

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS - UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

ADESÃO DAS USUÁRIAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE RUBELITA - MINAS GERAIS AOS MÉTODOS DE
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

RENATA XAVIER CASTRO

ARAÇUAÍ - MG

Setembro /2011

RENATA XAVIER CASTRO

**ADESÃO DAS USUÁRIAS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE RUBELITA - MINAS GERAIS AOS MÉTODOS DE
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**

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

Orientadora: Profa. Dra .Selme Silqueira
de Matos

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS

Setembro /2011

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Luíza e Matheus, razões da minha vida. Sempre presentes me fazendo cada dia mais feliz. São em vocês que busco sempre amor, força e coragem para continuar crescendo sempre.

Pequenos, mamãe ama muito vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, e por me proporcionar realizar projetos e sonhos como este curso.

Aos amigos e profissionais da pequenina Rubelita, cidade que me acolheu com muito carinho por dois anos e me ensinou a trabalhar com as diferenças, em todos os sentidos da palavra e me proporcionou realizar este trabalho.

À Tutora Cássia Evelise Lopes Elias, pela dedicação aos seus tutorandos, sempre presente, gentil e generosa.

À Orientadora Profa Dra Selme Siqueira de Matos, pela confiança em mim depositada e que, pelo resultado de um esforço comum, repartiu comigo os seus conhecimentos, transformando os meus ideais em realizações.

Ao meu marido Jamerson, pela compreensão, paciência e pelos fins de semana cuidando da nossa filha para que eu pudesse estudar.

À minha princesinha Luíza, luz da minha vida, que mesmo sem saber, era minha motivação para continuar.

Ao meu pequeno Matheus, amor inexplicável, que de dentro do meu ventre, me dava forças para vencer mais esta etapa de minha vida.

***“Tantas vezes pensamos ter chegado,
mas será preciso ir sempre além,
pois o fim não existe
quando você tem por dentro
a certeza de recomeçar.”***

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Estima-se que a chance de uma mulher desenvolver a doença, até os 75 anos de idade, está em torno de 10%. Contudo, está entre as principais neoplasias passíveis de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce). O presente trabalho tem como objetivo analisar a adesão das usuárias das Unidades Básicas de Saúde do município de Rubelita - MG aos métodos de detecção precoce do câncer de mama. **Trajetória Metodológica:** trata-se de um estudo de abordagem descritiva, documental, realizado através da coleta de dados nos Sistemas de Informação: SIAB, SISMAMA, DATASUS, dados cadastrais e de monitoramento da Equipe de Saúde da Família do Município de Rubelita – MG. **Resultados:** as publicações disponibilizadas reafirmam a Atenção Primária como fundamental para a prevenção da neoplasia de mama. A realização dos exames de detecção precoce e rastreamento, como: o auto-exame, exame clínico mamário- realizado por profissionais de saúde capacitados- e mamografia, é de extrema importância para um diagnóstico precoce. Os dados do município quanto à etariedade revelaram uma diminuição da procura por mamografia das mulheres com mais de 54 anos, demonstrando a necessidade de maior orientação nesta faixa etária. Quanto à escolaridade, o aumento da mesma não está diretamente relacionado ao aumento na procura por exames de prevenção do câncer de mama. Ao contrário, as mulheres que mais realizaram a mamografia tinham somente o ensino fundamental incompleto. **Conclusão:** a realização deste trabalho possibilitou o reconhecimento da necessidade de melhoria das ações na prevenção do câncer de mama destinadas às mulheres residentes de Rubelita-MG. Com base na literatura consultada e a partir da discussão dos resultados encontrados, ressalta-se que as intervenções da equipe de saúde, para prevenir tal doença, devem focar a promoção do autocuidado e estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: Câncer de mama; Atenção Primária; Prevenção.

ABSTRACT

Breast cancer is the second most common cancer worldwide and the most common among women. Each year, about 22% of new cancer cases in women are breast cancer. It is estimated that the chance of a woman developing the disease, up to 75 years of age is around 10%. However, cancer is among the main capable of primary prevention (prevention of the occurrence) or secondary (early detection). The present work aims to analyze the adherence of the users of the Basic Health Units in the city of Rubellite - MG methods of early detection of breast cancer. **Trajectory Methodology:** This study is a descriptive approach, documentary, made by collecting data in Information Systems: SIAB, SISMAMA, DATASUS, registration data and monitoring of the Family Health Team of the City of Rubellite - MG. **Results:** publications available reaffirm the Primary as critical to the prevention of breast cancer. The performance of the examinations for early detection and screening, such as self-examination, clinical breast examination, performed by skilled professionals, and mammography is extremely important for early diagnosis. Data from the municipality regarding etariedade revealed a decline in demand for mammography of women older than 54 years, demonstrating the need for greater guidance in this age group. Regarding education, the increase of the same is not directly related to the increase in demand for tests to prevent breast cancer. Instead, most women who underwent mammography had only elementary education. **Conclusion:** this work has enabled the recognition of the need to improve actions on prevention of breast cancer for women residents of Rubellite-MG. Based on the literature and from the discussion of the results, it is noteworthy that the interventions of the health team, to prevent this disease should focus on promoting self-care and encourage the adoption of healthy lifestyles.

Keywords: Breast Cancer, Primary Care, Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	09
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	10
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7 REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é a forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Constitui-se como o primeiro contato do usuário com a equipe de saúde. Trabalha com foco na família, por intermédio de vínculos estabelecidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

A melhoria e o aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas segundo Ministério da Saúde têm trazido para o foco de atenção epidemiológica as doenças crônico-degenerativas, que representam um significativo problema de saúde pública em nosso país. Descontadas as causas mal definidas, as doenças cardiovasculares e o câncer causam mais de 10% de óbitos no Brasil.(BRASIL, 2006)

As neoplasias malignas são caracterizadas por uma proliferação incontrolável de células anormais, que na maioria das vezes se originam de uma única célula. O câncer é uma doença do genoma, resultante de um acúmulo de deficiências genéticas, hereditárias ou adquiridas mediante uma série de insultos ambientais, tais como dieta, poluição, estresse, substâncias químicas carcinogênicas e radiação, entre outras (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

O câncer está entre as principais causas de morte na população feminina e, a mudança de hábitos, aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência dessa doença. Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, estão as ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama (BRASIL, 2006).

Apesar do câncer de mama ser considerado dentre a categoria de bom prognóstico - quando diagnosticado e tratado oportunamente - as taxas de mortalidade por este tipo de câncer continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

A prevenção primária desta neoplasia não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias têm

sido estudadas e, até o momento, a mamografia, o exame clínico das mamas (ECM) e o auto-exame são recomendados como métodos efetivos para detecção precoce (INCA 2011).

O câncer de mama é hoje a neoplasia mais freqüente entre as mulheres. Estima-se que a chance de uma mulher desenvolver a doença até os 75 anos de idade está em torno de 10% (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Considerando as últimas estatísticas, na Região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (30/100.000). Na Região Norte é o segundo tumor mais incidente (17/100.000) (INCA 2006).

Segundo o INCA (2011) em Minas Gerais, o câncer de mama também é o mais incidente entre as mulheres, representando 14,5% do total de mortes por câncer.

Durante a realização do Diagnóstico Situacional do Município de Rubelita-MG, a Equipe de Saúde da Família (ESF) identificou 3 principais problemas: alta incidência de hanseníase, alta incidência de hipertensos e baixa realização de ECM por parte dos profissionais de saúde (médico e enfermeiro), juntamente com a dificuldade de aceitação do exame por parte das pacientes (RUBELITA, 2011).

A ESF de Rubelita-MG priorizou focar o problema: *baixa realização do ECM*, dentre as ações estratégicas, em função da alta incidência de câncer de mama no Brasil, do acometimento de mulheres cada vez mais jovens e da dificuldade de acesso e agilidade no acolhimento de pacientes, sintomáticas, no sistema público de saúde. Inicialmente realizou-se uma campanha para conscientização sobre ECM, o que aumentou significativamente a procura das mulheres pelo mesmo, mas não atingiu a meta de implantá-lo efetivamente na rotina dos atendimentos.

Devido à dificuldade em ampliar a cobertura do ECM através das consultas de rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do referido município, e, considerando a eficácia deste recurso para aumentar a detecção precoce do câncer de mama, justifica-se a realização deste trabalho, para que sejam disponibilizadas informações sobre a adesão das usuárias e profissionais às ações preventivas, possibilitando a elaboração e adoção de intervenções efetivas para a Prevenção e Promoção da Saúde.

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo:

Analisar a adesão das usuárias das Unidades Básicas de Saúde do município de Rubelita - MG aos métodos de detecção precoce do câncer de mama.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O presente trabalho apresenta abordagem descritiva, documental, realizado através da coleta de dados nos Sistemas de Informação: SIAB, SISMAMA, DATASUS, dados cadastrais e de monitoramento da Equipe de Saúde da Família do Município de Rubelita – MG.

3.1 Amostra

A amostra foi composta dos registros obtidos no ano de 2010 sobre as mulheres que realizaram mamografia e PCCU (Preventivo de Câncer de Colo Uterino) no município de Rubelita – MG.

3.2 Coleta e tratamento dos dados

Para a coleta de dados foi utilizado instrumento que com variáveis que permitem avaliar a adesão das mulheres cadastradas no município às medidas preventivas do câncer de mama. Os resultados foram apresentados em quadros e gráficos e comparados com os dados de Minas Gerais e do Brasil. A discussão dos mesmos ocorreu à luz da literatura consultada.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Mamas: aspectos anatômicos e fisiológicos

Por ocasião do nascimento, as mamas são quase idênticas em ambos os sexos. A maioria dos recém-nascidos apresenta um aumento discreto da glândula e alguns uma secreção leitosa que desaparece por volta do quinto dia de vida.

As mamas permanecem em repouso até aproximadamente dois anos antes da menarca. A partir daí, ocorrem, clinicamente, alterações histológicas no estroma e no epitélio mamário, sob influência de estrogênios ou de progesterona, dependendo da fase do ciclo menstrual normal (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Com o início da menstruação, os sintomas (aumento de tamanho, de sensibilidade e nodularidade das mamas) diminuem de intensidade devido ao declínio dos níveis de hormônios sexuais circulantes e redução da atividade secretora do epitélio, chegando a desaparecer cinco a sete dias depois da menstruação (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Durante a gravidez, ocorrem várias transformações no tecido mamário. O aumento do volume das mamas é significativo, existindo dilatação superficial das veias, sensação de peso e aumento da pigmentação do complexo mamilo-areolar. No início da lactação, as mamas podem se tornar ingurgitadas e bastante dolorosas.

Entre a quinta e sexta década de vida, quando a menstruação cessa, as mamas sofrem um processo gradual e involução. O número e o tamanho dos elementos acinares e ductais diminuem quase a um estado infantil, com reposição do tecido adiposo (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

As mamas são constituídas basicamente por tecido fibroso, tecido adiposo (85% do seu total) e glândulas mamárias. Estas têm como principal função a secreção do leite. Estão situadas na parede anterior do tórax, sobre o músculo peitoral maior e se compõem de: Ácino (menor parte da glândula e responsável pela produção do leite durante a lactação); Lóbulo mamário (conjunto de ácinos); Lobo mamário (conjunto de lóbulos mamários que se liga à papila através de um ducto); Ductos mamários (em número de 15 a 20 canais, conduzem a secreção (leite) até a papila); Tecido glandular (conjunto de lobos e ductos); Papila (protuberância elástica onde desembocam os ductos mamários); Aréola (estrutura

central da mama onde se projeta a papila); Tecido adiposo (todo o restante da mama é preenchido por tecido adiposo ou gorduroso, cuja quantidade varia com as características físicas, estado nutricional e idade da mulher).

As mulheres mais jovens apresentam mamas com maior quantidade de tecido glandular, o que torna esses órgãos mais densos e firmes. Ao se aproximar da menopausa, o tecido mamário vai-se atrofiando e sendo substituído progressivamente por tecido gorduroso, até se constituir, quase que exclusivamente, de gordura e resquícios de tecido glandular na fase pós-menopausa (CANCER DE MAMA, 2006).

4.2 Alterações fisiopatológicas das mamas

No decorrer da vida da mulher varias alterações podem ocorrer nas mamas tais como: mastite, abscesso lactacional, fibrocistos, fibroadenoma, e câncer entre outros

A mastite é uma inflamação ou infecção do tecido mamário e ocorre principalmente nas mulheres nutrizas, embora também possa ocorrer em mulheres fora do aleitamento. A infecção pode resultar de uma transferência de microorganismo para a mama pelas mãos da paciente ou de outros ou de um lactente com uma infecção oral, ocular ou cutânea e também por microrganismos transportados pelo sangue. A textura da mama torna-se rígida ou pastosa, e a paciente queixa-se de dor maciça na região infectada (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O tratamento consiste em antibióticos e calor local. A paciente deve usar um sutiã adequado e empreender cuidadosamente a higiene pessoal. O repouso e a hidratação são aspectos importantes do tratamento (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O abscesso lactacional é um abscesso que pode se desenvolver em consequência da mastite aguda. A área afetada torna-se dolorida e avermelhada. O material purulento pode ser expresso do mamilo, e a incisão e a drenagem são necessárias. No momento da drenagem devem-se obter amostras para cultura (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

As alterações fibrocísticas da mama segundo Brunner e Suddarth (2009), ocorrem a medida que os ductos se dilatam e os cistos se formam, acometendo mulheres entre 30 e 50 anos de idade. Embora a causa seja desconhecida, o estrogênio parece ser um fator porque os cistos geralmente desaparecem depois da menopausa. Os cistos podem ser indolores ou

podem tornar-se muito dolorosos no período pré-menstrual. A dor na mama está usualmente relacionada, às flutuações hormonais e seus efeitos sobre as mamas ou é estimulada por irritação de um nervo da parede torácica devido à atividade, como o treinamento com peso.

Um exame físico revela a presença de "massas" mamárias móveis (não aderidas). Essas massas geralmente são redondas, com bordas lisas e elásticas ou levemente flutuantes (que alteram o formato). O tecido denso pode tornar o exame das mamas mais difícil de ser interpretado. Pode se fazer necessária uma biópsia da mama para descartar outros distúrbios. (<http://adam.sertaoggi.com.br/encyclopedia/ency/article/000912prv.htm>, 2011).

O profissional de saúde pode recomendar que a paciente utilize um sutiã de sustentação durante todo o tempo por uma semana, diminuir a ingestão de sal e cafeína. As pacientes devem ser tranquilizadas de que a dor na mama raramente é indicativa de câncer em seus estágios iniciais. Quando a dor não é aliviada depois que a menstruação começa, a mulher deve procurar seu médico (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Os fibroadenomas são tumores benignos da mama, firmes, arredondados e móveis, que usualmente afetam as mulheres no final da adolescência até o final dos 30 anos. Essas massas são indolores e, por vezes, são removidas para confirmação diagnóstica. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009)

À palpação, geralmente aparece com o nódulo firme, móvel e indolor, claramente separável do tecido mamário normal. Às vezes, porém, descobre-se incidentalmente, em exames de imagem, quando ainda não é palpável. Seu tamanho pode variar de milímetros a vários centímetros, mas costuma cessar seu crescimento ao atingir 2 ou 3 centímetros. Em 15 – 20% dos casos são múltiplos (BALDELIN, 2011).

Como o fibroadenoma pode aumentar na gravidez e no final do ciclo menstrual e involuir no pós-parto e na menopausa, acredita-se que seja influenciado pelos hormônios. A associação de lesões malignas ao fibroadenoma é rara, porém excepcional. Como há epitélio dentro do fibroadenoma, o câncer pode ocasionalmente desenvolver-se, do mesmo modo que o epitélio ductal normal (BALDELIN, 2011).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (INCA, 2011).

Esses dados, combinados com uma maior expectativa de vida da mulher ao nascer, causando um aumento significativo do número de pessoas idosas e conseqüentemente do número de casos de câncer de mama, apontam para um problema de saúde pública, que exige programas especiais, principalmente ao nível primário (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Não existe nenhuma etiologia específica isolada do câncer de mama; em vez disso, uma combinação de eventos hormonais, genéticos e, possivelmente, ambientais pode contribuir para seu desenvolvimento. Os hormônios produzidos pelos ovários possuem importante função no câncer de mama. Dois hormônios ovarianos principais (estradiol e progesterona) são alterados no ambiente celular por vários fatores, e estes podem alterar os fatores de crescimento para o câncer de mama (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O câncer de mama geralmente se apresenta como um nódulo na mama. Como todos os tumores, é uma massa de tecido anormal que cresce independente dos tecidos em volta. As primeiras metástases comumente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas. Os ossos, fígado, pulmão e cérebro são outros órgãos que podem apresentar metástases de câncer de mama (CANCER DE MAMA, 2006).

Crescentes evidências indicam que as alterações genéticas estão associadas ao desenvolvimento do câncer de mama. Essas alterações incluem as alterações ou mutações nos genes normais e a influência das proteínas que promovem ou suprimem o desenvolvimento do câncer de mama. As alterações genéticas podem ser somáticas (adquiridas) ou de linhagem germinativa (herdadas) (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Infelizmente, qualquer mulher pode vir a ter um câncer de mama. No entanto, há determinados grupos de mulheres com maiores possibilidades de terem a doença. Essas mulheres têm em comum certas características denominadas *fatores de risco*. Elas apresentam condições favoráveis ao desenvolvimento da doença, mas não obrigatoriamente terão o câncer de mama; apenas há maior probabilidade de tê-lo quando comparadas com a população feminina em geral, que não apresenta esses fatores (OLIVEIRA, 2004).

O câncer de mama ocorre com muito maior freqüência nas mulheres que nos homens, numa proporção de 100 casos femininos para 1 masculino. Nas mulheres a doença é mais freqüentemente descoberta entre os 40 e os 60 anos de idade. (CANCER DE MAMA, 2006)

Dentre os fatores de risco, destacam-se:

- Reprodutivos e hormonais: As características reprodutivas associadas a um maior risco de câncer de mama incluem: menarca precoce (primeira menstruação antes dos 11 anos de idade), menopausa tardia (última menstruação após os 55 anos), idade do primeiro parto após os 30 anos, nuliparidade (nenhuma gestação);
- Antecedentes familiares de câncer de mama: Mulheres com mãe ou irmã com câncer de mama apresentam duas a três vezes mais risco; e, se ambas, mãe e irmã, tiverem a doença, o risco aumenta ainda mais, especialmente se a doença delas tiver ocorrido antes da menopausa;
- Exposição à radiação ionizante entre a puberdade e os 30 anos de idade;
- Obesidade;
- Terapia de reposição hormonal;
- Ingestão de álcool;
- História de doença proliferativa benigna da mama;
- Idade crescente;
- Mutação genética;
- Dietas ricas em gorduras;
- Clínicos - As mulheres que já apresentaram câncer em uma das mamas têm maiores probabilidades de vir a desenvolver câncer na outra mama, já que todos os fatores determinantes do câncer de mama (genéticos, hormonais etc.) permanecem e se direcionam à outra mama (CANCER DE MAMA, 2006).

Para Pirhardt e Mercês (2009, p.104) os fatores de risco mais comuns para desenvolver o câncer de mama são o consumo de alimentos ricos em gordura animal, pois uma alimentação com alto teor de gordura aumenta a quantidade de estrógenos no organismo e esse hormônio em nível elevado aumenta o risco do surgimento de câncer de mama.

Prentice (2006), baseou-se na hipótese de que um baixo padrão de teor de gordura na dieta poderá reduzir o risco de desenvolver o câncer de mama. O autor realizou uma intervenção nos hábitos alimentares num grupo de mulheres em pós-menopausa, com idade entre 50 e 79 anos que não tinham a doença durante um período de 12 anos, enquanto o outro grupo de mulheres com essas mesmas características não sofreu nenhum tipo de intervenção na alimentação. A alimentação das mulheres que sofreram a intervenção passou por uma redução da ingestão de gordura e aumentou o consumo de legumes, frutas e verduras. Após o término da intervenção, foi feita a comparação e observou-se que as mulheres que tiveram em sua dieta uma redução na ingestão de gordura apresentaram uma porcentagem menor de incidência de câncer de mama se comparadas com o grupo que não sofreu alteração na dieta.

Segundo Pirhardt e Mercês (2009, p.104) o consumo de bebidas alcoólicas contribui para o desenvolvimento do câncer de mama, uma vez que o etanol pode provocar alterações nas células mamárias, transformando-as em tumores malignos. Deve-se considerar que o risco de câncer devido ao consumo de álcool está associado à proporção que se ingere, ou seja, quanto mais se bebe, maior o risco de ter câncer.

O tabagismo também é considerado um fator de risco, porque no tabaco existem em torno de 4720 substâncias identificadas como químicas, dentre elas estão as citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas. Portanto, é considerado como fator de risco não só para o câncer de mama, mas para vários outros tipos de cânceres (PIRHART; MERCES, 2009).

A terapia de reposição hormonal contém hormônios femininos: estrogênio e progesterona. O estrogênio tem um papel importante no câncer de mama ao induzir o crescimento das células do tecido mamário, o que aumenta o potencial de alterações genéticas. O uso de anticoncepcional oral também aumenta os riscos. Mas com os novos contraceptivos com baixas doses de estrogênio, o risco diminui. Já as pessoas acima de 50 anos tem o risco por causa do envelhecimento, bem como o tempo de exposição aos carcinógenos (THULER, 2003).

Pinho (2007) também identificou em sua pesquisa uma alta prevalência de comportamentos para o risco de desenvolver o câncer de mama: sedentarismo, a obesidade e o tabagismo.

Acredita-se, portanto, que trabalhar esses fatores nos programas de saúde pública, sobretudo na Promoção à saúde permitirá maior controle da doença e na redução na incidência de casos novos em longo prazo.

Hairon (2007), em seu estudo, detectou a necessidade de trabalhar a prevenção através da diminuição do consumo de álcool, amamentação prolongada (até 01 ano de idade), terapia de reposição hormonal evitada, prática de exercício físico e alimentação equilibrada. Além disso, a manutenção do peso nas faixas de normalidade, atingindo, dessa forma, a meta da redução do risco de desenvolver o câncer de mama.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) são definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- ✓ Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- ✓ Mulheres com história familiar de 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;
- ✓ Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- ✓ Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

Para Pirhardt e Mercês (2009, p.104), as mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia, uma vez que a hiperplasia atípica é identificada em 12 a 17% das biópsias feitas, a nuliparidade ou atraso na primiparidade, são considerados fatores de risco. O desenvolvimento da primeira gestação ajuda no processo de maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas.

Segundo Bento (2004), acometimentos muito estressantes podem aumentar os riscos de aparecimento de câncer de mama, principalmente aqueles que causam tristeza e luto, como por exemplo, divórcio, morte do marido, parente ou amigo. Tais eventos contribuem para oscilações de humor que deprimem o sistema imune, comprometendo a proteção natural.

Dentre os fatores considerados de proteção, Brunner;Suddarth (2009) destacam:

- Atividade física;
- Aleitamento materno;
- Primeiro parto antes dos 30 anos;
- Menarca após 14 anos;
- Multiparidade;
- Menopausa antes dos 45 anos;
- Sexo masculino;
- Ausência de história de terapia de reposição hormonal.

Tiezzi (2009), afirma que a gestação precoce (antes de 24 anos de idade) e as gestações múltiplas são fatores de proteção para a doença. Através de estudos experimentais realizados em animais, observou-se um efeito preventivo da gestação pela exposição ao hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG). Esse hormônio tem a capacidade de modular a expressão genética das células mamárias que levam a uma completa diferenciação. Sendo assim o hCG é capaz de modular a expressão de genes responsáveis pela diferenciação celular, ocorrendo um efeito quimio-preventivo do câncer de mama.

Pietro (2007) informa que o consumo de maçãs, melancia, tomate, bolos e sobremesas são considerados como elementos de proteção contra o câncer de mama, assim como a redução no consumo de carne vermelha e/ou banha de porco ajuda a diminuir o risco da doença. Estes alimentos são ricos em ácidos graxos saturados que podem estimular a produção de estrógenos endógenos e por sua vez induzir a proliferação celular no epitélio dos sacos alveolares e ductos lactíferos das mamas.

Rodriguez *et al* (2008) propõem a prática de atividade física moderada para a mulher no período de pós-menopausa, uma vez que a atividade física moderada causa alterações no metabolismo dos hormônios sexuais, além de ajudar a diminuir a obesidade. O estudo mostra que, em mulheres na pós-menopausa, a obesidade está associada a um risco de desenvolver o câncer de mama, devido ao tecido adiposo que é um local de maior produção de estrógeno. Também evidenciou uma diminuição nos valores dos hormônios sexuais livres, levando a uma menor biodisponibilidade dos estrogênios nas mulheres em pós-menopausa.

4.3 Manifestações clínicas do Câncer de Mama

Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico) isto é, a partir de 1 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos (BRASIL, 2006)

Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica, tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado. Em 3-4 anos do descobrimento do tumor pela palpação, se não tratado, pode ocorrer o óbito (BRASIL, 2006).

Os sinais e sintomas mais frequentes são: o aumento da sensibilidade ou dor em uma ou ambas as mamas, não estando em período menstrual; nódulos palpáveis (geralmente indolores); retração da pele; retração do mamilo; descarga papilar espontânea; descamação e erosão do mamilo e aréola e sinais inflamatórios da mama (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

4.4 Métodos diagnósticos do Câncer de Mama

É muito importante, para o diagnóstico da doença, o exame das mamas feito mensalmente pela própria mulher e pelo médico ou enfermeiro no decurso de uma consulta, de rotina ou não. As pacientes devem ser orientadas sobre o autoexame durante a pré-consulta, em reuniões educativas e nas oportunidades que surgirem.

Devido aos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, o câncer de mama é muito temido pelas mulheres. Por isso, toda a ESF deve estar consciente e motivada para contribuir com diagnóstico precoce. Neste sentido, em todas as oportunidades em que a usuária buscar a UBS ela deve ser incentivada e orientada a como proceder para realizar o auto-exame de mamas (NESCON, 2009).

O auto-exame das mamas é um procedimento que permite à mulher participar do controle da sua saúde. Recomenda-se que ele deve ser realizado mensalmente, uma semana após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema. As mulheres que não tem mais menstruação devem fazer o exame no mesmo dia de cada mês, para evitar o esquecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Cerca de 80% dos tumores de mama são descobertos pela própria mulher, palpando suas mamas incidentalmente. Quando isto ocorre, eles já apresentam um tamanho grande, o que dificulta o tratamento. O que se pretende é a descoberta desses tumores de tamanho o menor possível (de 1 a 3 cm), de maneira que a doença seja tratada ainda em fase inicial. Os recursos terapêuticos são, então, mais eficazes, permitindo tratamentos menos mutiladores e com maiores probabilidades de controle (CANCER DE MAMA, 2006)

Segundo Kowalski *et al.* (2006, p.755) “Esse tipo de câncer quando diagnosticado nos estágios iniciais (I e II), apresenta-se um resultado de até 75% de cura da doença, além de poder ser tratado com a conservação do órgão, isso quando não há acometimento metastático dos linfonodos axilares”.

O exame clínico das mamas (ECM) é o exame feito por um profissional de saúde treinado e deve ser instituído como rotina nos exames físicos, independentemente da especialidade do profissional. A sua efetividade depende, no entanto, do grau de habilidade e da experiência desenvolvida pelo profissional que o realiza (INCA, 2011).

O Exame Clínico das Mamas deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do Consenso para o Controle do Câncer de Mama. A sensibilidade do ECM varia de 57% a 83% em mulheres entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos (INCA, 2011).

O ECM é realizado com a finalidade de detectar anormalidades na mama ou avaliar sintomas referidos por pacientes e assim encontrar cânceres da mama palpáveis num estágio precoce de evolução. Alguns estudos científicos mostram que 5% dos cânceres da mama são detectados por ECM em pacientes com mamografia negativa, benigna ou provavelmente benigna. O ECM também é uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre o câncer da mama, seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal (BRASIL, 2006).

As técnicas de ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas elas preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas e dos linfonodos (axilares e supraclaviculares) (BRASIL, 2006).

A inspeção visual pretende identificar sinais precoces do câncer da mama como achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas (BRASIL, 2006).

O examinador deve comparar as mamas para identificar grandes assimetrias e diferenças na cor da pele, textura, temperatura e padrão de circulação venosa. O acrônimo BREAST (em inglês) significando B – massa na mama (breast mass), R – retração (retraction), E- edema (edema), A - linfonodos axilares (axillary nodes), S-ferida no mamilo (scaly nipple) e T-sensibilidade na mama (tender breast) podem ajudar na memorização das etapas na inspeção visual (BRASIL, 2006).

A mulher pode manter-se sentada com os braços pendentes ao lado do corpo, com os braços levantados sobre a cabeça ou com as palmas das mãos comprimidas umas contra as outras (inspeção dinâmica). A palpação consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos.

Para palpar os linfonodos axilares e supraclaviculares a paciente deverá estar sentada. Para palpar as mamas é necessário que a paciente esteja deitada (decúbito dorsal). Na posição deitada a mão correspondente a mama a ser examinada deve ser colocada sobre a cabeça de forma a realçar o tecido mamário sobre o tórax. Toda a mama deve ser palpada utilizando-se de um padrão vertical de palpação (BRASIL, 2006).

A palpação deve ser iniciada na axila. No caso de uma mulher mastectomizada a palpação deve ser feita na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica. Devem-se realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida. Somente descarga papilar espontânea merece ser investigada. (BRASIL, 2006).

O derrame do mamilo tem sido descrito em 10 a 15% das mulheres com doença benigna da mama; e em 2,5 a 3% está relacionado com carcinoma. Segundo seu aspecto macroscópico, a secreção é classificada em: leitosa, verde, castanha, sanguínea, serosa, turva ou purulenta (ANDREA *et al.*, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), os resultados do ECM podem ser interpretados de duas formas: normal ou negativo, caso nenhuma anormalidade seja identificada pela inspeção visual e palpação, e anormal, caso achados assimétricos necessitem de avaliação posterior e possível encaminhamento para especialista (referência). A descrição do ECM deve seguir o mesmo roteiro do exame propriamente dito: inspeção, palpação dos linfonodos e palpação das mamas.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), estimativas indicam que a cada 100 casos de câncer de mama, o AEM (auto-exame das mamas) detecta 26, o ECM (Exame Clínico das Mamas) detecta 45 e a MMG (Mamografia) 71.

O ECM é parte fundamental no desenvolvimento dos programas de rastreamento do câncer de mama e deve ser maciçamente empregado, principalmente nos países em desenvolvimento (CANCER DE MAMA, 2006)

Mamografia

A mamografia é a radiografia simples das mamas e é considerada por muitos o procedimento mais importante para o rastreamento do câncer de mama. É um exame de alta sensibilidade, apesar de a maioria dos estudos evidenciarem perdas entre 10 a 15% dos casos de câncer com tumor detectável ao exame clínico. Esta sensibilidade, no entanto, está diretamente relacionada à idade da mulher, sendo muito menor nas mulheres jovens, que apresentam uma alta densidade de tecido mamário. Devido a isto e ao fato de a radiação ionizante (utilizada na mamografia) ser considerado um fator de risco para o câncer de mama, a mamografia não deve ser feita em mulheres muito jovens e nem praticada de forma indiscriminada.

Segundo o INCA (2010), a solicitação da mamografia pode ser classificada de duas formas: Mamografia de Rastreamento: é o exame solicitado para mulheres da população-alvo sem sinais e sintomas de câncer de mama. Mamografia Diagnóstica: é o exame solicitado para pessoas de qualquer idade com sinais e sintomas de câncer de mama (nódulo, espessamento, descarga papilar, retração de mamilo, outras).

A Lei 11.664/2008 garante que todas as mulheres acima de 40 anos têm o direito à mamografia gratuita, sendo ainda recomendado que, na faixa etária entre 50 e 69 anos, a

mulher faça o exame a cada dois anos. Este exame é bastante efetivo para tal faixa etária, o que favorece a relação custo/benefício (CANCER DE MAMA, 2006).

Ultra-sonografia

Trata-se de um importante método auxiliar no diagnóstico de patologias mamárias. A anatomia ultra-sônica informa sobre o estado da pele e dos tecidos subcutâneo, fibroglandular, celular e muscular posterior. Este exame tem a sua melhor aplicação e os melhores resultados quando feito em mamas de alta densidade. É o procedimento de escolha para as mulheres jovens, sendo especialmente indicado na diferenciação entre tumores sólidos e líquidos (cistos), em processos inflamatórios e na monitorização de punções aspirativas.

Nas mulheres da faixa etária em que a mamografia já se impõe, idades superiores a 50 anos, a ultra-sonografia pode ser útil na avaliação de nódulos clinicamente palpáveis mas não evidenciáveis pela mamografia (CANCER DE MAMA, 2006).

Exame citopatológico

O estudo citológico de alterações mamárias é bastante útil para selecionar os casos suspeitos de malignidade. São eles: Punção aspirativa de tumores com agulha fina (PAAF) - Para realizar a punção aspirativa, introduz-se através da pele, no tumor, uma agulha de injeção de calibre fino. Citologia de descarga papilar - A saída de material à expressão das papilas, embora seja freqüente e na maioria das vezes destituída de gravidade, deve ser avaliada por este método (CANCER DE MAMA, 2006).

Exame histopatológico

O exame histopatológico é o que permite afirmar com segurança a natureza de uma lesão. No exame histopatológico o que se examina é um fragmento da estrutura, avaliando-se, então, toda a composição do tecido. Por isso, o exame histopatológico é o mais preciso.

A obtenção do material pode ser feita através de uma pequena cirurgia, chamada biópsia a céu aberto. Dependendo do caso, retira-se todo o nódulo ou tumor, ou apenas uma parte sua (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

4.5 Modalidades de tratamento do câncer de mama

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora, com ressecção de um segmento da mama (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não-conservadora (mastectomia).

O tratamento clássico para o câncer de mama é a retirada da mama comprometida juntamente com os linfonodos regionais (gânglios linfáticos da axila próxima à mama afetada) (BRASIL, 2004).

Em casos selecionados, é feita apenas a retirada do quadrante da mama onde se localiza o tumor, juntamente com o esvaziamento cirúrgico da axila do mesmo lado. Com isto, obtêm-se bons resultados em termos de sobrevivência, além de melhor efeito estético, já que o órgão é conservado (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Tem-se dado muita importância aos resultados estéticos no tratamento do câncer de mama, porque eles possibilitam melhor recuperação física e principalmente psíquica da mulher após o tratamento cirúrgico. Por esta razão, cada vez mais se desenvolvem técnicas de cirurgia plástica que permitem a reconstrução do órgão meses ou anos após a mastectomia, além das técnicas de reconstrução mamária imediata (CANCER DE MAMA, 2006).

A atuação do enfermeiro deve ser iniciada logo após o diagnóstico, por meio da consulta de enfermagem, a ser realizada por ocasião da internação e antes de cada modalidade terapêutica. No pós-operatório deve-se avaliar a ferida operatória e orientar para a alta, direcionando a mulher para o autocuidado (cuidados com o sítio cirúrgico, dreno, além do membro homolateral) (BRASIL, 2004).

No momento da alta hospitalar deve-se encaminhar a mulher para grupos de apoio interdisciplinar que discutem aspectos educativos, sociais e emocionais, visando à reintegração à vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Segundo Duncan; Schmidt; Giugliani, (2004) O tratamento não cirúrgico pode ser feito através de:

Quimioterapia - utiliza compostos químicos que atuam diminuindo a multiplicação celular e, conseqüentemente, a expansão dos tumores. Os quimioterápicos afetam também as células normais, porém acarretam maior dano às células malignas.

Radioterapia - Método capaz de destruir as células tumorais pelo emprego de radiações ionizantes, a radioterapia atua local ou regionalmente, podendo ser indicada de forma exclusiva ou associada a outros métodos terapêuticos.

De acordo com Brasil (2004) a radioterapia é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia.

Após cirurgias conservadoras, a radioterapia deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico.

Hormonioterapia - Consiste na utilização de hormônios que impedem o crescimento das células tumorais.

Imunoterapia - É a utilização de substâncias que modificam a resposta do sistema imunológico do organismo.

4.6 Câncer de mama: detecção precoce e rastreamento

A possibilidade de detecção precoce do câncer na população feminina coloca a prevenção em evidência como uma questão importante em relação à saúde da mulher. Assim, a detecção precoce por meio da prevenção é uma forte aliada na diminuição dos índices de mortalidade entre as mulheres (PELLOSO. et al., 2004).

Para Gonçalves *et al.* (2009, v. 17, p. 363) considera que o controle do câncer de mama depende de ações na área de prevenção, promoção da saúde e o diagnóstico precoce da doença.

A prevenção terciária visa prevenir deformidades, recidivas e até a morte quando a doença já está num estágio avançado e já se manifestam sinais e sintomas (TUCUNDUVA *et al.*, 2003).

Na prevenção secundária o trabalho é feito junto à população, que permite a realização do diagnóstico precoce ou detecção de lesões pré-cancerosas, cujo tratamento pode levar a cura ou à melhoria da sobrevivência das mulheres. Nesses casos realiza-se o rastreamento através do auto-exame das mamas, o exame clínico das mamas e a mamografia. Pode-se dizer que a doença se iniciou, mas ainda não há sinais e sintomas (THULER, 2003).

A prevenção terciária é quando a doença já está num estágio avançado e previnem-se deformidades, recidivas e até a morte, já se manifestam sinais e sintomas (TUCUNDUVA *et al.*, 2003).

Alguns países desenvolvidos vêm diminuindo suas taxas de mortalidade por câncer de mama graças à implantação de programas de detecção precoce e tratamento oportuno. As ações de detecção precoce incluem: Diagnóstico precoce: consiste em identificar lesões em fases iniciais, em mulheres com algum sinal de câncer de mama (nódulo, retração do mamilo etc.) Rastreamento: é a aplicação sistemática de um exame, em populações assintomáticas, para identificar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer.

O rastreamento pode ser populacional, quando há iniciativas de busca ativa da população-alvo, ou oportunístico, quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços de saúde (BRASIL, 2009).

As recomendações para o rastreamento de mulheres assintomáticas são:

- Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária.

- Mamografia: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.

- Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer da mama (BRASIL, 2006).

Fernandes *et al.* (2007) consideram que a única alternativa com ação efetiva seria a prevenção secundária, através do auto-exame, exame clínico das mamas e a mamografia realizados corretamente e no período determinado pelo Ministério da Saúde.

A fim de facilitar este rastreamento, o Ministério da Saúde criou em 2008 o SISMAMA, que é um subsistema de informação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/ SUS), instituído para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama (Portaria nº 779/SAS, dezembro de 2008).

As informações do SISMAMA começam a ser geradas na UBS. O profissional de saúde identifica as pessoas que devem fazer mamografia de rastreamento ou diagnóstica e solicita o exame.

Com o formulário de requisição de mamografia, o usuário é encaminhado para realizar o exame na unidade radiológica. Neste serviço é feita a digitação das informações coletadas pelo profissional da unidade requisitante e das geradas no serviço de radiologia.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o SISMAMA gera dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação. Dentre as informações mais importantes estão:

- conhecer a indicação clínica e a oferta de exames (mamografia, exame citopatológico e histopatológico de mama) para organizar o acesso e otimizar os recursos;
- verificar a distribuição dos resultados dos exames e indicar auditorias e capacitações locais quando necessário;
- avaliar a qualidade dos exames por meio da correlação da mamografia com o resultado do exame histopatológico;
- construir indicadores para acompanhar o desempenho do programa e fazer análise temporal e espacial;
- realizar o acompanhamento das mulheres com exames alterados.

É preciso conscientizar e capacitar os gestores locais sobre os protocolos, fluxos e objetivos das ações de combate ao câncer de mama. Dessa forma, a ESF pode atuar conjunta e coerentemente aprimorando o cuidado prestado à mulher.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, os óbitos por câncer de mama representam 16% da mortalidade por neoplasias malignas entre as mulheres e 2,3% de todas as causas de morte (INCA, 2011).

Em Minas Gerais, o câncer de mama também é o mais incidente entre as mulheres, representando 14,5% do total de mortes por câncer. (INCA, 2011).

Tabela 01 - Estimativas feitas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,50

Fonte: INCA, 2010.

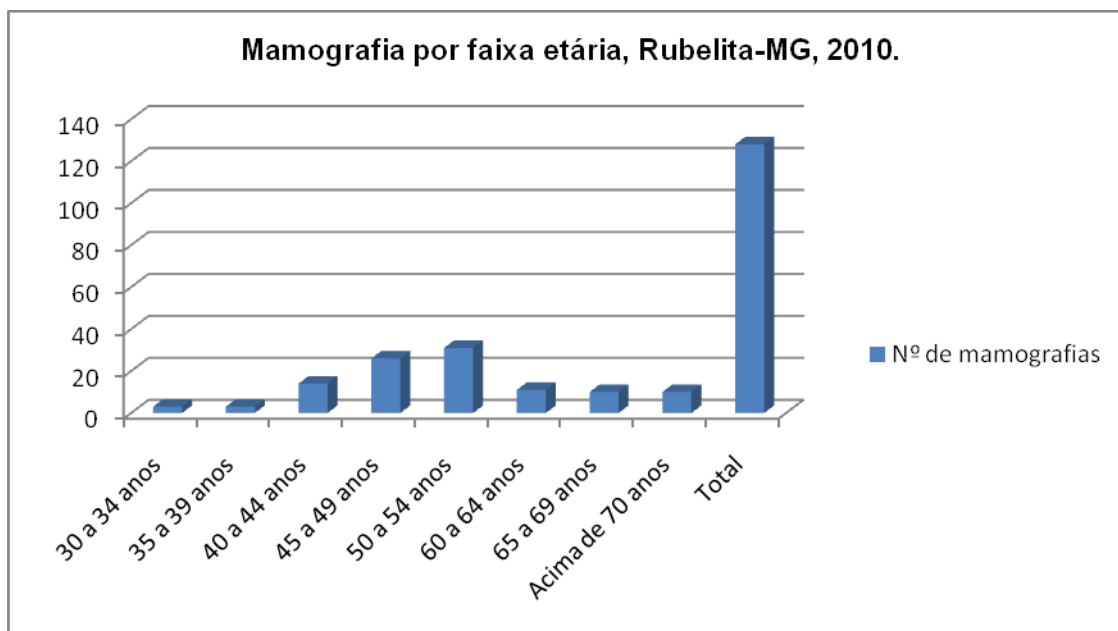
No município de Rubelita – MG, as principais causas de morte estão relacionadas a sinais, sintomas e achados anormais, seguidas das neoplasias e das doenças do aparelho circulatório. Esta evidência não difere do encontrado no restante do Brasil. As neoplasias hoje estão entre as principais causas de óbito da população brasileira.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Rubelita (2011), no ano de 2009 foram realizados 377 exames de Preventivo de Câncer de Colo Uterino (PCCU) e 105 Exame Clínico das Mamas (ECM). Não há registros no SISMAMA de mamografias realizadas no município no ano de 2009.

No ano de 2010 após realização de uma Campanha Municipal de realização de PCCU e ECM, estes números saltaram para 638 PCCUs e 455 ECMs. Segundo o SISMAMA, foram realizadas 128 mamografias em mulheres do município neste mesmo ano.

Ressalta-se, desse modo, a importância da divulgação e esclarecimentos para a população sobre a importância de tais exames.

Gráfico 01 - Mamografia por faixa etária, segundo município de residência. Rubelita/MG, 2010.



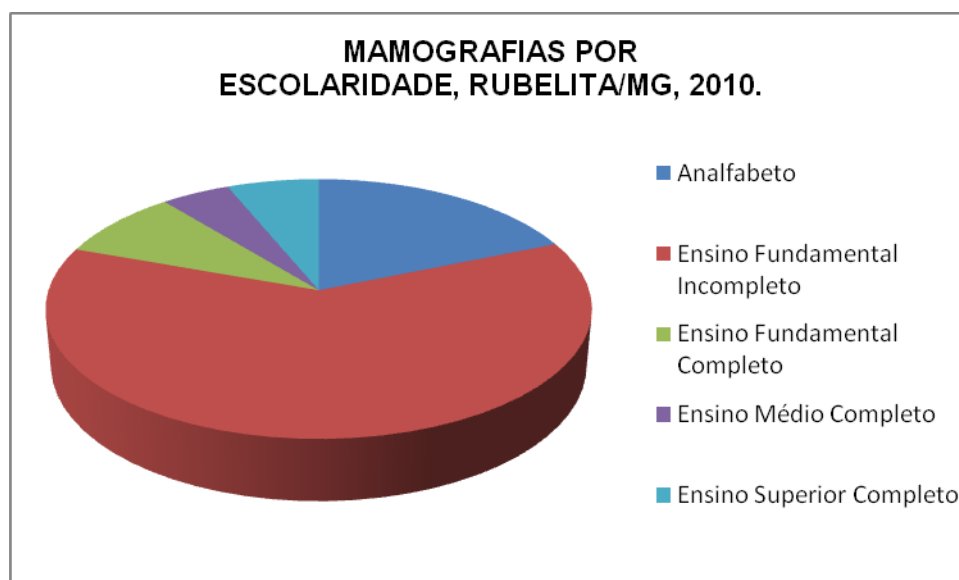
Fonte: SISMAMA

Os dados do gráfico acima revelam que a faixa etária que mais realizou exames para detecção precoce do câncer de mama, foram as mulheres de 45 a 54 anos (faixa priorizada pelo Ministério da Saúde). Nota-se diminuição de exames realizados com o avanço da idade.

Em estudo realizado por Gebrim; Quadros (2006) sobre rastreamento do câncer de mama no Brasil foi observado o predomínio de mulheres jovens, com idade próxima dos 38 anos, mostrando maior conscientização nesse grupo etário.

Deve-se incentivar as mulheres jovens a ajudarem as mais idosas a aderirem ao rastreamento mamográfico, pois as últimas estão menos conscientizadas, sendo muitas vezes dependentes de algum familiar para acompanhamento à consulta.

Gráfico 02 – Mamografia por escolaridade no município de Rubelita/MG, 2010.



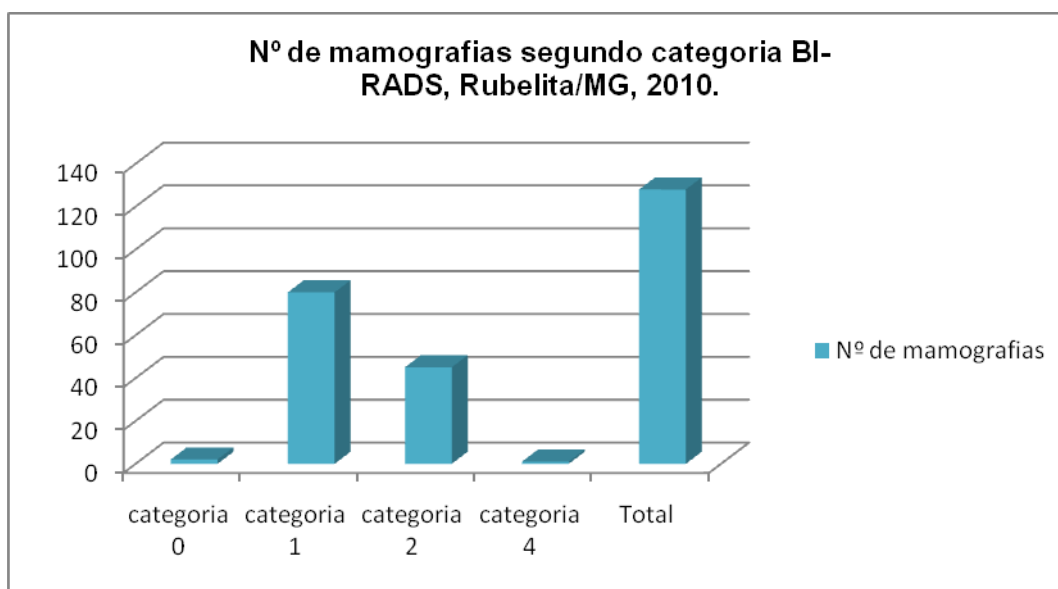
Fonte: DATASUS.

O gráfico nos mostra que em Rubelita o aumento da escolaridade não está diretamente relacionado ao aumento na procura por exames de prevenção do câncer de mama. Ao contrário, as mulheres que mais realizaram a mamografia tinham somente o ensino fundamental incompleto. Talvez estes dados estariam relacionados ao fato de que a oferta de exames preventivos no município somente está disponível no SUS, e as mulheres com nível de escolaridade mais alto procurem por serviços particulares ou da rede suplementar de saúde em municípios vizinhos de maior porte.

Em estudo realizado em Jundiaí, Borges *et al* (2008), também avaliou a relação entre o grau de escolaridade e as medidas de prevenção e detecção precoce do CA de mama. Também, nunca ou raramente faziam auto-exame mulheres de escolaridade alta (66,7%), enquanto 48,9% das mulheres que o praticavam mensalmente tinham nível de escolaridade intermediário (primeiro grau), semelhante ao encontrado em Rubelita.

Em contraposição, Inagaki *et al* (2008), em pesquisa realizada entre docentes da Universidade Federal de Sergipe (UFS), evidenciou que a maioria delas realiza os exames para detecção precoce do câncer de mama, revelando que a escolaridade é um fator favorável para os cuidados com a saúde.

Gráfico 03 - Mamografia segundo categoria BI-RADS, Rubelita/MG, 2010.



Fonte: DATASUS.

Em Rubelita, a maioria das mulheres que realizou a mamografia (80) tiveram como resultado a categoria 1 (ausência de achados), o que evidencia que estas mulheres não tinham nenhum problema nas mamas.

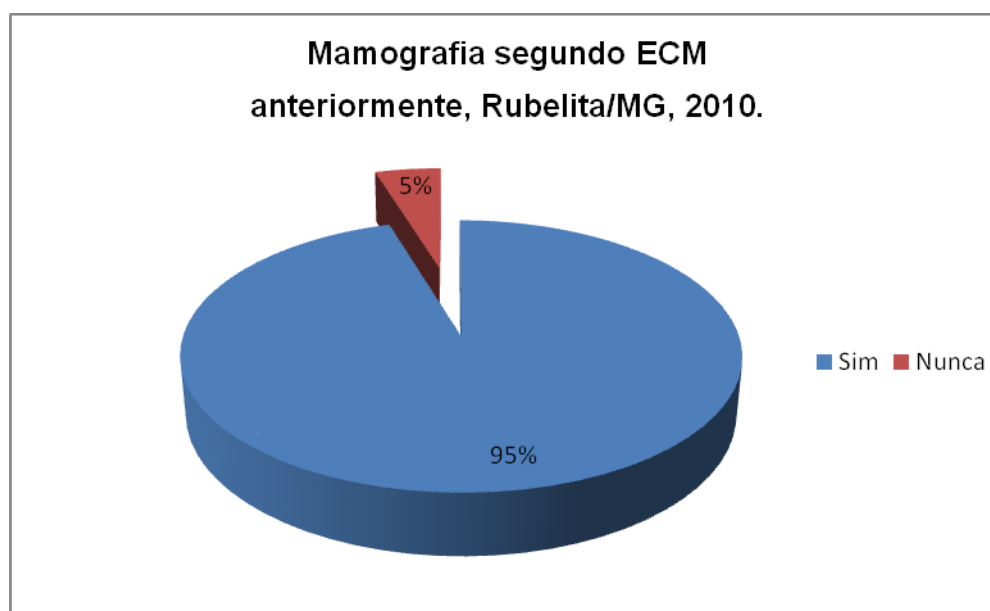
Gebrim e Quadros (2006) afirmam que a ampla divulgação pelos meios de comunicação da importância do diagnóstico precoce modificou o conceito de que a falta de conscientização e o medo de câncer eram os principais responsáveis pelo grande número de mulheres com tumores avançados no Brasil. Tais medidas vêm acarretando cancerofobia em jovens, pelo desconhecimento de que a neoplasia é rara antes dos 35 anos e pelo constante exposição na mídia de mulheres jovens com a doença. Tal distorção acarreta 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, em detrimento de mulheres mais idosas, muitas com doença clínica, que aguardam meses por atendimento.

Ainda segundo os mesmos autores, em pesquisa realizada em São Paulo, o atendimento da rede primária é deficiente, faltam diretrizes, treinamento e acesso rápido para o primeiro atendimento. O médico, por sua vez, solicita exames muitas vezes desnecessários, que oneram e sobrecarregam os Centros de Referência. Cerca de 34% das

pacientes encaminhadas não tinham nenhuma doença mamária e, destas, 62% tinham realizado exames por imagem solicitados pelo ginecologista.

Os dados do referido estudo revelaram um grande contingente de casos com encaminhamentos e exames desnecessários, evidenciando a necessidade da realização de cursos de capacitação para os profissionais de saúde que atuam na rede primária, assim como evidenciado nos dados de Rubelita.

Gráfico 04 – Mamografia segundo realização do Exame Clínico das Mamas (ECM) anteriormente. Rubelita, 2010.



Fonte: DATASUS.

Os dados do gráfico revelam que a maioria (95%) das mulheres que realizou mamografia no município de Rubelita, já teve suas mamas examinadas em algum momento por um profissional de saúde. Este fato chama a atenção para uma relação entre ECM e mamografia, ou seja, o ECM é lembrado quando o motivo da consulta da paciente é a solicitação da mamografia.

Segundo o INCA (2011), através do exame clínico das mamas, realizado por um médico ou enfermeiro qualificado, pode-se identificar um tumor com tamanho de até 1 centímetro, se este se encontrar pouco profundo. Este procedimento deve ser feito de acordo com as normas técnicas do Consenso para Controle do câncer de mama. A

sensibilidade deste método pode variar de 57% a 83% naqueles grupos com faixa etária entre 50 e 59 anos, sendo que nas mulheres de 40 a 49 anos este percentual é de 71%.

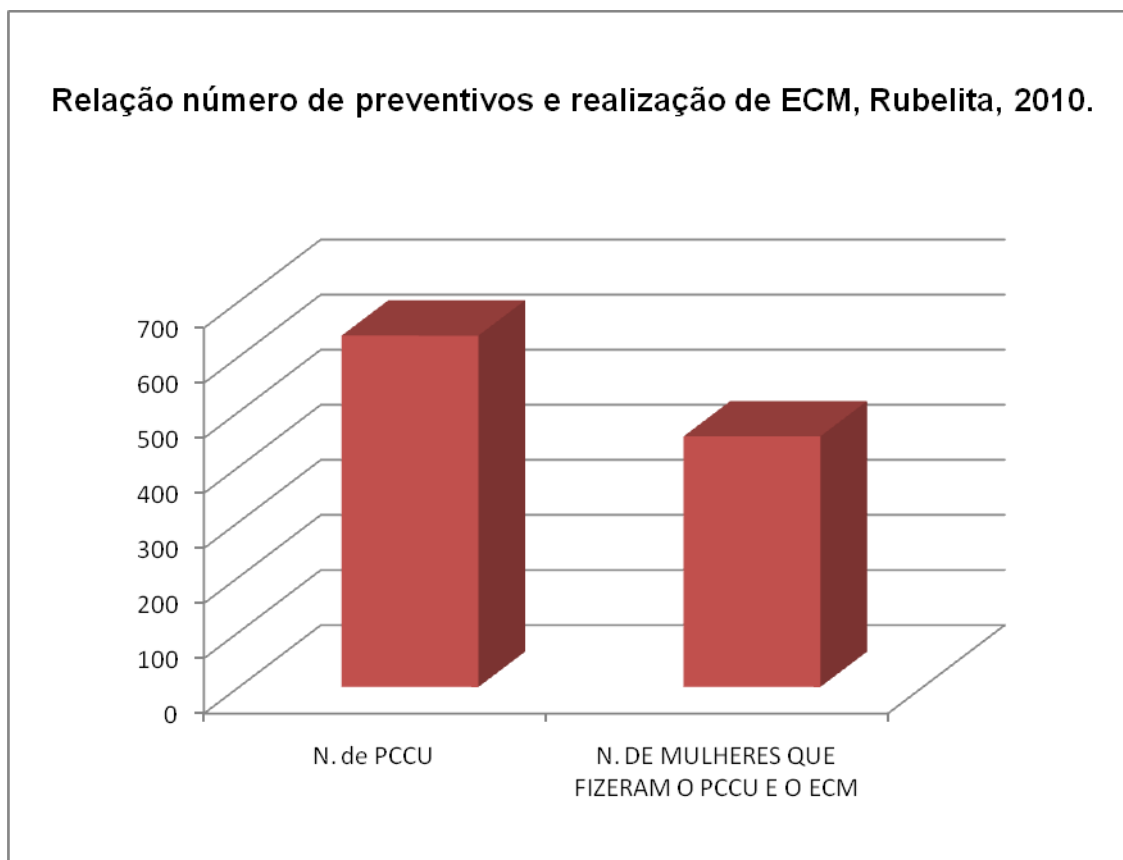
Inagaki *et al* (2008), em pesquisa realizada entre docentes da Universidade Federal de Sergipe (UFS), ao responderem o item exame clínico das mamas, 83,1% referiram já terem realizado esse exame, das quais 60,8% informaram realizá-lo anualmente e 24,3% semestralmente, conforme recomendações da especialidade. Chamou a atenção o fato de 14,9% docentes afirmarem efetuá-lo mensalmente, demonstrando desconhecimento sobre o exame clínico das mamas.

Segundo Borges *et al* (2007), em estudo realizado entre mulheres que usavam o serviço público de saúde da cidade de Jundiá-SP, constatou que 63% dos médicos sempre realizavam o ECM, 17% ocasionalmente e 19% nunca realizavam.

De acordo com estudo de Machado; Pinho; Leite (2009), quando as mulheres foram questionadas se algum profissional da saúde examinou as mamas, 80% das mulheres afirmaram que sim, sendo que destas, 37% foram examinadas por enfermeiras, 37% por médicos, 19% por enfermeiras e médicos, e 6% por estagiário de enfermagem.

No cotidiano, verifica-se total fragmentação do corpo da mulher, em contradição à proposta de avaliação integral da saúde. O ECM deve fazer parte de toda consulta da mulher realizada pelo médico e/ou enfermeiro. Todos os outros profissionais que atuam na Saúde da Família também podem contribuir, orientando as pacientes (NESCON, 2009).

Gráfico 05 – Relação número de Preventivos de Câncer de Colo Uterino e realização de Exames Clínicos das Mamas, Rubelita, 2010.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Rubelita-MG.

Em Rubelita no ano de 2010 foram realizados 638 exames preventivos do câncer de colo uterino, destes, 455 mulheres realizaram concomitantemente o ECM. Este fato mostra que a realização de PCCU é um fator facilitador para realização do ECM. Assim como encontrado em estudo citado abaixo.

A prevenção secundária é realizada com a intenção de promover o diagnóstico precoce do câncer. Um exemplo dessa atividade seria o exame Papanicolau integrado ao exame clínico das mamas. De acordo com especialistas, a associação da prevenção primária e secundária, pode reduzir em até 15% a mortalidade por câncer (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Os motivos das consultas nas quais eram feitos os ECM foram para confirmar suspeita de nódulo, realizar o exame Papanicolau e as consultas de rotina, nas quais o médico solicitava a mamografia.

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Rubelita - MG no ano de 2010 foram realizadas 128 mamografias em Rubelita, destas, duas foram diagnosticadas com câncer de mama. Uma delas em estágio avançado, evoluindo rapidamente ao óbito. Mais uma vez, ressaltou-se a importância dos exames de rastreamento e diagnóstico precoce para propedêutica correta e em estágios curáveis.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), as Unidades Básicas de Saúde devem realizar reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama; à quebra dos preconceitos; à diminuição do medo da doença e à importância de todas as etapas do processo de detecção precoce; não deixar de enfatizar o retorno para busca do resultado e tratamentos necessários. Também enfatiza a importância da busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o ECM.

Atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articula promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença (BRASIL, 2006).

A equipe Saúde da Família deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde de um determinado segmento da população, que necessite de atendimento no domicílio. O ACS é essencial para a identificação do usuário que necessita de assistência domiciliar, pois reside na comunidade e é responsável pela população da sua micro área, estando em contato permanente com as famílias, promovendo uma integração entre equipe e comunidade (BRASIL, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, encontra-se como atividade da prevenção primária a educação populacional e profissional, bem como a divulgação de informações relacionadas ao câncer.

Em algumas regiões do país, o diagnóstico tardio está relacionado a fatores como a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde e a baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio portes (NESCON, 2009).

Segundo Machado; Pinho; Leite (2009) em pesquisa realizada com mulheres em tratamento de CA de mama no município de Ipatinga - MG constatou-se que 75% das entrevistadas conhecem o auto-exame das mamas. Dessas, 53% o realizam uma vez por mês. Acredita-se que mesmo as mulheres tendo conhecimento acerca do auto-exame das mamas (AEM), uma parcela desconhece a importância de estar realizando-o mensalmente, demonstrando certa defasagem no que diz respeito a quando e o porquê deve ser feito uma vez por mês.

Os profissionais de saúde principalmente da Atenção Primária, com destaque para a enfermagem, têm grande responsabilidade na divulgação de informação e incentivo à saúde da mulher, em especial ao exame preventivo e câncer mamário. Cada local em que se faça atendimento à mulher deve estabelecer objetivos concisos de acordo com os hábitos de vida da comunidade, com a intenção de conscientizá-la a respeito dos exames preventivos. A partir daí inicia-se a possibilidade de alcançar um diagnóstico precoce. Da mesma forma, os serviços de saúde devem organizar eventos educativos cada vez mais claros (GONZALEZ, 1994).

A incompatibilidade entre o horário de funcionamento da UBS e o trabalho da mulher, foi citada no trabalho de Machado; Pinho; Leite (2009) como fator dificultador para o acesso aos serviços oferecidos pela unidade e com isso a divulgação de palestras ou programas voltados ao câncer de mama e a participação de qualquer programa direcionado a prevenção/detecção precoce do CA, muitas vezes não atingindo este público.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste estudo através da revisão bibliográfica e análise em banco de dados oficiais do Brasil e do município de Rubelita – MG foi notória a relação fundamental que a Atenção Primária tem com a prevenção do câncer de mama. Os exames de detecção precoce e rastreamento, como AEM, ECM e mamografia tiveram seus valores aumentados após realização da campanha de conscientização e informação sobre o tema.

A realização de ECM por profissionais de saúde capacitados é de extrema importância para um diagnóstico precoce. Pois o que se pode perceber pelos resultados do trabalho é que a orientação e o incentivo do profissional para com a paciente foram determinantes para que as usuárias realizassem o exame.

Outras variáveis importantes foram identificadas quanto ao aumento da realização de ECM: realização do PCCU, solicitação de mamografia, baixa escolaridade, idade entre 40 a 50 anos.

A Escuta qualificada, o Acolhimento e o atendimento humanizado é a chave para um serviço de qualidade na Atenção à Saúde da Mulher. As recomendações sobre estilo de vida saudável são essenciais para que as ações em saúde não sejam pontuais e imediatas, mas reais e permanentes, beneficiando as usuárias em todas as suas demandas e atuando na prevenção de doenças crônico-degenerativas.

Assim, a realização deste estudo na vivência profissional possibilitou identificar vários fatores para melhorar o atendimento na prevenção do câncer de mama das mulheres de Rubelita. Um deles aponta para o fato de que as UBS estão repletas de usuárias que podem ser abordadas na sala de espera, no Acolhimento, na Sala de Vacina, por exemplo, ampliando os espaços para ações educativas.

7 REFERÊNCIAS

Andrea CE. et al. Citologia do derrame papilar. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**; [Local desconhecido: Editor desconhecido] 2006; p. 333-7; v. 42 , n. 5.

Baldelin TA. **Fibroadenoma**. Disponível em:
<http://www.mamaimagem.com.br/areaprofissional2.asp?tipo=2&cod=32>. [Acesso em 06 de jan. 2011]

Bento J. **Mulher e Saúde**. São Paulo: Alaúde; 2004.

Borges JB, *et al.* Perfil das Mulheres de Jundiaí quanto ao hábito do auto-exame das mamas. **Revista Brasileira de Cancerologia**; [Local desconhecido: Editor desconhecido] 2008, v.54, n 2, p.113-122,.

Brasil, Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**. Cadernos do aluno. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil, Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Cadernos de Atenção Básica n. 13. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil, Ministério da Saúde. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: INCA; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria 779 de 31 de dezembro de 2008. Implanta o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. **SISMAMA: informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Brasil, Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. [Acesso em fev. de 2011]

Brentani M, Coelho F, Kowalski L. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Lemar Livraria; Editora Marina e Tecmedd Editora, 2003. 452p.

Brunner SC, Suddarth BG. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CANCER DE MAMA. Disponível em <<http://www.cancerdemama.org.br>>. [Acesso em 05 de set. de 2006]

Coelho S, Porto YF. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009. 115p.

Corrêa EJ, Vasconcelos M, Souza MS. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

Ducan BB, Schmidt MI, Giugliani ER. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Fernandes AF, *et al.* Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Ciências Cuidado Saúde**. [Editor desconhecido: Local desconhecido] 2007 p. 215-222 (V.6, n.2)

Gebrim LH, Quadros LG. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro; 2006 (Vol. 28, n.6)

Gonçalves LL. *et al.* Mulheres Portadoras de Câncer de Mama: Conhecimento e Acesso às Medidas de Detecção Precoce. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; 2009 p.362-367 (v.17, n.3).

Hairon N. Lifestyle changes to reduce the risk of breast cancer. [Local: desconhecido] **Nurse Times**; 2007 p. 23-24 (v. 103, n. 41).

Inagaki AD, *et al.* Prática para detecção precoce do câncer de mama entre docentes de uma Universidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; 2008 p.388-91 v16 (3)

Kowalski LP, *et al.* **Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia**. 3.ed. São Paulo: Ambito Editores Ltda, 2006. 802 p.

Machado FS, Pinho IG, Leite CV. A prevenção do câncer de mama pela atenção primária sob a ótica de mulheres com esta patologia. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste – MG; 2009 (v 2,n.2).

Oliveira AR. **Saber viver: sexualidade**. Rio de Janeiro: Biologia & Saúde; 2004.

Pelloso SM, Carvalho MD, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. [Local desconhecido] **Acta Scientiarum**; 2004 p. 319-24 (v. 26, n. 2)

Pietro PF, *et al.* Breast cancer in southern Brazil: association with dietary intake. **Nutr. Hosp.** [Editor desconhecido] 2007, p.564-572 (v. 22, n. 5)

Pinho VF, Coutinho ES. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2007 p.1061-1069 (v.23, n.5)

Pirhardt CR, Mercês NN. Fatores de Risco Para o Câncer de Mama: Nível de Conhecimento dos Acadêmicos de uma Universidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 p.102-106 (v.17, n.1)

Prentice RL, *et al.* Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the women's health initiative randomized controlled dietary modification trial. [Local desconhecido]**Jama**; 2006 p. 629-642 (v.295, n. 6)

Rodriguez SP, *et al.* Actividad física y riesgo de cancer de mama en mueres mexicanas. **Salud. Pública. Mex.** [Local desconhecido: Editor desconhecido] 2008 p. 126-135 (v. 50, n.2)

Rubelita, Secretaria Municipal de Saúde. **Dados de monitoramento das Equipes de Saúde da Família do Município de Rubelita-MG**. Coordenação da Atenção Primária à Saúde Municipal. Rubelita, 2010.

Thuler LC. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Brasileira de Cancerologia**; 2003 p.227-238 (v. 49, n. 4)

Tiezzi DG, Valejo FA, Pimentel FF. Bases moleculares da história reprodutiva na prevenção do câncer de mama. **Feminina**. Rio de Janeiro; 2009 p.379-383 (v. 37, n.7)

Tucunduva LT, *et al.* Estudo da Atitude e do Conhecimento dos Médicos Não Oncologistas em Relação às Medidas de Prevenção e Rastreamento do Câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo; 2004. p.257-262, (v.50, n.3)