UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SIMONE MARA DE ARAÚJO FERREIRA

Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva das usuárias

Ribeirão Preto
2016

SIMONE MARA DE ARAÚJO FERREIRA

Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva das usuárias

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Almeida.

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferreira, Simone Mara de Araújo
Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva das usuárias. Ribeirão Preto, 2016.
p. 134 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Ana Maria de Almeida

1. Neoplasias da mama. 2. Programas de rastreamento. 3. Atenção Primária à Saúde.

FERREIRA, Simone Mara de Araújo

Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva das usuárias

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, por me permitir chegar até aqui. Eu não sei quais são os planos que Ele planejou para mim, mas tenho a certeza de que são melhores que os meus e por isso confio e espero. Sou grata por mais esta etapa.*

*Ao meu esposo **Adílio,** pelo companheirismo nesta trajetória. Obrigada pelo apoio, pelas palavras de conforto, consolo e esperança em meio aos momentos de desespero. Sua participação foi fundamental.*

*Ao **meu filho Pedro**, que nasceu durante a realização deste trabalho. Sua chegada despertou vários sentimentos e trouxe novas inquietações.*

*Aos meus pais, **Silvio e Sirlei**, por se fazerem presentes em todos os momentos. Como é bom contar com vocês!*

*Aos **meus familiares**, pelo incentivo, apoio e torcida. Em especial às minhas irmãs **Selene e Susie** que sonham comigo os meus sonhos.*

*À **Glaucivânia** que cuidou com muito carinho do Pedro enquanto eu me dedicava em terminar a tese.*

*Aos **meus irmãos em Cristo**, pelas orações.*

*À **minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria de Almeida,** agradeço a amizade e a generosidade. Obrigada pelas instruções e orientações que não se restringiram à vida acadêmica. Só eu sei como fui acolhida e amada.*

*Ao **Luís Felipe**, **Fabrício**, **Everton, Andrieli**, **Camila**, **Isabela**, **Lívia, Andressa** e **Lóris** pela colaboração na árdua tarefa da coleta de dados.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, representada por seus docentes, discentes e funcionários.*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ**, pelo apoio através da subvenção à realização deste trabalho.*

*Às **usuárias da atenção básica de saúde do município de Ribeirão Preto, SP,** que aceitaram participar deste estudo e muito contribuíram para a compreensão das práticas relacionadas ao controle do câncer de mama no município.*

RESUMO

FERREIRA, S. M. A. **Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva das usuárias**. 2016. 134 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Analisar as ações relacionadas ao controle do câncer de mama nas Unidades de Atenção Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP, na perspectiva das usuárias. Pesquisa quantitativa exploratória, com base em corte transversal. Foram selecionadas mulheres com idade entre 35 e 69 anos, usuárias do serviço por tempo superior a três anos. Solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo de acordo com o protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393. Utilizado amostragem probabilística complexa, com três níveis de estratificação: Unidades de Saúde (segundo modelo: Tradicional, Unidade de Saúde da Família e Mista), Usuárias (segundo faixa etária: 35-39 anos; 40-49 anos e 50-69 anos) e Regiões de Saúde de Ribeirão Preto (Distrito Norte, Distrito Sul, Distrito Leste, Distrito Oeste e Distrito Central). Amostra final de 631 mulheres e 30 unidades de saúde. As entrevistas foram concluídas em julho de 2014. Foi realizada análise descritiva e teste de hipóteses por meio de análise bi-variada na tabela de contingência usando o teste de chi-quadrado. Todos os testes consideraram um alfa bidirecional de 0,05 e Intervalo de Confiança de 95%, sendo auxiliados por *softwares*. Entre as usuárias entrevistadas, 332 (52,6%) eram casadas, apenas 25 usuárias (4%) referiram possuir superior completo, a maioria (339 - 53,7%) branca e pertencente às classes econômicas C1 (195 - 30,9%) e C2 (136 - 21,5%). Apenas 96 usuárias (15,2%) relataram possuir plano de saúde. Apesar da baixa prevalência de usuárias com histórico familiar de câncer de mama ou câncer de ovário na amostra estudada, observou-se que a investigação por parte dos profissionais de saúde sobre esta questão encontra-se aquém do esperado. Em relação às ações de rastreamento do câncer de mama, observou-se que 346 (54,83%) usuárias relataram realizar o exame clínico das mamas anualmente e 343 (54,4%) usuárias disseram ter recebido guia de encaminhamento para realizar mamografia entre 2009 e 2012. Quando a realização dos exames foi analisada de acordo com a faixa etária da usuária, a presença de fator de risco familiar para o câncer de mama e a periodicidade, constatou-se inadequação em relação às diretrizes propostas. O recebimento da Agenda da Mulher e a participação em reuniões educativas sobre o tema foram mencionados por poucas usuárias. De acordo com os dados obtidos, conclui-se que as ações de controle do câncer de mama empregadas no município estudado não são satisfatórias e não estão em conformidade com as diretrizes preconizadas, exigindo reformulações das práticas adotadas. Espera-se que os dados levantados possam subsidiar reflexões e direcionar a tomada de decisões.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Programas de Rastreamento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

FERREIRA, S. M. A. **Control of breast cancer in the municipality of Ribeirão Preto, SP, Brazil: panorama of the actions from the perspective of the users.** 2016. 134 p. Dissertation (Doctorate). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Analyzing the actions related to the control of breast cancer at the Basic Health Care Units of the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo (SP), Brazil, from the perspective of the users. Exploratory quantitative research based on transversal cut. Women with ages between 35 and 69 years, users of time service superior to three years, were selected. Authorization was requested from the Municipal Health Secretariat of Ribeirão Preto. Approval from the Research Ethics Committee of the Nursing School at Ribeirão Preto, of the Universidade de São Paulo, according to CAAE protocol: 16982513.7.1001.5393. A complex probabilistic sampling, with three levels of stratification was used: Health Units (according to model: Traditional, Family and Mixed Health Unit), Users (according to age: 35-39 years, 40-49 years and 50-69 years) and Health Regions of Ribeirão Preto (North District, South District, East District, West District and Central District). Final sample of 631 women and 30 health care units. The interviews were concluded in July of 2014. Descriptive analysis and hypothesis test were performed by means of bivariate analysis in the contingency table, using the chi-squared test. All tests considered a two-way alpha of 0.05 and confidence interval of 95%, aided by software. Among the interviewees, 332 (52.6%) were married, only 25 (4%) presented college degrees, most, 339 (53.7%) were white and belonged to economic class C1, 195 (30.9%), and C2, 136 (21.5%). Only 96 (25.2%) reported having health insurance. Despite the low prevalence of users with family history of breast cancer or ovary cancer in the studied sample, we verified that the investigation conducted by the health professionals regarding this matter is lower than expected. In relation to the actions of tracking breast cancer, we verified that 346 (54.83%) users reported performing the clinical breast exam annually, and 343 (54.4%) users reported receiving referral guide to perform mammography, between 2009 and 2012. When the exams were analyzed according to the users' age, presence of the family risk factor for breast cancer and the periodicity, we verified inadequacy concerning the proposed directives. Receiving the Women's Schedule and participating in educational meetings on the theme were mentioned by few women. According to the data obtained, we conclude that the actions for controlling breast cancer employed in the municipality of Ribeirão Preto are not satisfactory and are not in accordance to the proposed directives, demanding reformulations of the adopted practices. We expect that the data surveyed can subsidize reflections and direct decision-making.

Keywords: Breast Neoplasms. Mass Screening. Primary Health Care.

RESUMEN

FERREIRA, S. M. A. **Control del cáncer de mama en el municipio de Ribeirão Preto, SP: panorama de las acciones en la perspectiva de las usuarias.** 2016. 134p. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Analizar las acciones relacionadas con el control del cáncer de mama en las Unidades de Atención Básica de Salud del municipio de Ribeirão Preto, SP, en la perspectiva de las usuarias. Investigación cuantitativa exploratoria, con base en corte transversal. Se seleccionaron mujeres con edades comprendidas entre 35 y 69 años, usuarias del servicio por tiempo superior a tres años. Solicitada autorización de la Secretaría Municipal de Salud de Ribeirão Preto y aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo de acuerdo con el protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393. Se ha utilizado una muestra estadística compleja, con tres niveles de estratificación: Unidades de Salud (según modelo: Tradicional, Unidad de Salud de la Familia e Mixta), Usuarias (según los tramos de edad: 35-39 años; 40-49 años y 50-69 años) y Regiones de Salud de Ribeirão Preto (Distrito Norte, Distrito Sur, Distrito Este, Distrito Oeste y Distrito Central). Muestra final de 631 mujeres y 30 unidades de salud. Las entrevistas se concluyeron en Julio de 2014. Se realizo análisis descriptivo y test de hipótesis por medio de análisis bi-variado en la tabla de contingencia, usando el test de chi-cuadrado. Todos los tests consideraron un alfa bidirecional de 0,05 e Intervalo de Confianza de 95%, siendo auxiliados por softwares. Entre las usuarias entrevistadas, 332 (52,6%) eran casadas, apenas 25 usuarias (4%) refirieron estudios superiores completos, la mayoría 339 (53,7%) blanca y pertenecientes a las clases económicas C1 195 (30,9%) y C2 136 (21,5%). Apenas 96 usuarias (15,2%) manifestaron tener un seguro de salud. A pesar de la baja prevalencia de usuarias con historial familiar de cáncer de mama o cáncer de ovario en la muestra estudiada, se observó que la investigación por parte de los profesionales de la salud sobre esta cuestión se encuentra por debajo de lo esperado. Con relación a las acciones de rastreo del cáncer de mama, se observó que 346 (54,83%) usuarias manifestaron realizar las pruebas clínicas de las mamas anualmente y 343 (54,4%) usuarias refirieron haber recibido el documento para realizar la mamografía entre 2009 e 2012. Cuando se analizó la realización de las pruebas de acuerdo con el tramo de edad de la usuaria, la presencia del factor de riesgo familiar para el cáncer de mama y la periodicidad, se constató una inadecuación en relación a las directrices propuestas. La recepción de la Agenda de la Mujer y la participación en reuniones educativas sobre el tema se mencionó por pocas usuarias. De acuerdo con los dados obtenidos, se concluye que las acciones de control del cáncer de mama empleadas en el municipio estudiado no son satisfactorias y no están en concordancia con las directrices preconizadas, exigiendo reformulaciones de las prácticas adoptadas. Se espera que los datos obtenidos puedan facilitar reflexiones y dirigir la toma de decisiones.

Palabras-clave: Neoplasias de la Mama. Tamizage Masivo. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Município de Ribeirão Preto, SP, segundo região administrativa.....37
Figura 2 - Mapa do Município de Ribeirão Preto, SP, segundo Distritos de Saúde 39
Figura 3 - Porcentagem de adequação do Exame Clínico das Mamas nas 30 unidades de saúde investigadas.....67
Figura 4 - Porcentagem de adequação da Mamografia nas 30 unidades de saúde investigadas.....73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Recomendações da *Canadian Task Force* para o rastreamento do câncer de mama (2011) 25
Quadro 2 - Recomendações da USPSTF para o rastreamento do câncer de mama (2009) 25
Quadro 3 - Protocolos e Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama na América Latina 29
Quadro 4 - Recomendações sobre o rastreamento com mamografia 34
Quadro 5 - Relação das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, SP, por Distrito de Saúde 40
Quadro 6 - Orientações sobre as ações destinadas ao controle do câncer de mama em Ribeirão Preto, SP 41
Quadro 7 - Número de mulheres por faixa etária em cada Unidade Básica de Saúde selecionada 44
Quadro 8 - Sistemática da coleta segundo número de períodos de coleta e tamanho do pulo até a próxima mulher ser abordada em cada Unidade Básica de Saúde selecionada 47
Quadro 9 - Sistema de pontos segundo posse de itens 52
Quadro 10 - Classificação do Chefe de Família segundo grau de instrução atualizado 52
Quadro 11 - Cortes do Critério Brasil 52
Quadro 12 - População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento do câncer de mama de acordo com o Documento de Consenso 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo unidades básicas de saúde e Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014 50

Tabela 2 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo dados socioeconômicos. Ribeirão Preto, SP, 2014 60

Tabela 3 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família e investigação pelo profissional de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014 62

Tabela 4 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família, por Distrito de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014 62

Tabela 5 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo investigação pelo profissional de saúde sobre história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário, por Distrito de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014 63

Tabela 6 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a realização anual do exame clínico das mamas, por médico ou enfermeiro da atenção básica municipal, separadas por faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2014 64

Tabela 7 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a realização anual do exame clínico das mamas, realizado por médico ou enfermeiro da atenção básica municipal, separadas por faixa etária e presença de história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014 65

Tabela 8 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a realização do exame clínico das mamas entre 2009-2012, profissional que o realizou, motivo do exame, ano do último exame e ocasião em que o exame foi realizado. Ribeirão Preto, SP, 2014 66

Tabela 9 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo o recebimento de guia de encaminhamento para a realização de mamografia entre 2009-2012. Ribeirão Preto, SP, 2014 68

Tabela 10 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo recebimento de guia de encaminhamento para realização da mamografia entre 2009-2012, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014 69

Tabela 11 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a periodicidade da realização de mamografia, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014. 70
Tabela 12 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo realização da ultrassonografia das mamas por faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2014 74
Tabela 13 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo realização de biópsia e resultado do procedimento. Ribeirão Preto, SP, 2014. 74
Tabela 14 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo realização do autoexame da mama, orientação da idade pelo profissional, se realiza ou não e periodicidade. Ribeirão Preto, SP, 2014 75
Tabela 15 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo ações educativas empregadas no controle do câncer de mama: recebimento da agenda da mulher, participação em reuniões sobre câncer de mama na unidade de saúde e realização do Papanicolaou. Ribeirão Preto, SP, 2014..... 76
Tabela 16 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação ao nível de escolaridade e adequação do exame clínico da mama e mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014 77
Tabela 17 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à classe social e adequação do exame clínico da mama e mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014..... 77
Tabela 18 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à raça/cor declarada e adequação do exame clínico da mama e mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014..... 78
Tabela 19 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à orientação sobre a idade para iniciar o autoexame das mamas e sua realização. Ribeirão Preto, SP, 2014 78
Tabela 20 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à realização do autoexame das mamas e a realização anual do exame clínico das mamas. Ribeirão Preto, SP, 2014..... 79
Tabela 21 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à realização do Papanicolaou e a realização anual do exame clínico das mamas. Ribeirão Preto, SP, 2014 79

Tabela 22 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à realização do Papanicolaou e a adequação na realização da mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014.....80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Amostra Aleatória Simples
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	American Cancer Society
AEM	Autoexame das mamas
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AS	Amostra Sistemática
BHGI	Breast Health Global Initiative
BI-RADS®	Breast Image Reporting and Data System
CAD	Computer-aided detection
CBR	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CEP- EERP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CONPREV	Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer
CPAC	Canadian Partnership Against Cancer
CSCC	Canadian Strategy for Cancer Control
CSE	Centros de Saúde Escola
DC	Distrito Central
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DL	Distrito Leste
DN	Distrito Norte
DO	Distrito Oeste
DS	Distrito Sul
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ECM	Exame Clínico das Mamas
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPE/UNIFESP	Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
GO	Ginecologia e Obstetrícia
IARC	International Agency for Research on Cancer
IC	Intervalo de Confiança
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
ICSN	International Cancer Screening Network
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MMG	Mamografia
NCI	National Cancer Institute
NCSP	National Cancer Screening Program
NHSBSP	National Health Service Breast Screening Programme
NSF	Núcleo de Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PQM	Programa de Qualidade em Mamografia
PNQM	Programa Nacional de Qualidade em Mamografia
Pro-Onco	Programa de Oncologia
RAO	Rede de Atenção Oncológica
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SMS-RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UPA	Unidade Primária de Análise
USF	Unidade de Saúde da Família
USG	Ultrassonografia
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

2 OBJETIVOS 22
2.1 OBJETIVO GERAL 22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

3 QUADRO TEÓRICO 23
3.1 CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO MUNDO 24
3.2 CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL 30

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA 36
4.1 TIPO DE ESTUDO 36
4.2 LOCAL DO ESTUDO 36
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO 41
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 42
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 42
4.6 ASPECTO ÉTICO 42
4.7 AMOSTRAGEM 43
4.8 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS 44
4.9 COLETA DE DADOS 48
4.10 VARIÁVEIS CONSIDERADAS NO ESTUDO 51
4.10.1 Variáveis dependentes 51
4.10.2 Variáveis independentes 51
4.10.2.1 Variáveis socioeconômicas 51
4.10.2.2 Variáveis relacionadas a fatores de risco para câncer de mama 53
4.10.2.3 Variáveis relacionadas ao Exame Clínico das Mamas 53
4.10.2.4 Variáveis relacionadas à Mamografia 54
4.10.2.5 Variáveis relacionadas à Ultrassonografia das Mamas 55
4.10.2.6 Variáveis relacionadas à Biópsia 55
4.10.2.7 Variáveis relacionadas ao Autoexame das mamas 56
4.10.2.8 Variáveis relacionadas às ações gerais no controle do câncer de mama 56
4.11 ANÁLISE DOS DADOS 57

5 RESULTADOS 59
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS USUÁRIAS 59
5.2 HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA OU CÂNCER DE OVÁRIO ENTRE AS USUÁRIAS E INVESTIGAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 61
5.3 AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA 63
5.3.1 Exame Clínico das Mamas 64
5.3.2 Mamografia 67
5.3.3 Ultrassonografia das mamas e Biópsia 73
5.3.4 Autoexame das mamas 75
5.4 AÇÕES EDUCATIVAS EMPREGADAS NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA 75
5.5 AVALIAÇÃO DAS HIPÓTESES LEVANTADAS 76

6 DISCUSSÃO 81
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS USUÁRIAS 81
6.2 HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA OU CÂNCER DE OVÁRIO ENTRE AS USUÁRIAS E INVESTIGAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 83
6.3 AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA 86
6.3.1 Exame Clínico das mamas 86
6.3.2 Mamografia 90
6.3.3 Ultrassonografia das mamas e Biópsia 97
6.3.4 Autoexame das mamas 99
6.4 AÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA 102
6.5 AVALIAÇÃO DAS HIPÓTESES LEVANTADAS 107

7 CONCLUSÕES 111

REFERÊNCIAS 114

APÊNDICES 125

ANEXOS 127

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o câncer mais frequente e o que mais mata entre as mulheres em todo o mundo, com uma incidência de 1.671.149 casos e mortalidade de 521.907 para todas as idades, de acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde (OMS) (FERLAY, 2013).

No Brasil, as estimativas relativas ao câncer de mama vêm apresentando tendências de aumento tanto de incidência quanto de mortalidade. Estes aumentos ocorrem de forma proporcional ao crescimento demográfico, ao envelhecimento da população e ao desenvolvimento econômico (OLIVEIRA et al., 2011), que juntamente com as mudanças de comportamento dos indivíduos e exposição a fatores de risco ocupacionais e ambientais respondem pelo aumento substancial da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e entre elas o câncer (BRASIL, 2011b).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), foram estimados 57.960 casos novos anuais de câncer de mama para o biênio 2016/2017. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é o de maior incidência na população feminina em todas as regiões, com exceção da Região Norte onde ocupa a segunda posição. A Região Sudeste ocupa o primeiro lugar nas estimativas para casos novos de câncer de mama em mulheres e são estimados 29.760 casos novos por ano (BRASIL, 2015b).

Aumentos da incidência e de mortalidade também foram observados no estado de São Paulo. Entre os triênios de 2000-2002 e 2008-2010, ocorreu um aumento de 43% na média anual de casos de câncer de mama registrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), passando de 4,3 mil para 6,2 mil casos (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013). Em relação à mortalidade, a média anual de óbitos por câncer de mama em mulheres aumentou 24% entre os triênios de 1999-2001 e 2009-2011, subindo de 2.738 para 3.405. A taxa bruta de mortalidade (óbitos/100 mil mulheres) por neoplasia maligna de mama no sexo feminino no Estado apresentou um aumento de 11% na década considerada. Em Ribeirão Preto, SP, o número de óbitos passou de 78 no triênio 1999-2001 (taxa bruta de 13,6) para 93 no triênio 2009-2011 (taxa bruta de 13,7), variação de 1,2% (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013).

Os altos índices de mortalidade do câncer de mama no contexto brasileiro têm relação com a detecção que, na maioria das vezes, ocorre em fases avançadas da doença. Uma síntese de nove estudos brasileiros baseados em séries de casos hospitalares ou registros de câncer de base populacional, realizados entre 1993 e 2007, mostrou que 45,4% dos 3.352 casos de

câncer de mama estudados encontravam-se em estádio avançado (III ou IV) no momento do diagnóstico (THULER, 2010).

Proporções semelhantes foram observadas em estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro e São Paulo respectivamente. Estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que o câncer de mama foi diagnosticado em fase avançada (estádios clínicos II, III e IV) em 51% dos casos analisados (REZENDE et al., 2009). No estado de São Paulo, segundo dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC-Fundação Oncocentro), no período de 2000 a 2005, a taxa de diagnóstico da doença nos estádios IIb (mulheres com tumores maiores que 5 cm ou menores, mas com axila clinicamente positiva); III (tumores localmente avançados) e IV (doença metastática) alcançou 51,2% (TIEZZI, 2013).

Casos avançados de câncer de mama também foram levantados em um estudo desenvolvido em um serviço público de oncologia de Sergipe. Objetivando conhecer os aspectos clínicos e patológicos dos casos de câncer de mama feminino, esse estudo revelou, quanto ao estadiamento, que 52 (37,34%) mulheres foram diagnosticadas com estádio III (GONÇALVES et al., 2012). Tal situação configura um mau prognóstico, uma vez que o tamanho e o estádio tumoral são os fatores que mais influenciam na cura e sobrevida das mulheres (OLIVEIRA et al., 2009; ROSENBERG; CHIA; PLEVRITS, 2005).

Felizmente a redução de casos avançados no estado de São Paulo vem sendo percebida nos últimos anos. Estudo (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013) que analisou casos de câncer de mama registrados no RHC do Estado entre os triênios de 2000-2002 e 2008-2010 aponta redução do estadiamento nas classificações II, III e IV (formas mais graves) de 76,5% para 68,5% do total de casos. Os estadiamentos nas classificações 0 e I (formas localizadas) tiveram sua proporção ampliada de 20,1% para 29%.

Por sua magnitude, o câncer de mama configura-se como um problema de saúde pública e seu controle consiste em uma das prioridades na agenda da Política Nacional de Saúde. Entende-se como controle o emprego de meios práticos aplicados às coletividades ou aos indivíduos, capazes de influenciar a mortalidade por câncer. Neste contexto, a prevenção, a educação, o diagnóstico e o tratamento são elencados como elementos necessários para reduzir os impactos causados pela doença (BRASIL, 2006a; PARADA et al., 2008).

No Brasil, devido a questões tais como, ausência de infraestrutura necessária para as rotinas do programa, baixo grau de cobertura de mamografia para a população-alvo, custo elevado dos procedimentos e falta de seguimento da população estudada, não existe um programa de rastreamento organizado para o controle do câncer de mama (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, cada localidade vem desenvolvendo ações isoladas no que diz respeito ao controle do câncer de mama (GEBRIM, 2009; MARCHI; GURGEL, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do INCA, recomenda que as mulheres brasileiras na faixa etária entre 50 a 69 anos façam mamografia (MMG) de rastreamento a cada dois anos, exame clínico das mamas (ECM) anualmente para todas as mulheres a partir dos 40 anos e MMG e ECM anuais a partir dos 35 anos de idade para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2004a). Entretanto, a falta de vigilância das mulheres previamente rastreadas e do controle da convocação para cumprirem as normas recomendadas de rastreamento mamográfico constituem os grandes nós nos programas instituídos até o momento no país (BRASIL, 2005c).

Segundo Parada et al. (2008), é possível afirmar que as ações de rastreamento para o câncer de mama adotadas no país estão ainda em processo de organização, uma vez que as definições políticas nessa área são um tanto recentes e a oferta de mamografia no âmbito do SUS é limitada. Tiezzi (2010, p. 258) vai além e afirma que "não temos qualquer informação segura de controle de qualidade e de certificação de que o atual programa de rastreamento implementado pelo governo seja eficaz". Nesse contexto, um dos grandes desafios impostos para o sistema de saúde brasileiro é avaliar de maneira ampla as medidas de controle e prevenção preconizadas para a saúde pública, de modo a observar as medidas que agregam benefício à saúde (LIMA et al., 2011).

Sendo assim, torna-se imprescindível uma avaliação minuciosa dos programas de rastreamento de câncer de mama implementados no país, considerando seus elementos constitutivos, bem como a dinâmica do sistema de saúde local. A avaliação periódica da saúde da população por meio do levantamento das necessidades e da oferta de intervenções mais adequadas, no intuito de aprimorar, recuperar e manter a saúde são questões implícitas ao conceito de saúde pública (SILVA, 2012).

Além disso, as diferentes ações inter-relacionadas do rastreamento do câncer de mama, tais como: convocação da população alvo; realização dos exames de rastreamento; realização dos exames diagnósticos para confirmação das lesões suspeitas; monitoramento e avaliação de cada etapa; garantia da qualidade de todos os exames de procedimentos realizados e análises econômicas e da efetividade do rastreamento são passíveis de estudos científicos específicos (SILVA, 2012).

Nesta perspectiva, conhecer o rastreamento do câncer de mama que ocorre nas unidades de saúde da Atenção Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP, permite

levantar as especificidades locais e, a partir dessas informações, subsidiar novas discussões acerca do planejamento de estratégias eficazes. A escolha da Atenção Básica como local de investigação consiste no fato de que é neste nível de atenção que se concentram as principais ações de controle do câncer de mama.

Sendo assim, um questionamento permeia a realização deste estudo: *Como as ações de controle do câncer de mama, propostas pelo Ministério da Saúde, estão sendo implementadas no atendimento de mulheres com idade entre 35e 69 anos, usuárias de serviços da Atenção Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto, SP?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações relacionadas ao controle do câncer de mama nas Unidades de Atenção Básica de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP, na perspectiva das usuárias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar as usuárias atendidas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde selecionadas para o estudo, segundo dados socioeconômicos;
b) Verificar a presença de história familiar de câncer de mama e câncer de ovário entre as usuárias selecionadas, bem como a investigação por parte dos profissionais de saúde;
c) Identificar a adequação das ações de controle do câncer de mama (Exame Clínico das Mamas, Mamografia, Ultrassonografia das Mamas, Biópsia e Autoexame das Mamas) com base nas diretrizes recomendadas no Documento de Consenso;
d) Identificar o cumprimento das ações educativas empregadas no controle do câncer de mama (entrega da agenda da mulher, realização de reuniões educativas sobre o câncer de mama, orientação sobre o AEM) pelas Unidades de Atenção Básica de Saúde;

3 QUADRO TEÓRICO

Os programas de controle do câncer de mama estão centrados em dois componentes principais: o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce relaciona-se às ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial. O conceito de diagnóstico precoce é por vezes nomeado de *down-staging*, ou seja, no menor estágio do desenvolvimento da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Nesse intuito é necessário alertar a população para os sinais e sintomas suspeitos de câncer, capacitar os profissionais de saúde para avaliação dos casos suspeitos e preparar os sistemas e serviços de saúde a fim de possibilitar a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2015a).

Já o rastreamento, de acordo com a OMS, consiste em ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivando detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Trata-se de uma estratégia baseada na realização de testes relativamente simples em pessoas sadias, com o intuito de identificar doenças na fase pré-clínica (BRASIL, 2015a).

Os programas de rastreamento podem ser classificados em organizados (populacional) ou oportunísticos. Os programas organizados são sistematizados e voltam-se para a detecção precoce de determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral. Possui como característica a convocação e a vigilância das mulheres inscritas no programa, bem como busca cumprir a periodicidade entre as etapas propostas (MARCHI; GURGEL, 2010). Dessa forma, é possível monitorar e avaliar as ações, bem como promover mudanças e ajustes nos casos necessários (SILVA, 2012).

Por outro lado, o rastreamento oportunístico ocorre quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco (BRASIL, 2010). Neste modelo, os indivíduos somente são submetidos às recomendações a partir da procura espontânea pelos serviços de saúde e, sendo assim, significativa proporção de mulheres não é rastreada ou não cumpre as recomendações recebidas. Faltas ou mesmo atraso no comparecimento às etapas subsequentes são comuns (MARCHI; GURGEL, 2010).

3.1 CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO MUNDO

Resultados de estudos randomizados, desenvolvidos incialmente em alguns países e publicados nas décadas de 1970 e 1990, serviram de suporte científico para a implementação de programas de rastreamento do câncer de mama em todo o mundo.

O Canadá foi um dos países pioneiros no rastreamento organizado do câncer de mama e na realização dos primeiros estudos randomizados sobre rastreamento do câncer de mama. Em 1988 foi implementado o primeiro programa de rastreamento organizado do câncer de mama na província de British Columbia. A partir de então, programas de rastreamento foram introduzidos em todas as 10 províncias e nos territórios de Yukon e Northwest. A realização da MMG é a base dos programas instituídos, mas em algumas províncias também é realizado o ECM combinado com MMG no mesmo dia (CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER, 2010).

Alguns pontos merecem destaque no programa de rastreamento deste país: possui programas organizados e autonomia na implantação destes nas dez províncias e nos dois territórios; disponibiliza relatórios de desempenho e documentos técnicos pela internet; apresenta algumas províncias que ainda realizam o ECM como parte do rastreamento; possui relatório de análise do sistema de saúde no European Observatory on Health Systems and Policies; participa da International Cancer Screening Network (ICSN) e publica diversos artigos sobre rastreamento nas principais revistas médicas (SILVA, 2012).

O rastreamento é direcionado a mulheres assintomáticas com idade entre 50-69 anos, exceto British Columbia, cuja faixa etária é 40-79 anos. Como estratégias para aumentar as taxas de rastreamento utilizam cartas de aviso individual e publicidade e para melhorar o acesso, usam também unidades de rastreamento móvel (STRUMPF; CHAI; KADIYALA, 2010).

O Canadá dispõe de uma organização não governamental, composta de diferentes especialistas, a Canadian Task Force, que avalia regularmente as recomendações de prevenção em saúde. A Força-Tarefa Canadense para os Cuidados Preventivos é financiada pela Agência de Saúde Pública do Canadá para desenvolver e disseminar evidências clínicas para a prática da atenção primária. O painel de especialistas em prevenção e atenção primária possui autonomia para suas atividades. Algumas recomendações para o rastreamento do câncer de mama no Canadá são mencionadas no Quadro 1.

Mamografia			ECM	AEM	RNM
40 - 49 anos	**50 - 74 anos**	**≥ 75 anos**	Não recomenda	Não recomenda	Não rastrear rotineiramente
Não rastrear rotineiramente	2 - 3 anos	Não recomenda			

Quadro 1- Recomendações da *Canadian Task Force* para o rastreamento do câncer de mama (2011)

Nota: ECM – Exame Clínico das Mamas; AEM – Autoexame das mamas; RNM – Ressonância Nuclear Magnética.
Fonte: Canadian Task Force on Preventive Health Care (2011).

Além dos programas de rastreamento organizado em todo o país, também se realiza o rastreamento oportunístico, embora o grupo denominado Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC) recomenda que o rastreamento do câncer seja implantado no contexto do "rastreamento organizado" (CANADIAN STRATEGY FOR CANCER CONTROL, 2006).

Nos EUA, a principal via pelo qual as mulheres fazem MMG é o rastreamento oportunístico (SMITH, 2011). Assim como em outros países, as diretrizes do rastreamento do câncer de mama são permeadas por divergências. A frequência e a idade adequada para iniciar o rastreamento mamográfico vêm sendo debatidas há décadas. A United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomenda MMG bienal, elevando a idade inicial das mulheres de 50 a 74 anos, baseada no fato de que tanto o rastreamento anual quanto o bienal reduzem a mortalidade, porém com o bienal os impactos negativos são reduzidos (O'DONOGHUE et al., 2014). Recomendações para o rastreamento do câncer podem ser observadas no Quadro 2.

MAMOGRAFIA			ECM	AEM	RNM	MMG-D
40 - 49 anos	50 - 74 anos	> 75 anos	A evidência é insuficiente para fazer recomendação	Não recomenda	A evidência é insuficiente para fazer recomendação	A evidência é insuficiente para fazer recomendação
Decisão individual após discutir com a mulher. Se optar por rastrear realizar a cada 2 anos	Intervalo de 2 anos	A evidência é insuficiente para fazer recomendação				

Quadro 2 - Recomendações da USPSTF para o rastreamento do câncer de mama (2009)

Nota: ECM – Exame Clínico das Mamas; AEM – Autoexame das mamas; RNM – Ressonância Nuclear Magnética; MMG-D- Mamografia digital.
Fonte: Nelson et al. (2009).

Cabe ressaltar que, outras organizações profissionais, tais como a American Cancer Society (ACS) e o National Cancer Institute (NCI), adotam outras diretrizes e recomendam o rastreamento anual para mulheres a partir de 40 anos.

No contexto europeu, a maioria dos programas de rastreamento do câncer de mama iniciou suas ações no final da década de 1980 e início de 1990. As exceções foram a Bélgica (Flandres, em 2001), República Checa (em 2002), Estónia (em 2002), Alemanha (projetos-piloto em Bremen, Weser- Emse Wiesbaden em 2001), Hungria (em 2002), Polónia (em 2007), República da Irlanda (em 2000) e Suíça (Fribourg, em 2004), que começaram mais recentemente. A União Europeia recomenda o rastreamento para mulheres na faixa etária de 50-69 anos, mas apesar deste consenso, existem variações em relação à faixa etária alvo das ações. Na Holanda, a faixa etária preconizada é 50-75 anos, na República Checa, 45-69 anos, na Alemanha, 50-70 anos, na Hungria, 45-65 anos, em Portugal, 45-69 anos, na República da Irlanda, 50-64 anos, Suíça 50-70 anos, Reino Unido 50-70 anos, na Espanha existem variações regionais (Astúrias 50-69 anos, Baleares 50-64 anos, Galícia 50-66 anos, Navarra 45-69 anos, País Vasco 50-64 anos, Valência 45-69 anos), assim como na Suécia (Sodermanland 40-74 anos, Estocolmo 40-69 anos, Vastmanland 40-69 anos). A MMG é o único teste utilizado em quase todos os programas, mas o ECM também é usado na Hungria. O intervalo de triagem é dois anos em todos os programas, exceto no Reino Unido (Inglaterra) onde o intervalo é de três anos (GIORDANO et al., 2012).

A Inglaterra é um dos países pioneiros no rastreamento organizado e disponibiliza documentos técnicos e relatórios *on-line*, é membro do ICSN e possui relatório de análise do sistema de saúde no European Observatory on Health Systems and Policies. Entretanto, difere do programa canadense ao possuir um programa centralizado para todo o país. Merece destaque as inúmeras reformulações no programa que ampliou o acesso da população aos serviços preventivos e curativos, a história de excelência da atenção primária e a tradicional avaliação de qualidade e desempenho dos serviços (SILVA, 2012).

Na Finlândia, o programa de rastreamento mamográfico foi implementado de forma gradual, com início em 1987 e término em 1991. Ele preconiza o intervalo de triagem de dois anos (SARKEALA; HEINÄVAARA; ANTTILA, 2008). Alguns países como a Suécia, por exemplo, adotam intervalos de acordo com a faixa etária. Mulheres com idade entre 40-54 anos são convidadas para a MMG a cada 18 meses e mulheres com 55 anos ou mais são convidadas a cada 24 meses (SMITH, 2011).

A Holanda implantou seu programa de rastreamento em todo o país em 1989 e a mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade entre 55-74 anos, em 2007,

mostrou-se 28,7% menor do que antes do início do programa de rastreamento. Além disso, a distribuição dos estágios de detecção também se mostrou favorável, sendo 67% dos tumores detectados *in situ* e 73% apresentando linfonodo axilar negativo (BROEDERS, 2009).

França, Suíça, Luxemburgo, Áustria, Hungria têm sistemas mistos, em que ambos os programas de rastreamento, organizado e oportunista, coexistem (SMITH, 2011). Importante mencionar que o sistema de rastreamento mamográfico espontâneo da Áustria deu lugar a um programa organizado a partir de 2006, otimizando o uso da rede de rastreamento estabelecida ao longo de 15 anos. O programa instituído se baseou nas recomendações da União Europeia com algumas exceções: as mulheres com idade entre 40-49 anos são parte da população-alvo; o teste é oferecido anualmente ao grupo etário 40-59; ultrassom da mama está disponível como uma ferramenta de diagnóstico adicional e a dupla leitura ainda não foi implementada. Teve uma fase-piloto (Junho de 2007 a maio de 2008) realizada em dois municípios centrais de Tyrol, que cobrem 40% da população, e, em junho de 2008, o sistema organizado foi completamente estendido a todos os municípios de Tyrol (OBERAIGNER et al., 2011).

Na Coréia, o National Cancer Screening Program (NCSP) recomenda MMG bienal para mulheres com mais de 40 anos de idade. No entanto, apenas 49,5% das mulheres agem de acordo com essas diretrizes (PARK et al., 2011).

Na Índia, não existem programas organizados de rastreamento para nenhum tipo de câncer, sendo o rastreamento oportunístico oferecido pelos centros regionais de câncer do país. Apresenta taxas de incidência menores do que as dos países desenvolvidos. A taxa de incidência de câncer de mama em idade padronizada para a Índia é de 19,1 por 100 mil mulheres-anos versus 63,2 por 100 mil mulheres por ano nos países mais desenvolvidos, ou seja, América do Norte, países da Europa, Japão, Nova Zelândia e Austrália. Outra singularidade reside na relação entre incidência e idade, uma vez que na Índia a incidência parece diminuir a partir dos 50 anos (OKONKWO et al., 2008). Cabe destacar ainda que, na Índia, não existe programa de rastreamento organizado para o câncer de mama devido à falta de mão de obra especializada, infra-estrutura, logística, garantia de qualidade, frequência de triagem assim como pelos custos envolvidos (MITTRA et al., 2010).

Na Turquia, o rastreamento mamográfico de base populacional foi introduzido em 2006. O padrão adotado pelo Departamento de Controle do Câncer do Ministério da Saúde do país é a realização de MMG bilateral em mulheres entre 50 e 69 anos a cada dois anos (DUNDAR; OZYURT; ERDURAK, 2012).

Na América Latina, de acordo com a revisão da literatura conduzida por González-Robledo et al. (2010), as estratégias de detecção precoce para o câncer de mama estão

incorporadas às normas, regulamentos, leis e programas e as ações destinadas ao controle do câncer de mama são contempladas em programas mais amplos de saúde, especialmente os destinados à saúde das mulheres. Exemplos disto podem ser vistos em países como Argentina, Brasil, Bolívia, Panamá, Peru, El Salvador e Colômbia. A Breast Health Global Initiative (BHGI) considera esta prática adequada para países com recursos limitados, uma vez que permite o uso de recursos e infraestrutura existentes, além de otimizar sua utilização. No entanto, pode haver competição por recursos financeiros dentro de um único programa, o que desfavorece sua adequada implementação e operacionalização.

Diferenças significativas entre o funcionamento dos programas, os protocolos clínicos e as diretrizes adotadas para a detecção precoce e diagnóstico oportuno do câncer de mama caracterizam as ações na América Latina. Cada uma das iniciativas desenvolvidas apresenta uma denominação particular, o escopo é variável, as metas são geralmente muito específicas, de acordo com as diretrizes e estratégias de política nacional em que estão inseridos. Nota-se diferença na faixa etária em que as ações são direcionadas (mulheres de 30 a 50 anos) assim como diferenças nos critérios para exames mamográficos, particularmente em relação à idade de início e frequência, como pode ser visto no Quadro 3.

País	Diretrizes	Indicação da MMG
Argentina	Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas.	-Mulheres acima de 40 anos anualmente. -Mulheres com antecedentes familiares a partir dos 35 anos ou 10 anos antes da idade do familiar acometido. <u>Anualmente</u> -Mulheres em terapia de reposição hormonal de qualquer idade.
Brasil	Controle do câncer de mama: Documento de Consenso Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama. Cadernos de Atenção Básica	-MMG para mulheres entre 50-69 anos, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames. -MMG anual para mulheres a partir dos 35 anos com alto risco para câncer de mama.
Chile	Guia Clínico	-MMG e ECM para mulheres com 40 anos ou mais, com um ou mais fatores de risco. -MMG e ECM para mulheres em terapia de reposição hormonal. -MMG e ECM para todas as mulheres sintomáticas de 30 anos ou mais. -MMG a todas as mulheres sintomáticas com menos de 30 com ECM suspeito de provável neoplasia maligna. -Mulheres de 50 anos com MMG suspeita.
	Protocolo AUGE	-Na Atenção Primária à Saúde, todo caso suspeito de provável patologia malignidade deve ser solicitado MMG. -Os casos suspeitos de ECM, MMG e USG devem ser encaminhados para a atenção secundária para confirmação diagnóstica.
Colômbia	Guía de práctica clínica: Recomendaciones para la detección temprana del cáncer de mama em Colombia	- Rastreamento oportunístico com MMG para mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos.
Costa Rica	Normas y procedimientos para el tratamiento del cáncer en Costa Rica (2009)	-Mulheres com risco médio: MMG anual a partir dos 40 anos. -Mulher com história familiar de câncer de mama ou ovário: MMG anual iniciando 10 anos antes da idade do familiar acometido, porém não antes dos 25 anos. -Linfoma de Hodgkin tratado com radiação: MMG anual iniciada 8 anos após o tratamento.
México	Guía Técnica PREVENIMSS Mujeres de 20 a 59 años	- MMG a cada dois anos em mulheres entre 50 e 69 anos.
El Salvador	*Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Mama 2006*	-Nível primário de atenção: identificar os grupos de risco e diante da suspeita de patologia mamária maligna referenciar para a atenção secundária. -Nível secundário: diagnóstico definitivo dos casos suspeitos (MMG, USG, patologia etc.) e encaminhamento dos casos diagnosticados de câncer para a Unidade de Patologia da Mama do nível terciário de atenção (serviço de cirurgia oncológica e ginecologia oncológica).
Uruguai	Manual de oncología para el primer nivel de atención	MMG nos seguintes casos: -Mulheres a partir dos 40 anos a cada um ou dois anos. -Mulheres com risco mais elevado do que o risco médico de câncer de mama devem conversar com o médico sobre os controles mamográficos, momento de início e frequência. -Mulheres de qualquer idade rastreamento clínico suspeito.

Quadro 3 - Protocolos e Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama na América Latina

Fonte: González-Robledo et al. (2010).

No Peru, os programas de rastreamento do câncer de mama têm sido implementados segundo as orientações da ACS, que preconiza MMG anual a partir dos 40 anos (SMITH et al., 2010).

Cabe mencionar ainda que, concomitante à implantação dos programas de rastreamento, surgem manuais ou "guidelines" para assegurar a qualidade dos mesmos. Além de formular condições mínimas e assegurar que elas sejam cumpridas, rotineiramente, são publicados relatórios sobre a situação dos programas. As publicações destas evidências servem de base para as definições das recomendações.

3.2 CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

Quando investigamos as políticas públicas voltadas ao controle do câncer, de um modo geral no contexto brasileiro, percebemos que, somente a partir da década de 1930 é que o câncer passa a ser abordado pelo Estado como um problema sanitário. A atuação de pesquisadores da área, tais como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo, foi decisiva para a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, cujo objetivo era orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país (BRASIL, 2006a; PARADA et al., 2008).

No ano de 1954, São Paulo sediou o VI Congresso Internacional de Câncer, organizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Entre os vários assuntos tratados neste evento destaca-se que o câncer passou a ser visto como um problema de saúde pública e, no intuito de diminuir a mortalidade por câncer, surge a ideia de controle da doença. Dessa forma, a prevenção, a educação, o diagnóstico e o tratamento surgem como elementos fundamentais para este fim (BRASIL, 2006a; PARADA et al., 2008).

No âmbito das ações de controle, é inaugurado em 1957 o Hospital-Instituto no Rio de Janeiro, atual INCA, que passou a ser a sede do SNC. Todo o empenho para a padronização das ações de controle do câncer culminou na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer em 1967 (PARADA et al., 2008).

A década de 1970 foi marcada pela estagnação das políticas voltadas ao controle de câncer e somente em 1980 foi retomado o objetivo de controlar a doença por meio da criação do Programa de Oncologia (Pro-Onco). Neste período, as ações de controle do câncer de mama passam a configurar-se como um programa nacional e em meados da década de 1980 é lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2006a; PARADA et al., 2008).

Em meio ao processo de estruturação do SUS, na década de 1990, o INCA assume o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país e uma de suas áreas específicas de atuação, a Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer (CONPREV), passou a produzir e divulgar informações sobre os cânceres mais incidentes na população brasileira, entre eles o câncer de mama (BRASIL, 2006a; PARADA et al., 2008). A formulação e a implementação das ações de detecção precoce do câncer de mama, em parceria com as coordenações estaduais do programa, são consolidadas por meio do Programa Nacional de Controle dos Cânceres de Mama e Colo do Útero - Programa Viva Mulher, inaugurado em 1998. Voltado para as ações de detecção precoce, este programa provisionou suporte técnico, financeiro e recursos materiais de maneira sistemática e ininterrupta para as unidades federadas do país.

Como resultado de um seminário conjunto entre o INCA e a Área Técnica da Saúde da Mulher, apoiados pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) ocorrido em 2003, o Ministério da Saúde (MS) elabora, em 2004, o Documento de Consenso (BRASIL, 2004a), com diretrizes técnicas nesta área que preconizam condutas diferentes para diferentes faixas etárias. Mulheres com idades entre 50 a 69 anos o rastreamento se dá por MMG, com o máximo de dois anos entre os exames. O rastreamento por meio do ECM deve ser oferecido anualmente para todas as mulheres a partir dos 40 anos. MMG e ECM anuais estão indicados a partir dos 35 anos de idade para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

Em 2005, as ações nacionais de controle do câncer assumem caráter legal por meio da Portaria 2439/GM (BRASIL, 2005a) que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). A PNAO inova a abordagem do câncer ao estabelecer que o controle do câncer engloba um conjunto de ações que vão desde a promoção até os cuidados paliativos e que deve ser implantado em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005c). Além disso, por meio desta Portaria, o MS orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica (RAO) nos estados, de modo a garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer, bem como enfrentar a ações fragmentadas. Cabe mencionar ainda que dentre os componentes da PNAO destacam-se: a vigilância em saúde; a ampliação da cobertura de acordo com os princípios de universalidade; integralidade e humanização; definição de parâmetros técnicos para avaliação, controle e regulação dos serviços; educação permanente dos profissionais; fortalecimento dos sistemas de informação; avaliação tecnológica e incentivo à pesquisa.

As ações destinadas ao controle do câncer de mama ganham mais notoriedade entre as prioridades nacionais em 2006, quando o câncer de mama e o câncer do colo do útero foram assumidos no conjunto de ações de controle propostas em defesa da vida no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). Neste sentido, o aumento da oferta de MMG no SUS foi um dos destaques do Programa Mais Saúde, criado em 2007. O Programa Mais Saúde é parte do Programa de Aceleração do Crescimento no setor saúde para o período de 2008 a 2011.

Apesar destas melhorias, cabe ressaltar a transversalidade das ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama que já estavam inclusas na agenda pública de saúde na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c), na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b), desde seu lançamento em 1984, e na Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999).

Além do aumento da oferta de MMG, outro avanço consistiu na ampliação da faixa etária que ocorreu em 2008, mediante a Lei 11.664/08. Por meio desta lei, o SUS assume a responsabilidade de garantir a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade (BRASIL, 2008).

Em abril de 2009, representantes do MS, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer se reuniram no Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, no Rio de Janeiro. O objetivo do encontro foi conhecer a experiência de programas de rastreamento bem-sucedidos de países da Europa, do Canadá e do Chile. O resumo executivo do Encontro apresentou recomendações para a implantação de programa organizado de rastreamento do câncer de mama no Brasil (BRASIL, 2008). Em junho do mesmo ano, foi lançado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) destinado a uniformizar a descrição dos achados radiológicos na MMG (categoria Breast Image Reporting and Data System -BI-RADS®).

Diante das novas evidências, em 2010, é publicado pelo INCA a 2ª edição dos "Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama", de modo a subsidiar a organização da programação de ações de detecção precoce do câncer de mama nos estados e municípios (SILVA, 2012).

As ações destinadas ao fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer são contínuas e, no contexto de Redes de Atenção à Saúde, o MS instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles, o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama. Para garantir esse compromisso, em 2011, o governo

federal lançou o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2011a), que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres.

Contando com investimentos técnicos e financeiros para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios, a agenda estratégica voltada à detecção precoce do câncer de mama englobou ações voltadas à ampliação do acesso à MMG de rastreamento para mulheres de 50-69 anos; controle da qualidade da MMG; garantia do acesso das mulheres com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento; qualificação de equipes da Atenção Primária à Saúde para a detecção precoce; acesso ao tratamento oportuno e de qualidade; informações para as mulheres sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama, bem como informação epidemiológica e melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer (BRASIL, 2016).

Ainda no que se refere à melhoria da qualidade dos exames mamográficos, cabe destacar as iniciativas do INCA neste sentido. Em 2006, ele desenvolveu um Programa de Qualidade em Mamografia (PQM), cuja finalidade foi assessorar os estados e municípios na implantação de ações de controle de qualidade das MMG. No final deste mesmo ano, propôs um Projeto Piloto de Qualidade em Mamografia a ser realizado em diferentes regiões do país e em parceria com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Instituto Avon. Este projeto foi executado entre 2007-2008 e o modelo de programa utilizado mostrou-se passível de ser aplicado nos serviços de MMG em todo o território nacional. Dessa forma, em março de 2012, foi publicada a Portaria nº 531 do Gabinete do Ministro (GM) que instituiu o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. (PNQM). Esta Portaria foi revisada e uma nova portaria foi publicada em novembro de 2013 como Portaria nº 2.898 do Gabinete do Ministro (GM) (BRASIL, 2013b).

Neste contexto de melhorias, não se pode deixar de mencionar a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica com a organização dos Centros de Alta Complexidade, nos últimos 10 anos (BRASIL, 2007b).

Em novembro de 2013, a faixa etária de rastreamento mamográfico sofreu novamente alterações quando foi editada pelo MS a Portaria nº 1.253 (BRASIL, 2013a) que contraria a Lei 11.664/08, ao restringir o repasse de verbas da União para os municípios às MMG exclusivamente para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. Sendo assim, mulheres com até 49 anos deixaram de ter acesso à estratégia de detecção precoce do câncer de mama. Tal decisão levantou grande discussão entre as entidades médicas do país dedicadas ao tema:

Conselho Federal de Medicina (CFM), CBR, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), que consideraram a portaria ilegal. Outro ponto ressaltado pelas entidades em relação à portaria é que ela estabelece que os municípios realizem a mamografia unilateral. Caso os municípios queiram, terão a opção de arcar sozinhos com o custeio de mamografias para mulheres com até 49 anos, podendo remunerar somente a mamografia unilateral, método que não é eficiente na prevenção do câncer de mama.

Em 2015, a partir da sistematização de evidências na literatura científica, foram elaboradas as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil (BRASIL, 2015a). Este documento atualiza e amplia as recomendações para a detecção precoce do câncer de mama no SUS, publicadas no Controle do câncer de mama: Documento de Consenso, em abril de 2004 (BRASIL, 2004a). Mantém-se a MMG de rastreamento dos 50 anos aos 69 anos, com as evidências acerca desse procedimento e inclui a falta de recomendação em relação ao ECM, conforme mostra o Quadro 4.

Recomendações	
Condição	**Recomendação**
< de 50 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente superam os possíveis benefícios).
De 50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 50 e 59 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
De 60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 60 e 69 anos (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
De 70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
75 anos ou mais	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendação contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a periodicidade do rastreamento com mamografia, nas faixas etárias recomendadas, seja bienal (recomendação favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores).
Ausência de recomendação de rastreamento com ECM: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto.	

Quadro 4 - Recomendações sobre o rastreamento com mamografia

Fonte: Adaptado de Brasil (2015a).

Embora este estudo seja pautado nas diretrizes do MS cabe mencionar as recomendações de outras entidades ligadas ao tema. A SBM e a FEBRASGO, patrocinadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e o CFM, preconizam que mulheres acima de 40

anos devem realizar mamografia anualmente, bienalmente entre 50 e 69 anos e no caso de mulheres acima de 70 anos de idade deve ser levado em conta a expectativa de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014). Sendo assim, devem realizar MMG anualmente mulheres acima de 70 anos com expectativa de vida maior do que sete anos, baseado nas comorbidades, bem como as que apresentem condições de investigação diagnóstica invasiva e tratamento após um resultado anormal do rastreamento (URBAN et al., 2012).

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo integra o projeto "Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na atenção básica", desenvolvido por docentes da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). O projeto envolve estudos realizados concomitantemente na Coordenadoria Sudeste do Município de São Paulo, no Município de Diadema, SP, no município de Ribeirão Preto, SP e no município de São Luís, MA. Em cada local, a pesquisa considerou como sujeitos gestores, enfermeiros e usuárias da rede básica de atenção à saúde.

Este estudo refere-se aos dados das usuárias que utilizam as Unidades de Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Mediante os objetivos e finalidades deste estudo, do ponto de vista da abordagem, optou-se por realizar uma pesquisa quantitativa exploratória, com base em corte transversal. O estudo transversal examina as características, atitudes, comportamentos e as intenções de um grupo de pessoas, uma vez que as pessoas respondem a perguntas por meio de entrevistas ou de questionário autoaplicável (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em Unidades de Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP. O município de Ribeirão Preto, SP, localiza-se no Nordeste do estado, situado a 21º 10' 42" de latitude Sul e 47º 48' 24" de longitude Oeste. Dista 313 km da capital e 706 km de Brasília. Sua área territorial compreende 650 km^2, sendo que 157,50 km^2 estão em perímetro urbano, 172,18 km^2 constituem área de expansão urbana e 320,32 km^2 constituem zona rural. Possui como limites os seguintes municípios: Guatapará ao Sul; Cravinhos a Sudeste; Jardinópolis ao Norte; Serrana a Leste, Dumont a Oeste; Sertãozinho a Noroeste e Brodoswki ao Nordeste (Figura 1). Tem como principal via de acesso a Via Anhanguera (SP330), que liga o município à capital, à Campinas e ao Triangulo Mineiro (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Figura 1 - Mapa do Município de Ribeirão Preto, SP, segundo região administrativa

Quanto ao relevo, há o predomínio de áreas onduladas, com colinas amplas e baixas e topos tabulares. Altitude média de 544,8 metros. O clima é tropical com temperatura média anual de 23,2 °C. Os invernos são secos (poucas chuvas) e amenos, sendo junho o mês mais frio. Já os verões são chuvosos e com temperaturas moderadamente altas. Janeiro e fevereiro constituem os meses mais quentes (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Possui uma densidade demográfica de 928,46 hab/km^2, correspondendo ao oitavo município mais populoso do Estado, precedido por São Paulo, Guarulhos, Campinas, São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco e São José dos Campos. A população estimada para o ano de 2013 foi de 649.556 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). A população do município está distribuída nas seguintes faixas etárias: 19,37% de 0 a 14 anos, 43,12% de 15 a 39 anos, 24,82% de 40 a 59 anos e 12,57% com 60 anos ou mais. O sexo feminino predomina, representado por 51,95% da população total (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Em relação ao aspecto sócio econômico, merece destaque o crescimento de 143,8 %, do Produto Interno Bruto (PIB) e Renda PIB per capita, no período de 2000 a 2010, passando de R$ 11.552,93 para R$ 28.162,89. Assim como a redução da Taxa de Analfabetismo na

população de 15 anos ou mais, passando de 4,1% em 2000 para 3,0% em 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2014). Possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,8 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

No que tange a assistência à saúde, o município de Ribeirão Preto, SP, encontra-se sob o regime de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde maio de 1998, através da Portaria nº 2.553/1998. Dessa forma o município pode traçar estratégias próprias para o fortalecimento do SUS e da Atenção Básica através do Plano Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Alguns indicadores positivos merecem destaque nos últimos anos, tais como: a redução do coeficiente de mortalidade infantil, a redução do número de óbitos maternos, a redução de internações por causas sensíveis à atenção básica, aumento da cobertura vacinal, aumento na proporção de cura dos casos novos de hanseníase e tuberculose, dentre outros de nível secundário e terciário. Ressalta-se que tais indicadores foram responsáveis pela terceira colocação do município em relação ao País e a primeira colocação em relação ao Estado, de acordo com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, a Rede de Atenção à Saúde – SUS do município está organizada geográfica e operacionalmente em cinco Distritos de Saúde. Os cinco Distritos de Saúde correspondem aos Distritos de Vigilância em Saúde e, a partir do censo IBGE de 2010, as áreas de abrangência das Unidades de Saúde do município foram redimensionadas e passaram a ter como base os setores censitários.

Os Distritos agrupam uma unidade funcionando 24 horas para Pronto Atendimento (PA), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros equipamentos sociais. Eles correspondem a regiões com áreas e populações definidas sendo: Norte (Distrito do Simioni); Sul (Distrito da Vila Virgínia); Leste (Distrito do Castelo Branco); Oeste (Distrito do Sumarezinho) e Central (Distrito Central) (Figura 2).

Figura 2 - Mapa do Município de Ribeirão Preto, SP, segundo Distritos de Saúde

A Atenção Básica de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP, caracterizada pela oferta de consultas médicas (clínica, pediatria e Ginecologia e Obstetrícia - GO), atendimento de enfermagem, odontologia, imunização e assistência farmacêutica é composta por 47 unidades, sendo cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), dois Centros de Saúde Escola (CSE), um Centro Médico Social Comunitário (CMSC), 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), oito Unidades de Saúde da Família (USF) e cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF), assim distribuídas:

Distritos de Saúde	Unidades de Saúde
Norte **(Distrito do Simioni)**	- UBDS Dr. Sérgio Arouca - Quintino Facci II - Distrital Norte - UBS "Dr. Rômulo Ribeiro da Costa" CSE Barão de Mauá – Jardim Aeroporto - UBS "Albert Sabin" – Marincek - UBS Zeferino Vaz - Quintino Facci I - UBS "Herbert de Souza – Betinho" Complexo Ribeirão Verde - UBS Alexander Fleming - Simioni - UBS "Oswaldo Cruz " - Vila Mariana - UBS "Mário R. de Araújo" - Valentina Figueiredo - USF Dr José Augusto Laus Filho – Avelino Alves Palma - USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto - USF Dr Álvaro Crosta – Geraldo Correia de Carvalho - USF "Doutor Luiz Gonzaga Olivério"- Jardim Heitor Rigon.
Sul **(Distrito da Vila Virgínia)**	- UBDS "Dr Marco Antônio Sahão" – Vila Virgínia - UBS "Dr. Luiz Philipe Tinoco Cabral" - Adão do Carmo Leonel - UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças - UBS "Waldemar Barnsley Pessoa" - Parque Ribeirão Preto
Leste **(Distrito do Castelo Branco)**	- UBDS "Dr Ítalo Baruffi" – Castelo Branco Novo - UBS "Mamoru Kobayashi" - Bonfim Paulista - UBS "Rubens Issa Halak" - Jardim Juliana - UBS "Hélio Lourenço de Oliveira" - Santa Cruz - UBS "José Ribeiro Ferreira" - São José - UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches - USF "José Paulo Pimenta de Mello" - Jardim Zara
Oeste **(Distrito do Sumarezinho)**	- CSE "Joel Domingos Machado" – UBDS Sumarezinho - CMSC - Vila Lobato - UBS Dr Edgard Ache - CSE Ipiranga - UBS "Aymar Baptista Prado" - Dom Mielle - UBS Dr. João Paulo Bin – Ipiranga - UBS Dr Álvaro de Oliveira Paiva – Jardim Paiva - UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" Jardim Presidente Dutra - UBS "Rubens Lisandro Nicoletti Filho" - José Sampaio - UBS "Adalberto Teixeira Andrade" - Vila Recreio - USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco - Jardim Eugênio Mendes Lopes - USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes - USF Prof. Dr Breno J. Guanais Simões – Núcleo 1 - USF Enfª Maria Teresa Romão Pratali – Núcleo 2 - USF Profª Drª Célia de Almeida Ferreira – Núcleo 3 - USF Marina Moreira de Oliveira – Núcleo 4 - USF Profª Drª Vera Heloísa Pileggi Vinha – Núcleo 5 - USF Drª Heloísa Maia La Rocca - Portal do Alto - UBS "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina
Central **(Distrito Central)**	- UBDS "Dr João Baptista Quartin" – Central - UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte – CSE Vila Tibério - UBS Nelson Barrionovo - Campos Elíseos - UBS Prof. Jacob Renato Woiski" - João Rossi - UBS Drª Teresinha Garcia José Gradim - PAM II (Posto de Atendimento Médico) - UBS - Wilma Delphina de O. Garotti - Vila Tibério

Quadro 5 - Relação das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, SP, por Distrito de Saúde

Fonte: Ribeirão Preto (2015a).

A cobertura populacional atual (maio/2013) para as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é da ordem de 13,9% e a cobertura populacional total com Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é de 30,9% (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Cabe mencionar ainda que a prefeitura disponibiliza protocolos que visam normatizar as ações de saúde. No caso específico das ações destinadas ao controle do câncer de mama, a solicitação de exames de MMG e de USG da mama na Rede Básica de Atendimento em Saúde de Ribeirão Preto, SP, têm como base as orientações das Sociedades em Ginecologia, Obstetrícia, Radiologia e Protocolos do MS e INCA. Tais protocolos objetivam adequar oferta e demanda e orienta o seguinte:

- Realização de auto palpação das mamas sempre que a mulher se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica. A mulher deve valorizar a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. A auto palpação tem se mostrado mais efetiva do que o autoexame das mamas.
- Realização do ECM anualmente para todas as mulheres. Este procedimento é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária, constituindo-se a base para a solicitação dos exames complementares. Deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.
- Realização da MMG de rastreamento, a cada dois anos, para todas as mulheres entre 40 a 69 anos sem fatores de risco e sem alteração ao exame clínico de mama e anualmente a partir dos 35 anos de idade para mulheres com risco elevado para câncer de mama. De acordo com o resultado da MMG, preconizam-se condutas e acompanhamentos específicos, a saber: BIRADS I e BIRADS II: rotina de rastreamento; BIRADS IV e BIRADS VI: encaminhar para mastologia (guia de referência – complexo regulador); BIRADS 0 e BIRADS III: ultrassonografia complementar ou magnificação. Nesses casos o médico deverá escolher o melhor método de acompanhamento (ultrassonografia ou MMG), que deverá ser feito a cada seis meses por um período de dois anos. Não ocorrendo modificação significativa da alteração nesse período, passar para rotina de rastreamento.

Quadro 6 - Orientações sobre as ações destinadas ao controle do câncer de mama em Ribeirão Preto, SP

Fonte: Ribeirão Preto (2015b).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo compreendeu o total de mulheres nas faixas etárias de interesse (35-69 anos) que faziam atendimento nas Unidades de Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP.

O fluxo de mulheres foi obtido junto ao banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP (SMS-RP). Os dados foram solicitados pelo estatístico responsável pelo cálculo amostral e foram os seguintes: População total; População feminina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a); População que

utilizava o serviço de atenção primária do SUS; População feminina 35 -|40 anos (n e %); População feminina 40 -|50 anos (n e %); População feminina 50 -|69 anos (n e %); Tamanho do universo a ser amostrado: compreendeu o total de mulheres com as faixas etárias de interesse do município que faziam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde; Número de Unidades Básicas de Saúde existentes na unidade geográfica.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram selecionadas mulheres com idade acima de 35 anos até 69 anos, usuárias do serviço por tempo superior a três anos. Para cada mulher selecionada, foi solicitada anuência para participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento construído segundo as ações determinadas à atenção primária no que se refere ao controle do câncer de mama. O instrumento foi construído e validado por peritos e pré-testado por Marques, Figueiredo e Gutiérrez (2015). O instrumento original é composto por 83 questões, aplicadas em entrevista, que visam conhecer as características socioeconômicas, fatores de risco familiar para câncer de mama e acesso às ações no controle desta doença com ênfase nas ações de rastreamento propostas pelo MS. Para atender aos objetivos do presente estudo e adequar-se ao formato eletrônico, o instrumento passou por algumas reformulações totalizando 57 questões de múltipla escolha e uma questão aberta sobre dúvidas, sugestões e comentários (ANEXO B).

Tais modificações foram discutidas e acordadas pelo grupo de pesquisadores responsáveis pela pesquisa sem modificar o instrumento validado.

4.6 ASPECTO ÉTICO

Para a realização do estudo, foi solicitada autorização da SMS-RP (APÊNDICE A) e posteriormente o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) de acordo com o protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393 (APÊNDICE B). Na realização da

pesquisa, foram seguidos rigorosamente todos os aspectos éticos destacando-se a beneficência e a não maleficência.

4.7 AMOSTRAGEM

Dado que o município possui características estratificadoras diferenciadas no que diz respeito às unidades de saúde que compõem a Atenção Básica de Saúde, o desenho amostral considerado mais adequado foi a amostragem probabilística complexa (SZWARCWALD; DAMACENA, 2008) realizada em dois estágios:

-Amostra Aleatória Simples (AAS): utilizada para a seleção das UBS. Cada UBS equivale a um conglomerado de tamanho desigual, chamado de *cluster* ou Unidade Primária de Análise (UPA). A amostragem por conglomerado é usada quando a população pode ser dividida em subpopulações (conglomerados) heterogêneos representativos da população global (BARBETTA, 2007).

-Amostra Sistemática (AS): utilizada para a seleção das usuárias a serem entrevistadas em cada UBS selecionada para o estudo. As usuárias foram dimensionadas de acordo com o fluxo de mulheres que entram nas UBS para a utilização dos serviços. Trata-se de uma amostragem estratificada. A amostragem estratificada é usada quando a população se divide em subpopulações (estratos) razoavelmente homogêneos. A amostragem estratificada consiste em se especificar quantos itens da amostra serão retirados de cada estrato. A seleção em cada estrato deve ser aleatória (BARBETTA, 2007).

No presente estudo foram utilizados três níveis de estratificação: Unidades de Saúde (segundo modelo: Tradicional, Unidade de Saúde da Família e Mista), Usuárias (segundo faixa etária: 35-39 anos; 40-49 anos e 50-69 anos) e Regiões de Saúde de Ribeirão Preto (Distrito Norte - DN, Distrito Sul - DS, Distrito Leste - DL, Distrito Oeste - DO e Distrito Central - DC).

Estabelecendo-se uma margem de erro de 0,05, com uma probabilidade de 95% de confiança e utilizando-se a alternativa conservadora para a estimação da variabilidade, o tamanho da amostra foi **770 mulheres**. Foram selecionadas **30 UBS** com média de aproximadamente 26 entrevistas em cada uma delas. O número de mulheres por faixa etária em cada UBS selecionada está descrito no Quadro 7:

Unidade de Saúde		DS	Faixa etária			Total
			35-39	40-49	50-69	
1	UBS "Albert Sabin" - Marincek	DN	4	7	12	23
2	UBS Zeferino Vaz - Quintino Facci I	DN	5	8	11	24
3	UBS "Herbert de Souza – Betinho" - Complexo Ribeirão Verde	DN	9	14	16	39
4	UBS Alexander Fleming - Simioni	DN	6	10	23	39
5	UBS "Mário R. de Araújo Valentina – Figueiredo	DN	1	2	5	8
6	USF Dr José Augusto Laus Filho - Avelino Alves Palma	DN	2	3	10	15
7	USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto	DN	2	3	7	12
8	UBDS " Dr Marco Antônio Sahão" - Vila Virgínia	DS	10	20	34	64
9	UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças	DS	4	7	8	19
10	UBS "Waldemar Barnsley Pessoa" - Parque Ribeirão Preto	DS	11	20	21	52
11	UBDS " Dr Ítalo Baruffi" - Castelo Branco Novo	DL	7	16	29	52
12	UBS "Rubens Issa Halak" - Jardim Juliana	DL	6	9	12	27
13	UBS "José Ribeiro Ferreira" - São José	DL	3	6	12	21
14	UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches	DL	6	13	15	34
15	USF "José Paulo Pimenta de Mello" - Jardim Zara	DL	4	7	12	23
16	UBS Dr Edgard Ache CSE - Ipiranga	DO	3	4	5	12
17	UBS "Aymar Baptista Prado" - Dom Mielle	DO	4	8	12	24
18	UBS Dr. João Paulo Bin - Ipiranga	DO	3	9	19	31
19	USF Dr Álvaro de Oliveira Paiva - Jardim Paiva	DO	3	7	8	18
20	UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" - Jardim Presidente Dutra	DO	6	12	17	35
21	UBS "Rubens Lisandro Nicoletti Filho" - José Sampaio	DO	4	11	18	33
22	UBS "Adalberto Teixeira Andrade" - Vila Recreio	DO	5	12	23	40
23	USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco - Jardim Eugênio Mendes Lopes	DO	2	4	3	9
24	USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes	DO	4	9	11	24
25	USF Profª Drª Vera Heloísa Pileggi Vinha - Núcleo 5	DO	1	2	4	7
26	USF Drª Heloísa Maia La Rocca - Portal do Alto	DO	1	2	2	5
27	USF "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina	DO	6	11	19	36
28	UBDS "Dr João Baptista Quartin" - Central	DC	2	5	9	16
29	UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte CSE - Vila Tibério	DC	2	3	0	5
30	UBS Prof. Jacob Renato Woiski " - João Rossi	DC	4	8	11	23
Total			130	252	388	**770**

Quadro 7 - Número de mulheres por faixa etária em cada Unidade Básica de Saúde selecionada

Fonte: Banco de dados do Projeto.

Definido o número de mulheres a serem entrevistadas e identificadas quantas Unidades de Atenção Básica de Saúde seriam contempladas na amostra, optou-se pela realização de uma partilha proporcional ao estrato de região do serviço (DN, DS, DL, DO e DC) para garantir a ocorrência dos cinco Distritos de Saúde dentre aqueles sorteados.

4.8 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

Após a autorização da SMS-RP e aprovação do CEP - EERP/USP foi determinado o intervalo de coleta de dados (aproximadamente sete meses, com início em dezembro de 2013) nas Unidades de Atenção Básica de Saúde sorteadas.

A sistemática da coleta foi definida com base no fluxo de observação de três UBS (de grande, médio e pequeno porte), pelo qual se calculou o número de períodos necessários para

a execução da pesquisa em uma unidade (NP), a quantidade de mulheres por período de coleta (P1, P2, P3...) (que poderia ser manhã e tarde) e o tamanho do pulo até a abordagem da próxima mulher (PL), conforme descrito no Quadro 8 abaixo:

Unidade de Saúde	**DS**	**N**	**NP**	**P1**	**PL1**	**P2**	**PL2**	**P3**	**PL3**	**P4**	**PL4**	**P5**	**PL5**	**P6**	**PL6**	**P7**	**PL7**
UBS "Albert Sabin" – Marincek	DN	23	4	5	8	6	7	6	7	6	7	†	†				
UBS Zeferino Vaz - Quintino Facci I	DN	24	4	6	7	6	7	6	7	6	7	†	†				
UBS “Herbert de Souza – Betinho” Complexo Ribeirão Verde	DN	39	7	5	10	5	10	5	10	6	9	6	9	6	9	6	9
UBS Alexander Fleming - Simioni	DN	39	7	5	10	5	10	5	10	6	9	6	9	6	9	6	9
UBS "Mário R. de Araújo" - Valentina Figueiredo	DN	8	3	3	3	3	3	2	5	†	†						
USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto	DN	12	3	4	2	4	2	4	2	†	†						
USF Dr José Augusto Laus Filho – Avelino Alves Palma	DN	15	3	5	2	5	2	5	2	†	†						
UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças	DS	19	4	4	10	5	8	5	8	5	8						
UBS "Waldemar Barnsley Pessoa" - Parque Ribeirão Preto	DS	52	7	7	7	7	7	8	7	7	7	8	7	8	7	7	8

Quadro 8 - Sistemática da coleta segundo número de períodos de coleta e tamanho do pulo até a próxima mulher ser abordada em cada Unidade Básica de Saúde selecionada

(continua)

Unidade de Saúde	DS	N	NP	P1	PL1	P2	PL2	P3	PL3	P4	PL4	P5	PL5	P6	PL6	P7	PL7
UBDS " Dr Marco Antônio Sahão" – Vila Virgínia	DS	64	7	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9	6	10	5
UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches	DL	34	4	8	5	8	5	9	4	9	†	†					
UBDS " Dr Ítalo Baruffi" – Castelo Branco Novo	DL	52	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	7	8	7	8	7
UBS "Rubens Issa Halak" - Jardim Juliana	DL	27	4	7	6	7	6	7	6	6	7	†	†				
UBS "José Ribeiro Ferreira" - São José	DL	21	4	5	8	5	8	5	8	6	7	†	†				
USF "José Paulo Pimenta de Mello" - Jardim Zara	DL	23	4	5	8	6	7	6	7	6	7	†	†				
USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes	DO	24	4	6	7	6	7	6	7	6	7						
UBS Dr. João Paulo Bin – Ipiranga	DO	31	4	7	6	8	5	8	5	8	5						
UBS Dr Edgard Ache - CSE Ipiranga	DO	12	3	4	2	4	2	4	2	†	†						
UBS "Aymar Baptista Prado" - Dom Mielle	DO	24	4	6	7	6	7	6	7	6	7	†	†				
UBS "Rubens Lisandro Nicoletti Filho" - José Sampaio	DO	33	4	8	5	8	5	8	5	9	4	†	†				
UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" Jardim Presidente Dutra	DO	35	4	8	5	9	4	9	4	9	4	†	†				
USF Dr Álvaro de Oliveira Paiva – Jardim Paiva	DO	18	4	4	10	4	10	5	8	5	8	†	†				
USF "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina	DO	36	4	9	4	9	4	9	4	9	4	†	†				
UBS "Adalberto Teixeira Andrade" - Vila Recreio	DO	40	7	5	10	5	10	6	9	6	9	6	9	6	9	6	9

Quadro 8 - Sistemática da coleta segundo número de períodos de coleta e tamanho do pulo até a próxima mulher ser abordada em cada Unidade Básica de Saúde selecionada

(continuação)

Unidade de Saúde	DS	N	NP	P1	PL1	P2	PL2	P3	PL3	P4	PL4	P5	PL5	P6	PL6	P7	PL7
USF Profª Drª Vera Heloísa Pileggi Vinha – Núcleo 5	DO	7	3	2	5	2	5	3	3	†	†						
USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco - Jardim Eugênio Mendes Lopes	DO	9	3	3	3	3	3	3	3	†	†						
USF Drª Heloísa Maia La Rocca – Portal do Alto	DO	5	3	2	5	2	5	1	9	†	†						
UBDS "Dr João Baptista Quartin" – Central	DC	16	4	4	10	4	10	4	10	4	10	†	†				
UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte – CSE Vila Tibério	DC	5	3	2	5	2	5	1	9	†	†						
UBS Prof. Jacob Renato Woiski " - João Rossi	DC	23	4	5	8	6	7	6	7	6	†	†					

Quadro 8 - Sistemática da coleta segundo número de períodos de coleta e tamanho do pulo até a próxima mulher ser abordada em cada Unidade Básica de Saúde selecionada

(conclusão)

Nota: NP – Número de períodos; $P1_{...Pn}$ – Período 1; $PL1_{...PLn}$ – Tamanho do pulo até a próxima mulher a ser abordada; † Período de reposição.
Fonte: Banco de dados do Projeto

Para facilitar a compreensão da sistemática da coleta de dados, será tomada como exemplo a unidade CASA GRANDE:

Unidade de Saúde	DS	N	NP	P1	PL1	P2	PL2	P3	PL3	P4	PL4
USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes	DO	24	4	6	7	6	7	6	7	6	7

O total de usuárias selecionadas para as entrevistas na unidade CASA GRANDE foi 24 mulheres (N). Estas entrevistas deveriam ser realizadas em quatro períodos (manhã ou tarde) (NP). Considerando o período 1 (P1), que definiu entrevistar seis mulheres com um pulo de sete mulheres entre cada entrevista, a partir da primeira usuária elegível para a pesquisa, as próximas sete mulheres que entrassem na UBS e fossem elegíveis seriam descartadas e a próxima elegível seria acessada e entrevistada e assim por diante. Nesta unidade, o número de mulheres por período de coleta e o tamanho do pulo foi o mesmo nos quatro períodos de coleta.

O controle do fluxo de entrada das usuárias nas UBS ficou sob a responsabilidade da pesquisadora que abordava as mulheres logo na entrada e após verificar a adequação aos critérios de inclusão e à sistemática da coleta encaminhava a mesma para a realização da entrevista ou não. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de oito entrevistadores que se revezaram entre os campos de acordo com uma escala.

Quando a mulher se recusava a participar, abandonava a entrevista ou não atendia aos critérios de inclusão, a sistemática era mantida. Da mesma forma, quando não era possível entrevistar a quantidade de mulheres necessárias em uma unidade nos períodos estabelecidos, o período de reposição (†) foi utilizado para completar a amostra. Outra questão relacionada à sistemática consistiu no fato de que quando uma faixa etária era completamente finalizada, as próximas mulheres desta faixa não eram mais contabilizadas para os pulos da amostra sistemática, devendo-se agir perante a esta como indivíduo sem critério de inclusão.

Para facilitar a operacionalização da coleta, foi elaborado pela pesquisadora um instrumento para cada UBS selecionada agregando informações relacionadas aos pulos e quantidade de mulheres por período, bem como o número de mulheres por faixa etária em cada unidade (ANEXO C).

O controle das entrevistas realizadas se dava pelo preenchimento deste formulário, além das informações registradas num diário de campo.

4.9 COLETA DE DADOS

Como mencionado anteriormente, este estudo consiste em uma parte de um projeto maior. Desse modo, antes do início da coleta de dados, foi realizado um treinamento por meio de preleção dialogada, apostila guia e estudo de caso, promovido pela coordenação do projeto, a fim de garantir uniformidade na coleta dos dados nos diferentes campos em que a pesquisa se desenvolveu.

No presente estudo, a coleta de dados foi desenvolvida nas Unidades de Atenção Básica mencionadas no Quadro 7, por meio de entrevistas com as usuárias selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e sistemática estabelecida. Pretendia-se utilizar formulários informatizados, que permitissem a entrada dos dados da entrevista diretamente no banco de dados por meio do recurso de acesso à internet através de *smartphones*. Entretanto, devido às dificuldades encontradas em estabelecer conexão com a internet, além de risco de furtos ou roubos em algumas áreas de coleta, a maioria dos dados foi coletada utilizando-se formulários impressos.

Muitos foram os desafios encontrados durante o período da coleta de dados. A entrada no campo ocorreu em dezembro de 2013, mas teve que ser interrompida por conta do período de festividades de fim de ano e férias de janeiro. Em fevereiro de 2014, foi retomada a coleta, mas uma greve realizada pelos funcionários das unidades de saúde solicitando redução da carga horária para 30 horas semanais ocasionou novos atrasos. A redução das atividades durante estas manifestações comprometeu o fluxo de usuárias e consequentemente atrasou o alcance das metas. Dessa forma, a conclusão das entrevistas se deu somente em julho de 2014.

Ao término da coleta os dados foram inseridos no sistema informatizado. Posteriormente foram exportados do sistema pelo estatístico e a planilha de Excel gerada foi submetida a uma análise criteriosa a fim de conferir o total de entrevistas e corrigir possíveis erros durante a inserção dos dados no sistema. Foram selecionados 10% do total de entrevistas e realizado dupla digitação para garantir a consistência dos dados.

Somente ao término da coleta dos dados percebeu-se que houve um erro na seleção da amostra. A idade das usuárias não foi considerada no contexto retrospectivo da pesquisa (entre 2009 e 2012) e sim no momento da pesquisa (2013 e 2014). Pensou-se inicialmente em considerar as mulheres que em 2009 estavam com 34 anos e, que completariam 35 em 2010, mas este ou qualquer outro arranjo trataria mulheres de dois universos distintos. Sendo assim, a solução para corrigir este erro amostral, antes de iniciar a análise dos dados, foi realizar uma realocação das faixas etárias e calcular as perdas em relação a cada extrato etário proposto inicialmente.

Ressalta-se que as perdas em cada extrato etário não impactaram a inferência dos dados. Porém, como consequência destes ajustes houve desestruturação do processo de amostragem complexa utilizada no planejamento e desestruturação do estrato amostral etário. Dessa forma, a amostra passou a ser considerada como amostra de conveniência.

Para a análise dos dados, considerou-se uma amostra (n) final de 631 mulheres. Foram entrevistadas usuárias de 35-69 anos de idade em 30 Unidades de Atenção Básica de Saúde localizadas nos cinco Distritos de Saúde que compõem a região de Ribeirão Preto conforme a Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo unidades básicas de saúde e Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014 (continua)

Distrito de Saúde/UBS		Usuárias		Intervalo de Confiança 95%	
		N	%	Inferior	Superior
Central	UBDS Dr João Baptista Quartin - Central	14	40,00	23,1	58,3
	UBS Prof. Jacob Renato Woiski - João Rossi	18	51,43	34,3	67,9
	UBS Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte - CSE Vila Tibério	3	8,57	0,0	19,4
	Total	**35**	**5,5**	**4,0**	**7,4**
Leste	UBDS Dr. Ítalo Baruffi - Castelo Branco Novo	45	34,4	26,7	42,1
	UBS Rubens Issa Halak - Jardim Juliana	21	16,0	10,2	22,8
	USF José Paulo Pimenta de Mello - Jardim Zara	19	14,5	8,4	20,3
	UBS José Ribeiro Ferreira - São José	18	13,7	7,8	20,2
	UBS Carlos Chagas - Vila Abranches	28	21,4	14,8	28,6
	Total	**131**	**20,8**	**17,6**	**24,2**
Norte	USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto	9	6,3	2,7	10,8
	UBS Albert Sabin - Marincek	18	12,6	7,6	17,7
	UBS Zeferino Vaz - Quintino Facci I	19	13,3	8,1	18,7
	UBS Herbert de Souza - Betinho - Complexo Ribeirão Verde	27	18,9	12,8	25,7
	UBS Alexander Fleming - Simioni	33	23,1	16,2	30,2
	USF Dr José Augusto Laus Filho - Avelino Alves Palma	12	8,4	4,1	13,2
	UBS Mário R. de Araújo - Valentina Figueiredo	7	4,9	1,4	8,4
	Total	**125**	**19,8**	**16,8**	**22,9**
Oeste	USF Ernesto Che Guevara - Jardim Maria Casagrande Lopes	20	9,4	5,6	13,7
	UBS Dr Edgard Ache - CSE Ipiranga	9	4,2	1,8	7,3
	UBS Aymar Baptista Prado - Dom Mielle	20	9,4	5,6	13,3
	UBS Dr. João Paulo Bin - Ipiranga	27	12,7	8,1	17,2
	UBS Rubens Lisandro Nicoletti Filho - José Sampaio	29	13,7	9,1	18,3
	USF Profª Drª Vera Heloísa Pileggi Vinha - Núcleo 5	6	2,8	0,9	5,3
	UBS Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes - Jardim Presidente Dutra	29	13,7	9,0	18,4
	USF Prof. Dr. Domingos A. Lomônaco - Jardim Eugênio Mendes Lopes	7	3,3	1,0	6,0
	USF Dr. Álvaro Panazzolo - Vila Albertina	30	14,2	9.6	19.3
	UBS Adalberto Teixeira Andrade - Vila Recreio	35	16,5	11,8	21,8

Tabela 1 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo unidades básicas de saúde e Distritos de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014 (conclusão)

Distrito de Saúde/UBS		Usuárias		Intervalo de Confiança 95%	
		N	%	Inferior	Superior
Oeste	USF Dr Álvaro de Oliveira Paiva - Jardim Paiva	14	9,8	5,4	15,4
	USF do Jardim Jamil Cury / Drª Heloísa Maia La Rocca - Portal do Alto	4	2,8	0,7	5,6
	Total	**230**	**36,5**	**32,7**	**40,2**
Sul	UBS Dr. José Carlos Say - Jardim Maria das Graças	15	13,6	7,5	19,8
	UBS Waldemar Barnsley Pessoa - Parque Ribeirão Preto	41	37,3	28,5	46,9
	UBDS Dr Marco Antônio Sahão - Vila Virgínia	54	49,1	39,3	58,6
	Total	**110**	**17,4**	**14,4**	**20,5**
TOTAL		631	100		

4.10 VARIÁVEIS CONSIDERADAS NO ESTUDO

4.10.1 Variáveis dependentes

Considerou-se como variável dependente a realização e a periodicidade dos exames de MMG, USG e ECM.

4.10.2 Variáveis independentes

4.10.2.1 Variáveis socioeconômicas

- Idade: em anos completos, determinada pela relação entre a data de nascimento e a data da entrevista, conforme referida pela entrevistada. Foram agrupadas nas faixas etárias 35 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 69anos.

- Cor ou raça autodeclarada: categorizado como amarela, branca, indígena, negra e parda. Foram agrupadas em branca e não branca.

- Estado civil: categorizado como casada, divorciada, separada, solteira e viúva.

- Nível de escolaridade: Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto; Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto; Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto; Médio Completo/ Superior Incompleto e Superior Completo.

- **Atividade econômica remunerada:** se a entrevistada trabalhava e qual função exercia.

- **Classe Social:** avaliada segundo o Critério de Classificação Econômica da Associação de Empresas de Pesquisa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2014), que considera a posse de itens na residência (Televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, *freezer*) conforme descrito no Quadro 9 e o grau de instrução do chefe de família (Quadro 10). Foi categorizada em A, B, C, D e E (Quadro 11).

Descrição do item	**Quantidade de itens**				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e /ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer **(aparelho independente ou parte da geladeira duplex)**	0	2	2	2	2

Quadro 9 - Sistema de pontos segundo posse de itens

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014). Critério de Classificação Econômica 2014.

Nomenclatura Antiga	**Nomenclatura Atual**	
Analfabeto/Primário Incompleto	Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto	0
Primário Completo/Ginasial Incompleto	Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial Completo/Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto	2
Colegial Completo/Superior incompleto	Médio Completo/Superior Incompleto	4
Superior Completo	Superior Completo	8

Quadro 10 - Classificação do Chefe de Família segundo grau de instrução atualizado

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014). Critério de Classificação Econômica 2014.

Classe	**Pontos**
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Quadro 11 - Cortes do Critério Brasil

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014). Critério de Classificação Econômica 2014.

- Plano de saúde: possuir ou não plano de saúde.

4.10.2.2 Variáveis relacionadas a fatores de risco para câncer de mama

a) - **História de câncer de mama ou câncer de ovário**: categorizada em não, sim e não sabe.
b) - **Grau de parentesco**: categorizados em mãe, filha, irmã, outro parentesco e sexo masculino.
c) - **Idade do familiar no momento do diagnóstico de câncer**: mais de 50 anos, menos de 50 anos, um parente com mais de 50 anos, outro com menos de 50 anos e não sabe ou não recorda.

4.10.2.3 Variáveis relacionadas ao Exame Clínico das Mamas

a) **Informação sobre o exame:** caracterizada pela orientação recebida por profissional de saúde sobre a idade necessária para marcar consulta com médico ou enfermeiro para ter as mamas examinadas. Categorizada em não, sim e não recorda.
b) **Frequência de realização do Exame Clínico das Mamas:** se pelo menos uma vez ao ano a entrevistada teve as mamas examinadas por médico ou enfermeiro na UBS. Categorizada em não, sim e não recorda.
c) **Realização de Exame Clínico das Mamas entre 2009 e 2012:** considerado apenas exames realizados na UBS. Categorizada em não, sim e não recorda.
d) **Ano de realização do último exame:** categorizado em 2009, 2010, 2011, 2012 e não recorda.
e) **Motivo para a realização do Exame Clínico das Mamas:** categorizado em queixa de alteração mamária, idade, casos de câncer de mama em familiares, rastreamento do câncer de mama e outro motivo.
f) **Profissional responsável pela realização do Exame Clínico das Mamas:** categorizado em médico, enfermeiro, médico e enfermeiro e não recorda.
g) **Momento para a realização do Exame Clínico das Mamas:** categorizado em durante o exame ginecológico preventivo (Papanicolaou), durante consulta de enfermagem, na consulta médica, visita domiciliar e outro momento.

h) **Presença de alteração no exame:** se foi encontrada alguma alteração ao ter as mamas examinadas. Categorizada em sim, não e não recorda.

4.10.2.4 Variáveis relacionadas à Mamografia

a) **Informação sobre o exame:** caracterizada pela orientação recebida por profissional de saúde do posto sobre a idade indicada para realizar a primeira MMG. Categorizada em sim, não e não recorda.
b) **Recebimento de guia de encaminhamento da UBS para fazer MMG:** considerado o período de 2009 a 2012, categorizada em sim, não e não recorda.
c) **Remarcação do exame:** conforme referido pela entrevistada, foi categorizada em sim, não e não recorda.
d) **- Falta ao exame ou à consulta de retorno da MMG:** considerado o período de 2009 a 2012, categorizada em sim, não e não recorda.
e) **Periodicidade de realização da MMG pelo SUS:** categorizada em nunca fez, anualmente, a cada dois anos, a cada três anos, em intervalo superior a três anos, em intervalo inferior a um ano, faz sem seguir uma periodicidade e não recorda.
f) **Ano de realização do último exame:** categorizado em 2009, 2010, 2011, 2012 e não recorda.
g) Motivo para a realização da MMG: categorizado em idade, casos de câncer de mama em familiares, percebeu alterações na mama, o profissional de saúde pediu, propaganda ou campanha, outro motivo e não recorda.
h) **Profissional responsável pela solicitação da MMG:** categorizado em médico, enfermeiro, médico e enfermeiro e não recorda.
i) **Tempo entre a solicitação e a realização da MMG:** categorizado em menos de um mês, entre um e três meses, mais de três e menos de seis meses, superior a seis meses, não retornou e não recorda.
j) **Tempo entre a realização do exame e retorno à consulta:** categorizado em menos de um mês, entre um e três meses, mais de três e menos de seis meses, superior a seis meses, não retornou e não recorda.
k) **Presença de alteração diagnosticada no exame:** categorizada em sim, não e não recorda.
l) **Tipo de alteração encontrada:** categorizada em alterações benignas, suspeita de câncer, câncer e não sabe ou não recorda.

m) **Conduta diante da presença de alteração no exame:** categorizada em outro exame, não retornou ao posto, outra conduta, nada e não recorda.

n) **Tempo entre a realização do exame e recebimento do diagnóstico:** categorizado em menos de um mês, entre um e três meses, mais de três e menos de seis meses, superior a seis meses, não retornou e não recorda.

4.10.2.5 Variáveis relacionadas à Ultrassonografia das Mamas

a) **Recebimento de guia de encaminhamento da UBS para fazer USG:** considerado o período de 2009 a 2012, categorizado em sim, não e não recorda.

b) **Remarcação do exame:** conforme referido pela entrevistada, foi categorizada em sim, não e não recorda.

c) **Falta ao exame ou à consulta de retorno da USG:** considerado o período de 2009 a 2012, categorizada em sim, não e não recorda.

d) **Ano de realização do último exame:** categorizado em não fez, 2009, 2010, 2011, 2012 e não recorda.

e) **Motivo para a realização da USG:** categorizado em idade, mamas grandes, percebeu alterações na mama, o profissional de saúde pediu, casos de câncer de mama em familiares, precisava puncionar o nódulo, outro motivo e não recorda.

f) **Tempo entre a solicitação e a realização da USG:** categorizado em menos de um mês, entre um e três meses, mais de três e menos de seis meses, superior a seis meses, não retornou e não recorda.

g) **Tempo entre a realização do exame e retorno em consulta:** categorizado em menos de um mês, entre um e três meses, mais de três e menos de seis meses, superior a seis meses, não retornou e não recorda.

h) **Presença de alteração diagnosticada no exame**: categorizada em sim, não e não recorda.

i) **Tipo de alteração encontrada**: categorizada em alterações benignas, suspeita de câncer, câncer e não recorda.

4.10.2.6 Variáveis relacionadas à Biópsia

a) **Realização de biópsia de mama:** categorizada em sim, não e não sabe.

b) **Tipo de alteração encontrada na biópsia:** tumor benigno, tumor maligno, não era tumor e não sabe.

4.10.2.7 Variáveis relacionadas ao Autoexame das mamas

a) **Informações sobre o exame:** caracterizada pela orientação recebida por profissional de saúde do posto sobre idade indicada para examinar as mamas. Categorizada em sim, não e não recorda.
b) **Presença de ciclo menstrual:** categorizada em sim de forma regular, sim de forma irregular e não menstrua.
c) **Prática do autoexame:** categorizada em sim e não.
d) **Frequência do autoexame:** categorizada em mensal, bimestral, trimestral, esporadicamente.
e) **Como aprendeu a fazer o autoexame:** categorizada em: na TV, em revista ou panfleto, com profissional de saúde e outra fonte.
f) **Período em que examina as mamas:** categorizada em qualquer período, antes de menstruar, em qualquer momento após menstruar e entre cinco e sete dias após menstruar.
g) **Informações sobre como realizar o autoexame:** caracterizada pela orientação dos profissionais de saúde do posto sobre como fazer o autoexame das mamas. Categorizada em sim, não e não recorda.
h) **Razão de não fazer o autoexame:** categorizada em não sabe fazer, medo de fazer, não considera importante e outra razão.

4.10.2.8 Variáveis relacionadas às ações gerais no controle do câncer de mama

a) **Possuir Agenda da Mulher:** documento que permite o registro das informações sobre saúde da mulher. Foi categorizada baseada no fato da entrevistada ter recebido a agenda em sim, não e não recorda.
b) **Participação no período de 2009 a 2012 em atividades educativas relacionadas à temática câncer de mama:** consideradas reuniões ou palestras realizadas na UBS, no período investigado. Foram categorizadas em sim, não e não recorda.
c) **Realização de exame ginecológico preventivo (Papanicolaou) no período de 2009 a 2012:** categorizada em sim, nunca fez, não e não recorda.

d) **Orientação sobre como examinar as mamas:** caracterizada pela orientação dada pelo profissional de saúde do posto durante a realização do exame ginecológico preventivo. Categorizada em sim, não e não recorda.
e) **Exame das mamas:** caracterizada pelo exame das mamas realizado pelo profissional de saúde do posto durante o exame ginecológico preventivo. Categorizada em sim, não e não recorda.
f) **Quando realizou o exame ginecológico preventivo no período de 2009 a 2012:** categorizado em todos os anos, apenas em um ano, em dois dos anos referidos, em três dos anos referidos e não recorda.

4.11 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais). Todos os testes realizados consideraram um alfa bidirecional de 0,05 e Intervalo de Confiança de (IC) de 95%. Foram realizados por meio dos *softwares* IBM SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) e Excel 2010 (Microsoft Office).

As análises das respostas relativas às ações de rastreamento para o câncer de mama foram codificadas neste estudo em **Adequadas** e **Inadequadas** com base no documento de consenso intitulado Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, publicado pelo Ministério da Saúde/ INCA em 2004:

> Para a detecção precoce do câncer de mama recomenda-se:
>
> -Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
>
> -Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
>
> -Exame clínico da mama e mamografia anual a partir dos 35 anos de idade, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2004a, p. 9).

Para esta classificação foram considerados quatro níveis:

a) Risco para o desenvolvimento do câncer de mama;
b) Faixa etária;

c) Realização dos exames preconizados no rastreamento (MMG e ECM) e;
d) Frequência de realização dos exames.

Cabe ressaltar que de acordo com o documento Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama compreendem: mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmão ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; mulheres com história de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004a).

Sendo assim, mulheres consideradas de risco, pertencentes às três faixas etárias selecionadas (35-39 anos; 40 a 49 anos e 50 a 69 anos) deveriam realizar MMG e ECM anualmente para entrarem no critério Adequado.

Mulheres consideradas não risco entraram no critério Adequado de acordo com a faixa etária pertencente:

a) Entre 35 a 39 anos: MMG anual se ECM alterado;
b) Entre 40 a 49 anos: ECM anual. MMG anual se ECM alterado;
c) Entre 50 a 69 anos: MMG a cada dois anos mais ECM anual e MMG anual se ECM alterado.

Outro pressuposto assumido na análise foi o de que as ações de rastreamento do câncer de mama são diferentes nos postos de saúde localizados nos cinco Distritos de Saúde. Sendo assim, as ações foram avaliadas no contexto geral de Ribeirão Preto, SP, e também, algumas delas, separadas por Distrito.

As hipóteses levantadas foram testadas por meio de análise bi-variada na tabela de contingência usando o teste de chi-quadrado (PEREIRA, 2010).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em conformidade com os seus objetivos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS USUÁRIAS

No que se refere à caracterização socioeconômica das 631 usuárias entrevistadas no presente estudo, a Tabela 2 mostra a distribuição nas faixas etárias pré-estabelecidas, conforme definido pelo plano amostral. Importante destacar que o número estabelecido por faixa etária foi baseado na proporção de usuárias que frequentavam as unidades básicas de saúde do município, ou seja, o maior número de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos sinaliza um envelhecimento da população usuária dos serviços. Em relação ao estado civil, a maioria era casada 332 (52,6%). Quanto ao nível de escolaridade, apenas 25 usuárias (4%) possuíam superior completo. A maioria (55,1%) tinha menos de oito anos de escolaridade, não completando o ensino fundamental. Houve predomínio de usuárias que se autodeclararam como brancas - 339 (53,7%) e entre as usuárias investigadas, 195 (30,9%) pertenciam à classe econômica C1 e 136 (21,5%) à classe C2, conforme Critério de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Apenas 96 usuárias (15,2%) relataram possuir plano de saúde.

Tabela 2 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo dados socioeconômicos. Ribeirão Preto, SP, 2014

	N	%	Intervalo de Confiança IC 95%	
			Inferior	Superior
Faixa etária				
35 a 39 anos	130	20,6	17,4	23,8
40 a 49 anos	235	37,2	33,4	40,9
50 a 69 anos	266	42,2	38,4	46,0
Total	631	100	100	100
Estado civil				
Casada	332	52,6	48,8	56,3
Divorciada	58	9,2	6,8	11,6
Separada	40	6,3	4,4	8,2
Solteira	116	18,4	15,4	21,5
Viúva	82	13,0	10,3	15,7
Sem informação	3	0,5	0,0	1,1
Total	631	100	100	100
Escolaridade				
Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	151	23,9	20,8	27,4
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	197	31,2	27,4	34,9
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	100	15,8	13,2	18,9
Médio completo/ Superior incompleto	155	24,6	21,1	27,9
Superior completo	25	4,0	2,5	5,5
Sem informação	3	0,5	0,0	1,1
Total	631	100	100	100
Raça/cor declarada				
Branco	339	53,7	49,9	57,4
Não branco	273	43,3	39,5	47,1
Sem informação	19	3,0	1,7	4,4
Total	631	100	100	100
Classe social				
A	3	0,5	0,0	1,1
B1	43	6,8	4,9	8,7
B2	142	22,5	19,3	25,7
C1	195	30,9	27,4	34,5
C2	136	21,6	18,4	25,0
D	76	12,0	9,7	14,6
E	4	0,6	0,2	1,4
Sem informação	32	5,1	3,3	6,8
Total	631	100	100	100
Plano de saúde				
Não	534	84,6	81,8	87,3
Sim	96	15,2	12,5	18,2
Sem informação	1	0,2	0,0	0,5
Total	631	100	100	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

5.2 HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA OU CÂNCER DE OVÁRIO ENTRE AS USUÁRIAS E INVESTIGAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cabe ressaltar que de acordo com o documento Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso, os grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama compreendem: mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmão ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004a).

Neste estudo, investigou-se, entre as usuárias entrevistadas, a presença de casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família, o parentesco e a idade do familiar acometido e, no caso do câncer de mama se foi unilateral ou bilateral.

A Tabela 3 contempla estes dados e mostra que, entre as 631 usuárias entrevistadas, apenas 78 (12,36%) relataram possuir casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família. Apesar de ser baixa a porcentagem de mulheres com história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário na amostra estudada, sabe-se que a vigilância criteriosa, com orientações relacionadas ao estilo de vida e sobre os intervalos dos exames preventivos, contribui para a detecção precoce nas mulheres que possuem o risco familiar. Dessa forma, as usuárias também foram questionadas sobre a investigação por parte dos profissionais de saúde sobre a presença de familiares com câncer de mama ou câncer de ovário. Do total de usuárias entrevistadas, 341 (54%) afirmaram terem sido questionadas pelos profissionais de saúde acerca dessa condição (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família e investigação pelo profissional de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014

	N	%
Casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família?		
Não	521	82,6
Sim	78	12,4
Sem informação	32	5,1
Total	631	100
Profissional de saúde investigou história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário?		
Não	235	37,2
Sim	341	54,0
Não sabe ou não recorda	19	3,0
Sem informação	36	5,7
Total	631	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

Quando a história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário foi analisada nos Distritos de Saúde, observou-se que as usuárias dos DN e DO apresentaram frequência ligeiramente mais elevada do fator de risco familiar do que as usuárias dos demais Distritos (14,4% e 13,9% respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família, por Distrito de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014

Distrito de Saúde	Casos de câncer de mama ou câncer de ovário na família?	N	%	Intervalo de Confiança IC 95%	
				Inferior	Superior
Central	Não	28	80,0	67,6	93,5
	Sim	3	8,6	0,0	18,2
	Sem informação	4	11,4	2,6	21,9
	Total	35	100	100	100
Leste	Não	110	84,0	77,7	90,2
	Sim	14	10,7	5,4	16,1
	Sem informação	7	5,3	2,2	9,4
	Total	131	100	100	100
Norte	Não	98	78,4	71,3	85,5
	Sim	18	14,4	8,7	20,9
	Sem informação	9	7,2	3,1	12,3
	Total	125	100	100	100
Oeste	Não	190	82,6	77,7	87,5
	Sim	32	13,9	9,6	18,3
	Sem informação	8	3,5	1,3	6,0
	Total	230	100	100	100
Sul	Não	95	86,4	79,6	92,3
	Sim	11	10,0	4,6	15,8
	Sem informação	4	3,6	0,9	7,2
	Total	110	100	100	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

Apesar das diferenças observadas nas proporções de casos de câncer de mama ou câncer de ovário em familiares das usuárias nos diferentes distritos, observou-se que, a investigação por parte dos profissionais de saúde ocorreu de maneira similar nos cinco Distritos de Saúde, oscilando em torno de 55% (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo investigação pelo profissional de saúde sobre história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário, por Distrito de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2014

Distrito de Saúde	Profissional de saúde investigou história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário?	N	%	Intervalo de Confiança IC 95%	
				Inferior	Superior
Central	Não	11	31,4	16,7	47,6
	Sim	20	57,1	40,6	72,2
	Não sabe ou não recorda	1	2,9	0,0	10,0
	Sem informação	3	8,6	0,0	18,9
	Total	35	100	100	100
Leste	Não	45	34,4	26,7	43,0
	Sim	73	55,7	46,4	63,8
	Não sabe ou não recorda	6	4,6	1,5	8,8
	Sem informação	7	5,3	1,6	10,2
	Total	131	100	100	100
Norte	Não	48	38,4	29,5	46,8
	Sim	68	54,4	45,3	63,4
	Não sabe ou não recorda	1	0,8	0,0	2,6
	Sem informação	8	6,4	2,4	10,9
	Total	125	100	100	100
Oeste	Não	85	37,0	30,8	42,7
	Sim	122	53,0	46,9	59,5
	Não sabe ou não recorda	8	3,5	1,3	5,9
	Sem informação	15	6,5	3,6	10,1
	Total	230	100	100	100
Sul	Não	46	41,8	32,4	51,8
	Sim	58	52,7	42,3	62,0
	Não sabe ou não recorda	3	2,7	0,0	6,3
	Sem informação	3	2,7	0,0	6,4
	Total	110	100	100	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

5.3 AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

Cabe ressaltar que, a análise das ações de controle do câncer de mama foi baseada nas diretrizes recomendadas no documento intitulado Controle do Câncer de Mama: Documento

de Consenso, publicado pelo Ministério da Saúde/ INCA em 2004 (BRASIL, 2004a) (Quadro 12).

População alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40-49 anos	ECM anual e, se alterado, MMG
Mulheres de 50-69 anos	ECM anual e MMG a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado*	ECM e MMG anual

Quadro 12 - População alvo e periodicidade dos exames no rastreamento do câncer de mama de acordo com o Documento de Consenso

*Como já esclarecido anteriormente, neste estudo investigou-se a história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário.
Fonte: Brasil (2004a).

5.3.1 Exame Clínico das Mamas

As usuárias foram questionadas sobre a realização anual do ECM realizado por médico ou enfermeiro das unidades de saúde. De acordo com as respostas, 346 (54,83%) usuárias referiram realizar o ECM nas unidades (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo a realização anual do exame clínico das mamas, por médico ou enfermeiro da atenção básica municipal, separadas por faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2014

	ECM anual por médico ou enfermeiro						
Faixa etária	**Sim**		**Não**		**Sem informação**		**Total**
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
35-39 anos	64	49,2	66	50,8	0	0,0	130
40-49 anos	127	54,04	107	45,53	1	0,43	235
50-59 anos	155	58,28	110	41,35	1	0,37	266
Total	346	54,83	283	44,85	2	0,32	631

Fonte: Banco de dados do projeto.

Em relação à realização do ECM, segundo as diretrizes do Documento de Consenso, observa-se que, do total de 78 mulheres com história familiar de câncer de mama ou de câncer de ovário, somente a metade (39) destas usuárias realizaram o ECM anualmente. Entretanto, entre as usuárias com idade entre 35 e 39 anos, sem história familiar de câncer de mama ou ovário, 53 relataram realizar o ECM anualmente, período em que essa ação não é recomendada pelas diretrizes. Por outro lado, 207 (32,8%) usuárias acima dos 40 anos referiram não realizar o ECM anualmente (Tabela 7), prática que contrapõe às diretrizes do controle do câncer de mama, e, ainda pode ser ressaltado que entre estas, 29 tinham história familiar, o que as definiam como prioritárias para as ações previstas no documento do consenso.

Tabela 7 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a realização anual do exame clínico das mamas, realizado por médico ou enfermeiro da atenção básica municipal, separadas por faixa etária e presença de história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário	ECM	N	%
35 a 39 anos	Não	Não	53	50,0
		Sim	53	50,0
		Sem informação	0	0,0
		Total	106	100
	Sim	Não	10	55,6
		Sim	8	44,4
		Sem informação	0	0,0
		Total	18	100
40 a 49 anos	Não	Não	86	44,8
		Sim	105	54,7
		Sem informação	1	0,5
		Total	192	100
	Sim	Não	15	48,4
		Sim	16	51,6
		Sem informação	0	0,0
		Total	31	100
50 a 69 anos	Não	Não	92	41,3
		Sim	131	58,7
		Sem informação	0	0,0
		Total	223	100
	Sim	Não	14	48,3
		Sim	15	51,7
		Sem informação	0	0,0
		Total	29	100

Nota: Não foram incluídas nesta tabela as 32 usuárias que não souberam informar história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário.
Fonte: Banco de dados do projeto.

As usuárias também foram investigadas sobre a realização do ECM no período compreendido entre 2009-2012, buscando identificar o motivo e a ocasião do exame bem como o profissional que o executou, além do ano em que ocorreu o último exame. Dentre as usuárias do estudo, 399 (63,2%) realizaram o ECM no período investigado, sendo que do total destes exames, 378 (94,7%) foram executados pelo profissional médico. O rastreamento para o câncer de mama foi o motivo mencionado por 298 (74,7%) usuárias. Prevalecendo os exames realizados no ano de 2012, 293 (73,4%) e 308 (77,2%) dos exames foram realizados concomitante à realização do Papanicolaou, exame preventivo para o câncer de colo de útero (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a realização do exame clínico das mamas entre 2009-2012, profissional que o realizou, motivo do exame, ano do último exame e ocasião em que o exame foi realizado. Ribeirão Preto, SP, 2014

ECM entre 2009-2012	**N**	**%**
Não	216	34,2
Sim	399	63,2
Não recorda	14	2,2
Sem informação	2	0,3
Total	631	100
Profissional		
Médico	378	94,7
Enfermeiro	12	3,0
Médico e enfermeiro	7	1,8
Não recorda	2	0,5
Total	399	100
Motivo		
Queixa de alteração mamária	45	11,3
Idade	41	10,3
Casos de câncer na família	16	4,0
Rastreamento	298	74,7
Gestação/amamentação	3	0,8
Ano do último ECM		
2009	12	3,0
2010	23	5,8
2011	38	9,5
2012	293	73,4
Não recorda	32	8,0
Sem informação	1	0,3
Total	399	100
Quando foi realizado		
Na coleta do exame preventivo	308	77,2
Na consulta de enfermagem	9	2,3
Na consulta médica	83	20,8
Outro momento	2	
Total	402*	

*Três mulheres responderam duas alternativas sobre quando o exame foi realizado (na coleta do exame preventivo e na consulta médica)
Fonte: Banco de dados do projeto..

Os ECM relatados pelas usuárias foram classificados de acordo com a adequação na sua realização, tendo como referência o Documento do Consenso. Foi considerada **Adequada** à realização anual do exame e **Inadequada** quando a usuária não o realizou ou o fez em outra periodicidade que não aquela recomendada pelo MS.

A adequação do ECM foi verificada nas 30 unidades de saúde investigadas, localizadas nos cinco Distritos de Saúde, conforme mostra a Figura 3. Percebeu-se que metade das unidades se encontra abaixo da linha de corte, linha que corresponde à média da adequação de ECM, esperado no contexto de Ribeirão Preto, SP (aproximadamente 70%).

As taxas de adequação mais baixas encontram-se no DN (na USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez- Estação do Alto) e DO (na USF Dr. Álvaro de Oliveira Paiva – Jardim Paiva e na USF Drª Heloísa Maia La Rocca- Portal do Alto).

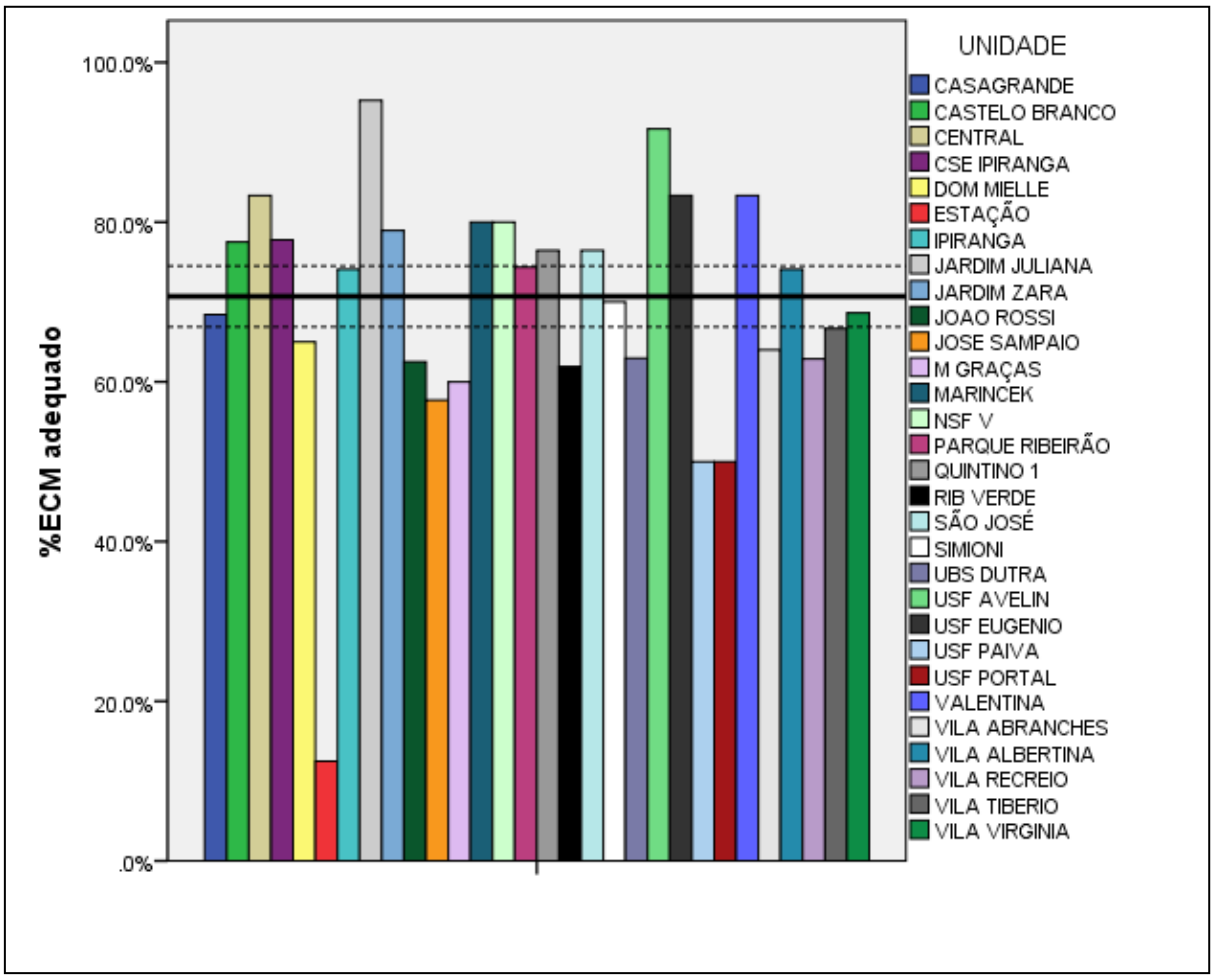

Figura 3 - Porcentagem de adequação do Exame Clínico das Mamas nas 30 unidades de saúde investigadas

5.3.2 Mamografia

As usuárias também foram questionadas sobre o recebimento de guia de encaminhamento da unidade básica de saúde para a realização da MMG no período de 2009-2012, 343 (54,4%) delas relataram o recebimento de guia no período investigado. Na faixa etária alvo dessa ação, usuárias com idade entre 50 a 69 anos, 95 usuárias (35,7%) deixaram de receber a guia neste período (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo o recebimento de guia de encaminhamento para a realização de mamografia entre 2009-2012. Ribeirão Preto, SP, 2014

Faixa etária	Entre 2009 - 2012, a Senhora recebeu uma guia de encaminhamento desta unidade de saúde para fazer mamografia?								Total
	Não	%	Sim	%	Não recorda	%	Sem informação	%	
35-39 anos	85	65,4	41	31,5	3	2,3	1	0,8	130
40-49 anos	84	35,7	140	59,6	10	4,3	1	0,4	235
50-69 anos	95	35,7	162	60,9	8	3,0	1	0,4	266
Total	264	41,8	343	54,4	21	3,3	3	0,5	631

Fonte: Banco de dados do projeto

O recebimento da guia de encaminhamento para a realização da MMG também foi analisado de acordo com as diretrizes do Documento de Consenso (BRASIL, 2004a), considerando a faixa etária das usuárias e a história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Observou-se que 37 (34,9%) usuárias, na faixa etária de 35-39 anos, sem presença de fator de risco familiar para câncer de mama, realizaram MMG no período investigado, procedimento que pode ser desnecessário considerando as prioridades definidas.

Na faixa etária alvo das ações de rastreamento, 50-69 anos, a MMG realizada a cada dois anos é recomendada independente da presença de fator de risco familiar. Apesar disso, oito (27,6%) usuárias, com presença de fator de risco familiar, relataram não ter realizado o exame neste período. Entre as usuárias nesta faixa etária e sem fator de risco, 83 (37,2%) também mencionaram não ter recebido guia de encaminhamento para a realização do exame no período de 2009-2012, o que revela condutas que não seguem as diretrizes ministeriais para o controle do câncer de mama (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal, segundo recebimento de guia de encaminhamento para realização da mamografia entre 2009-2012, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário	Guia de encaminhamento para MMG entre 2009-2012	N	%
35 a 39 anos	Não	Não	67	63,2
		Sim	37	34,9
		Não recorda	1	0,9
		Sem informação	1	0,9
		Total	106	100
	Sim	Não	15	83,3
		Sim	1	5,6
		Não recorda	2	11,1
		Sem informação	0	0,0
		Total	18	100
40 a 49 anos	Não	Não	69	35,9
		Sim	116	60,4
		Não recorda	7	3,6
		Sem informação	0	0,0
		Total	192	100
	Sim	Não	11	35,5
		Sim	18	58,1
		Não recorda	1	3,2
		Sem informação	1	3,2
		Total	31	13,9
50 a 69 anos	Não	Não	83	37,2
		Sim	133	59,6
		Não recorda	7	3,1
		Sem informação	0	0,0
		Total	223	100
	Sim	Não	8	27,6
		Sim	20	69,0
		Não recorda	1	3,4
		Sem informação	0	0,0
		Total	29	100

Nota: O total de usuárias, por faixa etária, que não souberam informar história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário não foram incluídas nesta tabela.
Fonte: Banco de dados do projeto.

Quando se observa os dados relativos à realização da MMG e se considera a periodicidade preconizada, percebe-se que, de acordo com os relatos das usuárias entrevistadas, os exames não atendem aos intervalos definidos nas diretrizes do MS. Entre as mulheres que referiram história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário (três entre 35-39 anos, 19 entre 40-49 anos e 21 entre 50-69 anos), apenas 15 relataram realizar MMG

com intervalo anual, o que seria o adequado. Das mulheres na faixa etária de 50-69 anos, sem fator de risco familiar para câncer de mama, que deveriam realizar MMG a cada dois anos, 52,1% a estão realizando anualmente e 20,7% em outro intervalo de tempo (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a periodicidade da realização de mamografia, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014 (continua)

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário	Periodicidade da MMG	N	%
35 a 39 anos	Não	Anual	15	39,5
		Bianual	10	26,3
		Outros intervalos	11	28,9
		Nunca fez	1	2,6
		Sem informação	1	2,6
		Total	38	100
	Sim	Anual	0	0,0
		Bianual	0	0,0
		Outros intervalos	1	33,3
		Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	2	66,7
		Total	3	100
	Sem informação	Anual	1	33,3
		Bianual	2	66,7
		Outros intervalos	0	0,0
		Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	0	0,0
		Total	3	100
40 a 49 anos	Não	Anual	39	31,7
		Bianual	33	26,8
		Outros intervalos	42	34,1
		Nunca fez	2	1,6
		Sem informação	7	5,7
		Total	123	100
	Sim	Anual	8	42,1
		Bianual	5	26,3
		Outros intervalos	5	26,3
		Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	1	5,3
		Total	19	100
	Sem informação	Anual	3	37,5
		Bianual	1	12,5
		Outros intervalos	3	37,5

Tabela 11 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo a periodicidade da realização de mamografia, por faixa etária e história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário. Ribeirão Preto, SP, 2014 (conclusão)

Faixa etária	História familiar de câncer de mama ou câncer de ovário	Periodicidade da MMG	N	%
50 a 69 anos	Não	Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	1	12,5
		Total	8	100
		Anual	73	52,1
		Bianual	31	22,1
		Outros intervalos	29	20,7
		Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	7	5,0
		Total	140	100
	Sim	Anual	7	33,3
		Bianual	5	23,8
		Outros intervalos	8	38,1
		Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	1	4,8
		Total	21	100
	Sem informação	Anual	3	33,3
		Bianual	2	22,2
		Outros intervalos	4	44,4
		Nunca fez	0	0,0
		Sem informação	0	0,0
		Total	9	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

A realização da MMG também foi verificada de acordo com a adequação das ações. Neste intuito, levou-se em conta a presença de história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário, a realização do exame e a periodicidade de realização do mesmo. Dessa forma, considerou-se **Adequada** a realização de MMG anual por mulheres a partir de 35 anos com presença de fator de risco familiar; MMG anual por mulheres a partir dos 50 anos com presença de fator de risco familiar e MMG bianual por mulheres entre 50 e 69 anos sem presença de fator de risco familiar. A Figura 4 mostra a adequação da realização da MMG nas 30 unidades de saúde investigadas nos cinco Distritos de Saúde. As taxas de adequação na realização da MMG são menores ainda que as encontradas no ECM e 18 unidades encontram-se abaixo da média de adequação de MMG, esperada no contexto de Ribeirão Preto, SP.

A inadequação ocorre em unidades localizadas em todos os cinco Distritos de Saúde: - Quatro unidades do DN (USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto; UBS

“Herbert de Souza – Betinho” Complexo Ribeirão Verde; USF Dr. José Augusto Laus Filho – Avelino Alves Palma; UBS "Mário R. de Araújo" - Valentina Figueiredo).

- Duas unidades do DS (UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças e UBDS "Dr. Marco Antônio Sahão" – Vila Virgínia).

- Quatro unidades do DL (UBDS "Dr. Ítalo Baruffi" – Castelo Branco Novo; UBS "Rubens Issa Halak" - Jardim Juliana; UBS "José Ribeiro Ferreira" - São José; UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches).

- Cinco unidades do DO (USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes; UBS Dr. João Paulo Bin – Ipiranga; USF Profª Drª Vera Heloísa Pileggi Vinha – Núcleo 5; USF Drª Heloísa Maia La Rocca - Portal do Alto e UBS "Dr. Álvaro Panazzolo" - Vila Albertina) e

- Três unidades do DC (UBDS "Dr. João Baptista Quartin" – Central; UBS Prof. Jacob Renato Woiski" - João Rossi; UBS - Wilma Delphina de O. Garotti - Vila Tibério).

Ressalta-se que as taxas de adequação da USF Prof. Dr. Alberto Raul Martinez - Estação do Alto, no DN e da USF Profª Drª Vera Heloísa Pileggi Vinha – Núcleo 5, no DO nem aparecem registradas na figura. Por outro lado, a UBS "Dr. José Carlos Say" - Jardim Maria das Graças, DS e UBS - Wilma Delphina de O. Garotti - Vila Tibério, DC, encontram-se no limite da linha de corte.

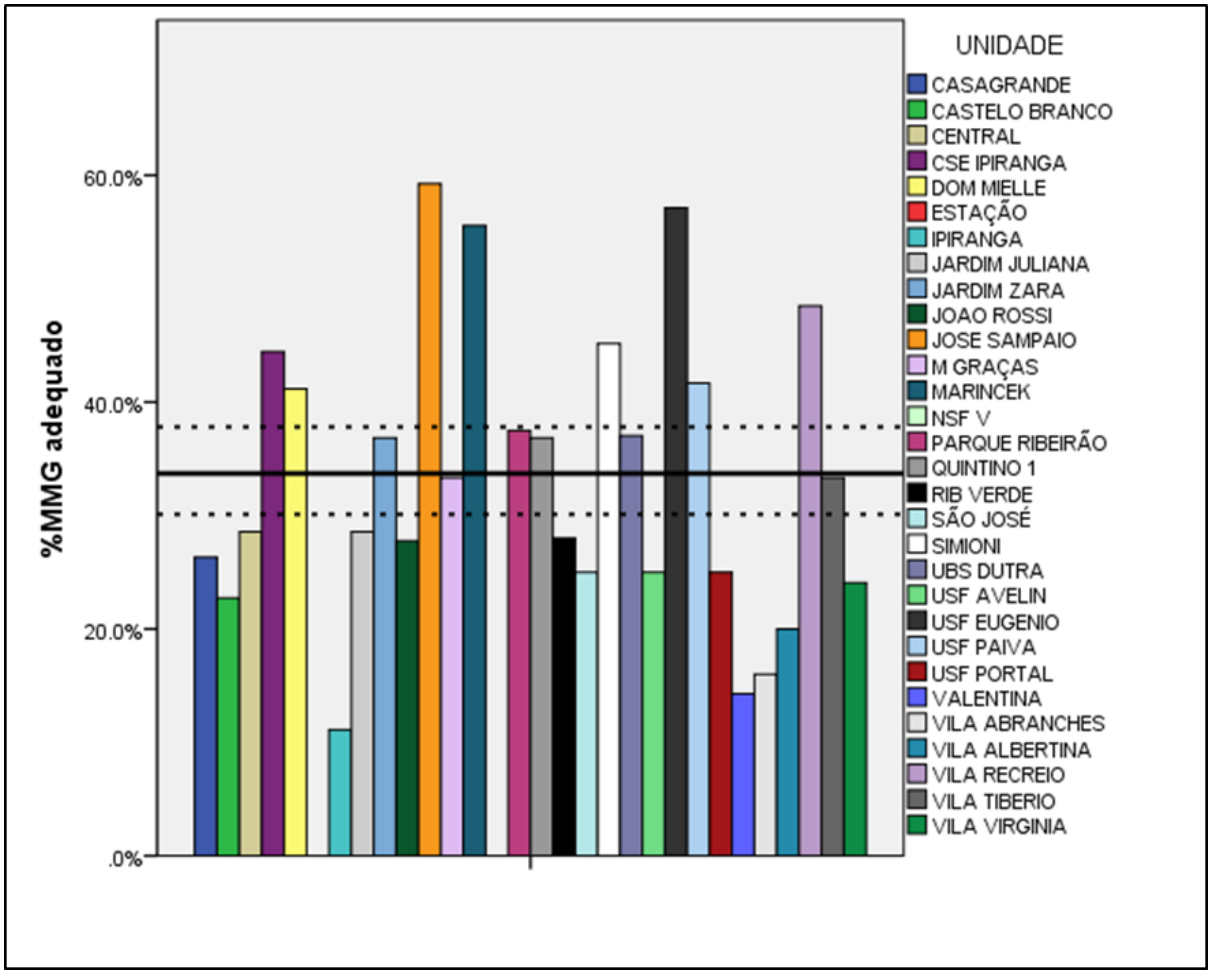

Figura 4 - Porcentagem de adequação da Mamografia nas 30 unidades de saúde investigadas

5.3.3 Ultrassonografia das mamas e Biópsia

A USG das mamas não se constituiu como método de rotina na detecção do câncer de mama, mas é utilizada como adjuvante à MMG em casos de achado clínico ou mamográfico anormal, ou como primeira escolha em situações especiais (gravidez, lactação, mulheres jovens e durante os estados inflamatórios da mama) (BRASIL, 2013c).

É utilizada para avaliação por imagem de lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos, assim como pode ser usada como método complementar à MMG em situações de nódulo sem expressão (porque a mama é densa ou porque está em zona cega na MMG), nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto ou quando a mama apresenta densidade assimétrica difusa, que posa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2013c).

Neste estudo questionamos as usuárias sobre a realização da USG e a Tabela 12 mostra a realização do exame de acordo com a faixa etária e 65 (10,3%) usuárias mencionaram a realização da USG da mama.

Tabela 12 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo realização da ultrassonografia das mamas por faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2014

Faixa etária	Não	%	Sim	%	Não recorda	%	Sem informação	%	Total
35 a 39 anos	121	93,1	9	6,9	0	0,0	0	0,0	130
40 a 49 anos	207	88,1	22	9,4	6	2,6	0	0,0	235
50 a 69 anos	225	84,6	34	12,8	6	2,3	1	0,4	266
Total	553	87,6	65	10,3	12	1,9	1	0,2	631

Fonte: Banco de dados do projeto.

De acordo com o laudo mamográfico, faz-se necessária a realização de outros procedimentos para concluir a investigação diagnóstica. O MS recomenda que todas as mulheres com BI-RADS 4 ou 5 devam ser submetidas à biópsia. A Tabela 13 revela o número de usuárias entrevistadas que se submeteram à realização de biópsia, bem como o resultado da mesma. Notou-se que, entre as 45 (7,1%) biópsias realizadas, prevaleceram os resultados benignos em 31 (68,9%).

Tabela 13 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo realização de biópsia e resultado do procedimento. Ribeirão Preto, SP, 2014.

			Intervalo de Confiança IC 95%	
	n	**%**	**Inferior**	**Superior**
A senhora já fez biopsia?				
Não	529	83,8	81,0	86,7
Sim	45	7,1	5,1	9,2
Sem informação	57	9,0	7,0	11,1
Total	631	100	100	100
A senhora sabe dizer o tipo de tumor encontrado?				
Maligno	3	6,7	0,0	14,9
Benigno	31	68,9	56,3	82,0
Não sabe	11	24,4	11,9	36,2
Total	45	100	100	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

5.3.4 Autoexame das mamas

Dentre as ações de controle do câncer de mama, o AEM configura-se como uma estratégia para aumentar o conhecimento do próprio corpo. Espera-se que a mulher examine as suas mamas mensalmente, respeitando o ciclo menstrual no caso das que ainda menstruam. Sendo assim, as usuárias foram investigadas em relação a esta prática. A maioria das usuárias investigadas (394 - 62,4%) não foi orientada por profissionais de saúde da atenção básica sobre a partir de que idade é necessário examinar as mamas. Apesar da falta de orientação, 495 (78,4%) usuárias referiram realizar o AEM e dentre as que o fazem, 333 (67,3%) o realizam de forma esporádica (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo realização do autoexame da mama, orientação da idade pelo profissional, se realiza ou não e periodicidade. Ribeirão Preto, SP, 2014

	N	%	Intervalo de Confiança IC 95%	
			Inferior	Superior
Profissional orientou idade para iniciar a prática do AEM?				
Não	394	62,4	58,8	66,2
Sim	195	30,9	27,2	34,6
Não recorda	33	5,2	3,6	7,0
Sem informação	9	1,4	0,6	2,4
Total	631	100	100	100
Realiza o AEM?				
Não	135	21,4	18,3	24,5
Sim	495	78,4	75,2	81,6
Sem informação	1	0,2	0,0	0,5
Total	631	100	100	100
Qual a periodicidade?				
Mensal	148	29,9	25,7	33,9
Bimestral	11	2,2	1,0	3,8
Trimestral	3	0,6	0,0	1,4
Esporadicamente	333	67,3	63,0	71,7
Total	495	100	100	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

5.4 AÇÕES EDUCATIVAS EMPREGADAS NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

Considerando as ações de controle do câncer de mama, as unidades de atenção básica de saúde precisam oferecer orientações relacionadas à doença, fatores de risco, prevenção e detecção precoce. Neste sentido, as usuárias também foram investigadas sobre as ações educativas realizadas nas unidades de saúde referentes à divulgação de informações sobre a doença. Neste estudo, 583 (92,4%) usuárias investigadas não receberam a agenda da mulher e

602 (95,4%) usuárias não participaram de reuniões educativas sobre o câncer de mama nas unidades de saúde. Entre as usuárias investigadas, 455 (72,1%) relataram ter feito o exame ginecológico preventivo Papanicolaou no período de 2009-2012, e entres estas, 262 (57,6%) foram orientadas a como examinar suas mamas na ocasião (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das usuárias da atenção básica municipal segundo ações educativas empregadas no controle do câncer de mama: recebimento da agenda da mulher, participação em reuniões sobre câncer de mama na unidade de saúde e realização do Papanicolaou. Ribeirão Preto, SP, 2014

	N	%	Intervalo de Confiança IC 95%	
			Inferior	Superior
Recebeu agenda da mulher?				
Não	583	92,4	90,2	94,4
Sim	37	5,9	3,9	7,9
Não recorda	10	1,6	0,6	2,7
Sem informação	1	0,2	0,0	0,5
Total	631	100	100	100
Participou de reuniões educativas sobre câncer de mama?				
Não	602	95,4	93,6	97,0
Sim	24	3,8	2,3	5,4
Não recorda	2	0,3	0,0	0,8
Sem informação	3	0,5	0,0	1,1
Total	631	100	100	100
Fez exame Papanicolaou?				
Não	152	24,1	20,6	27,7
Nunca fez	9	1,4	0,6	2,5
Sim	455	72,1	68,3	75,7
Não sabe	14	2,2	1,1	3,5
Sem informação	1	0,2	0,0	0,5
Total	631	100	100	100
Na ocasião do Papanicolaou foi orientada a como examinar as mamas?				
Não	187	41,1	36,3	45,8
Sim	262	57,6	52,9	62,3
Não recorda	6	1,3	0,4	2,4
Total	455	100	100	100

Fonte: Banco de dados do projeto.

5.5 AVALIAÇÃO DAS HIPÓTESES LEVANTADAS

Diante dos resultados descritivos encontrados, buscou-se testar a associação de algumas variáveis a fim de verificar a relação de independência entre elas. O teste estatístico utilizado foi baseado no Qui-quadrado, tendo como hipótese nula a independência das variáveis com nível de significância de 5%.

A associação das variáveis socioeconômicas escolaridade, classe social e raça/cor declarada com a adequação do ECM e MMG não foi estatisticamente significativa. De qualquer forma, os resultados encontrados foram interessantes e as porcentagens serão comentadas a seguir.

As usuárias com nível de escolaridade Analfabeto/Fundamental 1 incompleto foram as que apresentaram as menores taxas de adequação na realização do ECM (58,3%). Mas, ao contrário do que se esperava, estas mulheres foram as mesmas que apresentaram as melhores taxas de adequação na realização da MMG (74,5%) (Tabela 16). Vale ressaltar, entretanto, que as usuárias nessa faixa de escolaridade compõem mais de 50% das usuárias da atenção básica investigadas.

Tabela 16 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação ao nível de escolaridade e adequação do exame clínico da mama e mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014

Escolaridade	ECM Adequado (%)	MMG Adequado (%)
Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	58,3	74,5
Fund. 1 completo / Fundamental 2 incompleto	74,7	63,9
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	72,9	71,1
Médio completo/ Superior incompleto/completo	73,4	66,3

x^2 ECM= p-valor<0,166
x^2 MMG= p-valor<0,180
Fonte: Banco de dados do projeto.

Em relação às classes sociais, as classes B2 (73,1%), C1 (73,8%) e C2 (72,3%) foram as que apresentaram melhor adequação na realização do ECM. Em relação à adequação da MMG, a variação de porcentagem nas classes sociais foi menor e a maior taxa de adequação foi associada às classes sociais D+ E (71,6%) (Tabela17).

Tabela 17 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à classe social e adequação do exame clínico da mama e mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014

Classe social	ECM Adequado (%)	MMG Adequado (%)
A + B1	60,5	62,2
B2	73,1	70,5
C1	73,8	66,7
C2	72,3	70,5
D + E	59,7	71,6
Sem informação	65,4	58,6

x^2 ECM= p-valor<0,166
x^2 MMG= p-valor< 0,832
Fonte: Banco de dados do projeto.

A adequação das ações também foi associada à raça/cor declarada. A distribuição de ações para o controle do câncer de mama teve uma distribuição homogênea em relação à raça branca e não branca entre as usuárias pesquisadas (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à raça/cor declarada e adequação do exame clínico da mama e mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014

Raça/cor declarada	ECM Adequado (%)	MMG Adequado (%)
Branco	71,1	69,7
Não branco	70,0	67,0

x^2 ECM= p-valor<0,563
x^2 MMG= p-valor<0,486
Fonte: Banco de dados do projeto.

Ao analisar se as usuárias que receberam orientação sobre a idade para iniciar a prática do AEM realizaram mais o exame, na Tabela 19, evidenciou-se que a proporção de 86,7% de usuárias que receberam orientação sobre a idade para iniciar o AEM e que faziam o exame foi superior à de usuárias que não receberam a orientação (74,4%). Com as frequências observadas, o teste de independência X^2 aponta p<0,001 para a rejeição da hipótese nula de independência entre as variáveis. Observou-se que houve associação entre a orientação por parte do profissional de saúde em relação à idade para iniciar a prática do AEM e a sua realização.

Tabela 19 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à orientação sobre a idade para iniciar o autoexame das mamas e sua realização. Ribeirão Preto, SP, 2014

	AEM				
Orientação sobre a idade para iniciar o AEM	Não	%	Sim	%	Total
Não	101	25,6	293	74,4	394
Sim	26	13,3	169	86,7	195
Total	127	21,6	462	78,4	589

Missing data=42
x^2 p-valor: <0,001
Fonte: Banco de dados do projeto.

A Tabela 20 evidenciou que a proporção de 58,1% de usuárias que realizavam o ECM anualmente e faziam o AEM foi superior à de usuárias que não realizavam o AEM (43,7%). Com as frequências observadas, o teste de independência X^2 aponta p<0,002 para a rejeição

da hipótese nula de independência entre as variáveis. Sendo assim, houve associação entre a realização do AEM e a realização anual do ECM.

Tabela 20 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à realização do autoexame das mamas e a realização anual do exame clínico das mamas. Ribeirão Preto, SP, 2014

	Exame Clínico das Mamas				
Autoexame das Mamas	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Total**
Não	76	56,3	59	43,7	135
Sim	207	41,9	287	58,1	494
Total	283	45,0	346	55,0	629

Missing data=2
x^2 p-valor< 0,002
Fonte: Banco de dados do projeto

Os dados descritivos apontaram que a maior parte dos ECM relatados pelas usuárias entrevistadas foram realizados durante o exame ginecológico preventivo Papanicolaou. A Tabela 21 demonstra que entre as usuárias que realizaram o Papanicolaou no período de 2009-2012, 68,6% realizavam o ECM anualmente, ao passo que entre as que não realizaram o Papanicolaou, somente 17,2% realizavam o ECM a cada ano.

Tabela 21 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à realização do Papanicolaou e a realização anual do exame clínico das mamas. Ribeirão Preto, SP, 2014

	Exame Clínico das Mamas Anual				
Exame Ginecológico Preventivo	**Não**	**%**	**Sim**	**%**	**Total**
Não	125	82,8	26	17,2	151
Sim	143	31,4	312	68,6	455
Total	268	44,2	338	55,8	606

Missing data=25
x^2 p-valor< 0,001
Fonte: Banco de dados do projeto.

O teste de independência, a partir das frequências observadas na Tabela 21, encontrou p<0,001, rejeitando a hipótese nula de independência entre as variáveis e permitindo afirmar que a realização anual do ECM está relacionada à realização do exame de Papanicolaou.

As usuárias que relataram ter realizado o Papanicolaou no período de 2009-2012 apresentaram taxa de adequação de MMG de 27,9% contra 41,5% de adequação entre as que

não fizeram o exame nesse período. Sendo assim, não foi observada associação entre a realização do Papanicolaou e adequação na realização da MMG (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição percentual de usuárias da atenção básica municipal em relação à realização do Papanicolaou e a adequação na realização da mamografia. Ribeirão Preto, SP, 2014

	Mamografia				
Papanicolaou	**Inadequada**	**%**	**Adequada**	**%**	**Total**
Não	86	58,5	61	41,5	147
Sim	318	72,1	123	27,9	441
Total	404	68,7	184	31,3	588

Missing data=43
x^2 p-valor< 0,003
Fonte: Banco de dados do projeto.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS USUÁRIAS

Estudos relacionados ao câncer de mama, desenvolvidos em várias localidades do Brasil, trazem perfis socioeconômicos das participantes parecidos com o perfil encontrado no presente estudo. Em relação ao estado civil, a porcentagem de usuárias que relatou ser casada neste estudo (52,6%) assemelha-se à encontrada em um projeto de rastreamento mamográfico conduzido com mulheres na faixa etária dos 40 a 69 anos das 19 cidades da Direção Regional de Saúde V da Secretaria de Estado da Saúde – Estado de São Paulo (DRS-V/SESSP), tendo como referência o Hospital de Câncer de Barretos (HCB). No referido projeto, que teve início em 2003, foram avaliadas 550 mulheres e entre elas 53,8% eram casadas (LOURENÇO, 2009).

Em estudo realizado em um hospital de referência em oncologia no Ceará com 1.911 mulheres e 23 homens portadores de câncer de mama, cujo objetivo foi descrever o padrão de incidência e prevalência do câncer de mama e verificar se estão presentes os principais fatores de risco conhecidos, com relação ao estado civil, a maior parte da amostra (57%) era casada, seguida de solteiros (22,2%) e viúvos (14,8%) (MOURÃO et al., 2008).

Porcentagem um pouco maior foi verificada em estudo desenvolvido no Estado do Maranhão que avaliou as práticas preventivas relacionadas à detecção precoce do câncer de mama. Das 2.888 mulheres na faixa etária de 10-49 anos investigadas, 60,9% referiram viver com seus companheiros (LIMA et al., 2011).

Assim como observado entre as usuárias que foram entrevistadas neste estudo, o nível de escolaridade também é baixo em diversos estudos relacionados ao tema. Em estudo conduzido por Mourão et al. (2008) no Ceará, grande parte das participantes (36,5%) possuía apenas o ensino fundamental incompleto e 9,9% eram analfabetas. Baixa escolaridade (84,7%) também foi constatada entre as 550 mulheres distribuídas nas 19 cidades da Direção Regional de Saúde V da Secretaria de Estado da Saúde – Estado de São Paulo (DRS-V/SESSP) que participaram de um projeto de rastreamento mamográfico (LOURENÇO, 2009). Em estudo de Lima et al. (2011), realizado no Estado do Maranhão, 33,4% das mulheres apresentavam de cinco a oito anos de estudo.

Em estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS em 2002, com amostra final de 879 mulheres de 40 a 69 anos de idade, a média foi de 6,6 anos completos de estudo (± 4,5 DP), 9,7% com nenhum ano de estudo e 14,1% com 12 anos ou

mais de educação formal. No presente estudo, apenas 25 usuárias (4%) relataram possuir superior completo, o que corresponde a mais de 12 anos de estudos (SCLOWTIZ et al., 2005).

Em relação à raça/cor declarada, a porcentagem de mulheres que se autodeclararam brancas (53,7%) corresponde aos dados do Censo Demográfico de 2010, que encontrou predomínio da cor/raça branca no município de Ribeirão Preto (69,59%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

Em estudo que também integra o projeto "Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na atenção básica", com mesma abordagem metodológica que este, realizado em São Luís, MA, houve algumas diferenças nas características das usuárias em relação ao encontrado aqui. Em relação ao estado civil, as usuárias se dividiram entre casadas (41, 1%) e solteiras (44,1%). O nível de escolaridade que predominou foi o nível médio completo/superior incompleto e a maioria das entrevistadas se autodeclarou parda (58,9%) (RABÊLO, 2014).

Observa-se, com esses dados que a demografia difere entre as regiões do país, tendo em vista que os critérios para inclusão das usuárias nos dois estudos foram os mesmos. Esse resultado pode também ser observado nos dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD-2008), que também apontam uma maior escolaridade na região Sudeste e maior proporção da população de cor branca em relação à região Nordeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Em relação a possuir plano de saúde privado, resultados da PNAD-2008 mostraram os seguintes percentuais de população com plano: 13,3% para a Região Norte; 13,2% para a Região Nordeste; 35,6% para a Região Sudeste; 30% para a Região Sul; e 24,6% para a Região Centro-Oeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Mesmo fazendo parte da região com a maior proporção de pessoas portadoras de plano de saúde privado, verificamos que as mulheres entrevistadas não possuíam outro recurso a não ser o serviço público para ter acesso às ações de rastreamento do câncer de mama, uma vez que apenas 96 usuárias, dentre as pesquisadas (15,2%), relataram possuir plano de saúde. Este dado reforça a importância das ações de controle do câncer de mama desenvolvidas nas unidades básicas de saúde do município.

6.2 HISTÓRIA FAMILIAR DE CÂNCER DE MAMA OU CÂNCER DE OVÁRIO ENTRE AS USUÁRIAS E INVESTIGAÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A porcentagem pequena de usuárias com presença de história familiar de câncer de mama ou ovário entre as usuárias entrevistadas (12,4%) era esperada, pois de acordo com dados epidemiológicos, o câncer de mama de caráter hereditário, ou seja, de predisposição genética, corresponde a cerca de 5 a 10% do total de casos (ADAMI; HUNTER; TRICHOPOULOS, 2008). No entanto, estas usuárias devem ser alvos de uma vigilância criteriosa por parte dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde em que são assistidas. Para esse grupo que tem um risco aumentado de desenvolver a doença, as ações de rastreamento devem ser sistematizadas de forma a propiciar sua realização bem como garantir a periodicidade preconizada.

Dados de um estudo que teve como base o SISMAMA mostram que no Brasil, entre as mulheres que realizaram mamografia em 2009 e 2010, 90,1% (n = 777.194) e 89,98% (n=2.297.490), respectivamente, não relataram fatores de risco para câncer de mama. No sistema de informação consta ainda que a maioria delas passou por exames clínicos anteriores, 77,24% (n=666.151) e 79,12% (n=2.019.829) dos casos em 2009 e 2010 respectivamente (MOREIRA et al., 2013).

Porém, quando se analisa resultados de estudos desenvolvidos em regiões distintas, observa-se que estas taxas oscilam. Em estudo desenvolvido na cidade de Taubaté, SP, cujo objetivo foi avaliar a utilização da MMG no rastreamento do câncer de mama, 643 mulheres foram entrevistadas, sendo 472 atendidas em serviços públicos e 171 em clínicas privadas e destas, apenas 13,3% e 15,8% relataram casos de câncer de mama ou ovário na família respectivamente (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASA, 2006).

A prevalência de história familiar de câncer de mama encontrada em estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, foi de 5,6% (IC 95%: 4,2-7,4). Quando considerados outros familiares consanguíneos, que não os de primeiro grau, essa prevalência foi de 10,2% (IC95%: 8,3-12,4). Neste mesmo estudo a variável história familiar de câncer de mama mostrou-se associada com a realização de mamografia mesmo após ajuste para as variáveis de primeiro nível (p=0,01). As mulheres com história familiar positiva para câncer de mama apresentaram razão de prevalência cerca de 20% maior para realização de mamografia (SCLOWTIZ et al., 2005).

Porcentagens menores que estas foram encontradas num estudo de avaliação da cobertura das ações de rastreamento do câncer de mama no Município de Monteiro,

localizado na Região do Cariri Ocidental, extremo Sul do Estado da Paraíba. Em relação ao fator de risco familiar, 1,3% e 2,3% das 3.608 mulheres entrevistadas apresentavam história de mãe ou irmã com câncer de mama respectivamente (BARRETO; MENDES; THULER, 2012).

Em contrapartida, outros estudos desenvolvidos na região Nordeste do país trouxeram taxas maiores. A porcentagem de usuárias com presença de risco familiar para câncer de mama encontrada em estudo que também integra o projeto "Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na atenção básica", com mesma abordagem metodológica que este, realizado em São Luís, MA foi de 24,4% (RABÊLO, 2014).

Do mesmo modo, em estudo realizado na ESF do município de Orobó/PE, cujo objetivo foi avaliar o impacto das atividades de educação em saúde no controle do câncer de mama, do total de 246 mulheres, 50 (20,32%) mencionaram histórico familiar dessa neoplasia (SILVA et al., 2011).

Cabe ressaltar que os fatores genéticos/hereditários estão relacionados à presença de mutações em determinados genes, especialmente BRCA1 e BRCA2. Mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem, ou câncer de mama em homem também em parente consanguíneo, podem ter predisposição genética e são consideradas de maior risco para a doença (BRASIL, 2016). Dessa forma, o levantamento das usuárias com risco familiar possibilita o planejamento das ações. Cabe ressaltar, entretanto, que como os instrumentos utilizados para a busca desse fator entre as mulheres estudadas não são homogêneos, a prevalência pode ter variado mais em decorrência dessa variável.

Neste estudo, de acordo com as respostas das usuárias, 55% dos profissionais de saúde da atenção básica questionaram sobre a presença de familiares com câncer de mama ou câncer de ovário. Entretanto, esta proporção referida pelas usuárias diverge da proporção mencionada pelos enfermeiros que trabalham nas mesmas unidades de saúde. Resultados de estudo que teve como objetivo identificar as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama realizadas por enfermeiros de unidades básicas de saúde (UBS) de Ribeirão Preto, SP, revelaram que entre os 60 profissionais investigados em 28 unidades de saúde, a maioria (43 - 71,7%) realizava a investigação sobre os fatores de risco do câncer de mama, principalmente durante a consulta de enfermagem. As enfermeiras entrevistadas afirmaram dar ênfase na investigação do histórico de câncer de mama pessoal ou familiar, em ambos os sexos (43 - 100%) e histórico de câncer de ovário pessoal ou familiar (34 - 79,1%) (MORAES et al., 2016).

Apesar da contradição entre as respostas das usuárias e dos profissionais enfermeiros, a proporção mencionada ainda é mais satisfatória do que a encontrada em estudo com mesma abordagem metodológica que este, realizado em São Luís, MA (RABÊLO, 2014), no qual as usuárias mencionaram que 34,6% dos profissionais de saúde investigaram a presença de fator de risco familiar.

O controle dos fatores de risco conhecidos e a promoção de práticas e comportamentos considerados protetores constituem-se em prevenção primária do câncer de mama (BRASIL, 2016). Apesar dos fatores hereditários não serem modificáveis, uma vez detectados permitem o planejamento de uma assistência mais direcionada, pautada em programas de educação em saúde que visem à conscientização das usuárias acerca do risco e sua predisposição no desenvolvimento do câncer, mas com ênfase nas ações de rastreamento que, em sendo um grupo menor deveria ser sistematizado. Entretanto, mesmo para o rastreamento oportunístico esse deve ser um critério para a priorização das ações de controle do câncer de mama.

Uma abordagem de saúde que incluía o histórico familiar de câncer de mama na anamnese de rotina foi mencionada por 108 (80,6%) enfermeiros que participaram de estudo descritivo transversal realizado com enfermeiros de um hospital público universitário do Sul do Brasil (Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA). O objetivo do estudo foi avaliar os conhecimentos de enfermeiros envolvidos nos cuidados de pacientes oncológicos em relação ao câncer de mama e ao câncer de mama hereditário e verificar o uso de tais conhecimentos em sua prática diária. De acordo com os autores, o enfermeiro envolvido nos cuidados de pacientes oncológicos pode ser o identificar um paciente com alto risco, e, dessa forma, proceder o seu encaminhamento a um especialista (PROLLA et al., 2015).

O mesmo se aplica às ações desenvolvidas na atenção básica de saúde. Considerando que as UBS se constituem na porta de entrada dos serviços de saúde, a classificação das usuárias de acordo com a presença do risco familiar para o câncer de mama permite que os profissionais de saúde tomem as condutas conforme o preconizado para o controle da doença. Essa prática atende ao disposto na orientação das práticas da atenção básica para os programas de saúde da família, que prevê que o diagnóstico, programação e implementação das atividades devem seguir critérios de risco à saúde (BRASIL, 2007a). Apesar de a maioria das UBS investigadas não ser considerada ESF, as recomendações da organização da assistência deveriam seguir os mesmos critérios.

6.3 AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

6.3.1 Exame Clínico das mamas

O ECM pode ser empregado tanto como método diagnóstico quanto de rastreamento. Utilizado como rastreamento, consiste num exame de rotina, feito por profissional de saúde treinado, especificamente enfermeiro ou médico, realizado em mulheres saudáveis, sem sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (BRASIL, 2015a). Neste estudo foi investigado o ECM utilizado como rastreamento.

Das 631 mulheres entrevistadas neste estudo, 346 (54,83%) disseram realizar o ECM anualmente e 399 (63,2%) relataram ter feito o ECM no período de 2009-2012, pelo SUS. Quando se considera a adequação da realização do exame de acordo com as diretrizes preconizadas pelo INCA/MS, notou-se que usuárias com presença de fator de risco não estavam realizando o exame e muitas acima dos 40 anos também não. Os dados obtidos indicam que, parte dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de Ribeirão Preto, SP, em suas práticas cotidianas, não atendem as diretrizes preconizadas para o controle do câncer de mama na atenção básica.

Mesmo aquém do desejado, a porcentagem de exames realizados no período investigado foi superior à encontrada em estudo que também integra o projeto "Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na atenção básica", com mesma abordagem metodológica que este, realizado em São Luís, MA (RABÊLO, 2014). De acordo com os resultados encontrados por Rabêlo (2014), apenas 28,9% das usuárias relataram a realização do ECM entre 2009 e 2012.

Proporção semelhante à encontrada no presente estudo foi verificada em estudo conduzido em Campinas, SP, que analisou a realização das práticas preventivas para o câncer de mama entre 290 mulheres de 40 anos ou mais de idade e identificou os fatores associados a não realização da MMG e do ECM com a periodicidade recomendada pelo MS. Os resultados revelaram que 38,2% das mulheres não realizaram o ECM no ano prévio à entrevista. Outro achado interessante deste estudo de Campinas é que os serviços privados responderam por 61,9% dos ECM realizados (AMORIM et al., 2008). Esses resultados apontam para a necessidade de uma reflexão acerca da atenção básica que tem se mostrado aquém do preconizado nas ações de rastreamento do câncer de mama quando comparado com as ações realizadas em serviços privados ou da saúde suplementar tendo em vista que o estudo de

Campinas utilizou inquérito domiciliar e abrangeu todas as modalidades de assistência - o público e o privado.

Estudo realizado no Município de Monteiro, localizado na Região do Cariri Ocidental, extremo Sul do Estado da Paraíba, após um programa de capacitação para equipes de saúde da família acerca das ações de rastreamento do câncer de mama, encontrou que, entre 3.608 mulheres entrevistadas, 62,1% das mulheres encontravam-se cobertas pelas estratégias de detecção precoce do câncer de mama. Entre estas, 58,9% haviam sido avaliadas com ECM, observando-se que o percentual de realização do ECM variou de acordo com a faixa etária. Entretanto, 88,2% delas encontravam-se na faixa etária indicada pelo Programa (40 a 69 anos) (BARRETO; MENDES; THULER, 2012).

Taxa baixa de realização do ECM foi encontrada em estudo conduzido com 58 mulheres com diagnóstico de câncer de mama cadastradas no Ambulatório de Oncologia Clínica em Aracajú, SE, em tratamento quimioterápico, no ano de 2008. O ECM foi realizado por apenas 23 (39,7%) mulheres, mesmo sendo um exame de baixo custo e integrante das atividades dos profissionais de saúde da rede de atenção básica durante a consulta à mulher (GONÇALVES et al., 2009).

No contexto nacional, a PNAD-2008, apontou que 25% das mulheres brasileiras com 40 anos ou mais nunca realizaram o ECM até a data da entrevista, revelando falhas na assistência integral à saúde da mulher e no diagnóstico precoce do câncer de mama (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Por outro lado, estudos trazem taxas mais altas de realização do ECM. Estudo desenvolvido em Maringá, PR, que analisou a prevalência e os fatores associados à realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama entre 439 mulheres de 40 a 69 anos de idade, encontrou uma prevalência de ECM na última consulta ginecológica de 71,5% (314). A classe econômica, a escolaridade e a realização de tratamento para menopausa foram as variáveis independentes que estiveram associadas à realização do exame (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Quanto ao profissional de saúde que executou o ECM, a maioria dos exames relatados neste estudo foi realizada pelo profissional médico (378 - 94,7%), durante a coleta do exame ginecológico preventivo Papanicolaou (308 - 77,2%). Isto evidencia que a atuação do enfermeiro nas ações de detecção precoce do câncer de mama na atenção básica de saúde tem sido baixa.

Os cinco estudos levantados em uma revisão integrativa de literatura visando identificar as ações realizadas pelo enfermeiro na atenção primária, para o rastreamento e

diagnóstico de câncer de mama no Brasil, apontaram que os enfermeiros realizam pouco o ECM e, quando o fazem, não o executam adequadamente. Em síntese, observou-se que as principais dificuldades na implementação do AEM, ECM e atividades educativas pela enfermagem foram a demanda de atendimento excessiva e o ambiente inapropriado (CAVALCANTE et al., 2013).

Além da baixa participação do profissional enfermeiro na realização do ECM na atenção básica, observa-se também inadequação em relação à periodicidade do exame e faixa etária alvo. Resultados de um estudo complementar a este, realizado com 60 enfermeiros de 28 unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, SP, mostraram que 28 (46,7%) enfermeiros relataram não estabelecer intervalo de tempo para a realização do ECM e 33 (55,0%) não observam a idade determinada para o início da realização do mesmo. Entre os participantes, 18 (30%) enfermeiros relataram não realizar o ECM e entre os principais motivos apontados destacam-se a deficiência de conhecimento e a falta de tempo (MORAES et al., 2016).

Neste estudo, a deficiência do conhecimento dos profissionais fica evidente quando se observa dados que refletem a realização de ECM em usuárias que não precisavam e a ausência de exames nas consideradas como alvo das ações de detecção do câncer de mama. A baixa adequação do ECM foi verificada em metade das Unidades de Saúde selecionadas nos cinco DS de Ribeirão Preto, SP, ou seja, o município, de um modo geral, precisa rever as diretrizes nacionais preconizadas para a realização deste exame.

A baixa proporção de exames realizados reflete que a realização do ECM em mulheres nas faixas etárias preconizadas no Documento de Consenso de 2004 ainda não foi plenamente incorporada pela Atenção Básica (PARADA et al., 2008). Dessa forma, a capacitação dos profissionais em relação às diretrizes propostas no Documento de Consenso do Câncer de Mama é necessária para que nesse nível de atenção, as ações possam ser implementadas de modo a atender as usuárias conforme preconizado nas políticas públicas nacionais.

Importante mencionar que a condução deste estudo, a interpretação dos dados levantados e a discussão dos resultados foram baseadas nas diretrizes do Documento de Consenso publicado em 2004 (BRASIL, 2004a). Entretanto, em 2015 surgiram novas diretrizes para nortear a prática de saúde relacionada ao controle do câncer de mama no Brasil. Em relação ao ECM, de acordo com o MS, os riscos associados ao rastreamento com este exame incluem danos associados a resultados falso-positivos, falso-negativos, sobrediagnóstico e sobretratamento. Dessa forma, a posição do MS a partir de então é sobre a ausência de recomendação de rastreamento com ECM, uma vez que o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto (BRASIL, 2015a). O ECM passou a ser uma prática

complementar deixando de ser recomendação nas ações de rastreamento para todas as usuárias na faixa etária de 40 a 69 anos. Destaca-se, entretanto, que a realização do ECM consiste em uma das etapas do exame clínico da mulher e, sendo assim, deve se mantido nas práticas assistenciais dirigidas às mulheres. Além disso, a realização do ECM tem muita relevância nas ações de controle do câncer de mama no contexto nacional, uma vez que o acesso à MMG, padrão ouro no rastreamento, ainda é restrito na atenção básica do Brasil.

No contexto mundial, a recomendação do ECM como parte do rastreamento do câncer também foi abandonada na maioria dos países com programas de rastreamento. Por outro lado, esta estratégia pode ser significativa em países em que o acesso à MMG é deficiente e o percentual de tumores avançados ainda é alto no momento do diagnóstico, como é o caso do Brasil. Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde e a padronização dos achados e registros do mesmo fazem-se necessárias para assegurar a precisão do exame (SILVA; HORTALE, 2012).

Nesta perspectiva, alguns países de média renda estão conduzindo estudos para avaliar o impacto do ECM na redução da mortalidade por câncer de mama. Estudo clínico randomizado, iniciado em maio de 1998 em Mumbai, Índia, teve como proposta monitorar a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e de mama em oito anos de monitoramento, com quatro rodadas de triagem em intervalos de dois anos. Após três rodadas, concluídas em maio de 2005, os resultados mostraram boas taxas de participação, adesão ao diagnóstico, excelente taxa de conclusão de tratamento, bem como melhora nas taxas de casos fatais. Foram elegíveis 75.360 mulheres para a triagem, das quais 69.227 (90,88%), 62.755 (86,98%) e 59.543 (88,00%) participaram da primeira, segunda e terceira rodade de rastreamento para o câncer de mama. As taxas de positividade para triagem do ECM foram 0,46%, 0,77% e 0,94% durante as três rodadas, respectivamente, e as taxas de adesão para confirmação diagnóstica na sequência de um ECM positivo foram de 68%, 70,60% e 78,06% durante o primeiro, segundo e terceiro ciclo da pesquisa (MITTRA et al., 2010).

O ECM também tem sido privilegiado nas ações de rastreamento para o câncer de mama entre médicos e enfermeiros da ESF da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Mossoró, RN. Estudo transversal e inferencial, realizado em 2009, que objetivou investigar o conhecimento, atitude e práticas de médicos e enfermeiros em relação à detecção precoce do câncer de mama, mostrou que o ECM se destacou em detrimento à solicitação da MMG na busca do diagnóstico precoce do câncer de mama. Houve valorização da prática do ECM entre os profissionais de saúde investigados. Ao serem questionados sobre qual o exame mais indicado para o diagnóstico precoce do câncer de mama, 48,5% dos médicos responderam

ECM e 72,3% dos enfermeiros também (JÁCOME et al., 2011). Sabe-se, entretanto, que a eficácia da MMG é mais acurada e tem mais especificidade para detecção de lesões não palpáveis, o que contraria a afirmativa de médicos e enfermeiros estudados.

6.3.2 Mamografia

A MMG é o método disponível mais eficaz de rastreamento ou como método diagnóstico. Ressalta-se que, neste estudo, assim como no ECM, as usuárias foram investigadas sobre a realização de MMG de rastreamento.

De acordo com os relatos das usuárias entrevistadas, a taxa de recebimento de guia de encaminhamento para a realização da MMG, no período de 2009-2012, foi de 54,4%. Na faixa etária alvo das ações, 50-69 anos, esta taxa foi de 60,9%, ficando abaixo da cobertura preconizada nas diretrizes do MS.

Prevalência maior foi encontrada em estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, em 2002, identificando que 70% (IC 95%: 66,8-73,0) de uma amostra final de 879 mulheres de 40 a 69 anos de idade tinham realizado "mamografia alguma vez na vida". 83,7% (IC 95%: 80,5-86,6) dessas mulheres haviam realizado a última MMG há dois anos ou menos quando o estudo foi realizado (SCLOWTIZ et al., 2005).

Desde 2010, informações sobre o total de MMG de rastreamento realizados nos serviços do SUS, por faixa etária feminina são disponibilizados. Dessa forma, torna-se possível calcular a Razão de Mamografias anual (mamografias de rastreamento/metade da população feminina de 50 a 69 anos), cujo resultado ideal seria um caso para 100% das mulheres que fizessem o exame na frequência mínima recomendada (um exame a cada dois anos). Porém, para elaborar o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) o Ministério da Saúde estabeleceu que o parâmetro da meta da razão de mamografia tenha o valor de 0,7 ou 70% das mulheres da faixa etária escolhida (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013).

Esta determinação do MS está em conformidade com as diretrizes da *American Cancer Society*, que afirmam que são necessários 70% de cobertura mamográfica da população feminina entre 50 e 69 anos para reduzir a taxa de mortalidade pela neoplasia mamária entre 20% e 30% (SMITH; COKKINIDES; BRAWLEY, 2009).

No Estado de São Paulo, a Razão de Mamografias atinge o valor de 0,32 para a população feminina total na faixa etária de 50 a 69 anos. Entre as regiões, o valor da razão varia de 0,24 (o menor) na região de Ribeirão Preto, até 0,54 (o maior) na região de Araçatuba. Importante mencionar que o número de MMG realizadas pelo SUS não representa

o universo de MMG do Estado de São Paulo, pois não são consideradas as MMG realizadas no sistema de saúde suplementar, que atende 45% da população no Estado (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013).

Sendo assim, quando se considera apenas a Razão de Mamografias para a população usuária exclusiva do SUS, a razão estadual atinge o valor de 0,58, com variações entre 0,71 na região de Araçatuba (o melhor valor) e 0,36 na região de Bauru (o pior resultado). Adotada a meta mínima de 70% das mulheres na população-alvo, apenas duas regiões do Estado atingiram a meta em 2012: Araçatuba e São José do Rio Preto. Algumas regiões estão bem abaixo da meta mínima, com Razões de Mamografias abaixo de 0,50 como é o caso de Bauru (0,36), Baixada Santista e Ribeirão Preto (0,42), Franca e Registro (0,48), São João da Boa Vista e Sorocaba (0,49) (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013). No entanto, observa-se que os dados obtidos neste estudo em relação à realização da MMG em mulheres na faixa etária alvo das ações de controle do câncer de mama são mais animadores do que os encontrados pelos referidos autores.

Mesmo assim, ainda se encontram distantes da meta estabelecida para a realização da MMG. Em 2012, de acordo com a coordenadoria do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher da SMS/RP, cerca de mil mulheres na faixa etária alvo ficaram sem fazer MMG. Foram realizadas em Ribeirão Preto 14.308 mamografias pelo SUS. Deveriam fazer a MMG aproximadamente 9,3 mil mulheres na faixa etária de 50 aos 69 anos, porém apenas 8.366 exames foram registrados (RÁDIO CBN RIBEIRÃO PRETO, 2016).

Quando se compara as taxas de MMG realizadas em Ribeirão Preto, SP com as taxas das demais regiões do país, percebe-se que, no âmbito nacional, as porcentagens são ainda piores. De acordo com dados da PNAD-2008, 54,2% das mulheres entre 50 e 69 anos realizaram mamografia nos últimos dois anos no Brasil. Entre as regiões, as Regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram menores percentuais: 35,3% e 39,8%, respectivamente, enquanto as Regiões Sudeste e Sul foram aquelas com os maiores percentuais: 63,8% e 55,1% respectivamente (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE em 2013, 40% das mulheres brasileiras, de 50 a 69 anos de idade, não fizeram MMG, procedimento considerado como padrão ouro no rastreamento do câncer de mama (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

As evidências científicas atuais recomendam que todas as mulheres tenham acesso ao diagnóstico precoce e que o rastreamento mamográfico seja realizado nas mulheres de 50 a 69 anos, cujos benefícios são maiores que os riscos, e esforços têm sido empregados neste

sentido (BRASIL, 2015c). Uma das maneiras de garantir o acesso ao exame é disponibilizar equipamentos.

A necessidade de mamógrafos apontada na Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, é de um mamógrafo para 240.000 habitantes. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam que, em 2013, o número total de mamógrafos existentes no Estado de São Paulo era de 1.176. Este total engloba os mamógrafos da rede SUS e da rede privada não conveniada ao SUS. Observa-se que o Estado de São Paulo possui no total a média de 6,7 mamógrafos por 240 mil habitantes, bem maior que o recomendado pela portaria (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013).

Este parâmetro foi aplicado em Ribeirão Preto, SP, para a população usuária exclusiva do SUS (sem qualquer tipo de seguro ou plano privado de saúde), no ano de 2012. Considerando uma população usuária exclusiva do SUS em 2012 de 794.351 e o número de mamógrafos no SUS de 18, o número de mamógrafos SUS por 240.000 usuários SUS exclusivos foi de 5,4 (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013). Ou seja, em Ribeirão Preto, SP, a dificuldade em atingir a meta preconizada de MMG de rastreamento na população alvo não está atrelada à falta de equipamentos. Considerando que cada mamógrafo pode realizar até trinta exames diários em um total de 400 dias úteis em dois anos, é possível estabelecer que, neste período, cada mamógrafo poderia atender a 12.000 mulheres, capacidade acima do necessário para a cobertura da atenção básica do município (CORRÊA et al., 2008).

Ressalta-se ainda que os profissionais da atenção básica desconhecem essa capacidade de realização de MMG no município, visto que 46,7% dos 60 enfermeiros entrevistados em 28 unidades de saúde do município declararam que há entraves para a execução da MMG e para 71,4% destes, o maior obstáculo é a vaga para agendamento (MORAES et al., 2016).

Apesar dos dados obtidos evidenciarem uma situação crítica em relação ao cumprimento das diretrizes no município estudado, o aumento gradativo nas taxas de realização de MMG entre as mulheres de um modo geral e na faixa etária alvo das ações podem ser observado ao longo dos anos no contexto brasileiro. Com base no relatório do SISMAMA, o número de MMG no Brasil triplicou em 2010 em relação a 2009. Este aumento significativo ocorreu devido ao cumprimento da Lei 11.664 do Ministério da Saúde, que garante assistência à saúde mamária para mulheres em todo o país. Esta lei assegura a realização gratuita da MMG, por meio do sistema público de saúde, depois de 40 anos de idade. Promulgada em 2009, em 2010 gerou uma procura ainda maior pelo exame, desencadeando o aumento da demanda de serviços de saúde pública (MOREIRA et al., 2013).

Entretanto, há de se considerar que ela amplia a faixa de cobertura mamográfica, mas não define os recursos para essa ampliação, o que gera sobrecarga para os municípios e pode interferir nas faixas etárias cujas evidências apontam maior custo benefício.

Este crescimento também foi observado em 2012. De acordo com o Ministro da Saúde na época, Alexandre Padilha, no primeiro semestre de 2012, mais de um milhão de mulheres de 50 a 69 anos fizeram o exame preventivo de câncer, o que representa um aumento de 41% do número de MMG realizadas no SUS, se comparado ao mesmo período de 2010. Em 2012, 2.139.238 exames foram realizados, sendo 1.022.914 na faixa prioritária, enquanto em 2010, foram feitas 1.667.272 mamografias, sendo 726.890 na faixa prioritária. Esse aumento está condicionado à ampliação e à qualidade dos serviços oncológicos. O número de MMG também cresceu 16% entre 2012 (2.139.238) e 2011 (1.839.411), e 21% na faixa prioritária, 1.022.914 e 846.494 respectivamente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COMBATE AO CÂNCER INFANTIL E ADULTO, 2016).

Quando se compara os anos de 2010 e 2014 o aumento é ainda maior. O total de exames realizados entre mulheres de 50 e 69 anos aumentou 61,9%. Em números totais de exames, incluindo todas as faixas etárias, o aumento somou 41,8% entre 2010 (3.035.421) e 2014 (4.304.619) (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

As Razões de Mamografia também têm crescido sistematicamente entre os anos de 2010 e 2012, anos para os quais a informação da faixa etária dos exames está registrada. O aumento da razão no estado de São Paulo nestes últimos três anos foi de 39% e todas as regiões registraram aumento, que vai de 10% (Ribeirão Preto) até 153% em Araçatuba. Quando se compara a Razão de Mamografia na população feminina de Ribeirão Preto, SP, usuárias exclusivas do SUS, nos anos de 2010 e 2011, observa-se que saltou de 0,38 em 2010, para 0,42 em 2012 (MENDES; CECILIO; OSIANO, 2013). Este crescimento, apesar de mostrar uma evolução, está aquém do cumprimento das metas de controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP.

Apesar do crescimento nas taxas de realização da MMG, ainda se evidencia problemas em relação às faixas etárias em que os exames são realizados. De 2.956.951 milhões de mamografias de rastreamento realizadas no Brasil em 2011, conforme dados do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), 42% foram realizadas na população abaixo dos 50 anos de idade, faixa etária em que as evidências indicam um balanço menos favorável entre os malefícios e benefícios na realização do exame. Este dado ressalta a necessidade de direcionar as ações para a população alvo (BRASIL, 2012).

Estudo descritivo que utilizou dados secundários dos Sistemas de Informações de Saúde do SUS para avaliar a cobertura do rastreamento do câncer de mama na população alvo, o seguimento de lesões mamográficas sugestivas de malignidade e examinar se o número de achados mamográficos anormais e o volume de cirurgias realizadas são apropriados revelou que 46% do total de MMG realizadas em 2010 foram feitas em faixas etárias não recomendadas para rastreamento pelo MS. Nas faixas etárias alvo do rastreamento, a cobertura para a população SUS dependente, estimada a partir da razão exames/população alvo, foi de 32,2% para as mulheres de 50-59 anos e de 25% para as de 60-69 anos (AZEVEDO E SILVA et al., 2014).

Porcentagens semelhantes foram obtidas em 2013. Nesse ano foram registradas 2.295.135 mamografias de rastreamento no SISMAMA e, desse total, 53% foram realizadas na faixa etária alvo, de 50 a 69 anos, com pouca variação entre as regiões do país. Cerca de 36% dos exames foram realizados em mulheres de 40 a 49 anos, com percentuais variando de 35% na região Sudeste a 41% na região Norte e 6% do total de exames foram realizados em mulheres com 70 anos ou mais, sendo a menor proporção na Região Norte (4%) e a maior na Região Sudeste (7%) (BRASIL, 2015c).

Observa-se que a cobertura da população alvo, no Brasil, está abaixo do previsto para a redução da mortalidade por câncer de mama, apesar de as políticas de rastreamento terem mais de uma década, mostrando que as usuárias dos SUS não têm se beneficiado dessas ações. Ressalta-se que, neste aspecto, os dados obtidos em Ribeirão Preto, SP, mostram melhores resultados nas faixas etárias prioritárias que os encontrados no contexto nacional.

Cabe mencionar que o rastreamento populacional para mulheres com menos de 50 anos implica em risco tais como, a exposição mais frequente à radiação ionizante e o maior número de resultados falso-positivos nas mamografias, com consequente realização de biópsias desnecessárias e ansiedade para a mulher. Mesmo assim, observa-se elevado percentual de mamografias de rastreamento realizada em mulheres com menos de 50 anos em todos os estados brasileiros (BRASIL, 2015c). Essa realidade pode estar influenciada pelas controvérsias em relação à idade mínima em que as mulheres devem iniciar o rastreamento, incluindo as sociedades médicas do Brasil que preconizam a MMG a partir dos 40 anos de idade.

Do mesmo modo o rastreamento entre mulheres com 70 anos ou mais também ocasiona risco de sobrediagnóstico, ou seja, a identificação de casos de câncer que não evoluiriam e não trariam danos à vida da mulher. Uma vez detectado acarreta a instituição de

tratamento desnecessário (sobretratamento) que pode causar os efeitos colaterais da quimioterapia, radioterapia e mastectomia (BRASIL, 2015c).

Outro ponto que merece destaque no presente estudo, refere-se ao recebimento de guia de encaminhamento para a realização da MMG no período investigado, sendo que muitas usuárias que relataram ter recebido e realizado o exame em Ribeirão Preto, SP, fizeram a MMG uma única vez, sem considerar a periodicidade recomendada. A realização da MMG uma única vez na vida ou mesmo de forma esporádica não garante a eficácia do rastreamento. Observa-se aqui que as ações de controle do câncer de mama não apresentam consistência na sua implementação, contrariando as diretrizes que definem a idade e periodicidade que devem ser seguidas, mesmo considerando o rastreamento oportunístico.

Entretanto, a realização de MMG sem considerar a periodicidade definida nas diretrizes do controle do câncer de mama não é exclusividade do município estudado. Do total de MMG de rastreamentos realizados em mulheres de 50 a 69 anos de idade, registrados no SISMAMA em 2013, 22% foram registrados como exames de primeira vez, ou seja, a mulher nunca tinha feito MMG anteriormente. Em relação à periodicidade recomendada pelo MS, em apenas 31% dos exames foi informado que a última MMG havia sido realizada nos dois anos anteriores e, em 14% dos exames, foi informada a realização de MMG anterior a três anos (BRASIL, 2015c).

Moreira et al. (2013) verificaram a realização de MMG anterior no Brasil, com base no relatório do SIMAMA, nos anos de 2009 e 2010. Os resultados do estudo mostram que as informações de pelo menos uma MMG anterior ao ano base de análise foi de 50,15% (n=432.288) em 2009 e 53,65% (n=1.367.413) em 2010. No entanto, identificaram um elevado número de solicitações de MMM em que as mulheres não souberam responder se já haviam realizado ou mesmo que nunca tinham realizado uma MMG antes, correspondendo a quase metade dos casos registrados nos dois anos. O estudo constatou melhorias na disposição das mulheres brasileiras para a realização da MMG em 2010 em comparação a 2009. Um número maior apresentou atitudes positivas sobre a prática da MMG, fator fundamental para o cumprimento da mesma.

Conforme discutido, para o sucesso das ações de rastreamento do câncer de mama, considera-se o papel dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica no que se refere às ações de educação em saúde na atenção básica, ao sistema de vigilância e busca ativa das usuárias, ao cumprimento das diretrizes preconizadas, à realização dos exames conforme competência profissional, à disponibilidade dos equipamentos necessários, dentre outros. Mas não se pode deixar de destacar que a não realização da MMG ou mesmo sua realização fora

do intervalo recomendado pode estar associado à resistência da mulher em fazer o exame. No ano de 2003, iniciou-se um projeto de rastreamento mamográfico atendendo as mulheres na faixa etária dos 40 a 69 anos das 19 cidades da Direção Regional de Saúde V da Secretaria de Estado da Saúde – Estado de São Paulo (DRS-V/SESSP), tendo como referência o Hospital de Câncer de Barretos (HCB) (LOURENÇO, 2009). O exame de mamografia foi oferecido em larga escala à população, podendo ser realizado na Unidade Fixa de Barretos (HCB) ou através de Unidade Móvel de Prevenção (UMP), que contém um mamógrafo. Foram avaliadas 550 mulheres e, nesta população, as pacientes mencionaram saber da importância da MMG, mas não a realizam principalmente devido à ausência de sintomas (60,4%), medo da dor (25,1%) ou do câncer (20,5%). Ressalta-se que este aspecto não foi objeto de investigação neste estudo.

Por outro lado, os dados levantados neste estudo apontam problemas relacionados à inadequação das orientações sobre idade para início do rastreamento mamográfico, o que de certa forma, também compromete a adesão às ações de controle do câncer de mama. Estes achados sugerem desconhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica sobre as diretrizes preconizadas. De acordo com o estudo de Moraes et al. (2016), conduzido com enfermeiros que atuam nas mesmas unidades de saúde do presente estudo, com relação à capacitação profissional acerca das ações preconizadas pelo MS para o controle do câncer de mama, após 2004, cerca de metade deles afirmou não ter recebido capacitação, e, dos 20 que mencionaram ter recebido, 13 (65,0%) haviam realizado há mais de dois anos. Muitos não souberam afirmar se nos locais de trabalho, os documentos oficiais sobre ações de rastreamento da neoplasia mamária, como o Caderno de Atenção Básica nº 13 (27 - 45,0%) e o Documento de Consenso do Câncer de Mama (33 - 55,0%) estavam disponíveis para consulta.

Baixo nível de conhecimento também foi encontrado entre os profissionais pesquisados em estudo transversal e inferencial realizado na ESF da SMS de Mossoró, RN, quanto ao início do rastreamento mamográfico. Médicos e enfermeiros responderam em sua maioria 40 anos (69,7% e 93,6% respectivamente) (JÁCOME et al., 2011).

Cabe ponderar que, como já discutido anteriormente, são muitas as divergências relativas à idade de início em todo o mundo, bem como entre as entidades ligadas ao tema dentro do próprio país. Além disso, as Leis e Decretos vão e voltam em relação à idade assegurada nos serviços públicos, o que, de certa maneira, torna-se um complicador na implementação das mesmas, e exige ações de educação permanente.

Por último, é interessante destacar que diferentemente do observado na PNAD 2008 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b), em que o percentual de cobertura para MMG foi maior que a cobertura para ECM no Brasil, 54% versus 40% respectivamente, neste estudo as taxas de MMG referidas pelas usuárias entrevistadas foram menores do que o total de ECM relatado. Esse dado pode ser um fator que pode comprometer as ações de rastreamento do câncer de mama do município visto que a MMG ainda é o padrão ouro para essa população. Entretanto, como o estudo é um recordatório entre as usuárias da atenção básica do município, há necessidade de outros estudos que revelem a prevalência de ações de rastreamento com outros métodos e técnicas que complementem a informação das usuárias com o registro em prontuários, bem como as informações do Sistema de Informação do Câncer em que se pode identificar o número de MMG solicitadas e realizadas, assim como o resultado das mesmas.

6.3.3 Ultrassonografia das mamas e Biópsia

Em relação à realização da USG das mamas, apenas 10,3% das usuárias entrevistadas relataram sua realização. Cabe destacar que a demora no agendamento do exame e o retorno do resultado superior a seis meses foram relatadas por mais da metade (34 - 56,7%) dos enfermeiros que participaram de pesquisa nas mesmas unidades de saúde que o presente estudo, caracterizando um obstáculo à sua realização. Além disso, a maioria (38 - 63,3%) dos enfermeiros disse que não há estabelecimento de intervalo para a realização do exame nas unidades investigadas e 20 (33,3%) não souberam informar (MORAES et al., 2016), fato compreensível visto que o USG das mamas é um exame complementar à MMG e deve ser solicitado apenas para confirmação de resultados de acordo com as diretrizes do controle do câncer de mama.

A USG vem ganhando mais espaço dentro das ações de rastreamento do câncer de mama, mas ainda se mostra uma ferramenta limitada. Acrescentar este exame às ações rotineiras aumentaria muito os custos globais do rastreamento e, sendo assim, sua utilização ainda se restringe às mulheres mais jovens e com alto risco familiar (NASTRI; MARTINS; LENHARTE, 2011).

O Consenso do European Group of Breast Cancer Screening (EGBCS) avaliou o uso da USG das mamas no rastreamento do câncer de mama e seus relatos mencionaram que além de aumentar os custos, o uso do exame em população assintomática encontra-se associado a uma inaceitável taxa de falso-negativo e falso-positivo. Dessa forma, ela segue sendo

utilizada como um método complementar à MMG e ao ECM na avaliação de alterações palpáveis e impalpáveis (TEH; WILSON, 1998).

Destaca-se ainda, as baixas taxas de detecção do exame quando utilizado de forma isolada. Resultados parciais de um estudo do American College of Radiology Imaging Network (ACRIN) envolvendo 21 centros num total de 2.809 mulheres assintomáticas, as quais apresentavam mamas densas, mostraram que em 96,8% da população, a taxa de detecção da USG das mamas exclusiva, da MMG exclusiva e a associação de ambas foram 4,2, 7,6 e 11,8 respectivamente (BERG et al., 2008).

Quanto à biópsia, a proporção de usuárias que relataram ter se submetido ao procedimento neste estudo foi de 7,1%. Conforme ressaltado na apresentação dos resultados, neste estudo as informações foram coletadas junto às usuárias da atenção básica e não há como verificar se a proporção de mulheres que relataram ter feito biópsia corresponde ao total de mulheres que tiveram, de fato, indicação para a mesma, uma vez que não foram investigados os laudos mamográficos.

De qualquer forma, o número de biópsias mencionadas pelas usuárias investigadas nas unidades de saúde de Ribeirão Preto, SP, corresponde ao encontrado em outro estudo com a mesma temática. Em estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, em 2002, cerca de 10% (IC 95%: 8,2-12,3) das mulheres estudadas na amostra de 879 mulheres foram submetidas à biópsia ou cirurgia por patologia mamária em algum momento da vida (SCLOWTIZ et al., 2005).

Apesar de não ter sido investigado a adequação das biópsias realizadas pelas mulheres entrevistadas neste estudo, cabe destacar que muitas vezes elas não correspondem ao percentual de MMG alteradas. Resultados de estudo descritivo, que buscou avaliar a cobertura do rastreamento do câncer de mama na população alvo e o seguimento de lesões mamográficas sugestivas de malignidade, mostraram que apenas 27% das mulheres entre 50 e 59 anos com mamografias com BI-RADS® 4 e 5 estão realizando biópsia. Na faixa etária de 60-69 anos, esse percentual sobe para 63%. O estudo utilizou dados secundários dos Sistemas de Informações de Saúde do SUS, mas mesmo considerando as possibilidades de erros de registro, os resultados apontam que esta desproporção entre os achados mamográficos e a realização de biópsias evidencia o encaminhamento de casos para cirurgia sem a prévia biópsia realizada no SUS. A baixa realização de biópsia sinaliza que o sistema de saúde ainda não está preparado para atender à demanda de mulheres que deveriam ser alvo das ações específicas de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama (AZEVEDO E SILVA et al., 2014).

Esta desproporção não foi observada no Município de Monteiro, localizado na Região do Cariri Ocidental, extremo Sul do Estado da Paraíba. Estudo de avaliação da cobertura das ações de rastreamento do câncer de mama analisou o banco de dados do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e encontrou 15 casos nas categorias suspeitas de malignidade, 10 (0,9%) pacientes com BIRADS® 4 e 5 (0,5%) com BIRADS® 5. Dezessete mulheres (todos os casos de BIRADS® 4 ou 5, e dois casos com lesões palpáveis nos quais o BIRADS® foi 1 ou 2) foram submetidas à punção por agulha fina e ou por agulha grossa (*core biopsy*). Uma paciente foi submetida aos dois procedimentos. Nesse estudo a taxa de indicação de biópsias foi de 1% entre as mulheres rastreadas por mamografia (17 em 1767) (BARRETO; MENDES; THULER, 2012). Esse estudo, entretanto, pode ter resultados mais promissores porque estão relacionados a um programa de educação permanente de profissionais do programa de saúde da família e mostra a avaliação da cobertura após o mesmo.

Ainda em relação ao procedimento adotado diante de alterações nos resultados mamográficos, cabe mencionar que, a maioria (44 - 73,3%) dos 60 enfermeiros entrevistados em 28 unidades de saúde de Ribeirão Preto, SP, referiu que não encaminha usuárias com resultado de MMG suspeito para câncer de mama à unidade de referência (MORAES et al., 2016). Este dado encontrado em pesquisa complementar ao presente estudo ajuda a compreender, em parte, a baixa porcentagem de USG e biópsia relatadas pelas usuárias investigadas. No entanto, cabe à atenção básica o papel de coordenadora do cuidado e, sendo assim, é ela que realiza a articulação entre os diversos serviços (BRASIL, 2013c).

Para que as ações de rastreamento do câncer de mama sejam efetivas, é imprescindível que seja cumprido todo o fluxo de acordo com a necessidade de cada usuária.

6.3.4 Autoexame das mamas

No que se refere às ações de controle do câncer de mama, no presente estudo, foi investigado entre as usuárias a realização do AEM. A maioria das usuárias investigadas (394 - 62,4%) referiu não ter sido orientada por profissionais de saúde da atenção básica sobre a idade em que se deve iniciar a prática do autoexame das mamas. A falta de orientação por parte dos profissionais de saúde em relação ao AEM denuncia, mais uma vez, que a atenção básica apresenta desempenho inadequado no seu papel educativo nas ações de saúde voltadas ao controle do câncer de mama, considerando que essa pode ser uma prática de autoconhecimento do próprio corpo e uma forma de a mulher estar mais atenta a sinais e sintomas que poderiam estar associados ao câncer de mama.

O conceito de AEM foi promovido nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1950, por Cushman Haagensen, um cirurgião de mama. Nesta época não existia MMG e muitas mulheres eram diagnosticadas com tumores avançados e inoperáveis. De forma conceitual, o AEM indica que a mulher deve avaliar suas mamas mensalmente com método bem definido, e preferencialmente após treinamento, a fim de que ela descubra nódulos mais precocemente, segundo Thornton e Pillarisetti[1] (2008 apud MENKE; DELAZERI, 2010).

No Brasil, no final dos anos 1980 e durante a década seguinte, campanhas educativas pela televisão, por cartazes e por folhetos popularizaram a técnica do AEM no país, sendo até hoje ensinada pelos mais diversos meios de comunicação. O AEM foi recomendado como uma prática sanitária sistemática e difundido mundialmente até o final dos anos 1990 (BRASIL, 2015a). Porém, nos últimos dez anos, o ensino do AEM deixou de ser recomendado no meio acadêmico e pelos programas de rastreamento na maior parte do mundo (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2012).

Neste estudo, a porcentagem de usuárias que referiu realizar o AEM foi alta (78,4%), mas a falta de orientação dessa prática pelos profissionais de saúde parece ter reflexo, principalmente na periodicidade, visto que as usuárias o realizam de forma esporádica. A preocupação com a doença pode ser um indicativo para que as usuárias adiram a essa prática, mas deve ser dada ênfase no fato de que a auto palpação das mamas não tem como objetivo a detecção precoce do câncer de mama. Cabe ressaltar o papel da mídia neste processo de alerta em relação aos cuidados com as mamas, apesar de que as informações veiculadas têm como principal foco a detecção precoce, o que pode ser um fator de confusão entre as usuárias dos serviços de saúde.

Esta prevalência foi próxima à encontrada em estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS. Os autores encontraram uma prevalência do hábito de realizar o AEM de 83,5% (IC 95%: 80,9-85,9), dessas, 80,4% (IC 95%: 77,3- 83,2) realizavam AEM ao menos uma vez ao mês (SCLOWTIZ et al., 2005). Em contrapartida, estudo conduzido no Maranhão traz taxas baixas da prática do AEM. Apenas 33,8% das 2.888 mulheres entrevistadas fazem o autoexame das mamas (LIMA et al., 2011).

Estudo desenvolvido no município de Maringá, PR, cujo objetivo foi analisar a prevalência e os fatores associados à realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama (AEM, ECM e MMG) entre 439 mulheres de 40-69 anos, mostrou uma situação

[1] THORNTON, H.; PILLARISETTI, R. R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same: what do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, New York, v. 44, n. 15, p. 2118-2121, 2008.

diferente da encontrada no presente estudo. Em Maringá, a prevalência do hábito de realizar o AEM foi de 64,5% (283) e a realização do AEM foi orientada pelo profissional de saúde na última consulta ginecológica em 69,7% (306) dos casos. O estudo destacou ainda que entre as mulheres que possuíam o hábito de examinar as suas mamas em casa, a maioria referiu que suas mamas foram examinadas na última consulta ginecológica pelo médico ou enfermeiro (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Ações de educação para ensinar a palpação das mamas pela própria mulher como estratégia de cuidados com o próprio corpo faz parte das recomendações para o SUS (BRASIL, 2004a). Porém, de acordo com os resultados de uma revisão integrativa que buscou descrever as ações educativas dos profissionais de saúde para a realização do autoexame das mamas na população feminina, são muitas as lacunas em relação à educação da mulher para a realização do exame, em que informações sobre período, técnica e necessidade da realização do mesmo não são fornecidas de maneira clara (SOARES, 2011).

Entretanto, a realização esporádica do AEM entre as usuárias entrevistadas, bem como uma prática não pautada em técnicas, vem ao encontro das novas propostas de auto palpação das mamas. O termo AEM está associado ao método de rastreamento que pressupõe treinamento para a realização de exames padronizados, sistemáticos e periódicos, de acordo com a literatura científica. Porém, grandes ensaios clínicos desenvolvidos no final da década de 1990 não demonstraram redução da mortalidade por câncer de mama por meio da educação para o AEM. Sendo assim, muitos países passaram a incorporar a estratégia conhecida como "*breast awareness*", que significa estar alerta à saúde das mamas. As mulheres são orientadas à auto palpação das mamas sem recomendações específicas, podendo realizar sempre que se sentir confortável, seja no banho, no momento de se vestir ou em outra situação cotidiana. O foco é a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. A palpação ocasional tem se mostrado mais efetiva do que o ensino do AEM (BRASIL, 2013c).

A partir de 2015, baseado em evidências, o MS não recomenda o ensino do AEM como método de rastreamento do câncer de mama. A recomendação para a prática tem baixa evidência e nas diretrizes atuais é uma prática considerada contrária fraca, em que os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios (BRASIL, 2015a).

Trabalho que procurou avaliar os estudos sobre o AEM para elaborar um posicionamento sobre incentivá-lo ou não, concluiu que o principal motivo dos programas de rastreamento, que é a diminuição da mortalidade, não é alcançado com o AEM. De acordo com a revisão, as mulheres que realizam o AEM são submetidas a mais biópsias do que as que não praticam, demonstrando mais riscos do que benefícios. Sendo assim, o AEM não

pode ser recomendado como método isolado de rastreamento. Porém, ressalta-se que ele é útil no contexto do autocuidado da saúde mamária e na diminuição de casos avançados em regiões carentes dos métodos de imagem (MENKE; DELAZERI, 2010).

Diante das controvérsias que envolvem o AEM, cabe ressaltar que, ainda que o exame realizado pela própria mulher não deve substituir o exame clínico realizado pelo profissional de saúde capacitado para esta atividade, ele continua sendo um aliado nas ações de detecção precoce do câncer de mama, uma vez que o autoconhecimento propicia a procura pelo serviço na presença de alterações, principalmente quando se considera as baixas coberturas mamográficas no país.

Destaca-se ainda que ele se apresenta como um procedimento de fácil implantação, com baixo custo associado e grande abrangência. O uso desta técnica é de grande valia na detecção de tumores que se tornam palpáveis no intervalo do rastreamento mamográfico podendo, neste caso, ser mais sensível do que o próprio ECM. O processo de conscientização das mulheres em relação à prevenção da doença deve envolver orientações a respeito da auto palpação, em especial em regiões com difícil acesso aos serviços de saúde, incluindo a atenção básica. Recomenda-se a sua realização por todas as mulheres a partir de 20 anos de idade, com periodicidade mensal, realizado quatro a seis dias após o término do fluxo menstrual (GEBRIM et al., 2011).

6.4 AÇÕES EDUCATIVAS NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

Os resultados referentes às ações educativas no controle do câncer de mama encontrados no presente estudo revelam que os profissionais de saúde da atenção básica, em especial os enfermeiros, têm negligenciado seu papel educador em saúde. De acordo com as respostas das usuárias, as unidades não têm ofertado material educativo nem ministrado palestras com temas que abranjam aspectos relativos ao câncer de mama.

O INCA recomenda que toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama (BRASIL, 2012). Este eixo de comunicação e mobilização social integra o plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer e envolve iniciativas para ampliar e qualificar a informação para a mulher, enfatizando aspectos relativos à prevenção, ao diagnóstico precoce e à faixa etária recomendada para o rastreamento mamográfico.

Neste sentido, o INCA tem produzido e atualizado materiais informativos sobre câncer de mama procurando utilizar linguagem simples sem prejuízo do conteúdo; usar imagens de

mulheres que retratem o universo multirracial e multicultural da sociedade brasileira; introduzir elementos de problematização do acesso aos serviços de saúde; e evitar o tom prescritivo e normatizador das recomendações técnicas. No âmbito do SUS, em 2011, foram enviados materiais para as Secretarias de Saúde de 24 Estados e de sete capitais pela Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede/Coordenação-geral de Prevenção e Vigilância/ INCA (BRASIL, 2012).

Entre estes materiais educativos, destaca-se a Agenda da Mulher, que oferece informações simples para promover a saúde e prevenir doenças. Em relação ao câncer de mama, ela traz aspectos básicos sobre a doença, sua prevenção, sinais e sintomas de alerta, exames a serem realizados de acordo com a faixa etária e presença de fatores de risco. Merece destaque uma tabela para registro das MMG realizadas, com a data do exame, resultado de acordo com a categoria BI RADS e conduta tomada. Sendo assim, constatar que 92,4% das usuárias, que frequentam as unidades de saúde da atenção básica em Ribeirão Preto, SP, não receberam a Agenda da Mulher pode pressupor que a Secretaria de Saúde do município não recebeu o material ou não deu a devida importância ao conteúdo da mesma, ignorando a sua distribuição entre as mulheres cadastradas. De acordo com o estudo de Moraes et al. (2016), é possível confirmar que as unidades não dispõem das mesmas, uma vez que apenas sete (11,7%) enfermeiros, do total de 60, afirmaram que a unidade de saúde dispunha da Agenda da Mulher.

No entanto, a propagação de informações concernentes à necessidade de realização dos exames, da periodicidade dos mesmos, bem como dos sinais de alerta da doença devem ser explorados pelos profissionais de saúde e abordagens educativas devem fazer parte do rol de atividades das equipes, seja em momentos coletivos, seja em momentos individuais durante a consulta (BRASIL, 2013c).

Entretanto, no presente estudo assim como não ocorre a entrega das agendas da mulher, as taxas referentes à participação das usuárias em reuniões educativas chamam a atenção pela expressiva quantidade de usuárias que relataram nunca terem participando de eventos sobre o câncer de mama na unidade de saúde (95,4%). E as informações das usuárias são confirmadas pelos enfermeiros que atuam nas unidades. A respeito da realização de atividades educativas sobre câncer de mama na unidade, 47 (78,3%) relataram não as realizar (MORAES et al., 2016).

A necessidade contínua de ações educativas sobre câncer de mama e dos exames de detecção precoce, em linguagem mais próxima do universo das mulheres ficou evidente em estudo com 98 mulheres idosas em São Paulo. Santos e Chubaci (2011) observaram que todas

já tinham ouvido falar de câncer de mama, principalmente pela mídia, mas havia ainda algumas dúvidas. Em relação à MMG, cuja principal fonte de informação é o profissional de saúde, 36,7% referiram não ter recebido esclarecimento sobre o exame. Quanto ao conhecimento sobre sintomas, a maioria conhecia algum sintoma, mas 28,6% desconheciam. Entre as que conheciam, 7,1% expressaram informação equivocadas, tais como tosse, ferimento no corpo, pancada ou batida não cuidada, glândula e caroço com coceira. Do grupo que nunca havia feito MMG (22,4%), quase 20% citaram como motivo a ausência de sintomas, demonstrando desconhecer a lógica do rastreamento.

Ainda no que tange as ações educativas, destacam-se também o emprego de estratégias para a transmissão das informações, bem como o aproveitamento do tempo nas salas de espera. Resultados de um estudo que desenvolveu atividade de promoção e prevenção do câncer de mama na população usuária do Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF) revelaram o impacto das intervenções pedagógicas através da dinâmica de grupo na sala de espera. A avaliação quantitativa do questionário interativo, aplicado antes e após a intervenção, mostrou assimilação do conteúdo. A avaliação qualitativa revelou participação ativa dos usuários através da exposição de opiniões, argumentos, depoimentos, experiências pessoais e dúvidas. Os profissionais do CSEBF consideraram a sala de espera um local privilegiado e estratégico para as abordagens (KIM et al., 2010).

O impacto das ações educativas no controle do câncer também foi percebido em estudo realizado na ESF do município de Orobó/PE. As atividades educativas foram realizadas nas unidades de saúde, mediante o uso de álbum seriado, cartilha, recurso digital, cartazes, além de uma apresentação teatral e música. Observou-se que, com o desenvolvimento das atividades educativas, o conhecimento das mulheres aumentou em relação aos fatores de risco que podem desencadear a doença. As participantes passaram a entender que a etiologia da doença está relacionada à interação de diversos fatores, entre eles os antecedentes familiares e a herança genética (SILVA et al., 2011). Os autores concluíram que o principal motivo que levou as mulheres a participarem das ações de educação para o câncer de mama no município de Orobó, PE, foi o interesse pelo assunto, demonstrando a carência de informação sobre o tema na região.

Neste sentido, merece destaque os resultados da pesquisa realizada com 14 enfermeiras entre as 15 que atuam nas 15 Unidades de Saúde da Família do município de Serra Talhada, PE (14 na zona urbana e uma na zona rural). Os 14 profissionais entrevistados, ou seja 100%, relataram que realizam palestras educativas abordando o tema câncer de mama. Além disso, os enfermeiros afirmaram aconselhar as mulheres a realizarem a revisão

periódica das mamas (RODRIGUES et al., 2012). Experiências parecidas poderiam ser adotadas nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, SP. Os profissionais poderiam aproveitar o tempo de espera para trabalhar de maneira criativa a temática da doença.

Situação semelhante foi observada em outros locais. Estudo conduzido na SMS de Mossoró, RN, que objetivou investigar o conhecimento, atitude e práticas de médicos e enfermeiros da ESF em relação à detecção precoce do câncer de mama, evidenciou a falta de conhecimento dos profissionais em relação ao melhor período para a realização do ECM, bem como a idade recomendável para a solicitação da primeira MMG. Também foi detectada a falta de rastreamento mamográfico em mulheres jovens assintomáticas, pertencentes a grupos de alto risco para o câncer de mama, e deficiência na promoção em saúde sobre câncer, visando à mobilização e conscientização das mulheres sobre o cuidado com a própria saúde. De acordo com os resultados, a educação em saúde desenvolvida pelos profissionais da atenção básica se restringiu ao ensinamento do AEM. O baixo tempo de atuação, a rotatividade entre os profissionais de saúde e a ausência de uma política de educação permanente em saúde no município destacaram-se como fatores que dificultam o estabelecimento dos vínculos necessários a uma ação promotora na saúde (JÁCOME et al., 2011).

O mesmo estudo revelou que apesar de 55,5% dos médicos e 82,2% das enfermeiras terem mais de cinco anos de atividade na ESF, constatou-se que, respectivamente, 87,9% e 55,3% não receberam treinamento no diagnóstico do câncer de mama pela SMS, o que contraria as recomendações do SUS no que concerne à qualificação de recursos humanos. Os profissionais mencionaram ainda a falta de estímulo na busca de uma educação permanente em saúde (JÁCOME et al., 2011).

A falta de conhecimento dos profissionais também foi observada em estudo descritivo transversal realizado com enfermeiros de um hospital público universitário do Sul do Brasil (Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA). Foram questionados 135 profissionais sobre a faixa etária em que deve ser realizada a primeira MMG, de acordo com o MS. Foram obtidas somente três respostas corretas (2,2%) para esta questão. Quando questionados sobre a periodicidade mínima recomendada para a MMG, apenas 14 (10,4%) respostas estavam corretas. Apesar do perfil demográfico dos participantes desse estudo ter mostrado uma predominância de profissionais com treinamento e experiência consideráveis no campo da oncologia, áreas como fatores de risco e estratégias atuais para detecção do câncer estão comprometidas, o que revela uma significativa falta de conhecimento a respeito das

orientações atuais para a detecção do câncer de mama propostas pelo MS (PROLLA et al., 2015).

Em relação à realização do exame ginecológico preventivo Papanicolaou observou-se que 455 (72,1%) usuárias, no presente estudo, relataram ter feito o exame no período investigado (2009-2012). Dado semelhante foi encontrado em estudo desenvolvido no Município de Monteiro, localizado na Região do Cariri Ocidental, extremo Sul do Estado da Paraíba, PB, que avaliou a cobertura das ações de rastreamento do câncer de mama, sendo que 70,8% das 3.608 mulheres que foram entrevistadas relataram ter sido submetidas ao exame pelo menos uma vez na vida (BARRETO; MENDES; THULER, 2012).

A realização do Papanicolaou contribui para o rastreamento do câncer de mama, uma vez que o ECM faz parte deste procedimento, bem como as informações que são oferecidas durante a realização do mesmo. Corroborando a importância do Papanicolaou nas ações de controle do câncer de mama, resultados de um estudo conduzido por Sclowtiz et al. (2005) na cidade de Pelotas, RS, mostraram que as prevalências de orientações e ou estímulos para a realização do AEM e de ECM recebidas do médico durante a última consulta ginecológica, foram, respectivamente, de 76,9% (IC 95%: 73,9-79,7) e 83,3% (IC 95%: 80,6-85,7).

Mas, de acordo com os relatos das usuárias que participaram deste estudo, 41,1% delas não receberam orientações dos profissionais de saúde durante a realização do Papanicolaou sobre como examinar as mamas.

Cabe ressaltar que a falta de ações educativas não ocorre apenas no âmbito da atenção primária à saúde. Em estudo descritivo transversal realizado com enfermeiros de um hospital público universitário do Sul do Brasil (Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA) envolvidos nos cuidados de pacientes oncológicos, a grande maioria dos participantes (134 - 99,3%) reconhece o papel profissional dos enfermeiros na realização de ações educativas para ajudar na prevenção do câncer de mama, mas somente metade deles (65 - 48,5%) efetivamente realiza essas ações em sua prática diária (PROLLA et al., 2015).

A falta de ações educativas sobre o câncer de mama, seja em momentos individuais como a realização do exame ginecológico preventivo ou mesmo em momentos coletivos como palestras nas salas de espera das unidades, compromete o rastreamento do câncer de mama. Neste sentido, ressalta-se novamente o papel dos profissionais de enfermagem nessas ações educativas. A enfermagem tem competência para divulgar informações relativas aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando a adoção de modelos comportamentais e hábitos saudáveis. Acredita-se que ações educativas favoreçam a aquisição do conhecimento prévio das mulheres na detecção precoce do câncer de mama, proporciona

autonomia para o autocuidado e desenvolve o potencial para promoção da saúde (JÁCOME et al., 2011).

Destaca-se ainda que, orientações sobre a importância de adesão a recomendações, tanto na realização do AEM como na MMG ou mesmo no conceito de alerta à saúde das mamas, podem ser fornecidas pela enfermagem quando ela assimila o seu papel de educadora no rastreamento do câncer de mama. Dessa forma, a informação acerca do câncer de mama, idade para realização do exame de MMG, formas de detecção do câncer e fatores de risco para o desenvolvimento da doença podem influenciar nas variáveis relacionadas à adesão, com impacto no aumento do diagnóstico precoce (LOURENÇO, 2009).

6.5 AVALIAÇÃO DAS HIPÓTESES LEVANTADAS

Conforme destacado na apresentação dos resultados, os testes de associação realizados entre o nível de escolaridade, classe social e raça/cor declarada com a adequação do ECM e MMG não se mostraram significativos. Entretanto, evidenciou-se que o nível de escolaridade mais baixo, Analfabeto/Fundamental 1 incompleto, correspondeu à taxa mais baixa de adequação do ECM, mas foi associado à maior adequação na realização da MMG.

A baixa escolaridade associada à menor realização do ECM também foi encontrada em estudo desenvolvido no município de Maringá, Paraná, cujo objetivo foi analisar a prevalência e os fatores associados à realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama (AEM, ECM e MMG). Entre 439 mulheres de 40-69 anos, as mulheres analfabetas pesquisadas tiveram menos as suas mamas examinadas clinicamente (p= 0,0005) (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Do mesmo modo, estudo realizado no Maranhão observou que quanto maior a escolaridade mais frequente é a adoção de medidas de prevenção contra o câncer de mama e que maior escolaridade se relaciona diretamente à realização de medidas preventivas, ampliando-se a busca por exames mais complexos nos grupos com maior escolaridade. No grupo de escolaridade até quatro anos de estudos, o AEM é o mais relatado (29,1%), destacando-se o ECM no grupo com mais de cinco anos de escolaridade (49,3%) (LIMA et al., 2011).

Em estudo de Moreira et al. (2013), baseado nos dados do relatório do SISMAMA referentes à 2009 e 2010, os autores também constataram que o nível educacional é um fator importante para a adesão à MMG.

Em âmbito nacional, a PNAD-2005 mostrou que 36,8% das mulheres sem escolaridade e com mais de 24 anos haviam realizado o ECM contra 90% das mulheres com 15 anos ou mais de escolaridade na mesma faixa etária. Mas, contrariando o que foi encontrado no presente estudo, a realização de MMG esteve relacionada ao nível de escolaridade mais alto. Apenas 24,3% das mulheres sem escolaridade com mais de 24 anos realizaram o exame, enquanto 68,1% das mulheres com 15 anos ou mais de escolaridade, na mesma faixa etária, foram submetidas ao exame alguma vez (BRASIL, 2005b).

Interessante destacar que a escolaridade e a busca por exames refletem-se no estadiamento da doença. Mourão et al. (2008) observaram que quanto menor o grau de instrução, maior a chance de ter estadiamento II, III e IV. O inverso também é notório, visto que quanto maior o grau de instrução maiores são as chances de a doença ser diagnosticada em fases iniciais (estadiamento 0 e I), ressaltando que a falta de informação ou mesmo alguns fatores e crenças culturais estão diretamente relacionados com o diagnóstico tardio do tumor, dificultando o tratamento e diminuindo as chances de remissão total e cura da doença.

Neste estudo, as taxas de adequação do ECM e da MMG não variaram em relação às usuárias que se auto declararam como brancas e não brancas. Em contrapartida, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, mostrou que o maior número de MMG foi realizado por mulheres brancas (66,2%) e com nível de escolaridade superior completo (80,9%). As menores proporções foram observadas em mulheres negras (54,2%), pardas (52,9%) e com fundamental incompleto (50,9%). A região Norte registrou a menor proporção de mulheres que haviam feito o exame (38,7%), seguida das regiões Nordeste (47,9%), Centro-Oeste (55,6%), Sul (64,5%) e Sudeste (67,9%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

De acordo com os dados do SISMAMA, as mulheres que se submeteram à MMG nos anos de 2009 e 2010 foram em sua maioria branca, equivalendo a 58% (n=831,437) e 58,51% (n=610.073) do total dos relatórios respectivamente. As mulheres que haviam se classificado como negras também mostraram taxas menores de adesão à MMG, representando 34,17% (n=130.316) em 2009 e 35,32% (n=368.333), em 2010 (MOREIRA et al., 2013).

Outro dado encontrado no presente estudo relacionou-se ao fato de que as usuárias classificadas como pertencentes às classes sociais D+E tiveram as menores taxas de adequação do ECM e, em contrapartida, as maiores taxas de adequação da MMG.

Estes achados divergem dos resultados de estudo de base populacional que pretendeu estabelecer o nível de cobertura do ECM entre 1.026 mulheres de 20 a 60 anos residentes em São Leopoldo, RS, e descrever as características associadas a não realização do exame. As

mulheres inseridas nas classes C, D e E apresentaram menor probabilidade de realizarem exame de mama (DIAS-DA-COSTA et al., 2007).

Do mesmo modo, divergem dos resultados de estudo transversal de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, que mostraram a prevalência de "mamografia no último ano" em relação à classe social. Observou-se em Pelotas um aumento progressivo da prevalência desse método diagnóstico em direção às classes sociais mais altas (p=0,001). As prevalências de "exame clínico de mamas", "mamografia na vida" e "consulta ginecológica no último ano" também apresentam aumento progressivo, estatisticamente significativo, em direção às classes sociais mais altas (SCLOWTIZ et al., 2005).

Em âmbito nacional, as maiores taxas de cobertura de MMG estão associadas à maior renda. Dados da PNAD-2008 mostraram um aumento da proporção de mulheres entre 50-69 anos que já realizaram MMG, de 54,6% em 2003 para 71,5% em 2008. Apesar de o maior percentual de incremento de cobertura de MMG ter ocorrido na população de menor renda comparada a de maior renda, as maiores coberturas continuam na população de maior renda.

No projeto de rastreamento mamográfico iniciado em 2003 em Barretos, observou-se um número elevado de mulheres que não haviam realizado MMG nas mulheres de baixa escolaridade (42,6%) e baixa classe socioeconômica (44,6%). Para a classe socioeconômica, foi observada uma associação estatisticamente significativa com a não realização do exame. As mulheres pertencentes às classes socioeconômicas D e E apresentaram uma maior proporção de não realização do exame mamográfico comparadas com as mulheres nas classes B e C (p<0,001). O mesmo observa-se para a escolaridade, mulheres com baixa escolaridade (1 º grau) e analfabetas são as mais propensas a não realização do exame mamográfico (p<0,001) (LOURENÇO, 2009).

Em estudo que buscou avaliar a prevalência do ECM e MMG e fatores associados à sua realização, em mulheres de 40 a 69 anos, moradoras das regiões Sul e Nordeste do Brasil, mulheres de 50 a 59 anos, de cor da pele branca, mais ricas e escolarizadas foram as que mais adotaram as recomendações para MMG. Verifica-se ainda que no grupo de mulheres que nunca realizaram MMG e ou ECM, o maior risco para a não realização desses exames em ambas as regiões se encontra entre as mulheres mais pobres e menos escolarizadas. Evidenciou ainda que os grupos mais vulneráveis continuam precisando de maior atenção por parte dos profissionais de saúde e, consequentemente, de ações públicas voltadas a eles (BORGES et al., 2016).

Por outro lado, as variáveis socioeconômicas e o nível de renda percebido não foram significativas em relação à adesão ao comparecimento ao rastreamento em estudo transversal (DUNDAR; OZYURT; ERDURAK, 2012) desenvolvido na cidade de Manisa, Turquia.

Neste estudo também se testou a associação entre a orientação sobre a idade para iniciar o AEM e a sua realização. Observou-se que houve associação entre a orientação por parte do profissional de saúde em relação à idade para iniciar a prática do AEM e a sua realização. Este achado evidencia que o papel educativo dos profissionais de saúde contribui para a adoção das ações de controle do câncer de mama.

A associação do AEM e a realização anual do ECM também foram testadas e os resultados revelaram que houve associação entre os exames. Esta associação pode indicar que as mulheres que se auto examinam têm mais preocupação em ter as mamas examinadas pelo profissional de saúde. Estudo desenvolvido no município de Maringá, PR, cujo objetivo foi analisar a prevalência e os fatores associados à realização de ações de prevenção secundária do câncer de mama (AEM, ECM e MMG) entre 439 mulheres de 40-69 anos, também encontrou associação entre a realização do AEM com a realização do ECM por profissionais de saúde na última consulta ginecológica (p=0,001) (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

Do mesmo modo, este estudo encontrou associação entre a realização anual do ECM e a realização do exame Papanicolaou, mas não foi observada associação entre a realização do Papanicolaou e a adequação na realização da MMG. Esse dado revela que, apesar de a oportunidade da coleta do Papanicolaou se mostrar como propícia para ações de rastreamento dos cânceres de colo de útero e mama, parece que os profissionais têm perdido a oportunidade de aliar a realização do ECM com a indicação da MMG. Essa conjunção poderia ser um indicador importante para melhorar a cobertura das ações de rastreamento do câncer de mama entre as usuárias da atenção básica do município.

7 CONCLUSÕES

Entre as características socioeconômicas das usuárias entrevistadas destacam-se que a maioria era casada, com baixa escolaridade, pertencentes às classes sociais C e D e não tinham plano de saúde.

Apesar da baixa prevalência de usuárias com histórico familiar de câncer de mama ou câncer de ovário na amostra estudada, observou-se que a investigação por parte dos profissionais de saúde sobre esta questão encontra-se aquém do esperado. Investigar o fator de risco familiar para o câncer de mama é imprescindível para determinar as condutas a serem tomadas, entre elas a garantia da periodicidade dos exames de rastreamento.

Também foi baixa a porcentagem de usuárias que relataram realizar o ECM anualmente. Além disso, constatou-se inadequação na realização do mesmo. Metade das usuárias que declararam presença de história familiar de câncer de mama ou câncer de ovário não fez o exame anualmente, assim como grande parte das usuárias acima dos 40 anos que deveriam fazer. Quando a realização do ECM foi considerada no período investigado (2009-2012), notou-se que a porcentagem se elevou um pouco, mas mesmo assim não atingiu a meta estabelecida nas diretrizes nacionais relativas ao controle do câncer de mama.

A maior parte dos ECM foi realizada pelo profissional médico, durante a realização do exame preventivo Papanicolaou. Chama a atenção a baixa participação do profissional enfermeiro na realização do ECM. A adequação do exame foi verificada nas 30 unidades de saúde selecionadas nos cinco DS do município. Metade das unidades ficou abaixo da nota de corte de 70%, que corresponde à média de adequação esperada para o município, e as taxas mais baixas de adequação foram observadas em unidades de saúde do DN e DO.

Os dados relacionados à MMG também revelaram condutas que não seguem as diretrizes nacionais. De acordo com as usuárias, a MMG foi realizada fora dos critérios estabelecidos no Documento de Consenso, não sendo respeitada a faixa etária alvo das ações nem a presença de fator de risco familiar. Usuárias que precisavam fazer o exame não o fizeram no período investigado, enquanto outras que se submeteram ao procedimento estavam fora das prioridades definidas na política pública.

Falhas na periodicidade de realização da MMG também foram observadas. Intervalo superior a dois anos entre os exames ou mesmo a não realização do mesmo foi relatado por mais da metade das entrevistadas pertencentes à faixa etária alvo das ações de rastreamento (50-69 anos de idade). Esta inadequação na realização da MMG foi observada nas 30

unidades de saúde selecionadas nos cinco DS do município e, assim como no ECM, os DN e DO se destacaram pelo maior percentual de inadequação na realização da MMG.

Em relação à realização da USG das mamas e de biópsia, o estudo permitiu levantar apenas a taxa de realização referida pelas usuárias, bem como a porcentagem de tumores benignos nos resultados das amostras analisadas. Para explorar a adequação da realização destes procedimentos, torna-se necessário levantar outros dados, tais como resultados dos laudos mamográficos para avaliar a real indicação da complementação diagnóstica.

De acordo com as respostas das usuárias faltam orientações por parte dos profissionais de saúde das unidades básicas investigadas quanto à idade para início da prática do AEM, bem como a técnica de auto palpação. Na maioria das vezes, as orientações sobre o AEM ocorreram durante o exame ginecológico preventivo Papanicolaou.

Em relação às ações educativas empregadas no controle do câncer de mama, observou-se que a Atenção Básica vem dando pouco destaque para as ações de promoção de saúde propostas. O recebimento da Agenda da Mulher e a participação em reuniões educativas sobre o tema foram mencionados por poucas usuárias. Cabe ressaltar ainda que, quando fornecidas, as informações mostram-se equivocadas em relação às recomendações, o que demonstra a inabilidade de muitos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica de Saúde no que se refere às práticas destinadas ao controle do câncer de mama.

A falta de orientações é preocupante principalmente quando existe uma associação entre o recebimento de orientações sobre a idade para iniciar a prática do AEM e sua realização e, por conseguinte, entre o AEM e a realização anual do ECM.

Depreende-se, a partir dos achados que no município de Ribeirão Preto, SP, as ações educativas relativas ao controle do câncer de mama não estão sendo desenvolvidas de forma satisfatórias. Importante ressaltar que, como a enfermagem ocupa papel de destaque nas ações de educação em saúde, este achado sinaliza a baixa atuação dos profissionais de enfermagem no que tange as práticas educativas na atenção básica do município.

Ressalta-se que foi baixo o percentual de usuárias que referiram possuir plano de saúde. Isto implica numa dependência das ações oferecidas pelo SUS, ou seja, as mulheres investigadas não dispõem de outras alternativas a não ser os serviços ofertados pelas unidades de saúde nas quais são assistidas. Além disso, foi possível identificar que algumas regiões (DO e DN) destacaram-se pelo pior desempenho nas ações de rastreamento e carecem da adoção de estratégias para reverter este quadro.

Sendo assim, torna-se preocupante o panorama das ações de controle do câncer de mama observado no município. Não se pode ignorar que o desconhecimento da população em

relação à doença e às ações de prevenção e detecção, bem como a resistência em aderir às ações preconizadas, seja por medo do diagnóstico ou por medo da dor gerada pelo exame, constituem-se em fatores limitadores ao rastreamento do câncer de mama. Dessa forma, novos estudos precisam ser conduzidos no município a fim de investigar se existe resistência das mulheres em aderir ao rastreamento do câncer de mama. Contudo, não se pode com isso minimizar a responsabilidade que recai aos serviços de saúde da atenção básica no que concerne à implementação das diretrizes preconizadas.

De acordo com os dados obtidos, conclui-se que as ações de controle do câncer de mama empregadas no município estudado não estão em conformidades com as diretrizes preconizadas, exigindo reformulações das práticas adotadas. Espera-se que os dados levantados possam subsidiar as reflexões e direcionar as decisões dos gestores e dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica de Ribeirão Preto, SP.

REFERÊNCIAS

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (Ed.). **Textbook of cancer epidemiology**. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2008.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2623-2632, nov. 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COMBATE AO CÂNCER INFANTIL E ADULTO. **Outubro rosa e câncer de mama**. Disponível em: <http://www.abraccia.org.br/noticia/outubro-rosa-e-cancer-de-mama/#.Vwb2qTGF-Z8>. Acesso em: 7 abr. 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 13 fev. 2016.

AZEVEDO E SILVA, G. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul. 2014.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007.

BARRETO, A. S. B.; MENDES, M. F. M.; THULER, L. C. S. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 86-91, 2012.

BERG, W. A. et al. ACRIN 666 investigators: combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. **JAMA**, Rio de Janeiro, v. 299, n. 18, p. 2151-2163, 2008.

BORGES, Z. S. et al. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-13, jan./mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 30 abr. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, n. 112, p. 36, 13 jun. 2002. Seção 1.

_____. Portaria nº 1.253, de 12 de novembro de 2013. Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 12 nov. 2013a. Seção 1, p. 128.

_____. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1, p. 119-120.

_____. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 19 dez. 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Portaria nº 2.898, de 28 de novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 28 nov. 2013b. Seção 1, p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006a. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003**. Rio de Janeiro, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer "José Alencar Gomes da Silva". **Agenda estratégica**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/agenda_estrategica/apresentacao_agenda_estrategica>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004a.

_____. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015a.

_____. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama:** resumo das apresentações. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Programa nacional de controle do câncer do colo de útero e mama "viva mulher"**. Rio de Janeiro, 2005c.

_____. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil:** balanço 2012. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer "José Alencar Gomes da Silva". Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer "José Alencar Gomes da Silva". Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama:** Brasil e regiões, 2013. Rio de Janeiro, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004b. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006b. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, DF, 2013c.

_____. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006c. 60 p. (Série Pactos pela Saúde, 4).

_____. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007a. 68 p. (Série Pactos pela Saúde, 4).

_____. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2007b. 94 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Política nacional de DST/Aids:** princípios, diretrizes e estratégias. Brasília, DF, 1999. 90 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011b.

BROEDERS, M. Screening for breast cancer: experiences from the Netherlands. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 97-113, 2009.

CANADIAN PARTNERSHIP AGAINST CANCER. **System performance report**. Toronto, 2010.

CANADIAN STRATEGY FOR CANCER CONTROL. **The Canadian strategy for cancer control:** a cancer plan for Canada. Ontario, 2006. Discussion paper.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. **CMAJ**, Ottawa, v. 183, n. 17, p. 1991-2001, Nov. 2011.

CAVALCANTE, S. A. M. et al. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 459-466, 2013.

CORRÊA, R. S. et al. Impacto de um programa de avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia do Distrito Federal. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 109-114, mar./abr. 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1603-1612, jul. 2007.

DUNDAR, P. E.; OZYURT, B. C.; ERDURAK, K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. **The Scientific World Journal**, Cairo, v. 2012, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22489204>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FERLAY, J. et al. **Cancer incidence and mortality worldwide**. Lyon: IARC, 2013. (IARC Cancer Base, 11). Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 10 dez. 2013.

GEBRIM, L. H. Rastreamento para câncer de mama e estadiamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 216-218, maio 2009.

GEBRIM, L. H. et al. **Câncer de mama:** prevenção secundária. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2011.

GIORDANO, L. et al. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. **Journal of Medical Screening**, London, v. 19, p. 72-82, 2012. Supplement 1.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, p. 47-54, mar. 2012.

_____. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 362-367, jul./set. 2009.

GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M. et al. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. **Retos a Futuro Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 52, n. 6, p. 523-543, nov./dic. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 23 ago. 2012.

_____. **Pesquisa nacional de saúde 2013:** percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014. 180 p.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: PNAD, 2008. Rio de Janeiro, 2010b.

JÁCOME, E. M. et al. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 189-198, 2011.

KIM, D. D. et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Maria, v. 15, p. 1377-1381, 2010. Suplemento 1.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011.

LOURENÇO, T. S. **Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil:** barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2009.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C. Adesão ao rastreamento mamográfico oportunístico em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 191-197, abr. 2010.

MARCHI, A. A.; GURGEL, M. S. C.; FONSECHI-CARVASAN, G. A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 214-219, 2006.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Validation of an instrument to identify actions for screening and detection of breast cancer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 183-189, 2015.

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 888-898, maio 2011.

MENDES, J. D. V.; CECILIO, M. A. M.; OSIANO, L. R. L. Produção de mamografias no SUS do Estado de São Paulo. **BEPA**, São Paulo, v. 10, n. 120, p. 17-28, 2013.

MENKE, C. H.; DELAZERI, G. J. Autoexame ou autoengano? **FEMINA**, São Paulo, v. 38, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a002.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MITTRA, I. et al. A cluster randomized, controlled trial of breast and cervix cancer screening in Mumbai, India: methodology and interim results after three rounds of screening. **International Journal of Cancer**, New York, v. 126, n. 4, p. 976-984, 2010.

MORAES, D. C. et al. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016.

MOREIRA, C. B. et al. Prevalência do exame mamográfico em mulheres brasileiras no período de 2009 a 2010. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 151-155, abr./jun. 2013.

MOURÃO, C. M. L. et al. Perfil de pacientes portadores de câncer de mama em um hospital de referência no Ceará. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 47-53, abr./jun. 2008.

NASTRI, C. O.; MARTINS, W. P.; LENHARTE, R. J. Ultrassonografia no rastreamento do câncer de mama. **FEMINA**, São Paulo, v. 39, n. 2, fev. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n2/a2454.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2015.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. International Cancer Screening Network. **Breast cancer screening programs in 26 ICSN countries, 2012:** organization, policies, and program reach. Bethesda, [2012]. Disponível em: <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/breast/screening.html>. Acesso em: 12 jun. 2015.

NELSON, H. D. et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, p. 727-737, 2009.

OBERAIGNER, W. et al. Introduction of organised mammography screening in Tyrol: results following first year of complete rollout. **BMC Public Health**, London, v. 11, p. 673, Aug. 2011.

O'DONOGHUE, C. et al. Aggregate cost of mammography screening in the United States: comparison of current practice and advocated guidelines. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 160, n. 3, p. 145, Feb. 2014.

OKONKWO, Q. L. et al. Breast cancer screening policies in developing countries: a cost-effectiveness analysis for India. **Journal of National Cancer Institute**, Oxford, v. 100, n. 18, p. 1290-1300, Sept. 2008.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais: o caso do câncer de mama. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, fev. 2011.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. Epidemiologia do câncer de mama em pacientes do Sul do Brasil. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2009.

PARADA, R. et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PARK, K. et al. Community-based intervention to promote breast cancer awareness and screening: the Korean experience. **BMC Public Health**, London, v. 11, p. 468, June 2011.

PEREIRA, J. C. R. **Bioestatística em outras palavras**. São Paulo: EDUSP, 2010. 424 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Delineamento de pesquisa. In: POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (Ed.). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 309-356.

PROLLA, C. M. D. et al. Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 90-97, jan./fev. 2015.

RABÊLO, P. P. C. **Ações no controle do câncer de mama entre usuárias da atenção básica em São Luís, MA**. 2014. 171 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

RÁDIO CBN RIBEIRÃO PRETO. 90,5 FM. Disponível em: <http://www.cbnribeirao.com.br/noticias/cidades/cidades_internaNOT.aspx?idnoticia=893800>. Acesso em: 7 abr. 2016.

REZENDE, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 75-81, 2009.

RIBEIRÃO PRETO. **Índice de mamografias no Brasil está abaixo da média mundial**. Disponível em: <http://www.ribeiraopretoonline.com.br/saude/indice-de-mamografias-no-brasil-esta-abaixo-da-media-mundial/92883>. Acesso em: 7 abr. 2016.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16ubs.php>. Acesso em: 10 mar. 2015a.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de saúde de Ribeirão Preto:** período 2010-2013. Ribeirão Preto, 2010.

_____. **Plano de saúde de Ribeirão Preto:** período 2014-2017. Ribeirão Preto, 2014.

_____. **Relações das unidades de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br >. Acesso em: 10 mar. 2015b.

RODRIGUES, F. B. et al. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em um município do sertão pernambucano: uma abordagem da prática profissional. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 73-86, dez. 2012.

ROSENBERG, J.; CHIA, Y. L.; PLEVRITS, S. The effect of age, race, tumor size, tumor grade, and disease stage on invasive ductal breast cancer survival in the U.S. SEER database. **Breast Cancer Research and Treatment**, Dordrecth, v. 89, n. 1, p. 47-54, 2005.

SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SARKEALA, T.; HEINÄVAARA, S.; ANTTILA, A. Organised mammography screening reduces breast cancer mortality: a cohort study from Finland. **International Journal of Cancer**, New York, v. 122, p. 614-619, 2008.

SCLOWTIZ, M. L.et al. Breast cancer's secondary prevention and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005.

SILVA, A. R. S. et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 12, p. 952-959, 2011. Número especial.

SILVA, R. C. F. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento:** elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil. 2012. 265 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

SMITH, R. A. International programs for the detection of breast cancer. **Salud Pública México**, Cuernavaca, v. 53, n. 5, p. 394-404, sept./oct. 2011.

SMITH, R. A.; COKKINIDES, V.; BRAWLEY, O. W. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 59, n. 1, p. 27-41, 2009.

SMITH, R. A. et al. Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, 60, n. 2, p. 99-119, 2010.

SOARES, C. B. **Ações educativas para a realização do auto-exame das mamas**. 2011. 51 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Recomendações da X reunião nacional de consenso:** rastreamento do câncer de mama na mulher brasileira. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2008.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

STRUMPF, E. C.; CHAI, Z.; KADIYALA, S. Adherence to cancer screening guidelines across Canadian provinces: an observational study. **BMC Cancer**, London, v. 10, p. 304, June 2010.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatísticas dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, p. 38-45, 2008. Suplemento 1.

TEH, W.; WILSON, A. R. The role of ultrasound in breast cancer screening: a consensus statement by the European Group for Breast Cancer Screening. **European Journal of Cancer**, New York, v. 34, n. 4, p. 449-450, 1998.

THULER, L. C. S. Epidemiologia do câncer de mama. In: CHAGAS, C. R. et al. (Org.). **Tratado de mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 487-491.

TIEZZI, D. G. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 257-259, 2010.

_____. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 385-387, 2013.

URBAN, L. A. B. D. et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 334-339, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control:** knowledge into action. Geneva, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/EarlyDetectionModule3.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **National cancer control programmes:** policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva, 2002. 216 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO (SMS-RP)

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

SUS

OF. 1632/13 – GS
RACG/racg

Ribeirão Preto, 24 de abril de 2013.

Senhora Orientadora,

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Secretaria Municipal da Saúde está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do Projeto de Pesquisa "AÇÕES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA, NOS MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO, DIADEMA E RIBEIRÃO PRETO" e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Solicito que os pesquisadores encaminhem à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

STÊNIO CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Ana Maria de Almeida
Orientadora do Projeto de Pesquisa
EERP-USP

APÊNDICE B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 197/2013

Ribeirão Preto, 07 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 164ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393

Projeto: Ações no Controle do Câncer de Mama: Identificação das Práticas na Atenção Básica.

Pesquisadores: Ana Maria de Almeida

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Maria de Almeida
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuária

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa "Ações para o controle do câncer de mama na atenção básica, nos municípios de São Paulo, Diadema e Ribeirão Preto". Em Ribeirão Preto a pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Ana Maria de Almeida, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Essa pesquisa tem como objetivo analisar o que tem sido feito nessa unidade de saúde para controlar o câncer de mama. A pesquisa é importante porque pode ajudar as autoridades de saúde a melhorarem as ações que já são feitas e diminuir o número de mulheres que descobrem a doença em estágios já avançados.

Caso aceite participar, você responderá um questionário com perguntas sobre a sua idade, estado civil, como mora, sua renda, saber se você tem fatores de risco e proteção para câncer de mama e como utiliza o serviço de saúde. Essa entrevista será realizada por uma pessoa treinada que utilizará um computador de mão, com duração de aproximadamente 30 minutos. Será feita na própria unidade de saúde no dia em que você vier para consulta.

Participar da pesquisa para algumas mulheres pode gerar algum desconforto em responder as perguntas relativas ao câncer de mama, mas estaremos ao seu lado para conversar a respeito e caso queira, interrompemos a entrevista.

Sua participação pode trazer benefícios diretos para você uma vez que as informações obtidas poderão melhorar a assistência nessa unidade de saúde.

Os resultados da pesquisa, sendo estes favoráveis ou não, serão utilizados para elaboração de trabalhos e publicações no meio científico.

Assumimos o compromisso de manter segredo sobre sua identidade, assim como garantimos que o desenvolvimento da pesquisa não trará nenhum prejuízo às suas atividades na unidade de saúde. Você não irá receber nenhuma remuneração pela sua participação, assim como não terá nenhum gasto. Garantimos o esclarecimento do andamento do estudo em qualquer etapa. Também será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir nas suas atividades na unidade de saúde.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Profa. Dra. Ana Maria de Almeida no endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP. CEP 14040-902. Fone: (16) 3602 3432. E-mail: amalmeid@eerp.usp.br. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres-Humanos – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no mesmo endereço ou no Fone (16) 3602.3386, no horário das 8 às 17 horas.

Eu, _____,
RG _____, tendo recebido as informações acima e após assinar as duas vias deste termo, recebi uma via assinada pela pesquisadora, ciente dos meus direitos concordo em participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____ _____
Assinatura da pesquisadora Assinatura da informante

ANEXO B - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA USUÁRIA

Informações Gerais

Data da coleta __/__/____ Horário do início __:___ Horário do fim da coleta __:___ Nome do entrevistador:_____

Código do entrevistador:_____ Nome da UBS:_____ Tipo de UBS |__| (1) Mista (2) PSF (3) Tradicional

Identificação da Usuária

Q1)N° do prontuário_____ Iniciais do Nome:_____**Q 2)**Endereço:_____

Q 3) Telefone:_____ **Q 4)**Nº SUS _____

Informações sobre a Usuária no momento

Q5) Qual é a data de seu nascimento?_____

Q 6) Qual é o seu estado civil? |__| (1) solteira (2) casada (3) viúva (4) separada (5) divorciada

Se solteira, responda a questão 6.1. Se não, responda a 7

Q 6.1) A Senhora vive com companheiro(a)? |__| (1)sim (0) não

Q 7) Qual raça/cor a Senhora se considera? |__| (1) amarela (2) branca (3) indígena (4) Negra(5) parda

Q 8) Qual seu nível de escolaridade? |__| (1) analfabeto/fundamental 1incompleto; (2) fundamental 1 completo / fundamental 2 incompleto (3) fundamental 2 completo/médio incompleto (4) médio completo/ superior incompleto (5) superior completo

Q 9) Atualmente a senhora trabalha? (1) sim (0) não (2) aposentada

Se trabalhar, responda a questão 9.1. Se não trabalha ou aposentada pule para 10.

Q9.1) Se sim qual a ocupação?_____

Q 10) Quantos itens a senhora tem de:

|__| geladeira |__| freezer |__| máquina de lavar |__| rádio

|__| televisão em cores

|__| videocassete e/ou DVD |__| banheiro |__| automóvel |__| empregada mensalista

Q 11) Qual o grau de Instrução do chefe de família? |__| (analfabeto/fundamental 1incompleto; (2) fundamental 1 completo / fundamental 2 incompleto (3) fundamental 2 completo/médio incompleto (4) médio completo/ superior incompleto (5) superior completo

Q 12) Possui plano de saúde? |__| (1) sim (0) não

Se possuir plano de saúde, responda a questão 12.1. Se não têm pule para 13.

Q12.1) Em que situação a Senhora usou o plano?|__| (1) exames (2) consultas (3) outra situação

Ações no controle do câncer de mama nos últimos 4 anos (2009, 2010, 2011, 2012)

Fatores de risco para câncer de mama no momento – *A história familiar de casos de câncer é muito importante para orientar sobre estilo de vida e indicar os intervalos de exames preventivos.*

Q 13) A Senhora sabe de casos de câncer de mama ou câncer de ovário em sua família? |__| (1) sim (0) não (99) não sabe

Se sim, responda 14. Se não, pule para a questão 15.

Q14) Era câncer de mama ou ovário? |__| (1) mama (2) ovário (3) mama e ovário

Se câncer de mama, responda 14.1 a 14.3. Se câncer de ovário, pule para a questão 14.4. Se os 2 tipos de câncer, responda a partir de 14.1 a 14.4
Caso de câncer de mama, especifique:

Q 14.1) A Senhora recorda se seu parente tinha mais que 50 anos ao descobrir o câncer? |__| (1) mais que 50 (2) menos que 50 (3) Um mais de 50 anos, outro menos de 50 anos (99) não sabe ou não recorda

Q 14.2) Acometeu uma das mamas ou as duas? |__| (1) apenas uma das mamas (2) as duas mamas (99) não sabe ou não recorda

Q 14.3) Qual era o parentesco de seu familiar? |__|__|__|__|__| (1) mãe (2) filha (3) irmã (4) outro parentesco (5) sexo masculino

Caso de câncer de ovário, especifique:

Q 14.4) Qual era o parentesco de seu familiar? |__|__|__|__|__| (1) mãe (2) filha (3) irmã (4) outro parente

Q 15) Algum profissional de saúde deste posto perguntou se a Senhora ou seus familiares tiveram câncer de mama ou ovário? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Exame Clínico das mamas
Espera-se que o médico ou enfermeiro do posto examinem suas mamas todo ano. Farei algumas perguntas sobre isto.

Q 16) Algum profissional deste posto explicou a partir de que idade é necessário que a Senhora marque uma consulta para que o Enfermeiro ou o Médico examinem suas mamas? |__|__| (0) não (1) sim (99) não recorda. Se sim, **Q16.1** (1) antes dos 40 anos (2) após 40 anos (3) após 50 anos (4) sem restrição (99) não recorda.

Q 17) Pelo menos uma vez por ano, suas mamas tem sido examinadas por médico ou enfermeiro deste posto? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q 18) Entre 2009-12, algum profissional de saúde deste posto palpou e ou examinou as mamas da Senhora? |__| 1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, siga para 19. Se não, pule para a questão 24

Q19) Em que ano foi à última vez que suas mamas foram palpadas ou examinadas? |__| (1) 2009 (2) 2010 (3) 2011 (4) 2012 (99) não recorda.

Q 20) Qual o motivo do exame e palpação das suas mamas? |__|__|__|__|__|__|__| (1) queixa de alteração mamária (2) idade (3) casos de câncer de mama em familiares (4) rastreamento de câncer de mama (5) outro motivo. Qual?---------- (99) não sabe

Q 21) Qual profissional o fez? |__|__|__| (1) médico (2) enfermeiro (3) médico e enfermeiro (99) não recorda

Q 22) Esse profissional examinou suas mamas quando? |__|__|__|__|__| (1) durante o exame ginecológico preventivo (Papanicolaou) (2) durante consulta de enfermagem (3) na consulta médica (4) Visita domiciliar (5) outro momento Qual? _____

Q 23) Foi encontrada alguma alteração ao examinar as mamas? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, siga para 23.1 e 23.2. Se não, pule para a questão 24.

Q 23.1) A Senhora recorda qual era a alteração? (1) caroço (2) saída de líquido do mamilo (3) retração de mamilo (4) afundamento na pele da mama (5) alteração na pele da mama (99) não recorda

Q 23.2) Diante da alteração, o que foi feito? |__|__|__| (1) outros exames (2) não retornou ao Posto de Saúde (3) encaminhamento a outro serviço especializado (0) nada (99) não recorda

Mamografia *- Farei algumas perguntas sobre o exame em que colocamos as mamas em um aparelho que as comprimem para fazer um RX, chamado mamografia.*

Q 24) Algum profissional de saúde deste posto a orientou sobre a idade em que as mulheres devem fazer a primeira mamografia? |__|__|__| (1) sim (0) não (99) não recorda. **Q 24.1)**Se sim, (1) antes de 40 anos (2) após 40 anos (3) após 50 anos (4) não há restrição (5) outra idade

Q 25) Entre 2009 - 2012, a Senhora recebeu uma guia de encaminhamento deste posto para fazer mamografia?|__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, responda 26. Se não, pule para 39.

Q 26) A Senhora recorda se houve remarcação deste exame e qual foi o motivo? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q26.1) Se sim, qual o motivo? (1) Paciente faltou (2) profissional faltou (3) falha no agendamento (4) falta ou falha de equipamento

Q 27) Entre 2009-12, a Senhora faltou ao exame ou à consulta de retorno da mamografia? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, siga para 27.1 e 27.2. Se não, pule para 28

Q27.1) Qual a razão de ter faltado? |__|(1) medo de fazer (2) não considera importante (3) faz o exame pelo convênio ou particular (4) outra razão.

Q 27.2)O que foi feito diante de sua falta? |__|__|__| (1) o posto entrou em contato (2) a Senhora remarcou (0) nada (99) não recorda

Q 28) A Senhora tem feito mamografia **pelo SUS** anualmente ou a cada dois anos? |__| (0) nunca fez (1) anualmente (2)a cada 2 anos (3) a cada 3 anos (4) em intervalo superior a 3 anos (5) em intervalo inferior a um ano (6) faz sem seguir uma periodicidade (99) não recorda

Se fez a mamografia no período investigado, siga para 29. Se não ou nunca, pule para 39

Fez mamografia, especifique:

Q29) A sua última mamografia **pelo SUS** foi realizada em que ano entre 2009-12? |__| (1) 2009 (2) 2010 (3) 2011 (4) 2012 (99) não recorda

Q30) Qual foi o **principal** motivo que a levou a fazer este exame? |__| (1) idade (2) casos de câncer de mama em familiares (3) percebeu alterações na mama

(4) o profissional de saúde pediu (5) propaganda ou campanha (6) outro motivo (99) não recorda

Q31) Qual o profissional que solicitou? |__| (1) médico (2) enfermeiro (3) médico e enfermeiro (99) não recorda

Q32) Quantos meses se passaram entre a solicitação e a realização da mamografia? |__| (1)< 1 (2)1⊣3 (3) >3⊣6 (4)> 6 (0) não retornou (99) não recorda

Q 33) Recorda onde fez a mamografia? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q33.1 Se sim, especificar o local _____

Q 34) Após o exame, quantos meses se passaram até retornar com o resultado em consulta? |__| (1)< 1 (2)1⊣3 (3) >3⊣6 (4)> 6 (0) não retornou (99) não recorda

Q 35) Foi encontrada alguma alteração? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se encontrada alteração, siga para 36. Se não, pule para 40

Q 36) A Senhora recorda o que era? |__| (1) sim, alterações benignas (2) suspeita de câncer (3) câncer (99) não sabe ou não recorda

Q 37) O que foi feito diante da situação? |__| (1) outro exame (2) não retornou ao posto (3) outra conduta (0) nada (99) não recorda

Q 38) Entre a realização da mamografia e o médico dizer o diagnóstico desta alteração, quantos meses se passaram? |__| (1)< 1 (2)1⊣3 (3) >3⊣6 (4)> 6 (0) não retornou (99) não recorda

Não fez mamografia, especifique:

Q39) A Senhora faz este exame pelo convênio ou particular? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda.

Q39.1) Que motivos a levaram a não fazer este exame pelo SUS? |__| (1) nenhum motivo em específico (2) não considera os recursos do SUS bons (3) demora no atendimento (4) medo de fazer (5) não considera importante (6) não foi solicitado (7) outro motivo. Qual?

_____

Ultrassom das mamas – Às vezes o médico indica fazer um exame em que é aplicado sobre as mamas um gel para deslizar o aparelho de ultrassom, agora, farei perguntas sobre este tipo de exame.

Q40) Entre 2009-2012, a Senhora recebeu um guia de encaminhamento deste posto para fazer ultrassom de mama? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, responda 41. Se não recebeu, pulepara 49.

Q 41) A Senhora recorda se houve remarcação deste exame e qual foi o motivo? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q41.1) se Sim, especifique o motivo. (1) Paciente faltou (2) profissional faltou (3) falha no agendamento (4) falta ou falha de equipamento

Q 42) Entre 2009-12, a Senhora faltou ao exame ou à consulta de retorno do Ultrassom das mamas? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim, siga para 42.1 e 42.2. Se não, pule para 43.

Q 42.1) Qual a razão de ter faltado ao exame? |__|(1) medo de fazer (2) não considera importante (3) faz pelo convênio ou particular (4) outra razão

Q 42.2)O que foi feito diante de sua falta? |__|__|__| (1) o posto entrou em contato (2) a Senhora remarcou (0) nada (99) não recorda

Q 43) Em que ano a Senhora fez, **pelo SUS,** seu último ultrassom de mama? |__| (0) não fez (1) 2009 (2) 2010 (3) 2011 (4) 2012 (99) não recorda

Se não ou nunca fez ultrassom de mama, pule para 49

Fez USG de mama, especifique:

Q 44) Qual foi o **<u>principal</u>** motivo que levou o médico a solicitar este exame? |__| (1) idade (2) mamas grandes (3) percebeu alterações na mama (4) o profissional de saúde pediu (5) casos de câncer de mama em familiares (6) precisava puncionar o nódulo (7) outro motivo (99) não recorda

Q 45) Quantos meses se passaram entre a solicitação e a realização do USG de mama? |__| (1)< 1 (2)1—3 (3) >3—6 (4)> 6 (0) não retornou (99) não recorda

Q 46) Recorda onde fez este exame? |__| (1) sim (0) não |__| (99) não recorda

Q46.1) Se Sim, especificar o local _____

Q 47) Após o exame, quantos meses se passaram até retornar com o resultado em consulta? |__| 1)< 1 (2)1—3 (3) >3—6 (4)> 6 (0) não retornou (99) não recorda

Q 48) Foi encontrada alguma alteração? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se encontrada alteração, siga para 48.1 e 48.2 Se não, pule para 49.

Q 48.1) A Senhora recorda o que era? |__| (1)sim, alterações benignas (2) suspeita de câncer (3) câncer (99) não recorda

Q 48.2) O que foi feito diante da situação? |__| (1) outro exame (3) não retornou ao posto (4) outra conduta (0) nada (99) não recorda

Q 48.3) Entre a realização do USG e o médico dizer o diagnóstico desta alteração, quantos meses se passaram? |__| 1)< 1 (2)1—3 (3) >3—6 (4)> 6 (0) não retornou (99) não recorda

Não fez USG de mama pelo SUS, especifique:

Q 49) A Senhora faz este exame pelo convênio ou particular? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q 50) Que motivos a levaram a não fazer este exame pelo SUS |__| (1) nenhum motivo em específico (2) não considera os recursos do SUS bons (3) demora no atendimento (4) medo de fazer (5) não considera importante (6) faz pelo convênio ou particular (7) não foi solicitado (8) outro motivo.

Sobre a biópsia da mama: o medico necessitou fazer um corte ou introduzir uma agulha em sua mama para colher material (tirar um pedacinho) para exame.

Q 51) A Senhora já fez biópsia de mama? |__| (1) sim (0) não (99) não sabe

Q51.1) Se sim, a Senhora sabe dizer se era tumor? |__| (1) sim, benigno (2) sim, maligno (0) não (99) não sabe

Autoexame das mamas – *Para melhorar o conhecimento do próprio corpo, espera-se que as mulheres examinem suas mamas. Perguntarei sobre este cuidado corporal.*

Q52) Algum profissional de saúde deste posto a orientou sobre a partir de que idade é necessário que a Senhora examine suas mamas? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q53) A Senhora menstrua? |__| (1) sim, regular (2) sim, irregular (0) não

Q54) A Senhora examina suas mamas? |__| (1) sim (0) não

Se sim, responda 54.1 a 54.4). Se não, pule para 54.5).

Faz autoexame das mamas, especifique:

Q54.1) Com que frequência examina suas mamas? |__|__|__| (1) mensal (2) bimestral (3) trimestral (4) esporadicamente

Q54.2) Como a Senhora aprendeu a fazer? |__| (1) TV (2) revista ou panfleto (3) profissional de saúde (4) outra fonte

Q54.3) Em que período você examina suas mamas? |__|__|__| (1) qualquer período (2) antes de menstruar (3) em qualquer momento após menstruar (4) entre 5 a 7 dias após menstruar

Q54.4) A Senhora recebeu orientações dos profissionais de saúde deste posto sobre como fazer o autoexame das mamas? |__| (1) sim 0) não (99) não recorda

Não faz autoexame das mamas, especifique:

Q54.5) Qual a razão de não fazer o autoexame das mamas? |__|| (1) não sabe fazer (2) medo de fazer (3) não considera importante (4) outra razão

Sobre ações gerais

Q55) A Senhora tem ou recebeu uma agenda (Agenda da Mulher) que tem informações sobre sua saúde? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q56) Entre 2009-2012 , a Senhora participou, neste posto, de alguma reunião que falasse sobre câncer de mama? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q57) Neste período, a Senhora fez o exame ginecológico preventivo (Papanicolaou)? |__| (1) sim (2) nunca fez (0) não (99) não recorda

Se sim, responda 57.1 a 57.3. Se não, pule para questão final

Q57.1) Nessa ocasião a Senhora foi orientada a como examinar suas mamas? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q57.2) Nesta consulta ou no retorno dela suas mamas foram examinadas? |__| (1) sim (0) não (99) não recorda

Q57.3) A Sra. fez este exame todos os anos entre 2009-12?|__| (1) sim, todos os anos (2) apenas em um ano (3) em dois dos anos referidos (4) em três dos anos referidos (99) não recorda.

A Senhora tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

Observações do entrevistador

Agradecemos sua participação.

ANEXO C - INSTRUMENTO ELABORADO PARA FACILITAR A OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.

Exemplo: USF "Ernesto Che Guevara" - Jardim Maria Casagrande Lopes

Faixa etária na amostra			
35 a 39 anos	**40 a 49 anos**	**50 a 69 anos**	**TOTAL**
1	1	1	24
2	2	2	
3	3	3	
4	4	4	
	5	5	
	6	6	
	7	7	
	8	8	
	9	9	
		10	
		11	

Quatro Períodos:

-P1 Data: _____ ( ) Manhã ( ) Tarde: 6 mulheres. PL1: 7 mulheres elegíveis

Supervisor:_____

1	2	3	4	5	6
Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:

-P2Data: _____ ( ) Manhã ( ) Tarde: 6 mulheres. PL2: 7 mulheres elegíveis

Supervisor:_____

1	2	3	4	5	6
Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:

-P3 Data: _____ ( ) Manhã ( ) Tarde: 6 mulheres. PL3: 7 mulheres elegíveis

Supervisor:_____

1	2	3	4	5	6
Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:

-P4Data: _____ ( ) Manhã ( ) Tarde: 6 mulheres. PL4: 7 mulheres elegíveis

Supervisor:_____

1	2	3	4	5	6
Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade:	Idade: