

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAÚDE

André Luís Canuto

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA DETECÇÃO PRECOCE
DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE BARBACENA, MINAS GERAIS

JUIZ DE FORA
Abril de 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA DETECÇÃO PRECOCE
DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE BARBACENA, MINAS GERAIS

Dissertação de Mestrado Profissional em
Saúde da Família apresentada ao Núcleo
de Assessoria, Treinamento e Estudos em
Saúde (NATES) da Universidade Federal
de Juiz de Fora (UFJF).

Aluno: André Luís Canuto.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Teresa
Bustamante-Teixeira.

JUIZ DE FORA

Abril de 2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Canuto, André Luís.

A importância da atenção básica em saúde na detecção precoce do câncer de mama no município de Barbacena, Minas Gerais / André Luís Canuto. -- 2019.

82 f.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante-Teixeira

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

1. Atenção básica em saúde. 2. Detecção precoce. 3. Câncer de mama. 4. Barbacena. 5. Minas Gerais. I. Bustamante-Teixeira, Maria Teresa, orient. II. Título.

ANDRÉ LUÍS CANUTO

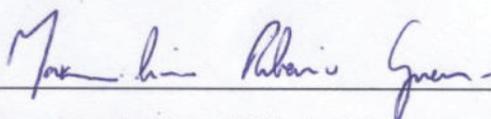
**“A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA
DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO
DE BARBACENA, MINAS GERAIS”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Mestrado Profissional em Saúde da Família – Profsaúde, da Universidade
Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários para a
obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

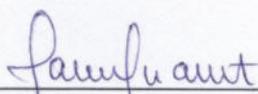
Aprovado em 30/04/2019.



Maria Teresa Bustamante Teixeira – UFJF



Maximiliano Ribeiro Guerra – UFJF



Jane Rocha Duarte Cintra - UNIPAC

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem devo tudo o que sou e tudo o que tenho, e que sempre me ajudou.

À minha família, especialmente à minha esposa Valnete, pelo incentivo em começar e persistir nesta jornada, e às minhas filhas, Amanda e Camila, os grandes amores da minha vida.

À minha professora orientadora, Dra. Maria Teresa Bustamante-Teixeira, pela disponibilidade, paciência e sabedoria, que tornaram menos árduos os caminhos.

À doutoranda Angélica Atala Lombelo Campos, pela imensa generosidade e bondade, sem as quais eu não conseguiria completar este trabalho.

Aos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de Barbacena, pela receptividade e solidariedade que viabilizaram este projeto.

“A coisa mais indispensável a um homem
é reconhecer o uso que deve fazer do seu
próprio conhecimento”

Platão (427 a.C. - 347 a.C.)

RESUMO

O câncer de mama é uma das condições patológicas mais prevalentes na população feminina, com grande impacto pessoal, familiar, social e econômico, cuja incidência vem aumentando nos últimos anos. Por se tratar de morbidade com possibilidade de detecção precoce, principalmente através do rastreamento mamográfico, é passível de sensibilização às equipes da atenção básica em saúde, que devem envidar esforços no seu reconhecimento e compreender o seu papel importante nesse rastreamento e diagnóstico precoce, o que se espera, poderá diminuir suas consequências e complicações, uma vez que quando identificado nos estágios iniciais, o câncer de mama é curável. Visando conhecer as condições para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama pela atenção básica em saúde no município de Barbacena, Minas Gerais, este trabalho se propõe a investigar os conhecimentos, práticas e atitudes profissionais das equipes de saúde no local. Métodos: trata-se de estudo de investigação quantitativa, de corte transversal, executado tendo como técnicas de pesquisa a aplicação de questionários nos profissionais de Medicina e Enfermagem das 25 equipes de Saúde da Família (ESFs) do município de Barbacena e demais profissionais da rede assistencial do município (profissionais da gestão, do núcleo de apoio à Saúde da Família e outros médicos e enfermeiros da rede de atenção básica ainda que não vinculados às ESFs) no período 2018-2019. Resultados e conclusões: o município de Barbacena possui uma rede de atenção básica à saúde estruturada e bem distribuída, composta por profissionais em sua maioria jovens, predominantemente do sexo feminino, recém-graduados, com pouco tempo de trabalho na atenção básica e pouco tempo de trabalho nas suas unidades básicas de saúde. Dispõem de bom conhecimento sobre detecção precoce do câncer de mama, mas tem dificuldades de aplicação de seus conhecimentos em suas atitudes e práticas. Ações de educação permanente são necessárias para que o controle do câncer de mama seja realizado de maneira eficaz por estes profissionais.

Palavras-chave: Barbacena – Minas Gerais. Atenção básica em saúde. Câncer de mama. Detecção precoce. Diagnóstico. Rastreamento. Prevenção secundária. Avaliação em saúde.

ABSTRACTS

Breast cancer is one of the most prevalent pathological conditions in the female population, with great personal, family, social and economic impact, which has been increasing in recent years. Because it is morbidity with the possibility of early diagnosis, mainly through mammographic screening, it is susceptible of raising awareness among the primary health care teams, who should make efforts in their recognition and understand their important role in this screening and early diagnosis, which if expected, may decrease its consequences and complications, since when identified in the early stages, breast cancer is curable. Aiming to know the conditions for the screening and early diagnosis of breast cancer for basic health care in the city of Barbacena, Minas Gerais, this paper aims to investigate the knowledge, practices and professional attitudes of health teams in the area. **METHODS:** This is a cross-sectional, quantitative research study carried out using as research techniques the application of questionnaires in the medical and nursing professionals of the 25 Family Health Teams (FHTs) of the municipality of Barbacena and other network professionals (management professionals, family support nucleus and other primary care physicians and nurses, although not linked to FHTs). **Results and conclusions:** The Barbacena municipality has a well-structured and distributed health care network composed of professionals, mostly young, predominantly female, recent graduates, with little time working in basic care and short time work in their basic health units. They have good knowledge about early detection of breast cancer but have difficulties applying their knowledge to their attitudes and practices. Permanent education actions are necessary so that the control of breast cancer is carried out effectively by these professionals.

Keywords: Barbacena - Minas Gerais. Basic health care. Breast cancer. Early detection. Diagnosis. Screening. Secondary prevention. Health evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Resultados da mamografia e condutas da atenção básica no rastreamento de câncer de mama	18
Tabela 1-	Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG).....	30
Tabela 2 -	Conhecimento dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG) sobre o câncer de mama	32
Tabela 3 -	Atitudes dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG) sobre o câncer de mama	35
Tabela 4 -	Práticas dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG) sobre o câncer de mama	37
Tabela 5 -	Fatores associados ao conhecimento sobre o exame	39
Tabela 6 -	Fatores associados à atitude sobre o exame.....	41
Tabela 7 -	Fatores associados à prática sobre o exame.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR -	American College of Radiology
APS -	Atenção Primária em Saúde
BI-RADS -	Breast Imaging Reporting and Data System
CAP -	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CBR -	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
CEBAMS -	Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social
CEM -	Centro de Especialidades Multiprofissional
DCNT -	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ECM -	Exame Clínico de Mamas
ECR -	Ensaio Clínico Randomizado
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
FEBRASGO -	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IARC -	International Agency for Research on Cancer
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM -	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCA -	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NATES -	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
SBM -	Sociedade Brasileira de Mastologia
SESAPS -	Secretaria Municipal de Saúde e Programas Sociais
SIA/SUS -	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SISCOLO -	Sistema de Informações do Câncer de Colo de Útero
SISMAMA -	Sistema de Informações do Câncer de Mama
SISCAN -	Sistema Nacional de Informação de Câncer
SOGIMIG -	Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD -	Tratamento Fora de Domicílio
UFJF -	Universidade Federal de Juiz de Fora
UBS -	Unidades Básicas de Saúde
UNACON -	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	09
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivos específicos	22
3	MÉTODOS	23
4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	27
4.1	Variáveis referentes a conhecimentos	27
4.2	Variáveis referentes a atitudes	28
4.3	Variáveis referentes a práticas	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE	68
	ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de mama é uma das doenças crônicas mais incidentes no contexto de transição demográfica, epidemiológica, e intensificação bio e micropolítica. Três momentos marcam as políticas voltadas para o controle do câncer de mama no Brasil: no primeiro, anterior a 1997, não são identificadas estratégias para detecção precoce. O segundo, compreendido entre 1997 e 2004, é marcado pelo investimento em conscientização e incentivo ao autoexame. O terceiro se inicia em 2005 com o emprego do *screening* baseado na mamografia e programas de gestão com incentivos financeiros e propostas normativas para o aumento da oferta de acesso (GONÇAVES *et al.*, 2016).

Nas últimas décadas, verifica-se uma importante mudança do perfil epidemiológico, com expressivo aumento das doenças neoplásicas e outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre elas, o câncer. As DCNT já representam atualmente 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Seguindo essa tendência mundial, no Brasil as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes (dados de 2012).

O câncer é a principal causa de morte por doença no mundo, tendo sido responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012. Houve um aumento no número de casos de câncer com 14 milhões de novos casos no ano de 2012 e uma expectativa de 22 milhões de novos casos anualmente nas próximas duas décadas. Estima-se, para o Brasil, biênio 201-2019 a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não-melanoma (cerca de 170mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS *et al.*, aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os casos de câncer de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago.

Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (IARC), da OMS, alerta que, para o efetivo controle do câncer de mama, é preciso que sejam desenvolvidas ações intersetoriais capazes de promover e organizar uma ampla cadeia de atenção à mulher, que vai desde a informação em saúde, passando pela promoção de uma vida saudável (com identificação e combate aos riscos evitáveis), até o acesso a

detecção precoce e tratamento oportuno e adequado para a doença em todas as suas fases evolutivas.

O câncer de mama é doença que, comprovadamente, vem aumentando sua incidência nos últimos anos. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (BRASIL, 2015) é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. A estimativa de incidência de câncer no Brasil, válida para os anos de 2014 e 2015, prevê 57.120 casos novos de câncer da mama, com risco estimado de 52 casos por 100 mil mulheres, a cada ano (BRASIL, 2015). Nas informações apresentadas pelo INCA em novembro de 2015, estima-se que, no biênio 2016-2017, 57.960 mulheres serão acometidas por câncer de mama. No Brasil, as estimativas de incidência de câncer de mama para o ano de 2019 são de 59.700 casos novos, o que representa 29,5% dos cânceres em mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. A taxa bruta de incidência estimada foi de 56,33 por 100 mil mulheres para todo o Brasil. Em 2016, ocorreram 16.069 mortes de mulheres por câncer de mama no país. A taxa bruta de mortalidade por esse câncer foi de 15,4 óbitos por 100 mil mulheres no país, mas variou entre as Regiões geográficas. As maiores taxas foram observadas nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil (BRASIL, 2019). No Brasil, seguindo a tendência mundial, tem sido constatado aumento da incidência e, nas regiões Sul e Sudeste, começou a ser notada a redução da mortalidade por câncer de mama (FAYER, GUERRA, CINTRA, BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2016). Apesar de as estimativas de sobrevida em cinco anos mostrarem uma tendência de aumento em países desenvolvidos, ainda se observa uma grande disparidade global. Segundo o Concord-3 (2018), no Brasil, as estimativas de sobrevida em cinco anos foram de 76,9% (75,5 - 78) para o período de 2005 a 2009 e de 75,2% (73,9 - 76,5) para o período de 2010 a 2014. Fatores relacionados ao conhecimento da doença e às dificuldades de acesso das mulheres aos métodos diagnósticos e ao tratamento adequado e oportuno resultam na chegada das pacientes em estágios mais avançados do câncer de mama, piorando o prognóstico. (BRASIL, 2019).

Segundo dados do Globocan 2012, da International Agency for Research on Cancer (IARC) (BRASIL, 2015), o risco cumulativo (risco acumulado durante a vida) de uma pessoa ter e morrer de um câncer de mama no Brasil é, respectivamente, 6,3% (ter) e 1,6% (morrer). Ainda de acordo com as últimas estatísticas mundiais do Globocan 2018, foram estimados 2,1 milhões de casos

novos de câncer e 627 mil óbitos pela doença. Em Minas Gerais, o câncer de mama é o de maior incidência em mulheres. São esperados 5.160 novos casos da doença, uma taxa bruta de incidência de 48,19 para cada grupo de 100.000 mulheres mineiras (BRASIL, 2015). Para 2019, são estimados 5.360 novos casos, o que corresponde à taxa bruta de 50,15 por 100.000 (BRASIL, 2019).

As taxas de incidência de câncer de mama feminina, padronizadas por idade, apresentam grande variação por Registro de Câncer de Base Populacional. Algumas séries, como as de Manaus e Grande Vitória, apresentam menores taxas ao longo do tempo, enquanto outras, como as de São Paulo e Belo Horizonte, apresentam maiores taxas, porém todas com uma tendência próxima à estabilidade. Portanto, apesar da existência de flutuações, não é possível identificar uma tendência crescente ou decrescente ao longo do tempo. Na série dos anos de 2000 a 2010 dos RCBP no Brasil, verifica-se um aumento na idade mediana registrada no momento do diagnóstico: de 53 anos em 2000 para 56 anos em 2010. (BRASIL, 2019).

Estratégias de controle do câncer de mama vêm sendo implementadas no Brasil desde meados do século passado, por meio de ações isoladas e, em décadas recentes, por ações inseridas no contexto de programas de controle do câncer. Esses programas correspondem a um conjunto de ações sistemáticas e integradas, com o objetivo de reduzir a incidência, a mortalidade e a morbidade do câncer em uma dada população. Em geral, os programas contemplam: prevenção primária (redução ou eliminação dos fatores de risco); detecção precoce (identificação precoce do câncer ou de lesões precursoras); tratamento; reabilitação; e cuidados paliativos. As estratégias de detecção precoce de câncer visam ao diagnóstico de casos de câncer em fase inicial de sua história natural, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento. No caso do câncer de mama, a detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento. Conceitualmente, diagnóstico precoce é a identificação, o mais precocemente possível, do câncer de mama em indivíduos sintomáticos, enquanto rastreamento é a identificação do câncer de mama em indivíduos assintomáticos.

Em 2013, o Ministério da Saúde lança o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do SUS, através da Portaria MS/GM Nº 3.394, de 30 de dezembro. O SISCAN tinha por finalidade permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do

tratamento de neoplasias malignas, devendo ser implantado na rede de estabelecimentos públicos e privados como laboratórios de citopatologia e anatomia patológica; unidades fixas e móveis de radiologia com serviço de mamografia; nos serviços que realizam tratamento para câncer nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia; e nas coordenações Estaduais, do Distrito Federal e Municipais que acompanham as ações de controle do câncer.

Algumas adaptações e melhorias foram feitas no SISCAN, para além do que já se via nos dois sistemas anteriores (SISMAMA e SISCOLO). Uma delas foi a mudança em que se permite identificar a usuária, e não só seus exames. Mais ainda, foi desenvolvido em plataforma web, permitindo que unidades de saúde utilizem o sistema para solicitação de exames, visualização de resultados e acompanhamento de mulheres com exames alterados. Seu principal objetivo foi integrar os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama, permitindo o gerenciamento das ações de detecção precoce, quais sejam rastreamento e diagnóstico precoce do câncer. A implantação do SISCAN traz para a pauta das discussões do câncer a preocupação com melhoria da qualidade do atendimento prestado. De modo geral, o SISCAN, “permite coletar informações, emitir laudos, gerenciar recursos e auditar resultados” (RODRIGUES; CRUZ; PAIXÃO, 2015).

A ação mais recente são as Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama, aprovadas pelo Ministério da Saúde em 2015. As diretrizes para a detecção precoce, nesse contexto, são estabelecidas com o foco na avaliação da efetividade das intervenções e tecnologias e os riscos associados a elas. Para definir as diretrizes, foram realizadas revisões sistemáticas da literatura a fim de dar respostas a perguntas sobre segurança e eficácia das seguintes tecnologias de rastreamento: mamografia, autoexame das mamas, exame clínico das mamas, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, termografia e tomossíntese; além das estratégias de diagnóstico precoce relacionadas à conscientização, à identificação de sinais e sintomas e à confirmação diagnóstica em um único serviço. A expectativa é que as diretrizes possam gerar maior eficiência na alocação de recursos e garantir maior benefício no impacto das ações de saúde e menores danos, auxiliando na ampliação e qualificação à detecção precoce do câncer de mama, contribuindo para a diminuição da mortalidade por essa doença. A escolha dos métodos de implantação das diretrizes para a detecção precoce segue uma

tendência de governos e agências internacionais quanto a utilização de evidências científicas consistentes no processo da tomada de decisão no âmbito da saúde.

Dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) indicam que a produção de mamografias no sistema público, em 2018, foi 4.609.094. A oferta de mamografias de rastreamento no SUS, para a faixa etária de 50 a 69 anos, aumentou em 19% entre 2012 e 2017 (BRASIL, 2019). É importante registrar o aumento contínuo, desde 2012, da oferta de mamografias de rastreamento para as mulheres na faixa etária recomendada (de 50 a 69 anos), na qual há um melhor equilíbrio entre benefícios e riscos. Em 2012, apenas 52,8% das mamografias de rastreamento no país eram realizadas em mulheres de 50 a 69 anos (INCA, 2015) e, em 2017, esse percentual chegou a 64,6%. O direcionamento de esforços para aumentar a cobertura nesse grupo, com maior evidência de impacto na redução de mortalidade por câncer de mama e menores danos associados, é uma tendência positiva das ações de controle.

Conforme as sociedades de especialidade em Mastologia, Ginecologia e Radiologia, o sucesso do tratamento é diretamente proporcional ao estágio da doença no momento do diagnóstico, sendo este êxito tanto maior quanto mais cedo ocorra o achado (URBAN, 2013; HADDAD, 2015). O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100%. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008 *apud* BRASIL, 2015).

As evidências de impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento de câncer de mama bianual por meio de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos (Grau de recomendação B). A decisão de começar o rastreamento bianual como mamografia antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, levando em consideração o contexto da paciente, os benefícios e os malefícios (Grau de recomendação C). Os

investimentos no rastreamento e diagnóstico precoce, bem como no reconhecimento dos fatores predisponentes para o câncer de mama são fundamentais para a redução dos índices de morbidade e mortalidade (OMS, 2014). A implementação do rastreamento organizado do câncer de mama nos municípios, ofertado para mulheres entre 50 e 69 anos, com realização de mamografia de qualidade a cada dois anos, pode reduzir em até 35% a mortalidade, desde que seja alcançada cobertura populacional igual ou superior a 70% (BRASIL, 2015).

Nos Estados Unidos, houve uma queda de 30% na mortalidade pela doença desde 1990, quando foram iniciados os programas de rastreamento com mamografia. Na Europa, alguns países como a Suécia registraram uma redução de 36% na mortalidade em comparação com a era pré-rastreamento, enquanto outros, como a Noruega, demonstraram uma redução de 10% na mortalidade relacionada somente com o rastreamento. Constata-se que mais de 60% dos casos são diagnosticados em estágios avançados, favorecendo a redução da sobrevida, a instituição de tratamentos agressivos e perdas na qualidade de vida. Os programas de rastreamento em todo o mundo divergem quanto à idade de início e a frequência entre os exames. Alguns dos programas de rastreamento mamográfico existentes para o câncer de mama ilustram essa desuniformidade. Entre 1960 e 1990, oito grandes e importantes Ensaios Clínicos Randomizados (ECR) avaliaram a mortalidade por câncer de mama associado ao rastreamento mamográfico. O estudo que demonstrou os melhores benefícios do exame de mamografia foi um estudo sueco, denominado *Swedish Two-Count Trial*, no qual uma redução de 31% na taxa de mortalidade foi encontrada no grupo de mulheres que foram submetidas ao rastreamento. Metanálises desses ensaios clínicos demonstraram uma redução de 15% a 20% no risco relativo de morte específica por câncer de mama (HADDAD, 2015). Apesar das contestações, os ECRs representam os melhores dados disponíveis do ponto de vista científico. Duas metanálises mais recentes desses ensaios analisaram a mortalidade por câncer de mama de acordo com grupos etários. Estudos continuaram a ser realizados para demonstrar a reprodutibilidade dos resultados dos ECRs iniciais e para tratar de questões específicas sobre a eficácia do rastreamento em diferentes idades e diferentes intervalos. Análises dos programas de rastreamento têm sido realizadas em vários países (HADDAD, 2015).

Como dito, um importante tópico envolvendo as discussões sobre rastreamento é a idade ideal para iniciá-lo. Embora haja consenso estabelecido de

que o rastreio mamográfico seja eficiente para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, a sua eficácia para mulheres com idade entre 40 e 49 anos ainda é questionada. Sabe-se, entretanto, que a multiplicação das células tumorais ocorre mais rapidamente em mulheres mais jovens, em função de características próprias do tumor nessa faixa etária, o que reforça a necessidade de oferecer um método de diagnóstico precoce também para esse grupo de mulheres. Ações que visam a padronizar o rastreamento do câncer de mama, assim como a esclarecer a população sobre a importância da sua realização, devem ser estimuladas. Em 2012, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por meio da Comissão Nacional de Mamografia, publicaram as recomendações para o rastreamento por imagem do câncer de mama no Brasil. O rastreamento mamográfico anual é recomendado para as mulheres entre 40 e 74 anos. Acima de 75 anos deve ser reservado para as mulheres que tenham expectativa de vida maior que 7 anos. O rastreamento complementar com ultrassonografia deve ser considerado para as mulheres com mamas densas. O rastreamento complementar com ressonância magnética é recomendado para as mulheres com alto risco (URBAN *et al.*, 2017).

A redução recente na mortalidade por câncer de mama em países de alta renda é atribuída à detecção precoce e melhorias no tratamento. O câncer de mama é o tipo mais frequente de câncer feminino no Brasil, e, desde 2004, o governo recomenda o exame clínico anual das mamas para mulheres a partir dos 40 anos e rastreio mamográfico bienal entre 50 e 69 anos (SILVA *et al.*, 2014). Para viabilizar o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama, em 2009, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), um subsistema do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Tendo em vista a grande extensão do estado de Minas Gerais e sua diversidade regional, torna-se relevante a avaliação do resultado das ações de rastreamento com foco estadual que permita monitorar indicadores pactuados, identificar diferenças regionais relevantes e contribuir para o planejamento em saúde no estado (CORRÊA *et al.*, 2017). Dados do SIA/SUS revelam que em 2016 foram realizadas mais de 347.330 mamografias de

rastreamento na faixa etária de 50 a 69 anos nas unidades de saúde do SUS em Minas Gerais¹.

Ainda, o acesso aos exames diagnósticos e ao tratamento, quando este é necessário, está relacionado às referências estabelecidas e à configuração da rede de atenção, sendo também afetado pela disponibilidade dos recursos humanos e equipamentos. Na implantação de um programa de rastreamento, é preciso considerar a organização da rede assistencial, assim como a disponibilidade de recursos humanos e estruturais para diagnóstico e tratamento. A oferta de serviços de saúde está relacionada com o acesso e discuti-lo significa tratar das barreiras à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Por sua vez, a utilização desses serviços é influenciada pelas necessidades de saúde da população, seus usuários, pelos profissionais lotados nos serviços de saúde e sua organização, pela política de saúde e suas ações intersetoriais. A continuidade do cuidado inclui o retorno da mulher à unidade de saúde com o laudo da mamografia e, se há suspeição, o encaminhamento para investigação diagnóstica (TOMAZELLI; SILVA, 2017). Ações de rastreamento e diagnóstico precoce em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde podem comprometer sua efetividade e implicar maior risco às mulheres; são necessárias medidas para aumentar a adesão dos profissionais às recomendações, assim como aperfeiçoar o controle e avaliação dos serviços (TOMAZELLI *et al.*, 2017).

Por fim, um questionamento atual sobre o papel do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama refere-se ao encontro de alterações mamográficas que gerem um sobrediagnóstico e à necessidade de realização de procedimentos invasivos, com implicações psicológicas, sociais e econômicas, conforme mencionado por vários autores. A garantia de que o rastreamento mamográfico traga mais benefícios do que danos para a população brasileira passa tanto pela resolução dos problemas da sua qualidade, quanto pela adequação da sua curta periodicidade (MIGOWSKY, 2016). Outros estudos ecológicos também levantam este questionamento, concluindo que há uma provável superestimativa dos benefícios e uma subestimativa dos riscos associados com esta forma de rastreamento mamográfico, indicando a necessidade de expandir a escolha

¹ Dados publicados pelo Departamento de Informática do Sus (Datasus). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

informada das pacientes, ações de prevenção primária e *screening* individualizado (DINIZ *et al.*, 2017).

Os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo *American College of Radiology* (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê as recomendações de conduta, que vão desde o retorno à rotina do rastreamento até o encaminhamento para investigação diagnóstica e/ou tratamento em unidades de referência, conforme o QUADRO 1.

Quadro 1 - Resultados da mamografia e condutas da atenção básica no rastreamento de câncer de mama

Resultado da mamografia	Conduta para atenção primária
0 – Inconclusivo	Avaliação adicional
1 – Sem achados	Rotina de rastreamento
2 – Achado benigno	Rotina de rastreamento
3 – Achado provavelmente benigno	Controle radiológico em seis meses
4 – Achado suspeito	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência
5 – Achado altamente suspeito	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência
6 – Achado com diagnóstico câncer, mas não tratado	Encaminhamento para seguimento em unidade de referência de alta complexidade

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Faz parte da atribuição profissional da equipe de saúde realizar, na atenção primária, a assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases de desenvolvimento humano. Portanto, são de responsabilidade dos seus profissionais, a partir do atendimento integral, estimular o empoderamento da mulher quanto à sua saúde e ao seu corpo. Com este entendimento, o profissional, nas consultas voltadas a saúde da mulher, deve ser capaz de detectar precocemente anormalidades nas mamas das mulheres que possam significar eventualmente a fase inicial do câncer de mama.

Verifica-se o acometimento de mulheres em momentos importantes de suas vidas, não só como centro dos núcleos familiares, como também em pleno desenvolvimento de sua atividade produtiva no trabalho, acarretando em óbvios transtornos psicossociais para as famílias e até mesmo para a atividade econômica, afora o impacto no custeio dos tratamentos. A atenção básica em saúde, que no Brasil é fortemente representada pelas equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF), pela sua própria natureza de proximidade com a população e de constituir-se

na porta de entrada para o sistema de saúde, tem a oportunidade de contribuir de forma significativa para a concretização de políticas que levem ao diagnóstico precoce da doença. Por outro lado, como um dos grandes problemas para a efetividade do alcance do Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se que a atenção primária, em suas múltiplas facetas e atributos, também enfrenta dificuldades nesse aspecto, uma vez que este pode não ser o foco principal de suas atividades, mesmo considerando a saúde da mulher como uma de suas vertentes de atuação. Sendo um dos mais importantes atributos da atenção primária a proximidade com a população que lhe é adscrita, este trabalho reconhece o importante papel desempenhado pela atenção primária na busca da detecção precoce do câncer de mama e procura verificar em uma determinada área geográfica, o município de Barbacena, Minas Gerais, a situação em que se encontra o desempenho deste papel, perscrutando as dificuldades e os facilitadores que, neste mister, lhes pautam as ações.

Por outro lado, a formação profissional dos integrantes das equipes da atenção básica nem sempre é voltada para esta preocupação, uma vez que outras morbidades, tais como as doenças crônicas, podem atrair mais esforços destas equipes em detrimento do rastreamento do câncer de mama. O tempo de atuação na atenção básica e a grande rotatividade entre os profissionais de saúde no serviço dificultam sua capacitação. Há uma valorização do exame clínico das mamas em detrimento da solicitação da mamografia na busca do diagnóstico precoce do câncer de mama. A insuficiência de profissionais de saúde habilitados e o desconhecimento da população são fatores limitadores ao rastreamento do câncer de mama. Os profissionais atuantes na ESF devem exercer suas competências em três pilares: conhecimento, habilidade e atitudes. Para esta atuação com vistas a um modelo assistencial desejado, é imprescindível que toda a operacionalização do sistema esteja em suas mãos (JÁCOME *et al.*, 2011). No Brasil, a luta por um sistema de saúde público, universal, acessível e de qualidade confunde-se, num primeiro momento, com a luta pela redemocratização do país, culminada com a implantação de uma política de valorização da saúde e não mais da doença. O movimento da reforma sanitária brasileira atendeu a essa reivindicação, embasada nas reais necessidades da população na questão da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Como resultado, foi criado, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), embasado em uma dimensão ideológica e alicerçado numa concepção

ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade. Para atender aos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e participação popular – o Ministério da Saúde priorizou a família como elemento básico para a assistência. Assim, em 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Família, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde em março de 1994. O Programa Saúde da Família, na sua constituição, recebeu influências externas de variados modelos de saúde da família, em especial os canadenses, cubano e inglês. Sua origem, entretanto, está no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, que, em 1987, veio atender à população como um programa emergencial de combate à seca, trabalhando como foco a assistência à criança e à mulher. O Ministério da Saúde, em 2006, pela Portaria de nº 648, estabeleceu o PSF como estratégia de abrangência nacional. Hoje, a Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se presente em 5.354 municípios (92,4%), tendo 29.300 equipes formadas, abrangendo uma cobertura assistencial a 113,7 milhões de brasileiros (49,5%), com gasto fixo em torno de 3 bilhões de reais (BRASIL, 2008). Para a consolidação da mudança para o modelo assistencial desejado, é imprescindível que os profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) exerçam suas competências em seus três pilares (conhecimento, habilidade e atitude) e sejam comandantes do processo, visto que toda a operacionalização do sistema público de saúde encontra-se em suas mãos (JÁCOME *et al*, 2011). Assim, com vistas a detectar as dificuldades encontradas pela atenção básica em voltar-se para os importantes aspectos do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, este trabalho de investigação busca mapear tais dificuldades, com ênfase nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica em Barbacena, um município de médio porte localizado na região do Campo das Vertentes, estado de Minas Gerais.

O presente trabalho identifica as dificuldades encontradas para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama pelo serviço de atenção básica de saúde no município de Barbacena, Minas Gerais, cotejando os achados com o descrito na literatura e o verificado em outros municípios do Brasil, esperando similaridades com tais pontos de referência, mas também encontrando particularidades próprias do local. Investiga ainda os conhecimentos, as práticas e

as atitudes dos profissionais de saúde envolvidos com a detecção precoce do câncer de mama nesta área geográfica. Com isto, poderá gerar informações que subsidiarão as políticas públicas do município e os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais envolvidos. Toma como exemplo, numa perspectiva ampliada, o que ocorreu nas últimas duas décadas com o câncer de colo uterino, cujo rastreio das lesões precursoras, com correta abordagem e condução dos casos pela atenção primária, em articulação bem desenvolvida com níveis de maior complexidade, fez com que caísse à metade nesse período, a incidência de cânceres invasivos (SOGIMIG, 2019). Trazer esta possibilidade também para o câncer de mama certamente impactará em ganho de qualidade na atenção à saúde das mulheres e trará maior efetividade da atenção básica nos cuidados em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento, a atitude e as práticas dos profissionais de Medicina e Enfermagem das Equipes de Saúde da Família e de profissionais gestores da rede assistencial do município de Barbacena vinculados à atenção básica, visando identificar as dificuldades encontradas para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama.

2.2 Objetivos específicos

Analisar o conhecimento dos profissionais sobre o rastreio mamográfico, indicações para o exame e interpretações dos seus achados.

Analisar o encaminhamento dado aos casos de achados clínicos e/ou de exames complementares alterados em relação ao câncer de mama

Identificar as dificuldades encontradas na atenção básica para o diagnóstico precoce do câncer de mama.

3 MÉTODOS

Trata-se de estudo de investigação quantitativa, de corte transversal, executado tendo como técnicas de pesquisa a aplicação de questionários com os profissionais de Medicina e Enfermagem das 25 Equipes de Saúde da Família do município de Barbacena e demais profissionais da rede assistencial do município (profissionais da gestão, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e outros médicos e enfermeiros da rede de atenção básica ainda que não vinculados às ESFs). Tal questionário foi construído a partir de modelos para identificar as ações realizadas no rastreio e diagnóstico de câncer de mama, determinada sua aplicabilidade (MARQUES; FIGUEIREDO; GUTIÉRREZ, 2015).

O inquérito CAP (conhecimentos, atitudes e práticas) é uma avaliação formativa, que objetiva coletar dados de uma parcela populacional e favorecer a elaboração de intervenções. Estudos do tipo CAP visam ao desenvolvimento de programas mais apropriados para as necessidades específicas da população estudada (JÁCOME *et al.*, 2011). Neste estudo, o conhecimento pode ser definido como o evento de recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas. O conhecimento é uma relação que se estabelece entre o sujeito que conhece ou deseja conhecer e o objeto a ser conhecido ou que se dá a conhecer. A construção do conhecimento fundado sobre o uso crítico da razão, vinculado a princípios éticos e a raízes sociais, é tarefa que precisa ser retomada a cada momento, sem jamais ter fim (ROSA² *apud* JÁCOME *et al.*, 2011) Atitude é uma norma de procedimento que leva a um determinado comportamento. É, essencialmente, ter opiniões, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional (MARINHO, COSTA-GURGEL, CECATI, OSIS, 2003). É a concretização de uma intenção ou propósito. De acordo com a psicologia, atitude é comportamento habitual que se verifica em circunstâncias diferentes. Atitude significa também uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a grupos, questões, outros seres humanos ou, mais especificamente, a acontecimentos ocorridos em nosso meio circundante

² ROSA, V. B. A. **Afinal, o que é conhecimento?** Disponível em <http://www.mundodosfilosofos.com.br/vanderlei22.htm>.

(GREGÓRIO³, 2002 *apud* JÁCOME *et al.*, 2011). Define-se prática como a ação que se desenvolve com a aplicação dos conhecimentos, é “a tomada de decisão para executar a ação” (ANDRADE; LEITE; SOARES; PINHEIRO, 2015). Prática é a capacidade de fazer, a experiência clínica, a repetição e o exercício psicomotor. Está relacionada à forma de executar as tarefas, na aplicação de conhecimento, do agir e do pensar (RESENDE⁴, 2000 *apud* JÁCOME *et al.*, 2011). Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social (MARINHO, COSTA-GURGEL, CECATI, OSIS, 2003).

As variáveis sobre conhecimento, atitudes e práticas foram avaliadas por meio de questionário (APÊNDICE A), constando de 55 perguntas de respostas de múltipla escolha ou objetivas de respostas curtas, estruturadas em 4 blocos, em alguns casos podendo ser assinalada mais de uma alternativa. Tais questões, pela sua própria natureza, não seguiram uma ordem quanto a se referirem a conhecimentos, práticas ou atitudes, sendo as 7 primeiras sobre a identificação dos respondentes, 23 questões sobre os conhecimentos, 9 questões sobre as atitudes e 16 questões sobre as práticas. Foram formuladas levando em consideração as referências de trabalhos que investigaram conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde em temas de relevância epidemiológica, como o câncer de mama, bem como adaptadas às peculiaridades do sistema de saúde do município (BROCHONSKI *et al.*, 2017). Foram, porém, utilizados instrumentos validados e modificados de acordo com as diretrizes atuais para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama. Antes de sua aplicação foi realizado pré-teste com a participação dos médicos de Saúde da Família da turma de Mestrado Profissional em curso no NATES (Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde) da UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora). As sugestões por eles oferecidas foram acatadas no sentido de revisar e ampliar o questionário.

O município de Barbacena, localizado na região do Campo das Vertentes, em Minas Gerais, conta com 135.829 habitantes (IBGE, 2016), com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,769 em 2010. Existem no município dezenove unidades básicas de saúde, dois serviços de mamografia que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e outros quatro serviços particulares de

³ GREGÓRIO, S. B. **Atitude e Comportamento** [texto na Internet]. Disponível em <http://www.ceismael.com.br/artigo/artigo057.htm>.

⁴ RESENDE, E. O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

imagem. Há uma profissional mastologista de referência no SUS, a qual realiza atendimentos em três centros secundários de especialidades, o Centro Ambulatorial Doutor Agostinho Paulucci, da Faculdade de Medicina de Barbacena, e o Centro de Especialidades Multiprofissional (CEM), da Secretaria Municipal de Saúde e Políticas Sociais (SESAPS), para onde são encaminhados preferencialmente os casos das categorias 0 e 3 de BI-RADS/ACR; e o Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social (CEBAMS), para onde são encaminhados os casos classificados como categorias 4, 5 e 6 de BI-RADS/ACR, o qual é vinculado ao Hospital Ibiapaba, que é Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), e onde são realizados os tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e hormonioterápicos. Está em implantação no município, nesta mesma unidade de saúde, o serviço de radioterapia, mas até o momento as pacientes que necessitem desta modalidade de tratamento são encaminhadas, via Tratamento Fora do Domicílio (TFD), para o município de Juiz de Fora. A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro, outubro e novembro do ano de 2018 em suas unidades básicas de saúde. Também foram incluídos os profissionais da coordenação da atenção primária (gestão) e dos NASFs do município, bem como da Coordenação de Saúde da Mulher, pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde Pública e Políticas Sociais (SESAPS). Foi obtida autorização junto ao gestor para a aplicação dos questionários nas unidades básicas de saúde (ANEXO B).

A população de estudo constituiu-se do universo dos profissionais vinculados à rede de atenção básica do município: médicos e enfermeiros atuantes na atenção básica, das equipes de ESF, incluindo ainda os profissionais da coordenação da atenção primária e saúde da mulher (gestão), dos NASFs e outros profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária do município de Barbacena, pertencentes à SESAPS. Foram distribuídos 69 questionários nas unidades básicas de saúde e setores administrativos, obtendo-se retorno de 63, todos considerados como válidos. Não responderam o questionário, após no mínimo quatro tentativas, seis profissionais. Todos os cuidados foram tomados visando preservar a confidencialidade dos dados, pois apesar dos questionários serem anônimos, o universo é pequeno e poderia haver uma possibilidade remota de identificação do profissional respondente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, através do cadastramento na Plataforma Brasil, e aprovado, conforme parecer consubstanciado de número 2.633.643, de 03/05/2018 (anexo C).

4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O período de coleta de dados estendeu-se durante os meses de setembro a novembro de 2018. Todas as unidades básicas de saúde e estruturas administrativas relacionadas da gestão foram visitadas pelo pesquisador, que contactou pessoalmente a maioria dos participantes, solicitando sua colaboração e informando sobre a natureza da pesquisa, retornando para o recolhimento dos questionários em um prazo de uma a duas semanas. Foram feitas mais quatro tentativas para obtenção do questionário respondido e, não obtendo êxito, foram considerados como recusas. Os dados obtidos foram inicialmente digitados e catalogados no banco da ferramenta on-line gratuita KoBo Toolbox e exportados para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.

As variáveis de desfechos levadas em consideração são explicadas a seguir, segundo os conhecimentos, as atitudes e as práticas pesquisadas.

4.1 Variáveis referentes a conhecimentos

População-alvo (questões n. 32, 33 e 34): Considerou-se resposta adequada quando o respondente preenchia qualquer valor para a população total ou por faixa etária.

Fatores de alto risco para câncer de mama (questão n. 12): considerado adequado quando o participante respondeu sim para os fatores de risco: história pessoal ou familiar de câncer de mama em ambos os sexos e história pessoal ou familiar de câncer de ovário.

Melhor período para a realização do exame clínico das mamas (questão n. 20): considerado adequado quando o participante respondeu que após a menstruação é o melhor período.

Periodicidade e faixa etária para rastreamento mamográfico (questões n. 24 e 25): considerado adequado quando o participante respondeu adequadamente às questões sobre faixa etária de 50 anos para início da realização do exame e periodicidade bianual entre 50 e 69 anos e sobre a interpretação dos resultados dos exames segundo classificação BIRADS/ACR, conforme QUADRO 1.

4.2 Variáveis referentes a atitudes

Encaminhamento de pacientes com alterações mamográficas (questões n. 42, 43, 44 e 45): considerado adequado quando o participante respondeu adequadamente às questões sobre o local de encaminhamento de pacientes segundo cada categoria de BI-RADS/ACR do resultado mamográfico.

Consideradas adequadas ainda quando o participante respondeu que investiga os fatores de risco para o câncer de mama no território, realiza o exame clínico das mamas e refere que o melhor período para a realização do exame clínico das mamas é o período pós-menstrual (questões n. 17, 18, 19 e 20).

4.3 Variáveis referentes a práticas

Consideradas adequadas quando o participante respondeu que investiga os fatores de risco para o câncer de mama no território, realiza o exame clínico das mamas e refere que o melhor período para a realização do exame clínico das mamas é o período pós-menstrual (questões n. 11, 17 e 20).

Foi realizada a análise descritiva dos dados e, a seguir, realizada análise bivariada considerando como desfecho “os conhecimento, as atitudes e as práticas” e como variáveis independentes as características da população pesquisada, tais como idade, sexo, formação, tempo de trabalho na atenção básica e na unidade básica de saúde e outros. Foram utilizados os testes do qui-quadrado e Fischer, quando necessário, considerando estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.

5 RESULTADOS

O município de Barbacena possui 19 (dezenove) Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com 25 (vinte e cinco) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada uma com um profissional médico e um profissional de enfermagem de nível superior, além de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em 6 (seis) UBS existem 2 (duas) equipes de ESF.

Responderam aos questionários aplicados um total de 63 (91,3%) profissionais de saúde, assim distribuídos: 49 (77,8%) integrantes das ESF e 14 (22,2%) profissionais de outros setores. Quanto à formação profissional, 33 (52,4%) eram médicos e 30 (47,6%) enfermeiros, conforme TAB. 1.

Em relação ao perfil sociodemográfico, a maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (73,3%), tinha até 35 anos (59,0%), havia se formado há menos de 10 anos (69,8%), atuava na atenção básica há menos de 2 anos (43,1%) e trabalhava naquela unidade básica de saúde há menos de 2 anos (73,7%), como descrito na TAB. 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG)

Variável	Categorias	n*	%
BLOCO I – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL			
Idade	Até 35 anos	36	59,0
	De 36 a 50 anos	17	27,9
	Acima de 51 anos	8	13,1
Sexo	Masculino	16	26,7
	Feminino	44	73,3
Formação profissional	Médico	33	52,4
	Enfermeiro	30	47,6
Atuação	Médico da ESF	24	38,1
	Médico com outro vínculo da atenção básica	7	11,1
	Enfermeiro da ESF	25	39,7
	Enfermeiro com outro vínculo da atenção básica	3	4,8
	Médico da gestão/coordenação/serviço de apoio	2	3,2
	Enfermeiro da gestão/coordenação/serviço de apoio	2	3,2
Tempo da graduação	10 anos ou menos	44	69,8
	Mais que 10 anos	19	30,2
Tempo de atuação na atenção básica	Até 2 anos	25	43,1
	Acima de 2 anos até 10 anos	22	37,9
	Mais que 10 anos	11	19,0
Tempo de atuação nesta UBS	Até 1 ano	30	52,6
	Acima de 1 ano até 2 anos	12	21,1
	Acima de 2 anos até 10 anos	11	19,3
	Mais que 10 anos	4	7,0

Nota: *As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

Em relação ao conhecimento sobre a epidemiologia do câncer de mama, somente 27,5% dos entrevistados conheciam a prevalência da doença no município, ao passo que 53,8% conheciam a magnitude da doença em Minas Gerais e 68% dos entrevistados tinham informação correta sobre a prevalência da doença no país. Contudo, acrescenta-se que a maior parte dos entrevistados (83,9%) considera o câncer de mama um problema de saúde pública (TAB. 2).

Quando questionados sobre o motivo para que o câncer de mama seja considerado um problema de saúde pública, 37,3% mencionaram a prevalência da doença, 14,3% relataram a frequência da doença (totalizando 51,6% a abrangência), 15,9% afirmaram a gravidade da doença e 27,0% consideraram a possibilidade de intervenção (TAB. 2).

Quanto ao conhecimento sobre o território, 34,9% dos participantes relataram conhecer a população feminina adscrita, 77,0% informaram conhecer o

número de casos de câncer de mama diagnosticados no território, 72,1% relataram conhecer o número de casos suspeitos e em investigação no território e 72,2% relataram conhecer o número de casos de câncer de mama em tratamento no território (TAB. 2).

Em relação ao conhecimento adequado dos fatores de alto risco para o câncer de mama, 60,3% consideraram corretamente a história pessoal ou familiar de câncer de mama em ambos os sexos e a história pessoal ou familiar de câncer de ovário, como fatores de alto risco para o câncer de mama. Além disso, 85,7% afirmaram que o melhor período para realização do exame clínico das mamas é após a menstruação. Contudo, somente 34,9% dos entrevistados responderam corretamente sobre a faixa etária e periodicidade para realização de mamografia de rastreio, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (TAB. 2).

A maior parte (68,3%) dos entrevistados considera a mamografia o melhor exame para detecção precoce do câncer de mama, seguido pelo exame clínico (41,3%) e ultrassonografia (6,3%), conforme consta da TAB. 2.

Em relação ao tipo de mamografia, a maioria (91,9%) afirmou saber a diferença entre a mamografia de rastreamento e a mamografia diagnóstica. Contudo, 79,4% dos participantes de fato sabiam a finalidade da mamografia de rastreio (TAB. 2). E 100% dos pesquisados realmente não souberam o que é mamografia diagnóstica. No questionário, eram apresentadas alternativas com definições sobre o que é a mamografia de rastreamento, que é a que se destina à população assintomática.

Sobre a classificação BIRADS/ACR, 87,9% relataram que conheciam o significado das categorias, entretanto, somente 73% dos participantes efetivamente sabiam seu significado (TAB. 2). Também foi pedido que no questionário os participantes fizessem em colunas as correlações entre as categorias de BIRADS/ACR e os seus respectivos descritivos (QUADRO 1).

Em relação à conduta frente aos resultados, 75,4% dos entrevistados relataram conhecer a conduta referida frente aos resultados dos exames, porém um percentual muito menor (7,9%) efetivamente demonstrou conhecer as condutas corretamente quando avaliados (TAB. 2). Do mesmo modo, também foi pedido que no questionário os participantes fizessem em colunas as correlações entre as categorias de BI-RADS/ACR e as suas respectivas recomendações de condutas (QUADRO 1).

Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG) sobre o câncer de mama

Variável	Categorias	n*	%
BLOCO II – CONHECIMENTO EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE MAMA			
Conhecimento epidemiológico da doença em Barbacena			
	Sim	14	27,5
	Não	37	72,5
Conhecimento epidemiológico da doença em Minas Gerais			
	Sim	28	53,8
	Não	24	46,2
Conhecimento epidemiológico da doença no Brasil			
	Sim	34	68,0
	Não	16	32,0
Consideram o câncer de mama um problema de saúde pública			
	Sim	52	83,9
	Não	10	16,1
Por qual motivo consideram o câncer de mama um problema de saúde pública			
	Prevalência da doença	19	37,3
	Frequência da doença	9	14,3
	Gravidade da doença	10	15,9
	Possibilidade de intervenção	17	27,0
Conhecimento sobre os fatores de alto risco para o câncer de mama***			
	Sim	38	60,3
	Não	25	39,7
Conhecimento sobre a população adscrita**			
	Sim	22	34,9
	Não sabe	41	65,1
Conhecimento sobre o número de casos de câncer de mama no território**			
	Sim	47	77,0
	Não sabe	14	23,0
Conhecimento sobre o número de casos suspeitos de câncer de mama em investigação no território**			
	Sim	44	72,1
	Não sabe	17	27,9
Conhecimento sobre o número de casos de câncer de mama em tratamento no território**			
	Sim	40	72,2
	Não sabe	17	29,8
Conhecimento sobre o melhor período de realização do exame clínico das mamas****			
	Sim	54	85,7
	Não	9	14,3
Conhecimento sobre o melhor exame para detecção precoce do câncer de mama			
	Exame clínico	26	41,3
	Mamografia	43	68,3
	Ultrassonografia	4	6,3
	Ressonância nuclear magnética	0	0
Conhecimento sobre a faixa etária e periodicidade de realização da mamografia de rastreamento			
	Sim	22	34,9
	Não	41	65,1
Referem que sabem a diferença entre mamografia de rastreamento e mamografia diagnóstica			
	Sim	57	91,9
	Não	5	8,1
Variável	Categorias	n*	%
BLOCO II – CONHECIMENTO EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE MAMA			
Referem que sabem a diferença entre mamografia de rastreamento e mamografia diagnóstica			

	Sim	57	91,9
	Não	5	8,1
Conhecimento sobre a finalidade da mamografia de rastreio			
	Sim	50	79,4
	Não	13	20,6
Conhecimento sobre a finalidade da mamografia diagnóstica			
	Sim	0	0
	Não	63	100
Conhecimento sobre os critérios de população alvo			
	Sim	38	60,3
	Não	25	39,7
Conhecimento sobre a classificação BIRADS referida			
	Sim	51	87,9
	Não	0	0
	Tem dúvidas	7	12,1
Conhecimento sobre a classificação BIRADS avaliada			
	Sim	46	73,0
	Não	17	27,0
Conhecimento sobre a conduta frente aos resultados dos exames referida			
	Sim	46	75,4
	Não	2	3,3
	Tem dúvidas	13	21,3
Conhecimento sobre a conduta frente aos resultados dos exames avaliada			
	Sim	5	7,9
	Não	58	92,1

Nota: * As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

** Considerado adequado quando o respondente preenchia qualquer valor para a população total ou faixa etária

*** Considerado adequado quando participante respondeu sim para os fatores de risco: (1) História pessoal ou familiar de câncer de mama em ambos os sexos e (2) História pessoal ou familiar de câncer de ovário.

**** Considerado adequado quando participante respondeu que após a menstruação é o melhor período para realização do exame clínico das mamas.

Verificou-se também o conhecimento dos profissionais sobre a atitude em relação ao encaminhamento quando do achado de alterações mamográficas. A maior parte (62,7%) encaminhava os casos classificados como BI-RADS 0 para ambulatórios de Ginecologia. Os casos classificados como BI-RADS 3 também tinham este mesmo encaminhamento (31,6%), porém muito próximos de encaminhamentos ao CEM (Centro de Especialidades Multiprofissional) (26,3%) e ao Centro Ambulatorial (29,8%), quando o correto seria encaminhar ambos para o CEM (TAB. 3).

Já os casos classificados como BI-RADS 4 e 5 afirmaram corretamente encaminhar para o CEBAMS, que se situa no hospital de referência em Oncologia no município, em 56,7% e 74,6% dos casos, respectivamente (TAB. 3).

Concluiu-se que a maioria (71,4%) não fazia os encaminhamentos para os locais adequados, ressaltando-se, no entanto, que os casos considerados como de maior gravidade eram corretamente encaminhados (TAB. 3).

Outro dado notável é que 88,9% dos profissionais referiram não ter acesso aos dados do SISCAN para o planejamento de ações de controle do câncer de mama. Dentre os que o fazem, um utiliza com a finalidade de fazer busca ativa, e outro para prover ações educativas (TAB. 3).

Segundo a maioria dos respondentes, o planejamento das ações para o controle do câncer de mama nas UBS é feito principalmente pela demanda de atendimento (63,8%), segundo se nota na TAB. 3.

Ao final, perguntou-se aos participantes se foi necessária consulta a alguma fonte para responder ao questionário. Trata-se de questão de avaliação interna. Apesar de sujeita a viés de subjetividade, visa também avaliar o nível geral de conhecimento espontâneo dos profissionais sobre a temática geral do câncer de mama. Entre os participantes, 87,3% afirma não ter precisado consultar alguma fonte para responder ao questionário, e dentre os que o fizeram, 80,0% consultaram documentos do Ministério da Saúde (TAB. 3).

Tabela 3 – Atitudes dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG) sobre o câncer de mama

Variável	Categorias	n*	%
BLOCO III – ATITUDE EM RELAÇÃO AO EXAME			
Local de encaminhamento para as mamografias com BIRADS 0			
	Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia.	32	62,7
	Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA).	9	17,6
	Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela).	8	15,7
	Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)	2	3,9
Local de encaminhamento para as mamografias com BIRADS 3			
	Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia.	18	31,6
	Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA).	15	26,3
	Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela).	17	29,8
	Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)	7	12,3
Local de encaminhamento para as mamografias com BIRADS 4			
	Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia.	7	11,7
	Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA).	9	15,0
	Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela).	10	16,7
	Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)	34	56,7
Local de encaminhamento para as mamografias com BIRADS 5			
	Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia.	6	10,2
	Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA).	5	8,5
	Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela).	4	6,8
	Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)	44	74,6
Encaminha para os locais adequados			
	Sim	18	28,6
	Não	45	71,4
Acesso aos dados do SISCAN para o planejamento de ações para o controle do câncer de mama			
	Sim	7	11,1
	Não	56	88,9
Para qual finalidade tem acesso aos dados do SISCAN			
	Estimar cobertura	0	0,0
	Prover recursos para manter as ações.	0	0,0
	Conhecer as características das mulheres atendidas.	0	0,0
	Fazer busca ativa	1	50,0
	Prover ações educativas	1	50,0
Como é feito o planejamento das ações para o controle do câncer de mama na UBS			
	Não é feito.	4	8,5
	É atribuição do gestor local.	5	10,6
	É atribuição de outro profissional ou instância.	8	17,0
	Pela demanda de atendimento.	30	63,8
Precisou consultar alguma fonte para responder às perguntas deste questionário			
	Sim	8	12,7
	Não	55	87,3

Variável	Categorias	n*	%
BLOCO III – ATITUDE EM RELAÇÃO AO EXAME			
Qual fonte consultou fonte para responder às perguntas deste questionário			
	Literatura científica	2	40,0
	Documentos do Ministério da Saúde	4	80,0
	Sites da Internet	0	0,0
	Protocolos de atendimento do SUS	0	0,0

Nota: * As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

Avaliou-se também a prática dos profissionais em relação ao câncer de mama. A maioria (95,2%) afirma investigar os fatores de risco para o câncer de mama, realizam exame clínico das mamas (85,7%), principalmente na oportunidade do exame ginecológico (77,6%), com periodicidade anual (65,5%), conforme se verifica na TAB. 4.

Afirmam não ter dificuldade com a realização do exame clínico das mamas 77,8% dos respondentes, e dentre os que tem, a principal dificuldade refere-se a dúvidas quanto aos achados (71,4%), também segundo a TAB. 4.

Disseram ainda que preenchem corretamente o formulário de requisição de mamografia do SISCAN 88,7% dos inquiridos, afirmando diferenciar requisição de mamografia para população-alvo e mamografia para população de alto risco, 95,0% deles (TAB. 4).

A metade dos profissionais (50,0%) recebe os resultados dos exames mamográficos que solicitam entre 30 e 60 dias, e 62,3% afirmam ter disponibilidade para solicitação de outros exames complementares. O prazo entre 30 e 60 dias foi apontado por 60% deles como o tempo médio de agendamento dos casos suspeitos encaminhados (TAB. 4).

Consideram o desconhecimento da população como um fator limitante ao rastreamento do câncer de mama 62,1% dos pesquisados. A maioria absoluta não recebe contrarreferência dos casos encaminhados (96,7%). No entanto, 57,9% disseram que fazem o acompanhamento dos casos de câncer de mama diagnosticados em sua área. Afirmaram não receber capacitação para o controle do câncer de mama 79,4% e, dentre os que afirmaram ter recebido, 38,5% disseram ter sido entre 1 e 3 anos e 38,5% há mais de 3 anos (TAB. 4).

Tabela 4 – Práticas dos profissionais de saúde do município de Barbacena (MG) sobre o câncer de mama

Variável	Categorias	n*	%
BLOCO IV – PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME			
Profissional investiga os fatores de risco para o câncer de mama			
	Sim	60	95,2
	Não	2	3,2
Profissional realiza o exame clínico das mamas			
	Sim	54	85,7
	Não	9	14,3
Quando o profissional realiza o exame clínico das mamas			
	Se a paciente tiver queixas	27	44,9
	Na oportunidade do exame ginecológico	38	77,6
	Em todas as pacientes acima de 40 anos	4	8,2
Com que periodicidade o exame clínico das mamas é feito			
	Anualmente	38	65,5
	Sem intervalo definido	20	34,5
Dificuldade com o exame clínico das mamas			
	Sim	14	22,2
	Não	49	77,8
Motivo de dificuldade com o exame clínico das mamas			
	Falta de treinamento	5	35,7
	Inibição	0	0
	Dúvidas quanto aos achados	10	71,4
	Pouca disponibilidade de tempo na consulta	3	21,4
Profissional refere preencher corretamente o formulário de requisição da mamografia do SISCAN			
	Sim	55	88,7
	Não	7	11,3
Profissional diferencia requisição de mamografia de população alvo e população de risco			
	Sim	57	95,0
	Não	3	5,0
Tempo de demora entre a solicitação da mamografia e o retorno do resultado referido pelo profissional			
	Menos de 30 dias	12	20,7
	Entre 30 e 60 dias	29	50,0
	Entre 60 e 120 dias	14	24,1
	Mais de 120 dias	3	5,2
Disponibilidade de liberação de outros exames complementares na UBS			
	Sim	38	62,3
	Não	23	37,7
Fatores limitantes ao rastreamento do câncer de mama na UBS			
	Desconhecimento da população	36	62,1
	Dificuldade de acesso da população	16	27,6
	Cota de exames mamográficos insuficiente	14	24,1
	Poucos profissionais com informações atualizadas sobre rastreio	15	25,9
	Número de profissionais insuficiente na equipe de saúde da família	8	13,8
	Equipamentos insuficientes	23	39,7
	Falta de um programa de rastreamento organizado	9	15,5
Tempo médio de agendamento dos casos suspeitos encaminhados			
	Menos de 30 dias	18	30,0
	Entre 30 e 60 dias	36	60,0
	Entre 60 e 120 dias	5	8,3
	Mais de 120 dias	1	1,7

Variável	Categorias	n*	%
BLOCO IV – PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME			
Recebimento de contra referência dos casos encaminhados			
	Sim	2	3,3
	Não	59	96,7
Faz acompanhamento dos casos diagnosticados com câncer de mama			
	Sim	33	57,9
	Não	24	42,1
Recebimento de capacitação para o controle do câncer de mama			
	Sim	13	20,6
	Não	50	79,4
Há quanto tempo recebeu capacitação para controle do câncer de mama			
	Menos de um ano	3	23,1
	Entre um e três anos	5	38,5
	Mais de três anos	5	38,5

Nota: * As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

A maioria dos profissionais estudados (71,4%) demonstrou conhecimento inadequado sobre o exame mamográfico quando consideradas as questões referentes à periodicidade e à faixa etária alvo para realização do exame e sobre a interpretação dos resultados dos exames segundo a classificação de BIRADS / ACR. Houve maior percentual de acerto entre os profissionais até 35 anos (61,1%), do sexo feminino (83,3%), médicos (55,5%), que atuam na Estratégia de Saúde da Família (83,3%), com menos de 10 anos de graduação (77,7%), que atuam na atenção básica há até 2 anos (50,0%) e na mesma UBS há menos de 2 anos (77,7%) e que não receberam treinamento em ações de controle do câncer de mama (77,7%). Entre os que tem atitudes classificadas como adequadas sobre o exame mamográfico, verifica-se que 44,4% dos profissionais tem conhecimentos adequados e 55,6% inadequados. Entre os 18 (28,6%) profissionais com conhecimento sobre mamografia avaliado como adequado, 44,4% e 83,3% apresentam, respectivamente, atitudes e práticas consideradas como adequadas. Porém, nenhuma das variáveis estudadas nesta associação foi estatisticamente significativa, inclusive quando foi comparada adequação ou não entre atitudes e práticas (TAB. 5).

Tabela 5 – Fatores associados ao conhecimento sobre o exame

Variáveis	n****	Conhecimento sobre a mamografia		p
		Adequado* n (%)	Inadequado n (%)	
Total	63	18 (28,6)	45 (71,4)	----
Faixa etária				
Até 35 anos	36	11 (61,1)	25 (58,1)	0,495
De 36 a 50 anos	17	6 (33,3)	11 (25,6)	
Acima de 51 anos	8	1 (5,6)	7 (16,3)	
Sexo				
Masculino	16	2 (11,1)	14 (31,1)	0,120
Feminino	44	15 (83,3)	29 (64,4)	
Formação profissional				
Médico	33	10 (55,5)	23 (51,1)	0,787
Enfermeiro	30	8 (44,4)	22 (48,8)	
Atuação profissional				
Estratégia de Saúde da Família	49	15 (83,3)	34 (75,5)	0,739
Outro	14	3 (16,6)	11 (24,4)	
Tempo de graduação				
10 anos ou menos	44	14 (77,7)	30 (66,6)	0,546
Mais que 10 anos	19	4 (22,2)	15 (33,3)	
Tempo de atuação na atenção básica				
Até 2 anos	25	9 (50,0)	16 (35,5)	0,538
Acima de 2 anos até 10 anos	22	6 (33,3)	16 (35,5)	
Mais que 10 anos	11	2 (11,1)	9 (20,0)	
Tempo de atuação nesta UBS				
Até 2 anos	42	14 (77,7)	28 (62,2)	0,371
Acima de 2 anos até 10 anos	11	3 (16,6)	8 (17,7)	
Mais que 10 anos	4	0 (0,0)	4 (8,8)	
Recebeu treinamento sobre ações de controle do câncer de mama				
Sim	13	4 (22,2)	9 (20,0)	0,844
Não	50	14 (77,7)	36 (80,0)	
Atitude**				
Adequada	18	8 (44,4)	10 (22,2)	0,121
Inadequada	45	10 (55,6)	35 (77,7)	
Prática***				
Adequada	46	15 (83,3)	31 (68,9)	0,350
Inadequada	17	3 (16,7)	14 (31,1)	

Nota: * Considerado adequado quando o participante respondeu adequadamente as a questões sobre a periodicidade e faixa etária para realização do exame e sobre a interpretação dos resultados dos exames segundo classificação BIRADS.

** Considerada adequada quando o participante respondeu adequadamente as a questões sobre o local de encaminhamento de cada resultado mamográfico.

*** Considerada adequada quando o participante respondeu que investiga os fatores de risco para o câncer de mama no território, realiza o exame clínico das mamas e refere que o melhor período para realização do exame clínico das mamas é o período pós-menstrual.

**** As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

Também foram pesquisadas a adequação das atitudes em relação ao exame mamográfico, considerando as respostas corretas sobre o local de encaminhamento das usuárias, segundo o resultado do exame. Observou-se que apenas 28,6% relatou atitudes adequadas. Assim, encontrou-se melhor perfil de

adequação entre os profissionais até 35 anos de idade (61,1%), do sexo feminino (72,2%), enfermeiros (66,6%), com menos de 10 anos de graduação (83,3%), semelhantemente se atuam na atenção básica há menos de 2 anos (38,8%) e entre 2 e 10 anos (38,8%), que atuam na mesma unidade básica de saúde há menos de 2 anos (77,7%) e que não receberam treinamento sobre ações de controle do câncer de mama (72,2%), conforme tabela 6. Entre os que têm atitudes classificadas como adequadas sobre o exame mamográfico, verifica-se que 44,4% dos profissionais têm conhecimentos adequados e 77,7% têm práticas adequadas. Nenhuma destas variáveis mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho, nem mesmo quando foram comparadas em relação à adequação ou não de conhecimentos e práticas, o que pode ser um efeito do tamanho da população estudada (TAB. 6). Porém, observa-se que ser enfermeiro (40,0%) está associado a melhor perfil de adequação, independentemente de ser ou não integrante de ESF (28,6 x 28,6%), conforme ainda a TAB. 6.

Tabela 6 – Fatores associados à atitude sobre o exame

Variáveis	n****	Atitude sobre a mamografia		p
		Adequada* n (%)	Inadequada n (%)	
Total	63	18 (28,6)	45 (71,4)	----
Faixa etária				
Até 35 anos	36	11 (61,1)	25 (58,1)	0,953
De 36 a 50 anos	17	5 (27,7)	12 (27,9)	
Acima de 51 anos	8	2 (11,1)	6 (13,9)	
Sexo				
Masculino	16	5 (27,7)	11 (25,0)	0,899
Feminino	44	13 (72,2)	31 (70,4)	
Formação profissional				
Médico	33	6 (33,3)	27 (60,0)	0,056
Enfermeiro	30	12 (66,6)	18 (40,0)	
Atuação profissional				
Estratégia de Saúde da Família	49	14 (77,7)	35 (77,7)	0,739
Outro	14	4 (22,2)	10 (22,2)	
Tempo de graduação				
10 anos ou menos	44	15 (83,3)	29 (64,4)	0,224
Mais que 10 anos	19	3 (16,6)	16 (35,5)	
Tempo de atuação na atenção básica				
Até 2 anos	25	7 (38,8)	18 (45,0)	0,947
Acima de 2 anos até 10 anos	21	7 (38,8)	14 (35,0)	
Mais que 10 anos	11	3 (16,6)	8 (20,0)	
Tempo de atuação nesta UBS				
Até 2 anos	42	14 (77,7)	28 (65,1)	0,194
Acima de 2 anos até 10 ano	11	1 (5,5)	10 (23,2)	
Mais que 10 anos	4	2 (11,1)	5 (11,6)	
Recebeu treinamento sobre ações de controle do câncer de mama				
Sim	13	5 (27,7)	8 (17,7)	0,492
Não	50	13 (72,2)	37 (82,2)	
Conhecimento**				
Adequado	18	8 (44,4)	10 (22,2)	0,121
Inadequado	45	10 (55,5)	35 (77,7)	
Prática***				
Adequada	46	14 (77,7)	32 (71,1)	0,757
Inadequada	17	4 (22,2)	13 (28,8)	

Nota: * Considerada adequada quando o participante respondeu adequadamente as a questões sobre o local de encaminhamento de cada resultado mamográfico.

** Considerado adequado quando o participante respondeu adequadamente as a questões sobre a periodicidade e faixa etária para realização do exame e sobre a interpretação dos resultados dos exames segundo classificação BIRADS.

*** Considerada adequada quando o participante respondeu que investiga os fatores de risco para o câncer de mama no território, realiza o exame clínico das mamas e refere que o melhor período para realização do exame clínico das mamas é o período pós-menstrual.

†As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

E por fim, 73% relataram prática adequada sobre o exame de mamografia, assim considerada quando o participante afirmou investigar os fatores de risco para o câncer de mama no território, realizar o exame clínico das mamas e

referiu que o melhor período para a realização do exame clínico das mamas é o período pós-menstrual.

Foram avaliados os fatores associados à prática sobre o exame de mamografia. Nota-se que a mesma foi considerada mais adequada entre os profissionais da faixa etária até 35 anos (60,0%), do sexo feminino (81,8%), enfermeiros (52,1%), que atuam na Estratégia de Saúde da Família (78,2%), com até 10 anos de graduação (77,3%), que atuam na atenção básica entre 2 e 10 anos (46,3%) ou na unidade básica de saúde atual há até 2 anos (80%) e que não receberam treinamento sobre ações de controle do câncer de mama (76,1%), segundo TAB. 7. Em relação à prática sobre o exame mamográfico, verifica-se que entre aqueles que informaram prática adequada, 30,4% dos participantes têm atitudes adequadas e 32,6% deles têm conhecimentos adequados. Tais variáveis foram consideradas estatisticamente significativas quanto ao sexo e quanto ao tempo de atuação na unidade básica de saúde atual. Porém, não foram estatisticamente significativas quando comparadas à adequação ou não de conhecimentos e atitudes (TAB. 7).

Tabela 7 – Fatores associados à prática sobre o exame

Variáveis	n****	Prática sobre a mamografia		p
		Adequada* n (%)	Inadequada n (%)	
Total	63	46 (73,0)	17 (27,0)	----
Faixa etária				
Até 35 anos	36	27 (60,0)	9 (56,2)	0,222
De 36 a 50 anos	17	14 (31,1)	3 (18,7)	
Acima de 51 anos	8	4 (8,8)	4 (25,0)	
Sexo				
Masculino	16	8 (18,2)	8 (50,0)	0,021
Feminino	44	36 (81,8)	8 (50,0)	
Formação profissional				
Médico	33	22 (47,8)	11 (64,7)	0,234
Enfermeiro	30	24 (52,1)	6 (35,2)	
Atuação profissional				
Estratégia de Saúde da Família	49	36 (78,2)	13 (76,4)	0,563
Outro	14	10 (21,7)	4 (23,5)	
Tempo de graduação				
10 anos ou menos	44	34 (77,3)	10 (58,8)	0,354
Mais que 10 anos	19	12 (63,2)	7 (41,1)	
Tempo de atuação na atenção básica				
Até 2 anos	25	16 (39,0)	9 (52,9)	0,104
Acima de 2 anos até 10 anos	22	19 (46,3)	3 (17,6)	
Mais que 10 anos	11	6 (14,6)	5 (29,4)	
Tempo de atuação nesta UBS				
Até 2 anos	42	32 (80,0)	10 (58,8)	0,006
Acima de 2 anos até 10 anos	11	8 (20,0)	3 (17,6)	
Mais que 10 anos	4	0 (0,0)	4 (23,5)	
Recebeu treinamento sobre ações de controle do câncer de mama				
Sim	13	11 (23,9)	2 (11,7)	0,485
Não	50	35 (76,1)	15 (88,2)	
Atitude**				
Adequada	18	14 (30,4)	4 (23,5)	0,757
Inadequada	45	32 (69,5)	13 (76,4)	
Conhecimento***				
Adequado	18	15 (32,6)	3 (17,6)	0,350
Inadequado	45	31 (67,3)	14 (82,3)	

Nota: * Considerada adequada quando o participante respondeu que investiga os fatores de risco para o câncer de mama no território, realiza o exame clínico das mamas e refere que o melhor período para realização do exame clínico das mamas é o período pós-menstrual.

** Considerada adequada quando o participante respondeu adequadamente as a questões sobre o local de encaminhamento de cada resultado mamográfico.

*** Considerado adequado quando o participante respondeu adequadamente as a questões sobre a periodicidade e faixa etária para realização do exame e sobre a interpretação dos resultados dos exames segundo classificação BIRADS.

**** As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

6 DISCUSSÃO

Conforme mencionado acima, o município de Barbacena possui 19 (dezenove) Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com 25 (vinte e cinco) equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada uma com um profissional médico e um profissional de enfermagem de nível superior, além de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em 6 (seis) UBS existem 2 (duas) equipes de ESF.

Responderam aos questionários aplicados um total de 63 (sessenta e três) profissionais de saúde, assim distribuídos: 49 (quarenta e nove) integrantes das ESF e outros 14 (quatorze) profissionais, dos quais 3 (três) são médicos clínicos da rede de atenção primária, 6 (seis) são médicos ginecologistas professores da Faculdade de Medicina, 1 (uma) enfermeira professora da Faculdade de Enfermagem, 1 (uma) enfermeira da rede assistencial do município, 1 (uma) enfermeira coordenadora da atenção básica, 1 (um) médico e 1 (uma) enfermeira da coordenação da saúde da mulher. Desta forma, verifica-se que a população pesquisada foi considerada abrangente e representativa, uma vez que foi atingida quase a totalidade dos integrantes das equipes de Estratégia de Saúde da Família, que pode ser considerada a parcela mais significativa dos profissionais da atenção básica. Ressalta-se que o município de Barbacena apresenta cobertura de Atenção Básica de 83,20%, sendo 67% pela Estratégia Saúde da Família, segundo o Plano Plurianual de Saúde municipal de 2018-2021.

A maioria dos profissionais estudados (71,4%) demonstrou conhecimento inadequado sobre o exame mamográfico, com 28,6% referindo atitudes adequadas, segundo o resultado do exame, no entanto, 73% relataram prática adequada sobre o exame de mamografia.

Constatou-se que mais da metade da força de trabalho é constituída por profissionais jovens, com até 35 anos de idade, o que é uma característica deste segmento de saúde, que se apresenta como porta de entrada no mercado para os profissionais recém-formados. O estudo de Melo *et al.* (2017), ao analisar as características dos enfermeiros, verificou que o maior contingente deles tinha menos de cinco anos de atuação na UBS e, desse grupo, 52% atuavam há menos de dois anos. Em concordância com este achado, pesquisa em São Paulo descreveu que 54,0% dos profissionais da APS atuavam entre 1 a 4 anos, o que pode ser indicativo

de rotatividade e, conseqüentemente, acarretar sobrecarga de trabalho para os que permanecem, podendo comprometer o vínculo e a qualidade assistencial. Se por um lado a pouca experiência pode representar uma barreira a ser vencida pelo enfermeiro, por outro, a motivação por aprender e se estabelecer como profissional pode garantir maior comprometimento dos novatos.

Tradicionalmente, as equipes de saúde sempre foram, nas últimas décadas, uma atividade onde se destaca a participação do sexo feminino. Isto já se constatava, desde há muitos anos, primeiro entre os profissionais de Enfermagem, mas a pesquisa “Demografia Médica no Brasil – 2018”, apresentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revela esta tendência de feminilização também entre profissionais da Medicina.

Embora este trabalho dedique-se a um tema de abrangência essencialmente, mas não exclusivamente feminina, o câncer de mama, não se espera nenhum viés relacionado ao sexo dos participantes da pesquisa. O trabalho de Zapponi *et al.*, 2015, afirma que o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, contribui para a valorização de ações voltadas para o corpo físico com o propósito de identificar anormalidades sem considerar as queixas e especificidades trazidas pelo usuário do sistema de saúde.

Além dos profissionais de saúde que integram a rede própria do município, seja na assistência, seja na administração, há uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Faculdades de Medicina e de Enfermagem, que disponibilizam professores na assistência ambulatorial. Estes profissionais, ainda que enquanto professores, podem ser considerados como da atenção básica, realizando também a tão importante função de integração docente-assistencial, necessária ao desenvolvimento tanto da educação como da saúde.

Observa-se que é uma característica da atenção primária reunir profissionais mais jovens e/ou recém-graduados. Quase metade do universo pesquisado tem menos de 5 anos de graduação. Considera-se este o tempo mínimo necessário para que o profissional adquira experiência e familiaridade em sua área de atuação.

Destaca-se o alto percentual de profissionais que trabalham há pouco tempo na atenção básica. Conforme já discutido anteriormente, a atenção básica

costuma ser vista como uma porta de entrada dos profissionais no mercado de trabalho em saúde e encarada como uma opção acessível para o início da carreira. Mais da metade dos respondentes trabalham na área há menos de cinco anos. Infelizmente, isto demonstra uma outra característica do setor, que é a de que existe uma alta rotatividade no serviço e dificuldades para fixação destes profissionais, que costumam deixar a área devido à sua pouca valorização, em busca de alternativas mais atraentes, tanto em termos de remuneração quanto de infraestrutura e condições de trabalho. Isto contraria um dos princípios desta modalidade de atenção em saúde, que é a formação de vínculos fortalecidos entre os profissionais e a comunidade onde atuam.

Nota-se o predomínio absoluto de atividade recente dos profissionais na unidade básica de saúde onde se encontram. Em quase metade dos casos, eles estão há menos de um ano no local. Em cerca de dois terços dos casos, ainda não atingiram dois anos no local. Isto pode ser atribuído à renovação ocorrida no quadro dos profissionais da ESF no município. Recentemente em relação à época da coleta dos dados, houve uma reestruturação das Equipes de Saúde da Família no município, com a demissão de alguns profissionais e a contratação de outros novos. Também é comum a realização de rodízios e a realocação dos profissionais nas UBS, devido a questões como distância, dificuldades com a comunidade, substituição de colegas etc. Mais uma vez reflete-se a alta rotatividade e o curto prazo de permanência dos profissionais na atenção básica, devido à sua pouca valorização, reconhecimento, remuneração, infraestrutura e condições de trabalho.

Quanto à estimativa de novos casos de câncer de mama por ano, nota-se que os profissionais têm uma percepção mais correta ou próxima dela quanto ao problema do câncer de mama a nível nacional, mas esta avaliação é menos próxima do real a nível local.

Quanto ao motivo do câncer de mama ser um problema de saúde pública no município de Barbacena, as percepções são muito variadas, e na verdade, todas as alternativas podem ser consideradas corretas, podendo haver predomínio de um ou outro ponto de vista de acordo com as realidades locais. Interessante que é baixa a avaliação de possibilidade de intervenção.

Na investigação da presença de fatores de risco para o câncer de mama no território, as respostas foram consideradas adequadas, dentro do padrão

esperado. São cotejadas com a pergunta seguinte, que investiga o que é considerado fator de alto risco para o câncer de mama.

Em geral, os profissionais têm uma boa noção dos fatores considerados de alto risco, embora exista uma tendência de superestimá-los. Observa-se que todos acertaram os dois fatores considerados como corretos, mas a grande maioria assinalou vários outros itens. Muitos diagnósticos ainda são realizados em estágios avançados da doença sugerindo a necessidade de conscientização da população-alvo à realização dos exames preventivos (BROCHONSKY *et al.*, 2017). Também no estudo de estudo de MELO *et al.* (2017), em relação à investigação dos fatores de risco, a maioria dos entrevistados afirmou realizá-la. Tal estudo, nesse contexto, verificou que os fatores de risco mais mencionados foram história pessoal e familiar de câncer de mama em ambos os sexos e história de câncer de ovário pessoal ou familiar. Estes dados sugerem que estes profissionais reconhecem a importância da identificação das mulheres suscetíveis ou com risco elevado para o câncer de mama, o que propicia ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde a possibilidade de ofertarem assistência e orientações adequadas a este grupo vulnerável, bem como o cuidado recomendado pelo MS.

Quanto à população feminina adscrita, considerou-se como resposta completa o preenchimento de todos os campos, estratificando por faixa etária. Esta opção foi mais frequentemente respondida pelos profissionais de enfermagem, demonstrando que os mesmos têm um maior conhecimento sobre as características da população em seu território.

Chama a atenção que quase a metade do universo desconhece sua população adscrita. Isto vai de encontro à formulação de estratégias locais para o rastreamento e o diagnóstico do câncer de mama, pois esta informação pode ser útil para organizar a demanda e estabelecer fluxos.

Cabe lembrar que parte dos entrevistados, como não integra as ESFs, não tem acesso habitualmente a estes dados, motivo de não terem respondido, ou não saberem informar.

Quanto aos casos conhecidos de câncer de mama no território, destaca-se a informação de que cerca de dois terços dos participantes da pesquisa afirmem ter conhecimento do número de casos de câncer de mama em seu território. Isto reforça a ideia de que os princípios de integralidade e longitudinalidade que devem

nortear a atenção básica estão postos em prática, ao menos em tese, pelos profissionais de saúde.

Embora o conhecimento de casos suspeitos de câncer de mama no território tenha ficado um pouco abaixo do número de casos conhecidos da questão anterior, o que é até esperado, uma vez que ainda não há diagnóstico estabelecido, pode-se inferir que os princípios de integralidade e longitudinalidade dos cuidados já mencionados podem ser aprimorados.

Quanto aos casos de câncer de mama em tratamento no território, embora ligeiramente diferentes, os dados obtidos corroboram as informações já discutidas nas questões anteriores.

A posição socioeconômica, representada por ser usuária do sistema público ou privado, exibiu associação significativa com a sobrevida por câncer de mama, e o principal mediador dessa relação foi o estadiamento da doença. O pior prognóstico das mulheres acompanhadas nos serviços públicos está relacionado ao diagnóstico da doença em uma fase mais avançada, provavelmente com mais casos detectados clinicamente e menos por rastreamento. Tais achados sinalizam para a presença de desigualdades sociais e disparidades na prevenção primária e secundária do câncer de mama na região analisada, com maior probabilidade de prejuízo para as pacientes que utilizam o serviço público de saúde, as quais representaram a maior parcela da população. Esses resultados são semelhantes à situação do Brasil como um todo, em relação às ações de prevenção e controle do câncer de mama (GUERRA *et al.*, 2015).

A grande maioria dos profissionais afirma realizar o exame clínico das mamas e em periodicidade correta. Isto demonstra que estão atentos ao problema do câncer de mama e valorizam este passo semiotécnico como um importante meio de detecção precoce. Embora tenha limitações, realmente trata-se de estratégia eficaz e com recomendações baseadas em evidência na pesquisa do câncer de mama, com suporte em literatura e preconizada pelo Ministério da Saúde. Mesmo com os avanços das técnicas diagnósticas, o exame clínico de mamas ainda tem seu papel de destaque na prevenção secundária das neoplasias mamárias, caracterizando-se por ser um exame de baixo custo. Exame Clínico das Mamas (ECM) é um procedimento realizado por um médico ou enfermeiro treinado. No exame podem ser identificadas alterações na mama e, se houver indicação, serão realizados exames complementares. O ECM também é uma boa oportunidade para

o profissional de saúde educar a população feminina sobre o câncer da mama, seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal. As técnicas (como realizar) de ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas elas preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas e dos linfonodos (axilares e supraclaviculares) (JÁCOME *et al.*, 2011). “Os riscos associados ao rastreamento com ECM incluem danos associados a resultados falso-positivos, falso-negativos, sobrediagnóstico e sobretratamento. Os resultados falso-positivos resultam em exames de investigação diagnóstica adicionais e possíveis danos desse processo de investigação diagnóstica, além da ansiedade relacionada ao próprio resultado falso-positivo. Por outro lado, resultados falso-negativos podem levar a uma falsa segurança e ao retardo no diagnóstico do câncer de mama”. Recomendação quanto ao rastreamento com exame clínico das mamas: ausência de recomendação - o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto (BRASIL, 2015).

Quanto à periodicidade do exame clínico das mamas, refletem as respostas a heterogeneidade das práticas, apontando para a necessidade de uma padronização de estratégias, tal como a adoção de protocolos, com educação continuada para a manutenção e o aprimoramento destas práticas.

Quanto ao melhor período para a realização do exame clínico das mamas, demonstram as respostas uma boa utilização pelos profissionais de um conhecimento que se pode dizer que seja de domínio público. Talvez o pequeno percentual dos que responderam como indiferente refira-se a mulheres que não mais tenham menstruação, tais como menopausadas ou histerectomizadas.

Chama a atenção o percentual significativo de profissionais que alegam ter dificuldade com o exame clínico das mamas. Isto deixa clara a necessidade de oferecer programas de treinamento periodicamente ou serviços de supervisão e tutoria das práticas, de modo a capacitar aqueles que tenham maior dificuldade de desempenho. Tais dificuldades são discutidas na questão seguinte.

Considera-se que os fatores que influenciam o exame clínico das mamas, tais como formação na graduação, treinamento para atividades, cursos de reciclagem e aperfeiçoamento de conhecimentos, abertura para mudanças e incorporação de novas práticas etc. necessitam ser abordados no cotidiano dos profissionais para otimização da prática.

Nota-se que parcela significativa dos profissionais de saúde consideram o exame clínico mais efetivo que a mamografia para a detecção precoce do câncer de mama. Como se sabe, uma das vantagens da mamografia reside justamente na possibilidade de demonstrar alterações de imagem antes que evoluam para lesões palpáveis passíveis de serem detectadas ao exame clínico. Vale destacar que uma parte dos que assinalaram a opção de exame clínico o fizeram marcando mais de uma opção, quase sempre associada à mamografia. Não se pode esquecer que o universo pesquisado é formado predominantemente por profissionais que tem formação no sentido de valorizar mais o exame clínico do que os exames complementares, bem como as discussões recentíssimas de “overdiagnosis” e “overtreatment” induzidas pelos exames de rastreamento populacional. Apesar dos aumentos substanciais no número de casos de câncer de mama em estágio inicial detectados, a mamografia de rastreamento reduziu apenas marginalmente a taxa em que as mulheres apresentam câncer avançado. Embora não seja certo quais mulheres foram afetadas, o desequilíbrio sugere que existe sobrediagnóstico substancial, responsável por quase um terço de todos os cânceres de mama recém-diagnosticados, e que o rastreamento tem, na melhor das hipóteses, apenas um pequeno efeito na taxa de morte do câncer de mama (BLEYER; WELCH, 2012; DINIZ, C.S.G., 2017). Também no estudo de Miller *et. al.* (2014), o rastreio mamográfico anual detectou um número significativo de pequenos tumores da mama não palpáveis, mas metade destes foram exemplos de “excesso de diagnóstico”, e o rastreamento mamográfico anual não teve efeito sobre a redução da mortalidade por câncer de mama além do exame clínico. Porém, o trabalho de Myers (2015) destaca que para mulheres de todas as idades em risco médio, o rastreamento foi associado a uma redução na mortalidade por câncer de mama de aproximadamente 20%, embora houvesse incerteza sobre estimativas quantitativas de resultados para diferentes estratégias de rastreamento do câncer de mama nos Estados Unidos. Esses achados e a incerteza relacionada devem ser considerados ao fazer recomendações baseadas em julgamentos sobre o equilíbrio de benefícios e danos do rastreamento do câncer de mama. Mais sobre tal controvérsia é discutida no texto de Soares, Freitas-Júnior e Oliveira (2015).

Quanto à idade do início do rastreamento mamográfico segundo o Ministério da Saúde, os dados obtidos demonstram que a estratégia de rastreamento mamográfico proposta pelo Ministério da Saúde é amplamente

divulgada e conhecida pelos profissionais de saúde do universo pesquisado. No entanto, quase metade das mamografias de rastreamento em Minas Gerais foi realizada em mulheres com menos de 50 anos. No estado e na maioria das macrorregiões, nos dois anos analisados, o percentual de exames na faixa etária de 40 a 49 anos ultrapassa o percentual da faixa de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos (CORRÊA *et al.*, 2017).

Apesar de na questão anterior os profissionais terem demonstrado um bom nível de conhecimento quanto à idade de início do rastreio mamográfico preconizada pelo Ministério da Saúde, o mesmo não se pode dizer quanto à periodicidade deste rastreio, uma vez que menos da metade dos pesquisados assinalou a resposta correta. É possível que tais achados reflitam uma insegurança pessoal quanto à efetividade da prática proposta ou outros temores a ela relacionados, como o câncer de intervalo, ou ainda, alguma dificuldade quanto ao acesso ao exame por parte de suas pacientes. Segundo CORRÊA *et al.*, 2017, em relação à proporção de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos com exame anterior, verifica-se que a maioria das mulheres mineiras de 50 a 54 anos relatou já ter sido submetida a mamografia anteriormente: 76,1% em 2010 e 78,4% em 2011. Na faixa etária de 65-69 anos, ao contrário do esperado, o conjunto do estado de Minas Gerais e a maioria de suas macrorregiões apresentaram menor percentual de mamografia anterior, na comparação com a faixa etária de 50 a 54 anos. A análise da distribuição proporcional do tempo de realização de mamografia anterior em mulheres de 50 a 69 anos submetidas à mamografia de rastreamento revelou que, para todas as faixas etárias, a maioria das mamografias anteriores foi realizada no período de até um ano.

Embora a maioria (91,9%) tenha afirmado saber a diferença entre a mamografia de rastreamento e a mamografia diagnóstica, 79,4% dos participantes relataram saber a finalidade da mamografia de rastreio, enquanto que todos afirmaram desconhecer a finalidade da mamografia diagnóstica. Tal condição pode se refletir nos dados do sistema de informação sobre o controle do câncer de mama.

A maioria dos exames de mamografia realizados em Minas Gerais teve a indicação clínica de rastreamento: 96,7% em 2010 e 96,8% em 2011. Em todas as faixas etárias analisadas, o percentual de mamografias de rastreamento foi superior ao de diagnóstico, inclusive nas idades em que a mamografia não é preconizada. Nas faixas etárias de 40 a 49 anos e de 70 anos e mais, a maioria das

macrorregiões apresentou percentual acima de 98% para mamografias de rastreamento. A maioria das mamografias de rastreamento em Minas Gerais foi realizada com periodicidade anual e alto percentual de exames em faixas etárias não preconizadas, especialmente em mulheres de 40 a 49 anos. Em relação à faixa etária, foram encontrados resultados semelhantes no município de Goiânia-GO em 2010: 44% das mamografias de rastreamento foram realizadas na faixa etária de 40 a 49 anos, 31,7%, na faixa de 50 a 59 anos, e 13,2% entre mulheres de 60 a 69 anos (CORRÊA *et al.*, 2017). Outro estudo realizado com dados do SISMAMA para o Brasil, referentes ao período de setembro de 2009 a julho de 2010, também verificou que 44% das mamografias de rastreamento foram realizadas em mulheres com menos de 50 anos de idade. De acordo com o INCA, deve-se esperar um pequeno percentual de mamografias em mulheres fora da faixa etária-alvo do programa de rastreamento, pois o Ministério da Saúde recomenda o início do rastreamento antes dos 50 anos naquelas mulheres com risco elevado para câncer de mama. Como apenas 1% da população feminina apresenta tal risco, mostra-se excessivamente alto o percentual de exames abaixo dos 50 anos, indicando que muitas mulheres iniciam o rastreamento antes do período preconizado. Como a recomendação médica é um forte preditor para a realização da mamografia, tais achados podem estar relacionados às recomendações de outras sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, que preconizam o rastreamento mamográfico na faixa etária entre 40 e 69 anos, com periodicidade anual (CORRÊA *et al.*, 2017).

Ao se verificar a utilização e preenchimento correto de todos os campos do formulário de requisição de exame mamográfico do SISCAN, embora, por se tratar de uma pergunta muito direta e aberta e, portanto, sujeita ao viés da subjetividade, chama a atenção que um pequeno mas importante percentual do universo pesquisado admite ter dificuldades com o preenchimento das requisições do exame. Isto demonstra que este grupo necessita de orientações acerca desta questão. De todo modo, tais informações foram melhor detalhadas também nas próximas perguntas, que desdobraram o conhecimento e a prática.

Foi verificada a diferenciação na requisição de mamografia dos campos de marcação de população-alvo e população de risco elevado

Também se trata de questão direta e sujeita à subjetividade, passível de ser verificada a seguir em seus desdobramentos.

Verificou-se se população-alvo é aquela que possui história familiar de câncer de mama ou algum outro fator de risco. Trata-se de pergunta de mais difícil resposta, sendo relevante que um terço dos pesquisados não saibam definir corretamente uma população-alvo para requisição de exame mamográfico.

Quando perguntado se população-alvo é aquela que se encontra na faixa etária preconizada para rastreio, houve adequada conceituação do que se trata população-alvo para rastreio mamográfico, mas persiste a contradição com o exposto na questão anterior, ao menos parcialmente.

Quanto ao tempo de demora entre a solicitação da mamografia e o retorno do resultado, trata-se de questão relacionada diretamente ao cotidiano dos profissionais, investigando indiretamente o acesso das pacientes ao exame mamográfico e a disponibilidade dos resultados para os solicitantes. Em Minas Gerais, mais de 58% das mamografias foram realizadas em até 30 dias. Em 2010, o percentual de mamografias diagnósticas com realização em até 30 dias foi superior ao de rastreamento (68,9% e 65,7%, respectivamente), e em 2011, inferior (59,0% e 62,9%, respectivamente), segundo CORRÊA *et al.*, 2017.

Verificou-se o conhecimento da classificação BI-RADS/ACR, embora em pergunta muito aberta e sujeita ao viés da subjetividade, que foi melhor verificada adiante. Todavia, mais de uma décima parte dos respondentes demonstraram sinceridade ao assinalar a opção “tenho dúvidas”.

Para tanto, foi solicitado aos participantes que fizessem a correlação entre as categorias da classificação BI-RADS/ACR e seus descritivos. Embora passível de pesquisa e consulta antes da resposta, a grande maioria do universo mostrou-se familiarizada com a classificação mamográfica de BI-RADS/ACR.

O erro mais comum dentre as respostas consideradas parcialmente corretas foi entre as categorias zero (achados mamográficos inconclusivos) e três (achados mamográficos provavelmente benignos).

Quanto ao conhecimento das recomendações de conduta conforme a classificação de BI-RADS/ACR, destaca-se que é quase o dobro os profissionais que afirmaram ter dúvidas quanto às condutas em relação aos que afirmaram ter dúvidas quanto a conhecer os descritivos da classificação BI-RADS/ACR.

Ao ser verificada a recomendação de conduta segundo a classificação de BI-RADS/ACR, conforme o esperado, houve uma grande confusão quanto aos achados desta questão. Destacam-se principalmente o controle mamográfico semestral X complementação com ultrassonografia mamária, devido à previamente demonstrada dificuldade de distinção entre as categorias zero e três de BI-RADS/ACR, bem como a pouca convergência de recomendação de exame cito- e histopatológico para ambas as categorias 4 e 5. Estendendo-se para a prática dos profissionais, pode resultar em erros de condução dos casos e do fluxo das pacientes no sistema de saúde.

Um quesito eminentemente da prática dos profissionais refere-se à disponibilidade de liberação de outros exames complementares (p.ex., ultrassonografia e ressonância nuclear magnética) quando solicitados. Embora metade dos respondentes afirme não ter dificuldade com a continuidade da propedêutica mamária com outros métodos complementares além da mamografia, a outra metade aponta obstáculos, seja de maneira total, não tendo acesso a outros exames, seja de maneira parcial, sendo compreensível que a ultrassonografia, pelo baixo custo e acessibilidade, seja a mais disponível, enquanto a ressonância nuclear magnética, pelo custo elevado e baixa acessibilidade, nunca seja disponível ou somente com indicação de médico, o que também já era esperado.

Discutiram-se também os fatores limitantes ao rastreamento do câncer de mama nas unidades básicas de saúde. Trata-se da questão mais ligada às condições de trabalho dos profissionais e da estrutura dos serviços de saúde do município, devendo ser interpretada sob tal ótica, na conclusão deste trabalho. Evidentemente, é de natureza multifatorial e, tem a ver ainda, com educação em saúde. Existem fatores limitantes ao rastreamento do câncer de mama, que podem estar relacionados com a dificuldade de acesso da população aos serviços públicos de saúde, baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, incapacidade do sistema público de absorver a demanda e à baixa capacidade dos gestores municipais e estaduais em definir o fluxo em diferentes níveis de atenção, que permitam um encaminhamento adequado dos casos suspeitos (JÁCOME *et. al.*, 2011).

Ainda quanto às práticas e atitudes, verificou-se o encaminhamento dado aos casos de alteração mamográfica classificados como BI-RADS/ACR categorias zero, três, quatro e cinco. Neste bloco de questões, visou-se avaliar o conhecimento

que os profissionais têm sobre a rede de atenção à saúde estruturada no município e sobre o ordenamento do fluxo das pacientes com alterações mamográficas. Nota-se uma grande heterogeneidade nas respostas, o que pode impactar tanto no retardo da condução dos casos, fazendo com que as pacientes passem por etapas intermediárias desnecessárias e sem resolutividade dos casos, como também gerar uma inflação artificial de demanda com o referenciamento para locais inadequados. Certamente, as respostas refletem as graves deficiências do atendimento em Mastologia no Sistema Único de Saúde no município, como a escassez de profissionais especializados, bem como as consequências de frequentes mudanças infraestruturais. Ressalve-se que a maioria dos casos de maior gravidade, porém, tem o encaminhamento adequado.

Quanto ao tempo médio de agendamento dos casos encaminhados, investigou-se a estruturação da rede de atenção à saúde do município e ainda a agilidade do encaminhamento dado aos casos de alterações mamográficas. A exemplo do que se constatou em questões anteriores, reflete as condições que o atendimento especializado dispõe nos serviços públicos de saúde de modo geral, podendo ainda estar influenciado pela legislação que estabelece prazos para o atendimento de mulheres com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama. Para todos os estágios de tumor, as maiores frequências observadas para o tempo entre o exame de imagem e a realização da biópsia são referentes ao intervalo de 30 a 90 dias. Segundo Brochonsky, Rodrigues, Manzotti, Bernucci (2017), ainda é possível verificar que mais de 40% das pacientes estavam no estágio II na ocasião do diagnóstico e que a maioria dos casos de estágio I, ou seja, doença precoce, foram biopsiados pelo mastologista em até 90 dias após a realização do exame de imagem que indicou a alteração suspeita. De acordo com o mesmo estudo, a mediana dos tempos entre o exame de imagem e a realização da biópsia para os pacientes de Maringá e dos demais municípios foi semelhante (65 e 57 dias, respectivamente).

Na contrarreferência dos encaminhamentos, tratou-se de questão fundamental para avaliar não só a relevância da atenção básica no ordenamento do fluxo de cuidados em saúde das pacientes, como também a importância que a atenção especializada dedica aos serviços de origem das pacientes.

Como esperado, reflete a falta de diálogo e interação intersetorial, com a tendência de abordagem dos casos de maneira estanque e fora do contexto sociofamiliar e ambiental das pacientes, o que pode gerar repercussões na

integralidade do cuidado e até na adesão ao tratamento, pela perda da vinculação de referência das pacientes. Considera-se a falta de referência uma das grandes falhas da estruturação do atendimento em saúde, evidenciando que ainda há um longo caminho a ser percorrido em busca da integralidade e humanização do cuidado.

Foram questionadas também as ações realizadas nas unidades básicas de saúde para acompanhamento dos casos de câncer de mama diagnosticados.

Apesar de um maior predomínio dos que responderam sim à sua realização, a tendência ao equilíbrio nesta resposta evidencia que as UBS ainda apresentam fragilidades no acompanhamento do câncer de mama em suas comunidades. Apesar de relatos esporádicos, como o da realização de visitas domiciliares, o manejo do problema é considerado muitas vezes afeito apenas ao especialista, por sua complexidade, embora não devesse fugir ao domínio também da atenção básica. Trata-se de um dos questionamentos mais intimamente ligados à vivência destes profissionais. Os estudos de Moraes (2014) e Moraes *et al.* (2016), mostraram aspectos positivos e negativos em relação às ações de rastreamento desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção básica. Segundo os mesmos, a maioria (71,7%) afirma investigar fatores de risco, mas desconhece que o seguimento de mulheres com alto risco para o câncer de mama deve ser realizado anualmente. Todos orientam a periodicidade com que se deve realizar o ECM e a faixa etária para iniciá-lo, mas muitos (75,0%) orientam a periodicidade inadequadamente, assim como a faixa etária para início do exame (93,3%). A maioria (65,0%) realiza busca ativa das mulheres com laudo de mamografia suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado, mas 76,7% não realizam daquelas que faltaram à mamografia. Metade deles (50,0%) orienta que a primeira mamografia deve ocorrer entre 40 e 50 anos, enquanto 27 (45,0%) orientam a execução anual do exame. A maioria (70%) orienta as usuárias dos serviços de atenção básica sobre o autoexame das mamas, entretanto, o período adequado para essa prática é desconhecido por 21,4% dos que fazem essa orientação. Faltam capacitação e conhecimento dos enfermeiros em relação à disponibilidade dos sistemas de informação e manipulação dos mesmos, e sobre a disponibilidade nas unidades de saúde em que atuam.

Quanto à realização de capacitação sobre as ações preconizadas para o controle do câncer de mama, o predomínio absoluto da resposta não para esta

questão demonstra o quanto os profissionais de saúde são carentes de atividades de educação continuada abordando o tema do câncer de mama. Isto se reflete na menor sensibilização ao assunto em suas atividades diárias e na sua não priorização em sua prática, o que claramente pode repercutir na detecção precoce do câncer de mama, pela possibilidade de não fazer parte de suas principais preocupações e esforços na atenção à saúde. Torna-se necessário um investimento em educação em saúde, para o incentivo e aprimoramento das ações dos profissionais. Lembrando que o novo consenso do Ministério da Saúde sobre as ações em câncer de mama foi publicado em 2015. Na análise da influência da capacitação sobre a realização das ações para detecção precoce do câncer de mama, no estudo de Melo *et al.* (2017), encontrou-se diferença estatisticamente significativa somente na orientação da idade para o início da mamografia e na realização de reuniões educativas. Dessa forma, não se pode afirmar que o tempo de atuação do enfermeiro na UBS, bem como sua participação em programa de capacitação esteja influenciando substancialmente a execução das ações para controle dessa doença.

Foi investigado também o acesso aos dados gerados no SISCAN para planejar ações de controle do câncer de mama no território.

Pelos percentuais de respostas, é demonstrável que muitos profissionais não têm contato ou mesmo desconhecem uma valiosa ferramenta que lhes permita uma gestão da clínica mais eficiente.

Dentre tantas atividades e atribuições para execução diária, é pouco provável que haja disponibilidade de tempo dos mesmos para análises e interpretações de dados que poderiam oferecer-lhes uma compreensão melhor das dimensões do problema do câncer de mama. Os resultados apresentados ressaltam a importância de se trabalhar com as informações produzidas pelos serviços de saúde, que, apesar de apresentarem limitações inerentes aos dados secundários, podem possibilitar maior conhecimento acerca das práticas de controle da doença, com identificação dos principais problemas a serem enfrentados (GUERRA *et al.*, 2015). Este mesmo estudo conclui que cabe destacar o fato de que a rede de serviços do SUS, responsável pela assistência de grande parte da população brasileira, precisa se tornar mais resolutiva, vencendo as barreiras que impedem que muitas mulheres portadoras de câncer de mama possam se beneficiar dos avanços terapêuticos disponíveis atualmente. Os desafios que se colocam são imensos e

demandam um grande esforço das autoridades de saúde, dos profissionais nos diversos níveis de atenção e da sociedade organizada na construção e monitoramento de uma política de controle do câncer que garanta equidade de acesso à informação, ao rastreamento, ao diagnóstico e à abordagem terapêutica.

Muitos profissionais são inseridos no contexto da prática sem as informações que constituem o arcabouço epidemiológico do Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente não podem valer-se das estatísticas para o planejamento das ações de saúde em seus cenários.

Dentre os poucos profissionais que afirmaram acessar e utilizar o SISCAN e com que finalidade, em continuidade com o que já foi constatado na análise das respostas das questões anteriores deste grupo, são demonstradas as oportunidades que o acesso aos dados da ferramenta SISCAN podem gerar para as ações de promoção e prevenção em saúde nas comunidades. Os estudos de Moraes (2014) e Moraes *et al.* (2016), salientam que além das ações de rastreamento da neoplasia mamária, a implementação e a correta manipulação de sistemas de informação nas UBS são essenciais no monitoramento da patologia e no intuito de proporcionar o controle da doença.

A velocidade dos conhecimentos e saberes tecnológicos e a distribuição de profissionais e de serviços, segundo o princípio da acessibilidade, fazem com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores da saúde. É necessária a constituição de uma equipe multiprofissional, que trabalhe em coletividade, orientada por uma resolubilidade maior dos problemas de saúde das populações locais, e construindo novos pactos de vivência e práticas que aproximam os serviços de saúde do conceito de atenção integral, humanizada de qualidades e com equidade. A não adaptação das equipes coloca em risco a qualidade do trabalho, tornando-se sempre insuficiente, desatualizada, e nunca dominadora das situações complexas de necessidades em direitos à saúde (CECCIM⁵, 2005 *apud* JÁCOME *et. al.*, 2011).

Na política da educação em saúde, as equipes de saúde devem estar organizadas para realizarem as seguintes atividades em suas unidades básicas de saúde: reuniões educativas sobre câncer, visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; estimular a importância da prevenção e do

⁵ CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-77, set 2004/fev 2005.

diagnóstico precoce do câncer de mama; diminuição do medo da doença e ênfase na importância de todas as etapas do processo de detecção precoce; não deixar de enfatizar o retorno para busca do resultado e tratamentos necessários; realizar uma busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o exame clínico de mamas, e de mulheres para a realização de mamografia; encaminhar para a unidade de referência os casos suspeitos de câncer de mama; encaminhar as mulheres com exame clínico das mamas alterado para a unidade de referência; promover uma busca ativa das mulheres que foram encaminhadas à unidade de referência e não compareceram para o tratamento; buscar as mulheres que apresentaram laudo mamográfico suspeito para malignidade e não retornaram para buscar o resultado; orientar as mulheres com exame clínico das mamas normal e de baixo risco para o acompanhamento de rotina (BRASIL⁶, 2006 *apud* JÁCOME *et. al.* 2011).

Ao se verificar como é feito o planejamento das ações para o controle do câncer de mama nas UBS, constata-se que não existem de forma sistemática ações planejadas de controle do câncer de mama no município, sendo a abordagem da questão feita principalmente pela demanda de atendimento, o que demonstra a falta de uma coordenação de tais ações em benefício da coletividade, por não ter o devido enfoque da dimensão do problema. Nestas circunstâncias, nota-se uma tendência de transferir apenas para a gestão o planejamento e a execução de ações, quando a responsabilidade compartilhada por todos seria o melhor caminho para a sua implantação.

Alguns achados podem ser fruto do tamanho reduzido da população estudada, principalmente quando se compara o percentual de conhecimentos e atitudes inadequados com as práticas adequadas.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais conclusões deste trabalho avaliaram os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde em relação à detecção precoce do câncer de mama.

Foram levados em consideração os pressupostos mencionados no corpo deste trabalho sobre as ações para a detecção precoce do câncer de mama, considerando a mamografia como o método mais relevante para tal e investigando-se o conhecimento dos participantes sobre suas indicações, oportunidade de solicitação, fornecimento adequado de informações quando de sua solicitação através do preenchimento completo e correto do formulário do SISCAN, interpretação dos seus achados segundo a classificação de BI-RADS/ACR e condutas frente a tais achados.

Os fatores associados ao conhecimento sobre o exame mamográfico não se relacionam com a faixa etária, sexo, tempo de graduação, tempo de atuação na atenção básica, tempo de exercício na unidade básica de saúde e treinamento ou não sobre ações de controle do câncer de mama. Em todas estas variáveis não houve associações estatisticamente significativas, não se encontrando nenhum intervalo de $p < 0,05$. Apesar de então os conhecimentos serem considerados adequados para a maioria dos participantes do estudo, nota-se, porém, uma discrepância, não só entre estes e as atitudes e as práticas como também entre as atitudes e as práticas em si.

Também os fatores associados à atitude sobre a detecção precoce do câncer de mama não tiveram variações estatisticamente significativas quanto a faixa etária, sexo, tempo de graduação, tempo de atuação na atenção básica, tempo de exercício na unidade básica de saúde e treinamento ou não sobre ações de controle do câncer de mama, em nenhuma das variáveis se encontrando intervalo de $p < 0,05$. Aqui também houve grande discrepância entre conhecimento e prática, que paradoxalmente foi considerada adequada na maioria dos casos, necessitando de investigação adicional sobre tal achado.

Quanto aos fatores associados sobre a prática na detecção precoce do câncer de mama, não houve variações estatisticamente significativas quanto à faixa etária, tempo de graduação, tempo de atuação na atenção básica e treinamento ou não de ações de controle do câncer de mama. Encontrou-se variação

estatisticamente significativa, com intervalo de $p < 0,05$ para sexo e tempo de atuação na unidade básica de saúde dos participantes do estudo. Porém tais achados não se refletem de modo importante, pois como mencionado acima neste trabalho, ser do sexo feminino não deverá ter impacto sobre uma melhor prática na detecção precoce do câncer de mama, e as práticas foram consideradas mais adequadas entre os participantes que atuam há menos tempo nas unidades básicas de saúde, o que pode ser explicado por uma melhor e mais recente formação destes profissionais. Aqui, comparando-se atitude e conhecimento, houve concordância entre adequação ou inadequação.

Quanto aos resultados esperados/benefícios, buscou-se contribuir para traçar um perfil do conhecimento dos profissionais da atenção básica em saúde do município sobre o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama. Isto possibilitará subsidiar ações de educação permanente aprimorando as ações voltadas para a saúde da mulher no município.

Em comparação ao estudo muito similar de JÁCOME (2011) no município de Mossoró (RN), este trabalho realizado em 2018 no município de Barbacena (MG) apresenta várias conclusões semelhantes. Quanto à formação sociodemográfica, a pesquisa mostra profissionais jovens, que encontram na Estratégia de Saúde da Família a oportunidade do primeiro emprego, pela necessidade do mercado e pela pouca exigência de qualificação em saúde pública. O baixo tempo de atuação e a grande rotatividade entre os profissionais de saúde na atenção básica, associados à ausência de uma política de educação permanente em saúde destacam-se como fatores que dificultam o estabelecimento dos vínculos necessários a uma ação promotora na saúde e uma formação adequada dos médicos e enfermeiros na detecção precoce do câncer de mama.

O município de Barbacena possui uma rede de atenção básica à saúde estruturada e bem distribuída, composta por profissionais em sua maioria jovens, predominantemente do sexo feminino, recém-graduados, com pouco tempo de trabalho na atenção básica e pouco tempo de trabalho nas suas unidades básicas de saúde. Encontram-se em sua maioria conscientizados do problema da detecção precoce do câncer de mama em seu cotidiano e dispõem de bons conhecimentos sobre o assunto, mas tem dificuldades de aplicação de seus conhecimentos em suas atitudes e práticas, não só pelo motivo destes conhecimentos serem pouco sedimentados, mas também quanto a questões estruturais que, de resto, não se

diferenciam da situação das redes de saúde dos municípios em desenvolvimento na região Sudeste do Brasil. Necessitam de ações de educação permanente no assunto para que possam de fato trazer para o seu cotidiano, em benefício das pacientes, a aplicação de seus conhecimentos na detecção precoce do câncer de mama. Embora este trabalho não tenha pesquisado a formação dos profissionais em Saúde da Família, acredita-se que esta pode fazer a diferença nos resultados.

Com os achados deste trabalho, dá-se margem inclusive, em outro momento, à realização de um projeto de intervenção que possa agregar informações em benefício de profissionais e pacientes. Poderá ser implementado, em parceria com as instâncias gestoras do SUS no município, bem como das instituições de ensino, um programa de educação continuada que possa dar suporte às ações dos profissionais de saúde, fornecendo-lhes subsídios teóricos e orientações práticas, substituindo o atual rastreamento oportunístico pelo rastreamento organizado, avaliando os resultados no decorrer do tempo, onde espera-se uma melhora nas taxas de detecção precoce do câncer de mama. Cita como exemplo a ser percorrido a queda pela metade nas taxas de detecção do câncer invasor de colo de útero quando sua abordagem e condução foi trazida ao nível da atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. C.; ZACCARA, A. A. L.; LEITE, K. N. S.; BRITO, K. K. G.; SOARES, M. J. G. O.; COSTA, M. M. L.; PINHEIRO, A. K. B.; OLIVEIRA, S. H. S. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-372, 2015.

BARBACENA. Lei n. 4.859, de 2017. Institui o Plano Plurianual de Saúde 2018-2021. **Diário Oficial de Barbacena**, 28 de dezembro de 2017.

BLEYER, A.; WELCH, G. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer. **Incidence. N Engl J Med** [on line], v. 367, n. 21, p. 1998-2005, 2012. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa012407>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n.29) Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA). **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2019.

BROCHONSKI, J. W.; RODRIGUES, S. de A.; MANZOTTI, C. A. S.; BERNUCI, M. P. Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Maringá (PR). **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 51-58, jan./abr. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil 2018**. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27509:2018-03-21-19-29-36&catid=3>. Acesso em: 1 fev. 2019.

CORRÊA, C. S. L. *et al.* Rastreamento de câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados do sistema de informações do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 481-492, jul-set, 2017; Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00481.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Open breast cancer mortality and associated factors in São Paulo State, Brazil: na ecological analysis. **BMJ Journals**[online] 7 (8), 2017. Disponível em: <bmjopen.bmj.com/content/7/8/e016395>. Acesso em: 5 jun. 2018.

FAYER, V. A.; GUERRA, M. R.; CINTRA, J. R. D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol** [online], v. 19, n. 4, pp.766-778, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400766&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 4 fev. 2018.

GONÇALVES, J. G.; SIQUEIRA, A. de S. E; ROCHA, I. G. de A.; LIMA, E. F. F. de; SILVA, L. S. A. B. O.; MENDONÇA, P. E. X. de; MERHY, E. E.; LAND, M. G. P. Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. **Diversitates International Journal**, Niterói, v. 08, n. 01, jul. 2016.

GUERRA, M. R.; AZEVEDO; SILVA, G.; NOGUEIRA, M. C.; LEITE, I. C. G.; OLIVEIRA, R. V. C.; CINTRA, J. R. D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, ago. 2015.

HADDAD, Cássio Furtini. Rastreamento mamográfico do câncer de mama. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, jan.-fev. 2015. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/femina/item/65-revista-femina-2015-vol-43-n-1>>. Acesso em: 4 fev. 2018.

JÁCOME, E. de M.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C.; COLLARES, P. M. C.; BARBOSA, I. L. **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** [online], v. 57, n. 2, p. 189-198, abr.-jun., 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2019.

JÁCOME, Epaminondas de Medeiros. **Detecção do câncer de mama: Conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da**

Família de Mossoró (RN). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, 2009.

KAUNITZ, M. A. **Revisão de Welch H.G. et al. N Engl J Med**, 13 oct. 2016.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

MARQUES, C. A. V.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 183-9, mar.-abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200183&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 jan. 2018.

MELO, F. B. B.; MARQUES, C. A. V.; ROSA, A. S.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 70, n. 6, p. 183-93 2017, nov-dez, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1119.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018

MIGOWSKY, Arn. Riscos e benefícios do rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Ciêcia Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3. Seção Cartas, p. 989, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0989.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2018

MILLER, A. B. *et al.* Twenty-five years follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. **BMJ Journals** [on line], p. 348-366, fev. 2014. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/348/bmj.g366>>. Acesso em: 1 fev. 2019

MORAES, D. C. de. **Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da atenção básica de saúde de Ribeirão Preto, SP.** Dissertação [Mestrado em Ciências] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

MORAES, D. C.; ALMEIDA, A. M.; FIGUEIREDO, E. N.; LOYOLA, E. A. C.; PANOBIANCO, M. S. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016.

MYERS, E. R. *et al.* Benefits and harms of breast cancer screening: asystematic review. **JAMA** [online], v. 314, n. 15, p. 1615-34, 2015. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26501537>. Acesso em: 30 maio 2018.

REVISTA SOGIMIG, 1ª edição março 2019 – Prevenção do câncer de colo uterino: situação atual no Brasil e perspectivas, páginas 16-17.

RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, N. A. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **En Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3163-3176, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320150010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2018.

SILVA, Gulnar Azevedo; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa; AQUINO, Estela M. L.; TOMAZELLI, Jeane Glaucia; SANTOS-SILVA, Isabel dos. 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2018.

SOARES, L. R., FREITAS-JUNIOR, R.; OLIVEIRA, J. C. A detecção precoce do câncer de mama e o impacto do rastreamento mamográfico nas taxas de sobrevivência. **En. Saúde Colet.** [online], v. 20, n. 10, p. 3285-3286, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320150010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jun. 2018.

SOUSA E SILVA, L. A.; PIAUILINO, Y. M. L.; NICOLAU, A. I. O. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE** [online], Recife, v. 7, n. 12, p. 6755-63, dez., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12336/15047>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

TOMAZELLI, Jeane Glaucia; SILVA, Gulnar Azevedo e. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período de 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 713-724, out-dez, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00713.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

TOMAZELLI, Jeane Glauca; MIGOWSKI, Arn; RIBEIRO, Caroline Madalena; ASSIS, Mônica de; ABREU, Dolores Maria Franco de. Avaliação das ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil por meio de indicadores de processo: estudo descritivo com dados do Sismama, 2010-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 61-70, jan-mar 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100061&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 jun. 2018.

URBAN, Linei Augusta Brolini Dellê *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 5-11, jan.-mar. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Daniele/Downloads/Revista%20Brasileira%20de%20Mastologia-volume%2023%20n%C3%BAmero%201.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

URBAN, Linei Augusta Brolini Dellê *et al.* Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and a Brazilian Federations of Gynecological and Obstetrical Associations. **Radiol. Bras.** [online], v. 50, n. 4, p. 244–249, jul.-ago, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/28894332/>>. Acesso em: 25 maio 2018.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. da C. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. **Rev Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-8, jan./fev. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

QUESTIONÁRIO – AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA

Caro colega.

Este questionário faz parte do projeto de dissertação de mestrado intitulado “A importância da atenção básica em saúde na detecção precoce do câncer de mama no município de Barbacena, Minas Gerais”, desenvolvido junto ao Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e visa a fortalecer as ações de controle do câncer de mama em nosso município, a partir da realização de um diagnóstico da situação atual. Desta forma, solicito a gentileza de que você leia com atenção cada uma das perguntas e responda de acordo com aquilo que considera refletir a sua realidade como profissional de saúde da atenção básica, retratando a sua vivência, preferencialmente sem consulta a quaisquer fontes. Está apresentado em dez páginas impressas em frente e verso. Solicito que nenhuma pergunta seja deixada em branco. Algumas perguntas podem ter mais de uma resposta assinalada. Comprometo-me a garantir o sigilo das informações fornecidas e a informar os resultados obtidos coletivamente, propondo ações pertinentes para o aprimoramento do controle do câncer de mama em nosso município.

Desde já agradeço sua colaboração.

I – Identificação do respondente

- 1) Unidade Básica de Saúde: _____
- 2) Data de nascimento: ___/___/_____
- 3) Sexo: Masculino () Feminino ()

II – Formação profissional

- 4) Profissão:
- Médico da ESF ()
- Médico com outro vínculo da atenção básica ()
- Enfermeiro da ESF ()
- Enfermeiro com outro vínculo da atenção básica ()
- Médico da gestão/coordenação/serviço de apoio ()
- Enfermeiro da gestão/coordenação/serviço de apoio ()
- Outra ()
- 5) Ano de conclusão da graduação: _____
- 6) Tempo de trabalho na atenção básica: _____ anos e _____ meses
- 7) Tempo de trabalho nesta UBS: _____ anos e _____ meses

III – Epidemiologia do câncer de mama

- 8) Você sabe quantos casos novos de câncer de mama são estimados para Barbacena, Minas Gerais e Brasil a cada ano?

Barbacena () Até 30 () Entre 31 e 50 () Entre 51 e 100 () Mais de 100

Minas Gerais () Até 2.500 () Entre 2.500 e 5.000 () Entre 5.000 e 10.000

Brasil () Até 25.000 () Entre 25.000 e 50.000 () Entre 50.000 e 75.000

- 9) Em Barbacena o câncer de mama é um problema de saúde pública?
- () Sim () Não

- 10) Caso tenha respondido sim à pergunta anterior, por que motivo?
- () Prevalência () Frequência () Gravidade () Possibilidade de intervenção

11) Você investiga a presença de fatores de risco para o câncer de mama em seu território?

() Sim () Não

12) Dentre as opções a seguir, assinale aquelas que você considera como fatores de alto risco para o câncer de mama?

() História pessoal ou familiar de câncer de mama em ambos os sexos

() História pessoal ou familiar de câncer de ovário

() Menarca precoce

() Menopausa tardia

() Terapia de reposição hormonal

() Uso de contraceptivo hormonal

() Pouco tempo de aleitamento materno

() Primeira gestação após 30 anos de idade

() Tabagismo

() Etilismo

() Exposição a agrotóxico ou radiação

() Hábito alimentar inadequado

() Sedentarismo

() Excesso de peso

() Nuliparidade

() Multiparidade

() Outro – especificar _____

13) Em sua UBS, qual é a população feminina adscrita aproximada?

Total _____

35 a 39 anos _____

40 a 59 anos _____

60 a 69 anos _____

70 anos e mais _____

() Não sei informar

14) Quantos casos conhecidos de câncer de mama há em seu território?

() Nenhum () 1 a 5 () 6 a 10 () 11 ou mais () Não sei

15) Quantos casos suspeitos de câncer de mama estão em investigação em seu território?

() Nenhum () 1 a 5 () 6 a 10 () 11 ou mais () Não sei

16) Quantos casos de câncer de mama estão em tratamento em seu território?
() Nenhum () 1 a 5 () 6 a 10 () 11 ou mais () Não sei

17) Você realiza exame clínico das mamas?

Sim () Não ()

18) Se sim, quando é feito?

- () Se a paciente tiver queixas
- () Na oportunidade do exame ginecológico
- () Em todas as pacientes acima de 40 anos
- () Outro. Especifique: _____

19) Com que periodicidade é feito o exame clínico das mamas?

- () Anualmente
- () Bianualmente
- () Sem intervalo definido
- () Outro. Especifique: _____

20) Qual o melhor período para a realização do exame clínico das mamas?

- () Ovulatório
- () Pré-menstrual
- () Menstrual
- () Após a menstruação
- () Indiferente

21) Você tem dificuldades com o exame de mama?

Sim () Não ()

22) Se sim, quais?

- () Falta de treinamento
- () Inibição
- () Dúvidas quanto aos achados
- () Pouca disponibilidade de tempo na consulta
- () Outra. Especifique: _____

- 23) Qual o exame mais indicado para a detecção precoce do câncer de mama?
- Exame clínico
 - Mamografia
 - Ultrassonografia
 - Ressonância nuclear magnética
- 24) Em que idade deve se iniciar o rastreamento mamográfico segundo o Ministério da Saúde? _____ anos
- 25) Com que periodicidade a mamografia de rastreio deve ser indicada, segundo o Ministério da Saúde?
- Anualmente a partir de 40 até 69 anos
 - Anualmente a partir de 40 anos sem limite superior de idade
 - Bianualmente entre 40 e 69 anos
 - Bianualmente a partir de 40 anos sem limite superior de idade
 - Bianualmente entre 50 e 69 anos
 - Bianualmente a partir de 50 anos sem limite superior de idade
 - Anualmente a partir de 50 até 69 anos
- 26) Você sabe a diferença entre mamografia de rastreamento e mamografia diagnóstica?
- Sim Não
- 27) Em relação à mamografia de rastreamento, podemos afirmar que é aquela solicitada para mulheres assintomáticas.
- Verdadeiro Falso
- 28) Em relação à mamografia de rastreamento, podemos afirmar que é aquela solicitada para mulheres com queixa de dor ou nódulo palpável.
- Verdadeiro Falso
- 29) Em relação à mamografia diagnóstica, podemos afirmar que é aquela solicitada para mulheres assintomáticas.
- Verdadeiro Falso
- 30) Em relação à mamografia diagnóstica, podemos afirmar que é aquela solicitada para mulheres com queixa de dor ou nódulo palpável.
- Verdadeiro Falso

31) Você utiliza e preenche corretamente todos os campos do formulário de requisição de exame mamográfico do Sistema Informatizado do Controle do Câncer (SISCAN)?

Sim Não

32) Você diferencia na requisição de mamografia os campos de marcação de população-alvo e de população de risco elevado?

Sim Não

33) Em relação à população-alvo, podemos afirmar que é aquela que possui história familiar de câncer de mama ou algum outro fator de risco.

Verdadeiro Falso

34) Em relação à população-alvo, podemos afirmar que é aquela que se encontra na faixa etária preconizada para o rastreamento.

Verdadeiro Falso

35) Em média quanto tempo demora entre a solicitação da mamografia e o retorno do resultado?

Menos de 30 dias 30 a 60 dias 60 a 120 dias Mais de 120 dias

36) Você conhece a classificação de BI-RADS/ACR?

Sim Não Tenho dúvidas

37) Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, de acordo com o significado dos achados da classificação de BI-RADS/ACR.

- (1) Categoria 1 Achados mamográficos provavelmente benignos
- (2) Categoria 2 Achados mamográficos benignos
- (3) Categoria 3 Achados mamográficos suspeitos para malignidade
- (4) Categoria 4 Achados mamográficos altamente suspeitos para malignidade
- (5) Categoria 5 Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer
- (6) Categoria 6 Sem achados mamográficos
- (7) Categoria zero Achados mamográficos inconclusivos

38) Você conhece as recomendações de condutas conforme a classificação de BI-RADS/ACR?

Sim Não Tenho dúvidas

39) Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, de acordo com a recomendação de conduta da classificação de BI-RADS/ACR. Pode ser marcado mais de um número em cada espaço.

- (1) Categoria 1 () Controle mamográfico em 6 meses
- (2) Categoria 2 () Mamografia em 1 ano
- (3) Categoria 3 () Mamografia em 2 anos
- (4) Categoria 4 () Complementação com ultrassonografia mamária
- (5) Categoria 5 () Exame citopatológico/histopatológico
- (6) Categoria 6 () Terapêutica específica
- (7) Categoria zero

40) Na sua UBS há disponibilidade de liberação de outros exames complementares (p.ex. USG, RNM) quando solicitados por você?

Sim () Não ()

41) Quais os fatores limitantes ao rastreamento do câncer de mama em sua UBS?

- () Desconhecimento da população
- () Dificuldade de acesso da população
- () Cota de exames mamográficos insuficiente
- () Poucos profissionais com informações atualizadas sobre rastreio
- () Número de profissionais insuficiente na equipe de saúde da família
- () Equipamentos insuficientes
- () Falta de um programa de rastreamento organizado

IV – Ações para o controle do câncer de mama na UBS

42) Quando detectada alteração na mamografia BI-RADS zero, qual o encaminhamento que é dado ao caso?

- () Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia
- () Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA)
- () Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela)
- () Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)

43) Quando detectada alteração na mamografia BI-RADS 3, qual o encaminhamento que é dado ao caso?

- Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia
- Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA)
- Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela)
- Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)

44) Quando detectada alteração na mamografia BI-RADS 4, qual o encaminhamento que é dado ao caso?

- Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia
- Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA)
- Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela)
- Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)

45) Quando detectada alteração na mamografia BI-RADS 5, qual o encaminhamento que é dado ao caso?

- Paciente é referenciada para Ambulatório de Ginecologia
- Paciente é referenciada ao Centro de Especialidades Multiprofissional (antiga UPA)
- Paciente é referenciada ao Centro Ambulatorial (antigo Hospital Escola do Vilela)
- Paciente é referenciada ao CEBAMS (ambulatório do Hospital Ibiapaba)

46) Qual é o tempo médio de agendamento destes casos encaminhados?

- Menos de 30 dias 30 a 60 dias 60 a 120 dias Mais de 120 dias

47) Você recebe contra-referência dos casos de pacientes encaminhadas?

- Sim Não

48) Em sua unidade existem ações realizadas para o acompanhamento dos casos diagnosticados como câncer de mama ?

- Sim Não

49) Você recebeu capacitação sobre as ações preconizadas para o controle do câncer de mama?

- Sim Não

50) Se sim, há quanto tempo?

- Menos de um ano Entre um e três anos Mais de três anos

51) Você tem ou teve acesso aos dados gerados no Sistema Informatizado do Controle do Câncer (SISCAN) que lhe permitem planejar as ações para o controle do câncer de mama em seu território?

() Sim () Não

52) Se respondeu sim à pergunta anterior, com que finalidade?

- () Estimar cobertura
- () Prover recursos para manter as ações
- () Conhecer as características das mulheres atendidas
- () Fazer busca ativa
- () Prover ações educativas
- () Outra finalidade

53) Se respondeu não à pergunta anterior, especifique como é feito o planejamento das ações para o controle do câncer de mama em sua UBS.

- () Não é feito
- () É atribuição do gestor local
- () É atribuição de outro profissional ou instância
- () Pela demanda de atendimento
- () Outra forma. Qual? _____

54) Você precisou de consultar alguma fonte para responder às perguntas deste questionário?

() Sim () Não

55) Caso afirmativo para a pergunta anterior, qual fonte?

- () Literatura científica
- () Documentos do Ministério da Saúde
- () Sites da Internet
- () Protocolos de atendimento do SUS
- () Outros. Especifique: _____

ANEXOS

ANEXO A – Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A importância da atenção básica em saúde no diagnóstico precoce do câncer de mama no município de Barbacena (MG)”. Nesta pesquisa pretendemos identificar o conhecimento, atitude e prática dos profissionais de saúde que atuam na área de atenção básica (médicos e enfermeiros das equipes de Estratégia da Saúde da Família, integrantes do NASF, gestores e outros profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária) sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama. O motivo que nos leva a estudar é a percepção que a atenção primária, pela proximidade com a comunidade em seu território, tem importante papel a desempenhar no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) responderá a um questionário, em anexo a este termo, de maneira anônima e sem qualquer identificação, o qual será deixado na unidade de saúde onde trabalha e depois recolhido. São mínimos os riscos envolvidos na pesquisa, relacionados ao universo pequeno da mesma, mas todos os cuidados para assegurar a confidencialidade das informações serão tomados. Com esta, espera-se contribuir para traçar um perfil do conhecimento dos profissionais da atenção básica em saúde do município na área de diagnóstico precoce do câncer de mama. Trata-se de um trabalho de investigação que faz parte da dissertação do projeto de mestrado profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em curso pelo pesquisador. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sede da pesquisa, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “A importância da atenção básica em saúde no diagnóstico precoce do câncer de mama no município de Barbacena (MG)” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Barbacena, ___ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Nome do pesquisador responsável: André Luís Canuto
Endereço: Rua Geraldino Lopes Canuto, nº 37 – Bairro Boa Morte – Barbacena (MG)
CEP 36200-130
Telefone (32)99983-1206
E-mail: alcbarbacena@gmail.com

ANEXO B – Carta de anuência



CARTA DE ANUENCIA

Eu **Queila Cristina da Silva Machado Pereira de Souza**, na qualidade de responsável pela Secretaria Municipal de Saúde e Programas Sociais (SESAPS), autorizo a realização da pesquisa intitulada “A importância da Atenção Básica em Saúde no Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama no Município de Barbacena – MG” a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **André Luis Canuto** e declaro que esta instituição apresenta infra-estrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Esta declaração somente terá validade caso haja parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) para a realização da referida pesquisa.

Por ser verdade firmo a presente.

Barbacena – MG, 03 de Janeiro de 2018

Queila Cristina da Silva Machado Pereira de Souza
 Subsecretaria Adjunta - Mat. 203301
 Secretária Municipal de Saúde Pública
 SESAP - Barbacena - MG

Queila Cristina da Silva Machado Pereira de Souza

ANEXO C – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A importância da atenção básica em saúde no diagnóstico precoce do câncer de mama no município de Barbacena, Minas Gerais

Pesquisador: André Luís Canuto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82453418.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.633.643

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto apresenta valor científico. O objeto e os objetivos do estudo estão delineados. A revisão da literatura está atualizada. O projeto encontra-se estruturado. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é avaliar o conhecimento, atitude e práticas dos profissionais de Medicina e Enfermagem das 25 equipes de Saúde da Família do município de Barbacena e demais profissionais da rede assistencial do município (profissionais da gestão, das equipes de apoio do NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família e outros médicos e enfermeiros vinculados à atenção básica ainda que não integrantes das ESFs – Equipes da Estratégia de Saúde da Família), visando identificar as dificuldades encontradas para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama pelo serviço de atenção básica.

Está claro, definido e compatível com a metodologia proposta. Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAU PEDRU **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.633.643

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos. Considera que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados devidamente descritos. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, objetivos e metodologia propostas compatíveis e apresenta todos os documentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa. O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE encontra-se descrito com clareza e trazendo ao participante todas as informações necessárias relativas a pesquisa. Está de acordo com as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e de acordo com a Resolução 466/12 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.633.643

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1058924.pdf	30/03/2018 20:10:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modelo_Atualizado.docx	30/03/2018 20:09:24	André Luís Canuto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/03/2018 20:08:17	André Luís Canuto	Aceito
Folha de Rosto	NOVA_FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	12/03/2018 12:14:11	André Luís Canuto	Aceito
Outros	Questionario.docx	16/01/2018 18:07:44	André Luís Canuto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.jpg	06/01/2018 15:55:55	André Luís Canuto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 03 de Maio de 2018

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br