

MARCIA CHRISTINA CALDEIRA CALIXTO

**FATORES RELACIONADOS À DETECÇÃO PRECOCE DO
CÂNCER DE MAMA**

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2010

MARCIA CHRISTINA CALDEIRA CALIXTO

FATORES RELACIONADOS À DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção de título de especialista

Área de concentração: Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Orientador: Prof. Paulo Sérgio Carneiro Miranda

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG

2010

“Há pessoas que reclamam dos ventos, outras esperam que ele mude de rumo, outras, porém procuram ajustar suas velas.”

(William George Ward)

RESUMO

O presente trabalho teve como principal objetivo refletir sobre a necessidade de detecção precoce do câncer de mama e a importância dos principais métodos utilizados para este fim, bem como ressaltar a relevância do engajamento profissional e a sistematização da assistência para diminuição da morbimortalidade pela doença. O câncer de mama é o tipo de tumor mais frequente entre as mulheres, seu controle e evolução dependem de uma detecção precoce, pois se diagnosticado em fase inicial tem bom prognóstico. Porém, no Brasil, este diagnóstico ainda é realizado em estágios avançados onerando tratamento, diminuindo chances de cura, afetando a qualidade de vida da paciente e reduzindo sua sobrevida, além do impacto sociopsicológico que acarreta. A metodologia utilizada constou de uma revisão bibliográfica buscando fontes da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), em base de dados do *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS)*, entre outros. Buscou-se também pesquisa em livros e periódicos da área de enfermagem, medicina e materiais publicados pelo Ministério da Saúde. Foram selecionados 24 artigos e os resultados apontam para necessidade de atenção especial para detecção precoce do câncer de mama, utilização sistemática dos seus métodos de detecção, desmistificação da doença entre a população e principalmente sensibilização junto ao papel do profissional de saúde para o controle do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de mama; Detecção precoce do câncer de mama; Autoexame das mamas; Exame clínico das mamas; Mamografia; Rastreamento do câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela presença real e constante em minha vida, por sempre ter me sustentado e por ser meu Verdadeiro Mestre e Guia;

Ao meu tutor que tornou possível a realização deste trabalho;

A meu esposo, Rogério, pela cumplicidade, por estar sempre presente comigo nesta caminhada com incentivo, amor e respeito;

Aos meus amados filhos, Paulo Vítor e Pedro Henrique, fontes de inspiração, por me tornarem uma pessoa mais feliz e realizada, e pelos momentos em que se privaram de minha companhia;

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicionais, sem os quais não seria possível ser quem sou e ter chegado até aqui. Obrigada, mãe, amiga, conselheira e ajudadora;

Aos meus amigos pelo companheirismo e incentivo;

Muito Obrigada a todos que me ajudaram direta ou indiretamente na concretização desta conquista em prol da melhoria da qualidade de vida da população.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	CORTE SAGITAL DA MAMA E PAREDE TORÁCICA ANTERIOR.	14
FIGURA 2 -	RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA POPULAÇÃO FEMININA DE 40 A 49 ANOS DE IDADE.	27
FIGURA 3 -	RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA POPULAÇÃO FEMININA DE 50 A 69 ANOS DE IDADE	28
QUADRO 1 -	PARÂMETROS PARA ESTIMATIVA DE PROCEDIMENTOS NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA, CONFORME OS SUBGRUPOS DA POPULAÇÃO-ALVO	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVO GERAL	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	METODOLOGIA.....	11
4	DESENVOLVIMENTO.....	12
4.1	ANATOMIA DA MAMA	13
4.2	CÂNCER DA MAMA	14
4.3	FATORES DE RISCO	15
4.4	DETECÇÃO PRECOCE	16
4.5	MÉTODOS DE DETECÇÃO PRECOCE.....	18
4.5.1	Autoexame das mamas	18
4.5.2	Exame cínico das mamas (ECM).....	22
4.5.3	Mamografia.....	24
4.6	RECOMENDAÇÕES E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA	33
4.6.1	No ato da consulta	34
4.6.2	No planejamento de suas ações	35
4.6.3	No âmbito coletivo:.....	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS	37
	ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é considerado um dos tumores malignos mais frequentes no sexo feminino, e provavelmente o tipo de tumor mais temido pelas mulheres, devido sua frequência, potencial de letalidade e, sobretudo pelos efeitos psicológicos que afeta a percepção feminina. Venâncio (2004), afirma que o seio é um órgão repleto de simbolismo para a mulher e por isso encontram-se presentes outras angústias ligadas à feminilidade, maternidade e sexualidade acarretando depressão, ansiedade, rebaixando a auto estima e afetando a qualidade de vida. As mamas representam a essência feminina, e estão relacionadas tanto como zona erógena quanto com aconchego e proteção. De acordo com Vieira, Lopes e Shimo (2007) a mulher mastectomizada não tem apenas o corpo mutilado, mas também sua imagem corporal, vida social e afetiva, com vivências de dor física e psíquica.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais freqüente entre as mulheres, sendo que a cada ano 22% dos casos novos de câncer, entre as mulheres, são de mama. No Brasil, a estimativa para o ano de 2010, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), é de 49.240 novos casos da doença, ou seja, aproximadamente 49 casos para 100 mil mulheres. Na região Sudeste este risco é estimado em cerca de 65 casos para 100mil mulheres, sendo para Minas Gerais estimados 4.250 novos casos e uma taxa bruta de 41 casos novos/100mil mulheres, porém na capital mineira são esperados 70 casos neste mesmo quantitativo de mulheres.

A neoplasia mamária é uma afecção relativamente rara antes de 35 anos de idade. Segundo Gordis *et al.* (2004) 75% dos casos são diagnosticados em mulheres acima de 50 anos, 15% na faixa ente 40 e 50 anos e 6,5% naquelas com menos de 40 anos. Estudo realizado por Garicochea *et al.* (2009) aponta que clientes com menor idade têm prognóstico pior.

Configura-se em uma doença de extrema importância para a saúde pública, com altos índices de morbimortalidade, apesar de ser considerada uma doença de relativamente bom prognóstico se diagnosticado e tratado em tempo hábil. O diagnóstico precoce é imprescindível, pois é a única maneira de alcançar a cura e assegurar a diminuição da letalidade (MARINHO *et al.* 2002). Segundo o INCA (2009), as taxas de mortalidade por câncer mamário ainda continuam

elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágio avançado. A sobrevida média da população mundial após cinco anos é de 61%, nos países desenvolvidos essa sobrevida aumenta para 73% e nos países em desenvolvimento cai para 57%.

Sendo assim, os esforços para melhoria dos indicadores do câncer de mama devem ser canalizados para medidas que antecipem seu diagnóstico, minimizando a agressividade do tratamento administrado, reduzindo as taxas de mortalidade, repercussões físicas, psíquicas e sociais (MARINHO *et al.* 2002; BATISTA *et al.*, 2005).

Considerado uma prioridade da política de saúde do Brasil, o controle do câncer mamário foi incluído como uma das metas do Pacto pela Saúde (2006), que tem por objetivo garantir integralidade e a resolutividade do Sistema Único de Saúde e para isto conta com um conjunto de compromissos sanitários, em caráter prioritário, nas três esferas governamentais (INCA, 2007).

Dada a magnitude da doença, observou-se a necessidade de realizar uma revisão de literatura dos últimos dez anos referente às principais técnicas de detecção precoce para o câncer de mama e fatores relacionados. Os Programas de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama, em maioria, apóiam-se na tríade constituída por três métodos:

Autoexame das Mamas que apresenta baixo custo e é sempre acessível, mas requer treinamento e é pouco eficaz; o exame clínico, que tem custo baixo a moderado, nem sempre é acessível, requer treinamento e tem eficácia moderada; e a Mamografia que apresenta elevada eficácia, mas com custo moderado a alto, além de não estar disponível para todas as mulheres, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. (AGUILAR e BAUAB, 2003, p.83).

2 OBJETIVOS

A partir do referencial teórico exposto anteriormente, este trabalho pretende atingir os seguintes objetivos, conforme relacionados a seguir.

2.1 Objetivo geral

Refletir sobre a necessidade de detecção precoce do Câncer de mama e a importância dos principais métodos utilizados para este fim, ressaltando a importância do engajamento profissional e sistematização da assistência para controle do câncer de mama.

2.2 Objetivos específicos

- discorrer a respeito dos principais métodos de detecção precoce do câncer de mama;
- rever literatura a respeito da eficácia, eficiência e custo benefício do autoexame de mamas, exame clínico das mamas e mamografia;
- levantar principais entraves para realização da detecção precoce do câncer de mama;
- induzir reflexão a respeito da importância da detecção precoce do câncer de mama;
- sensibilizar profissionais de saúde quanto a importância do engajamento para detecção precoce do câncer de mama;
- refletir sobre a prática assistencial e adoção de ações para detecção precoce e controle do câncer de mama.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é classificada como pesquisa bibliográfica exploratória. Segundo Gil (2002), na pesquisa exploratória os ensinamentos não têm por objetivo elaborar ou testar hipóteses e se limita a buscar informações sobre o

tema proposto em um estudo, com o intuito de aprofundar conhecimentos sobre um determinado tema.

No que diz respeito à pesquisa do tipo bibliográfica, pode-se dizer que é o marco para a maioria das pesquisas científicas e, ainda segundo Gil (2002), é realizada através da utilização de fontes retiradas de livros, artigos, revistas, periódicos, ou seja, materiais já publicados de acesso ao público em geral.

A busca por fontes de materiais se deu entre os meses de outubro de 2009 a fevereiro de 2010 e foram utilizadas revistas e periódicos publicados na internet contendo assuntos relacionados ao câncer de mama. Utilizou-se como principal fonte de busca as revistas eletrônicas do setor de medicina e enfermagem, materiais do Ministério da Saúde, entre outros. Para delimitar a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: câncer de mama, detecção precoce do câncer de mama, autoexame das mamas, exame clínico das mamas, mamografia, rastreamento do câncer de mama. O critério utilizado para a inclusão das fontes no trabalho foi a existência de um ou mais dos descritores mencionados, resumo ou desenvolvimento do trabalho.

A busca resultou em 37 artigos científicos dentre os quais após a leitura na íntegra, foram selecionados 24 artigos pertinentes ao objetivo deste trabalho.

4 DESENVOLVIMENTO

Para se ter êxito na detecção precoce do câncer de mama e na sistematização da assistência, faz-se necessário conhecimento prévio da anatomia da mama, dos fatores de risco que predispõe à esta patologia, estratificação da população de maior risco, reconhecimento dos sinais e sintomas sugestivos do câncer mamário e principalmente fazer uso da tecnologia disponível para

rastreamento e conseqüentemente, resultando em detecção na fase pré-clínica da doença.

4.1 Anatomia da mama

As mamas são órgãos pares, situadas entre a segunda e sexta costelas, sobre o grande músculo peitoral, do esterno até a linha média axilar. São fixadas ao músculo por meio de uma camada da fáscia muscular, compostas por tecido conjuntivo denso e sustentadas pelos ligamentos suspensores da mama (TORTORA, 2007).

Tanto nos homens quanto nas mulheres, as mamas são iguais até a puberdade, quando por ação hormonal dos estrogênios se iniciam a diferenciação nas mulheres (BRUNNER *et al.*, 2002).

A mama feminina apresenta uma área circular de pele pigmentada que é chamada de aréola e uma projeção central que é a papila mamária. Esta possui aberturas e ductos, chamados de ductos lactíferos, dos quais emerge o leite. A mama é dividida em 15 a 20 lobos independentes, separados por quantidade variável de tecido adiposo e cada um tem uma via de drenagem que converge para a papila mamária, através de um sistema ductal. Os lobos são feitos de lóbulos compostos de aglomerados de glândulas secretoras de leite, dispostos semelhantes a uvas nos cachos, denominados de alvéolos. As células mioepiteliais envolvem os alvéolos e têm função contrátil que ajudam a impulsionar o leite. O leite produzido é armazenado nos seios lactíferos e são conduzidos por meio de uma série de ductos intralobulares e ductos lactíferos (TORTORA, 2007). (Figura 1).

As funções essenciais das glândulas mamárias são de síntese, secreção e ejeção o leite e a plenitude funcional da mama ocorre na amamentação. A prolactina, proveniente da adeno-hipófise, estimula a produção de leite e a ocitocina, liberada pela neuro-hipófise mediante sucção mamária, promove a sua ejeção (TORTORA, 2007).

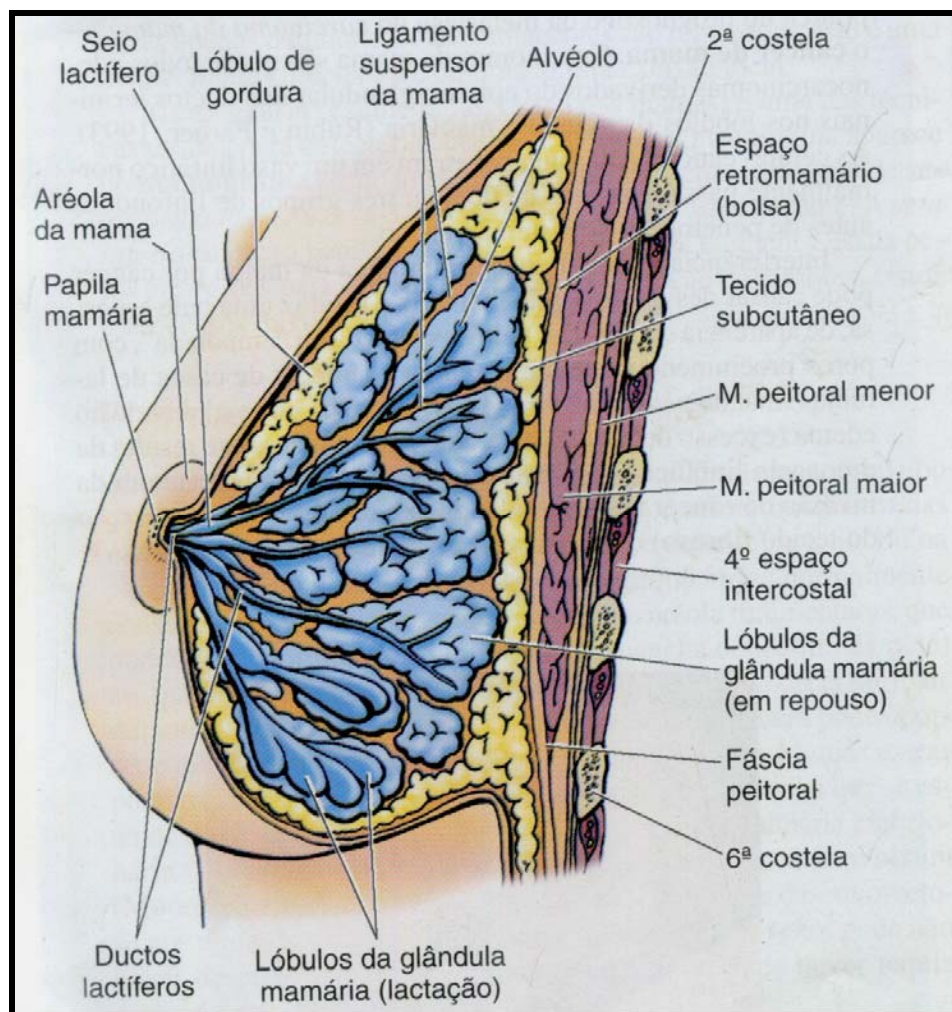


FIGURA 1 - Corte sagital da mama e parede torácica anterior.

A mama consiste em tecido glandular, tecido adiposo e fibroso entre os lobos e lóbulos do tecido glandular, juntos com os vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervosos. Os dois terços superiores mostram, esquematicamente, os ligamentos suspensores e alvéolos da mama com lóbulos da glândula mamária em repouso. A parte inferior mostra os lóbulos da glândula mamária lactante (MOORE, DALLEY, 2001, p. 65).

Fonte: MOORE, DALLEY, 2001, p. 65.

4.2 Câncer da mama

Desde o início da formação do câncer de mama até tornar-se palpável, calcula-se que são decorridos uma meia de 10 anos. Isto porque o tempo médio estimado para ocorrer a duplicação celular, neste tipo de câncer, é de 100 dias. Até atingir uma esfera de 1 cm que contém, aproximadamente, 1 bilhão de células são necessárias 30 duplicações celulares. Devido diminutas dimensões das células na fase subclínica, tem-se a impressão de crescimento lento nesta fase. Porém, depois

que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível (BRASIL, 2006).

Segundo Robbins *et al.* (2008), o câncer de mama tem tendência a se tornar aderente aos músculos peitorais ou à fáscia profunda da parede torácica, fixando-se, causando aderência a pele adjacente, com retração ou ondulação da pele ou mamilo. O envolvimento das vias linfáticas pode provocar edema linfático localizado e a pele fica com aspecto de casca de laranja.

Os sinais e sintomas que podem levar a uma suspeita de câncer e que deverão prosseguir com a investigação diagnóstica são:

- nódulo na mama ou axila, principalmente os duros, fixos, mal delimitados;
- espessamento impedindo a delimitação de um nódulo;
- descarga papilar de aspecto sangüíneo, achocolatado ou cristalino, principalmente se espontânea, unilateral e proveniente de ducto único;
- abaulamento e/ou retração da pele;
- prurido geralmente evoluindo para ferida não responsiva ao tratamento convencional;
- lesão ulcerativa da pele da mama;
- desvio e/ou inversão do mamilo não pré-existente;
- hiperemia e descamação do mamilo (INCA 2007).

4.3 Fatores de risco

Alguns dos fatores de risco identificáveis para o câncer de mama são: idade avançada, sendo que a maior incidência da doença coincide com a idade da menopausa; primeiro parto após os 35 anos de idade; ocorrência de aborto antes da primeira gravidez a termo; obesidade; menarca precoce e menopausa tardia; história familiar de câncer de mama, sendo fortemente positiva se este câncer ocorreu na pré-menopausa e/ou foi bilateral; dieta com elevada concentração de gorduras; tabagismo; etilismo; uso de hormônios; fatores genéticos; exposição excessiva a radiação ionizante, dentre outros. A amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um

menor risco de desenvolver este tipo de câncer (BRUNNER *et al.*, 2002; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

Mas, apesar da identificação dos fatores de risco, a grande maioria dos cânceres de mama se apresentam sem nenhum fator de risco associado, limitando o campo de ação da prevenção e elevando a responsabilidade de um esforço na detecção precoce do câncer em estágios iniciais, com diminuição da mortalidade pela doença e o uso de técnicas cirúrgicas que conservem as mamas, em substituição às cirurgias mutiladoras, como a mastectomia.

De acordo com Abreu e Koifman (2002) os determinantes de maior relevância quanto ao prognóstico em câncer de mama são história familiar, nível sócio-econômico, idade, tamanho do tumor, condição dos linfonodos axilares, grau histológico, angiogênese, micrometástases, receptores hormonais. Para Garicochea *et al.* (2009), atenção especial deve ser dada ao fator idade, sendo que as pacientes com menos de 40 anos, têm pior prognóstico. Desta forma, o planejamento de ações de rastreamento e detecção precoce deve contemplar ações não só para mulheres com idade superior a 40 anos, mas também mulheres mais jovens, possibilitando também neste grupo a detecção do câncer de mama em estágios mais precoces (BATISTON *et al.*, 2009).

4.4 Detecção precoce

“Rastreamento significa detectar a doença em sua fase pré-clínica enquanto diagnóstico precoce significa identificar câncer da mama em sua fase clínica precoce” (BRASIL, 2006).

Marinho *et al.* (2002) destaca que o diagnóstico precoce é a medida imperativa, pois contribui de forma contundente para alcançar a cura e assegurar a diminuição da letalidade.

Quanto maior o estadiamento do câncer de mama diagnosticado, mais oneroso será o tratamento, aumenta a impossibilidade de cura, compromete a qualidade de vida e a sobrevivência da mulher, aumentando o impacto sociopsicológico ante mutilação e tratamento (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Estudo realizado por Moraes *et al.* (2006) demonstra que o estadiamento I foi responsável por 2,6 % das mortes em pacientes, o estadiamento Ia por 18,4 %, IIb por 31,6%, IIIa+IIIb por 23,7% e IV por 23,7% das mortes. As pacientes com estadiamento clínico acima de IIa apresentaram taxa de óbito significativa. Para melhor compreensão encontra-se tabela de estadiamento em anexo.

Os esforços devem ser potencializados para medidas que antecipem o diagnóstico desta neoplasia, melhorando a qualidade da assistência prestada, minimizando a agressividade do tratamento administrado e reduzindo as taxas de mortalidade (MARINHO *et al.*, 2002). O diagnóstico precoce do câncer de mama é fator decisivo para um melhor prognóstico (GONÇALVES *et al.*, 2009). O atraso no diagnóstico pode implicar em avanço do estadiamento da doença favorecendo o crescimento tumoral com potencial detrimento as chances de cura das pacientes. (TRUFELLI *et al.*, 2008).

O direito a prevenção, a detecção, ao tratamento e ao seguimento do câncer de mama são assegurados pela Lei Federal 11664/2008 que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 2º. O Sistema Único de Saúde – SUS, por meio dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, deve assegurar:

III – a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 (quarenta) anos de idade;

IV – o encaminhamento a serviços de maior complexidade das mulheres cujos exames citopatológicos ou mamográficos ou cuja observação clínica indicarem a necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderem ser realizados na unidade que prestou o atendimento;

V – os subseqüentes exames citopatológicos do colo uterino e mamográficos, segundo a periodicidade que o órgão federal responsável pela efetivação das ações citadas nesta Lei deve instituir.

As recomendações do Ministério da Saúde (2004) para detecção precoce e diagnóstico desta doença em questão se baseiam no Documento de Consenso para Controle de Câncer de Mama que têm como estratégias:

- 1) Exame Clínico das Mamas anual em mulheres de 40 anos a 49 anos de idade;
- 2) Exame Clínico das Mamas anual e exame mamográfico bianual em mulheres de 50 a 69 anos de idade;
- 3) Exame Clínico das Mamas e exame mamográfico, anualmente, em mulheres com risco elevado a partir dos 35 anos de idade.

São consideradas mulheres de risco elevado para desenvolvimento de câncer mamário as que apresentam história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, antes de 50 anos de idade; mulheres com histórico familiar de câncer mamário bilateral ou de ovário, independente da idade; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa atípica ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2004).

4.5 Métodos de detecção precoce

Os métodos de detecção precoce se apóiam nas três modalidades que serão discutidas a seguir.

4.5.1 Autoexame das mamas (AEM)

O autoexame das mamas é o exame realizado pela própria mulher em suas mamas, a fim de detectar possíveis alterações existentes. Deve ser realizado mensalmente, 7 a 10 dias após o início da menstruação, quando as mamas estão menos túrgidas, facilitando o eventual encontro de alterações. Para as mulheres que não menstruam mais, deve-se escolher um dia do mês, arbitrariamente, para realização do procedimento. O autoexame deve constar de inspeção estática e dinâmica, palpação supraclavicular e axilar e palpação do tecido mamário. O grande valor do autoexame esta na sua realização periódica, pois uma vez que a mulher tenha como referência a palpação habitual normal da mama, ficará mais fácil perceber a alteração, caso ocorra (BRASIL, 2002).

De acordo com a matéria *“Autoexame não deve ser abandonado”*, publicada na coluna *Assunto de Mulher*, um estudo apresentado no *4º Congresso Europeu Sobre Câncer de Mama*, com número expressivo de pacientes, mostra ausência de redução da mortalidade do câncer de mama com a prática do autoexame. Apesar de não existirem evidências consistentes de que a prática do autoexame isolada tenha impacto na redução da mortalidade do câncer de mama (BRASIL, 2006), estudo realizado por Batiston *et al.* (2009) com mulheres portadoras

de câncer de mama em um hospital público, comprovou que 76,7% dos casos foram detectados pela própria mulher por meio do AEM, 15,7% foram detectados durante o ECM e 7,6% foram detectados por meio de exame mamográfico. Este estudo enfatiza que na prática, o autoexame ainda tem seu valor.

Para Marinho *et al.* (2002) ainda que este exame não tenha a capacidade de reduzir a mortalidade por câncer, permite a detecção de tumores em fase inicial, desde que a mulher esteja bem treinada, e sua indicação esta respaldada em três razões principais:

- 1) a maioria dos casos de câncer é descoberta pela própria mulher;
- 2) O AEM pode levar a detecção precoce entre o período do exame clínico e da mamografia e
- 3) pode ser o único método disponível para mulheres que têm dificuldade em conseguir consulta com profissional da saúde qualificado ou exames mais sofisticados como a mamografia (MARINHO *et al.*, 2002, p. 236).

Em países como o Brasil, onde nem todas as mulheres têm acesso a assistência médica para exames preventivos e com número de mamógrafos mal distribuídos, a prática do autoexame é muito importante no sentido de reduzir o estadiamento no momento do diagnóstico (KOHATSU, BARBIERI, HORTALE, 2009; GEBRIM, QUADROS, 2006).

O INCA (2004) não desconsidera o AEM como procedimento importante para conscientizar a mulher a respeito da saúde das mamas, mas recomenda que ele não deva ser considerado como estratégia única, isolada para detecção precoce do câncer de mama e é recomendado que seja acompanhado por exame físico anual das mamas realizado por profissional qualificado e da mamografia, conforme faixa etária e estratificação de fatores de risco. Ainda segundo o INCA, devem ser desenvolvidas ações de educação para saúde com o intuito de conhecimento do corpo, promoção do autocuidado e que a autopalpação deve ser incluída nesta prática.

A “10ª Reunião Nacional de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia” (2008), “recomenda que o AEM é aconselhável para a mulher brasileira como forma de auto-cuidado e de diminuição de casos avançados”.

O Ministério da Saúde, através do Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama menciona que:

Embora a sensibilidade do AEM nunca tenha sido formalmente avaliada, estimativas indicam que a cada 100 casos de câncer de mama, o AEM detecta 26, o ECM (Exame Clínico das Mamas) detecta 45 e a MMG (Mamografia) 71.

Apesar de não haver evidência direta de que o AEM efetivamente reduza a mortalidade por câncer de mama, é importante que as mulheres mantenham-se atentas às alterações em suas mamas e reportem qualquer alteração ao profissional de saúde. Recomenda-se, desta forma, a efetividade potencial do estímulo à sua prática como estratégia complementar (BRASIL, 2006, p. 102).

O ideal é que o AEM comece a ser realizado no momento em que as mamas começam a se desenvolver, pois além de promover autocuidado e conhecimento do próprio corpo, permite identificar mais precisamente qualquer alteração, além de incorporar o hábito de se auto examinar as mamas periodicamente. Além do que a freqüência de realização do autoexame influencia diretamente a acurácia do mesmo. Estudo realizado por Miranda *et al.* (2004) demonstrou que 67,3% das adolescentes treinadas em escolas quanto a prática do AEM, ainda continuaram realizando periodicamente o exame, mesmo depois de decorrido um ano do treinamento. Esta faixa etária é estratégica para se trabalhar, pois tem atitude, incorpora hábitos, é facilmente localizada em escolas, é facilitadora na disseminação de condutas e no futuro estarão potencialmente entre as mulheres de maior risco.

Para se dispor de todo seu potencial, é necessário que a realização do autoexame seja corretamente ensinada por um profissional de saúde habilitado. É importante que esta prática seja inserida num processo educativo e eficaz, juntamente com o exame clínico das mamas e que seja responsabilidade dos profissionais de saúde que assistem a todas as mulheres, e não apenas aquelas que estejam contempladas nos programas específicos (GONÇALVES *et al.*, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2003).

Destaque especial tem sido dado ao profissional enfermeiro nesta prática e principalmente os que atuam na assistência em Atenção Primária à Saúde, mais especificamente, na Estratégia Saúde da Família (VERAS, FERREIRA, GONÇALVES, 2005).

O profissional de saúde não pode se abster de ensinar e estimular as mulheres a realizarem o AEM, mostrando à própria mulher as áreas normais de suas mamas que possam gerar suspeitas, além de esclarecer possíveis dúvidas. Ela deve ter a compreensão de que as suas mamas não são iguais e que a realização do

AEM não substitui o exame clínico de rotina, e, ainda que a presença de um nódulo nas mamas não define diagnóstico de neoplasia. Este esclarecimento é importante para evitar o comportamento histérico das mulheres, que ficam com medo de qualquer alteração na mama. A necessidade de integração entre o profissional de saúde e clientes é imprescindível por favorecer o vínculo e possibilitar a comunicação persuasiva, sua validação e a transmissão de informações, de forma a despertar na cliente o desejo pela aprendizagem, e ambiente propício para elucidação de dúvidas. A confiança no profissional acarreta adesão às orientações e diminui a ansiedade da paciente. Faz-se necessário que o profissional verifique a assimilação deste aprendizado durante as ações educativas individuais e coletivas (VERAS, FERREIRA, GONÇALVES, 2005; GOMES, 2005; BATISTA *et al.*, 2005).

Apesar do AEM ser um procedimento de baixa complexidade e sem custo adicional para sua execução, observa-se na prática diária sua subutilização pela população alvo. O conhecimento a cerca do exame foi apontado como um dos fatores da sua baixa utilização (MARINHO *et al.*, 2003).

Estudos foram realizados no intuito de apontar as principais barreiras que interferem na sua realização. Os mais expressivos foram: esquecimento, medo de encontrar um nódulo, dúvida na execução da técnica, preguiça, descrença em que possa ser vítima da doença, descuido com a saúde, idade muito jovem para ser acometido, vergonha de si tocar e/ou não gostar de fazê-lo, preferência que o profissional o faça, desconhecimento da importância do exame (MARINHO, *et al.*, 2002; MARINHO *et al.*, 2003; SILVA, *et al.*, 2005).

São várias as barreiras que impedem que esta técnica seja largamente utilizada pela sociedade, seja de cunho socioculturais, familiares ou instrucionais. Para que elas sejam rompidas e tenha seu objetivo alcançado é necessário grande investimento na informação para superação destas dificuldades e para favorecer o desenvolvimento do potencial para o autocuidado (SILVA *et al.*, 2005).

O conhecimento acerca da patologia, o reconhecimento de que o câncer de mama é um perigo potencial, o esclarecimento do autoexame como forma de promoção do autocuidado e de conhecimento corporal, a divulgação da morbimortalidade desta patologia na população feminina, o esclarecimento do fato de que há casos em que a detecção da neoplasia mamária é ocorrida acidentalmente pela própria mulher que não tem o hábito de se tocar rotineiramente, e, nestes casos terem a doença diagnosticada em estágios avançados com

necessidade de tratamentos mais radicais, podem ser um forte motivador para realização deste exame por parte das mulheres (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Nascimento, Silva e Machado (2009) mencionam que é imprescindível a necessidade de desenvolver intervenções efetivas que promovam a conscientização da população feminina a respeito da importância em adotar práticas direcionadas ao diagnóstico precoce do câncer mamário. Segundo Gomes (2005), somente através da ação interativa junto à cliente, o profissional de saúde, poderá influenciar positivamente para a redução dessas cifras, incentivando mudanças de comportamentos, em particular, estimulando a adoção do hábito mensal do autoexame das mamas.

De acordo com a “10ª Reunião Nacional de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia” (2008), outra grande vantagem do autoexame de mamas é que as mulheres que o fazem regularmente têm se mostrado mais aderentes aos programas de rastreamento mamográfico.

Em suma, apesar de todo avanço tecnológico na área de imagem, o autoexame de mama ainda continua sendo uma das etapas na propeidêutica.

Embora não haja consenso de seu real valor, tal procedimento ainda tem lugar garantido em programas de detecção precoce de alterações de glândulas mamárias, e em especial do câncer de mama. Só programas de prevenção de doenças da mama que tenham caráter educacional e que incorporem na população alvo, a realização correta e rotineira do autoexame da mama, lograrão êxito no diagnóstico precoce de diferentes problemas que acometem a mama feminina, com destaque especial para o câncer mamário (MARINHO *et al.*, 2002, p. 236-237).

4.5.2 Exame cínico das mamas (ECM)

O exame cínico das mamas (ECM) faz parte da propeidêutica para o diagnóstico de câncer, sendo considerado fundamental e a base para solicitação de exames complementares. Ele deve constar de inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e das mamas. Quando realizado por um profissional treinado, pode detectar tumor de até um centímetro, se superficial (BRASIL, 2004).

A sensibilidade do ECM varia de 57% a 83% em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos (INCA, 2009).

Entende-se por sensibilidade a capacidade de detectar o câncer existente e por especificidade a capacidade de detectar os casos em que o câncer efetivamente não existe (mulheres sem doença).

Devido ao risco de neoplasia mamária em mulheres mais jovens e acima de 70 anos, o exame clínico das mamas deve ser realizado em todas as faixas etárias, como parte do atendimento integral à mulher. Para as mulheres de 40 a 69 anos esse exame deve ser realizado anualmente (INCA 2009).

Estima-se que no Brasil, 10,7% da totalidade das mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos examinadas com o ECM terão exames alterados. Para critérios de planejamento e regulação das ações de rastreamento do câncer de mama com vistas à previsão e estimativa de gastos, o Instituto Nacional do Câncer considera a estimativa de alteração do ECM de 12% na faixa entre 50 a 69 anos e 10% 40 a 49 anos (INCA 2009).

Vale ressaltar que de acordo com a Lei Federal 11664/2008, todas as pacientes com exame clínico alterado devem ter acesso garantido aos demais procedimentos de investigação diagnóstica, tratamento e seguimento, quando necessários.

Para ser de qualidade, o exame clínico mamário precisa ser bem executado, com realização das quatro etapas, em ambiente privativo adequado, com boa iluminação, além de preservar o respeito e a ética. A estrutura física inadequada para avaliação, afeta a segurança da paciente e a concentração do profissional (VERAS, FERREIRA, GONÇALVES, 2005).

Dias da Costa *et al.* (2007) ressaltam que se faz necessário engajamento profissional e observância dos princípios da universalidade e equidade na atenção da saúde da mulher, principalmente no SUS.

Quatro estudos realizados no intuito de verificar a realização do ECM por profissionais da saúde revelaram que menos da metade das mulheres tem suas mamas devidamente examinadas.

Estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2009) com mulheres portadoras de câncer, em tratamento quimioterápico, revelou que apenas 32% tiveram suas mamas avaliadas por profissional da saúde anualmente.

Dias da Costa *et al.* (2003) observaram em seu estudo que 48,9% das mulheres entrevistadas tiveram suas mamas avaliadas e fatores relacionados ao acesso, cor da pele, classe social e exame citopatológico atrasado influenciaram na

realização do exame. As mulheres não brancas, com menor nível de instrução, com renda mais baixa ou que estavam com exame citológico atrasado havia maior probabilidade de não realização do exame.

Já estudo, realizado por Veras, Ferreira e Gonçalves (2005), preocupou-se principalmente com a qualidade do exame realizado e apontou que somente 13% das enfermeiras realizavam o ECM, respeitando as quatro etapas, em todas as pacientes, e as alegações para não fazê-lo foram: excedente de pacientes a serem atendidas, sobrecarga de atividades, falta de planejamento com relação a cobertura anual destas pacientes, insuficiência do tempo, principalmente na rede pública, onde outros programas e projetos devem ser atendidos.

Pesquisa Nacional por amostra de domicílio realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2003 mostrou que 34,4% das mulheres brasileiras com mais de 40 anos de idade nunca foram submetidas a exame clínico das mamas por um profissional de saúde (IBGE, 2005).

Existe a necessidade de reformulação dos programas de atenção à saúde da mulher no sentido de atingir a meta de ECM em todas as mulheres acima de 40 anos, principalmente com a sensibilização dos profissionais. Para que o objetivo seja alcançado torna-se necessário que os recursos humanos sejam devidamente capacitados e que pratiquem uma comunicação adequada, estabelecendo educação continuada, com compromisso e justiça social (VERAS, FERREIRA, GONÇALVES, 2005).

4.5.3 Mamografia

A mamografia (mastografia ou senografia) é a radiografia da mama que permite detectar lesões em fase iniciais. De acordo com o INCA (2009) a sensibilidade da mamografia varia entre 88% e 93,1%, a especificidade entre 85% e 94,2%, e a utilização desse exame como método de rastreamento reduz a mortalidade em 25%. O benefício da mamografia, porém, não se restringe somente à esta redução da mortalidade, mas também a realização de intervenções cirúrgicas menos complexas, com melhores resultados estéticos, psicossocial, laboral e humano, proporcionando melhor qualidade de vida.

O exame causa um desconforto suportável e é realizado basicamente nas incidências crânio-caudal e meio-lateral oblíqua. Há casos em que se necessita utilizar também as incidências complementares para realizar manobras e estudar regiões específicas. Neste caso, utilizam-se as incidências craniocaudal forçada, cleavage, médio-lateral ou perfil externo, lateromedial ou perfil interno e caudocranial. Graças aos avanços tecnológicos, também é possível utilizar-se de recursos em qualquer incidência para estudar as alterações detectadas, sendo que as manobras mais utilizadas são: compressão localizada, ampliação, associação entre ambas, manobra angular, rotacional e tangencial (INCA 2007).

A mamografia tem duas modalidades principais: 1) mamografia de rastreamento: como teste de rastreamento em mulheres assintomáticas; 2) mamografia diagnóstica: como método de investigação em mulheres com sinais ou sintomas sugestivos de câncer de mama que são: nódulo, espessamento, descarga papilar suspeita, controle radiológico de lesão provavelmente benigna (categoria 3), ginecomastia masculina (INCA, 2007).

A mamografia de rastreamento é considerada a técnica de detecção precoce da neoplasia mamária mais confiável e eficaz, pois permite identificar lesões subclínicas (BRASIL, 2004; INCA, 2009).

Campanha de prevenção do câncer mamário, realizada em 2002, em São Paulo, realizou 1723 mamografias e exame clínico das mamas em mulheres acima de 40 anos e foram diagnosticados 28 casos de câncer de mama, sendo que 19 pacientes não tinham lesões palpáveis (FRISTACHI, 2003).

O exame clínico das mamas pode confirmar até 70% dos casos de câncer, enquanto a mamografia 83%. A correlação entre estes métodos propedêuticos eleva a acurácia diagnóstica, não podendo desconsiderar a grande importância desta associação (GONÇALVES *et al.*, 2009; MOLINA, DALBEN, LUCA, 2003).

Godinho e Koch (2004) e Batiston *et al.* (2009) destacam que o câncer de mama quando detectado durante rastreamento mamográfico apresenta menor estadiamento clínico se comparado ao autoexame e exame clínico das mamas. Isto viabiliza realização de cirurgias conservadoras e dispensa necessidade de tratamento de alta toxicidade.

Segundo o INCA (2007), numa série de casos de câncer em lesões não palpáveis, o nódulo foi o achado radiológico encontrado em 39% dos casos, as microcalcificações em 42% e a distorção focal da arquitetura em 9%. Importante

também ressaltar que as microcalcificações, quando suspeitas de malignidade, geralmente são unilaterais, presentes em agrupamento e com formas variadas.

De acordo com Documento de Consenso (2004), desde 1998, os resultados do exame mamográfico são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia, por sua vez traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia para o Brasil. Esse sistema utiliza seis categorias: Categoria 1 - sem achados; Categoria 2 - achados benignos; Categoria 3 - achados provavelmente benignos; Categoria 4 - achada suspeitos, subdividida A, B, C, de acordo com baixa, média e alta suspeição, respectivamente (sendo a utilização desta subdivisão opcional); Categoria 5 - achada altamente suspeita; Categoria 6 - para lesões já com diagnóstico de câncer, e Categoria 0 - achados que necessitam de avaliação adicional. Cada categoria prevê recomendação de conduta específica e o tipo de lesão, clínica ou radiologicamente, encontrada determinará o procedimento de investigação diagnóstica complementar necessária.

Como já mencionado nesta revisão, estima-se que 10% das mulheres entre 40 e 49 anos terão exame clínico das mamas alterado. Em seguimento à investigação diagnóstica 8,3% terão mamografia classificada nas categorias 1 e 2; 0,9% na categoria 3 e 0,8% nas categorias 0 e acima e 4, figura 01. Já entre as mulheres de 50 a 69 anos 6% terão exame clínico alterados, sendo que à mamografia 3,8% serão classificadas nas categorias 1 e 2; 1% na categoria 3 e 1,2% nas categorias 0, 4,5 ou 6. Dentre as mulheres pertencentes à mesma faixa etária com exame clínico normal e mamografia de rastreamento, observa-se 38% nas categorias 1 e 2; 3,2% na categoria 3 e 2,8% nas demais categorias, figura 2 (BRASIL, 2009).

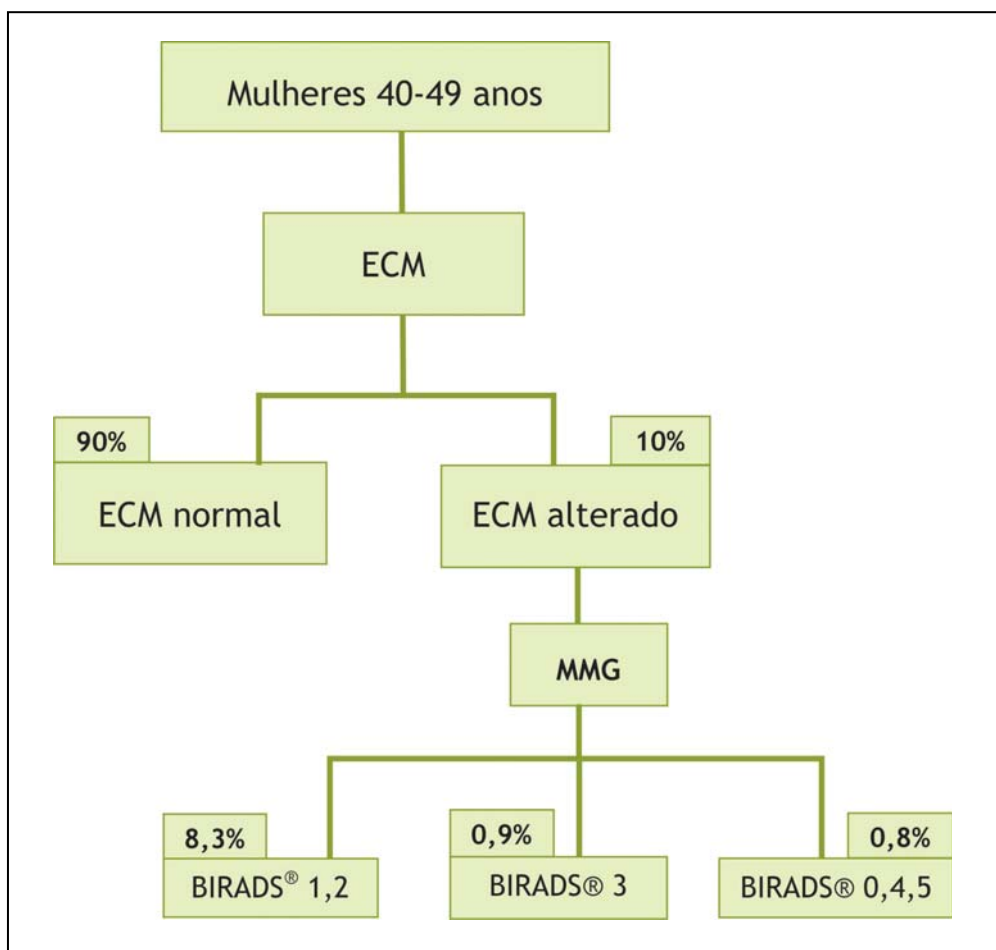


FIGURA 2 - Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 40 a 49 anos de idade.

Fonte: INCA, Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama, 2009.

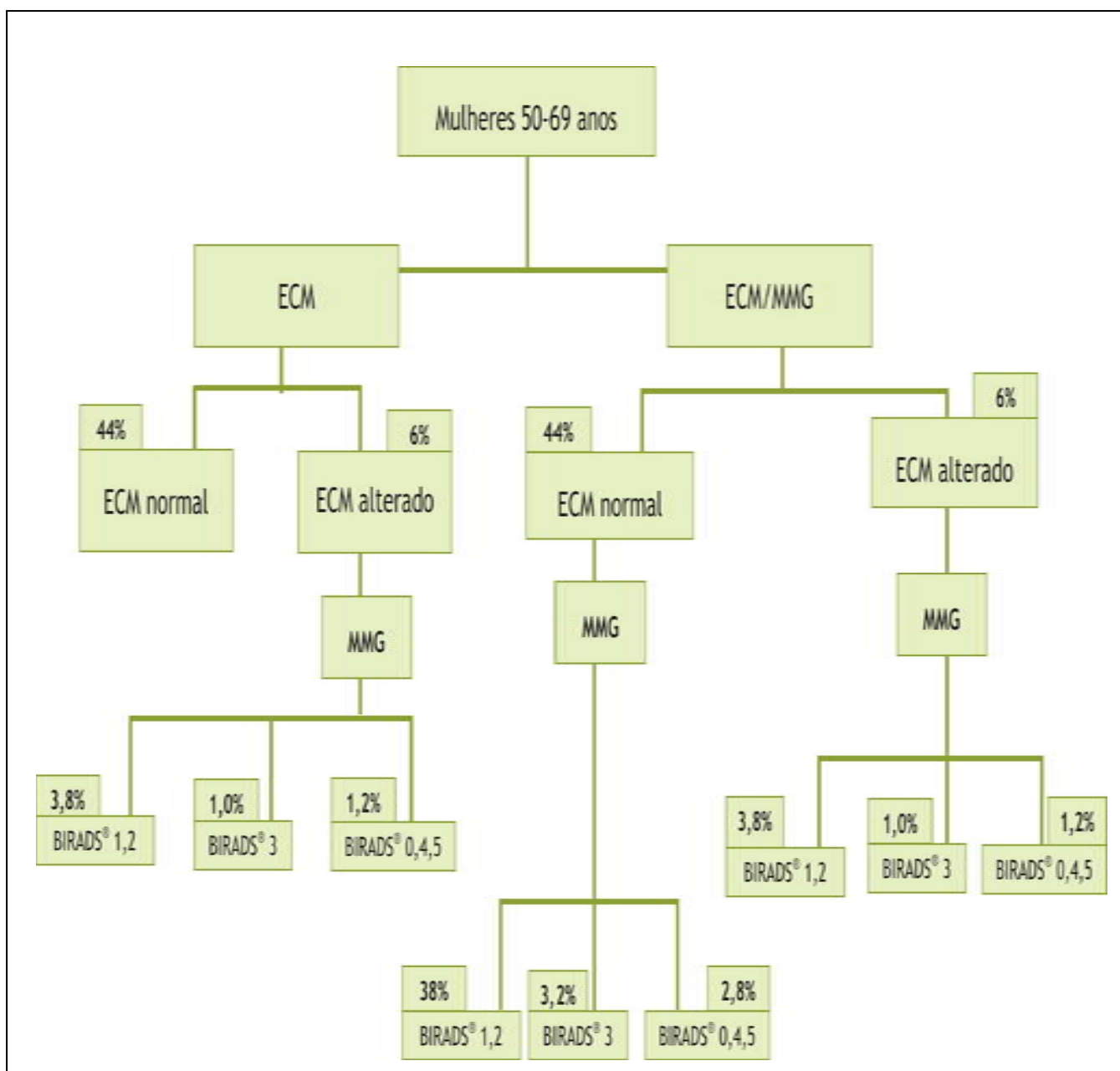


FIGURA 3 - Rastreamento do câncer de mama na população feminina de 50 a 69 anos de idade

Fonte: INCA, Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama, 2009.

O Ministério da Saúde recomenda que a realização da mamografia de rastreamento em mulheres assintomáticas, deve ser bianual para as mulheres compreendidas entre 50 a 69 anos e anual, a partir os 35 anos de idade, para mulheres com fator de risco elevado. Mulheres entre 40 e 49 anos com alteração no exame clínico das mamas têm indicação de mamografia diagnóstica (BRASIL, 2004).

Realização da mamografia de rastreamento em mulheres assintomáticas, deve ser bianual para as mulheres compreendidas entre 50 a 69 anos e anual, a partir os 35 anos de idade, para mulheres com fator de risco elevado. Mulheres entre 40 e 49 anos com alteração no exame clínico das mamas têm indicação de mamografia diagnóstica (BRASIL, 2004).

Outras indicações para realização a mamografia são:

- antes de iniciar terapia de reposição hormonal (TRH), no intuito de estabelecer o padrão mamário e detectar lesões não palpáveis, sendo que na mulher em TRH, a mamografia tem indicação de ser realizada anualmente;
- no pré-operatório de cirurgia plástica mamária, para rastrear qualquer alteração das mamas, principalmente em pacientes acima de 50 anos ou em pacientes que ainda não tenham realizado o exame;
- no seguimento após mastectomia, para estudo da mama contralateral e após cirurgia conservadora. Especificamente nestes casos, a mamografia de seguimento deve ser realizada anualmente, independente da faixa etária, sendo imprescindível o estudo comparativo entre os exames (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (2009) o rastreamento mamográfico não deve ser visto como processo diagnóstico, pois as anormalidades radiológicas suspeitas devem ser posteriormente confirmadas por outros métodos como ultrassonografia (US), compressão localizada, punção aspirativa por agulha fina (PAAF), Punção com agulha grossa (PAG), biopsias, entre outros.

Tais técnicas não serão descritas nesta presente revisão, pois não é o foco deste levantamento bibliográfico. Porém, a título de curiosidade, o quadro abaixo menciona, de acordo com INCA (2009), a aproximação que se espera encontrar nos resultados dos exames de rastreamento, para critérios de previsão e programação orçamentária, já que se deve garantir a mulher uma seqüência na investigação. Estes dados são baseados em estudos nacionais e internacionais.

QUADRO 1
Parâmetros para estimativa de procedimentos no rastreamento do câncer de mama,
conforme os subgrupos da população-alvo.

PROCEDIMENTOS	PARÂMETROS*
Mamografia de rastreamento	> 35 anos com risco elevado: 100% 40 a 49 anos: - (não recomendada) 50 a 69 anos: 50%
Mamografia diagnóstica	> 35 anos com risco elevado: 8,9% 40 a 49 anos: 10% 50 a 69 anos: 8,9%
Ultrassonografia das mamas	> 35 anos com risco elevado: 6,5% 40 a 49 anos: 5,4% 50 a 69 anos: 6,5%
Punção por agulha grossa	> 35 anos com risco elevado: 1,5% 40 a 49 anos: 1,2% 50 a 69 anos: 1,5%
Punção aspirativa por agulha fina	> 35 anos com risco elevado: 0,5% 40 a 49 anos: 0,4% 50 a 69 anos: 0,5%
Biópsia cirúrgica da mama	> 35 anos com risco elevado: 0,7% 40 a 49 anos: 0,6% 50 a 69 anos: 0,7%

* Os percentuais devem ser considerados em relação à população feminina estimada em cada grupo etário.

Fonte: INCA, Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama, 2009

Todas as mulheres acima de 35 anos com risco elevado de desenvolver carcinoma mamário devem ser submetidas anualmente a mamografia. Em termos de porcentagem para prosseguimento na investigação diagnóstica, este grupo se iguala ao estimado entre as mulheres de 50 a 69 anos, ou seja, estima-se que 8,9% de ambos grupos, necessitarão de mamografia diagnóstica, 6,5% de US, 1,5% de PAG e 0,5% de PPAF e 0,7% de biópsia. O diferencial é que somente 50% das mulheres entre 50 a 69 anos serão submetidas anualmente à mamografia, por se tratar de um exame bianual nesta faixa etária. Já no grupo de mulheres entre 40 e 49 anos, a

previsão é que 10% terão seu exame clínico alterado, portanto serão submetidas a mamografia diagnóstica: 5,4% necessitarão de US, 1,2% de PAG, 0,4% de PPAF e 0,6% de biopsia (BRASIL, 2009).

Estudos têm apontado alguns entraves que comprometem a qualidade da mamografia ou que limitam o seu uso conforme esperado no país. O custo do exame, acesso das mulheres tanto ao profissional de saúde quanto ao mamógrafo, falta de requisição do profissional para realização do exame, qualidade inferior da mamografia, falta de conhecimento da mulher a respeito da importância da realização do exame são algumas destas barreiras.

Para Kemp *et al.* (2005) o custo é um fator a se considerar, porém o custo do tratamento em estágio avançado é muito mais expressivo para os cofres públicos, do que o rastreamento e tratamento na fase inicial, que além de menos dispendioso, têm chances reais de cura com menor grau de sofrimento pessoal e familiar. Em seu estudo realizado em 2003, foi demonstrado que foram gastos a R\$76.593,79 para rastrear e diagnosticar cinco casos de câncer mamário em um grupo de 1014 mulheres. Cerca de 80% deste valor foi gasto com mamografia. Já com o tratamento foram necessários cerca de R\$ 30.000,00. A média de custo do diagnóstico precoce e seu tratamento nessa população foram de aproximadamente R\$ 100,00 por mulher. Porém, o tratamento em estágio avançados, na ocasião, poderia chegar até R\$62.500,00 para uma única mulher, o suficiente para rastrear e diagnosticar aproximadamente 830 mulheres.

Com relação ao número de mamógrafos no Brasil, a Portaria Nº1101/GM (2002) do Ministério da Saúde, estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Está preconizado um aparelho para cada 240.000 habitantes, ou seja, aproximadamente 4,2 aparelhos por 1.000.000 habitantes. Levantamento do IBGE (2009) detectou que, em 2005, havia uma oferta, no SUS, de 7,2 aparelhos por 1.000.000 habitantes, com uma tendência de maior distribuição pelo Território Nacional, ainda com persistência de maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. Nas demais regiões, encontram-se vastas áreas desprovidas do equipamento, porém com número de mamógrafos em ascensão nestas localidades. Ao contrário do que muitos pensam, o número de mamógrafos no país é suficiente para cobertura, porém um fator a se considerar é a sua má distribuição afetando a acessibilidade nas regiões mais carentes.

Pensando na importância da qualidade da mamografia, o Ministério da Saúde elaborou, em 2007, uma apostila com recomendações para profissionais de Saúde. Segundo o material, várias atenuantes devem ser consideradas para assegurar a produção e a qualidade dos serviços. Para garantir a eficácia da mamografia, é primordial que a imagem obtida seja de alta qualidade e, para tanto, faz-se necessário: equipamento adequado, controle de qualidade, técnica radiológica correta, conhecimento, habilidade, prática e dedicação dos profissionais envolvidos. Interessante a proposta do 1º Fórum de Saúde da Mulher, em Gramado, 2009, que propõe que os gestores cuidem da qualidade e realizem auditoria, identificando e até mesmo certificando os serviços que preenchem os critérios exigidos pela ANVISA e portarias ministeriais.

Não basta somente ter número de mamógrafos suficientes: acesso e engajamento profissional são fundamentais. Kohatsu, Barbieri e Hortale (2009), demonstraram em seu estudo realizado no Mato Grosso, discrepância entre número de exames necessários para faixa etária de 40 a 69 anos e número de exames realizados. Atribuiu tal fato a existência de número insuficiente de recursos humanos, materiais e mecanismos administrativos para garantir a utilização dos serviços, desigualdade de acesso com cobertura desigual para diferentes regiões.

Estudo realizado por Godinho e Koch (2004) demonstrou que 25% de 2.000 mulheres entrevistadas em hospital público e clínica particular, estavam em TRH e não foram submetidas previamente à mamografia, e que cerca 21% das usuárias de TRH pertenciam ao grupo de risco elevado de desenvolver câncer de mama, sem, contudo terem sido avaliadas preliminarmente pela mamografia. Este estudo demonstra delimitação na solicitação da mamografia por falta de clareza dos profissionais para esta recomendação sobre o rastreamento ou por subestimar sua necessidade.

Apesar das controvérsias, a TRH deve ser reconhecida como fator de risco, ao menos para que as mulheres recebam acompanhamento mais estreito, antes e durante a sua utilização. A atitude de não atribuir risco algum à TRH é temerosa indesejável, pois pode produzir conseqüências irreparáveis.
(GODINHO, KOCH, 2004, p. 96)

Estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003) com 27.292 mulheres na faixa etária de 50-69 anos, objetivando estimar a prevalência, e os fatores associados à realização da mamografia, demonstrou que:

42,5% haviam realizado o exame há dois anos ou menos, 8,2% há três anos ou mais e 49,3% em nenhuma época da vida. Observou-se que as mulheres com renda familiar mais baixa, menor nível de escolaridade, residentes na zona rural e nas regiões Norte e Nordeste do país e as mais jovens tiveram menor chance de realização do exame. Ficou evidente neste estudo que as desigualdades sociais, regionais e etárias interferem na realização da mamografia entre mulheres brasileiras. Mais uma vez o engajamento profissional se faz necessário para superação desta barreira (LIMA-COSTA, MATO, 2007).

Outro fator a se considerar é o absenteísmo. Não foram encontrados estudos com taxa de absenteísmo em mamografia, mas sabe-se que na prática isto é uma realidade. As faltas dos usuários às consultas e exames especializados geram um desequilíbrio na oferta desses procedimentos. Para sanar este problema deve-se conscientizar a usuária da importância do exame e das implicações de sua não realização, tanto para si, quanto para o sistema, já que, com as faltas a demanda reprimida tende a aumentar e agregam-se a isso os prejuízos à saúde daqueles que realmente necessitam de atendimento.

4.6 Recomendações e sistematização da assistência para detecção precoce do câncer de mama

O elevado número de diagnósticos em fase mais avançada do câncer de mama pode estar relacionado a vários fatores. De acordo com o *Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo Uterino e de Mama, 2005-2007*, do Ministério da Saúde:

[...] o diagnóstico tardio pode estar relacionado com: (1) a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, (2) a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica (principalmente em municípios de pequeno e médio porte), (3) a capacidade do sistema público de saúde de absorver a demanda que chega às unidades de saúde e (4) as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema. (BRASIL, 2005, p. 4).

Para reverter este quadro faz-se necessário uma série de diretrizes estratégicas. Para isto, deve-se aumentar a cobertura da população alvo; garantir a qualidade; fortalecer o sistema de informação, organizando o sistema de referência e

contra-referência; desenvolvimento de capacitações, de pesquisas e mobilização social (BRASIL, 2005).

Para implementação destas ações vários atores estão envolvidos. Cabe aos gestores, entre outras ações, desenvolver políticas de saúde para detecção precoce e fiscalizar as políticas já desenvolvidas, estruturação e a sistematização dos serviços, desburocratização do serviço para agilidade no diagnóstico, fiscalização no sistema de referência e contra-referência entre os níveis de atenção, incentivo à descentralização e a adesão da Estratégia Saúde da Família, implantação da pactuação de novos indicadores da Atenção Básica de Saúde incluindo o ECM, capacitação e sensibilização dos recursos humanos, realização de auditoria pensando na qualidade dos serviços prestados.

A Atenção Primária em Saúde (APS) ocupa um papel fundamental para desenvolvimento as ações. Deve ser a porta de entrada da mulher no SUS e deve direcionar para demais níveis de atenção, conforme necessidade, garantindo integralidade das ações e ocupar um papel de gerenciador no serviço. Para isto é primordial adoção de práticas gerenciais e sanitárias, participativas, envolvendo equipe multiprofissional, com tarefas pré definidas e entrelaçadas no intuito de melhor assistir a população existente em seu território processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS)

Com base nas características epidemiológicas do câncer de mama, fatores de risco, sintomas inerentes ao câncer de mama, tecnologia disponível, o profissional de saúde deve considerar em sua prática diária no atendimento à esta população:

4.6.1 No ato da consulta

- anamnese detalhada com identificação de fatores de risco;
- informar a mulher a respeito desta patologia, incidência, agravos e tratamento para sensibilizá-la e facilitar a sua corresponsabilidade;
- desmistificação do diagnóstico e da incurabilidade do câncer de mama;
- educação para saúde estimulando o autoexame das mamas (técnica e periodicidade) como estratégia complementar;
- realização do exame clínico das mamas em todas as mulheres, sendo anual para mulheres acima de 40 anos;

- captação oportunística, ou seja, identificar público alvo que já se encontram na Unidade de Saúde por qualquer outra razão, orientando-as para a realização de exame físico ou mamográfico;
- encaminhamento para realização de mamografia bianual para todas as mulheres entre 50 e 69 anos ou anual para mulheres acima de 35 anos pertencentes ao grupo de alto risco;
- encaminhamento adequado e em tempo hábil às demais técnicas para detecção precoce.

4.6.2 No planejamento de suas ações

- diagnóstico local de saúde conhecendo sua população alvo e planejando a assistência;
- estratificar risco das mulheres assistidas e intensificar ações para grupo de maior risco;
- agendamento das mulheres assintomáticas para consultas periódicas;
- alimentar e analisar os sistemas de informação.

4.6.3 No âmbito coletivo:

- realizar reuniões educativas sobre o câncer, visando: a sensibilização, a mobilização social e a conscientização para o autocuidado e para a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama, desmistificação da doença, quebra de paradigmas, diminuição do medo e da ansiedade com relação à doença;
- promover reuniões específicas para o ensino do autoexame da mama como estratégia complementar e promoção do autocuidado;
- enfatizar menor ocorrência de câncer de mama em mulheres que amamentaram, que praticam atividade física e que tenha alimentação saudável com manutenção do peso ideal, estimulando estas práticas;
- estabelecimento de parcerias na comunidade com projetos de mobilização social e educação popular, para disseminar informações inerentes ao câncer de mama (BRARIL, 2005; INCA, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama é uma questão de saúde pública, com crescente número de mulheres acometidas anualmente. Existe a responsabilidade que cabe aos gestores, mas também muito se pode fazer enquanto profissional de saúde atuante para mudança deste cenário.

Urge o engajamento profissional, com um novo olhar para a mulher, realizando planejamento das ações, sistematização da assistência, traçando as metas a serem alcançadas. Todos os profissionais que assistem a paciente devem estar atentos e envolvidos nesta causa. Atitudes como desigualdades sociais, regionais e etárias são inconcebíveis, uma vez que o rastreamento é a forma de detecção precoce desta temível patologia. Os profissionais de saúde devem se organizar para atender anualmente a mulher acima dos 40 anos para avaliar o exame clínico das mamas e também solicitação da mamografia de rastreamento bianual para mulheres entre 50 e 69 anos. Mulheres pertencentes ao grupo de risco ou em uso de TRH devem ser devidamente identificadas pela equipe e serem rastreadas com rigor anualmente. O autoexame das mamas, como estratégia isolada, não tem eficácia comprovada, porém é um importante aliado como estratégia complementar e faz com que a mulher participe ativamente do processo promovendo autocuidado. A estratégia de mobilização social e estabelecimento de parcerias para disseminação de informações inerentes ao câncer de mama, principalmente com desmistificação do diagnóstico e da incurabilidade do câncer de mama surte bastante efeito.

A efetividade do exame de mamografia como detecção de lesões pré-clínicas, aumentando a chance de cura, evitando tratamentos mais mutilantes e onerosos, melhorando a qualidade de vida da mulher, fazendo com que esta seja a melhor modalidade para a detecção precoce. A mamografia é um instrumento da Saúde Pública, com efetividade comprovada, e é um direito da mulher garantido por lei.

A detecção precoce é a única maneira de efetivamente reduzir as cifras de morbimortalidade desta patologia que assola a população feminina. Esforços não devem ser poupados para alcançar este objetivo, em todas as modalidades. “Há pessoas que reclamam dos ventos, outras esperam que ele mude de rumo, outras, porém procuram ajustar suas velas” (William George Ward). Não se pode

simplesmente cruzar os braços, esperar pela atitude do outro, dos gestores, aguardando novas pactuações, fluxos ou campanhas. Deve-se analisar a situação e agir, ajustar as velas, mesmo que pareça insuficiente num primeiro momento, deve-se colocar na direção do objetivo, fazer a diferença, qualificar cada vez mais a assistência, estar sempre atento para as oportunidades perdidas, aproveitar cada precioso instante com a paciente para promover a educação para saúde, em especial das mamas, e torná-la coparticipante do processo. É essencial que cada profissional tenha em mente a sua real importância nesta detecção precoce, tanto no rastreamento em si, quanto na divulgação das informações e no seu papel formador de opinião capaz de desenvolver uma população reflexiva. E se isto não for suficiente, deve-se chamar a tripulação para ajudar a soprar as velas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Evaldo; KOIFMAN, Sérgio. Fatores prognósticos no câncer da mama feminino. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v.48, n.1, p.113-131, 2002. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf >. Acesso em: 23 dez. 2009.

AGUILLAR, Vera Lúcia Nunes; BAUAB, Selma de Pace. Rastreamento mamográfico para detecção precoce do câncer de mama. **Rev. bras. mastologia.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 82-89, abr./jun. 2003. Disponível em: < http://www.sbmastologia.com.br/downloads/revista/rbm2003-02_rastreamento.pdf >. Acesso em: 22 nov. 2009.

ASSUNTO DE MULHER. Destaque da semana. Autoexame não deve ser abandonado. Apresenta conteúdo sobre saúde da mulher: sexualidade, contracepção, DSTs; dicas, entrevistas, bate-papo com especialistas. Disponível em: < <http://www2.uol.com.br/assuntodemulher/destaque3.htm> >. Acesso em: 13 nov. 2010.

BATISTA, Patrícia Serpa de Souza. *et al.* Auto-exame das mamas: vivência de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v.91, n.8, p.583-587, dez. 2005.

BATISTON, Adriane Pires *et al.* Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v.14, n.1, p. 59-64, jan./mar., 2009. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/14103/9487> >. Acesso em: 19 nov. 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 1.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 30 abr. 2008. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/93804/lei-11664-08> >. Acesso em: 3 dez. 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 1.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 30 abr. 2008. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/93804/lei-11664-08> >. Acesso em: 3 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Mamografia: da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 109 p. (Recomendações para profissionais de saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_mamografia.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama, 2005–2007: diretrizes estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/oncologia/Cancer_mama_colo_uterio.pdf >. Acesso em: 27 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: < http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/pacto/portaria_399.pdf >. Acesso em: 27 out. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/legislacoes-e-materais-de-apoio-1/Portaria%20n.%201101-2002.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica, 13: controle dos cânceres de colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 124 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf >. Acesso em: 16 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 66 p. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf >. Acesso em: 22 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140 >. Acesso em: 19 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tipos de câncer: mama. [prevenção, sintomas, diagnósticos, estimativas, dados estatísticos], 2009. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama> >. Acesso em: 19 nov. 2009.

BRUNNER, Lillian Sholtis *et al.* **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 4 v.

DIAS DA COSTA, Juvenal Soares *et al.* Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-48, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v6n1/06.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2010.

DIAS DA COSTA, Juvenal Soares *et al.* Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1603-1612, jul. 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/11.pdf> >. Acesso em: 20 jan. 2010.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. Implantação do plano diretor da atenção primária à saúde: redes de atenção à saúde. Saúde em casa. Oficina 2: análise de atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2002. Disponível em:

<<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina2-facilitador.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2009.

FORUM SAÚDE MULHER, 1., 2009, Gramado, **Anais...** Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: < <http://www.forumsaudemulher.com.br/index.swf> >. Acesso em: 12 jan. 2010.

FRISTACHI, Carlos Elias. O papel da mamografia no rastreamento do câncer de mama. **Prat. hosp.**, São Paulo, ano V, n. 29, set./out. 2003. Disponível em: < <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2029/paginas/materia%2002-29.html> >. Acesso em: 26 fev. 2010.

GARICOCHEA, Bernardo *et al.* Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 311-317, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n2/7186.pdf> >. Acesso em: 23 dez. 2009.

GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerk de Azevedo. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, [RBGO], Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 319-323, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31884.pdf> >. Acesso em: 22 nov. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol. bras.**, Rio de Janeiro, v. 37, n.2, p. 91-99, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rb/v37n2/v37n2a06.pdf> >. Acesso em: 25 nov. 2009.

GOMES, Linard Andrea. **Ação interativa e orientação do auto-exame das mamas durante a consulta ginecológica de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005. 102 f. Disponível em: < <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp070923.pdf> >. Acesso em: 17 nov. 2009.

GONÇALVES, Leila Luiza Conceição *et al.* Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 362-367, jul./set., 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf> >. Acesso em: 28 nov. 2009.

GORDIS, Leon. **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2004. 302 p

IBGE. **Escassez e fatura:** distribuição de ofertas de equipamentos de diagnósticos por imagem no Brasil. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_esca.pdf >. Acesso em: 23 nov. 2009.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílio**: notas metodológicas. Pesquisa básica e suplementar. 2003. Disponível em; < <http://personal.psc.isr.umich.edu/~davidl/brazil/mpnad03.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/ficha_tecnica.pdf >. Acesso em: 29 set. 2009.

KEMP, Claudio *et al.* Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [RBGO], Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 415-420, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n7/a08v27n7.pdf> >. Acesso em: 16 fev. 2010.

KOHATSU, Emiliana Akiko; BARBIERI, Ana Rita; HORTALE, Virginia Alonso. Exames de mamografia em Mato Grosso do Sul: análise da cobertura como componente de equidade. **Rev. adm. pública.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 563-577, maio/jun., 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n3/03.pdf> >. Acesso em: 21 nov. 2009.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MATOS, Divane Leite. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). **Cad. saúde pública.** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1665-1673, jul. 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/18.pdf> >. Acesso em: 19 jan. 2010.

MARINHO, Luiz Alberto Barcelos *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v.37, n.5, p. 576-582, out. 2003. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17471.pdf> > Acesso em: 19 nov. 2009.

MARINHO, Luiz Alberto Barcelos *et al.* O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Rev. ciênc. méd., (Campinas).**, Campinas, v. 11, n. 3, p. 233-242, set./dez., 2002. Disponível em: < http://biblioteca.ricesu.com.br/ler.php?art_cod=1274 >. Acesso em: 19 nov. 2009.

MIRANDA, Paulo Sergio Carneiro *et al.* Projeto mãos amigas: ensino, pesquisa, extensão e intervenção em câncer de mama - resultados e avaliação. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2004, 7p.

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; LUCA, Laurival Antonio de. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 185-190, abr./jun., 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16215.pdf> >. Acesso em: 22 nov. 2009.

MONTEIRO, Ana Paula de Sousa *et al.* Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, [RBGO], Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v25n3/16623.pdf> >. Acesso em: 16 dez. 2009.

MOORE, Keith L; DALLEY, Arthur F. **Anatomia orientada para a clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 65-67.

MORAES, Anaelena Bragança de *et al.* Estudo da sobrevivência de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/21.pdf> >. Acesso em: 13 nov. 2009.

NASCIMENTO, Talita Garcia do; SILVA, Sueli Riul da; MACHADO, Ana Rita Marinho. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. enferm.** [REBEN], Brasília, v. 62, n. 4, p. 557-561, jul./ago., 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/11.pdf> >. Acesso em: 10 dez. 2009.

ROBBINS, Stanley Leonard *et al.* **Robbins patologia básica**. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2008. p. 810-818.

SILVA, Raimunda Magalhães da *et al.* Avaliação de barreiras para a prática do auto-exame das mamas em acadêmicas da área da saúde. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 9-13, 2001.

TORTORA, Gerard Joseph. **Princípios de anatomia humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 918-919.

TRUFELLI, Damila Cristina *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n.1, p.72-76, jan./fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/24.pdf> >. Acesso em: 2 dez. 2009.

VERAS, Kassia Janara Pessoa; FERREIRA, Juliene da Silva; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v.83, n.8, p. 167-172, abr. 2005.

VENÂNCIO, Juliana Lima. A importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 55-63, jan./mar. 2004. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/REVISAO3.pdf >. Acesso em: 10 out. 2009.

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf> >. Acesso em: 10 nov. 2009.

ANEXOS

CLASSIFICAÇÃO TNM

O estadiamento do câncer de mama baseia-se na classificação dos Tumores Malignos TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer UICC. Esta classificação destina-se apenas aos carcinomas primários e para tanto se faz necessário a confirmação histológica. Havendo múltiplos tumores, considera-se sempre a classificação do maior tumor. Nesta classificação leva-se em consideração o tamanho do tumor (T), comprometimento nodal (N) das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e presença ou não de metástases (M) à distância. Abaixo encontra-se relacionada possíveis classificações e associações.

TAMANHO DO TUMOR(T):

Tx -	tumor não pode ser avaliado
Tis -	carcinoma in situ
T1 -	tumor com até 2 cm em sua maior dimensão
T1 mic -	carcinoma microinvasor (até 1 mm)
T1a -	tumor com até 0,5 cm em sua maior dimensão
T1b -	tumor com mais de 0,5 e até 1 cm em sua maior dimensão
T1c -	tumor com mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão
T2 -	tumor com mais de 2 e até 5 cm em sua maior dimensão
T3 -	tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão
T4 -	qualquer T com extensão para pele ou parede torácica
T4a-	extensão para a parede torácica
T4b-	edema (incluindo peau d'orange), ulceração da pele da mama, nódulos cutâneos satélites na mesma mama
T4c-	associação do T4a e T4b
T4d-	carcinoma inflamatório

LINFONODOS REGIONAIS (N)

- Nx - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0 - Ausência de metástase
- N1 - Linfonodo(s) homolateral (is) móvel (is) comprometido(s)
- N2 - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), fixos uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral
- N2a - Metástase para linfonodo(s) axilar (es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas
- N2b - Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral, sem evidência clínica de metástase axilar
- N3 - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral clinicamente aparente na presença de evidência clínica de metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna
- N3a - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is)
- N3b - Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral e para linfonodo(s) axilar(es)
- N3c - Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)
-

METÁSTASES (M)

Mx metástase à distância não pode ser avaliada

M0 ausência de metástase à distância

M1 presença de metástase à distância (incluindo LFN supraclaviculares)

Estadiamento TNM do câncer de mama por agrupamentos	
Estádio 0	Tis N0 M0
Estádio I	T1 N0 M0
Estádio II A	T0 N1 M0
	T1 N1 M0
	T2 N0 M0
Estádio II B	T2 N1 M0
	T3 N0 M0
Estádio III A	T0 N2 M0
	T1 N2 M0
	T2 N2 M0
	T3 N1 M0
	T3 N2 M0
Estádio III A	T0 N2 M0
	T1 N2 M0
	T2 N2 M0
	T3 N1 M0
	T3 N2 M0
	T4 N0 M0
Estádio III B	T4 N1 M0
	T4 N2 M0
Estádio III C	Tqq N3 M0*
Estádio IV	Tqq Nqq M1*

Fonte: UICC, 2002; * qq = qualquer