões pré-neoplásicas.
16	O ensaio tem o objetivo de refletir sobre as práticas de educação em saúde no contexto do PSF. Pretende-se apreciar a assimilação do princípio da integralidade nessas práticas e, desta maneira, contribuir para o debate sobre os alcances e limites da estratégia do PSF para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Realiza uma revisão histórica das práticas de educação em saúde e dos discursos sanitários a elas subjacentes, que são reconstituídas as racionalidades determinantes de tais práticas.	Na conjuntura atual da política de saúde brasileira, o PSF tem desempenhado papel estratégico para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo hegemônico de educação em saúde é, em sua essência, divergente do princípio da integralidade, caracterizado e discutido em comparação a um modelo de práticas de educação em saúde emergente, denominado neste ensaio de modelo dialógico, cuja lógica manteria coerência com a integralidade da atenção.
17	O artigo pretende apontar as possibilidades de articulação dos princípios norteadores da vigilância da saúde com as práticas desenvolvidas na atenção básica, entendendo sua importância como um caminho fértil para consolidação dos ideais do Sistema Único de Saúde.	Mostra que o importante é que as ações de saúde tenham como referência os interesses dos usuários em suas realidades, que não são fragmentadas, mas sim resultantes de um mesmo encadeamento de determinantes sociais, políticos, culturais, ambientais, entre outros.
18	Apresenta as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil em 2003. Mostra que o câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico desde que diagnosticado e tratado precocemente. Faz a comparação de normas de auto-exame do Brasil com países desenvolvidos. Mostra a contribuição a médio e longo prazo para o efeito multiplicador de ações integradas e resolutivas, no ensino e capacitação de médicos especialistas, voltados para a realidade de cada estado brasileiro.	A prioridade deve ser investimento em programas de capacitação médica. Também a hierarquização e a garantia de acesso rápido aos centros secundários e terciários para atendimento resolutivo, propiciando condições de fluxo efetivo para o rastreamento da doença, objetivando em médio prazo uma efetiva redução da mortalidade do câncer.

Id.	Escopo	Resultado
19	Trata-se de um estudo retrospectivo com o objetivo de avaliar a distribuição dos casos de câncer de mama em diferentes estágios clínicos no período compreendido entre 1989 e 2003. Mostra que o Brasil apresentava carência de estudos, por falta de dados coletados ou imprecisão dos mesmos. A pouca ênfase atribuída à coleta dos dados, e a ausência ou dificuldade de padronização contribuiu para que profissionais da área da Saúde não dessem tanta importância ao preenchimento dos prontuários e à inclusão de dados significativos de determinada neoplasia. Pela inexistência de um programa nacional de rastreamento populacional, cada localidade vinha desenvolvendo ações isoladas (rastreamento oportunístico).	Mostrou que a avaliação periódica do estadiamento das neoplasias é fundamental para se avaliar a eficácia dos programas de detecção precoce. O estudo revela a importância do rastreamento mamográfico, ainda que oportunístico, registrando também a necessidade da conscientização dos profissionais da área Saúde, visando aprimorar a coleta de dados, e para conhecer e monitorizar a incidência das neoplasias malignas e variáveis clínico-epidemiológicas, detectando mudanças no perfil de incidência temporal do câncer e a efetividade terapêutica.
110	Apresenta a mamografia como a técnica diagnóstica mais utilizada mundialmente. Mostra que com a implantação dos programas de detecção precoce se atinge parte dos objetivos de aumentar a qualidade e a esperança de vida das mulheres com câncer de mama.	Mostra que em breve, novas técnicas de diagnóstico por imagem podem vir a superar a qualidade da mamografia. A mamografia digital já está disponível porém não está suficientemente difundida. Pois exige maior conhecimento de informática e aprendizagem ou adaptação por parte dos funcionários nas unidades de exame.
111	Faz uma revisão na capacidade do rastreamento através da mamografia em reduzir as taxas de morte por câncer de mama e discute os métodos capazes de maximizar os benefícios e reduzir as interpretações de falso positivo nos programas de rastreamento. Apresenta resultados sobre os rastreamentos mamográficos em Europa e América do Norte. Considera as recomendações do American College of Radiology e do American Cancer Society.	Conclui que há muitas razões para acreditar que o rastreamento através da mamografia é capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama em todo o mundo. O risco da exposição à radiação é mínimo se comparado aos benefícios desse rastreamento.

4 - CONCLUSÃO

Através do trabalho apresentado, podemos observar que o assunto é amplamente estudado e não está esgotado. Notamos a importância de implantação de programas que façam busca ativa tentando captar o maior número possível de pacientes para a realização dos exames de rastreamento. Pacientes com lesões detectadas nas fases iniciais e curáveis, tanto do câncer de mama quanto do câncer de colo de útero, podem ser tratadas adequadamente, não só proporcionando melhor qualidade de vida como também evitando mortes precoces e contribuindo para o aumento da expectativa de vida da mulher.

Há recomendações efetivas a serem adotadas e as evidências apresentadas indicam que as orientações do Ministério da Saúde mostram-se adequadas em termos de efetividade para a realidade do Brasil, desde que o programa seja implantado adequadamente.

Durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi evidenciado que a ESF tem em seus objetivos a busca por proporcionar melhor qualidade de vida à população, o que pode ser alcançado através da prevenção das doenças. Através de um bom trabalho de equipe, a ESF pode atuar buscando ativamente as pacientes, seguindo as recomendações apresentadas. Com certeza, assim estará efetivamente trabalhando na prevenção dessas doenças.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>

Acessado em 09/04/2011.

ALVES, C.M.M.; GUERRA, M.; BASTOS, R.R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005 **Cad. Saúde Pública** v.25 n.8, Rio de Janeiro. Agosto, 2009.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800005&lng=pt>

Acessado em 09/04/2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer** Atlanta. 2002

Disponível em: <<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/52/6/342?ijkey=cb684ea10f681dd39c6832acbe25c19cd7ea94c4>>

Acessado em 13/05/2011

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast Cancer**. Atlanta, 2010.

Disponível em: <www.cancer.org/acs/groups/cid/documentes/webcontens/003090-pdf.pdf>

Acessado em 21/04/2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Can cervical cancer be prevented?** Atlanta, 2010.

Disponível em: <<http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-prevention>>

Acessado em 21/04/2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **What are the risk factors for cervical cancer?** Atlanta, 2010.

Disponível em: <<http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-risk-factors>>

Acessado em 21/04/2011.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Breast cancer screening**. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); abril, 2003 12 p.

Disponível em : <<http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=3990>>

Acessado em: 21/04/2011.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **New ACOG Cervical Cancer Screening Recommendations**. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); Nov, 2009.

Disponível em: <http://www.acog.org/departments/dept_notice.cfm?recno=20&bulletin=5021>

Acessado em: 21/04/2011.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY AND SOCIETY OF BREAST IMAGING. **New SBI and ACR Recommendations Suggest Breast Cancer Screening Should Begin at Age 40**, 2011.

Disponível em: <<http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/NewsPublications/FeaturedCategories/CurrentACRNews/NewSBIACRRecommendations.aspx>>

Acessado em : 21/04/2011.

BATARRITA, J.S., Mamografia y Detección Precoz Del Cancer de Mama **Revista Española de Salud Pública** vol.79, n.5, Madrid Set./Out. 2005.

Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000500001&script=sci_arttext>

> Acessado em 09/04/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2006.300 p.

Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>

Acessado em 21/04/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização **Documento Base Para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. 74p.

Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>

Acessado em 21/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3. ed. – Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.60p.– (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)

Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

Acessado em 09/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1.^a edição Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2009. 82 p.

Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

Acessado em 26/0/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama: Documento de consenso**. Brasília, 2004 36p

Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=563053&indexSearch=ID>>

Acessado em 06/08/2010

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Breast Câncer Risk Factors**. Atlanta. 2010.

Disponível em:<http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm>

Acessado em 21/04/2011.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Breast Câncer Symptoms.** Atlanta. 2010.

Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm>

Acessado em 21/04/2011.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Breast Câncer Treatment.** Atlanta. 2010.

Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/treatment.htm>

Acessado em: 21/04/2011.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Cervical Cancer Screening.** Atlanta. 2010.

Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/screening.htm>

Acessado em: 21/04/2011.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Cervical cancer symptoms.** Atlanta. 2010.

Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/uterine/basic_info/symptoms.htm>

Acessado em: 21/04/2011.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Gynecologic Cancer – Cervical Cancer Treatment.** Atlanta. 2010.

Disponível em: <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/diagnosis_treatment.htm>

Acessado em 21/04/2011

CORREA, E. J. *et al* **Iniciação à Metodologia Científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.96p.

DIAS, K.M.B.; GLAUCIA, J; ASSIS, T.M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.19, n.3, Brasília, Set. 2010.

Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000300011&lng=en&nrm=iso>

Acessado em 09/04/2011

DYNAMED, **Cervical cancer Screening.** 2011

Disponível em <<http://dynaweb.ebscohost.com/Detail?id=AN+113654&sid=7320110e-394d-4da0-82c2-e2dff7bda9e@sessionmgr115>>

Acessado em 21/04/2011

DYNAMED, **Breast Cancer Woman.** 2011.

Disponível em <<http://dynaweb.ebscohost.com/Detail?sid=7320110e-394d-4da0-82c2-e2dff7bda9e@sessionmgr115&vid=&db=dme&ss=AN+%22361086%22&sl=ll>>

Acessado em 21/04/2011

ELIAS, P.E. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo.** São Paulo Perspec.vol.18 no.3 São Paulo Jul/Set. 2004

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300005&script=sci_arttext>

Acessado em 21/04/2011

FEBRASGO. **Manual de Orientação em Mastologia.** São Paulo. 2010.

Disponível em: <<http://www.febrasgo.com.br/?op=paginas&tipo=pagina&secao=8&pagina=159>> Acessado em 13/05/2011.

FEBRASGO. **Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia – Vacinação Contra o HPV**. São Paulo. 2010.

Disponível em:

<<http://www.febrasgo.com.br/?op=paginas&tipo=pagina&secao=8&pagina=159>>

Acessado em 13/05/2011.

FEIG,S.A., Screening mammography: a successful public health initiative **Revista Panamericana de Salud Pública** vol.20, no.2-3, Washington ,Ago./Set. 2006.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892006000800009&script=sci_arttext> Acessado em 09/04/2011

GEBRIM, L.H., Rastreamento do câncer de mama e estadiamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** vol.31 nº.5 Rio de Janeiro, maio, 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000500002&script=sci_arttext> Acessado em 09/04/2011

GEBRIM, L.H.; QUADROS, L.G.A., Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** vol.28 nº.6 Rio de Janeiro, June, 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000600001&script=sci_arttext>

Acessado em 09/04/2011

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer**. edição eletrônica – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 40p.

Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Sumario_executivo.pdf> Acessado em 26/03/2011

LOWY, I. Câncer, mulheres e saúde pública: a história do exame para câncer cervical **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, vol.17, supl.1, Rio de Janeiro/Julho 2010.

Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/04.pdf>>.

Acessado em 09/04/2011

OLIVEIRA. C.M; Casanova, A. O.;Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.14 no.3 , Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro Maio/Junho 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lang=pt>

Acessado em 09/04/2011

ROBERTO NETO, A.; RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J.; BARACAT, E. C. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.23 n.4, Rio de Janeiro, Maio 2001.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032001000400003&script=sci_arttext&tlng=es>

Acessado em 25/07/2010

SILVA,G.A, *et al.* Evolução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1981-2006, **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.12, Rio de Janeiro, Dez.2010.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200018>. Acessado em 09/04/2011.

WILLEY, S.C; COCILOVO C. **Screening and follow-up of the patient at high risk for breast cancer**. Obstet Gynecol. Washington Dec;110(6):1404-16. 2007.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18055740>>

Acessado em 13/05/2011

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for Breast Cancer**. 2009.

Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspabrca.htm#summary>>

Acessado e 21/04/2011.

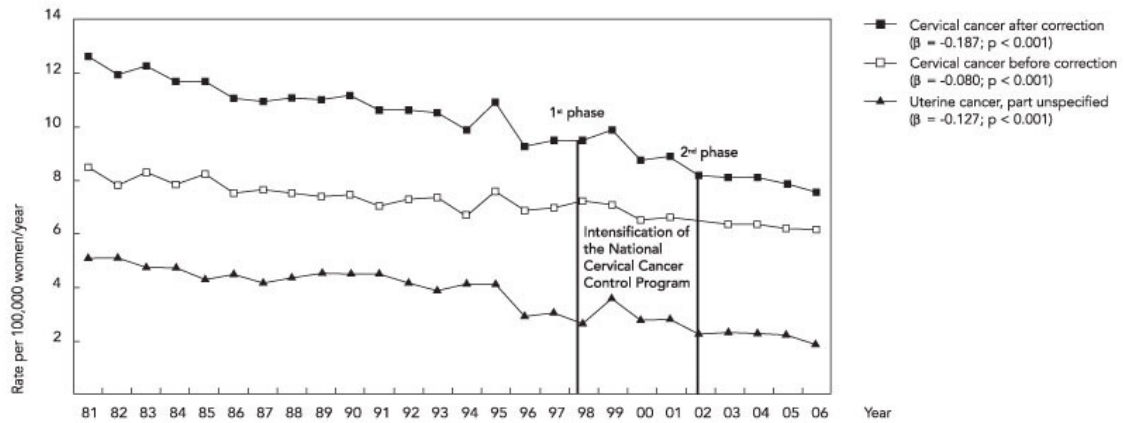
UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for Cervical Cancer** . 2003.

Disponível em: <<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspacerv.htm>>

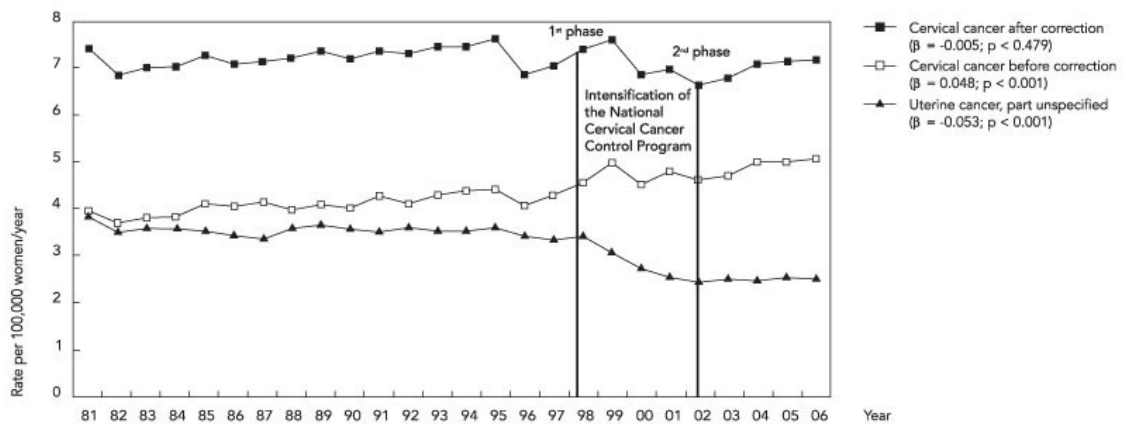
Acessado e 21/04/2011.

ANEXO A – Mortalidade por câncer de colo de útero antes e depois da correção da taxa de mortalidade por neoplasia uterina não especificada, nas capitais e municípios do interior do Brasil, 1981 – 2006.

State capitals



Interior



Fonte: Silva *et al* 2010.