



ARTIGO ORIGINAL

CÂNCER DE MAMA: AÇÕES DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BREAST CANCER: PREVENTION OF SHARES IN PRIMARY HEALTH CARE

CÁNCER DE MAMA: ACCIONES DE PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Magaly Bushatsky¹, Kelly Diogo de Lima², Laura Xavier de Moraes³, Ludymilla Teles Buarque Gusmão⁴, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros⁵, Antônio Simão dos Santos Figueira Filho⁶

RESUMO

Objetivo: identificar as ações de prevenção do câncer da mama feminina nas áreas cobertas pelas Unidades de Saúde da Família. **Método:** estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em 14 Unidades de Saúde da Família do município de Carpina/PE/Brasil, com 247 mulheres. A coleta de dados foi realizada com um questionário e os dados analisados nos programas estatísticos Excel e Epi Info. A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 04055912.0.0000.5192. **Resultados:** 14,9% informaram ter recebido algum tipo de informação sobre o câncer de mama; 77% das mulheres com 40 anos ou mais nunca tiveram as mamas examinadas e 62,1% do público alvo realizou a mamografia nos dois últimos anos e a maioria não tinha conhecimento sobre a disponibilidade de um serviço de reabilitação na região. **Conclusão:** há iniquidade com relação às ações de prevenção voltadas para o câncer de mama. **Descritores:** Câncer de Mama; Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: identifying actions on cancer prevention of female breast in the areas covered by the Family Health Units. **Method:** a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, carried out on 14 Family Health Units in the municipality of Carpina/Pernambuco/Brazil, with 247 women. Data collection was performed with a questionnaire and data analyzed by the statistical programs Excel and Epi Info. The research was approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 04055912.0.0000.5192. **Results:** 14,9% reported receiving some type of information about breast cancer; 77% of women aged 40 or older had never the breast examined and 62,1% of the audience held a mammogram in the last two years and most had no knowledge on the availability of a rehabilitation service in the region. **Conclusion:** there is inequity regarding prevention turned to breast cancer. **Descriptors:** Breast Cancer; Women's Health; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar las acciones para la prevención del cáncer de la mama a las mujeres en los ámbitos cubiertos por las Unidades de Salud de la Familia. **Método:** es un estudio transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo, realizado en 14 Unidades de Salud de la Familia en el municipio de Carpina/Pernambuco/Brasil, con 247 mujeres. La recolección de datos se realizó con un cuestionario y los datos analizados por los programas estadísticos Excel y Epi Info. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación, CAAE: 04055912.0.0000.5192. **Resultados:** el 14,9% informó haber recibido algún tipo de información sobre el cáncer de mama; 77% de las mujeres de 40 años o más nunca había examinado la mama y el 62,1% de la audiencia ha celebrado una mamografía en los últimos dos años y la mayoría no tenía conocimiento acerca de la disponibilidad de un servicio de rehabilitación en la región. **Conclusión:** existe inequidad en materia de prevención orientada al cáncer de mama. **Descritores:** Cáncer de mama; Salud a la Mujer; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeira, Doutora, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: magab@hotlink.com; ²Graduanda de Enfermagem, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: k.diogolima@gmail.com; ³Graduanda de Enfermagem, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: lauraxaviermoraes@hotmail.com; ⁴Graduanda de Enfermagem, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: ludymanda@gmail.com; ⁵Enfermeira, Mestranda, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: maripernambucana@yahoo.com.br; ⁶Médico, Doutor, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: imr.figueira@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

O câncer de mama consiste em um tumor maligno que se desenvolve a partir da proliferação rápida e desordenada das células do órgão, podendo crescer nos tecidos circundantes ou se espalhar (metástase) para áreas distantes do corpo.¹

É a principal neoplasia entre as mulheres em todo o mundo, sendo responsável por 16% de todos os cânceres femininos. Sua incidência é maior em países desenvolvidos, porém a sobrevida apresenta uma relação inversa com magnitude dos casos, de modo que, 69% das mortes registradas pela doença são de países em desenvolvimento.²

De acordo com estimativas realizadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o biênio 2012/2013, estimou-se 52.680 casos novos da doença para o Brasil com um risco de aproximadamente 47 casos para cada 100 mil mulheres só no estado de Pernambuco. Com exceção dos tumores de pele não melanoma, tipo menos agressivo de baixa letalidade, o câncer da mama feminina representa a neoplasia mais incidente no País.³

Quanto ao número de óbitos pela doença, em 2010 foram registrados em média 13 casos por 100 mil mulheres em Pernambuco, superando a ocorrência brasileira (10,19/100 mil) e mundial (12,01/100 mil) referentes ao mesmo ano.⁴

A neoplasia mamária quando diagnosticada em estádios iniciais tem percentuais mais elevados de sobrevivência, podendo chegar a 100% de cura se tratada no estágio *in situ* (forma inicial da neoplasia). Assim, a detecção através de programas de rastreamento representa uma alternativa que favorece o diagnóstico em fases iniciais da doença, o que contribui para o tratamento curativo e/ou maiores taxas de sobrevida.⁵

No Século XX, elaboraram-se quatro funções da medicina definidas como: promoção da saúde, prevenção das doenças, restabelecimento do doente e reabilitação. Citando que a promoção da saúde envolveria uma ação integrada entre educação e Estado para que se melhore as condições de vida da população, podendo ser dividida em três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário), onde a prevenção é definida como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”; todavia, dentro desses três níveis de prevenção, existiriam cinco componentes distintos (promoção à saúde, prevenção específica,

diagnóstico precoce, tratamento imediato e reabilitação).^{6-7,9}

A Atenção Primária à Saúde se detém como um importante nível no controle do câncer no Brasil, de modo que, pela Portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, a Atenção Básica, por intermédio da rede de serviços de saúde formada por Unidades de Saúde e equipes da Saúde da Família, é responsável por realizar “ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.”^{10:16}

Ao considerar a escassez de um protocolo efetivo nas ações de promoção e prevenção para o controle do câncer de mama em Unidades de Saúde da Família (USFs), onde as atividades diárias de saúde da mulher focalizam a prevenção do câncer de colo de útero, pré-natal e planejamento familiar, concomitante a uma alta incidência do câncer de mama e o reflexo social que este determina, o presente estudo tem o objetivo de:

- Identificar as ações de prevenção do câncer da mama feminina nas áreas cobertas pelas Unidades de Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa realizado em quatorze USFs do município de Carpina, localizado na Zona da Mata Norte do estado de Pernambuco que, de acordo com o IBGE, registrou uma população de 75.706 habitantes em 2011.¹¹

Na primeira década do Século XXI, a cidade apresentou um crescimento anual populacional de 1,61%, o que ficou acima da média Estadual de 1,06%. Esse crescimento populacional, provavelmente, foi devido à importância geopolítica que o município representa em sua microrregião.¹¹

Em 2012, Carpina possuía a rede de saúde composta por um hospital geral do SUS; treze unidades de diagnóstico e terapia, sendo três do SUS e dez particulares; além de outros serviços de média e alta complexidade, municipal e estadual.¹²

O presente estudo contou com a participação de mulheres que estiveram presentes nas USFs ou mediante a visita domiciliar nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais e ser cadastrada na USF de seu respectivo bairro.



A coleta de dados foi por meio de um questionário elaborado pelas autoras em agosto e setembro de 2012. As variáveis estudadas foram compostas por dados de caracterização socioeconômica e sanitária dos sujeitos assim como questionamentos a respeito das ações de prevenção primária, secundária e terciária do câncer de mama.

Para análise dos dados, calculou-se a frequência absoluta e relativa com o recurso dos softwares Excell 2007 e Epi Info versão 3.5.2. Adotou-se, assim, um nível de significância de 5%.

Todas as participantes foram previamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, respeitando-se a privacidade e o anonimato, assinando ou realizando a impressão digital do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução 196/96¹³, que trata da ética nas pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HUOC/PROCAPE sob CAAE: 04055912.0.0000.5192.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

◆ Perfil Sociodemográfico e Sanitário

A amostra total foi composta por 247 mulheres, com idades entre 18 a 88 anos, cuja caracterização sociodemográfica está descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das mulheres adscritas nas USFs de Carpina - PE, 2012.

Idade	n	%
18-39	125	50,6
40-69	106	42,9
>70	16	6,5
Estado civil		
Casada	95	38,5
Solteira	72	29,1
Viúva	30	12,1
Outros	50	20,3
Cor/Raça		
Parta	143	57,9
Branca	62	25,1
Preta	35	14,2
Outras	7	2,8
Escolaridade		
Analfabeta	16	6,5
Do 1 ^a a 4 ^a ano	58	23,5
Do 5 ^a a 8 ^a ano	54	21,9
Médio completo	84	34
Superior completo	10	4,0

Em relação à ocupação, 31% (77) desenvolviam alguma atividade remunerada, em diversas profissões formais ou informais. Porém, a maioria, 67,2% (166) eram donas de casa, não exercendo atividade remunerada ou esta não sendo de forma habitual. Quanto à renda familiar, 58,3% (141) referiam possuir uma renda de até um salário mínimo (baseado no salário mínimo de R\$ 622,00 no ano de 2012).

Das entrevistadas, 95,5% (236) tinham o domicílio localizado na zona urbana do município. Sobre o tipo de moradia, 99,6% (246) afirmavam morar em casa de tijolo/adobe; onde menos que a metade, 42,1% (104), tinha acesso a saneamento básico (coleta e tratamento do esgoto).

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam o conceito generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos, e de grupos populacionais, estão relacionadas com sua situação de saúde.¹⁴

◆ Prevenção Primária

A prevenção primária objetiva a promoção em saúde, cuja finalidade seria de diminuir ou anular o surgimento de patologias em pessoas ou grupos alertando-os para os fatores de risco.⁷

Com relação à neoplasia mamária, alguns fatores não são passíveis de mudanças, como a idade; história familiar; maior número de ciclos menstruais pela menarca precoce e/ou menopausa tardia; tecido mamário denso e terapias anteriores com radiação.¹

Outros fatores consideráveis de risco estão associados ao estilo de vida adotado pelas mulheres como a nuliparidade, ou a primeira gestação após os 30 anos; uso de contraceptivos orais e terapias hormonais que combina estrogênio e progesterona. Em contra ponto, o aleitamento materno e o exercício físico vem sendo apontados na literatura como fatores protetores à doença.¹

Práticas adotadas como o consumo nocivo de álcool, uso de nicotina, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade são elementos predisponentes para o



acometimento de várias doenças crônicas não transmissíveis, inclusive o câncer. Entretanto, o tabagismo se encontra como um dos fatores com efeito incerto sobre o risco de câncer mamário.^{1,15}

Pela possibilidade de se realizar intervenções que vão além dos modelos biomédicos de assistência, a educação em saúde constitui um conjunto de estratégias para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, abrangendo multideterminantes do

processo saúde-enfermidade-cuidado.¹⁶ Neste contexto indagou-se a despeito dos conhecimentos sobre o câncer de mama, por meio da realização de palestras e atividades fornecidas nas USFs, onde apenas 14,9% (37) das mulheres informaram ter recebido algum tipo de informação sobre a doença. Na figura 01, observamos as orientações a respeito dos fatores associados à neoplasia, as quais das 15,4% (38) que relataram ter recebido orientações sobre a prevenção da obesidade, 65,8% (25) tiveram seu índice de massa corporal (peso-altura) medidos na unidade como complementaridade da ação.



Figura 1. Orientações sobre os fatores associados ao câncer de mama em USFs de Carpina-PE, 2012.

Entre as tabagistas, 10,5% (26) da amostra, 50% (13) afirmaram ter recebido aconselhamentos para a substituição da nicotina. As mulheres que praticavam alguma atividade física representaram 31,7% (78) da amostragem, dessas, 33,3% (26) tinham 50 anos ou mais cuja regularidade era em média duas vezes por semana, sendo a caminhada o exercício de escolha em 69,2%.

Um estudo de caso controle sobre as práticas do exercício físico em mulheres na pós-menopausa, sugeriu que após os 50 anos a realização da atividade física parece ser mais efetiva na prevenção do câncer de mama do que na pré-menopausa. Quanto à periodicidade, quando realizada três ou mais vezes/semana pode exercer um efeito protetor para a doença.¹⁷

Nos cuidados para prevenir a neoplasia de mama, além da redução dos fatores que implicam algum risco, a prevenção consiste também em identificar mulheres com risco elevado. Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) em documentação de

consenso, após a idade avançada (acima de 50 anos) o mais importante fator para o câncer de mama é a herança familiar, demonstrando um importante papel da predisposição na gênese desta neoplasia. Casos de câncer de mama hereditário representam apenas 5 a 10%, contudo, mesmo a maioria sendo de natureza esporádica, ressalta-se que mulheres com histórias significativas da doença na família têm um risco muito maior que a população em geral.¹⁸⁻⁹

De acordo com a análise da herança genética das participantes, de um total de 44 entrevistadas com história familiar de câncer de mama, 29,6% (13) referiram ter apenas um parente em primeiro grau (mãe/pai, irmã/irmão ou filha/filho) e 18,2% (8) relataram ter havido dois ou mais casos na família, independente do parentesco.

Entre as mulheres com antecedentes familiares de primeiro grau, ter a mãe ou irmã com casos desta neoplasia aumenta de 2 a 3 vezes o risco de câncer mamário do resto da população. E naqueles casos os quais ambas, a



mãe e a irmã, tiveram câncer de mama o risco aumenta em 6,5 vezes.²⁰

◆ Prevenção Secundária

A prevenção secundária prevê a realização de ações que abrangem o rastreamento, o diagnóstico e a detecção precoce da doença. O exame clínico minucioso das mamas e a mamografia são as principais estratégias de rastreamento na detecção precoce em nosso país.¹⁵

O INCA recomenda a mamografia bienal para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Já o rastreamento por meio do exame clínico das mamas, deve ser oferecido anualmente para todas as mulheres a partir dos 40 anos. A mamografia e o exame clínico anuais estão indicados a partir dos 35 anos de idade para as mulheres com antecedente familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, e/ou antecedente pessoal de hiperplasia atípica ou carcinoma lobular *in situ*.²¹

A ultrassonografia mamária, como exame complementar a mamografia, é recomendada em mulheres de alto risco e nas que possui mamas densas as quais o resultado mamográfico na maioria das vezes é insatisfatório.¹⁵ Já o autoexame das mamas não é preconizado como método exclusivo de rastreamento, pois não se observa redução na mortalidade apenas com o seu uso. Seu método é aconselhável como forma de autocuidado, oferecendo a mulher um conhecimento mais aprofundado das próprias mamas de forma a familiarizar-se com o contorno, tamanho, aspecto da pele e do mamilo.²¹

Com relação às características relacionadas às formas de detecção e rastreamento, 65,2% (161) relataram já terem feito o autoexame em algum momento da vida, entre as quais, 30,5% (46) têm o hábito de avaliar suas mamas mensalmente. Sua fácil realização incentiva à prática em mulheres de qualquer segmento sociocultural, contribuindo para a diminuição de casos avançados em locais onde existe carência dos métodos de imagem.²²

Na amostra, 42,9% (106) tinha idade entre 40 e 69 anos, as quais, 74,5% (79) nunca tiveram suas mamas examinadas clinicamente nas USFs. Dos profissionais que realizaram o exame, prevaleceu à classe médica (77,8% - 21), seguido pelos enfermeiros (22,2% - 6).

O exame físico das mamas tem um papel importante na prevenção do câncer o qual, além de conseguir detectar tumores superficiais de até um centímetro, o médico e enfermeiro aptos a realizá-lo têm a oportunidade de educar os usuários sobre os fatores associados ao surgimento do câncer, outras formas de rastreamento e detecção precoce, além de fornecer esclarecimentos sobre a composição e variabilidade da mama normal.²³

O percentual das pesquisadas entre 50 e 69 anos foi de 23,5% (58). Na tabela 02 observamos a adesão dessa faixa etária aos exames de rastreamento. Dentre as que confirmaram a realização da mamografia, apenas 62,1% (36) a fez entre 2010 até setembro de 2012, momento da realização da pesquisa.

Tabela 2. Realização dos exames de rastreamento entre as entrevistadas da faixa etária de 50 a 69 anos, Carpina-PE, 2012.

Exames de rastreamento	n	%
Mamografia	48	82,8
USG Mamária	29	50
Exame Clínico das mamas	17	29,3

A mamografia é usada como padrão ouro em programas de rastreamento populacionais por ser o mais importante método de diagnóstico. Diferentes estudos mostraram que sua contribuição reduz a mortalidade em 30% a 50%. Quando nos estágios iniciais da doença, em que o tumor habitualmente se encontra com menos de um centímetro, as chances de cura são da ordem de 90%.²⁴⁻⁵

Na Tabela 3 comparamos a realização da mamografia pelo público-alvo participante da pesquisa, com as razões dos municípios de Carpina e Recife (Capital). Evidencia-se que o local do estudo apresentou uma cobertura superior à da capital do estado nos anos de 2010 e 2011.²⁶



Tabela 3. Razão de mamografias realizadas por ano nas mulheres de 50 a 69 anos, Carpina, 2008-2011.

	2008	2009	2010	2011	Média
Recife*	0,11	0,1	0,09	0,13	0,10
Carpina*	0,18	0,15	0,12	0,16	0,15
Amostragem**	0,05	0,02	0,12	0,15	0,09

Fonte: *DATASUS (2012) e ** Amostra da pesquisa realizada em Carpina-PE, 2012.

Na pesquisa foi observado que apenas um quarto das mulheres que já realizaram a Mamografia e a USG das mamas, fizeram com o encaminhamento oferecido pela unidade de saúde cadastrada. E sobre os locais de realização desses exames, 67,4% (116) das participantes afirmaram terem feito no próprio município; 15,7% (27) na Capital e 11% (19) nas demais cidades próximas do interior do estado de Pernambuco. De modo que, 66,1% (109) foram realizados em instituições privadas conveniadas ao SUS contra 33,9% (56) nas redes públicas.

◆ Prevenção Terciária

O objetivo principal da prevenção terciária é reabilitar os doentes com patologias instaladas visando à recuperação ou a manutenção do equilíbrio funcional.⁸

São muitos os agravos que podem surgir após uma luta contra o câncer. Tanto a doença quanto o tratamento podem causar limitações motoras, sensitivas, dolorosas, cognitivas e psicológicas. A reabilitação traz um maior prolongamento da vida que através dos seus cuidados especializados proporciona uma melhora na qualidade de vida.²⁷

Na amostra, quando perguntadas sobre os locais que poderiam disponibilizar uma assistência multiprofissional voltada para as várias formas de reabilitação, cerca de 13,8% (34) citaram o município de estudo; 12,95% (32) a Capital e 3,64% (9) às demais cidades próximas. Entretanto, a falta de conhecimento com relação a disponibilidade desse tipo de serviço foi evidenciada por 60,7% (150) das entrevistadas.

Muitas vezes, mulheres que são acometidas pelo câncer mamário e que participam de núcleos de reabilitação não apresentam grandes alterações na qualidade de vida, de um modo global. O fato de estarem recebendo apoio e orientação possibilita, a essas pacientes oportunidades para a troca de experiências e recuperação biopsicossocial.²⁸

É recomendado que o atendimento com terapeutas ou psicólogos, deva ser iniciado de imediato. Essa intervenção ajuda o paciente, seja com neoplasia inicial ou avançada, no enfrentamento da doença proporcionando redução da ansiedade, depressão, medo e angústia.²⁷ Já a recuperação física, tem como principal meta a prevenção de complicações que possam limitar movimentos do membro

superior após cirurgias de mastectomia, proporcionando seu retorno o mais breve possível a suas atividades profissionais, domésticas e afetivas.²⁹

CONCLUSÃO

Diante dos resultados alcançados, pôde-se constatar que há iniquidade com relação às ações de prevenção voltadas para o controle do câncer de mama na ESF do município estudado. Sobre a prevenção primária nas USFs, observa-se que a mesma deveria ser vista como prioritária na atenção primária à saúde, principalmente referentes à educação em saúde, o qual se percebe um distanciamento na representação entre este primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Único de Saúde.

Quanto à prevenção secundária, o acesso ao exame clínico da mama, aponta uma lacuna na Estratégia de Saúde da Família uma vez que se registrou uma alta ocorrência no número de mulheres que afirmaram nunca terem tido suas mamas examinadas clinicamente por algum profissional de saúde. Não obstante o exame clínico das mamas e a mamografia são práticas imprescindíveis para a detecção precoce do câncer de mama, cujo acesso precisa ser assegurado e facilitado pelos serviços de saúde.

Observou-se que o autoexame das mamas, mesmo não sendo recomendado como estratégia isolada no rastreamento das neoplasias mamárias, é o método de detecção mais utilizado pela amostragem. Contudo precisa-se aprofundar a técnica de realização deste exame assim como se estas mulheres têm o conhecimento de diferenciar sinais clínicos normais de possíveis características patológicas. Outro achado importante no estudo possibilitou conhecer o nível de conhecimento das participantes no que se refere aos locais (municípios) de reabilitação física e psicossocial, cerca de 60% não sabiam informar os locais de oferta desse tipo de serviço, sugerindo deslizos no acesso à informação sobre a rede de serviços de saúde que fornecem o segmento na recuperação e reabilitação.

Os desafios a serem enfrentados são muitos para o alcance de uma maior integralidade no controle do câncer de mama. Para o município



de Carpina-PE medidas que possam alertar e treinar os profissionais de saúde para a prática do exame clínico das mamas, bem como realizar ações que fortaleçam o conhecimento da população sobre os fatores de risco reconhecidos e a ampliação do número de encaminhamentos para a realização da mamografia são efetivas para a prevenção em sua atenção básica.

AGRADECIMENTOS

A todas as instituições e pessoas que contribuíram para tornar possível a elaboração desta pesquisa.

Ao PIBIC/CNPq pelo financiamento do projeto de pesquisa, à Universidade de Pernambuco (UPE) pela concessão da bolsa de Iniciação Científica.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde de Carpina e as enfermeiras e agentes comunitários de saúde atuantes nas equipes de Saúde da Família, pelo apoio e colaboração durante as coletas.

As pesquisadoras Anne Ingrid Gomes Ramos, Priscila Moraes da Paixão e Rebeca Lídia Gomes dos Santos.

REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society [Internet]. 2013. What is breast cancer? [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-what-is-breast-cancer>.
2. OMS (Organización Mundial de La Salud) [Internet]. Câncer de mama: prevención y control [Internet]. 2013 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2013 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Atlas da Mortalidade [Internet]. 2013 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: http://www.inca.gov.br/atlas/docs/Atlas_completo.pdf.
5. Rosa LM, Radunz V. Taxa de Sobrevida na Mulher com Câncer de Mama: estudo de revisão. Texto & contexto enferm [Internet] 2012 [cited 2013 Aug 16];21(4):980-9. Available from:
6. Costa RC, Rodrigues CRF. Users' perception of group-experienced health promotion practices in a family health basic unit. Rev APS [Internet] 2010 [cited 2013 Aug 16];13(4):465-75. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/836/392>.
7. Leavell H, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. New York (NY): MacGraw-Hill; 1976.
8. Oliveira CC, Reis A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. Rev. Physis [Internet] 2012 [cited 2013 Aug 16]; 22(4):1485-502. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400012
9. Paula G, Mendes K. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 July 16];6(3):697-8 Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2447/3362>.
10. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União; 9 dec 2005.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil Municipal - Carpina [Internet]. 2012 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: http://www2.transparencia.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=98754&folderId=219408&name=DLFE-32922.pdf.
12. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet] Brasília (DF); 2013 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União; 1996 Oct 16.
14. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Physis [Internet] 2007 [cited 2013 Aug 16];17(1):77-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.
15. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2nd ed. Brasília; 2013.
16. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ [Internet] 2000 [cited 2013 Aug 16];18(1):55-60. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi->



bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=18402&indexSearch=ID

17. Schimidtet (2008) apud Inumaru LE, Silveira EA, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2011 [cited 2013 Aug 16];27(7):1259-70. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/02.pdf>.

18. Leão MRC, Pinto ACO, Braga DB. Cuidados de Enfermagem nos Níveis de Prevenção da História Natural do Câncer de Mama. *Rev Percurso Acadêmico* [Internet] 2011 [cited 2013 Aug 16]; 1(2):270-86. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2285>.

19. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. Câncer de Mama - Prevenção Primária [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2011 [cited 2013 July 15]. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/025.pdf.

20. Molina C, Villarroel V, Arata G, La Cruz J. Importancia de la historia familiar en el cáncer de mama y ovario. Venezuela: *Rev Venez Endocrinol Metab* [Internet] 2008 [cited 2013 Aug 16]; 6(3):25-9. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102008000300006.

21. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Programa nacional de controle do câncer de mama [Internet]. 2013 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/.

22. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2011 [cited 2013 Aug 16];27(7):1433-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018.

23. Nai G, Vilhegas RB, Jacob MF, Martins JF, Lopes CCB, Oliveira KS. Projeto de extensão universitária de orientação sobre o câncer de mama. *RBM Rev Bras Med* [Internet] 2008 [cited 2013 Aug 16];66(10):[about 5 p.]. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4128.

24. Silva RC. Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento: elementos para a discussão das condições

essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Bibliot Saúde Pub.; 2012.

25. Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP). A importância da mamografia [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: <http://www.hcp.org.br/index.php?i=12¬icia=140>.

26. Ministério da Saúde. DATASUS. Razão de mamografias realizadas por ano segundo Município no Período de 2007-2011 - Pernambuco. Brasília; 2011.

27. Brito CMM, Lourenção MIP, Bazan MSM, Mellik O, Santos PP, Imamura M et al. Câncer de mama: reabilitação. *Rev Acta Fisiátrica* [Internet] 2012 [cited 2013 Aug 16];19(2):66-72. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretriz/s11/cancer_de_mama_reabilitacao.pdf.

28. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Rev Acta Paul Enferm* [Internet] 2013 [cited 2013 Aug 16];26(1):93-100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100015&script=sci_arttext.

29. Caetano EA, Panobianco MS, Grandim CVC. Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. *Rev Eletr Enf* [Internet] 2012 [cited 2013 Aug 16];14(4):965-73. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17112/13362>.



Submissão: 07/11/2013

Aceito: 16/08/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Magaly Bushatsky

Av. Boa Viagem, 296 / Ap. 1202

Bairro Pina

CEP 51130-000 – Recife (PE) Brasil