

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

FELIPE AFRANIO SOUSA

**BUSCA ATIVA A PACIENTES ACIMA DE 50 ANOS PARA RASTREIO
MAMOGRAFICO DE CÂNCER DE MAMA NO BAIRRO BOM
PASTOR DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL REI-MG**

SÃO JOÃO DEL REI/ MINAS GERAIS

2014

FELIPE AFRANIO SOUSA

**BUSCA ATIVA A PACIENTES ACIMA DE 50 ANOS PARA RASTREIO
MAMOGRÁFICO DE CÂNCER DE MAMA NO BAIRRO BOM
PASTOR DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada 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 Dra. Natalia Madureira Ferreira

SÃO JOÃO DEL REI/ MINAS GERAIS

2014

FELIPE AFRANIO SOUSA

**BUSCA ATIVA A PACIENTES ACIMA DE 50 ANOS QUE PARA
RASTREIO MAMOGRÁFICO DE CÂNCER DE MAMA NO BAIRRO
BOM PASTOR DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada 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 Dr^a Natalia Madureira Ferreira

Banca Examinadora:

Profa. Dr^a Natalia Madureira Ferreira

Profa. Dr^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovada em Belo Horizonte , (data)

Dedico este trabalho a minha família pelo apoio incondicional, por sempre estarem ao meu lado em qualquer desafio, e à minha namorada pelo carinho e compreensão. Amo vocês!!! Não tenho palavras para descrever o quanto vocês são importantes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Afrânio e Sônia pela torcida e apoio sempre, aos meus irmãos que compartilham diariamente do meu crescimento humano e profissional.

Aos orientadores e tutores das disciplinas do Curso de Especialização em Saúde da Família, pelos conhecimentos compartilhados e paciência.

Às amizades feitas no curso durante o ano, agradeço por todo o aprendizado. Foi uma satisfação enorme construir mais esse conhecimento com todos vocês.

“Eu acredito demais na sorte. E tenho constatado que, quanto mais duro eu trabalho, mais sorte eu tenho.”

THOMAS JEFFERSON

RESUMO

Atualmente o câncer de mama é o tipo de câncer mais comum nas mulheres seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago. Segundo a OMS esse é um índice similar nos países desenvolvidos. É também uma das causas mais comuns de mortes por câncer em mulheres, mesmo não sendo o mais letal, em virtude da grande quantidade de casos. As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce - abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença - e o rastreamento - aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento. O presente estudo, diante da magnitude de casos de câncer de mama no município de São João del Rei e, em especial no bairro Bom Pastor, objetiva elaborar um plano operativo de intervenção visando promover o rastreio mamográfico das pacientes acima de 50 anos, na área de abrangência da equipe de saúde da família do bairro em questão. O plano foi elaborado a partir dos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional e de pesquisa bibliográfica narrativa com os descritores: câncer de mama, rastreio mamográfico, prevenção e saúde da família. Nesse sentido, e diante da situação alarmante e do diagnóstico das principais causas presentes identificadas, foi elaborado um plano de intervenção para propor soluções pontuais com vistas à prevenção desta doença letal, a partir de dados colhidos pelas agentes comunitárias de saúde, com o objetivo de aumentar o rastreio mamográfico na área de abrangência da UBSF Bom Pastor.

Palavras-chave: Cancer de Mama. Rastreio Mamográfico. Prevenção. Saúde da Família.

ABSTRACT

Nowadays breast cancer is the most common type of cancer in women followed by cervical cancer , colon and rectum , lung and stomach. According to WHO this is a similar rate in developed countries. It is also one of the most common causes of cancer deaths in women , although not the most lethal , because of the large number of cases . The strategies for early detection are the early diagnosis - approach people with signs and / or symptoms of the disease - and tracking - test application or take an asymptomatic population , apparently healthy, in order to identify lesions suggestive of cancer and forward women with abnormal results for research and treatment. This study , given the magnitude of breast cancer cases in the São João del Rei municipality and especially in the Good Shepherd neighborhood , aims to draw up a contingency operating plan to promote mammography screening of patients over 50 years in the area the scope of the health team neighborhood family in question . The plan was drawn up from the assumptions of Situational Strategic Planning and narrative bibliographical search with the key words: breast cancer, mammography screening , prevention and family health . In this sense , and given the alarming situation and the diagnosis of the main causes identified gifts , a contingency plan has been prepared to propose specific solutions in order to prevent this deadly disease, from data collected by community health workers in order to increase mammography screening within the coverage area of UBSF Bom Pastor.

Key-words: Cancer de Mama . Screening Mammography . Prevention . Family Health..

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PSF Programa Saúde da Família.

ESF Equipe de Saúde da Família.

SIAB Sistema de Informação de Atenção Básica.

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente.

OMS Organização Mundial de Saúde.

ESF Equipe de Saúde da Família.

IAM Infarto Agudo do Miocárdio.

IDH Índice de Desenvolvimento Humano.

UBSF Unidade Básica de Saúde da Família.

SciELO Scientific Electronic Library Online.

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana.

ACS Agente Comunitário de Saúde.

OMS Organização Mundial de Saúde.

INCA Instituto Nacional do Câncer.

SISMAMA Sistema de Informação do Câncer de Mama.

CMS Conselho Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 BASES CONCEITUAIS	13
3 JUSTIFICATIVA	24
4 OBJETIVO	25
5 METODOLOGIA	26
6 PLANO OPERATIVO DE INTERVENÇÃO	27
7 RESULTADOS	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
9 REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O município de São João Del Rei está localizado na Macrorregião Centro Sul de Minas Gerais a 186 km da capital Belo Horizonte, 370 Km do Rio de Janeiro e 428 Km de São Paulo, fazendo parte da zona das Vertentes, entre a Serra de São José e a Serra do Lenheiro.

Atualmente a cidade vive uma mudança política pela entrada do prefeito Helvécio Luiz Reis, que iniciou seu mandato em 2012, professor e referência por ter sido Reitor da Universidade Federal de São João Del Rei, a nova gestão política possui planos para a melhoria da saúde e da educação na cidade, o que reflete diretamente no estudo em questão.

Segundo dados do IBGE 2010, São João Del Rei é uma cidade de 84.469 habitantes, sendo que 40.549 são homens e 43.920 são mulheres e do total, 4.612 são moradores da zona rural.

Nessa realidade de predominância feminina, um dos maiores problemas de saúde incidentes no bairro, na cidade e no país é o câncer de mama, cujo rastreamento mamográfico é alvo do presente estudo.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram diagnosticados no ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom, tendo o rastreio mamográfico um papel essencial nesse diagnóstico precoce.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, devido ao fato de que a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce

rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 1960 e 1970 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

A estimativa de novos casos feita pelo INCA para 2014 foi de 57.120 novos casos.

O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.

Segundo dados do INCA de 2008, “as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce - abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença - e o rastreamento - aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento. Em ambas estratégias, é fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta a possíveis alterações nas mamas e, em caso de anormalidades, busque prontamente o serviço de saúde”.

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecida algumas vezes como down-staging. Nesta estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

Rastreamento mamográfico é a realização da mamografia a intervalos regulares, em mulheres assintomáticas, visando à detecção precoce do câncer de mama, a fim de reduzir os índices de mortalidade pela doença. Periodicamente, o rastreamento mamográfico é alvo de debates e controvérsias, principalmente em relação ao intervalo entre os exames (anual ou bienal) e a idade na qual ele deve ser iniciado, conforme estipula o INCA.

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama, requerendo assim um trabalho conjunto das equipes de saúde da família na prevenção e combate a esse tipo de câncer, o que será objeto do plano de intervenção proposto neste trabalho.

2. BASES CONCEITUAIS

A CIDADE DE SÃO JOÃO DEL REI: CENÁRIO DO ESTUDO

2.1- HISTÓRICO, CONTEXTUALIZAÇÃO E ASPECTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS DE SÃO JOÃO DEL REI.

Atraídos pelos cascalhos de ouro da bacia do rio das Mortes e pelos grandes depósitos do minério da região, os paulistas foram os primeiros povoadores de São João Del Rei. No final do século XVII, Tomé Portes del Rei, vindo de Taubaté, firmou-se às margens do rio das Mortes, no local a que chamava, por ser passagem de todas as embarcações “Porto Real da Passagem”. Neste local hoje denominado Porto Real, teve início o primeiro arraial. Em 1702 faleceu Tomé Portes del Rei, e sucedeu-o seu genro Antônio Garcia da Cunha. Até 1703, a importância do povoado decorria de sua situação como ponto de ligação com os Sertões de Caeté e a região das minas do Carmo, Ouro Preto e Sabará (IBGE 2010).

De 1703 a 1704, o português Manuel João de Barcelos descobriu, nas fraldas dos montes, ricas manchas de ouro, e os paulistas Pedro do Rosário e Lourenço da Costa iniciaram os trabalhos de faiscação. Nas encostas das serras, atualmente denominadas Senhor do Monte e Mercês, onde ainda há reservas de ouro, surgiu o outro arraial – o do Rio das Mortes – com sua igreja (no local denominado Morro da Forca) consagrada a Nossa Senhora do Pilar, originando-se aí São João Del Rei (IBGE, 2013).

Na Guerra entre paulistas e emboabas, ainda no início do século XVIII, foi o arraial do Rio das Mortes fortemente abalado com a morte e o afastamento dos paulistas, aos quais foram usurpadas as minas. Apesar dessas lutas e disputas, a povoação continuou a prosperar (IBGE, 2013).

A construção da estrada de ferro (1878-1881) e a chegada, em 1886, de imigrantes italianos, procedentes de Bolonha e Ferrara, aceleraram o progresso do município. Esses imigrantes, destinados à agricultura, localizaram-se na Várzea do Marçal, onde formaram as colônias do Marçal, Recondego e Felizardo, e na Fazenda José Teodoro. Posteriormente, grande

número de sírios fixou-se no município, dedicando-se de preferência ao comércio (IBGE, 2013).

A freguesia de Nossa Senhora do Pilar data de 16 de fevereiro de 1724. O município foi criado com sede no antigo arraial do Rio das Mortes e território desmembrado do termo da antiga Vila Rica – mais tarde Ouro Preto – a 8 de dezembro de 1713, recebendo o nome de São João del Rei, em homenagem a D. João V. A lei provincial n.º 93, de 6 de março de 1838, concedeu à sede municipal foros de cidade. Em 1953 perdeu o distrito de Nazareno para formar novo município. Segundo a divisão administrativa vigente, o Município é composto dos distritos de São João del Rei (sede), Arcângelo, São Gonçalo do Amarante, Emboabas, Rio das Mortes, São Sebastião da Vitória e foram desmembrados os de Cassiterita e Santa Rita, ainda não instalados (IBGE, 2013).

A comarca, criada com o nome de Rio das Mortes em 1714, recebeu, por força da Lei estadual número 11, de 13 de novembro de 1891, a denominação de São João Del Rei (IBGE, 2013).

São João Del Rei é município sede microrregional, que compreende 17 municípios, totalizando uma população de 210.968 habitantes. São eles: Barroso, Conceição da Barra de Minas, Ibituruna, Lagoa Dourada, Madre de Deus de Minas, Nazareno, Piedade do Rio Grande, Prados, Resende Costa, Ritópolis, Santa Cruz de Minas, São Tiago, São Vicente de Minas e Tiradentes (MINAS GERAIS, 2013).

O Índice de desenvolvimento humano apresenta uma taxa igual a 0,758 (IBGE, 2010). A taxa de urbanização é de 93,85%, decorrente do êxodo rural. A renda Média Familiar é de R\$ 277,29, variando conforme o número de integrantes na família e entre meio rural e urbano. O abastecimento de Água Tratada é de 84,5% dos domicílios. O recolhimento de Esgoto por Rede Pública é de 81,2% dos domicílios. As principais atividades econômicas estão concentradas no setor de serviços (59% do PIB), seguido pelo setor industrial (38,1%) e uma pequena parcela representando a agropecuária (4,5%), evidenciando um grau de industrialização semelhante aos observados pelos índices da economia brasileira. Os trabalhadores distribuem-se entre os setores citados, sendo que a maior parte, 69%, encontra-se no setor terciário da economia (serviços, comércio, turismo, educação, administração pública), 23,4% no setor secundário (indústria) e apenas 7% no setor primário (agropecuária, matéria-prima). (IBGE, 2013).

No quadro abaixo podemos observar o número total da população dividido entre área urbana e rural, conforme a faixa etária:

Total da População: 84.469

População acima de 50 anos no Município de São João Del Rei			
Idade	Urbana		Rural Total
50-59	9.831	70410.535	
60-69	5.794	391	6.185
>70	5.019	2165.235	

Fonte: IBGE 2013

A taxa de crescimento anual no município vem registrando quedas sucessivas, de acordo com as teorias de crescimento populacional em países em desenvolvimento. Atualmente o índice é de 0,9% ao ano. Como já citado anteriormente, a densidade demográfica é de 57,68 hab./Km². Da população total residente, 76.473 são alfabetizados, 4.265 famílias vivem abaixo da linha da pobreza. (IBGE, 2013).

Essa contextualização é de suma importância porque reflete diretamente na realidade da população alvo, uma vez que fatores socioeconômicos, bem como educação e desenvolvimento têm o condão de demonstrar a conduta da população diante de campanhas de prevenção, o grau de instrução, bem como a atitude e postura que devem ser tomadas pela equipe de saúde da família para que possa atingir a população a que se destina.

2.2 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

A cidade conta com um Conselho Municipal de Saúde (CMS) que foi instituído pela Lei Municipal nº 2.784 de 23 de dezembro de 1991. O seu regimento interno foi alterado pela última vez em 2005. O CMS se reúne ordinariamente uma vez no mês, sendo composto por 24 membros efetivos e 24 membros suplentes, 50% de representação de usuários, 25% de entidades governamentais e prestadores de serviços e 24% de trabalhadores do SUS. Podem fazer parte do colegiado:

- Representantes dos usuários:

Representantes da Associação dos moradores; Representantes dos Sindicatos de Trabalhadores Urbanos; Representantes dos Sindicatos Patronais/ Associação de Profissionais Liberais; Representantes da Associação Sanjoanense dos portadores de deficiência; Representantes da Sociedade São Vicente de Paula; Representantes da Associação dos Aposentados e Pensionistas; Representante dos Estudantes; Representantes dos Demais movimentos populares e organizações não governamentais.

- Representantes de Trabalhadores do SUS:

Representantes dos trabalhadores federais da saúde; Representantes dos trabalhadores estaduais da saúde; Representantes dos trabalhadores municipais da saúde; Representantes dos trabalhadores conveniados ao SUS, hospitais, clínicas, laboratórios, dentre outros.

- Seguimentos das entidades governamentais e prestadores de serviços:

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde; Representantes da Secretaria Estadual de Saúde; Representantes dos hospitais e clínicas conveniadas ao SUS; Representantes dos laboratórios conveniados ao SUS; Representantes das demais entidades privadas que prestam serviços ao SUS (APADEQ/APAE).

Atualmente o conselho localiza-se na Praça Carlos Gomes, s/n – Centro- São João Del Rei – MG.

O investimento com saúde representa 35% do Orçamento do município, sendo que a participação nos gastos com saúde é de 72,45 % do Governo Federal e Estadual, sendo o restante, gastos do município.

Houve uma mudança significativa no ano de 2013, em que havia 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Atualmente, foram implementadas 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família e 07 Unidades Básicas de Saúde, aumentando a cobertura da atenção primária no município. Algumas equipes ainda não estão plenamente organizadas conformes os padrões de uma equipe de saúde da família, contando ainda com a ajuda de outras para que se estabeleça um sistema estruturado. Projetos atuais estão reorganizando a distribuição no território.

A rede de serviços públicos de saúde do município conta com os seguintes estabelecimentos: Policlínica Central (com diversas especialidades); Policlínica Matosinhos; Núcleo Materno Infantil; Núcleo Odontológico; Projeto Mulher; Setor de Fisioterapia; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Programa VIVA VIDA; Centro de Referências em Medicina Antroposófica.

Há ainda na cidade, duas instituições filantrópicas, o Hospital Nossa Senhora das Mercês e Santa Casa de Misericórdia, que, com o advento da UPA, criada em 2011, referência para cidade e região, diminuíram a demanda que sobrecarregava as duas instituições. A UPA faz uma triagem para o encaminhamento dos casos necessários para as referências da cidade. O Hospital Nossa Senhora das Mercês hoje, referência em urgências de ortopedia e traumatologia. A Santa Casa de Misericórdia referência em atendimento de Ginecologia/Obstetrícia, neonatologia (possuindo UTI neonatal) e Cirurgia Geral. Conta com serviço sobreaviso de neurocirurgia e neurologia, absorvendo casos de Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico e Traumatismos crânio-encefálicos. Ambos os Hospitais possuem UTI com serviços de radiologia. A cidade conta ainda com uma unidade de atendimento do

SAMU, composta por uma USA (ambulância com suporte avançado) e duas USB (suporte básico), atendendo a todo o município.

2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo os dados do SIAB (2013), havia no município 365 portadores de hipertensão arterial, 123 portadores de diabetes, 2 portadores de tuberculose. Foram registrados no mesmo ano, 280 casos de dengue.

As principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram complicações do diabetes, AVC e câncer, demonstrando que esta doença tem alto nível de incidência na área analisada, restando patente que se caracteriza como um dos nós críticos da saúde local.

As principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados locais foram pneumonias, IAM e acidentes de trânsito.

A taxa de mortalidade infantil foi de 23/1000 nascidos vivos, que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos, segundo dados do portal SIAB/ DATASUS 2014, do Ministério da Saúde.

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%.

2.4 A UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BOM PASTOR

A área de abrangência da equipe 0704 da unidade de saúde Bom pastor é constituída de 3.556 pessoas, abarcando um total de 1.048 famílias.

A população do bairro Bom Pastor é uma amostra da população total da cidade, demonstrando que um dos principais postos de trabalho se encontra no setor terciário e na economia informal, como lojas, comércio, farmácias e outros serviços.

De forma semelhante ao panorama brasileiro, os problemas sociais são parte da realidade da população da cidade e do bairro Bom pastor. É notável na rotina da cidade, o alto número de jovens usuários de drogas, tabagismo, etilismo e envolvidos com violência. A população apresenta grande vulnerabilidade social. Os moradores são, em grande parte, hipertensos, diabéticos e sedentários, conforme se constatou durante as consultas realizadas no PSF.

A UBSF Bom Pastor (0704) está localizada no Bairro Bom Pastor em área urbana do município de São João Del Rei a 3,3 Km do centro da cidade. Tem como população adscrita

3.551 pessoas com aproximadamente 1.100 famílias cadastradas, através de uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 7 agentes comunitários de saúde, 2 dentistas e 2 auxiliares de saúde bucal, perfazendo um total de 14 profissionais da área de saúde.

O horário de atendimento da equipe 0704, é de 07h00 às 17h00 de segunda a sextas-feiras e é constituído por demanda agendada, visitas domiciliares, renovação de receita e demanda espontânea.

Com o objetivo de otimizar o cuidado ofertado pela equipe, há um planejamento para a implantação de grupos operativos, separando Hipertensos e Diabéticos para um controle especial. Encontra-se em atividade o grupo de tabagismo, com palestras multiprofissionais, e liberação por parte da farmácia municipal, de medicações para auxiliar no tratamento.

A UBSF Bom Pastor anteriormente era uma unidade básica de saúde tradicional, todavia desde 2009, após uma reforma no estabelecimento onde está instalada até o presente momento, foi reinaugurada no modelo da Estratégia de Saúde da Família. No atual momento, no ano de 2014, as instalações se encontram em situação estrutural precária, sendo já interdita parte pela defesa civil devido a infiltrações e mofos, com risco de desabamento.

A estrutura física é composta por dois consultórios médicos, um gabinete odontológico, uma sala de triagem, uma sala de vacinação, uma sala de curativos/procedimentos, uma sala da enfermeira, três banheiros, uma copa, uma sala de esterilização, uma recepção e sala de espera. Todos os consultórios possuem pias para higiene das mãos. A sala de triagem possui balança antropométrica e pediátrica, aparelhos de pressão, estetoscópio, glicosímetro. Na sala de esterilização há uma autoclave para esterilização do material, de grande volume capaz de suportar a demanda.

A estrutura física não comporta adequadamente duas equipes, tornando confuso e tumultuado os dias de consulta médica devido à falta de espaço para comportar os pacientes. A falta de materiais, por vezes, interfere e impossibilita a resolução de pequenos problemas que seriam resolvidos na própria unidade, como medicamentos anti-hipertensivos, medicações tópicas para realização e acompanhamento de feridas, kits cirúrgicos para pequenas cirurgias, entre outros, obstando assim o completo atendimento dos pacientes que buscam na unidade o cuidado integral.

2.5 RECURSOS DA COMUNIDADE LOCAL

A comunidade possui uma Associação de Amparo às Pessoas Carentes e com Câncer, ANAPECC, além da existência da Conferência Bom Pastor, fundada em 1997. Possui duas pracinhas, uma escola municipal, uma academia da saúde e um campo de futebol. Possui instituições religiosas, evangélicas, adventistas e igreja católica, que por vezes, sede espaço para atividades da unidade de saúde, como palestras e outras atividades de promoção da saúde. Próximos a UBSF encontramos também dois laboratórios de análises clínicas e uma entidade filantrópica que realiza atendimentos ambulatoriais na área de psicologia e nutrição. O bairro possui luz elétrica em toda a sua área de cobertura, água, saneamento e cobertura telefônica.

O bairro Bom Pastor, compreende a equipe 0704, dividida em 07 microáreas. Dentro do território de responsabilidade da equipe encontram-se um córrego onde desemboca esgoto das casas e seu leito apresenta grande quantidade de lixo. Possui lotes vagos que são utilizados como depósito de lixo, mostrando assim a necessidade de ações de prevenção de agravos como a dengue, leptospirose, e outras doenças infecciosas.

Desta maneira, faz-se necessário um estudo que abarque soluções pautadas nos recursos disponíveis na comunidade abrangida pela UBSF do bairro Bom Pastor, para que medidas palpáveis sejam tomadas de modo a promover a saúde de sua população.

2.6. IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

De acordo com o exposto, diante de um trabalho de identificação juntamente com a equipe local e a vivência dentro da Unidade de Saúde, foram apontados alguns problemas relevantes, os quais serão tidos como os nós críticos.

Como a população do território se constitui pessoas de baixo poder aquisitivo, analfabetas, e, com grande quantidade de idosos e que são provenientes de zona rural, o acesso é dificultado uma vez que há a necessidade de um investimento maior em esclarecimentos e conscientização acerca dos fatores de risco.

Pacientes usuários de drogas lícitas ou ilícitas apontam para a vulnerabilidade da população adscrita. Este cenário ainda se agrava devido ao fato de que a estrutura física da Unidade é precária, sendo parte dela já interdita pela defesa civil devido a infiltrações, o que muitas vezes restringe a utilização de meios eficazes que não estão disponíveis porque o ambiente de trabalho não suporta tais alterações ou modernizações.

Ademais, a perda dos prontuários é um problema frequente no dia a dia dos atendimentos, dificultando bastante o trabalho, problema este que está atrelado ao estado precário

do armário de armazenamento, e a falta de material necessário.

Este cenário dificulta a correta orientação de pacientes em relação ao rastreio de doenças como Câncer de Mama e Colo uterino. Como destaque e alvo deste estudo, o nó crítico do Câncer de Mama, em que não se observa um controle das mulheres acima de 50 anos que realizam rastreio mamográfico.

Assim, foi eleito este problema relevante para ser objeto deste projeto de intervenção, visto que dentre os demais, está parcialmente ou totalmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe de saúde da família do bairro Bom Pastor.

2.7 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Segue tabela com os dados extraídos dos atendimentos realizados na UBSF Bom Pastor e que demonstram que o problema do rastreio mamográfico, é o de maior índice de urgência, sendo alvo do presente estudo como meio de viabilizar o enfrentamento deste problema crítico.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Perda de prontuários	Alta	7	Parcial	2
Mau estado de conservação da unidade	Alta	7	Parcial	3
Tabagismo	Alta	6	Parcial	4
Uso de drogas	Alta	5	Parcial	5
Altos índices de criminalidade e analfabetismo	Alta	6	Baixa	6
Falha no rastreio mamográfico de Câncer de Mama em mulheres acima de 50	Alta	8	Parcial/Total	1

Fonte: Felipe Afranio Sousa, 2015.

2.8 DESCRIÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO NÓ CRÍTICO

Após a identificação e priorização dos problemas, deu-se destaque a falha do rastreio mamográfico de Câncer de Mama em mulheres acima de 50 anos, e que não se tem um controle de mulheres que fizeram o rastreio nos últimos dois anos. Situação de extremo alarme.

De acordo com dados do SIAB (2014), o número de mulheres com idade acima de 50 anos do território de abrangência da equipe 0704 - Bom Pastor é de 565.

No momento foi realizado um levantamento do número de mulheres da faixa etária entre 50-69 anos que não fizeram rastreio mamográfico nos últimos dois anos; a partir das informações colhidas pelas agentes comunitárias de saúde da equipe multiprofissional, verificando que o número total de mulheres nesta faixa etária na área é de 423 mulheres. Destas, 254 mulheres realizaram o exame mamográfico nos últimos 2 anos e 169 mulheres não fizeram, ou seja, aproximadamente 60% das mulheres estavam em rastreio mamográfico adequado.

Para identificação dos nós críticos foram estabelecidos alguns critérios objetivos, que levaram a conclusão acerca dos fatores determinantes para a ocorrência deste déficit em relação aos exames de rastreio mamográfico no presente local, quais sejam:

- Falta de conhecimento das agentes comunitárias de saúde em relação ao tema, demandando um curso de capacitação acerca dos benefícios e dos casos indicados para realização desse exame;
- Número reduzido de mulheres que procuram realizar exames de rastreio do Câncer de Mama e também de Colo uterino (exame citológico), conforme informações colhidas nos postos de saúde da cidade;
- Insuficiência de dados sobre o número de mulheres que realizaram rastreio mamográfico nos últimos dois anos;
- Falha na orientação da população alvo por parte da equipe de saúde.

Pautado nesses fatores determinantes que ocasionam a ausência de controle e de realização do rastreio mamográfico é que se desenvolverá o plano operativo de intervenção, que objetive tratar cada um destes como pontos de enfrentamento, de modo a possibilitar o real controle, por parte da equipe, do processo de rastreamento das mulheres de seu território.

2.9 RASTREIO MAMOGRÁFICO E O CÂNCER DE MAMA

A incidência global do câncer de mama está aumentando progressivamente, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, com uma taxa anual de 3,1%. Passou de 641.000 casos em 1980 para 1.643.000 casos em 2010, sendo responsável por 27% dos novos casos de câncer diagnosticados em mulheres. Desse total, cerca de dois terços ocorreram em mulheres acima de 50 anos, principalmente nos países desenvolvidos. Já nas mulheres abaixo dos 50 anos (entre 15 e 49 anos), a incidência de câncer de mama foi duas vezes maior nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos. (FOROUZANFAR et al., 2011).

Conforme esclareceu o Ministério da Saúde, 2010, o rastreamento é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos da prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada, enquanto os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos e falso-negativos, que geram ansiedade ou falsa tranquilidade à mulher; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente; e o risco da exposição à radiação ionizante, se excessiva ou mal controlada.

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres elegíveis de uma dada população que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos (MS, 2010).

O Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA - foi desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como ferramenta para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama. O Sistema foi instituído pela Portaria SAS nº 779, de 2008, e entrou em vigor em junho de 2009. Os dados gerados pelo sistema permitem estimar a cobertura da população-alvo e qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento. (MS,2010).

No grupo de paciente entre 50 e 69 anos, todas as sociedades médicas e programas de rastreamento populacional de câncer de mama ao redor do mundo recomendam o rastreamento mamográfico.(HUMPHREY, 2002).Metanálises dos estudos populacionais mostraram 20% a 35% de redução na mortalidade nesta faixa etária. Além disso, os efeitos adversos do rastreamento mamográfico são menores nessas mulheres e um menor número precisa ser rastreado para se evitar uma morte pela doença. A U.S. Preventive Services Task Force

(USPSTF) estimou que entre 50 e 59 anos e entre 60 e 69 anos é necessário rastrear, respectivamente, 1.339 e 377 mulheres para se evitar uma morte pelo câncer de mama. (Nelson HD et al., 2009).

3. JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica pelo fato de que atualmente no município de São João Del Rei, o exame mamográfico é um dos principais problemas de saúde da mulher segundo a Estratégia de Saúde da Família desta Unidade. Isso porque a população alvo apenas realiza este exame a partir da indicação pelos profissionais de saúde, muitas vezes a partir do exame citológico para rastreio de Câncer de Colo uterino, onde estas pacientes na faixa etária são identificadas e orientadas à realização. Porém, apesar do baixo índice de mulheres que fazem o rastreio, o Câncer de Mama é de alta prevalência nesta área. Na equipe da UBSF Bom Pastor, a indicação e orientação para o rastreio mamográfico se faz pela equipe de saúde, mais precisamente durante as consultas médicas e através do exame citológico de colo uterino pela equipe de enfermagem, onde as pacientes são identificadas e orientadas. Entretanto, parte dessa população alvo não procura de forma efetiva a Unidade de Saúde, ficando obscuras para a Equipe, as pacientes que não realizam o rastreio e que são um perigo iminente para a presença do Câncer de Mama.

Por se tratar de um problema de possível e adequada governabilidade e, com recursos humanos e materiais viáveis para uma proposta de intervenção efetiva, e ainda, após reunião com a equipe da UBS, decidiu-se escolher esse problema como tema do projeto de intervenção, pensando em expandir o projeto para outras unidades de saúde e postos de atendimento primário à saúde no município de São João Del Rei.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Propor um protocolo clínico para rastreamento do Câncer de Mama na UBSF Bom Pastor no município de São João Del Rei.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as dificuldades existentes na efetivação da política de rastreamento de Câncer de mama promovida pelo Ministério da Saúde na Equipe de Saúde Da Família Bom Pastor, na Cidade de São João Del Rei;
- Elencar a demanda reprimida existente no rastreio ao câncer de mama, na UBSF Bom Pastor;
- Estruturar um protocolo clínico para a Saúde da Mulher na UBSF Bom Pastor.

5. METODOLOGIA

Por se tratar de um problema frequente no posto de atendimento primário na área da saúde e por ser um problema com capacidade de enfrentamento, a despeito da dificuldade de obter resultados em curto prazo, este trabalho aborda uma forma de incentivar que as mulheres alvo do presente estudo façam o rastreio mamográfico, através da realização de palestras e reuniões educativas para a própria equipe de saúde e para as mulheres da faixa etária selecionadas pelas agentes comunitárias em cada microárea. Conforme já destacado, este exame tem o condão de prevenir o Câncer de Mama, bem como e propiciar um diagnóstico precoce e com chances maiores de cura desta doença.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES para escolha do problema, conforme os textos da unidade I do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde e também os textos das seções do módulo de Iniciação à Metodologia Científica.

Conforme dito anteriormente, a princípio, após educação e reciclagem da equipe so-

bre o tema Câncer de Mama, realizamos uma busca ativa através das agentes comunitárias de saúde da equipe, selecionando as mulheres entre 50-69 anos que não realizaram rastreamento mamográfico nos últimos dois anos (dados não encontrados após análise das fontes de dados disponíveis). Foi encontrada uma taxa significativa de mulheres nesta faixa etária (cerca de 40%) que não realizam o referido procedimento adequadamente, que serão expostas posteriormente.

Além disso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, de forma a embasar e orientar as atividades educativas. Os descritores utilizados para revisão bibliográfica foram: Câncer de Mama. Rastreamento Mamográfico. Prevenção. Saúde da Família. Foram pesquisados artigos nas bases de dados do Scielo e PubMed, publicados entre 2006 até os dias de hoje.

Espera-se que a população seja orientada e reeducada em relação ao tema, e que o rastreamento mamográfico seja realizado de forma adequada, nos intervalos corretos, abrangendo toda a população da faixa etária recomendada.

6. PLANO OPERATIVO DE INTERVENÇÃO

A partir da análise das principais características da equipe, da população e do funcionamento da unidade de saúde Bom Pastor e da cidade de São João Del Rei, far-se-á uma triagem dos problemas mais relevantes para que sejam formuladas intervenções de enfrentamento que estejam dentro do patamar alcançável da equipe de saúde.

O objetivo é oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle deste câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher e da Estratégia de Saúde da Família como coordenadora dos cuidados primários no Brasil.

Para implementação do plano operativo de intervenção são necessárias algumas estratégias para a saúde da família, tais como:

- Implantação de um programa de rastreamento mamográfico organizado, com exames realizados a intervalos regulares;
- Seleção da população com maior risco e custo benefício;
- Intervalo > 50 anos = 24 meses
- Uso da mamografia no contexto ambulatorial de maneira personalizada (em virtude da existência não desprezível de danos e riscos agregados);
- Solicitação do exame em comum acordo entre médico e paciente após a avaliação individual;

Diante disto as diretrizes para a população de risco, no caso em tela, mulheres acima de 50 anos são:

- Auto-exame como conscientização com maior incidência após os 50 anos;
- Mamografia complementar devido ao alto nível de incidência;
- Exame clínico anual;
- Controle das pacientes com rastreo mamográfico prévio com alteração.
- Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada;
- Alcançar a meta de cobertura da população-alvo;
- Garantir acesso a diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualidade das ações;
- Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Diante da adoção destas posturas de detecção precoce, acompanhamento e rastreamento do câncer de mama há que se chegar a um patamar desejável de prevenção, em que os casos de risco serão monitorados de forma a promover a saúde da mulher e garantir que esse problema de saúde da família deixe de ser um nó crítico na realidade da ESF local.

“Quadro 1 – Operação sobre “Falha no rastreo mamográfico de Câncer de Mama em mulheres acima de 50 anos” relacionado ao problema do rastreo mamográfico, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do bairro Bom Pastor em São João Del Rei, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falha no rastreo mamográfico de Câncer de Mama em mulheres acima de 50 anos
Operação	Busca ativa a mulheres entre 50-69 anos que não realizaram rastreo mamográficos nos últimos 2 anos
Projeto	Prevenir é viver
Resultados esperados	Aumento do número de mulheres da área de abrangência realizando rastreo mamográfico para CA de mama
Produtos esperados	Educação da população sobre o tema e rastreo adequado
Atores sociais/ responsabilidades	Médico da equipe, Enfermeiro, Agentes comunitários, população adscrita na faixa etária
Recursos necessários	Estrutural: Unidade de Saúde; Salão da igreja evangélica Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Câncer de Mama Financeiro: Nenhum Político: Nenhum
Recursos críticos	Dificuldade na compreensão do tema abordado por parte da população

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médico e Enfermeiro Motivação: Palestras, acolhimento
Ação estratégica de motivação	Palestras educativas, orientações individuais quanto a dúvidas, melhor acolhimento, orientações durante consulta médica
Responsáveis:	O responsável pelo projeto de intervenção será toda a equipe. A princípio será realizado pelas ACS a busca de mulheres que não realizaram o rastreamento em cada microárea. Depois disso, serão analisados os dados. Iremos realizar palestra educativa no mês de Outubro com a realização do exame clínico e solicitação dos exames mamográficos. Consultas serão realizadas uma tarde por semana pelo Médico durante o mês de novembro e início de dezembro para mulheres nesta faixa de idade selecionadas pelas ACS. Visitas domiciliares serão agendadas para busca ativa pelo médico e enfermeiro para casos selecionados pelos ACS.
Cronograma / Prazo	Busca ativa pelas ACS: 01/09 à 30/09 Palestra educativa: 22/10 Consultas individuais: 04/11 à 02/12 Visitas domiciliares: casos selecionados ainda em estudo
Gestão, acompanhamento e avaliação	O projeto será acompanhado pelo Médico e Enfermeiro da equipe, aguardando o retorno dos pacientes com os exames solicitados. Foram contabilizados os pedidos e irão ser agendadas consultas para retorno com exames.

7. RESULTADOS

Para implementação do plano operativo de intervenção, Foi realizado busca ativa através das agentes comunitárias de saúde nas 07 microáreas da área de abrangência de mulheres entre 50-69 anos que não realizaram exame mamográfico nos últimos 2 anos. Número total de mulheres nesta faixa etária na área é de 423 mulheres. Destas, 254 mulheres realizaram o exame mamográfico nos últimos 2 anos e 169 mulheres não fizeram, ou seja, aproximadamente 60% das mulheres estavam em rastreamento mamográfico adequado. A partir destes dados, convocamos as mulheres para uma palestra educativa com o intuito de esclarecer dúvidas, realizando autoexame das mamas e solicitando o exame mamográfico. A palestra foi realizada no dia 22 de outubro junto à equipe da unidade, ministrada pelo médico da equipe e a enfermeira. Entretanto, compareceram apenas 15 mulheres. A partir disso, reunimos a equipe a fim de traçarmos novas estratégias. Agendamos 1 tarde por 5 semanas durante o mês de novembro e início de dezembro, onde foram agendados 8 atendimentos ao dia, selecionados pelas agentes comunitárias em cada microárea, sendo realmente efetivo o comparecimento destas mulheres, acreditamos que um horário definido para consulta, e a insistência das agentes de saúde foram fundamentais. Conseguimos então uma mudança nos números expressiva. Foi levantada a hipótese pela equipe em realizar busca ativa através de visitas domiciliares,

ainda em estudo. Atualizando os números, conseguimos uma cobertura no momento de 73%. Conseguimos aumentar a cobertura, educar parte da equipe em relação ao tema e conscientizar efetivamente a população sobre a importância do tema.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo bem assevera Taplin et al, 2004, para que se possa reduzir do número de casos com diagnóstico tardio do câncer de mama, deve-se primar por alcançar a parcela da população feminina que ainda não participou de qualquer rastreio, com enfoque nas mulheres de baixa renda e de menor nível educacional, pois a grande massa delas tem perfil semelhante àquelas atendidas na rede pública de saúde do Brasil.

Não se pode propor redução do diagnóstico tardio do câncer de mama quando se exclui grande parcela das mulheres do rastreamento mamográfico. No Brasil as recomendações são conflitantes. As diretrizes oficiais recentes recomendam o rastreamento mamográfico, para mulheres não pertencentes a grupos populacionais de risco, somente a partir de 50 anos de idade, segundo informações do INCA, 2004. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), patrocinadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), acompanhando tendências internacionais, defendem em seu Projeto Diretrizes a triagem mamográfica anual a partir de 40 anos, bianualmente entre 50 e 69 anos e, de acordo com a expectativa de vida da mulher após 70 anos de idade, de acordo com os dados do Conselho Federal de Medicina em 2002.

Desta feita, resta patente a necessidade urgente de se estruturar e organizar os rastreios mamográficos nas mulheres pacientes acima de 50 anos do bairro Bom Pastor, de tal modo que a Equipe de Saúde da família cumpra seu papel primordial de focalizar suas ações e programas de atendimento básico nos problemas que se caracterizam como nós críticos destas comunidades.

O plano de intervenção proposto, na medida em que rastreia de perto os motivos determinantes da alta incidência de câncer de mama na região em tela, tem a condição acentuada de combater a situação de fragilidade perante as ameaças de risco presente. Decorre isto de um diagnóstico detalhado em que há primazia da realidade local, de modo que aponta para uma atuação incisiva nos focos desencadeadores do problema. Daí, emerge a sua importância

basilar.

Nesta ótica, o plano de intervenção conjugado aos esforços de uma equipe multiprofissional focados nos principais fatores determinantes que obstam a efetivação do combate ao câncer de mama em seu estágio inicial, tem caráter salutar e conduz a resultados extremamente positivos.

Os benefícios acarretados por um programa que tem cunho social e médico, de prevenir tal doença são incalculáveis, eis que atentar para o problema do câncer, é conjugar esforços para redução de um dos maiores e prevaletentes problemas de saúde do mundo inteiro.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de cinco de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de Atenção à Saúde das pessoas com

doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2013, Seção 1, p.56-57.

2 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2014.

3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29). Brasília, 2010.

4- CAMPOS, Francisco C. Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos; **Planejamento Estratégico Situacional**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010, 13p

5- Dados do SIAB da Secretaria Municipal de Saúde de São João Del Rei 2014.

6-Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, et al. **Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis**. Lancet. 2011;378:1461-84.

7- FARIA, Horácio Pereira de;COELHO, Ivan Batista; WERNECK, , Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André dos. **Modelo assistencial em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010.

8- FARIA, Horácio Pereira de;COELHO, Ivan Batista; WERNECK, , Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André dos. **Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010

9- 23- Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al. **Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S.** Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 137(5 Part 1):347-60.

10- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

11- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010.

12 - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama – Resumo das Apresentações**. Rio de Janeiro, 2008.

13- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Resumo. **Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer. Uma perspectiva global**. Tradução de Athayde Handson Tradutores. Rio de Janeiro, 2007, 12 p.

14 - Kemp C, Petti DA, Ferraro O, Elias S. **Câncer de mama: prevenção secundária**. Brasília: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina do Brasil; 2002.

15- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama. Documento de consenso**. Rio de Janeiro; 2004.

Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicações/Consensointegra.pdf>.

16 - Nelson HD, Tyne K, Naik A, et al. **Screening for breast cancer: an update for the U.S.**

Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009;151: 727-37.

17 - Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W, Costanza ME, Evans WP 3rd, et al. **American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003.** *CA Cancer J Clin.* 2003;53 (3):141-69.

18- Taplin SH, Ichikawa L, Yood MU, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, et al. **Reason for late-stage breast cancer: absence of screening or detection, or breakdown in follow-up?** *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(20):1518-27.