

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**ALENE BEZERRA ARAÚJO SILVA**

**CONHECIMENTO E ACESSO AOS EXAMES PARA  
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: O  
CASO DAS MULHERES RESIDENTES NO DISTRITO  
SANITÁRIO III, RECIFE, PE.**

**RECIFE  
2011**

ALENE BEZERRA ARAÚJO SILVA

**CONHECIMENTO E ACESSO AOS EXAMES PARA DETECÇÃO PRECOCE DO  
CÂNCER DE MAMA: O CASO DAS MULHERES RESIDENTES NO DISTRITO  
SANITÁRIO III, RECIFE, PE.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Orientadora: Giselle Campos Gouveia

Recife  
2011

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S586c Silva, Alene Bezerra Araújo.  
Conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do  
câncer de mama: o caso das mulheres residentes no distrito  
sanitário III, Recife, PE. / Alene Bezerra Araújo Silva. — Recife: A.  
B. A. Silva, 2011.  
52 f. il.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em  
Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de  
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Giselle Campozana Gouveia.

1. Neoplasias da Mama. 2. Detecção Precoce de Câncer. 3.  
Educação em Saúde. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

---

CDU 618.19-006

ALENE BEZERRA ARAÚJO SILVA

**CONHECIMENTO E ACESSO AOS EXAMES PARA DETECÇÃO PRECOCE DO  
CÂNCER DE MAMA: O CASO DAS MULHERES RESIDENTES NO DISTRITO  
SANITÁRIO III, RECIFE, PE.**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Aprovada em: 19 de janeiro de 2011.

Banca Examinadora:

---

Ms. Alexandra Xavier do Nascimento  
Universidade do Estado de Pernambuco – UPE

---

Dr<sup>a</sup> Giselle Campozana Gouveia  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

À minha filha, Luísa, e meu marido, Ernando,  
que me inspiram e me dão forças para  
continuar sempre.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem Ele nada seria possível;

às Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade de Saúde da Família Gilberto Freire/ Bola na Rede, que facilitaram a coleta de dados e me fizeram perceber o grande valor da solidariedade neste trabalho;

à minha orientadora, Professora Giselle, pessoa sensível e iluminada, capaz de tornar minha angústia em simples missão cumprida;

à Professora Ana Lúcia, que juntamente com Prof<sup>a</sup>. Giselle percebeu a necessidade de definição das residentes inseridas na Pesquisa Equity com seus Trabalhos de Conclusão de Curso;

à Juliana Pontes, pessoa que eu tenho o prazer de ter conhecido durante o curso de residência e pude contar antes e durante a elaboração deste trabalho por diversas vezes;

às minhas companheiras do Distrito Sanitário VI, Lourdes e Geise, que compreenderam o meu momento;

às mulheres da comunidade Bola na Rede, que contribuíram com as informações necessárias;

à minha família, capaz de compreender, aceitar minha ausência e mesmo assim continuar me amando incondicionalmente;

a meu pai, Sílvio, assim como minha avó, por ter ultrapassado todas as barreiras culturais e ter provado ser capaz de educar-me incisiva e sensivelmente, de maneira que tornou possível eu estar hoje a defender esta monografia;

à minha filha, Luísa, este ser forte que cresce dentro de mim e que de maneira inexplicável me ajudou em todos os momentos não deixando com que eu me sentisse incapaz por nenhum instante;

a meu marido, Ernando, um anjo que Deus colocou no meu caminho e que, como em muitas outras conquistas, esteve ao meu lado me ensinando não só como se fazer uma monografia, mas qualquer coisa na vida. É com ele que aprendo todos os dias a ser uma pessoa melhor.

SILVA, Alene Bezerra Araújo. **Conhecimento e Acesso aos Exames para Detecção Precoce do Câncer de Mama: o Caso das Mulheres Residentes no Distrito Sanitário III, Recife, PE.** 2011. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

## RESUMO

Entre as doenças crônicas não-transmissíveis, as neoplasias constituem internacionalmente grave problema de saúde pública, não só devido às diferenças culturais e ambientais, como também às mudanças econômicas em cada contexto social. O câncer de mama continua a ser a principal causa de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras. Este trabalho objetiva analisar o perfil sócio econômico, demográfico, o conhecimento e o acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama das mulheres residentes na Comunidade Bola na Rede do Distrito Sanitário III, no Recife no ano de 2010. Foi realizado estudo descritivo exploratório de corte transversal em mulheres residentes na comunidade Bola na Rede, selecionadas através de uma amostra de conveniência com um total 81 mulheres, com idade superior ou igual a 35 anos. Os dados foram obtidos através da aplicação de formulários compostos por perguntas com os seguintes aspectos: condições socioeconômicas; cobertura do Programa de Saúde da Família e adesão a seguro privado; fatores de risco para o Câncer de Mama, além de informações acerca de orientações e acesso aos serviços de saúde para detecção precoce do Câncer de Mama. Os principais resultados revelam que a maioria mulheres entrevistadas possuem 40 anos ou mais e baixa escolaridade. 95% destas mulheres são da área de cobertura do PSF Bola na Rede. Apenas 65,4% consideraram-se orientadas com relação a algum exame necessário para a detecção precoce do câncer de mama, 96,3% das mulheres relataram realizar em algum momento o auto-exame, das quais 66,7% referiram nunca ter observado qualquer alteração nas mamas. A maioria das mulheres entrevistadas de alguma forma conhece ou já ouviu falar sobre as formas de detecção de câncer de mama, mas boa parte delas nunca foi orientada sobre as possibilidades existentes no setor saúde, gerando como consequência a não realização de mamografias e USG de mamas, exames estes disponíveis e preconizados pelo Ministério da Saúde.

Palavras- chave: Neoplasias da Mama. Detecção Precoce de Câncer. Educação em Saúde.

SILVA, Alene Bezerra Araújo. Knowledge and Access to exams for early detection of breast cancer: the case of resident women in Distrito Sanitário III, Recife, PE. 2011. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

#### ABSTRACT

Among the chronic non-communicable diseases, cancer is a serious international public health problem, not only because of cultural differences and environmental, as well as to economic changes in each social context. Breast cancer remains the leading cause of cancer mortality among Brazilian women. This paper aims to analyze the socio economic, demographic, knowledge and access to exams for preventive detection of breast cancer for women living in Bola na Rede on the Distrito Sanitário III, in Recife in 2010. A study was conducted exploratory descriptive cross-sectional survey of women living in Bola na Rede, selected through a convenience sample with a total 81 women, aged greater than or equal to 35 years old. Data were obtained through the application form consists of questions with the following: socioeconomic status; coverage of the Family Health Program and membership of private insurance, risk factors for Breast Cancer, and information about directions and access to health services for early detection of breast cancer. The main results shows that most women interviewed were 40 years old or more and low education. 95% of these women were under the coverage of the PSF Bola na Rede. Only 65.4% considered themselves as being oriented with respect to any examination necessary for early detection of breast cancer, 96.3% of women had did at some point the self-examination, of which 66.7% indicated they had never seen any change in their breasts. Most women interviewed somehow know or have heard about ways to detect breast cancer, but most of them have never been trained on the existing possibilities in the health sector, generating as a consequence of not performing mammograms and USG breasts, these tests are available and recommended by the Ministry of Health.

Key - words: breast neoplasia, early detection of cancer, health education.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Distribuição percentual do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III. Recife, 2010. 33

**Tabela 2** – Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo orientações, tipos de exames e fonte de orientações sobre a detecção precoce do câncer de mama. Recife, 2010. 35

**Tabela 3** – Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo o acompanhamento ginecológico periódico por profissional especializado e realização de exames relacionados às mamas. Recife, 2010. 37

**Tabela 4** - Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo realização de auto-exame e presença de alteração no auto-exame das mamas. Recife, 2010. 38

**Tabela 5** - Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo realização de exames de mamografia e/ou USG das mamas e que procuraram especialistas em caso de mamografia e/ou USG das mamas alterados. Recife, 2010. 39

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CM** - Câncer de Mama

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**MS** - Ministério da Saúde

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**DS** - Distrito Sanitário

**USG** - Ultra-sonografia

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**USF** - Unidade de Saúde da Família

**DIP** – Doenças Infecciosas e Parasitárias

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Transição Demográfica e Epidemiológica.....	13
1.2 Perfil Epidemiológico do Câncer de Mama.....	16
1.4 Câncer de mama.....	18
1.3 Programa de Saúde da Família.....	22
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Objetivo Geral.....	25
3.2 Objetivos específicos.....	25
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
4.1 Desenho de Estudo.....	26
4.2 Área do Estudo.....	26
4.3 Período do Estudo.....	26
4.4 População do Estudo.....	27
4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	27
4.6 Fonte de Dados e Instrumento de Coleta.....	27
4.7 Recrutamento da População do Estudo e Coleta de Dados.....	28
4.8 Variáveis da Pesquisa.....	28
4.9 Plano de Análise e Softwares Utilizados.....	29
4.10 Aspectos Éticos.....	30
5 RESULTADOS.....	31
6 DISCUSSÃO.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta.....	45
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	47
ANEXO A - Parecer de Aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa .....	49

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Transição Demográfica e Epidemiológica

A composição de uma população é o reflexo de sua dinâmica ao longo do tempo. O processo de transição demográfica é descrito pela primeira vez por volta dos anos 1940, referindo-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade tem proporcionado às populações. São identificados 4 estágios da transição demográfica:

1. Fase pré-industrial ou primitiva, na qual há um equilíbrio populacional, onde as taxas de natalidade e mortalidade, principalmente infantil, são elevadas;
2. Fase intermediária de “divergência de coeficientes”, na qual as taxas de natalidade permanecem altas enquanto decrescem as taxas de mortalidade. Nesta fase, o ritmo de crescimento populacional aumenta, caracterizando o que se chama uma “explosão populacional”;
3. Fase intermediária de “convergência de coeficientes”, quando a natalidade passa a diminuir em ritmo mais acelerado que a mortalidade, cujo efeito mais notável é um rápido envelhecimento da população;
4. Retorno ao equilíbrio populacional, denominado fase moderna ou pós transição, com aproximação dos coeficientes em níveis baixos. Como consequência, a esperança de vida aumenta, a população envelhece e a proporção de mulheres aumenta (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

Uma mudança importante no processo de transição demográfica é o envelhecimento da população, concomitantemente a este processo, ocorrem mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade de uma comunidade, o que se convencionou denominar transição epidemiológica. À medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa ou

esperança de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em faixas de idades precoces, para um aumento de sobrevivência em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por doenças não transmissíveis (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica começaram com a queda da taxa de mortalidade na década de 1940, devido à redução das doenças infecciosas e parasitárias como causas de óbitos, com a natalidade mantendo-se ainda em níveis elevados até 1960. A partir de 1960, a natalidade diminuiu, encurtando a diferença entre natalidade e mortalidade e diminuindo a taxa de crescimento, que tinha atingido em 1960 seu valor mais alto, de 3% ao ano (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

O declínio da fecundidade já se evidenciava anteriormente em alguns locais. O Rio de Janeiro, por exemplo, já apresentava, na década de 1930, níveis de fecundidade mais baixos que a maioria dos estados, embora exibisse elevados níveis de mortalidade. Este fato demonstra que as quedas de fecundidade não se acompanharam sempre de quedas de mortalidade e melhorias das condições de saúde (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

A razão para isto vem do fato de a queda na fecundidade não ter sido determinada da mesma maneira como é descrito para algumas sociedades, por planejamento familiar, educação e melhorias sociais e, sim, em parte, por um controle da natalidade baseado na esterilização em massa e nas dificuldades econômicas da população (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica. Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persiste

elevada para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada. No país ainda ocorre um fenômeno chamado de polarização epidemiológica onde as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes (FRENK et al., 1991). Além disso, o envelhecimento rápido da população brasileira a partir da década de 1960 faz com que a sociedade se depare com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restrita aos países industrializados. O Estado, ainda às voltas em estabelecer o controle das doenças transmissíveis e a redução da mortalidade infantil, não foi capaz de desenvolver e aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações levando a uma perda de autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997).

A mortalidade por causas é a que melhor caracteriza a transição epidemiológica. O comportamento das doenças infecciosas e parasitárias (DIP) vem mudando ao longo das décadas, em decorrência do avanço técnico principalmente na área da saúde, medidas de controle do meio ambiente e progressos na assistência à saúde. Enquanto as doenças infecciosas declinam, as doenças crônico-degenerativas se destacam, sendo que as doenças do aparelho circulatório já representam, em 1990, 32% de todos os óbitos (VERMELHO; MONTEIRO, 2002). Entretanto, segundo Schrammas et al. (2004), uma principal debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica seria a de enfatizar a tecnologia médica como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas e sociais desempenham neste processo.

Estas duas interpretações, de acordo com Prata (1992), sobre se o declínio da mortalidade está relacionado com o desenvolvimento econômico ou com intervenções de saúde não estão necessariamente incorretas, mas incompletas, porque não são excludentes, já que a determinação do perfil epidemiológico da mortalidade deve ser considerada como o resultado de um processo dinâmico, onde as variáveis são interdependentes e podem ter um peso diferenciado, de acordo com o local, com a sociedade e com o tempo histórico.

No estudo feito por Schrammas et al. (2004), doenças crônico-degenerativas responderam por 66,3% da carga de doença no Brasil; as doenças infecciosas responderam por 23,5%; e as causas externas foram responsáveis por 10,2%.

Entre as doenças crônicas não-transmissíveis, as neoplasias constituem internacionalmente grave problema de saúde pública, com flutuações frequentes da incidência, não só devido às diferenças culturais e ambientais, como também às mudanças econômicas em cada contexto social. Este grupo reúne causas de morte diferentes em cada região brasileira, ocorrendo também quanto ao gênero. Ao se comparar essas diferenças, deve-se considerar a realidade de cada uma delas quanto à disponibilidade, o acesso e a qualidade do diagnóstico nos serviços de saúde (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

No Brasil, tumores mais facilmente preveníveis e passíveis de diagnóstico precoce, tais como câncer de colo uterino, são diagnosticados em fase avançada, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sendo causa frequente de mortalidade. Já nas regiões Sudeste e Sul prevalecem as mortes por câncer de mama, enquanto na região Centro-Oeste, a mortalidade é freqüente tanto por câncer do colo do útero quanto por câncer de mama (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

## 1.2 Perfil Epidemiológico do Câncer de Mama

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade, e pelo seu elevado custo no tratamento. Ele é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e, de longe, o mais freqüente entre as mulheres. A sua incidência é maior na América do Norte e no Norte da Europa; intermediária no restante da Europa e na América do Sul, e menor na Ásia e nos países menos desenvolvidos (MCPHERSON, 2000).

O câncer de mama atualmente é a causa mais comum de morte por câncer nas mulheres em quase todos os países do mundo, sendo 370.000 mortes no ano

de 2000, o que representaria 13,9% das mortes por câncer nas mulheres (MURRAY; LOPEZ, 1997; PARKIN, 2000).

Da mesma forma que o observado na população mundial, o câncer de mama continua a ser a principal causa de mortalidade por câncer entre as mulheres brasileiras (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001).

No Brasil o câncer de mama apresenta maior incidência e mortalidade nos Estados considerados economicamente mais desenvolvidos, em especial nas regiões Sul e Sudeste, sendo maior a incidência nas capitais do que no interior dos Estados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001). A região Sul do Brasil é a de maior incidência da doença, sendo responsável por 24,14% dos novos diagnósticos de neoplasia realizados em mulheres, seguida pelas regiões Sudeste (23,83%) e Nordeste (22,84%) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2001).

Um dos fatores que contribui para a alta mortalidade desta doença no país é o avançado estadiamento da doença no momento em que as mulheres são submetidas ao primeiro tratamento. Em geral, 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados (III e IV) (PAULINELLI et al., 2003).

A incidência do CM vem crescendo nas últimas décadas em todo o mundo, em todas as idades, e principalmente em pacientes mais idosas. Acredita-se que esse aumento na incidência seja decorrente de um maior aprimoramento do diagnóstico do câncer, e das mudanças no estilo de vida e na história reprodutiva das mulheres em todo o mundo, em especial nos países em desenvolvimento, mudando a prevalência de fatores de risco para o câncer de mama (CHU et al., 1996).

A tendência de redução na mortalidade por câncer de mama nos países mais desenvolvidos é promissora e pode ser causada, em parte pelo tempo ganho com o diagnóstico numa fase mais precoce. Mesmo com o aumento progressivo da incidência, a mortalidade apresenta tendência decrescente que em parte é explicada pela maior conscientização da população, aliada a um melhor preparo dos profissionais da saúde e, principalmente, à maior cobertura mamográfica,

paralelamente ao emprego de tratamentos adjuvantes mais eficazes (quimioterapia) (FREITAS JUNIOR et al., 1997).

Nos países desenvolvidos, o diagnóstico da neoplasia mamária nos estádios clínicos mais precoces já conta 80% de todos os casos, principalmente devido ao amplo rastreamento mamográfico. Isso tem proporcionado um aumento na sobrevida e uma maior possibilidade de conservação mamária. No Brasil, até a década de 80, 45 a 75% dos tumores eram diagnosticados em estágio avançado, onde o tratamento é apenas paliativo (FREITAS JUNIOR et al., 1997).

### 1.3 Câncer de Mama

O câncer de mama (CM) é um dos tipos de câncer mais temidos pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem pessoal. Ao descobrir-se com câncer, a mulher vivencia uma trajetória onde a representação de ser doente remete às razões para o sofrimento, trazendo à lembrança significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, provocando na mulher e pessoas de seu convívio, sentimentos e emoções às vezes contraditórias (BERGAMASCO; ANGELO, 2001; D'AVILA et al., 2000). Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente, sendo considerado ainda uma doença complexa em nível genético (BRODY; BIESECKER, 1998; GHOSH; COLLINS, 1996).

O câncer de mama hereditário aparece mais precocemente que nos casos esporádicos e, frequentemente, é multifocal e bilateral. A susceptibilidade ao câncer de mama ocorre por herança tanto paterna quanto materna, e o risco aumenta de acordo com o número de indivíduos afetados na família (D'AVILA et al., 2000). Outros fatores de risco estão envolvidos com a doença e devem ser levados em consideração: atraso na idade da primeira gestação, nuliparidade, idade avançada, antecipação da menarca, diminuição no número de gestações e no tempo de amamentação, uso de anticoncepcionais e de terapia de reposição hormonal,

aumento do sedentarismo e da obesidade, mudança de hábitos alimentares e maior consumo de álcool pelas mulheres (KEY et al., 2001).

A OMS classifica os tumores de mama em invasivos e não-invasivos. Os CM hereditários são, em sua maioria, tumores invasivos, predominando o tipo ductal infiltrante, responsável por 65 a 80% dos casos. Considerando o prognóstico da doença, pode-se relacionar os fatores envolvidos: acometimento dos linfonodos axilares, sendo este o principal fator prognóstico para o CM e está diretamente relacionado ao tamanho tumoral; contorno do tumor; tipo histológico; grau histológico; invasão vascular; receptores hormonais; medidas da proliferação tumoral e idade (pacientes com menor idade apresentam tumores com pior prognóstico) (D'AVILA et al.,2000).

#### Quadro Clínico e Diagnóstico do Câncer de Mama

A anamnese em mastologia segue as normas clássicas prévias, com ênfase nos fatores de risco para o câncer mamário. O aparecimento de tumor na mama é o sintoma principal da doença, sendo esta a queixa principal, o qual, em mais de 70% das vezes, é descoberto casualmente pela própria paciente (D'AVILA et al., 2000).

Ainda segundo o mesmo autor, a dor é incomum (entre 5 e 10%). O relato de fluxo espontâneo ou hemorrágico, embora raro, é preocupante e requer investigação. Os derrames de baixo risco em geral são bilaterais, multipóricos leitosos e/ou esverdoados. Já os de alto risco são unilaterais uni ou oligopóricos, sanguinolentos ou aquosos. Outros sintomas como inchaço localizado, retração, edema, ulceração da pele, adenomegalia axilar, embora menos usuais, são por igual relevantes.

No caso das neoplasias, a presença do tumor deve ser explorada no que diz respeito a seu tamanho, forma, limites, consistência, fixação aos planos superficiais e/ou profundos, características da pele que o recobre e a sua localização (D'AVILA et al., 2000).

D'avila et al. (2000) coloca que na Inspeção o examinador deve observar comparativamente o volume, forma, simetria e alterações cutâneas incluindo aréola e mamilo. As principais alterações a serem observadas são: retração, abaulamento, eritema, acentuação da rede venosa, edema e ulceração.

Além disso, o autor ressalta que deve ser realizada a palpação das cadeias linfonodais, onde os gânglios axilares palpáveis devem ser descritos ao seu número, consistência e mobilidade, e a palpação das mamas, onde inicialmente realiza-se movimentos no sentido radial e posteriormente circulares incluindo o prolongamento axilar e a região retroareolar. Esse exame de palpação deverá ser concluído através da expressão da papila mamária ou mamilo, no sentido radial, que deve ser feita no sentido de confirmar a presença de fluxo localizado, hemorrágico ou associado a nódulo palpável.

O auto-exame e a mamografia, além dessas técnicas de diagnóstico, são considerados bons indicadores. O auto-exame deve ser feito a cada dois ou três meses, à partir dos 20 anos de idade, pois trata-se de exame simples, indolor e que requer poucos minutos (WELSH et al., 1998). Já a mamografia é considerada a mais importante arma que se tem para diagnosticar alterações da glândula mamária, principalmente o câncer na fase pré-clínica (D'AVILA et al.,2000).

A mamografia é indicada em pacientes assintomáticas com mais de 35 anos de idade como rastreamento do câncer; apesar de que no Sistema de Saúde Público brasileiro o Ministério da Saúde (MS) preconiza-se que este exame seja realizado após os 50 anos de idade. Entretanto, é garantido o direito a todas as mulheres a partir dos 40 anos, de acordo com a Lei 11.664/2008 que entrou em vigor em 29 de abril de 2009 (BRASIL, 2011).

Para pacientes com tumor palpável, com mais de 35 anos, indica-se a mamografia com finalidade de melhor caracterizá-lo, avaliar o parênquima adjacente e rastrear a mama oposta. É importante ressaltar que o excesso de mamografias deve ser evitado por pacientes com história familiar positiva para CM, uma vez que esses pacientes podem ser portadores dos genes de susceptibilidade ao CM e

aumentar a chance de desenvolver a doença pela indução radioativa (WELSH et al., 1998).

Na atualidade, a ultra-sonografia é o método de diagnóstico por imagem que vem, a cada dia, sendo empregado como complemento da mamografia. Não deve ser indicado como primeiro exame, ou seja, com finalidade rastreadora do câncer mamário, pois é menos sensível do que a mamografia na detecção de microcalcificações e nódulos menores que 1cm de diâmetro (D'AVILA et al.,2000).

Como exames complementares para detecção precoce de metástases clínicas são utilizadas a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Há também os exames de punção aspirativa com agulha fina e citologia aspirativa, considerados como importantes métodos de diagnóstico sendo que a citologia apresenta um grande valor preditivo de malignidade em pacientes com nódulo (D'AVILA et al.,2000) .

Existe ainda a biópsia que é um procedimento invasivo que visa a remoção parcial (incisional) ou total (excisional), permitindo assim, estudar a histopatologia e os fatores prognósticos (D'AVILA et al.,2000).

Dos métodos de diagnóstico apresentados a mamografia é apontada como o principal método em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos (MILLER et al., 2002). Entretanto, embora vários estudos mostrem redução da mortalidade por câncer de mama por meio do rastreamento mamográfico em massa, ele também é alvo de controvérsias quanto a sua efetividade, sobretudo em mulheres abaixo dos 50 anos. Apesar disso, o rastreamento mamográfico em massa tem sido estimulado e praticado em mulheres a partir dos 40 anos no Brasil, e apesar de suas limitações, ainda é o melhor método de rastreamento do câncer mamário disponível (SCLOWITZ et al., 2005).

#### 1.4 Programa de Saúde da Família

Segundo Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorreu de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997). O PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

O PSF tem como objetivo geral: contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual, incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública, as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (ROSA; LABATE, 2005).

Nesse contexto, o PSF se coloca como importante ferramenta de assistência à saúde, especialmente no que tange aos programas de promoção, prevenção e educação em saúde. São os profissionais envolvidos neste nível de atenção que a população, especialmente a mais carente, busca na tentativa de diagnóstico ou mesmo de um encaminhamento específico para uma atenção especializada quando apresenta um problema de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- a) o diagnóstico precoce do câncer de mama tem se mostrado a principal ferramenta disponível em escala populacional para o combate a essa doença, conseguindo alterar favoravelmente sua história natural, reduzindo a mortalidade pelo câncer e possibilitando tratamentos menos agressivos e menores sequelas físicas e psicológicas para a paciente;
- b) há necessidade de evoluir com relação às políticas públicas de saúde relacionadas ao melhor esclarecimento da população e o melhor acesso ao serviço médico e aos mamógrafos;
- c) o ponto de partida certamente será uma educação populacional adequada e o processo de conscientização da sociedade;

justifica-se o presente estudo, o qual propõe fazer uma análise do perfil socioeconômico, demográfico e do conhecimento das práticas sobre o câncer de mama das mulheres residentes na Comunidade Bola na Rede do Distrito Sanitário III, na cidade do Recife no ano de 2010, de modo que possa contribuir com o Sistema Único de Saúde nos ajustes necessários para evolução do Programa de Saúde da Mulher e melhor atendimento à população em geral.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil socioeconômico, demográfico e o conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama das mulheres residentes na Comunidade Bola na Rede do Distrito Sanitário III, na cidade do Recife no ano de 2010.

#### 3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres residentes na Comunidade Bola na Rede do Distrito Sanitário III, na cidade do Recife no ano de 2010;
- b) Detectar o conhecimento e acesso aos exames para detecção precoce do câncer de mama das mulheres residentes na Comunidade Bola na Rede do Distrito Sanitário III, na cidade do Recife no ano de 2010.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Desenho de Estudo

Estudo de análise descritiva exploratória de corte transversal , uma vez que objetiva retratar os elementos de um determinado momento, sem estabelecer relações de causa e efeito entre eles.

De natureza quantitativa, onde a análise foi baseada em frequências numéricas.

Uma de suas vantagens trata-se da rapidez e objetividade, sendo uma boa opção para descrever e analisar as características dos eventos de uma determinada população, obtendo-se, desta forma, informações relevantes, com tempo e recursos limitados.

### 4.2 Área do Estudo

Este estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Gilberto Freire/ Bola na Rede, localizada na Av. Pe. Mosca de Carvalho, s/nº, Guabiraba, Recife-PE. Trata-se de uma Unidade de Saúde de baixa complexidade, que presta atenção básica à população da comunidade de Bola na Rede em sua grande parte, pois a comunidade é composta por pessoas cobertas, ou não, pelo Programa de Saúde da Família. A Unidade está subordinada administrativamente ao DS III, Microrregião 3.3.

### 4.3 Período do Estudo

O período de referência para esta pesquisa foi o ano de 2010.

#### 4.4 População do Estudo

A população estudada consistiu de mulheres da comunidade Bola na Rede, selecionadas através de uma amostra de conveniência com um total de 90, sendo que a casuística final ficou em 81 mulheres, pois 9 formulários foram desconsiderados: 6 por inadequação de perguntas e respostas identificadas no período do projeto piloto, 1 por falta de documentação da usuária, comprometendo a seriedade da pesquisa e 2 usuárias não apresentavam idade compatível com o proposto pelo estudo.

#### 4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

As pessoas estudadas foram do sexo feminino, com idade superior ou igual a 35 anos, residentes na Comunidade Bola na Rede, podendo ser, ou não, cobertas pelo Programa de Saúde da Família.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: pessoas do sexo masculino; idade inferior ao estipulado no critério de inclusão e não residir na comunidade citada.

#### 4.6 Fonte de Dados e Instrumento de Coleta

Os dados foram obtidos através da aplicação individual de formulários adaptados ao propósito do estudo. O instrumento de coleta foi composto por 14 perguntas, das quais 07 apresentavam desdobramentos, e abordou-se os seguintes aspectos: condições socioeconômicas; cobertura do Programa de Saúde da Família e adesão a seguro privado; fatores de risco para o Câncer de Mama, além de informações acerca de orientações e acesso aos serviços de saúde para detecção precoce do Câncer de Mama (APÊNDICE A).

#### 4.7 Recrutamento da População do Estudo e Coleta de Dados

Inicialmente a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, juntamente com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da USF Bola na Rede, através de visitas domiciliares. Desta forma, 16 questionários foram preenchidos. Posteriormente, as Agentes Comunitárias de Saúde convidaram as mulheres que participariam da pesquisa a estarem reunidas em local apropriado, identificado pelas mesmas – prédio da Associação de Moradores da Comunidade Bola na Rede – onde foi realizada a maior parte da obtenção de dados (74 questionários) em duas manhãs seguidas. No primeiro encontro foram obtidos 28 questionários e no segundo, os demais 46. A organização do levantamento foi feita por 10 ACS e os questionários foram aplicados pela pesquisadora. As mulheres foram informadas com antecedência do objetivo da pesquisa, da necessidade de comparecer com um documento de identificação, do local e horário de realização da pesquisa.

#### 4.8 Variáveis da Pesquisa

**Socioeconômicas e demográficas:** Faixa etária (35 a 39 anos e 40 anos e mais), raça/cor (branca, negra, parda e amarela), escolaridade (baixa escolaridade – até o ensino médio incompleto - e alta escolaridade – ensino médio completo e mais), estado conjugal (unida e não unida), estado civil (solteira, casada, viúva, divorciada), vínculo empregatício (empregado, não-empregado e autônomo), cobertura assistencial (USF e área descoberta) e seguro privado de saúde (sim ou não).

**Conhecimentos e orientação sobre o CM:** orientadas com relação a algum exame necessário para a detecção precoce do câncer de mama (sim e não); tipo de exames (auto-exame, mamografia, ultra-sonografia de mama e exame clínico) e fonte de orientação (profissionais do Programa de Saúde da Família, profissionais

da rede especializada de saúde, meios de comunicação/televisão e outras formas de orientação).

Além destas variáveis foram realizados os seguintes questionamentos:

- a) História familiar de câncer de mama (sim ou não);
- b) Acompanhamento periódico pelo médico ginecologista (sim ou não);
- c) Exames clínicos das mamas (sim ou não);
- d) Solicitação do exame de mamografia (sim ou não);
- e) Solicitação do exame de USG das mamas (sim ou não);
- f) Realização de auto-exame (sim ou não);
- g) Presença de alteração morfológica no auto-exame (sim ou não);
- h) Tipos de exames realizados para detecção de CM – mamografia e/ou ultrasonografia de mamas (nunca realizou mamografia/USG de mamas, realizou apenas mamografia, realizou apenas USG de mamas, realizou mamografia e USG de mamas)
- i) Resultado de exames alterados na mamografia/USG das mamas (sim, não e sem resultado);
- j) Procurou especialista em caso de resultados de exames (mamografia e USG de mamas) alterados (sim ou não).

#### 4.9 Plano de Análise e Softwares Utilizados

Os dados foram agregados e apresentados em números absolutos e frequências relativas em forma de gráficos e tabelas. Buscou-se analisar o desenvolvimento de algumas atribuições do Programa de Saúde da Família, das quais a mais abordada foi a orientação quanto à detecção precoce do Câncer de Mama às usuárias do SUS através da realização de exames. Os Softwares utilizados foram o Writer e Calc, ambos da suíte BrOffice 3.2, além do Word e Power Point, componentes do Office 2007.

#### 4.10 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte do Projeto de Pesquisa “Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil”, o qual foi submetido e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (ANEXO A).

As mulheres submetidas ao processo de pesquisa tiveram seus direitos garantidos após assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2), no qual havia informação a respeito dos objetivos da pesquisa, além dos seguintes itens:

- a) a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
- b) a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
- c) a segurança de que não será identificada em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada.

## 5 RESULTADOS

A análise dos dados socioeconômicos da pesquisa, revelou que das 81 mulheres entrevistadas, 87,6% possuíam 40 anos de idade ou mais. Estas em sua maioria eram pardas (53,1%), seguidas pela raça/cor branca com 33,3%, negra, 12,4% e amarela, 1,2% (Tabela 1).

Em relação ao grau de escolaridade das mulheres entrevistadas, 86,4% foram consideradas de baixa escolaridade. 64,2% apresentavam-se unidas aos seus respectivos companheiros, entretanto destas apenas 28,4% possuíam caracterização do estado civil como casada. As mulheres em sua grande maioria (76,5%) não possuíam vínculo empregatício, 18,5% eram autônomas e apenas 5% apresentavam-se empregadas. Ainda segundo os dados coletados, 95% destas mulheres eram da área de cobertura do PSF Bola na Rede, sendo então contempladas pelas ofertas da unidade e 98,8% não possuíam seguro privado de saúde (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição percentual do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III. Recife, 2010.

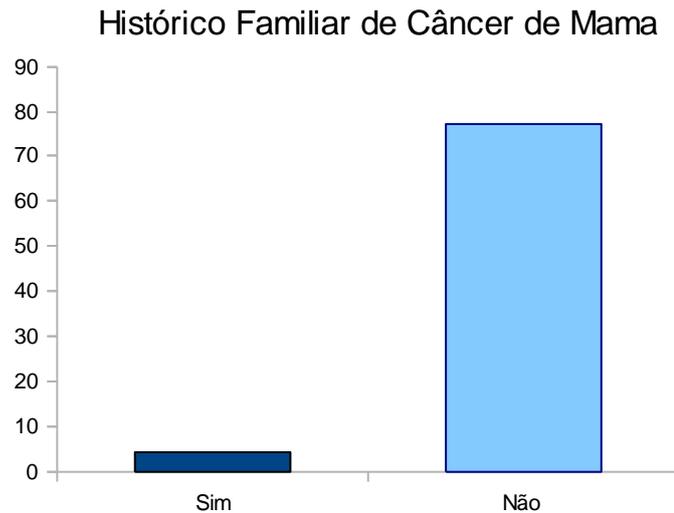
Variáveis	Valor	
	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
35 a 39 anos	10	12,4
40 anos e +	71	87,6
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	27	33,3
Negra	10	12,4
Parda	43	53,1
Amarela	1	1,2
<b>Escolaridade</b>		
Baixa Escolaridade	70	86,4
Alta Escolaridade	11	13,6
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	40	49,4
Casada	23	28,4
Viúva	15	18,5
Divorciada	3	3,7
<b>Situação Conjugal</b>		
Unida	52	64,2
Não Unida	29	35,8
<b>Vínculo Empregatício</b>		
Empregado	4	5
Não Empregado	62	76,5
Autônomo	15	18,5
<b>Cobertura Assistencial</b>		
USF	77	95
Área descoberta	4	5
<b>Seguro Privado</b>		
Sim	1	1,2
Não	80	98,8

Como pode-se observar na tabela 2, os resultados revelam que, apesar da grande maioria das mulheres estarem em área coberta por PSF, apenas 65,4% consideraram-se orientadas com relação a algum exame necessário para a detecção precoce do câncer de mama. Dentre as fontes de orientação, foram citados profissionais do Programa de Saúde da Família (34,4%), profissionais da rede especializada de saúde (22%) e, somados o meio de comunicação televisão e outras formas de orientação, obteve-se 43,6%. A maior parte das mulheres foram orientadas a realizar o auto-exame e a mamografia.

**Tabela 2** – Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo orientações, tipos de exames e fonte de orientações sobre a detecção precoce do câncer de mama. Recife, 2010.

Variáveis	Valor	
	N	%
<b>Orientação de Exames para o CA de Mama</b>		
Sim	53	65,4
Não	28	34,6
<b>Tipo de Exame orientado</b>		
Auto-exame	38	48,1
Exame clínico	3	3,8
Mamografia	25	31,6
USG de Mama	13	16,5
<b>Fonte de Orientação</b>		
PSF	22	34,4
Rede especializada de Saúde	14	22
Televisão	18	28
Outras	10	15,6

A análise do histórico familiar de câncer de mama revelou que a maioria das mulheres não apresentava como fator de risco a existência de casos de câncer de mama na família, de maneira que apenas 5% responderam positivamente a este questionamento (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo histórico de câncer de mama na família. Recife, 2010.

Foram identificadas as mulheres que eram acompanhadas periodicamente pelo médico ginecologista e, das 81 entrevistadas, apenas 24 responderam positivamente, o correspondente a 29,6%. Destas 24 mulheres, 50% tiveram suas mamas examinadas clinicamente pelo profissional, 41,7% relataram ter sido solicitado o exame de mamografia e 33,3% alegaram ter sido solicitado o exame de USG das mamas (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo o acompanhamento ginecológico periódico por profissional especializado e realização de exames relacionados às mamas. Recife, 2010.

Variáveis	Valor	
	N	%
<b>Avaliação ginecológica periódica por profissional especializado</b>		
Sim	24	29,6
Não	57	70,4
<b>Exame clínico das mamas</b>		
Sim	12	50
Não	12	50
<b>Mamografia</b>		
Sim	10	41,7
Não	14	58,3
<b>USG das Mamas</b>		
Sim	8	33,3
Não	16	66,7

Quando da análise sobre a realização de auto-exame e observação de alteração morfológica nas mamas durante o auto-exame, 96,3% das mulheres relataram realizar em algum momento o auto-exame, das quais 66,7% referiram nunca ter observado qualquer alteração nas mamas (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo realização de auto-exame e presença de alteração no auto-exame das mamas. Recife, 2010.

Variáveis	Valor	
	N	%
<b>Realização de Auto-exame</b>		
Sim	78	96,3
Não	3	3,7
<b>Alteração no Auto-exame</b>		
Sim	26	33,3
Não	52	66,7

A análise da distribuição percentual das mulheres segundo realização de exames de mamografia e/ou USG das mamas e que procuraram especialistas em caso de mamografia e/ou USG das mamas alterados revelou que 45,7% destas mulheres nunca foram submetidas a quaisquer destes exames, 21% foram submetidas ao exame de mamografia, 6,1% realizaram ao menos a USG de mamas. Apenas 27,2% foram submetidas a ambos os exames mencionados. Considerando as alterações existentes nos exames anteriormente mencionados, 31,8% apresentaram algum tipo de alteração. Em dois casos não houve retorno dos resultados dos exames em consequência de problemas na rede de serviços de saúde, como morosidade e desvio dos resultados. Das 14 mulheres que apresentaram resposta positiva para a existência de algum tipo de alteração nas mamas após exames de mamografia e/ou USG das mamas, apenas 8 tiveram acesso ao especialista, sendo que as demais relataram as seguintes razões para a falta de acompanhamento deste profissional: uma dificuldade na disponibilização de vagas para especialista; duas solucionaram o problema no PSF; uma relatou que o profissional médico especialista estava de licença; uma esperava o encaminhamento por parte do PSF e, por fim, um desinteresse por parte da paciente (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição percentual das mulheres da Comunidade Bola na Rede, Distrito Sanitário III, segundo realização de exames de mamografia e/ou USG das mamas e que procuraram especialistas em caso de mamografia e/ou USG das mamas alterados. Recife, 2010.

Variáveis	Valor	
	N	%
<b>Exame para detecção do CA de Mama – Mamografia/USG das mamas</b>		
Nunca realizou Mamografia e/ou USG das mamas	37	45,7
Mamografia	17	21
USG de Mamas	5	6,1
Mamografia e USG	22	27,2
<b>Alteração na Mamografia/USG das mamas</b>		
Sim	14	31,8
Não	28	63,6
Sem resultado	2	4,6
<b>Procurou especialista nos casos com alterações de Mamografia/USG das mamas</b>		
Sim	8	57,1
Não	6	42,9

## 6 DISCUSSÃO

A elevação na incidência do câncer de mama tem sido relatada mundialmente e não é proveniente apenas da maior disponibilidade de métodos diagnósticos, fato que foi evidenciado neste estudo com a apresentação dos dados, dentre os quais 37 mulheres das 81 entrevistadas nunca haviam realizado mamografia e USG das mamas.

Na atualidade, a mamografia é apontada como o método mais sensível para detecção do câncer de mama em estágio pré-invasivo, ocasião em que o índice de cura tem alcançado até 95% e está indicada para dois grupos distintos: em mulheres assintomáticas, sendo utilizada como exame de rastreamento do câncer de mama e em mulheres sintomáticas, nas quais os achados clínicos levam à suspeita de câncer de mama (GODINHO; KOCH, 2002).

Apesar disso, segundo estudo realizado por Godinho e Koch (2002), cerca de 30% das entrevistadas não tinham realizado mamografia anteriormente, por a julgarem desnecessária, sendo que na presente pesquisa, os dados são ainda mais alarmantes, mostrando que apenas 48,2% das mulheres entrevistadas com idade superior a 35 anos relataram já terem sido submetidas ao exame mamográfico.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira também tem exercido influência, já que a incidência do câncer de mama cresce com o progredir da idade. O lapso temporal existente na mudança dessas características da população feminina deve representar a explicação para as estimativas de maior número de casos novos nas nações em desenvolvimento (GODINHO; KOCH, 2002).

Segundo Carvalho et al. (2009) tem-se uma forte mudança nos papéis e valores sociais estabelecidos para homens e mulheres na sociedade, principalmente, com o aumento da inserção feminina no mercado de trabalho, as novas descobertas, a explosão tecnológica e de comunicação. Esta nova situação social é uma realidade voltada principalmente para as mulheres mais jovens. Neste

estudo, os resultados revelaram que em 87,6% das mulheres entrevistadas a idade estava acima de 40 anos, estando atrelado às mesmas ainda o fato de possuírem grau de escolaridade considerado baixo e 76,5% apresentarem-se não-empregadas, o que em parte mostra que a realidade das mulheres residentes no DS III não acompanha as mudanças sociais observadas por Carvalho. Entretanto, vale ressaltar, que os horários de aplicação da maior parte dos questionários foram no período da manhã, o que inviabilizou a participação das mulheres trabalhadoras, jovens, além de que o grupo selecionado para responder ao questionário encontrava-se acima de 35 anos de idade; sendo estes vieses existentes na corrente pesquisa.

Os dados deste estudo revelam também deficiência quanto à orientação oferecida às mulheres entrevistadas, uma vez que das 81 mulheres participantes, 34,6% informaram não terem sido orientadas sobre os exames existentes. Das mulheres que acusaram terem sido orientadas, a maioria referiu-se ao auto-exame (48,1%) como um dos exames existentes para tal finalidade, seguido da mamografia com 31,6% das citações.

De acordo com estudo realizado por Godinho e Koch (2002), que apontou a falta de solicitação médica de mamografia como a principal justificativa para mulheres em idade de rastreamento do câncer de mama não terem realizado o exame, esta pesquisa detectou que das 81 mulheres entrevistadas, apenas 29,6% eram acompanhadas periodicamente por profissional especializado e, destas, 58,3% relataram não ter sido solicitado pelo médico especialista o exame de mamografia. Com relação ao exame de ultra-sonografia das mamas este valor é ainda superior, correspondendo a 66,7% que responderam não ter sido solicitado.

Entretanto, fato de maior destaque pôde ser observado nestas mulheres com avaliação periódica de médico especialista: 50% destas não tiveram suas mamas examinadas clinicamente pelo profissional, o que em parte reflete a qualidade da assistência prestada à população.

Um dos pontos relevantes encontrados neste estudo foi o de que uma parte das mulheres entrevistadas, que apresentaram alterações nos exames de rotina

para detecção de CM, não conseguiram acessar o serviço de saúde para fechar o diagnóstico e se submeterem a tratamento. Esta limitação da assistência nos remete a discussão de que, segundo Fekete (1995), a simples disponibilidade do serviço ou programa em um determinado local não garante sua efetiva utilização. A acessibilidade não se reduz ao conceito de acesso geográfico, nem tampouco se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade pela presença física dos recursos nas áreas onde existem; mas corresponde à relação funcional entre as resistências que são oferecidas pelo próprio serviço de saúde e o poder de utilização que se forma através de experiências, percepções e valores por parte de quem é atendido (FEKETE, 1995).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aponta a existência de um grupo de mulheres que ainda não são assistidas formalmente pelos serviços públicos de saúde, o que reflete um quadro de desigualdades no acesso aos serviços. Aliado a isso, o mesmo aponta para as fragilidades em relação à assistência prestada pelos profissionais de saúde da atenção básica e especializada que não conseguem, mesmo com toda gama de tecnologias para detecção precoce de câncer de mama, melhorar a assistência prestada a esta população.

A maioria das mulheres entrevistadas de alguma forma conhecem ou já ouviram falar sobre as formas de detecção de CM, mas boa parte delas nunca foram orientadas sobre as possibilidades existentes no setor saúde, gerando como consequência a não realização de mamografias e USG de mamas, exames estes disponíveis e preconizados pelo Ministério da Saúde.

Cabe aqui uma crítica sobre a forma de atuação da atenção básica que não está capacitada para agir preventivamente e prover saúde à população feminina do DS III. É plausível admitir que há necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência deste Distrito, especialmente no que tange à educação continuada em saúde.

## REFERÊNCIAS

BERGAMASCO, R.B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 82-227, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer de Mama. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=336](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336)>. Acesso em: 9 jan. 2011.

BRODY, L.C.; BIESECKER, B.B. Breast Cancer Susceptibility Genes BRCA1 and BRCA2. Medicine, Bethesda, v. 77, n. 3, p. 26-208, 1998.

CARVALHO, C.M.R.G. et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 82-579, jul./ago. 2009.

CARVALHO, J.A.M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar., 2008.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHU, K.; TARONE, R.; KESSLER, L. Recent trends in breast cancer incidence survival, and mortality rates. Journal of the National Cancer Institute, Cary, v. 88, n. 21, p. 79-1571, 1996.

D'AVILA, K.G. et al. Câncer de mama. Porto Alegre: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, 2000.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1995.

FREITAS-JÚNIOR, R. et al.. Análise da sobrevida de pacientes com câncer de mama localmente avançado submetidas à quimioterapia neo-adjuvante. Revista Brasileira de Mastologia, Rio de Janeiro, v. 7, p. 9-15, 1997.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

GHOSH, S.; COLLINS, F.S. The Geneticist's Approach to Complex Disease. Scientific basis of medicine annual reviews, London, v. 47, p. 53-333, 1996.

GODINHO, E.R.; KOCH, H.A. O perfil da mulher que se submete a mamografia em goiânia– uma contribuição a“bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. Revista Brasileira de Radiologia, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 139-145, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro, 2001.

KEY, T.; VERKASALO, P.; BANKS, E. Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncology, London, v. 2, p. 40-133, 2001.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 3-7, 1996.

MCPHERSON, K.; STEEL, C.M.; DIXON, J.M. Breast Cancer – epidemiology, risk factors, and genetics. British Medical Journal, London, v. 321, p. 624-628, 2000.

MILLER, A.B. et al. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up. A randomized screening trial of mammography in women age 40 to 49 years. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 137, n. 5, p. 12-305, 2002.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. Harvard School of Public Health, Boston, v. 349, n. 349, 1997.

PARKIN, D. Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncology, London, v. 2, p. 43-533, 2001.

PAULINELLI, R.R. et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. Revista Brasileira de Saúde Materno. Infantil, Recife, v. 3, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2003.

PRATA, P.R. A Transição epidemiológica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 1992.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 34-1027, nov./dez. 2005.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCLOWITZ, M.L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 9-340 jun. 2005.

VERMELHO, L.L.; MONTEIRO, M. Transição demográfica e epidemiológica. In: Epidemiologia/Editor Roberto A. Medronho et al. São Paulo: Atheneu, cap. 6, p. 91-103, 2002.

WELSH, P.L.; SCHUBERT, E.L.; KING, M.C. Inherited Breast Cancer: na emerging picture. Clinical Genetics, Copenhagen, v. 54, n. 6, p. 58-447, 1998.

WUN, L.M.; FEUER, E.J.; MILLER, B.A. Are increases in mammographic screening still a valid explanation for trends in breast cancer in the United States? Cancer Causes and Control, Oxford, v. 6, p. 44-135, 1995.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta

<p style="text-align: center;"><b>Instrumento de Coleta – CANCER DE MAMA / Projeto EQUITY-LA</b></p> <p><b>Data da Entrevista:</b> ___/___/___</p> <p><b>Local da Entrevista:</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Hora</b></p> <p><b>Início:</b> _____</p> <p><b>Finalização</b> _____</p> <p><b>Duração</b> _____</p>
--	--

**1 - Nome da Paciente (Completo):** \_\_\_\_\_

**USF:** 1|\_\_\_| Sim 2|\_\_\_| Não **PACS:** 1|\_\_\_| Sim 2|\_\_\_| Não **Área Descoberta:** 1|\_\_\_| Sim 2|\_\_\_| Não

**Seguro privado:** 1|\_\_\_| Sim 2|\_\_\_| Não

**2 - Município de residência (Endereço completo e telefones):**

\_\_\_\_\_

**3 - Idade:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**4 - Etnia/cor:**

1 ___  branca	4 ___  amarela	<b>Informação obtida:</b> 1  ___  referida pela entrevistada 2  ___  segundo a entrevistador(a)
2 ___  negra	5 ___  indígena	
3 ___  parda	99 ___  ignorada/não referida	

**5. Estado Civil:** 1|\_\_\_| solteira 2|\_\_\_| casada 3|\_\_\_| viúva  
 4|\_\_\_| divorciado(a)/separado(a) 99|\_\_\_| ignorada.

**6 - Situação conjugal:** 1|\_\_\_| unida 2|\_\_\_| não unida 99|\_\_\_| não quer responder / não se aplica.

**7 - Escolaridade:**

1 ___  Analfabeta	5 ___  2º grau (Ensino Médio) incompleto
Ensino Fundamental	6 ___  2º grau (Ensino Médio) completo
2 ___  1º grau incompleto até 4ª série	7 ___  mais que 2º grau (Curso Técnico)
3 ___  1º grau incompleto até 7ª série	8.  ___  Ensino Superior
4 ___  1º grau completo	99 ___  não sabe/não quer responder

**8. Profissão:** \_\_\_\_\_ **Ocupação:** \_\_\_\_\_

1|\_\_\_| Desempregado 2|\_\_\_| Empregado 3|\_\_\_| Autônomo

---

**Exames para detecção precoce do Câncer de Mama**

---

**9. A Senhora em algum momento foi orientada quanto aos exames que deve realizar para prevenção (detecção precoce) do câncer de mama?**

1|\_\_\_| Não                    2|\_\_\_| Sim.

Que exames lhe foram orientados a realizar? 1|\_\_\_| Auto-Exame 2|\_\_\_| Exame clínico

3|\_\_\_| Mamografia 4|\_\_\_| USG-Mamas

Caso sim, informar a fonte de orientação:

**10. Alguma pessoa de sua família teve Câncer de Mama(s)?** 1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim. Qual o grau de parentesco dessa pessoa com a Senhora? \_\_\_\_\_

---

**11. A Senhora vai periodicamente ao serviço de saúde para avaliação ginecológica?**

1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim

Se Sim, quando foi a sua última consulta: \_\_\_\_\_

O profissional que lhe assistiu fez exame clínico nas suas mamas? 1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim.

Se Sim, Ele(a) solicitou a Mamografia? 1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim.

E a ultra-sonografia de mamas também foi solicitada? 1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim.

Se Não, porque a Senhora não costuma ir ao ginecologista? \_\_\_\_\_

---

**12. A Senhora já fez algum exame para detectar câncer de mama?**

1|\_\_\_| Não                    2|\_\_\_| Sim. Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

**13. Se a resposta anterior for positiva: (a) a senhora já detectou (auto-exame) em algum momento alteração nas mamas?** 1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim. Que tipo? \_\_\_\_\_

E os exames (Mamografia e USG-Mamas) que foram realizados detectaram alteração em suas mamas?

1|\_\_\_| Não 2|\_\_\_| Sim. Que alteração foi detectada? \_\_\_\_\_

**14. Se a resposta anterior for positiva: a senhora procurou algum especialista?**

1|\_\_\_| Não Por que não procurou: \_\_\_\_\_

2|\_\_\_| Sim. Teve acesso? \_\_\_\_\_

**Em caso de positividade em média qual o tempo gasto entre o diagnóstico e o início de seu tratamento?**

---

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Nome da Pesquisa:** Câncer de Mama no Distrito Sanitário III, Recife-PE.

Este é um trabalho derivado da pesquisa de nome: Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil

**Instituições:** Universidade de Pernambuco/UPE-FESNG/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira / IMIP.

Prezada Senhora,

estamos realizando uma pesquisa sobre a igualdade no direito à assistência completa à saúde e sobre a qualidade dos serviços de saúde para conhecer melhor o Sistema Único de Saúde - SUS. Sabemos que há um esforço para melhorar cada vez mais a assistência à saúde da população, porém ainda desconhecemos muitos problemas que dificultam a entrada das pessoas nos serviços, bem como a continuidade da atenção prestada. A assistência à saúde é um direito garantido por lei, e para assegurá-la é necessário que o SUS esteja funcionando bem, desde unidades de saúde da família até os hospitais onde se pode ter uma assistência mais complexa. Portanto, é necessário que sempre haja pesquisas que procurem informações sobre o funcionamento da rede de serviços do SUS.

Os resultados de nossa pesquisa poderão ajudar as autoridades a melhorar o SUS. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e responder a um questionário.

Ao participar a senhora estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;
3. A segurança de que não será identificada em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;

Se a senhora concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Endereço e telefone para contatos futuros:

Alene Bezerra Araújo Silva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 8698-0252

Ana Lúcia Ribeiro. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 2101-2616

Giselle Camposana. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 2101-2616.

OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO A – Parecer de Aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Conselho Nacional de Saúde**  
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

### PARECER Nº 088/2009

**Registro CONEP: 15207 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)**

**CAAE – 3505.0.000.250-08**

**Processo nº 25000.222449/2008-13**

**Projeto de Pesquisa: "Impacto na equidade de acesso e eficiência de redes integradas de cuidados em saúde na Colômbia e Brasil."**

**Pesquisador Responsável: Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva**

**Instituição: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – Universidade de Pernambuco (UPE)**

**CEP de origem: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM / UPE**

**Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira**

**Patrocinador: Programa FP-7 - Comunidade Européia**

#### **Sumário geral do protocolo**

Essa pesquisa enfoca os diferentes tipos de Rede Integrada de Cuidados à Saúde (RICS), que emergiram como consequência de uma das reformas – seguro saúde ou provisão descentralizada. Esse tipo de organização é amplamente promovido pelo governo e organização internacional da América Latina como estratégia para melhorar o acesso, eficiência da assistência à saúde, apesar da carência de evidência disponível sobre seu impacto no sistema como um todo. Nesse contexto, a pesquisa vai abordar o impacto da RICS na equidade do acesso e eficiência e particularmente sua implicação para a assistência materno-infantil, analisando as experiências de dois países latino-americanos – Colômbia e Brasil – com sistemas de saúde que apresentam princípios similares, porém estrutura organizacional diferente.

O objetivo político da pesquisa é contribuir com os esforços institucionais para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) na saúde da mulher e da criança, reduzindo desigualdades no acesso ao cuidado de saúde, através da melhoria de organização do setor público de saúde. Foi aprovada dentro do marco do Seventh Framework Programme (FP7)/Specific International Cooperation Actions – (SICA/SAÚDE. 3.5.2), Programa Internacional de Fomento de Pesquisas da União Européia. Ela envolverá dois Países Parceiros de Cooperação Internacional (PPCI). Será conduzida por um consórcio composto por quatro entidades acadêmicas e de pesquisas de quatro diferentes países: dois Latino-Americanos (Brasil e Colômbia) e dois Europeus (Espanha e Bélgica).

Conforme consta no projeto, a pesquisa tem como objetivo analisar o impacto dos diferentes tipos de RICS quanto ao acesso aos serviços de saúde e a provisão eficiente do cuidado à saúde, com referência particular para a saúde da mulher e da criança em dois países latino-americanos: Colômbia e Brasil.

Para alcançar este objetivo, os procedimentos metodológicos constarão de dois eixos: um estudo de caso do país, baseado na associação de um estudo qualitativo e um estudo quantitativo de corte transversal e um estudo comparativo com múltiplas fontes de evidência.

Na fase 1, a equipe irá comparar a atual performance de RICS relacionada ao acesso aos serviços, continuidade do cuidado e eficiência, de acordo com o modelo de

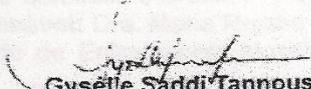
## ANEXO A – continuação

Cont. Parecer CONEP 088/09  
assinadas pelos (as) dirigentes das Secretarias de Saúde dos Municípios participantes da  
pesquisa.

**Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de  
acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela  
aprovação do projeto de pesquisa proposto.**

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 06 de março de 2009.

  
Gyselle Saddi Tannous  
Coordenadora da CONEP/CNS/MS