

MARIA DO CARMO PEREIRA

**PROPOSTA PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CANCÊR DE
MAMA FEMININO NO MUNICÍPIO DE LAMIM**

CONSELHEIRO LAFAIETE/MINAS GERAIS

2010

MARIA DO CARMO PEREIRA

**PROPOSTA PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CANCÊR DE MAMA
FEMININO NO MUNICÍPIO DE LAMIM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Aberta do Brasil,
para obtenção do Certificado de
Especialização.

Orientadora: Professora Kátia Ferreira Costa Campos

CONSELHEIROS LAFAIETE/MINAS GERAIS

2010

DEDICATÓRIA

A DEUS, que esteve presente ao meu lado em todos os momentos iluminando minha caminhada e dando-me condições de passar por novas experiências e produzir novos saberes.

A todos que de certa forma usá-lo-ão para conhecimento e aprendizagem a cerca do tema, que é pertinente a atualidade.

Em especial a todas as mulheres da faixa etária de 35 a 69 acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família do Município de Lamim-MG.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos profissionais da Equipe Estratégia Saúde da Família Todos por Lamim, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde, que não mediram esforços para o apoio nesta linha de pesquisa.

À Prefeita Ariane Cerqueira Pedrosa do Município de Lamim pelo apoio e pela oportunidade de atuar em uma Estratégia Saúde da Família.

Aos meus familiares que não mediram esforços para o apoio, dedicação e carinho. Minha gratidão.

A equipe do SENAC por disponibilizar um Curso de Especialização de qualidade para os profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde.

À minha orientadora, por ter acreditado em mim e pela valiosa experiência compartilhada na orientação deste estudo.

Ao Ginecologista Rodrigo Ribeiro Tonelli pelos momentos de atenção as minhas dúvidas em relação às portadoras de câncer de mama do Município de Lamim-MG.

São chamados de sábios os que põem
as coisas em sua devida ordem.

Tomas de Aquino

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de organização de trabalho da Atenção Primária à Saúde com vistas à detecção precoce do Câncer de Mama Feminino no Município de Lamim. Na metodologia foi realizada a revisão de literatura com a utilização de artigos das bases de Scielo, Lilacs, sites como do Instituto Nacional do Câncer e do Ministério da Saúde publicados entre o período de 2000 a 2010. Esta pesquisa confirmou que o câncer de mama feminino é uma doença em curso ascendente. Representa a primeira causa de morte por neoplasias entre as mulheres no país, 60% dos tumores mamários são diagnosticados em estádios avançados, sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, mais frequente em mulheres com mais de 50 anos, a região Sudeste é a mais incidente. Foi considerada a conduta mais eficaz o diagnóstico precoce por meio do rastreamento utilizando o exame clínico das mamas e a mamografia. Pretende-se realizar o rastreamento em 70% das mulheres acima de 35 anos para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Município de Lamim em 30% nos próximos 20 anos.

Palavras-chaves: Câncer de Mama Feminino - Detecção Precoce - Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

This study aimed to develop a proposed organization of work of the Primary Health Care with a view to early detection of Breast Cancer in Female city of Lamington. In the methodology was carried out literature review of articles with the use of databases Scielo, Lilacs, sites like the National Cancer Institute and the Ministry of Health published between the period 2000 to 2010. This research confirmed that the female breast cancer is a disease in its ascent. Represents the first cause of death from cancer among women in the country, 60% of breast tumors are diagnosed in advanced stages, its etiology is not completely understood, more common in women over 50 years, the Southeast region is the incident . It was considered the most effective conduct early diagnosis through screening using clinical breast examination and mammography. It is intended to perform a scan in 70% of women over 35 years to reduce mortality from breast cancer in the municipality of Lamington by 30% over the next 20 years.

Keywords: Male Breast Cancer - Early Detection - Health Strategy Family

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Os fatores de risco para o câncer de mama.....	25
Tabela 2: O sistema BI-RADS.....	30
Tabela 3: Recursos Humanos e Materiais.....	33
Tabela 4: Cronograma com as etapas do projeto.....	37
Tabela 5: Informações sobre a população das mulheres da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do Município de Lamim, em julho de 2010.....	47

LISTA DE SIGLAS

AEM – Autoexame da mama

ACS – Agente Comunitária da Saúde

BI-RADS - BREAST IMAGING Reporting and Data System

CM – Câncer de Mama

CNS – Cartão Nacional do SUS

CONPREV – Coordenação de Prevenção e Vigilância

DNA – Ácido desoxirribonucléico

ECM – Exame Clínico da Mama

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MMG – mamografia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina

PAG - Punção por Agulha Grossa

RR- Risco relativo

SENAC- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SISMAMA- Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama

SISPACTO – Pacto pela vida

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVO GERAL.....	16
3.1 <i>Objetivos específicos</i>	16
4. METODOLOGIA.....	17
5. DESENVOLVIMENTO.....	18
5.1 <i>Definição</i>	18
5.1.1 <i>Câncer de mama</i>	19
5.1.2 <i>Epidemiologia do câncer de mama</i>	20
5.1.3 <i>Principais causas/fatores de risco</i>	24
5.1.4 <i>Fatores protetores e prevenção do câncer de mama</i>	26
5.1.5 <i>Diagnóstico do câncer de mama</i>	28
6. PROPOSTA PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA FEMININO NO MUNICÍPIO DE LAMIM.....	32
6.1 <i>Ações e etapas</i>	32
6.2 <i>Recursos humanos e materiais</i>	33
6.3 <i>metas</i>	37
6.4 <i>Instrumentos de avaliação</i>	37
6.5 <i>Cronograma</i>	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
8. REFERÊNCIAS.....	41

9. APÊNDICE A - Informações sobre a população das mulheres da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Lamim, em julho de 2010.....	46
APÊNDICE B – Exame Clínico das Mamas.....	47
10. ANEXO A - Formulário da Requisição da mamografia.....	49

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi e ainda continua sendo, em algumas regiões, centralizada na figura do médico. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a competência vem sendo progressivamente compartilhada com os profissionais que compõem as equipes.

No município de Lamim a implantação da ESF reiniciou-se em 2002, após muita luta dos profissionais, principalmente o dentista e a Secretária de Saúde, que mostraram para o Prefeito a importância do trabalho dessa equipe para a promoção e prevenção da saúde e a implantação das políticas públicas de saúde para a modificação dos indicadores da Atenção Primária à Saúde. Atualmente atende a uma população cadastrada de 3.545 pessoas, 1.039 famílias, 650 hipertensos, 120 diabéticos, 30 gestantes, 41 menores de um ano, e 519 mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, 210 mulheres na faixa de 40 a 49 anos, 189 mulheres na faixa de 50 a 59 anos e 546 acima de 60 anos (SIABMUNI, 2010).

No Brasil o câncer de mama vem mostrando incidência ascendente desde a década de 1960. Segundo INCA (2009), o número de novos casos para o Brasil, para 2010, é de 49.240, com uma taxa de incidência de 49 casos para cada 100 mil mulheres. Além disso, em termos de mortalidade, esse câncer representa a primeira causa de morte por neoplasias entre mulheres no país (PELEGRINO *et al.*, 2010).

Segundo Pinho e Coutinho (2007) a despeito do elevado número de pesquisas já conduzidas sobre o câncer de mama, a sua etiologia ainda não está totalmente esclarecida, sendo a mesma atribuída a uma interação de fatores que de certa forma são considerados determinantes no desenvolvimento da doença. O diagnóstico do Câncer de Mama precoce assume papel decisivo para um melhor prognóstico, devido à sua etiopatogênica complexa e multifatorial, o câncer de mama (CM) não pode ser prevenido (BATISTON *et al.*, 2009).

Até que métodos de prevenção não sejam estabelecidos, o rastreamento deve ser oferecido a todas as mulheres de acordo com os protocolos para cada faixa etária, pois embora o tumor mamário seja relativamente raro antes dos 35 anos, sua incidência começa a crescer rapidamente depois dessa idade, continuando com taxas altas de incidência e mortalidade até idades mais avançadas (FOGAÇA; GARROTE, 2005).

Segundo especialistas o exame físico é importante para a identificação de nódulos palpáveis, cuja incidência é bastante elevada. Esse exame apresenta vantagens como sensibilidade, inocuidade e aceitação por parte da mulher (FOGAÇA; GARROTE, 2005) sendo especialmente importante no rastreamento da doença.

A recomendação da utilização do rastreamento para identificação de uma determinada enfermidade não deve ser realizada indiscriminadamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece alguns critérios a serem observados para que uma enfermidade seja foco de rastreamento em massa: A doença deve representar um sério problema de saúde pública, tanto pela sua frequência como pela mortalidade; deve haver tratamento disponível aos pacientes nos quais a doença foi detectada; os exames utilizados devem ser aceitos pela população; deve estar estabelecida a eficácia da detecção na morbidade. O câncer de mama atende tais condições (GODINHO; KOCH, 2004, p.92).

Segundo Godinho e Koch (2004), os programas de rastreamento e detecção precoce do CM, em sua maioria apóiam-se na tríade construída pelo autoexame das mamas, o exame clínico das mamas e pela mamografia (BATISTON; *et al.*; 2009).

A mamografia tem duas aplicações principais: mamografia de rotina como teste de rastreamento em mulheres sem sinais ou sintomas de CM e mamografia diagnóstica como método de investigação em mulheres com presunção clínica de CM (GODINHO; KOCH, 2004).

No encontro Internacional sobre o Rastreamento do Câncer de Mama realizado pelo INCA em 2009, com a presença de representantes de vários países europeus, discutiu-se a melhor idade para o início do rastreamento mamográfico. As experiências relatadas nesse encontro demonstraram que a adoção do rastreamento a partir dos 50 anos de idade tem como resultados de efetividade da intervenção, depois de 20 anos, uma diminuição da mortalidade bastante acentuada (PELEGRINO *et al.*, 2010).

No Brasil, a recomendação do INCA para a detecção precoce do câncer de mama propõe as seguintes estratégias: Rastreamento por meio do exame clínico de mama (ECM) para todas as mulheres a partir dos 40 anos, anualmente; Mamografia (MMG) para mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com no máximo dois anos de intervalo; Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos para mulheres pertencentes ao grupo de risco (BRASIL; 2009).

De acordo com o instrumento de requisição de mamografia pelo SISMAMA, o risco elevado inclui mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: Câncer de mama antes dos 50 anos de idade; Câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; Mulheres com história

familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (INCA; 2009).

Os parâmetros para a programação do rastreamento do câncer de mama têm como objetivo subsidiar o planejamento e a regulação das ações no rastreamento do câncer de mama e, sobretudo servir de referência para a previsão e estimativa de gastos do conjunto mínimo de procedimentos a serem ofertados à população alvo (BRASIL; 2009).

Diante desta realidade, propõe neste estudo, a elaboração de uma proposta para a detecção precoce do câncer de mama feminino, no município de Lamim.

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, o CM feminino se constitui na patologia maligna mais incidente na população e tem o seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, numa fase tardia da doença (PIRHARDT; MERCES, 2009).

Segundo Thuler (2003), já que se refere às altas taxas de mortalidade observadas no país, um importante fator estaria relacionado ao diagnóstico tardio da doença. Com base nos dados disponíveis de registros hospitalares, 60% dos tumores mamários, em média, são diagnosticados em estadiamento avançados, estágio III ou IV (PELEGRINO *et al.*, 2010).

A associação entre CM localmente avançado, estadiamento III e IV do TNM-Classificação Internacional Contra o Câncer- UICC, e mau prognóstico é um fato amplamente reconhecido (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Independente da idade, quando o câncer de mama é diagnosticado em estágios avançados, diminui as chances de cura e de sobrevivência das mulheres. Dessa maneira, as medidas consideradas mais eficazes para o rastreamento do câncer de mama são o ECM e a MMG (MATOS *et al.*, 2009).

No município de Lamim de acordo com a estimativa do IBGE de 2010 há 3.669 habitantes. Segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o número de mamografias realizados em 2009 foram 72, incluindo as mulheres

abaixo e acima dessa faixa, para uma população de 275 mulheres na faixa etária de rastreamento de 50 a 69 anos. Segundo a Secretária de Saúde não há um planejamento local das mulheres que precisam realizar o rastreamento do câncer de mama. E para o ano de 2010 foi pactuado no SISPACTO 12% de mamografia para a população alvo, 50 a 69 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde os Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama são as mulheres de 50 a 69 anos de idade com realização anual do ECM e da MMG de rastreamento a cada dois anos. Mulheres de 40 a 49 anos de idade com realização do ECM anual e mamografia diagnóstica para os casos alterados. Acima de 35 anos de idade com realização do ECM anual e para as mulheres com risco elevado complementação com MMG de rastreamento e mamografia diagnóstica (BRASIL, 2009).

Em relação ao município de Lamim, infelizmente não existe ainda uma organização no processo de trabalho tanto da equipe de saúde quanto na autorização de mamografia pela Secretaria Municipal de Saúde evidenciando em casos positivos diagnosticados tardiamente influenciando na qualidade de vida dessas pacientes. As mamografias são realizadas na microrregião de Conselheiro Lafaiete há 54 km.

Em junho de 2010, ocorreram dois óbitos por metástase de câncer de mama, sendo uma senhora de 66 anos com metástase disseminada pelos vários órgãos, descoberto há 15 anos por mamografia diagnóstica e uma senhorita de 38 anos com metástase pulmonar diagnosticado em fevereiro de 2007 por ultrassonografia sintomática, já com lesão palpável. Não se pode deixar de mencionar o acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família, a qual pertence, de outras mulheres portadoras e sua descoberta.

- Senhora de 59 anos diagnosticado por mamografia de rotina em janeiro de 2009, irmã em tratamento desde 2008 no Rio de Janeiro;
- Senhora de 44 anos diagnosticado por ultrassonografia sintomática em outubro de 2008;
- Senhora de 83 anos diagnosticado por mamografia diagnóstica em agosto de 2009;
- Senhora de 53 anos diagnosticado por mamografia diagnóstica em 2005;

Segundo Trufelli, (2008) a detecção e o início precoce do tratamento do câncer de mama estão relacionados à maior taxa de cura das pacientes com câncer de mama

precoce. Quanto mais rápido for a instituição do tratamento do câncer para tumores iniciais, não metastáticos, maior é a chance de a cirurgia ser curativa e de não ocorrer disseminação da doença.

Neste sentido, espera-se que a proposta a ser apresentada contribua para a organização do processo de trabalho da equipe e assim proporcionar melhora na assistência a saúde da mulher em Lamim.

3. OBJETIVO GERAL

Elaborar proposta de organização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde com vistas à detecção precoce do Câncer de Mama feminino no Município de Lamim.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1.1 Realizar revisão de literatura sobre o câncer de mama

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho foi à revisão de literatura do tipo narrativa que subsidiou a elaboração de proposta de intervenção.

Foram pesquisados artigos nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs e sites como do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde (MS), que publicaram informações sobre o câncer de mama.

Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: câncer de mama, prevenção, detecção precoce, tratamento, diagnóstico, estadiamento, epidemiologia, fatores de risco, rastreamento, Saúde da Mulher, Qualidade de vida (QV), Estratégia Saúde da Família, consulta de enfermagem.

Estabelecemos como critério de inclusão: artigos científicos obtidos na íntegra, redigidos em português, publicados no período delimitado entre os anos de 2000 a 2010, e que abordassem o tema escolhido e as informações contidas no material obtido. Foi realizada leitura minuciosa e o procedimento à análise e discussão dos mesmos.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 Definição

Em homens e mulheres as mamas são idênticas até a puberdade, quando o estrogênio e outros hormônios iniciam o desenvolvimento da mama nas mulheres. A mama contém tecido glandular, tecido adiposo e o tecido conjuntivo. A unidade fundamental de tecido glandular é conhecida como alvéolo (ORFAO; GOUVEIA; 2009; INCA; CONPREV, 2002; SMELTZER; BARE, 2000).

Segundo autores acima, externamente cada mama, na sua região central, apresenta uma aréola e uma papila, onde se exteriorizam os orifícios ductais, que correspondem às vias de drenagem das unidades funcionantes, que são os lobos mamários. Esses lobos são compostos de lóbulos, pequenas unidades constituídas de tecidos glandulares. As mamas são órgãos pares situada entre as camadas superficial e profunda da pele. A mama é adiposa em cerca de 90% do seu total.

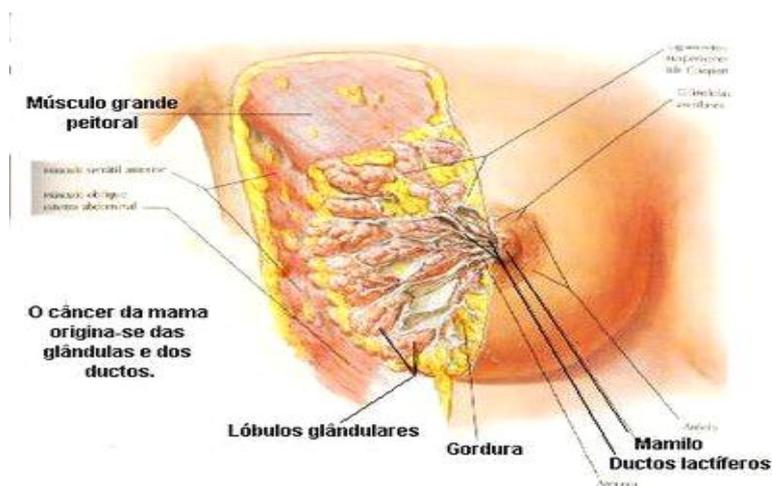


Figura 1: Partes da Mama.

Fonte: GOOGLE IMAGENS, 2010

As mulheres preocupam-se com sua imagem corporal, pois a mama é um órgão que tem vários significados e está ligada à feminilidade, à maternidade e à sexualidade (FEIJO *et al.*, 2009; VENANCIO, 2004).

O corpo é constituído de muitos tipos de células. As células do corpo normalmente crescem se dividem e multiplicam-se rapidamente produzindo mais células de forma controlada para manter o corpo saudável. Nesse processo novas células são formadas para substituir células velhas ou que sofreram danos. Porém, algumas vezes esse processo dá errado e as células ficam anormais ou atípicas formando mais células de

maneira descontrolada e desorganizada. Essas células extras formam uma massa de tecido, também denominada tumor. Os tumores podem ser benignos ou malignos. O tumor benigno não é câncer. Ele é constituído por células de aparência normal. As células de tumores benignos não invadem tecidos ao redor ou se disseminam para outras partes do corpo (BRASIL, 2009).

As alterações que geram as neoplasias podem ocorrer em genes especiais denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização das células normais. Estas células diferentes são, então, denominadas cancerosas, ou melhor, tumorais. Essas células alteradas passam então a se comportar de forma anormal, multiplicando-se de maneira descontrolada. Com a constante multiplicação celular, há a necessidade de que novos vasos sanguíneos sejam formados para que haja a nutrição destas células, em um processo denominado angiogênese. A manutenção e o acúmulo de massa dessas células formam os tumores malignos e elas também podem adquirir a capacidade de se desprenderem do tumor e de migrarem, invadindo inicialmente os tecidos vizinhos, podendo chegar ao interior de um vaso sanguíneo ou linfático e através destes, disseminarem-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, formando metástase (Almeida *et al.*, 2005, p.118).

O câncer é a multiplicação descontrolada de células defeituosas ou atípicas, que escapam ao controle do nosso sistema imunológico por algum motivo até hoje desconhecido (INCA, 2009).

5.1.1 CÂNCER DE MAMA

A localização anatômica das mamas é sobreposta à porção superior ao músculo peitoral maior, que recobre as costelas, prolongando de forma vertical a partir do nível da segunda costela atingindo até a sexta ou sétima. Horizontalmente é possível encontrá-la desde a borda do osso externo até a linha imaginária demarcadora da extremidade das axilas aproximadamente (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

O câncer é uma das doenças que mais causam temor na sociedade, por ter tornado-se um estigma de mortalidade, sofrimento e dor. Na verdade, a palavra câncer de origem latina (*cancer*) significando “caranguejo” deve ter sido empregada em analogia ao modo de crescimento infiltrante, que pode ser comparado às pernas do crustáceo, que as introduz na areia ou lama para se fixar e dificultar sua remoção (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Uma patologia grave da mama é o câncer, que está presente na mulher quando as células componentes do órgão se encontram em constante e desordenada multiplicação, justificada pelas características genéticas localizadas no núcleo de cada célula anormal (MARTINS *et al.*, 2009).

A maioria dos tumores malignos mamários tem origem nos ductos ou nos lóbulos da mama, sendo denominados de carcinoma ductal e carcinoma lobular. O carcinoma ductal *in situ* é o tumor da mama não invasivo mais frequente, considerado de bom prognóstico quando diagnosticado precocemente. O carcinoma lobular *in situ* embora não seja um verdadeiro tumor, é por vezes classificado como um tumor não invasivo. O Carcinoma ductal invasor é o tumor mamário mais frequente, tem origem nos ductos e invadem outros tecidos. O carcinoma lobular invasor tem origem nas unidades produtoras de leite, ou seja, os lóbulos. Cerca de 10% dos tumores da mama invasores são os carcinomas lobulares e 80% são tumores da mama invasores são os carcinomas ductais. O carcinoma inflamatório da mama é um tumor agressivo, mas raro (Portugal, 2005).

É a neoplasia mais comum entre as mulheres e a primeira causa de óbito entre as mulheres. É responsável por cerca de 20% de todos os tipos de cânceres no mundo (MARTINS *et al.*, 2009).

5.1.2 Epidemiologia do câncer de mama

De acordo com o estudo realizado por Martins *et al.* 2009, o perfil epidemiológico do câncer de mama na população da cidade de Goiana sofreu um aumento do número de casos na ordem de 249% no quinquênio 1999-2003 quando comparado ao quinquênio 1989-1993 (TIEZZI, 2009).

A incidência de câncer de mama aumentou de 20,16 para 71,46 casos por 100.000 mulheres, entre os anos de 1975 e 2003, em Xangai na China (TIEZZI, 2009).

As últimas décadas registraram em todo o mundo significativo aumento da incidência do CM e conseqüentemente da mortalidade associada à neoplasia. O câncer de mama atualmente é a causa mais comum de morte por câncer nas mulheres em quase todos os países do mundo (PAULINELLI *et al.*, 2003).

Entre os fatores que poderiam explicar a elevada incidência, estaria o processo de industrialização nas duas décadas anteriores, que fez com que a primeira gestação ocorresse mais tardiamente; a inserção da mulher no mercado de trabalho; a alteração nos hábitos alimentares da população e o aumento da expectativa de vida (PELEGRINO *et al.*, 2010, p.188).

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres reforçando a incidência de aproximadamente 22% de novos casos em mulheres (FEIJO *et al.*, 2009).

O aumento das doenças crônicas degenerativas, como o câncer, se deve principalmente a fatores como o crescimento da urbanização, maior expectativa de vida, tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de álcool, fatores hormonais e sedentarismo. Tal acontecimento é apontado como responsável por uma mudança no padrão de morte e adoecimento da população (MATOS *et al.*, 2009).

Segundo os autores acima, o câncer é considerado uma doença relativamente comum no mundo todo e no Brasil, podendo-se observar uma grande diferença regional, na região Norte e Nordeste o perfil de mortalidade predominante são as doenças infecciosas e parasitárias e com expectativa de vida menor quando comparadas com as regiões sul e sudeste.

Em 1950 os registros das mortes dividiam-se em doenças infecciosas e parasitárias, do coração e cânceres. No final da década de 80, foi alterado o perfil de mortalidade com redução na taxa de doenças infecciosas e parasitárias e aumento significativo na taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. Essa ocorrência estima ser devido ao processo de reorganização global onde modificou os padrões de saúde-doença. Essa modificação é conhecida como transição epidemiológica (GUERRA; GALHO; MENDONÇA *et al.*, 2005)

Quanto à distribuição epidemiológica do câncer no Brasil, as evidências científicas apontam uma transição, onde a presença de taxas de incidências elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza – câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral e o aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto status socioeconômico – câncer de mama, próstata, cólon e reto (LEITE, 2008).

De acordo com o INCA, o número de casos novos de câncer de mama esperado para o Brasil, nesse ano de 2010, é de 49.240, com um risco estimado de 49 casos a cada

100 mil mulheres. A região Sudeste, onde a neoplasia mamária é mais incidente entre as mulheres, o risco estimado é de 65 casos novos por 100 mil (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Figura 1

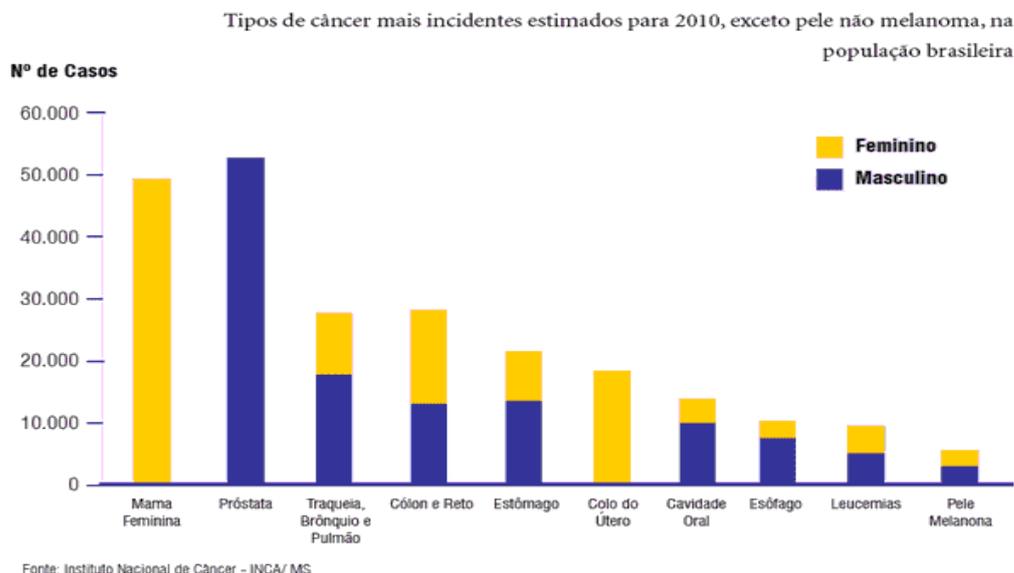


Gráfico 1: Tipos de cânceres mais incidentes estimados para 2010, exceto pele não melanoma, na população brasileira

Fonte: INCA, 2009

Acredita-se que todos os cânceres de mama são de origem genética, onde 90% a 95% deles sejam de origem não familiar e decorram de mutações somáticas que se verificam durante o curso da vida, e que 5% a 10 % sejam hereditários devido à herança genética de uma mutação germinativa ao nascimento deixando estas mulheres suscetíveis ao desenvolvimento do câncer de mama (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001, p. 3).

Algumas pacientes podem ser portadoras de cânceres da mama que possuem a proteína HER2 – hiperexpressa, elevada na superfície da membrana plasmática das células malignas. Estas proteínas, quando em quantidade aumentada, interagem com fatores de estímulo a proliferação, causando a progressão do tumor. Além disso, esses tumores tendem a crescer de maneira mais rápida e recorrem ou tornam-se metastáticos com maior frequência em relação aos tumores da mama que não hiperexpressa a proteína HER2. As evidências relatam aproximadamente 25% dos cânceres de mama apresenta positividade para a hiperexpressa do HER2 (ALVARENGA *et al.*, 2002).

De acordo com dados epidemiológicos o câncer de mama antes dos 35 anos de idade é relativamente raro, porém acima dessa faixa etária, entre 40 e 60 anos sua incidência acomete rápida e progressivamente. Outro fator em destaque é que até 1980 a maioria dos aumentos registrados nas taxas de incidência era verificada em mulheres com mais de 50 anos, mas no período após 1980 as taxas de incidência também aumentaram em mulheres mais jovens e com taxa de mortalidade também crescente no País (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002).

Estudos científicos mostraram que tumores em pacientes jovens comumente apresentam fatores de mal prognóstico atribuindo à presença de alto grau de anaplasia, status do receptor hormonal negativo, hiperexpressão de HER2 e alta taxa de linfonodos positivos. Outro estudo tem atribuído o mau prognóstico ao diagnóstico tardio nesse grupo (GARICOCHEA *et al.*, 2009).

O câncer de mama é mais frequente em mulheres na perimenopausa e incomum em mulheres jovens, igual ou inferior a 35 anos, porém não é um fato raro e quando diagnosticado nessa faixa etária a doença se apresenta de maneira agressiva (MATOS, 2009).

O Câncer de mama é mais freqüente em mulheres com mais de 50 anos de idade, sendo acompanhado conseqüentemente por um aumento da mortalidade nessa faixa etária, sendo atribuído principalmente ao fato do diagnóstico ser realizado, na maioria das vezes, em estágios avançados da doença (MARTINS *et al.*, 2009, p.222).

A cada 100 mulheres com câncer de mama, existe um homem que desenvolverá a doença. Sendo um tumor de ocorrência rara em homens (PIRHARDT; MERCES, 2009).

A descoberta do câncer de mama pode ser considerada um dos momentos mais difíceis na vida de uma portadora e seus familiares principalmente pela possibilidade de um tratamento muito longo e agressivo, convivência com uma nova imagem e muitas vezes o medo da morte devido ao tabu que o câncer é considerado ainda como doença letal e assustadora (FEIJO *et al.*, 2009; PINHO *et al.*, 2007).

Quanto às altas taxas de mortalidade observada no país em relação ao câncer de mama, um importante fator estaria relacionado ao diagnóstico tardio. Atualmente, no Brasil apenas 3,4% dos casos de câncer de mama são detectados na fase inicial enquanto 60% são diagnosticados em estágios avançados, quando a doença já se tornou incurável (PELEGRINO *et al.*, 2010; MATOS *et al.*, 2009).

As evidências acumuladas até o momento demonstram que a maneira mais eficaz de reduzir a taxa de mortalidade por câncer de mama é o diagnóstico precoce que eleva a taxa de cura e aumenta a sobrevivência das pacientes com Câncer de mama (SILVA *et al.*, 2008).

5.1.3 Principais causas/fatores de risco

As situações que podem aumentar a chance de uma mulher vir a ter o câncer de mama são denominadas fatores de risco (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001). Os fatores de risco apenas aumentam as chances de um câncer se desenvolver em algum momento na vida da mulher.

A partir de estudos bem controlados, observou-se que, depois do fator sexo feminino, a idade elevada, geralmente a partir dos 50 anos, é o fator mais importante na causalidade do câncer de mama e na maioria dos casos é o único encontrado (MATOS *et al.*, 2009, p.450).

O câncer de mama considerado esporádico, ou seja, sem associação com o fator hereditário, representa mais de 90% dos casos em todo mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteróides sexuais. Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama. Em sinergismo com os fatores hormonais, estudos observacionais indicam que o comportamento humano relacionado ao estilo de vida, o que inclui modificações na dieta e na atividade física, podem contribuir para o aumento da incidência em todo o mundo (TIEZZI, 2009).

Entre os vários aspectos relacionados com o risco de desenvolvimento do câncer de mama, o fator familiar é o mais aceito na comunidade científica. Mulheres com mãe e irmã que tiveram essa patologia apresentam duas a três vezes mais risco e se ambas, mãe e irmã, tiverem a doença o risco aumenta mais, especialmente se a doença delas tiver ocorrido antes da menopausa (VILELA *et al.*, 2009).

Quanto mais tarde à mulher entrar na menopausa mais tempo ela ficará exposta ao estrogênio, hormônio que é responsável por estimular as células da glândula mamária a se reproduzir. A menarca precoce é considerada fator de risco devido à exposição ao estrogênio (PIRHARDT; MERCES, 2009; VILELA *et al.*, 2009).

Alguns estudos mostram que uma alimentação com alto teor de gordura aumenta a quantidade de estrógenos. Este hormônio é considerado essencial para o organismo, porém em nível elevado aumenta o risco do surgimento da doença. O sedentarismo está diretamente relacionado com a possibilidade de aumento de peso e conseqüentemente com o risco de aparecimento da neoplasia porque a gordura secreta estrógenos. O estrogênio fica armazenado no tecido adiposo e os lipídios dietéticos aumentam a prolactina hipofisária, elevando assim a produção de estrogênio (BOFF *et al.*, 2010).

Alguns pesquisadores contestam a ingestão alcoólica como fator de risco, apesar dos estudos indicarem que o etanol pode provocar alterações nas células mamárias transformando-as em tumores malignos (PIRHARDT; MERCES, 2009; BRASIL, 2009).

Alguns estudos relatam um discreto aumento no risco de desenvolver o câncer de mama em mulheres fazendo uso de terapia de reposição hormonal por períodos longos de tempo. Este estudo não obteve evidência de associação entre as usuárias comparando com as não-usuárias. Os benefícios da terapia de reposição hormonal na pós-menopausa pode ser a redução do risco de fraturas por osteoporose e controle dos sintomas da menopausa. A reposição hormonal precisa ser indicada pelo especialista devido a esse risco aumentado e acompanhada periodicamente (TESSARO *et al.*, 2001).

A Associação Médica e o Conselho Federal de Medicina padronizaram condutas em relação aos fatores de risco para o câncer de mama, mas a conduta final dependerá da realidade e do estado clínico da mulher (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Tabela 1: Os fatores de risco para o câncer de mama

Risco muito elevado $RR \geq 3.0$
<ul style="list-style-type: none"> - Mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa - Antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular <i>in situ</i> - Suscetibilidade genética comprovada - mutação de BRCA1-2
Risco médio elevado $1,5 \leq RR < 3.0$
<ul style="list-style-type: none"> - Mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa - Nuliparidade - Antecedente de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos
Risco pouco elevado $1.0 \leq RR < 1.5$
<ul style="list-style-type: none"> -Menarca precoce < 12 anos

- Menopausa tardia > 55 anos
- Primeira gestação de termo depois de 34 anos
- Obesidade
- Dieta gordurosa
- Sedentarismo
- Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos
- Ingestão alcoólica excessiva

Fonte: BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001

Com base em informações científicas consistentes e substanciais provenientes da experiência clínica e de relatos de casos, estudos epidemiológicos e revisões sistemáticas de textos técnicos e científicos, a comissão concluiu que não há evidência científica de que exista associação causal entre implantes mamários de silicone e o risco de desenvolvimento subsequente de câncer de mama (THUELER *et al.*, 2003, p.13).

Até o momento o câncer de mama não pode ser evitado. Todavia, algumas das etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e de proteção (MOLINA: DALBEN; LUCA, 2003).

5.1.4 Fatores protetores e prevenção do câncer de mama

Em 2004, foi elaborado um documento de consenso para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. As decisões foram tomadas de acordo com as evidências científicas obtidas de programas adotados pelos países que desenvolvem políticas públicas, adaptadas à realidade da infra-estrutura brasileira. A diretriz preconiza a realização do exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos e rastreamento mamográfico bienal dos 50 aos 69 anos. Nas mulheres de alto risco, preconiza-se ECM e MMG anual a partir dos 35 anos (GEBRIM; QUADROS, 2006).

O rastreamento é o exame das pessoas assintomáticas objetivando identificar aquelas com maiores chance de apresentar a doença. Identifica a doença ou alteração previamente desconhecida pelo paciente por meio da aplicação de testes que possam separar, dentre pessoas aparentemente saudáveis, aquelas que provavelmente têm a doença. Estas serão encaminhadas para investigação diagnóstica. Assim um teste de rastreamento não tem por fim fazer diagnóstico, mas indicar pessoas que por apresentarem exames alterados ou suspeitos, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica (MACCHETT, 2007).

O rastreamento prevê ações organizadas que envolvem o uso de testes simples aplicados a determinados grupos populacionais com finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial nos pacientes com doença assintomática (LEITE, 2008).

A tomada de decisão em estratégias de rastreamento populacional deve levar em conta os recursos necessários, as condições dos serviços de saúde e as implicações das questões éticas, inclusive a decisão de não se rastrear (MATOS *et al.*, 2009).

A eficiência dos programas de prevenção secundária do câncer de mama, principalmente o rastreamento mamográfico, é um dos determinantes do diagnóstico precoce da doença o que pode resultar em uma diminuição nos altos índices de mortalidade apresentados no município de Maringá (MATOS *et al.*, 2009).

Os programas de rastreamento do câncer de mama foram divulgados mais tardiamente em nosso país se comparado com os países desenvolvidos. As mudanças no perfil da população brasileira, no que diz respeito aos estilos de vida e ao comportamento reprodutivo, são favoráveis para o aumento do risco da doença mamária (MARTINS *et al.*, 2009; TIEZZI, 2009).

Por outro lado, os fatores associados à proteção contra o desenvolvimento do câncer de mama são: sexo masculino, menarca após os 14 anos, menopausa antes dos 45 anos, primeira gestação a termo e amamentação precoce (inferior a 30 anos), atividade física regular e hábitos alimentares saudáveis sendo aliada a estratégia de detecção precoce da neoplasia (INCA; CONPREV, 2002).

Quanto mais precoce for o aleitamento, maior será este efeito protetor, pois a amamentação induz o amadurecimento das glândulas mamárias, tornando as células mais estáveis e menos suscetíveis ao desenvolvimento do câncer (VILELA *et al.*, 2009).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico, quando o diagnóstico e tratamento são realizados o mais breve possível, pois a chance de reverter o curso clínico da doença depende na maior parte deste. O diagnóstico e tratamento precoce evitam que ocorra a invasão para outras partes do corpo, favorecendo o prognóstico, a recuperação e a reabilitação. Portanto é indispensável à busca precoce das mulheres para organizar o rastreamento do câncer de mama e diminuir as elevadas taxas de mortalidade (MARTINS *et al.*, 2009; MACCHETHLER, 2007; THULER; MENDONÇA, 2005).

O Autoexame das mamas (AEM) é realizado pela própria mulher de forma visual e com a palpação. Esse exame é realizado uma vez por mês cerca de sete dias após a menstruação e, para aquelas que não menstruam, também uma vez por mês sempre na mesma data. Partindo do princípio da utilização de métodos mais simples para os de maior complexidade, encontram-se na literatura médica estudos que demonstram a eficácia do AEM e, portanto a recomendação como prática adequada (MARINHO *et al.*, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2003).

O INCA não recomenda o AEM como estratégia isolada de detecção do câncer de mama. De acordo com evidências científica ele não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama (VILELA *et al.*, 2009, p.258).

O Exame clínico das mamas é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de nódulos palpáveis nas mamas. Ele deve ser realizado pelo profissional de saúde (ginecologista, generalista ou enfermeiro), pelo menos uma vez por ano, utilizando a técnica de inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e mamas com a mulher em decúbito dorsal constituindo a base para solicitação de exames complementares (BRASIL, 2009; INCA; CONPREV, 2004).

5.1.5 Diagnóstico do câncer de mama

Do início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser palpado é a partir de 1 cm de diâmetro passam se em média 10 anos. A duplicação de tamanho é em média 3 a 4 meses. Na fase subclínica, impalpável, tem se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas, enquanto que depois que o tumor se torna palpável a duplicação é facilmente perceptível (INCA; CONPREV, 2002, p.17).

Os sintomas mais comuns são: aparecimento de nódulo, endurecimento da mama ou debaixo do braço, na axila; mudança no tamanho ou no formato; alteração na coloração ou na sensibilidade da pele ou aréola; corrimento pelo mamilo, com ou sem sangue; retração da pele ou mamilo (PORTUGAL, 2005).

A mamografia pode ser indicada para rastreamento e diagnóstico. O melhor método para diagnosticar precocemente é a mamografia (MATOS *et al.*, 2009). Ela é capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecer assim o tratamento precoce mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estético e de reduzir os eventos

adversos. Apesar de ser um método eficaz, ele não descarta o AEM e o ECM (PELEGRINO *et al.*, 2010; VILELA *et al.*, 2009).

A mamografia é um exame simples, utiliza um aparelho de RaioX específico para essa função, denominado mamógrafo (BRASIL, 2009). A mulher coloca os seios entre duas placas de acrílico, que irão comprimir um pouco a mama. Essa compressão da mama é necessária para que sejam visualizadas todas as suas estruturas, requisito essencial para o sucesso do exame, portanto, deve-se evitar o período anterior ao da menstruação, quando as mamas ficam doloridas, podendo causar certo desconforto na hora do exame. O melhor período para realizar o exame é de aproximadamente sete dias após o período menstrual. O exame não causa malefício, porque a radiação recebida é pouco maior que a de uma radiografia dos pulmões (SMELTZER; BARE, 2002).

O profissional de saúde deve explicar a mulher de que esta é a única forma que temos para detectar alguma modificação inicial na mama. Algumas mulheres consideram esse exame algo altamente desagradável (BRASIL, 2007; INCA; CONPREV; 2002).

O INCA norte- americano designou a mamografia digital de campo total como a tecnologia de imagem com o melhor potencial para melhorar a detecção e o diagnóstico do câncer de mama. Este exame usa computador e detector desenhado específico para imagem da mama. Esta imagem pode ser exibida conforme a necessidade aumentada, ampliada, clareada ou escurecida em monitores de alta resolução. Portanto poderá ser mais eficaz para detectar câncer em mulheres com mamas densas por ter uma faixa de contraste mais ampla. A desvantagem está o custo elevado e não ser oferecida pelo SUS até o momento (BRASIL, 2007; FREITAS *et al.*, 2006).

A Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) permite o diagnóstico citológico das lesões. É um procedimento ambulatorial de baixo custo, de fácil execução e raramente apresenta complicações. Esse procedimento dispensa o uso da anestesia. A Punção por Agulha Grossa (PAG) também é um procedimento ambulatorial, fornece material para o diagnóstico histopatológico e dosagem de receptores hormonais, é necessário o uso de anestesia local (INCA; CONPREV, 2004).

A Ultrassonografia é complementar a mamografia e informa se o nódulo é sólido ou contém líquidos. Também é indicada para quem tem as mamas densas, mulheres jovens. Não é utilizado como método de rastreamento do câncer de mama porque não tem capacidade para detectar microcalcificações que muitas vezes representam a

única forma de expressão do câncer de mama e também há limitação para identificar tumores menores de 1 cm localizado profundamente em mamas volumosas e adiposas (VILELA *et al.*, 2009; INCA; CONPREV; 2002).

A biópsia consiste numa pequena cirurgia destinada a retirar parte do nódulo suspeito ou até mesmo o nódulo inteiro, para ser analisado (TRUFELLI *et al.*, 2008).

O sistema BI-RADS (*BREAST IMAGING Reporting and Data System*) de padronização dos laudos mamográficos foi criado pelo Colégio Americano de Radiologia e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, segue abaixo a classificação dos achados mamográficos segundo a 4 ed. do BI-RADS:

Categoria 0	Avaliação adicional	Comparar exames anteriores e ou solicitar outros exames: US, ressonância
Conduta: Realizar a ação necessária e classificar de acordo com as categorias abaixo		
Categoria: 1	Negativo	Sem achados mamográfico, sem sinais de malignidade
Conduta: Repetir exame de acordo com a faixa etária		
Categoria: 2	Achado benigno	Os achados benignos também representam mamografia negativa, sem sinais de malignidade
Conduta: Repetir exame de acordo com a faixa etária - mamografia para rastreamento		
Categoria: 3	Achado provavelmente benigno	Para que a lesão seja classificada como categoria 3, deve ser feita completa avaliação da imagem (incidências, US etc.)
Conduta: Controle radiológico por 3 anos com intervalo de 6 meses no primeiro anos e anual nos 2 anos seguintes. Em alguns casos pode ser indicado histopatológico.		
Categoria: 4	Suspeita baixa Suspeita Intermediária	Microcalcificações arredondadas, não isodensas, agrupadas Microcalcificações puntiformes;

	Suspeita alta, mas não tão alto quanto na Categoria 5.	Microcalcificações arredondadas dispostas em trajeto ductal
Conduta: Realizar o exame histopatológico em todas as subcategorias.		
Categoria: 5	Achados altamente suspeito	Microcalcificações ramificadas, com qualquer tipo de distribuição
Conduta: Realizar o exame histopatológico		
Categoria: 6	Achado já com diagnóstico de câncer	Casos de avaliação após quimioterapia neoadjuvante
Conduta: Terapêutica específica		

Tabela 2: O sistema BI-RADS

Fonte: BRASIL, 2007.

6. PROPOSTA PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA FEMININO NO MUNICÍPIO DE LAMIM-MG

6.1 Ações e etapas

Com base no conhecimento científico obtido na revisão de literatura e nos dados do Município, o público-alvo da proposta será as mulheres da faixa etária de 35 anos a 69 anos acompanhadas pela ESF “Todos por Lamim” utilizando os dados do SIAB de junho 2010. O período para o desenvolvimento do projeto será de aproximadamente doze meses, compreendendo várias etapas:

Capacitar às oito Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família sobre o que é câncer de mama e a importância sobre a necessidade do acompanhamento ativo para o diagnóstico precoce do câncer de mama das mulheres da faixa etária de 35 anos a 69 anos da área de abrangência utilizando o material publicado pelo INCA em 2009 os “Parâmetros para o rastreamento do Câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais”;

Realizar o levantamento das mulheres da faixa etária de 35 anos a 69 anos com as ACS utilizando o método do arquivo rotativo com monitoramento mensal;

Realizar busca ativa das mulheres na faixa etária de 35 a 69 anos, nas oito microáreas, através de visita domiciliar agendada pela Agente Comunitária de Saúde;

Realizar o agendamento das mulheres da zona rural para o rastreamento do câncer de mama nos pontos de apoio daquela comunidade e na zona urbana agendamento para atendimento na Unidade Básica de Saúde. No agendamento solicitar a cada mulher participante o Cartão SUS (CNS), devido à exigência do formulário da requisição da mamografia do SISMAMA;

Todas as mulheres serão acolhidas pela enfermeira da Estratégia Saúde da Família, onde passará pela consulta de enfermagem e conscientização da importância do exame clínico das mamas que será realizado após a consulta. Serão utilizados os “Parâmetros para o Rastreamento do Câncer de Mama: recomendações para gestores estaduais e municipais para organizar a demanda de mamografia necessária para o rastreamento mamográfico local”.

As solicitações de mamografia serão realizadas no formulário de requisição de mamografia do SISMAMA.

Após o diagnóstico da necessidade de mamografia será encaminhada ao Gestor a demanda de mamografias necessárias para o rastreamento (prevenção secundária).

6.2 Recursos humanos e materiais

Este será um projeto quase a custo zero para o Gestor Municipal da Saúde devido ao aproveitamento dos profissionais, transporte e custeio dos insumos contabilizados pelo Recurso Federal repassado mensalmente para o funcionamento da ESF. Também será um diferencial para organizar a demanda de mulheres que necessitam realizar a mamografia anual, bianual e exames complementares, ou seja, trabalhar a prevenção formal do Câncer de Mama.

Tabela 3: Recursos Humanos e Materiais

ETAPAS	ATIVIDADES	PARTICIPANTES	PARCERIAS	MATERIAL NECESSÁRIO
Preparar e Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde	Apresentar o projeto; Relato de casos de mulheres da área de abrangência; Palestra, oficina (conhecer a metodologia do fichário	Conselho Municipal da Saúde; Médico Enfermeiro	Secretaria Municipal de Saúde Médicos da Atenção Primária à Saúde Pacientes ou familiares acometidos pela enfermidade Líderes comunitários Grupos de	Livro (Parâmetros técnicos para rastreamento do Câncer de Mama: recomendações para gestores estaduais e municipais) Computador Folha A4 Impressora Cartucho (tinta

	rotativo)		HA/DIA das comunidades	preta e colorida) Data show Cadeiras Transporte Lanche Máquina fotográfica
Realizar o levantamento das mulheres da faixa etária de 35 anos a 69 anos;	Revisar Ficha A; Preencher a parte de identificação do impresso e dispor no fichário; Realizar a contagem do número de mulheres por microárea	Agentes comunitários de saúde	Secretaria Municipal de Saúde; Dentista Técnico de Enfermagem Auxiliar de Consultório Odontológico Secretárias da UBS	Ficha A da ESF Formulários Lápis Caneta Fichário Cadeira Mesa Calculadora Máquina fotográfica
Realizar o agendamento das mulheres da zona rural e urbana	Agenda Visita	ACS	Líderes comunitários	Fichário Agenda Lápis Folha A4

	domiciliar;			Computador Impressora Cartucho (tinta a colorida e preta) Transporte Maquina fotográfica
Realizar a consulta de enfermagem	Consulta de Enfermagem ECM Preencher impresso de mamografia quando for necessário	Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família		Prontuário Caneta Carimbo Mesa Cadeira Maca Lençol Camisola Cortina Luva de procedimento Lixo Impresso-requisição de MMG Maquina fotográfica
Realizar busca ativa das	Visita	ACS e Enfermeira		Arquivo

faltosas	domiciliar	da ESF		Prontuário Transporte Luva de procedimento Saco de lixo Ambiente reservado no domicilio Maquina fotografica
Diagnóstico local do rastreamento mamográfico	Separar por microárea as mulheres que precisarão da mamografia; Realizar o consolidado final	ACS Enfermeiro		As Requisições preenchidas pela enfermeira Lápis Mesa Cadeira Calculadora Máquina fotografica
Repassar o diagnóstico local da necessidade de mamografias para a Secretária de Saúde	Data show Gráfico Tabelas (apresentar fotos com todos os momentos possíveis)	ACS Enfermeiro	Conselho Municipal de Saúde Prefeito Secretário de Saúde Médicos	Computador Máquina fotografica Pendraive Impressora Cartucho (tinta colorida e preta)

			Mulheres da faixa etária	Folha A4 Convite Data show Lanche
--	--	--	--------------------------	--

As fotos de participantes tem que ter autorização dos mesmos e deverá ser arquivada.

6.3 METAS

- Realizar o rastreamento clínico do câncer de mama em 70% das mulheres na faixa etária de 35 anos até 69 anos;
- Realizar rastreamento mamográfico anual em 70% das mulheres na faixa etária 50 a 69 anos e naquelas com alterações do ECM e nas de risco elevado será de 100% (história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: câncer de mama antes dos 50 anos de idade, câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de CM masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular).
- Reduzir a mortalidade por CM no Município de Lamim em 30% nos próximos 20 anos.

6.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Será montada uma comissão com no mínimo três representantes:

- 01 usuário indicada pelo Conselho Municipal de Saúde,
- 01 profissional de saúde indicado pela Equipe da ESF;

01 profissional da Secretaria de Saúde indicado pelo Gestor Municipal de Saúde.

Essa comissão construirá um cronograma com a participação da equipe da ESF para realizar o monitoramento das etapas do projeto, tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Poderá ser quinzenal ou mensal em algumas etapas.

6.5. Cronograma para execução do projeto de intervenção

Tabela 4: Cronograma com as etapas do projeto de intervenção.

AÇÃO	JA N	FE V	MA R	AB R	MA I	JU N	JU L	AG O	SE T	OU T	NO V	DE Z
Preparar e capacitar as ACS	X											
Levantar nº de mulheres entre 35 a 69 anos		X										
Realizar o agendamento			X	X	X	X	X	X	X	X		
Realizar a Consulta de Enfermagem			X	X	X	X	X	X	X	X		
Realizar busca ativa									X	X		

Realizar o diagnóstico local da necessidade e de mamografias e repassar para a SMS			x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização deste projeto visa conscientizar as mulheres na faixa de 35 a 69 anos acompanhadas pela ESF do Município de Lamim da necessidade de exames preventivos periódicos para o diagnóstico precoce do câncer de mama, devida sua etiologia ser complexa e multifatorial.

O câncer de mama até o momento não é possível realizar sua prevenção primária, impedir sua manifestação. A prevenção é o diagnóstico precoce por meio do exame clínico das mamas e da mamografia de rastreamento ou diagnóstica. Mesmo assim a incidência e mortalidade continuam em alta, visto que o diagnóstico em estágio avançado torna o prognóstico reservado.

O CM feminino se constitui na patologia maligna mais incidente na população e tem o seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, numa fase tardia da doença sendo considerado um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde considera o câncer de mama uma patologia que enquadra para o rastreamento. O rastreamento apóia no exame clínico das mamas e na mamografia periodicamente.

Percebo que ainda falta dos gestores uma priorização dos problemas mais relevantes e falta de políticas de enfrentamento deles. Cabe a nós enquanto profissionais da ESF e agentes transformadores buscarmos alternativas para mudar essa realidade.

Acredito que a equipe de saúde da família pode atuar na redução do diagnóstico tardio do câncer de mama uma vez que trabalha com população adscrita apresentando uma relação de confiança com as famílias facilitando a troca de informações e orientações.

Neste sentido, espera-se que a proposta contribua para a organização do processo de trabalho da equipe e assim proporcione melhora na assistência a saúde da mulher em Lamim-MG.

8. REFÊRENCIAS

ABREU, E; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n. 1, p. 113-31, 2002.

ALMEIDA, V.L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Revista Química Nova**, v.28, n.1, p.118-129, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v28n1/2308.pdf>>. Acesso em: 9 de maio 2010.

AMENDOLA, L. C. B; VIEIRA, R.; A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n.5, p.325-330, 2005. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf>. Acesso em: 9 de maio 2010.

ALVARENGA, M. et al. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1676-2444&lng=en&nrm=is>. Acesso em 12 de maio de 2010.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, 2001. Disponível em: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Diagn%C3%B3stico+e+tratamento+do+c%C3%A2nc+er+de+mama&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0. Acesso 20 de maio de 2010.

BATISTON, A. P. et al. Métodos de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 59- 64, 2009. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewPDFInterstitial/14103/9487>>. Acesso em: 26 de maio de 2010.

BOFF, A; SCHAPPO, C. R.; Kolhs, M. Câncer de mama: Perfil demográfico e fatores de risco. **Revista Saúde Pública**, v. 3, n.1, jan/jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewPDFInterstitial/73/108> >Acesso 16 de maio de 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Parâmetros técnicos para rastreamento do Câncer de Mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: **INCA**, p. 23, 2009 BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Câncer de mama. 2009. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336 >. Acesso em 9 de maio 2010.

FEIJÓ, A. M. et al. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por Câncer de Mama. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 8, p. 79-84, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/9721>>. Acesso em 30 de maio de 2010.

FOGAÇA, E. I. C; GARROTE, L. F. Câncer de mama: Atenção Primária e detecção precoce. **Arq Cienc Saúde**, v.11, n. 3, p.179-81, 2004. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=C%C3%A2ncer+de+mama%3A+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+e+detec%C3%A7%C3%A3o+precoce.&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0> 30 de maio de 2010.

Freitas, A. G. et al. Mamografia digital: Perspectiva atual e aplicações futuras. **Radiologia Brasileira**. V.39, n. 4, p. 287 – 296, 2006. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&lr=&q=Mamografia+digital%3A+Perspectiva+atual+e+aplica%C3%A7%C3%B5es+futuras.&btnG=Pesquisar&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=>>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

GARICOCHEA, B. et al.; Idade como fator prognóstico no Câncer de mama em estágio inicial. **Revista Saúde Pública**. V 43. N 2, p 311-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000200012&script=sci_arttext&tling=andothers>. Acesso 12 de maio de 2010.

GEBRIM, L. H; QUADROS, L. G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. V.28, n. 6, p. 319-323, 2006

GOMES, R. SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. V. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan/fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000100020&script=sci_arttext&tling=>>. Acesso em 23 de maio 2010.

GOOGLE IMAGENS, disponível em: <<http://reivax.tripod.com/adm/interstitial/remote.jpg>>. Acesso em 20 de julho 2010.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n. 3, p. 227-234, jul/set. 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf. Acesso em: 23 de maio 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILANCIA: Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.p 66. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=Falando%20sobre%20c%C3%A2ncer%20de%20mama.%20&lr=&sa=N&tab=sw>>. Acesso em 25 de maio de 2010.

LEITE, J.M.S. Vigilância epidemiológica e prognóstica de sobrevivência de pacientes com câncer de colo de útero. **Revista Brasília Médica**, v. 45, n. 2, p. 92-106, 2008. Disponível em: <http://www.ambr.com.br/rb/revista_det.php?nu_revista=45&nu_revista2=2&id=18>. Acesso em 20 de maio de 2010.

MACCHETTI, A. H. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no Sistema Público de Saúde de São Carlos. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 40, n. 3, p. 394-402, 2007. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=Estadiamento+do+c%C3%A2ncer+de+mama+diagnosticado+no+Sistema+P%C3%ABblico+de+Sa%C3%BAde+de+S%C3%A3o+Carlos&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr=>>>. Acesso em 10 de maio 2010.

MARINHO, L. A. B. et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.5, out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&tlng=en&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 16 de maio 2010.

MARTINS, E. et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n.5, maio. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 de maio de 2010.

MATOS, J. C.; et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v.30, n.3, p. 445-52, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/8989>>. Acesso em 10 de maio de 2010.

MOLINA, L.; DALBEN, I; DE LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, abr/jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000200039&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 de maio de 2010.

MONTEIRO, A. P. S. et al. Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 de maio de 20

ORFÃO, A.; GOUVEIA, C. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, v.25, p. 347-354, 2009. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=Apontamentos+de+anatomia+e+fisiolog>

ia+da+lacta%C3%A7%C3%A3o&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr=>. Acesso em 30 de maio 2010.

PAULINELLI R.R. et al. A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: Tendências atuais para a incidência e mortalidade. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 17-24, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292003000100004&script=sci_arttext. Acesso 19 de maio 2010.

PEREGRINO A. A. F; et al., Análise de Custo-Efetividade da Idade de Início do Rastreamento Mamográfico. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 56, n. 2, p. 187-193 2010. Disponível em: < <http://scholar.google.com.br/scholar?q=An%C3%A1lise+de+Custo-Efetividade+da+Idade+de+In%C3%ADcio+do+Rastreamento+Mamogr%C3%A1fico&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr=>>. Acesso em 17 de maio de 2010.

PINHO, V. F. S; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1061-1069, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000500008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso: 13 de maio de 2010.

PIRHARTDT, C. R; MERCES, N. N. A; Fatores de risco para Câncer de Mama: nível de conhecimento dos Acadêmicos de uma universidade. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2009. V 17. N 1.102-106. Disponível em: < <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=Factores%20de%20risco%20para%20C%C3%A2ncer%20de%20Mama%3A%20n%C3%ADvel%20de%20conhecimento%20dos%20Acad%C3%AAmicos%20de%20uma%20universidade&lr=&sa=N&tab=sw>>. Acesso em 10 de maio de 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Cancro de Mama. 2005. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=cancro+da+mama&hl=pt-BR&lr=>. Acesso em: 16 de maio.

SIABMUNI - 2010

SANTOS, S. M. R, et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis**, v.17, n. 1, p. 124-30, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 10 de maio de 2010.

SILVA, B. et al., Conhecimento e realização do auto-exame de mamas em pacientes atendidas em Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 39-43, 2008. Disponível em:< <http://scholar.google.com.br/scholar?q=Conhecimento+e+realiza%C3%A7%C3%A3o+do+auto-exame++de+mamas+em+pacientes+atendidas+em+Ambulat%C3%B3rio+Cent>

ral+da+Universidade+de+Caxias+do+Sul.+&hl=pt-BR&btnG=Pesquisar&lr=>
Acesso em: 15 de maio de 2010

SILVA, C. B.; ALBUQUERQUE, V; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 56, n. 2, p. 227-236, 2010.

SILVA, E. P. et al.; Exploração de fatores de risco para Câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, terra indígena faxinal, Brasil, 2008. v. 25, n. 7, p. 1493-1500, 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700007&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 de maio de 2010

SMELTZER, S. BARE, B. G. Brunner& Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. V. 3, Ed: 9. Guanabara: Koogan, 2002.

TESSARO, S. et al. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. **Revista Saúde pública**. V. 35, n. 1, p. 32-8, 2001.

TIEZZI, D. G. Epidemiologia do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 5, p. 213-215, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0100-72032009000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em maio 2010.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf. Acesso em: 20 de maio 2010.

THULER, L. C. S et al., A influência do silicone na gênese do câncer de mama. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.49, n.1, p.9-15, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v01/artigo1.html. Acesso em: 10 de maio de 2010.

TRUFELLI, D. C. Análise do atraso no Diagnóstico e tratamento do Câncer de Mama em um hospital Público. **Revista Associação Médica Brasileira**. V. 54, n. 1, p.72-6, 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302008000100024&script=sci_arttext&tlng=e!n> Acesso em 5 de maio de 2010.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com Câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, p. 55-63, 2004. Disponível em: <
http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Import%C3%A2ncia+da+atua%C3%A7%C3%A3o+do+psic%C3%B3logo+no+tratamento+de+mulheres+com+C%C3%A2ncer+de+mama.&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0>. Acesso 20 de maio de 2010.

VILELA, M. P, et al: Autocuidado entre mulheres com fator familiar de Câncer de mama. **Cogitare Enfermagem**. V, 14. N, 2. 254-60, 2009. <
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewPDFInterstitial/15611/10387>>. Acesso em: 10 de maio de 2010.

<http://vivamulher.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 20 de julho de 2010

9. APÊNDICE

APÊNDICE A

Tabela 5: Informações sobre a população das mulheres da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Lamim, em julho de 2010

	20 a 39	40 a 49	50 a 59	Acima de 60	Total
Microarea 01	68	17	20	32	137
Microarea 02	94	42	32	51	219
Microarea 03	67	37	33	53	190
Microarea 04	57	25	21	35	138
Microarea 05	57	19	22	24	122
Microarea 06	55	17	28	24	124
Microarea 07	72	26	15	23	136
Microarea 08	49	27	18	29	123
Total	519	210	189	271	1189

Fonte: SIAB, JUL, 2010

APÊNDICE B – Exame Clínico das Mamas

O exame clínico das mamas é um procedimento realizado por um profissional de saúde treinado para esta ação (enfermeiro, médico). No exame podem ser identificadas alterações na mama e, se for indicado, serão realizados exames complementares. O ECM é realizado com finalidade de detectar anormalidades na mama ou avaliar sintomas referidos por pacientes e assim encontrar cânceres da mama palpáveis num estágio precoce de evolução. Alguns estudos científicos mostram que 5% dos cânceres da mama são detectados por ECM em pacientes com mamografia negativa, benigna ou provavelmente benigna. 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 de como realizar o ECM variam bastante em seus detalhes, entretanto, todas elas preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas e dos linfonodos, axilares e supraclaviculares. Ao contrário das recomendações de como realizar um ECM, poucos estudos analisam como reportar os achados dos exames. A inspeção visual pretende identificar sinais de câncer de mama. Sinais precoces do câncer da mama são achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas. É importante o examinador comparar as mamas para identificar grandes assimetrias e diferenças na cor da pele, textura, temperatura e padrão de circulação venosa. O acrônimo *BREAST* significando B – massa na mama, R – retração, E – edema, A – linfonodos axilares, S – ferida no mamilo e T – sensibilidade na mama, podem ajudar na memorização das etapas na inspeção visual. A mulher pode se manter sentada com os braços pendentes ao lado do corpo, com os braços levantados sobre a cabeça ou com as palmas das mãos comprimidas umas contra as outras, inspeção dinâmica. Alguns autores recomendam que se faça a inspeção visual ao mesmo tempo em que se realiza a palpação das mamas. A palpação consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos. Para palpar os linfonodos axilares e supraclaviculares a paciente deverá estar sentada. Para palpar as mamas é necessário que a paciente esteja deitada, decúbito dorsal. Na posição deitada a Mao

correspondente a mama a ser examinada deve ser colocada sobre a cabeça de forma a realçar o tecido mamário sobre o tórax. Toda a mama deve ser palpada utilizando-se de um padrão vertical de palpação. A palpação deve ser iniciada na axila. No caso de uma mulher mastectomizada a palpação deve ser feita na parede do tórax, pele e incisão cirúrgica. Cada área de tecido deve ser examinada e três níveis de pressão devem ser aplicados em sequência: leve, média e profunda, correspondente ao tecido subcutâneo ao nível intermediário e mais profundo, correspondendo ao tecido subcutâneo, ao nível intermediário e mais profundamente à parede torácica. Devem-se realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda. A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida. Somente descarga papilar espontânea merece ser investigada. Duas características fundamentais do ECM são a interpretação e a descrição dos achados encontrados. Assim como a realização do ECM, não existe um padrão para interpretar e descrever os achados do ECM. Esta não uniformização da interpretação e descrição dos achados limita o seu potencial em direcionar para novas avaliações e proporcionar o tratamento precoce do câncer da mama. Como aconteceu com a mamografia a padronização da interpretação e descrição dos achados pode resultar em efeitos positivos para o ECM. De uma forma geral, os resultados do ECM podem ser interpretados de duas formas: normal ou negativo, caso nenhuma anormalidade seja identificada pela inspeção visual e palpação, e anormal, caso achados assimétricos necessitem de avaliação posterior e possível encaminhamento para especialista, referência. A descrição do ECM deve seguir o mesmo roteiro do exame propriamente dito: inspeção dos linfonodos e palpação das mamas.

10. ANEXO A - Formulário da Requisição da mamografia

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
		Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama em Mulheres Adultas	
UF		Código de Unidade de Saúde (CHES)	
Instituição de Saúde			
Código/Município			
Município		Paróquia	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Código IBS		Sexo	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Nome Completo do(a) paciente			
		Idade do(a) paciente	
Nome Completo da Mãe			
Identidade		Código (Emissor)	
		UF	
Data de Nascimento		CPF (CPF)	
Estado Residência		Cidade	
		<input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Porto <input type="checkbox"/> Recife <input type="checkbox"/> Aracaju <input type="checkbox"/> Indígena	
Legado/irmã			
Número		Complemento	
		Bairro	
Código/Município		UF	
Município			
CPF		Telefone	
Resumo Referencial			
Educação			
<input type="checkbox"/> Analfeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)			
1. Tem histórico ou suspeita de câncer?		3. Já teve diagnóstico de câncer, teve ou não metástases em outros órgãos por um profissional de saúde?	
<input type="checkbox"/> Sim, câncer de mama <input type="checkbox"/> Sim, câncer de colo do útero <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (casos de câncer em outros órgãos)	
2. Apresenta risco elevado? (para câncer de mama)		4. Foi mamografiada alguma vez?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim. Quando foi a última mamografia? <input style="width: 50px;" type="text"/>	
* Risco elevado são: Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade; Mulheres com história familiar de câncer de mama e ovário; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.		<input type="checkbox"/> Não sabe	

Atenção: Não enviar preenchido os exames que não sejam o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente, preenchida

(programa viva mulher)