

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIANNE TEREZA ARZUAGA MARTINEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NAS MULHERES COM FATORES DE
RISCO DE CANCER DE MAMA NA UBS MISAEL PINTO DOS
SANTOS EM PEDRA DO INDAIÁ / MINAS GERAIS**

PEDRA DO INDAIÁ - MINAS GERAIS

2015

ARIANNE TEREZA ARZUAGA MARTINEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NAS MULHERES COM FATORES DE
RISCO DE CANCER DE MAMA NA UBS MISAEL PINTO DOS
SANTOS EM PEDRA DO INDAIÁ / MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

PEDRA DO INDAIÁ - MINAS GERAIS

2015

ARIANNE TEREZA ARZUAGA MARTINEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NAS MULHERES COM FATORES DE
RISCO DE CANCER DE MAMA NA UBS MISAEL PINTO DOS
SANTOS EM PEDRA DO INDAIÁ / MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof. Daniela Coelho Zazá (UniBH)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Bruno Leonardo de Castro Sena pela dedicação na
minha orientação.

À minha família pela ajuda.

À todos os integrantes do Nescon (Programa Ágora) pela oportunidade.

DEDICATÓRIA

À todos meus familiares e amigos;
À equipe de Saúde da Família da UBS Misael Pinto dos Santos;
Aos usuários da Unidade de Saúde Misael Pinto dos Santos em Pedra do
Indaiá/MG.

“Conhecer o homem, esta é à base de todo o sucesso”

Charles Chaplin

RESUMO

O câncer de mama atinge índices alarmantes no mundo. É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 30% dos casos novos a cada ano. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Ações em nível de atenção primária envolvendo a comunidade devem ser priorizadas, por isso nas comunidades rurais de Betânia e Lambari, bairros de Pedra do Indaiá/MG, os fatores de risco para o câncer de mama foram escolhidos como o principal problema de saúde da comunidade (eleito através da realização de um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida). O objetivo geral foi elaborar um projeto de intervenção educativa para diminuir os fatores de risco do câncer de mama nas mulheres inscritas na UBS Misael Pinto dos Santos em Pedra do Indaiá/ MG. Foi realizada uma revisão de literatura em base de dados como Bireme, SciELO, Lilacs e Medline utilizando sempre de modo isolado ou em associação os descritores: “câncer”, “mama” e “fatores de risco”. Incluindo no estudo somente artigos publicados entre os anos de 2006 e 2015. O plano de ação foi elaborado por meio do Plano Estratégico Situacional, para modificar modos e estilos de vida e fornecer conhecimentos aos pacientes sobre o câncer de mama. Concluiu-se que é essencial elaborar um planejamento local que valorize as particularidades da população feminina da comunidade. Os profissionais devem trabalhar em equipe e articulada com outros setores governamentais. É de fundamental importância que os profissionais da saúde da família estejam preparados para prevenir fatores de risco, intervindo preventivamente e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Descritores: Câncer, câncer de mama, fatores de risco.

ABSTRACT

Breast cancer reaches alarming rates in the world. It is the most common type of cancer among women worldwide and in Brazil, after non melanoma skin of, accounting for about 30% of new cases each year. Breast cancer also affects men, but it is rare, accounting for only 1% of cases. Shares in primary care level involving the community should be prioritized, so in rural communities of Betânia and Lambari, neighborhoods of Pedra do Indaiá/MG, the risk factors for breast cancer was chosen as the major community health problem (elected by conducting a situational diagnosis for using the Flash Estimate). The overall objective was to prepare an educational intervention project to reduce the risk factors of breast cancer in women, entered in UBS Misael Pinto dos Santos in Pedra do Indaiá/MG. It was held a database of literature review as Bireme, SciELO, Lilacs and Medline), always using in isolation or in combination the following keywords: cancer, breast cancer, risk factors. Including in the study only articles published between the years 2006 and 2015. The action plan was prepared by the Situational Strategic Plan, and ways to modify lifestyles and provide knowledge to patients about breast cancer. It was concluded that it is essential to develop a local plan that values the particularities of the community's female population. Professionals should work as a team and coordinated with other government sectors. It is vital that the family health professionals are prepared to prevent risk factors intervene preventively and improving the quality of life.

Keywords: cancer, breast cancer, risk factors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitária de saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CA - Câncer

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

ESF - Equipe Saúde da Família

HRE-2 - Fator de crescimento epidérmico 2

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDEB - Índice de desenvolvimento da educação básica

INCA - Instituto nacional de câncer

LS - Linfonodo solitário

OMS - Organização mundial da saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PISA - Programa internacional de avaliação de estudantes

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Nível de escolaridade no município Pedra do Indaiá	18
Gráfico 2	Índice de desenvolvimento da educação básica Pedra do Indaiá .	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Densidade demográfica do município Pedra do Indaiá	17
Quadro 2	Quadro de funcionários existentes na área da saúde do município	21
Quadro 3	Total de pacientes na UBS Misael Pinto dos Santos	24
Quadro 4	Mulheres com fatores de risco de câncer de mama	25
Quadro 5	Classificação BI-RADS utilizada na mamografia	36
Quadro 6	Classificação clínica (TNM) do câncer de mama	43
Quadro 7	Identificação e priorização dos problemas da UBS Misael Pinto dos Santos	46
Quadro 8	Desenho das operações para nós críticos	48
Quadro 9	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos, para diminuir os fatores de risco de câncer de mama	50
Quadro 10	Propostas de ações para a motivação dos atores, para diminuir os fatores de risco de câncer de mama, na UBS Misael Pinto dos Santos	51
Quadro 11	Elaboração do plano operativo	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização de Pedra do Indaiá em Minas Gerais	15
Figura 2	Equipe de saúde na campanha Outubro Rosa	24
Figura 3	Visitas domiciliares a pacientes idosos e acamados	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	26
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Especificos.....	28
4 METODOLOGIA.....	29
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	31
5.1 Câncer de mama.....	31
5.2 Fatores de risco do câncer de mama.....	32
5.3 Diagnóstico do câncer de mama.....	34
5.4 Tratamento.....	37
5.5 Prognóstico.....	42
6 PLANO DE AÇÃO	45
6.1 Problemas identificados.....	45
6.2 Priorização dos problemas.....	45
6.3 Descrição do problema.....	46
6.4 Explicação do problema	46
6.5 Seleção dos Nós críticos.....	47
6.6 Desenho das operações	47
6.7 Recursos críticos.....	49
6.8 Propostas de ações para a motivação dos atores.....	50
6.9 Proposta de intervenção.....	52
6.10 Gestões do plano de ação.....	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se “metástase” para outras regiões do corpo (BRASIL, 2010).

O câncer apresenta-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população mundial, e, entre as mulheres, destaca-se o câncer (CA) de mama pela sua incidência e prevalência (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Este representa, nos países ocidentais, uma das principais causas de mortalidade nas mulheres, sendo o segundo tipo de CA mais frequente no mundo e o primeiro entre mulheres. Estima-se como um CA de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente.

As taxas de mortalidade deste câncer continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença é diagnosticada em estágios avançados (BRASIL, 2006).

A situação do câncer no Brasil se divide em três partes: Causalidade, Ocorrência e Ações de Controle. Em virtude disso, a causalidade está associada à exposição da população aos fatores de risco. Desse modo, a ocorrência trata da incidência e dos índices de mortalidade no país. As ações de controle são as iniciativas para prevenção da doença, das formas de detecção precoce e do rastreamento do câncer, das linhas de cuidado integral e tratamento, formação e educação permanente em oncologia (INCA, 2011).

[...] as estimativas para o ano de 2017 serão válidas também para o ano de 2020 e apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. São esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma (134 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18 mil) (INCA, 2011, p. 11).

Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentando maior risco de desenvolver a doença.

Esse grupo deve ser acompanhado por médico a partir dos 35 anos. Frente ao conhecimento é o profissional de saúde quem vai decidir quais exames a paciente deverá fazer. Primeira menstruação precoce, menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos também constituem fatores de risco para o câncer de mama (BRASIL, 2011).

Apesar de existir diretrizes nacionais para o controle das dislipidemias é de grande importância o envolvimento da atenção primária considerando a potencialidade de envolver os atores da comunidade e de entender o problema no nível local com suas peculiaridades.

A partir dessas assertivas o objetivo geral deste trabalho é elaborar um plano de ação educativa nas mulheres com fatores de risco de câncer de mama.

1.1 Contexto Geral

O município Pedra do Indaiá encontra-se na região centro oeste do estado de Minas Gerais (figura 1), localizado a 173 km da capital, Belo Horizonte, e limita com os municípios Santo Antônio do Monte, Formiga, São Sebastião do Oeste e Itapeçerica, sendo muito famoso pelas belas cachoeiras e as festas tradicionais em Setembro. É uma das cidades menores do centro-oeste mineiro. (IBGE, 2010)

Figura 1: Localização de Pedra do Indaiá em Minas Gerais.



Fonte: Wikipédia (2012).

O município de Pedra do Indaiá foi criado em 30 de Dezembro de 1962, e instalado em 1º de Março de 1963, quando se desmembrou de Itapeçerica a qual pertencia. Pedra do Indaiá está localizada a 170 km da capital Belo Horizonte, em uma belíssima região cercada por morros, ampara belas cachoeiras e paisagens

deslumbrantes do cerrado mineiro, com uma extensão territorial de 347920 km² (IBGE,2010).

No alto de seu maior morro existe a Capela de São Miguel, erguida por um fazendeiro da família Silva no ano de 1729. Nesse local, foi encontrada a imagem do Senhor Bom Jesus, que havia sido escondida por bandeirantes, que a roubaram em um município vizinho: Itapeçerica. A capela foi abandonada, com isso seu teto e partes de suas paredes construídas de pedra vieram ao chão e logo o seu interior foi usado como cemitério da família Silva, onde várias pessoas estão sepultadas, com o passar dos anos e, com a chegada ao município do (hoje falecido) Padre Miguel Rodrigues dos Anjos, foi restaurada, em setembro de 1982, com a ajuda da população. Hoje, é um ponto turístico da cidade e sua restauração é comemorada todos os anos no primeiro domingo de Setembro (data de sua reinauguração), numa comemoração que atrai romeiros de toda região para participar da então "Festa da Igrejinha". Junto à referida capela fica o cemitério da cidade e, ainda, um pequeno "castelo" erguido pelo Padre Miguel. Em 1952, foi celebrado o primeiro Jubileu do Senhor Bom Jesus, pelo reverendíssimo Padre João Bruno Barbosa, que dirigiu a paróquia da cidade durante 12 anos. Essa festa é celebrada todos os anos de 10 a 14 de setembro em homenagem a milagrosa imagem. (IBGE,2010)

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de geografia e estatística no ano 2010 (IBGE) a área total do município era de 347,920 km², e uma concentração habitacional de 3879 habitantes, 11.11 habitantes por km². O número de domicílios é de 1893 e um total de 1383 famílias.

O índice de desenvolvimento humano é de 0.708 e a taxa de urbanização apresentou modificações, de junho de 2011 a janeiro de 2013. A população urbana em 2000 representava 47,7 % e em 2010 passou representar 52,98 %. A renda média familiar na zona rural é de 500 reais e na zona urbana de 510 reais, a porcentagem de água tratada abastecida é de 90,38 %, e o recolhimento de esgoto por rede pública de 62,04 %%.(IBGE,2015)

Dentro das atividades econômicas do município destaca-se a agricultura, pecuária, a fábrica de fogos Ouro, a fábrica de carbonato de cálcio, as mesmas dão emprego a maioria da população de Pedra, além das fábricas de costura que também oferecem emprego para as mulheres da comunidade. O quadro 1 apresenta os dados referentes à densidade demográfica do município de Pedra do Indaiá.

Quadro 1: Densidade demográfica do município Pedra do Indaiá.

Nº de indivíduos	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60+	Total
Área urbana	29	125	163	184	185	220	635	790	521	2852
Área rural	12	46	57	73	78	112	179	283	215	1055
Total	41	171	220	257	263	332	814	1073	736	3907

Fonte: IBGE (2012).

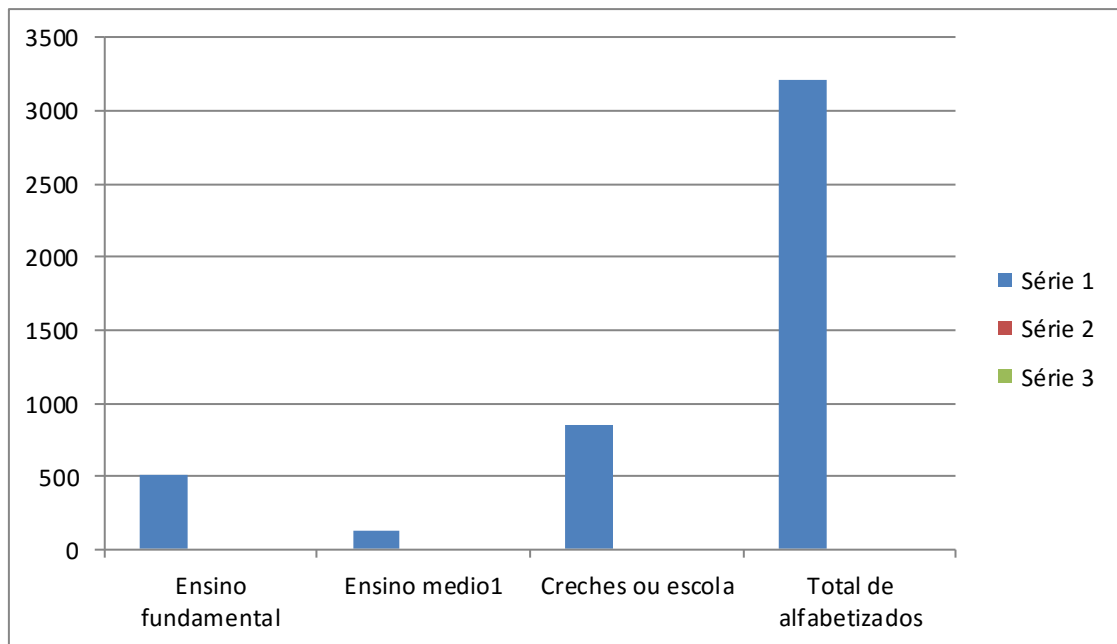
Segundo fontes do IBGE, de acordo com o último censo, a população do município de Pedra do Indaiá era de 3.875 pessoas, sendo 1.986 homens e 1.889 mulheres. Ainda segundo o IBGE, a população do município tem aumentado ao longo dos últimos anos (4013 segundo IBGE). Esse fato, concreto, se dá em razão do deslocamento de várias famílias do norte do Estado para o município em busca de emprego. Quando uns se estabilizam na cidade, trazem outros parentes e assim a população tem crescido e se transformado. O leve decréscimo da população rural se dá pela busca de melhores condições de vida na área urbana. A população que mais cresce, aqui como é observada em todo país, é a população de mais de 40-59 anos.

Conforme os dados do último censo demográfico no município em agosto de 2010 a população total era de 3875 residentes dos quais 56 se encontravam em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda familiar per-capita abaixo de 70 reais. Isso significa que 1,4 da população municipal vivia nessa situação, do total de extremadamente pobres 0 % viviam na zona rural e 100% vivia na zona urbana. A maioria das pessoas trabalha nas fábricas da cidade, predomina a idade média (40 - 59 anos) representado 30.5 % no caso dos adultos trabalhadores e 19.19 trabalhadores infantis nas idades de 10-15 anos.

De acordo com os registros de março de 2013 do cadastro único e com a folha de pagamentos de Abril de 2013 do programa Bolsa da família o município

conta com 550 famílias registradas no cadastro único e 179 famílias registradas no programa bolsa família. A matrícula no ensino fundamental é de 511, no ensino médio de 129 e a população que frequenta a creche ou a escola é de 851 pessoas e os alfabetizados totalizam 3210 pessoas. O gráfico 1 apresenta o nível de escolaridade no município de Pedra do Indaiá.

Gráfico 1: Nível de escolaridade no município Pedra do Indaiá.



Fonte: Pedra do Indaiá (2014).

Desde 2005, é possível acompanhar as mudanças do principal indicador nacional de resultados educacionais qualitativos, o Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB). A série histórica deste indicador ainda é considerada muito curta para a apreensão de variações reais na qualidade da educação básica brasileira, mas ele serve de termômetro para alterações recentes. (IBGE, 2015)

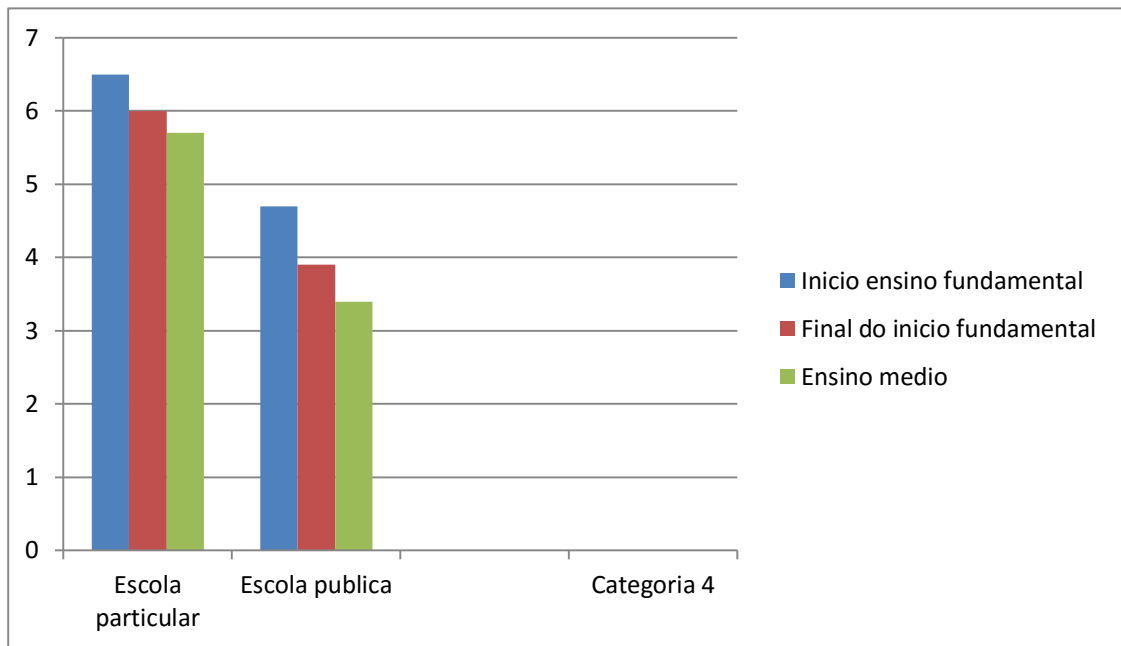
As metas estipuladas pelo Ministério da Educação para o IDEB nacional têm sido alcançadas em todas as etapas da educação básica. Em 2011, este índice ficou em 5,0 para os anos iniciais do ensino fundamental, em 4,1 para os anos finais do ensino fundamental e em 3,7 para o ensino médio, sendo que o maior incremento de desempenho ocorreu para os alunos do 5º ano (antiga 4ª série). (IBGE, 2015)

Os indicadores de desempenho também revelam o elevado nível de estratificação do sistema educacional brasileiro. De acordo com dados do Programa Internacional de avaliação de estudantes (PISA) 2009-10, o Brasil é um dos 26

países analisados com maior desigualdade de desempenho entre o ensino público e o privado, ficando atrás apenas do Catar, Quirguistão e Panamá.

As diferenças na composição socioeconômica dos alunos são os principais determinantes da variância de desempenho entre as escolas, isto é, o melhor desempenho dos alunos das escolas particulares é um reflexo da seleção direcionada às classes mais privilegiadas em um país extremamente desigual. Os resultados do Índice de desenvolvimento da educação básica (IDBE) 2011 confirmam a desigualdade de desempenho entre os alunos, dependendo da rede de ensino cursada.

Este índice, para as redes pública e particular, respectivamente, assumiu os seguintes valores: 4,7 e 6,5, nos anos iniciais do ensino fundamental; 3,9 e 6,0, nos anos finais do ensino fundamental; e 3,4 e 5,7, no ensino médio. O maior incremento de desempenho ocorreu para os alunos do 5º ano (antiga 4ª série) da rede pública, apesar de esse resultado ainda estar muito aquém daquele alcançado pela rede particular. Por sua vez, o diferencial de desempenho entre as redes diminuiu em 28% e 24%, de 2005 para 2011, nas séries inicial e final do ensino fundamental, respectivamente. A desigualdade de desempenho entre as duas redes, para o ensino médio, caiu apenas 9% desde 2005 (IDEB,2015). O gráfico 2 apresenta o índice de desenvolvimento da educação básica em Pedra do Indaiá.



Fonte: Pedra do Indaiá (2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo desenvolvida e reconhecida no mundo, por mais de três décadas, como uma estratégia capaz de estruturar redes integradas de atenção à saúde, estas como círculos virtuosos na construção de sistemas de saúde efetivos. Ao longo desse período, as experiências, tanto em países mais desenvolvidos a exemplo da Inglaterra, Canadá, Espanha, Portugal e Cuba, quanto em países em seus cursos de desenvolvimentos evidencia que a APS, melhora a eficiência e efetividade da Atenção à Saúde, com racionalização de custos, satisfação dos indivíduos, famílias e comunidades, vinculação e corresponsabilidade entre estas, profissionais, gestores e gerentes dos serviços e sistemas de saúde (CONILL,EM,2008).

No município Pedra do Indaiá o programa saúde da família é de muita importância, por não ter consultórios e clínicas privadas, é a principal forma de atendimento. No município existem duas unidades básicas de saúde, uma na zona urbana e uma na zona rural, as mesmas dão atendimento a 80 % da população, além tem uma Unidade de Pronto atendimento (UPA), com atendimento médico as 24 horas, o município conta também com um consultório bucal que neste momento encontra-se na fase de restauração. As duas unidades básicas de saúde contam com profissionais altamente qualificados.

No caso do município Pedra do Indaiá os pacientes que são atendidos nas unidades básicas de saúde e na UPA que precisam ser encaminhados a unidades

de média e alta complexidades, assim como realização de exames radiológicos, endoscópicos, de maior tecnologia são referidos a centros especializados como Viva Vida em Santo Antônio do Monte, Clínicas e hospitais em Divinópolis, Belo Horizonte, Formiga, Moema, Lagoa da Prata, muitas vezes o paciente retorna com a contra referência principalmente se foi encaminhado pelo SUS, é muito importante para nós que os médicos das comunidades recebam uma contra referência para poder dar continuidade a nossos pacientes.

O município desenvolve prioritariamente ações de atenção básica, tendo alguns serviços de média complexidade, executados pelo Centro de Especialidades Médicas. Nossa Rede é composta por unidades de atenção secundária (referência) via PPI como o Centro Viva Vida em Santo Antônio do Monte.

Outros atendimentos/procedimentos são executados em outros municípios da região, como Divinópolis, com atendimentos especializados na rede do SUS e seus conveniados. Temos como referência o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISVI), com execução de consultas especializadas e procedimentos ambulatoriais.

Ainda faz parte da referência do município a UPA Padre Roberto, para atendimentos de urgência e emergência, bem como o Hospital São João de Deus para atendimento de média e alta complexidade, e outros hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte, como o Hospital das Clínicas, Santa Casa de Belo Horizonte, Fundação Hilton Rocha, dentre outros.

Os procedimentos encaminhados a Belo Horizonte e região, são regulados pela Secretaria Municipal de Saúde da capital do estado, e são considerados Tratamentos Fora do Domicílio (TFD). O quadro 2 apresenta o quadro de funcionários existentes na área da saúde do município.

Quadro 2: Quadro de funcionários existentes na área da saúde do município.

Cargo	Vagas / carga horaria
Coordenador	00 20
Chefe de Setor	02 40
Motorista (plantonista) Carteira D	07 40
Motorista Carteira B	03 40
Auxiliar de serviços gerais	04 40
Auxiliar de serviços gerais (ESF)	04 40
Auxiliar administrativo	02 40
Recepcionista	03 40
Recepcionista (ESF)	01 40
Enfermeiro (RT)	02 40

Enfermeiro Assistencial	00 40
Enfermeiro ESF	02 40
Técnico de Enfermagem	09 12/36
Técnico de Enfermagem (ESF)	05 40
Técnico de Enfermagem (ferista)	01 12/36
Auxiliar de Enfermagem	01 30
Agente Comunitário de Saúde	10 40
Médico ESF (Mais Médicos)	02 32
Médico plantonista (Escalas de 12 e 24 horas)	08 20
Médico (20 horas) Licença sem vencimento	01 20
Dentista	02 40
Auxiliar de dentista	01 40
Farmacêutico (Laboratório)	01 40
Farmacêutico (Farmácia)	0 40
Auxiliar de Farmácia	01 40
Auxiliar de Laboratório	01 40
Supervisor de Endemias	01 40
Agente de Endemias (Dengue)	03 40
Agente de Endemias (Chagas)	00 40
Fiscal Sanitário	00 0
Fonoaudiólogo (30 horas)	01 30
Psicólogo (30 horas)	01 30
Nutricionista (30 horas)	01 30
Fisioterapeuta (30 horas)	01 30
Psicólogo (20 horas) NASF	00 20
Nutricionista (20 horas) NASF	00 20
Educador Físico (20 horas) NASF	00 20
TOTAL	80

Fonte: Secretaria de Saúde de Pedra do Indaiá (2015).

Existem duas unidades básicas de saúde uma delas localizada na zona urbana e outra que funciona na zona rural de Betânia e Lambari de segunda a sexta no horário de 07h00 as 16h00.

A zona rural, da minha área de abrangência encontra-se nas comunidades de Betânia e Lambari, são ricas em recursos naturais, cachoeiras, lindos morros fazem parte do entorno além das unidades básicas de saúde conta com escolas, polo esportivo no caso da Betânia, praças, igrejas, a maioria remodelada, lojas e as crianças estão inscritas na creche municipal. As mortes acontecem devido a doenças crônicas, acidentes de trânsito, e os cânceres estão entre as causas mais frequentes de óbito nos últimos anos.

Nossa unidade básica de saúde oferece serviços de segunda a sexta, com o atendimento médico de segunda a quinta, no horário de 07h00 às 16 horas, fazendo

atendimento dentro da unidade, consultas agendadas e de urgências, também atendimento domiciliar a pacientes acamados. A equipe de saúde está formada por um médico clínico geral, uma enfermeira chefe, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitárias de saúde, uma faxineira e um motorista.

A nossa Estratégia de saúde da família tem duas unidades uma na comunidade da Betânia e outra na comunidade de Lambari. A unidade da Betânia tem recepção, sala de triagem de enfermagem, sala de vacinas, consultório médico, cozinha, sala das agentes comunitárias de saúde e três banheiros. A unidade de Lambari é muito maior, ela tem recepção, sala de triagem de enfermagem, sala de vacinas e consulta de enfermagem, cozinha, sala de curativos, consultório médico e três banheiros. As duas unidades tem os recursos materiais indispensáveis para curativos, triagem dos pacientes, e atendimento médico, mais ainda tem algumas dificuldades como falta medicamentos de socorro, nas duas unidades temos internet para o aperfeiçoamento profissional e esclarecimento de dúvidas.

Para a realização do diagnóstico situacional da UBS Misael Pinto dos Santos, discutimos durante a reunião de equipe o que vinha a ser o seu significado e após a explicação foi realizada uma estimativa rápida para diagnosticar os principais problemas do bairro: cada agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeira e médico votaram de forma individual e sigilosa através de anotação em uma cédula de papel contendo a seguinte pergunta: Para você qual é o principal problema que atinge esta UBS? Por quê?

O próximo passo foi avaliar quais foram os problemas mais votados, sendo escolhidos os seguintes, múltiplos fatores de risco para o câncer de mama nas mulheres da comunidade, hipertensão, diabetes, problema de saúde no idoso, doença renal crônica, má adesão ao tratamento. A seguir foram avaliados e pontuados os seguintes quesitos: Importância, urgência, capacidade de enfrentamento e prioridade. Tendo a presença de fatores de risco de câncer de mama a maior quantidade de pontos pela importância de agir precocemente. Em um segundo momento, começamos a planejar como seria o enfrentamento do problema, para tal, em outras reuniões de equipe fizemos um levantamento rápido diante da solicitação de exames e da estratificação de risco dos pacientes. A figura 2 apresenta a equipe de saúde na campanha Outubro Rosa.

Figura 2: Equipe de saúde na campanha Outubro Rosa.



Foto: Aatoria Própria (2015).

A figura 3 mostra os profissionais na realização de visitas domiciliares a pacientes idosos.

Figura 3: Visitas domiciliares a pacientes idosos e acamados.



Foto: Aatoria Própria (2015).

No quadro 3 estão apresentados os pacientes na UBS Misael Pinto dos Santos de acordo com a faixa etária.

Quadro 3: Total de pacientes na UBS Misael Pinto dos Santos.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1ano	9	11	20
1-4	12	15	27
5-9	14	16	30
10-14	14	17	31

15-19	40	43	83
20-29	55	56	111
30-39	79	80	159
40-49	76	78	154
50-59	73	71	144
60-69	77	77	154
70-79	59	60	119
80>	33	35	68
Ignorada	0	0	0
Total	541	559	1100

Um fator de risco é algo que afeta sua chance de adquirir uma doença como o câncer. Diferentes tipos de câncer apresentam diferentes fatores de risco. Alguns como fumar, por exemplo, podem ser controlados; no entanto outros não, por exemplo, idade e histórico familiar. Embora os fatores de risco possam influenciar o desenvolvimento do câncer, a maioria não causa diretamente a doença. Algumas pessoas com vários fatores de risco nunca desenvolverão um câncer, enquanto outros, sem fatores de risco conhecidos poderão fazê-lo (BRASIL, 2010). No quadro 4 está a relação das mulheres da UBS com fatores de risco para o câncer de mama.

Quadro 4: Mulheres com fatores de risco de câncer de mama

Fator de risco	Total de mulheres Com fator de risco
Gênero	559
Idade	401
Fatores genéticos	10
Histórico familiar	54
Histórico pessoal	9
Doenças benignas da mama	98
Menstruação	95
Ter filhos	5
Uso de pílulas anticoncepcionais	315
Amamentação	22
Alcoolismo	7
Tabagismo	99

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2015).

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico (GIMENES; QUEIROZ, 2008).

O rastreamento do câncer de mama visa à detecção de pequenos tumores assintomáticos, tendo como objetivo primário a redução da mortalidade pela doença. Os objetivos secundários do rastreamento do câncer de mama são: aumentar a sobrevida pela doença e reduzir a extensão do tratamento cirúrgico, permitindo cirurgias menos mutiladoras e a necessidade da quimioterapia (MARTINS *et al.*, 2012). O câncer de mama corresponde a 30% do total dos casos de neoplasias malignas em mulheres (CHIRIFE *et al.*, 2006).

Atualmente, a previsão para os próximos 25 anos é de que aproximadamente 25 milhões de mulheres do mundo inteiro recebam o diagnóstico de câncer de mama e até 10 milhões dessas mulheres poderão chegar a óbito sem uma cura (SELISTER; BARCELLOS, 2009).

No Brasil, como observado em outros países, há um claro gradiente na mortalidade por câncer de mama que varia com o grau de desenvolvimento socioeconômico. Observa-se maior ocorrência nas regiões Sudeste e Sul, as mais abastadas do país; as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, que, além de menos desenvolvidas, têm população mais jovem, apresentam taxas menores mesmo após a padronização por idade (TRAVASSOS; MARTINS, 2007).

Para obter uma resposta sanitária efetiva, com melhor relação custo-benefício, programas de rastreamento do câncer de mama demandam sistemas de saúde bem estruturados e a disponibilidade de um variado elenco de instrumentos gerenciais. Há cerca de duas décadas, alguns países desenvolvidos implantaram programas de rastreamento do câncer de mama e, hoje, apresentam reduções importantes da sua mortalidade (PEIXOTO, 2012).

No cotidiano da atuação da equipe de saúde da família, com ênfase na atuação dos profissionais, entre as várias ações direcionadas a indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, emergem as atividades que necessitam de um olhar

atento e de forma especial, como aquelas dirigidas ao grupo de pacientes com risco de câncer de mama (BRASIL, 2010).

As causas do câncer de mama são ainda desconhecidas, porém existem alguns fatores que aumentam a probabilidade de adquirir a doença. O histórico familiar constitui um importante fator de risco, principalmente se o antecedente for mãe ou irmã (LEAL, 2008).

Segundo o INCA (2015) o câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas por ano. É a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento.

O INCA estima para 2015 e 2016, sejam diagnosticados 57.120 novos casos de câncer de mama no Brasil com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o tipo mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro--Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/ 100 mil)” (LEAL, 2008).

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados (BRASIL, 2012).

Justifica-se, portanto a realização deste trabalho, porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família, que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos que estes estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, promoção e prevenção.

Além disso, trata-se de uma forma de colocar em prática um modelo de saúde direcionado aos objetivos do PSF: um trabalho multi e interprofissional, centrado na família e nas comunidades, centrada no usuário em detrimento do procedimento (BONASSA; SANTANA, 2007).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação com intuito educativo para pacientes com risco de câncer de mama inscritas na UBS Misael Pinto dos Santos em Pedra do Indaiá/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e elaborar propostas para os fatores de risco de câncer de mama nas pacientes de nossa área de abrangência;
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada através de uma minuciosa revisão literária;
- Analisar a situação das pacientes com fatores de risco de câncer de mama na UBS;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com as comunidades de Betânia e Lambari de forma a controlar e diminuir os fatores de risco de câncer de mama.

4 METODOLOGIA

Primeiramente foi feito um diagnóstico situacional de saúde através do método de Estimativa Rápida. Realizou-se tal diagnóstico para identificar os problemas relativos as comunidades das áreas adscrita na ESF Misael Pinto dos Santos, no município Pedra do Indaiá/MG assim como a priorização destes. Os dados foram coletados pela equipe de saúde, referentes à saúde da população, condições socioeconômicas, condições de moradia e saneamento básico das pacientes identificados com câncer de mama ou com fatores de risco. Após analisadas todas as informações, conhecemos melhor as condições de saúde e risco desse grupo da população, em médio e curto prazo, planejamos e programamos ações de promoção e educação em saúde e foram levantadas as principais dificuldades vivenciadas pela equipe no dia a dia ao prestar orientação e assistência as pacientes com risco de câncer de mama.

Para elaboração da proposta de ação contou-se com enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para a fundamentação teórica do presente trabalho, realizou-se revisão de literatura através de levantamento bibliográfico de textos, livros, manuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e artigos científicos publicados no período de 2006 a 2015 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, Scielo, LILACS, MEDLINE, utilizando os descritores de modo isolado ou em associação os descritores: câncer, câncer de mama, fatores de risco. Incluindo no estudo somente artigos publicados entre os anos de 2006 e 2015.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional e revisão de literatura iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES.

Em reuniões de equipe, verificamos os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema fatores de risco de câncer de mama a partir da sua importância e da nossa capacidade de enfrentamento. Descrevemos o problema, caracterizando-o da maneira mais precisa possível. Através da identificação de suas causas, identificamos os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento iniciamos o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento. Analisamos os recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos para realização das

ações propostas. A viabilidade do projeto foi avaliada e os prazos e responsáveis escolhidos.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Câncer de Mama

Segundo o INCA (2010) câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida.

As células que constituem os animais são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa; o citoplasma (o corpo da célula); e o núcleo, que contém os cromossomas, que, por sua vez, são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química" - o ácido desoxirribonucleico (DNA). É através do DNA que os cromossomas passam as informações para o funcionamento da célula (CAMARGO; MARX, 2012).

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que chamamos mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (CAMARGO; MARX, 2012).

O câncer de mama representa mais de 90% dos casos de câncer de mama em todo mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteroides sexuais. Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do

risco de desenvolvimento do câncer de mama. Em sinergismo com os fatores hormonais, estudos observacionais indicam que o comportamento humano relacionado ao estilo de vida, o que inclui modificações na dieta e na atividade física, podem contribuir para o aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo (GEBRIN; QUADROS, 2014).

Anualmente, verifica-se que mais de um milhão de mulheres são diagnosticadas em todo o mundo e acima de 410.000 morrerão dessa doença. Essa neoplasia é mais frequente em países desenvolvidos, sendo que as maiores incidências são observadas no Reino Unido, Austrália, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá. Embora a mortalidade de pacientes com câncer de mama ainda apresente tendência ascendente em diversos países há vários anos, países desenvolvidos como EUA, Reino Unido e Austrália já registram queda da mortalidade, sendo essa diminuição atribuída ao uso ampliado de mamografia e ao tratamento precoce da doença. Em geral, a sobrevida média de pacientes com câncer de mama é superior, em cinco anos, em países desenvolvidos como EUA, Canadá, Japão e alguns países da Europa ocidental, e menor em países em desenvolvimento como Argélia, Brasil e na Europa Oriental. Tais diferenças de sobrevida podem ser explicadas pelos estágios mais avançados de diagnóstico nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 17), em relação ao Brasil projetaram-se, em 2010, 49.240 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, com um risco estimado de 65 novos casos por 100 mil mulheres. Particularmente em Minas Gerais, no período de 1998 a 2007, ocorreram aproximadamente 85 mil novos casos de câncer, sendo que 14.363 foram de mama, cerca de 17% do total. Também é a maior causa de óbitos por câncer na população feminina brasileira, sendo provável que o diagnóstico da doença em fase avançada seja o principal responsável pela manutenção elevada das taxas de mortalidade.

5.2 Fatores de risco de câncer de mama

As causas do câncer de mama não são totalmente conhecidas. No entanto, pesquisadores identificaram um número de fatores que aumentam as chances de se desenvolver câncer de mama. São chamados fatores de risco. Fatores de risco não causam câncer de mama, mas podem aumentar as chances de se desenvolver câncer de mama. Algumas mulheres têm muitos fatores de risco, mas nunca desenvolvem câncer de mama. É algumas mulheres têm poucos ou nenhum fator de risco, mas desenvolvem a doença. Ser uma mulher

é o fator de risco número um para câncer de mama (BRASIL, 2010 *apud* CECCIM, 2012, p. 90).

A etiologia de câncer de mama envolve uma interação de diversos fatores de risco, o que dificulta um estudo mais adequado, pela dificuldade em se isolar um único fator e calcular sua verdadeira contribuição. Além dos fatores endógenos da idade, gênero, história familiar, e reprodutiva e doença benigna da mama prévia, muitos fatores exógenos estão sendo caracterizados como de risco. Dentre estes estão incluídos fatores relacionados à dieta, exposição à radiação ionizante, tabagismo, o consumo moderado de álcool e exposição a inseticidas organoclorados (GEBRIN; QUADROS, 2014).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais. As características reprodutivas de risco se dão porque a doença é estrogênio-dependente, e compreendem a menarca precoce (aos 11 anos ou menos), a menopausa tardia (aos 55 anos ou mais), a primeira gestação após os 30 anos e a nuliparidade. A influência da amamentação, do uso de contraceptivos e da terapia de reposição hormonal (TRH) após a menopausa ainda são controversas. A história familiar e pessoal inclui as seguintes situações: um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade, parente com câncer de mama masculina, câncer de mama e/ou doença mamária benigna prévia (GONZALEZ, 2013).

Os hábitos de vida relacionados são a obesidade, pelo aumento do nível de estrogênio produzido no tecido adiposo, principalmente no climatério; uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia, pois o acetaldeído, primeiro metabólito do álcool, é carcinogênico, mutagênico, estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor; e a influência do tabagismo ainda é controversa. A principal influência ambiental é a exposição prévia às radiações ionizantes, sendo diretamente proporcional à dosagem da radiação e inversamente proporcional à idade da mulher na época da exposição (BRASIL, 2012).

O aumento do peso está associado a um maior risco de câncer de mama, sobretudo em pacientes após a menopausa. Quando a mulher entra na menopausa os ovários param de produzir o principal hormônio envolvido no desenvolvimento do câncer de mama, o estrogênio. Este hormônio passa a ser produzido na gordura,

portanto quanto maior a quantidade de gordura maior a quantidade de estrogênio e consequentemente maior o risco de câncer de mama (GEBRIN; QUADROS, 2014).

Consumo de álcool: o consumo de álcool está associado ao aumento de vários cânceres como os de cabeça e pescoço e ao câncer de mama. Um dos mecanismos da ação do álcool seria a alteração do metabolismo do estrogênio no fígado (GEBRIN; QUADROS, 2014).

Segundo Leal (2008, p. 08):

Somados, fumo, hábitos alimentares, vida sedentária, infecções (por HPV, por exemplo) e exposição à radiação solar ou a produtos químicos são responsáveis por 75% dos casos de câncer. Segundo algumas pesquisas, 30% das mortes por câncer estão relacionadas a maus hábitos alimentares (consumo excessivo de carnes vermelhas e falta de fibras) e falta de exercícios físicos na idade adulta.

5.3 Diagnóstico Precoce

Segundo Leal (2008) o diagnóstico de câncer de mama somente pode ser estabelecido mediante uma biópsia de área suspeita que seja analisada por um patologista e laudada como sendo um câncer. À realização desta biópsia, no entanto, somente ocorre em face de alguma alteração suspeita, seja no exame físico, seja na mamografia. Quando a paciente ou o médico encontram alterações ao exame físico, são solicitados exames adicionais como mamografia, ou ultrassom das mamas.

Segundo Piato e Piato (2006) a biópsia é a remoção, por cirurgia, de uma amostra de tecido para exame microscópico. É o meio mais seguro de dizer se trata-se ou não de tumor maligno, Um procedimento atualmente em uso, é a biópsia por aspiração. O método é fácil, é prático, e pode ser feito em consultório, em ambulatório ou em clínica. É um método, também, muito acurado; mas, às vezes, a agulha pode não atingir o local ideal e resultar em falso-negativo (a punção negativa - quando o exame clínico suspeita de malignidade - não nos tranquiliza, devendo ser repetida). Também não é recomendada em mulheres com mamas volumosas, tumores pequenos próximos à parede torácica ou naquelas pacientes com tumores que não foram visualizados na mamografia. Se a biópsia por aspiração resultar negativa, mas permanecer ainda a suspeita de câncer, o tumor deverá ser extirpado para exame.

Algumas pacientes preferem fazer logo a biópsia sob anestesia geral. Assim, a paciente deverá ser informada para o fato da positividade do diagnóstico pelo método da congelação e, dessa maneira, o cirurgião, aproveitará a anestesia e já efetuará o tratamento cirúrgico.

O sinal mais comum do câncer da mama é o aparecimento de um nódulo ou endurecimento, sobretudo um nódulo que não desaparece e que não muda de aspecto quando é palpado. É bom lembrar que alguns desses nódulos poderão ser benignos e só o médico poderá diagnosticar corretamente (PIATO; PIATO, 2006).

Outros sinais que devem ser buscados são: edema (inchação), ruga (retração da pele), "simple" (cavinha, escavação), eritema, ulceração da pele e sangramento pelo mamilo, embora os cânceres de mama no início não apresentem dor, qualquer dor mamaria, fora do período pré-menstrual, deve ser relatada ao médico (PIATO; PIATO, 2006).

O rastreamento assim como a investigação diagnóstica de um nódulo palpável é feita com base na mamografia. Não há idade limite para a realização de mamografia de rastreamento, sendo que o bom senso dita que quando uma mulher tiver uma expectativa de vida curta, não faz mais sentido rastrear o câncer de mama (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Segundo Peixoto, Koch e Almeida (2015) para uma mulher na qual seja palpável um nódulo, não existe limite de idade para a mamografia de investigação. O ultrassom das mamas pode servir como complemento à mamografia, pois ajuda a diferenciar cistos de nódulos. A ressonância magnética é recomendada para o rastreamento apenas em populações de alto risco, como pacientes com uma história familiar confirmada ou suspeita, pacientes sabidamente predispostas geneticamente ao câncer ou pacientes que já tiveram um primeiro câncer de mama. Nas pacientes com alto risco definido com base em história familiar ou genética, a recomendação é iniciar o rastreamento aos 30 anos de idade.

Segundo Toma *et al.* (2008) o ultrassom das mamas pode servir como complemento à mamografia, pois ajuda a diferenciar cistos de nódulos. A ressonância magnética é recomendada para o rastreamento apenas em populações de alto risco, como pacientes com uma história familiar confirmada ou suspeita, pacientes sabidamente predispostas geneticamente ao câncer ou pacientes que já tiveram um primeiro câncer de mama. O quadro 5 apresenta a classificação BI-RADS utilizada na mamografia.

Quadro 5: Classificação BI-RADS utilizada na mamografia.

Categoria	Avaliação	Conduta proposta
0	Indica necessidade de imagens adicionais	Exames de imagem adicionais
1	Negativa: sem anormalidades	Seguimento anual
2	Benigno: alterado, mas não suspeito	Seguimento anual
3	Provavelmente benigno	Mamografia em 6 meses
4	Alteração suspeita, provavelmente benigna	Necessita biópsia
5	Altamente suspeito para malignidade	Necessita biópsia
6	Sabidamente maligno	Biópsia prévia já diagnosticou

Fonte: Toma *et al.* (2008).

Segundo Gonzalez (2013) quando a mamografia ou ultrassom encontram alterações suspeitas, é recomendada uma biópsia. Em casos em que não há alterações na mama, mas sim presença de linfonodo (gânglio) aumentado na axila pode ser feita uma punção com agulha fina, com agulha grossa ou mesmo excisão cirúrgica do gânglio.

O médico patologista que analisa o material da biópsia deve idealmente conhecer os dados clínicos e a suspeita diagnóstica, e necessita de alguns dias para estabelecer o resultado diagnóstico, em função do processamento adequado do material, e da necessidade de se usar determinadas técnicas laboratoriais para este fim (GONZALEZ, 2013).

Segundo Corbellini (2010) muitos tumores de mama são detectados pela própria paciente ou por seu parceiro. A melhor maneira da mulher descobrir um nódulo em sua mama é perdendo alguns minutos e conhecendo as suas próprias mamas, examinando-as mensalmente no sentido de encontrar qualquer anormalidade. Vale salientar que muitas alterações não significam câncer (qualquer modificação percebida pela mulher deverá ser levada imediatamente ao médico).

Mulheres acima de 20 anos deveriam examinar suas mamas pelo menos uma vez ao mês. Para aquelas que ainda menstruam, o ideal seriam oito a dez dias após a menstruação, quando aquele edema e a turgescência da mama já desapareceram (CORBELLINI, 2010).

Mulheres que estão na menopausa ou pós-menopausa devem realizar o autoexame das mamas em qualquer época do mês (para fazê-lo basta que escolham um determinado dia do mês - algumas escolhem o 1º dia do mês, outras o 15º dia, outras o dia que corresponde ao aniversário, etc.) (GONZALEZ, 2013).

O mais importante não é o dia em que o "autoexame" será feito, mas sim que ele seja realizado fielmente, a cada mês. Mulheres que se submeteram a uma histerectomia deveriam indagar do seu médico, o melhor dia para fazer o seu "autoexame" (CORBELLINI, 2010).

Como fazer o autoexame das mamas:

1 - Deite-se e ponha um travesseiro sob seu ombro direito. Coloque seu braço direito atrás da cabeça.

2 - Use a ponta dos três dedos médios de sua mão esquerda para sentir nódulos ou endurecimentos na sua mama direita. A ponta de seus dedos é o terço distal de cada dedo.

3 - Pressione bastante para um contato melhor com a sua mama, observando sua forma, sua densidade e possíveis abaulamentos.

4 - Faça um movimento em torno da mama num mesmo sentido, siga a mesma rota cada vez. Certifique-se de que examinou toda a mama, e lembre-se dos detalhes para cada mês.

5 - Agora examine sua mama esquerda, usando a ponta dos dedos médios da mão direita, repetindo o que fez com a mão esquerda no exame anterior.

Seria interessante colocar-se diante de um espelho justamente após fazer o autoexame cada mês. Este exame também poderia ser feito enquanto debaixo do chuveiro. Suas mãos ensaboadas deslizarão na pele molhada facilitando o reconhecimento de alguma alteração (CORBELLINI, 2010).

5.4 Tratamento

Segundo Bonassa e Santana (2007) importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências). O prognóstico do câncer de mama

depende da extensão da doença (estadiamento). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida.

Ainda segundo Bonassa e Santana (2007) as modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em:

- Tratamento local: cirurgia e radioterapia;
- Tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica.

Estádios I e II

A conduta habitual consiste de cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor; ou mastectomia, com retirada da mama. A avaliação dos linfonodos axilares tem função prognóstica e terapêutica.

Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado em algumas situações. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia. O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como das características tumorais que irão ditar a terapia mais apropriada (BONASA *et al.*, 2007).

Essa última baseia-se principalmente na mensuração dos receptores hormonais (receptor de estrogênio e progesterona) - quando a hormonioterapia pode ser indicada; e também de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2) com possível indicação de terapia biológica anti-HER-2 (BONASA *et al.*, 2007).

Estádio III

Pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local (BONASA *et al.*, 2007).

Estádio IV

Segundo BONASA *et al.* (2007, p. 11):

Nesse estágio, é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas.

Tipos de Cirurgia Conservadoras: Tumorectomia (exérese do tumor sem margens); Ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens). Não conservadoras: Adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar); Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar) Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada); Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitorais com linfadenectomia axilar (BRENELLI, 2008).

Indicações Cirúrgicas Carcinoma in situ: Lobular: Indica-se apenas biópsia excisional, que é suficiente para diagnóstico e tratamento desta condição que é somente um fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma, e exige vigilância clínica e mamográfica rigorosa, podendo ser considerado o uso de tamoxifeno com finalidade profilática. Ductal: mastectomia simples é um tratamento curativo para 98% dos casos, mas certamente representa procedimento excessivamente mutilante para considerável parcela de casos. Os tumores com diâmetro inferior a 2 cm e margens cirúrgicas livres de comprometimento podem ser tratados pela ressecção segmentar seguida da radioterapia complementar (BRENELLI, 2008).

Segundo Pinotti *et al.* (2011) para casos menores do que 4 cm e margens de ressecção livres, a conduta conservadora com radioterapia leva em torno de 10% de recidiva local. Em casos selecionados de bom prognóstico, e margens superiores a 1 cm, pode-se omitir a radioterapia. Indicam-se cirurgias não conservadoras da mama, seguida ou não de reconstrução mamária, para tumores maiores do que 2 cm, ou com impossibilidade de se assegurar a obtenção de margens livres em função da extensão ou multicentricidade tumoral.

A linfadenectomia de nível I (base da axila) ou a dissecação do linfonodo sentinela deve ser realizada em casos de comede necrose ou alto grau nuclear, devido a possibilidades de micro invasão e envolvimento axilar (PINOTTI *et al.*, 2011).

Recomenda-se a seguir hormonioterapia adjuvante com tamoxifeno 20 mg/dia por 5 anos. Estudo clínico aleatorizado, com 5 anos de seguimento, mostrou redução da média anual de recorrências invasoras pós-cirurgia conservadora e radioterapia de 1,6% para 0,9% (risco relativo: 0,56 e redução de risco absoluto: 0,7% (PINOTTI *et al.*, 2011).

Segundo Barros *et al.* (2013) os tumores menores que 3 cm tratados pela ressecção segmentar, seguida de linfadenectomia axilar e radioterapia, têm os mesmos resultados oncológicos do que aqueles tratados por mastectomia radical. Assim, a cirurgia conservadora preenche os pré-requisitos que norteiam o tratamento cirúrgico do câncer de mama que são: máximo de controle loco-regional, estadiamento, prognóstico com menores morbidade e mutilação. São pré-requisitos para se indicar cirurgia conservadora: mamografia prévia, diâmetro inferior a 3 cm, ausência de comprometimento de pele, tumor único, avaliação das margens cirúrgicas.

Ressalte-se que podem ocorrer recidivas locais após cirurgia conservadora em até 10% dos casos, com prejuízo emocional e repercussão negativa no prognóstico oncológico. A recidiva local depende do grau de agressividade do tumor, do diâmetro tumoral e do comprometimento microscópico das margens cirúrgicas. A avaliação das margens pode ser feita no intraoperatório, pois modifica a extensão da cirurgia e contribui para reduzir a incidência de recidiva local após as cirurgias conservadoras. Quando for feita posteriormente a cirurgia e for identificado comprometimento das mesmas, recomenda-se uma nova intervenção cirúrgica (PINOTTI *et al.*, 2011).

A linfadenectomia axilar seletiva é baseada na retirada do linfonodo sentinela (LS), que é o primeiro linfonodo a drenar as micro metástases do tumor primário. O LS pode ser identificado pelo cirurgião pela injeção de corantes vitais ou radio fármacos, seguido de linfo cintilografia e uso de detector portátil de radiação (probe). O exame cito histológico feito por patologista pode indicar ou não a presença de micro metástases (BARROS *et al.*, 2013).

A mastectomia com linfadenectomia deve ser indicada para tumores maiores que 3 cm. As técnicas modificadas, com preservação de um ou ambos músculos peitorais, são mais empregadas, pois asseguram resultados semelhantes à radical, facilitam a reconstrução plástica e reduzem a morbidade (PINOTTI *et al.*, 2011).

Sempre que se indica uma mastectomia em pacientes com bom prognóstico e boas condições clínicas, pode-se indicar a reconstrução mamária. A reconstrução plástica não interfere no prognóstico oncológico das pacientes e condiciona melhor equilíbrio emocional e qualidade de vida (BRENELLI, 2008).

Segundo Brenelli (2008) após cirurgia conservadora, deve-se irradiar toda a mama das pacientes submetidas a esse tipo de cirurgia, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia e/ou hormonioterapia e mesmo com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico. O reforço da dose na área tumoral (“boost”) está indicado nas pacientes com menos de 50 anos, com mais de 25% de carcinoma ductal in situ na peça cirúrgica, na presença de margens exíguas (menor que 1 cm), comprometidas ou desconhecidas e em tumores com alta agressividade local.

Com relação aos carcinomas ductais in situ, se a opção for cirurgia conservadora, as pacientes devem ser submetidas à radioterapia pós-operatória em toda a mama. Na indicação do “boost”, levar em conta o tamanho do tumor, grau nuclear, presença de comede necrose e margens (menores do que 1 cm) (PINOTTI *et al.*, 2011).

Segundo Brenelli (2008) a utilização de quimioterapia com antracíclicos no período pós-operatório, tanto das cirurgias conservadoras quanto das mastectomias, protela o início da radioterapia para o término da terapêutica sistêmica, não devendo ultrapassar o período de seis meses da cirurgia.

O esquema quimioterápico utilizado deve ser baseado em regimes contendo antraciclinas (Doxorrubicina ou Epirrubicina) associadas a Taxanes ou ciclofosfamida e Fluorouracil ,administrando-se de 3 a 4 ciclos de acordo com a resposta.

A resposta à quimioterapia neoadjuvante é um fator preditivo de sobrevida livre de doença e sobrevida global.

Hormonioterapia adjuvante com Tamoxifeno 20 mg/dia por 5 anos deve ser empregada em todas as pacientes com receptor hormonal positivo, sendo o benefício observado nas pacientes na pré ou pós-menopausa, com ou sem utilização de quimioterapia.

Poli quimioterapia adjuvante deve ser recomendada nas pacientes com tumores maiores que 1 cm, independente do status linfonodal, receptores

hormonais, idade ou menopausa. Para pacientes com tumores menores que 1 cm a decisão deve ser individualizada.

A dose das medicações empregadas nos regimes quimioterápicos administrados para a adjuvância não deve ser diminuída arbitrariamente, devendo ser reajustadas somente em caso de toxicidade de acordo com os critérios estabelecidos sob pena de prejudicar o resultado terapêutico. O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

5.5 Prognóstico

Segundo Caponero (2013) a extensão do câncer de mama tem de ser avaliada em todos os casos, pois ajuda a determinar a melhor estratégia de tratamento. O estadiamento leva em consideração o tamanho do tumor na mama (abreviado como T), o comprometimento (ou não) de gânglios na axila, o número de gânglios comprometidos (abreviado como N), e a presença ou ausência de evidência de metástases ou doença à distância (abreviado como M).

Quando o estadiamento é anterior à cirurgia, falamos em estadiamento clínico. Quando se leva em consideração os achados após a cirurgia, ou seja, o tamanho e número de linfonodos descritos pelo patologista no laudo, fala-se em estadiamento cirúrgico (que é, em última instância, o mais importante) (CAPONERO, 2013).

O estadiamento cirúrgico geralmente é a melhor maneira de avaliar o prognóstico do paciente, mas não raras vezes, temos de propor um tratamento baseado no estadiamento clínico, com objetivo de diminuir o tamanho do tumor antes de proceder com uma cirurgia (CAPONERO, 2013). O quadro 6 apresenta a classificação clínica do câncer de mama.

Quadro 6: Classificação clínica (TNM) do câncer de mama.

Estadio 0	Tumor in situ (não Invasivo)
Estadio1	Tumor ate 2cm sem Comprometer linfonodos
Estadio2A	Tumor ate 2cm e ate 3 linfonodos Axilares, ou ate 5cm sem linfonodos
Estadio2B	Tumor de ate 5 cm com ate 3 linfonodos ou maior de 5cm sem linfonodos
Estadio3A	Tumor maior de 5cm , com ate 9 linfonodos
Estadio3B	Tumor invade parede do tórax ou pele ou Ate 9 linfonodos
Estadio3C	Dez ou mas linfonodos (qualquer tamanho Do linfonodo
Estadio4	Doença metatásica presente

Fonte: Caponero (2013).

As taxas de sobrevida são baseadas em resultados anteriores de um grande número de pessoas que tiveram a doença, mas não se pode prever o que vai acontecer no caso específico de um paciente. Saber o tipo e o estadiamento do tumor de um paciente é importante para estimar seu prognóstico (CAPONERO, 2013).

Entretanto, muitos outros fatores também podem afetar esse prognóstico, como o grau do tumor, alterações genéticas nas células cancerígenas, tratamentos realizados e resposta da doença ao tratamento (CAPONERO, 2013).

Segundo Koch, Peixoto e Neves (2013) o carcinoma ductal infiltrante e o carcinoma lobular infiltrante, na sua apresentação pura ou em combinação com outros tipos, são as formas mais comuns de carcinoma de mama. Quando dois ou mais diferentes tipos de células estão presentes, o tumor é normalmente classificado de acordo com aquele tipo que se apresenta mais numeroso. As pacientes com carcinoma ductal tal infiltrante apresentam normalmente um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico que aquele verificado nos pacientes com tipos menos frequentes de carcinoma invasivo de mama.

Segundo Menke, Biazus e Cavalheiro (2007) a influência da idade ao momento do diagnóstico para o prognóstico da sobrevida no câncer de mama permanece ainda controversa. Apesar das discordâncias apresentadas em vários estudos, existe uma certa preponderância de investigações que destacam a faixa etária de paciente pertencentes a quarta e a quinta décadas da vida, como sendo a que apresenta o melhor prognóstico. Por outro lado, o pior prognóstico estaria reservado, ao grupo de mulheres jovens (idade igual ou inferior a 35 anos) que

desenvolvem um câncer de mama, e também àquelas cujo diagnóstico venha a ser estabelecido a partir dos 75 anos de idade.

Mesmo levando esses outros fatores em conta, as taxas de sobrevida são sempre estimativas e não dados concretos. A taxa de sobrevida em 5 anos se refere à porcentagem de pacientes que vivem pelo menos 5 anos após o diagnóstico da doença (CAPONERO, 2013).

Segundo Caponero (2013) as taxas de sobrevida em 5 anos são calculadas com base nos pacientes tratados pelo menos 5 anos atrás. Entretanto, recentes melhorias terapêuticas podem resultar em um prognóstico mais favorável para os pacientes que estão sendo agora diagnosticados com câncer de mama. Não obstante, muitas pessoas vivem muito mais tempo do que 5 anos e muitos são curados.

6 PLANO DE AÇÃO

O processo de planejamento se refere a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, de uma mudança situacional. O planejamento não se trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente que é o futuro de nossas decisões (MATUS, 2006, p. 19).

Durante o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do NESCON/UFMG, foi desenvolvido um plano de ação no módulo de Planejamento e Avaliação em saúde, com base no diagnóstico situacional realizado com o auxílio da equipe de ESF onde atuo. Foi feita uma avaliação dos principais problemas levantados pela equipe e pela comunidade. A proposta foi feita utilizando o método do PES.

6.1 Problemas Identificados

Os principais problemas levantados foram:

- Fatores de risco de câncer de mama na população feminina;
- Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos;
- Dificuldade de adesão ao tratamento;
- Elevada incidência de pacientes diabéticos.

6.2 Priorização dos Problemas

Baseado nos problemas identificados, a equipe definiu a importância de cada um (baixo, médio e alto), bem como sua urgência (escala de 0 a 5), capacidade de enfrentamento pela equipe da ESF e ordem de prioridade (“seleção”).

O quadro 7 apresenta a priorização dos problemas.

Quadro 7: Identificação e priorização dos problemas da UBS Misael Pinto dos Santos.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Fatores de risco de câncer de mama na população feminina	Alta	5	Parcial	1°
Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	4	Parcial	2°
Dificuldade de adesão ao tratamento	Alta	3	Parcial	3°
Elevada incidência de pacientes diabéticos	Alta	3	Parcial	4°

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.3 Descrição do Problema

No Brasil, o segundo tipo mais frequente de câncer é o de mama, sendo o mais comum entre as mulheres. Embora seja relativamente raro antes dos 35 anos, apresenta acima desta idade uma incidência que cresce rápida e progressivamente, segundo o Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INCA). Estudos mostram que esse aumento é uma tendência mundial, bem como o crescimento nas taxas de mortalidade proporcional por câncer de mama, que são altas tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, apesar de serem desiguais. Em 2008, o número total de mortes pela doença em países em desenvolvimento foi de 268 mil, em contraste com 189 mil mortes nos países desenvolvidos.

Sabe-se que se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom para o câncer de mama. A prevenção e a identificação precoce são fundamentais para a redução das taxas de morbidade e mortalidade desse tipo de neoplasia.

6.4 Explicação do problema

A prevenção do câncer de mama não é totalmente possível em função da multiplicidade de fatores relacionados ao surgimento da doença e ao fato de vários

deles não serem modificáveis. De modo geral, a prevenção baseia-se no controle dos fatores de risco e no estímulo aos fatores protetores, especificamente aqueles considerados modificáveis.

É importante dizer que por ser uma doença silenciosa no início e em ocasiões o paciente apresenta fatores de risco de câncer de mama sem apresentar sintomas da doença, porém restam importância às medidas preventivas orientadas pelo médico, o que favorece a aparição de complicações em um período menor de tempo.

O fato de ter grandes quantidades de pacientes com risco de câncer de mama pode ser devido a múltiplos fatores: deficientes conhecimentos sobre o câncer de mama; pouca adesão da população aos grupos operativos, campanhas de prevenção, presença de fatores de risco não modificáveis.

6.5 Seleção dos Nós críticos

O nó crítico é definido como um tipo de causa de um problema que, quando modificada é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. A causa geradora das grandes quantidades de pacientes com risco de câncer de mama é:

- Pouca informação da população sobre a doença;
- A estrutura dos serviços da saúde, que ainda não satisfaz as demandas de atendimento dos pacientes;
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento;
- Hábitos e estilos de vida não saudáveis;
- Problemas sociais (uso de drogas ilícitas, desemprego);
- Fatores culturais e carências que dificultam a adesão a tratamentos, ações de promoção e prevenção.

6.6 Desenho das Operações

Com os problemas bem identificados e explicados, as causas consideradas mais relevantes tornam-se necessário pensar em soluções e estratégias para a solução do problema iniciando-se a elaboração do plano propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.11).

A partir da explicação do problema é que será elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal. O quadro 8 apresenta o desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 8: Desenho das operações para nós críticos.

No crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Pouca informação	Aumentar o nível de Informação da população sobre os fatores de risco da doença	Conscientização, Adesão a campanhas preventivas, comparecimento a consultas	Avaliação sobre o nível de conhecimento da doença e fatores de risco. Programa de saúde escolar	Cognitivo - Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Inter setorial: educação e saúde, Organizacional - organização de grupos.
A estrutura dos serviços de saúdes	Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em específico com risco de câncer	Garantir os exames e meios diagnósticos para pacientes com risco de câncer de mama	Capacitação periódica das ACS, cuidadoras e pessoal de saúde. Coordenar os exames orientados pelo médico	Financeiro — Garantir o fornecimento de medicamentos e exames para as pacientes doentes ou com risco da doença, político - incrementar os recursos para a estrutura e serviço, Cognitivo - elaboração de um projeto adequado
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar os problemas, afetando a qualidade do cuidado e atendimento	Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho	Cobertura de 80 a 85% da população com risco elevado de câncer de mama	Linha de cuidado para o câncer, em especial o câncer de mama	Organizacional - adequação de fluxo (referências e contra referências) Cognitivo - elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político - Articulação entre os setores da saúde.
Hábitos e	Mudança de	Diminuição em um	Distribuição de	Cognitivo-

estilos de vidas inadequados	hábitos/ Modificar hábitos e estilos de vida	mínimo de 30% o número de tabagistas, alcoólatras e sedentários no prazo de doze meses.	panfletos com orientação sobre alimentação prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias	informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias e grupos operativos
Problemas sociais	Paz e emprego/ Gerações de empregos incentivaram abandono do consumo de droga a paz entre as pessoas	Diminuição do desemprego, da dependência as drogas e diminuição da violência.	Programa de geração de emprego e renda, programas de incentivo ao abandono da dependência as drogas e fomento da paz.	Cognitivo- informação sobre o tema elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência, dependência as drogas. Político- mobilizações sociais em torno das questões, articulação.
Fatores culturais e carências	Saiba mais/ Aumentar o nível de informação da população	Conscientização e Adesão da população as ações preventivas sobre os riscos da doença	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença, Capacitação das ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	Cognitivo - Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Inter setorial: educação e saúde, Organizacional – organização de grupos.

Fonte: Autoria própria (2015).

6.7 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

O quadro 9 apresenta os recursos críticos para o desenvolvimento das operações.

Quadro 9: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos, para diminuir os fatores de risco de câncer de mama.

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Aumentar o nível de Informação da população sobre os fatores de risco da doença	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Inter setorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos. Da agenda
Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em específico com risco de câncer	Financeiro - Oferta de medicamentos- Garantir o fornecimento de medicamentos e exames para a doença. Político - incrementar os recursos para a estrutura e serviço. Cognitivo - elaboração de um projeto adequado.
Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho	Organizacional - adequação de fluxo (referências e contra referências) Cognitivo - elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político - Articulação entre os setores da saúde.
Mudança de hábitos/ Modificar hábitos e estilos de vida	Cognitivo- informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às academias e grupos operativos.
Paz e emprego/ Gerações de empregos incentivaram abandono do consumo de droga a paz entre as pessoas	Cognitivo- informação sobre o tema elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência, dependência as drogas. Político- mobilizações sócias em torno das questões, articulação.
Saiba mais/ Aumentar o nível de informação da população	Cognitivo-Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Inter setorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos

Fonte: Autoria própria (2015).

6.8 Proposta de ações para a motivação dos atores

O quadro 10 apresenta as propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 10: Propostas de ações para a motivação dos atores, para diminuir os fatores de risco de câncer de mama, na UBS Misael Pinto dos Santos.

Operações\ Projetos	Recursos\ Críticos	Controle dos Recursos críticos\ Ator que controla	Controle dos Recursos críticos\ Motivação	Ações estratégicas
Aumentar o nível de Informação da população sobre os fatores de risco da doença	Cognitivo- Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Inter setorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos. Da agenda	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população com as diferentes doenças, em específico com risco de câncer	Financeiro - Oferta de medicamentos- Garantir o fornecimento de medicamentos e exames para a doença. Político - incrementar os recursos para a estrutura e serviço. Cognitivo - elaboração de um projeto adequado.	Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde	Favorável.	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho	Organizacional - adequação de fluxo (referências e contra referências) Cognitivo - elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos. Político - Articulação entre os setores da saúde.	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde	Favorável.	Não é necessária
Mudança de hábitos/ Modificar hábitos e estilos de vida	Cognitivo- informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Financeiros para aquisição de recursos audiovisuais folhetos educativos, Organizacional para incorporação às	Secretaria municipal de saúde . Equipe de saúde.	Favorável	Não é necessária

	academias e grupos operativos.			
Paz e emprego/ Gerações de empregos incentivaram abandono do consumo de droga a paz entre as pessoas	Cognitivo- informação sobre o tema elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência, dependência as drogas. Político- mobilizações sócias em torno das questões, articulação.	- Secretaria Municipal de Saúde. - Equipe de Saúde. - Serviço Social (Psicóloga).	Favorável	Apresentar o projeto/ Apoio das associações; Apresentar o projeto/Apoio das organizações
Saiba mais/ Aumentar o nível de informação da população	Cognitivo- Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação. Político - Articulação Inter setorial: educação e saúde. Organizacional - organização de grupos	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é necessária

Fonte: Autoria própria (2015).

6.9 Elaboração do plano operativo

O quadro 11 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 11: Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de Informação da população sobre os fatores de risco da doença	Conscientização Adesão a campanhas preventivas, comparecimento a consultas	Avaliação sobre o nível de conhecimento da doença e fatores de risco. Programa de saúde escolar	Não é necessária	Médico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS	Início em três meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestral
Mais estrutura/ Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento da população	Garantir os exames e meios diagnósticos para pacientes com risco de câncer de mama	Capacitação periódica das ACS, cuidadoras e pessoal de saúde. Coordenar os exames	Apresentar projeto de estruturação da rede	Enfermeira	Seis meses para apresentação do projeto dez meses para aprovação e liberação

com as diferentes doenças, em específico com risco de câncer		orientados pelo médico			dos recursos, seis meses para comprar os equipamentos.
Linha de trabalho/ Implementar uma adequada linha de trabalho	Cobertura de 80 a 85% da população com risco elevado de câncer de mama	Linha de cuidado para o câncer, em especial o câncer de mama	Não é necessária	Médico.	Início em três meses e finalização em doze meses.
Mudança de hábitos/ Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuição em um mínimo de 30% o número de tabagistas, alcoólatras e sedentários no prazo de doze meses.	Distribuição de panfletos com orientação sobre alimentação prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis, incorporação às academias	Não é necessária	Médico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS	Três meses para o início das atividades e avaliação anual
Paz e emprego/ Gerações de empregos incentivaram abandono do consumo de droga a paz entre as pessoas	Diminuição do desemprego, da dependência as drogas e diminuição da violência.	Programa de geração de emprego e renda, programas de incentivo ao abandono da dependência as drogas e fomento da paz.	Apresentar o projeto/ Apoio das associações; Apresentar o projeto/Apoio das organizações	Médico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, ACS	Apresentar o projeto em seis meses; início das atividades em doze meses.
Saiba mais/ Aumentar o nível de informação da população	Conscientização e Adesão da população as ações preventivas sobre os riscos da doença	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos da doença, Capacitação das ACS, divulgação educativa da doença nas escolas.	Não é necessária	Médico Enfermeira Auxiliares de enfermagem, e ACS	Início em três meses e término em oito meses, início em seis meses e avaliações semestral

Fonte: Autoria própria (2015).

6.10 Gestões do Plano de Ação

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e se os integrantes da equipe estão participando como foi determinado.

É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença clínica que nem sempre tem um prognóstico positivo. Ele representa um conjunto de patologias em que a característica básica é o desenvolvimento de alterações no processo de divisão das células, o que causa um crescimento anormal destas.

O paciente oncológico apresenta vários sintomas orgânicos, mas também apresenta diversos sintomas psicológicos que englobam seus sentimentos em relação à doença. É fato, que existem fatores externos que são responsáveis por grande parte dos cânceres, e que muitos deles podem ser evitados.

Durante as etapas de elaboração da proposta, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da UBS, e permitiu refletir sobre como seu processo de trabalho pode ser melhorado a fim de buscar uma solução para tais problemas.

O estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da UBS Misael Pinto dos Santos com relação aos fatores de risco de câncer de mama, constatando uma realidade similar da brasileira. Foi possível também perceber as dificuldades da equipe em lidar com o problema e a importância que existe de preparar aos profissionais para dar um apoio maior e necessário aos pacientes com câncer ou com fatores de risco.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- Existe um elevado número de pacientes com risco de câncer de mama, na área de abrangência da UBS Misael Pinto dos Santos;
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário levar conhecimento aos pacientes e suas famílias. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar sua relação com os pacientes e por uma facilitação no manejo dos casos mais complicados;
- É necessário envolvimento e empenho da equipe de saúde para incentivar à comunidade;
- É necessária a articulação de estratégias e de diferentes setores sociais, para a realização das ações conjuntas;

- Espera-se que esta proposta de intervenção possibilite uma redução da morbidade e mortalidade relacionada com o câncer de mama na UBS Misael Pinto dos Santos e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

O grande número de pacientes com risco de câncer de mama foi eleito para esta proposta de intervenção, o que deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

A utilização do planejamento estratégico situacional permitiu a formulações propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas. A elaboração do plano de intervenção na UBS Misael Pinto dos Santos foi de muita importância para poder traçar metas e ações e serem executados por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado e os usuários com a finalidade de melhorar suas qualidades de vida.

REFERÊNCIAS

BARROS *et al.*, 2013 **Simpósio Internacional sobre Câncer de mama,2013, avanço e perspectivas**. Disponível em www.simposiocancerdemama.com.br. Acesso em 2\11\2015

BONASSA, E. M. A. I.; SANTANA, T. R. **Enfermagem Terapêutica oncológica**. 3ed. São Paulo: Atheneu. 2007, 538p

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014]. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 03/11/2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 2010**. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional 2011**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2012**. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Controle do Câncer de Mama**: Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://>. Acesso em 16 de outubro. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer (INCA). **Câncer de Mama: 2007**. Disponível em: <http://>. Acesso em: 10 de novembro. 2015a.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. **Câncer de Mama: 2007**. Disponível em: <http://>. Acesso em 11 de novembro de 2015 .

BRASIL, **Fatores associados a não realização do exame do Papanicolau : um estudo de base populacional no município de Campinas São Paulo**. 2006 Pag.2329.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 ,pag.27

BRASIL, **Cadernos de atenção domiciliar apud CECCIM, 2012 in Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde**.2010, ed,Tempus,v.2,n.2 .Pag,102

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Viva Mulher. Câncer do Colo do Útero**: Informações Técnico-Gerencias e Ações Desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012. Pag.98.

BRENELLI, H. B. **Influência da reconstrução imediata com retalho miocutâneo abdominal no prognóstico e na qualidade de vida da mulher com câncer de mama** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação Física no Câncer de Mama**. São Paulo: Roca, 2012. 173p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 18/11\2015.

CAPONERO, R. **Guia de Câncer de Mama**. 5ed. São Paulo 2013 13p

CHIRIFE, A. M. *et. al.* **Sarcomas primários de mama**. MEDICINA (Buenos Aires). v. 66, n. 2, p. 135-138, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v66n2/v66n2a08.pdf>>, acesso em: 15/12/09.

CORBELLINI, V. **Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido**. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul 04];22(1):42-68. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/ojs/login.php>.

GEBRIN, L. H.; QUADROS, L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.28, n.6, jun. 2014.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, E. **As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia**. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Org.), A mulher e o câncer (pp. 173-195). Campinas: Livro Pleno. 2008.

GONZALEZ, H. **Enfermagem em Oncologia**. São Paulo: SENAC, 2013. 70p.

IBGE 2010 Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/127o>

INCA Instituto Nacional do Câncer/INCA. Brasil, Ministério da Saúde.2010. Disponível em http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=933

INCA **Programa nacional de controle de câncer de mama**,2011,disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pnc_c_mama.pdf?MOD=AJPERES .Acesso em 15 de outubro 2015.

INCA, Campanha **Ao nosso alcance**, 2015, disponível em <http://www.inca.gov.br/wcm/dmdc/2015/ao-nosso-alcance.asp>

KOCH, H. A.; PEIXOTO, J. E.; NEVES, A. L. E. Análise da infraestrutura para a mamografia. **Radiol. Bras.** 2013;33:23-9

LEAL, C. S. **Câncer da mama: diagnóstico, tratamento e prognóstico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 194p.

MARTINS, E. *et al.* Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2012;31:219–23.

MATUS, C. **Revista Espaço Acadêmico** – N° 32 – Janeiro/2006 – Mensal – ISSN 1519-6186. 2006. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em: 20/01/2015.

MENKE, C. H.; BIAZUS, J. V.; CAVALHEIRO, J. A. Patologia maligna da mama. In: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Ginecologia**. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. p.241-56.

OLIVIERA, A. V. *et al.* **Características sociodemográficas e ginecológicas de portadoras de câncer de mama atendidas no programa de mastologia de hospital público em Goiana** – Goiás. Goiana, 2009. 06-10p.

Pedra do Indaiá, 2014 Disponível em : https://pt.wikipedia.org/wiki/Pedra_do_Indaiá

PEIXOTO, J. E.; KOCH, H. A.; ALMEIDA, C. D. **Manual de instruções para medidas de contraste de qualidade dos parâmetros técnicos da mamografia**. Centro de Diagnóstico Mamário da Santa Casa da Misericórdia, 2015.

PEIXOTO JE. **A trajetória da mamografia – à procura da qualidade** [palestra]. In: Projeto “História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas”. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

PIATO, S.; PIATO, J. R. M. **Doenças da mama**. 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.

PINOTTI, J. A. *et al.* Carcinoma invasor inicial de mama: efeito do tratamento orientado pela avaliação intraoperatória das margens cirúrgicas sobre o prognóstico oncológico. **Rev Soc Bras Mastol** 2011; 10:169-76

Secretaria de Saúde de Pedra do Indaiá ,2015 , Disponível em <http://hospitaleclinicas.com.br/cnes/6509630/secretaria-municipal-saude-pedra-do-indaia>

Secretaria Municipal de Saúde 2015, Disponível em <http://www.pedradoindaia.mg.gov.br/>

SELISTER, R.; BARCELLOS, E. **Esforço global pela saúde da mulher**. Rev.n10, Mulher consciente, Jul,2009.

TOMA, T. S.; *et al.* Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: Um ensaio sobre as evidências. **Caderno de saúde pública**, vol. 24 Supl. 2, p. 235-246, Rio de Janeiro, 2008

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2007; 20 Supl. 2:S190-8.

WIKIPÉDIA. **La Enciclopédia livre**, 2013. Disponível em: http://es.wikipedia.org/wiki/Belo_Horizonte#Geograf.C3.ADa. Acesso em: 22/10/2015