



AÇÕES NA PREVENÇÃO DO EXAME DE CÂNCER DE MAMA NA CONSULTA DO ENFERMEIRO

ACTIONS IN THE PREVENTION OF BREAST CANCER EXAMINATION IN THE NURSES' CONSULTATION

ACCIONES EM LA PREVENCIÓN DEL EXAMEN DE CÁNCER DE MAMA EN LA CONSULTA DEL ENFERMERO

Dayane Carla Oliveira da Fonseca¹, Felipe Torres da Silva², Nicelha Maria Guedes dos Santos³,
Rejane Marie Barbosa Davim⁴

RESUMO

Objetivo: descrever as ações na prevenção do exame de câncer de mama (ECM) na consulta do enfermeiro em sua prática no exame de Papanicolaou. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido nos municípios de Coronel Ezequiel/RN e Espírito Santo/RN. A população constou de todos os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada. **Resultados:** o estudo mostrou conhecimento satisfatório dos enfermeiros na indicação do ECM nas assintomáticas e quais condutas a serem tomadas nas consideradas de risco. **Conclusão:** a pesquisa revelou lacunas no conhecimento quanto ao período para o ECM, idade recomendada para a mamografia e melhor exame indicado no diagnóstico precoce do ECM. **Descritores:** Câncer de Mama; Prevenção Primária; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to describe the actions in the prevention of the breast cancer examination (BCE) in the nurse consultation in its practice in the Papanicolaou exam. **Method:** descriptive-exploratory study, with quantitative approach, developed in the municipalities of Coronel Ezequiel/RN and Espírito Santo/RN. The population was all the nurses of the Family Health Strategy. Data were collected through a structured interview. **Results:** the study showed a satisfactory knowledge of the nurses in the indication of the BCE in the asymptomatic ones and which behaviors were taken in those considered at risk. **Conclusion:** the research revealed gaps in the knowledge regarding the period for BCE, the recommended age for mammography and the best test indicated in the early diagnosis of BCE. **Descriptors:** Breast Cancer; Primary Prevention; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: describir las acciones en la prevención del examen de cáncer de mama (ECM) en la consulta del enfermero en su práctica en el examen de Papanicolaou. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cuantitativo, desarrollado en los municipios de Coronel Ezequiel/RN y Espírito Santo/RN. La población constó de todos los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. Los datos fueron recogidos por medio de entrevista estructurada. **Resultados:** el estudio mostró conocimiento satisfactorio de los enfermeros en la indicación del ECM en las asintomáticas y cuáles conductas son tomadas en las consideradas de riesgo. **Conclusión:** la investigación reveló lagunas en el conocimiento en el período para el ECM, edad recomendada para la mamografía y mejor examen indicado en el diagnóstico precoz del ECM. **Descriptor:** Cáncer de Mama; Prevención Primaria; Salud de la Mujer.

¹Enfermeira graduada pela Universidade Potiguar de Natal/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: dayaneerbd@hotmail.com; ²Enfermeiro graduado pela Universidade Potiguar de Natal/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: felipenatalmar@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Potiguar de Natal/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: nicelha@unp.br; ⁴Enfermeira Obstetra, Professora Doutora em Ciências da Saúde/UFRN, Preceptora no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha/MS. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejanemb@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo a segunda principal doença crônica não transmissível. Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA), até o ano de 2030 é esperada uma carga global de 21,4 milhões de novos casos de câncer e 13,2 milhões de mortes. Dentre os cânceres, o de mama é o tipo de neoplasia que mais acomete mulheres e continua sendo a maior causa de óbitos nesta população. No Brasil, as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama (CM) e câncer de colo de útero (CCU) continuam em alta.¹

Embora tenha havido melhoria no diagnóstico e qualidade das informações, tem-se em vista que parte dessas altas taxas está relacionada às dificuldades de acesso da população feminina aos serviços de saúde; baixa cobertura populacional e rastreamento da faixa etária preconizada à disponibilidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dificultam o comportamento de prevenção às usuárias. O CM apresenta bom prognóstico quando detectado em estágios iniciais, porém o índice de mortalidade no Brasil ainda continua muito elevado provavelmente porque o diagnóstico está sendo detectado em estágios avançados. A sobrevivência em países desenvolvidos nos últimos cinco anos foi de 85%, enquanto nos em desenvolvimento permanece com valores entre 50% e 60%.¹

Apesar de se contar com métodos simples para o diagnóstico precoce para CM, o mesmo continua com maior incidência ocupando o primeiro lugar das neoplasias na população feminina, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. É provavelmente o mais temido devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos no que se refere à sexualidade e imagem pessoal. Relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas, acima desta faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente, não podendo ser evitado; todavia, algumas das etapas da história da doença são conhecidas e fatores de risco, entre os quais se destacam: sexo, avanço da idade, menarca precoce, história familiar de CM, menopausa tardia, primeira gestação tardia, obesidade, exposição à radiação ionizante em altas doses, tabagismo e mutações genéticas. Tanto o CM quanto o CCU são considerados de bom prognóstico se diagnosticados e tratados precocemente. O diagnóstico em fase avançada da doença parece ser o maior responsável pela manutenção das taxas de mortalidade elevadas. Acometem, preferencialmente, mulheres por volta dos 50 anos de idade,

contudo, nas últimas décadas, tem sido observado a nível mundial aumento na incidência dessa neoplasia inclusive em faixas etárias mais jovens.²

As jovens com menarca precoce ou idade inferior aos 12 anos e menopausa tardia após os 50 anos de idade têm em comum fator de exposição prolongada ao hormônio estrogênio como risco para o CM. Sabendo-se que a prevenção constitui a forma mais eficiente para minimizar o câncer e suas consequências, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a atenção básica como porta de entrada do sistema e ponto preferencial do usuário para ter contato com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).³

Sabe-se que a detecção precoce do tumor em estágio inicial favorece tratamento que pode erradicar totalmente a doença. A detecção precoce do tumor pode se dar por meio do autoexame de mama (AEM) mensalmente; exame clínico das mamas (ECM) anualmente e a mamografia que consiste em exame radiológico. A importância do ECM na consulta da prática ao Papanicolaou se dá pela possível detecção precoce de um tumor e pode confirmar até 70% dos casos.⁴

A mamografia ainda tem seus mitos provocados pelo desconforto no momento do exame, porém sendo este brando e suportável, no entanto há mulheres que ainda têm dificuldades em aderirem a esta prática. A mamografia é considerada o principal método de diagnóstico de uma neoplasia mamária em estágio inicial permitindo detecção de alterações não palpáveis e favorecendo terapêutica mais eficaz e menos agressiva.⁵

No entanto, tendo em vista que a neoplasia mamária pode desencadear sentimentos negativos nas mulheres, os mesmos também serão relacionados na alteração da qualidade de vida dessa população, por exemplo, medo do diagnóstico, possível cirurgia, incerteza no prognóstico, efeitos colaterais durante o tratamento, sofrimento quanto às dores e enfrentarem a possibilidade da morte.⁶

Tendo em vista a atuação do enfermeiro na ESF e de acordo com as Portarias de nº 648/2006 e 1625/2007 estabelecem como atribuições específicas a consulta do enfermeiro; a Resolução do COFEN-358/2009 regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); a Resolução 381/2011 normatiza execução pelo enfermeiro na coleta de material para citopatologia oncológica pelo método de Papanicolaou e a Portaria 1.473/2011 instituiu fortalecimento das ações de prevenção, qualificação do diagnóstico e tratamento do CCU e CM, indicando o

enfermeiro como um dos profissionais responsáveis pela prevenção e detecção precoce do CM, tendo em vista que atualmente é esse profissional que, durante a consulta do enfermeiro, exerce o exame de Papanicolaou, compreendendo-se que o mesmo necessita estar devidamente preparado para esta função como principal agente na prevenção ao CM;⁷ também é levado em conta o impacto que o CM venha influenciar na vida da mulher. Assim, por ser este um órgão de simbologia corpórea na feminilidade, maternidade e sensualidade que pode interferir na autoimagem da mulher, faz-se necessário desenvolvimento de estratégias para minimizar efeitos físicos e psicossociais, assim como melhorar a qualidade de vida, tanto da mulher quanto de seu grupo social.⁸

Foi identificado em um estudo (o quê?) de corte transversal desenvolvido na cidade de Dourados/MS, entre os meses de fevereiro e dezembro de 2008, com 393 mulheres cadastradas na ESF, com faixa etária entre 40-69 anos de idade e residentes há no mínimo 12 meses neste município com uma abrangência de 16 equipes de saúde da família na área urbana. Dentre os resultados, identificaram que fatores socioeconômicos e a prática na prevenção do CM revelaram que as mulheres de maior nível educacional e renda são mais acessíveis quanto às medidas de rastreamento e que têm conhecimento sobre o AEM. Identificaram ainda que metade das mulheres entrevistadas não conhece nenhum fator de risco para a doença e entre as que possuem este conhecimento, cerca de 30% relataram apenas um fator e 2,8% quatro diferentes fatores, número máximo citado pelas mulheres. Tais resultados sugerem que os fatores de risco são pouco abordados nas ações de educação em saúde com a população estudada.⁹ Dessa forma, faz-se necessário que os profissionais da saúde sejam ativos no sentido de conhecer a população e comunidade com a qual trabalha por meio de visitas domiciliares, visto que com essa aproximação e contato torna-se imprescindível pensar em estratégias que atinjam todos os níveis socioculturais.

Não obstante tantas informações sobre o CM divulgado na mídia, observa-se em sua maioria informações acerca dos métodos de detecção e rastreamento precoce, sinais e sintomas, porém notam-se ainda falhas na divulgação dos fatores envolvidos na gênese da doença que contribuem para o desenvolvimento dessa neoplasia. Estudos mostram que os fatores de risco são pouco conhecidos pelas usuárias e também na sua maioria não abordados nas ações educativas

com a população.¹⁰

Sempre houve controvérsias quanto ao rastreamento mamográfico. Na Europa, a maior parte dos programas organizados indica início do rastreamento aos 50 anos.¹¹ Como a idade é o maior fator de risco, as idosas se beneficiam mais com menos danos, uma vez que a prática é bem menor que na população jovem.¹² Faz sentido o rastreamento não indicado entre 40-49 anos dado o objetivo maior em reduzir a mortalidade, sendo esta a recomendação em vários países como Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Itália, Polônia, Holanda e Reino Unido.¹³

Em estudo qualitativo foi identificado que as usuárias em tratamento para CM tiveram pouca orientação dos profissionais da saúde no manejo medicamentoso, concluindo que estes profissionais deveriam educar esta população quanto às estratégias para o manejo dos sintomas relacionados aos medicamentos dessa neoplasia.¹⁴

Destarte, quanto aos meios de prevenção e detecção precoce que existem em casos de controle de neoplasias mamárias são notórios o desconhecimento sobre essas medidas, falta de acesso aos serviços de saúde e condições ligadas às questões culturais que determinam a alta incidência de casos de CM no país.¹⁵ Dessa forma, tem-se observado que falta de informações na prática clínica referente às neoplasias mamárias no que diz respeito à terapêutica dessas usuárias poderá ser associada à falta de controle adequado aos eventos adversos desse tratamento e, conseqüentemente, ao agravamento da sintomatologia.

Estudo exploratório transversal de corte qualitativo desenvolvido em 2008, tendo como amostra mulheres com CM em idade de 25 anos, identificou que as barreiras de acesso aos serviços relacionavam-se às socioculturais e as mais citadas falta de informações sobre a doença muitas vezes causada pela baixa escolaridade das usuárias. Falta de conhecimento sobre CM a busca pelo tratamento mesmo havendo manifestações sintomáticas como nódulos, eritemas e edema que na maioria das vezes a mulher, amigos e familiares dão outro significado a estes sinais, minimizando a sintomatologia e daí não reconhecendo a gravidade do caso. Assim, a falta de conhecimento associada aos mitos em torno da doença vincula-se ao diagnóstico tardio do CM.¹⁶

É de fundamental importância informações fornecidas a estas mulheres portadoras de CM em tratamento, em especial pelos enfermeiros no momento da consulta ou visita domiciliar, para tentar minimizar o impacto

que advém dos medicamentos com acolhimento amigável, administração das medicações e referência quanto aos riscos/benefícios que as mesmas podem ter diante da quimioterapia, não priorizando só a doença com maior atenção à parte biológica da usuária, mas também o mundo do seu corpo, no sentido sociológico.¹⁷

Questiona-se, portanto, diante destas considerações se o enfermeiro está capacitado e tem conhecimento suficiente para a prática do ECM, se está hábil para tal procedimento e se durante o exame de Papanicolaou desenvolve o ECM além de orientar a usuária sobre o AEM.

Este estudo se justifica pelo fato de o CM se revelar como uma doença de alta morbimortalidade. A motivação também foi reforçada durante a graduação ao conviver com uma companheira de turma diagnosticada com nódulo mamário. A observação se deu a partir dessa experiência como também durante as aulas práticas e estágios curriculares observando-se que os enfermeiros da ESF se limitavam apenas ao exame de Papanicolaou. Tal observação estimulou os pesquisadores a pensar na prática como uma ação que envolve todos e a vida humana.

A relevância do estudo é de que o mesmo possa proporcionar aos enfermeiros reflexão sobre sua prática, entendendo que a partir do momento que se assume uma função na ESF necessita-se de preparo teórico/prático para desenvolver todas as ações pertinentes aos usuários. Espera-se que o estudo possa contribuir para que as usuárias tenham suas necessidades atendidas e direitos respeitados no que se refere à prevenção do CM e que novas pesquisas abordem a temática. Diante dessas considerações, teve-se como objetivo descrever as ações na prevenção do ECM na consulta do enfermeiro durante a prática do exame de Papanicolaou.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Espírito Santo, no Estado do Rio Grande do Norte (RN). A população foi constituída por todos os enfermeiros da ESF dos municípios de Coronel Ezequiel (RN) e Espírito Santo (RN); a amostra foi definida com três de Coronel Ezequiel e cinco do Espírito Santo.

A coleta de dados foi por meio de entrevista estruturada e, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, informados a respeito da garantia e liberdade, bem como

do direito de desistir em qualquer fase sem prejuízo para sua imagem e assistência.

Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2015 e, a partir das informações obtidas, processados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Para a análise descritiva, utilizou-se distribuição de frequência com percentuais fundamentada na literatura pertinente.

Quanto aos aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa com seres humanos, a ética permeou a pesquisa incluindo os princípios da bioética de beneficência; não maleficência; autonomia e o princípio de justiça. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar de Natal (UnP/RN) e Parecer Consubstanciado CAAE de nº 45440615.8.0000.5296.

RESULTADOS

Os participantes do estudo eram enfermeiros de idade entre 20 e 50 anos; 50% de 31 a 40 anos; 37% entre 20 e 30 anos; e 13% de 41 a 50 anos. Destes, 50% casados, 38% solteiros e 12% em união estável. Quanto ao sexo, 88% do sexo feminino e 12% masculino. Observou-se que 62% têm menos de cinco anos de formação e 38% de seis a dez anos; 87% possuem especialização em alguma área específica, 13% apenas graduados e 100% dos enfermeiros atuavam na ESF há menos de cinco anos; 87% afirmaram que há indicação do ECM em mulheres assintomáticas e que o melhor período para a prática deste exame é de três a cinco dias após a menstruação; 87% responderam que a idade preconizada para solicitação da mamografia é de 40 anos e 13% indicam 50 anos de idade; quanto ao exame mais recomendado para o diagnóstico precoce do CM informaram em 37% a mamografia e 63% optaram por ser mais de uma alternativa afirmando não existir apenas um único exame mais preconizado.

Com relação a se sentirem preparados para a prática do ECM na UBS, 100% responderam afirmativamente; quanto à conduta diante de mulheres de 35 anos com alto risco para desenvolverem o CM, 75% responderam que o procedimento mais viável seria o ECM e solicitar mamografia; 13% ECM e 12% que estas usuárias deveriam ser encaminhadas ao mastologista; referente ao ECM no momento da consulta do exame de Papanicolaou, 75% o fazem, 12% responderam que não e 13% somente algumas vezes.

Em relação às orientações fornecidas às usuárias quanto ao CM no momento da coleta ao Papanicolaou, 100% afirmaram que

orientam como praticar o AEM a partir dos 20 anos; importância das consultas periódicas e exames complementares; 50% afirmaram que demonstram como praticar o AEM e os outros 50% somente às vezes. Foi identificado também em 100% que nas UBS inexistia material educativo para demonstração do AEM que possibilite ao enfermeiro essa prática.

DISCUSSÃO

O AEM é a prática mais adotada entre as mulheres, porém não é a recomendada pelo MS que preconiza como principais estratégias de rastreamento populacional um exame mamográfico a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos e ECM anualmente para as de 40 a 49 anos. O ECM deve ser uma prática para todas as mulheres que procuram o serviço de saúde independente de faixa etária por ser esta conduta parte do atendimento à saúde da mulher. Para as consideradas de risco elevado para CM, recomenda-se o ECM e mamografia anualmente, a partir de 35 anos.¹⁸ O exame mais indicado para rastrear o CM é a mamografia por identificar lesões não palpáveis, sendo os de imagem recomendados para rastreamento do CM no Brasil, gerando impacto na mortalidade.³ Neste estudo, os enfermeiros (87%) informaram que a idade preconizada ideal para solicitar a mamografia seria de 40 anos, divergindo do que recomenda o MS; apenas 13% afirmaram idade ideal a partir dos 50 anos.

De acordo com a literatura, dados sociodemográficos apontaram que a faixa etária entre 40 e 49 anos de idade contribui para o aumento do CM, relatando ainda que no Brasil entre os anos de 1996 e 2000, nos estados de Goiânia, São Paulo e Manaus, 60 a 70% dos casos novos ocorreram na faixa etária entre 40 e 69 anos de idade.³

Um estudo descritivo transversal desenvolvido com 137 enfermeiros de um Hospital Público Universitário em Porto Alegre/RS nos meses de março a setembro de 2013 teve como objetivos avaliar o conhecimento desses profissionais nas áreas de CM e CM hereditário; o conhecimento sobre epidemiologia da doença, fatores de risco, diagnóstico, detecção, tratamento e conhecimento dos critérios para diagnóstico e encaminhamento das usuárias. Os resultados demonstraram que é indispensável uma abordagem fortalecida da equipe multidisciplinar; que os enfermeiros estejam conscientes e informados sobre atitudes educativas e clínicas na prevenção e detecção precoce do CM, sobretudo o hereditário; que o conhecimento e ações atualmente desempenhadas pelos enfermeiros nesta área

são fundamentais para definir treinamento necessário para esses profissionais; detectaram também baixo nível de conhecimento a respeito da estratégia recomendada para a mamografia em mulheres.¹⁹

Foi desenvolvido um estudo descritivo-quantitativo no estado do Maranhão entre os meses de julho de 2007 e janeiro de 2008, tendo como foco avaliação das práticas preventivas entre mulheres de 10 a 49 anos de idade com faixa etária fora do preconizado pelo MS e uma população de 3360 por amostragem conglomerada, perfazendo 30 com 112 por conglomerado. Os resultados demonstraram que mesmo sendo comprovada a eficácia dos métodos preventivos, estes são pouco utilizados entre as mulheres maranhenses. Embora poucas pratiquem o AEM, observou-se que o ECM é a prática preventiva mais desenvolvida no Maranhão com importante aumento nos últimos dez anos. Destaca-se a necessidade de orientação mais efetiva em relação aos demais métodos para mobilizar as usuárias à adoção de tais práticas.²⁰

Estudo transversal e inferencial desenvolvido com médicos e enfermeiros da ESF da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Mossoró (RN), em março de 2009, focando questões autoaplicáveis e a amostra constou de 33 médicos e 47 enfermeiros. Os pesquisadores tinham como objetivos a caracterização sociodemográfica dos pesquisados, tempo de formação e experiência profissional; conhecimento em relação às recomendações preconizadas pelo MS sobre detecção do CM; atitudes em comparação à qualidade do atendimento integral à saúde da mulher; e condutas clínicas para detecção do CM. Evidenciou-se falta de conhecimento dos profissionais sobre qual o melhor período para o ECM, porém 68% dos enfermeiros relataram sentirem-se preparados para tal prática; falta de conhecimento quanto à idade recomendável para solicitar a primeira mamografia; falta de rastreamento mamográfico e deficiência em relação à conduta em mulheres jovens (35 anos) assintomáticas pertencentes ao grupo de risco para CM (12%), bem como deficiência na promoção em saúde sobre câncer, tendo em vista mobilização e conscientização para o cuidado com o bem-estar da população Mossoroense.²¹

Os exames mais indicados para detecção precoce em mulheres a partir dos 35 anos de idade com risco de desenvolverem CM é o ECM e a mamografia anual.¹⁸ Esta afirmação vem corroborar com esta pesquisa porque os

pesquisadores afirmaram em 75% que os exames mais recomendados para o diagnóstico precoce de mulheres com CM a partir de 35 anos seriam o ECM e a mamografia. É considerado grupo de risco mulheres que preencham ao menos um destes requisitos:

Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de 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.^{18:7}

É de relevância fundamental que nas consultas o enfermeiro tenha sempre em mente o ECM para detectar lesões palpáveis e reforçar a importância de se ter estratégias para detecção precoce dessa neoplasia; a população deve ter amplo acesso a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas, devendo ser iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis, especialmente na Atenção Básica.³

Em pesquisa qualitativa desenvolvida com seis mulheres mastectomizadas no município de Santa Rosa (RS) pela equipe de UBS (enfermeiros/médicos) com acesso aos familiares em encontros ao Grupo “Mama Viva” identificou-se que as dificuldades inerentes ao tratamento dessas mulheres podem estar relacionadas às perspectivas que as mesmas têm ao receberem o diagnóstico da doença e iniciam em suas vidas três etapas das mais difíceis, como estar com câncer pode significar uma palavra carregada de sentimentos negativos na sociedade; tratamento longo, agressivo, doloroso e que, em determinadas ocasiões, há necessidade de retirada parcial ou total da mama para melhor qualidade de vida e a própria aceitação de seu corpo marcado e viver com essa imagem de mutilação. O impacto desse diagnóstico provoca tanto na família quanto na sociedade um estigma que repercute com incertezas deixando todos refletirem sobre a finitude humana. O tempo disponível para ficarem juntos parece infinito diante da possibilidade de perda, as relações passam a ser pensadas, revisadas no sentido de maior reaproximação e ver o outro além de si mesmo. Este impacto pode também estar relacionado ao medo do desconhecido que envolve a doença, perspectiva de um futuro incerto, sofrimento e morte.²²

Corroborando com estes autores, em um trabalho desenvolvido para obtenção do título de Especialista em Psicologia Oncológica no

Rio de Janeiro (RJ), por meio de revisão de literatura, foi identificada de fundamental importância a atuação do psicólogo no suporte às usuárias com CM e familiares no momento de confirmação desse diagnóstico, o qual transcorre com muito sofrimento, ansiedade e angústia. Quando em fase de tratamento, a experiência dessas usuárias está relacionada por perdas físicas e financeiras atreladas, também, à depressão e diminuição da autoestima, havendo necessidades constantes de adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais e emocionais que são constantes na vida dessas mulheres e família.²³

Em estudo observacional de coorte prospectivo desenvolvido em um Hospital Público de Ensino e uma Unidade de Quimioterapia de uma Clínica Privada, entre maio de 2012 e setembro de 2013, com 64 mulheres com diagnóstico comprovado de CM e idade superior a 18 anos com tratamento quimioterápico iniciado no prazo determinado, os autores investigaram possíveis impactos que esta doença e o tratamento acarretam à qualidade de vida dessas mulheres nas duas instituições. Observaram impactos nas funções físicas, sexuais e sociais, sintoma de dor, imagem corporal, efeitos sistêmicos e perspectivas futuras que comprometem a qualidade de vida dessas usuárias. Referem ainda que na atualidade o acesso às informações sobre o CM ocorre de forma diferenciada, tendo em vista as características da população dando impacto para detecção do diagnóstico, início da terapêutica e condições de vida das mulheres acometidas por esta neoplasia.²⁴

Um estudo exploratório de coorte transversal do tipo inquérito populacional no município de Maringá (PR) analisou a prevalência e fatores associados à prática da prevenção secundária do CM em mulheres com idade entre 40 e 69 anos. Os autores observaram que a prevalência para o AEM foi de 64,5%; ECM 71,5%; e mamaografia 79%. Os fatores que influenciaram para o exercício dessas ações relacionaram idade, escolaridade, raça, classe econômica, religião e terapia hormonal. A classe econômica juntamente com a escolaridade tem influência significativa nas práticas preventivas, ou seja, quanto maior o nível socioeconômico, maior o desenvolvimento dessas práticas. As orientações a respeito do AEM devem estar sempre ao alcance de todas as mulheres na faixa etária de risco, independente de classe socioeconômica, diminuindo o diagnóstico tardio e mortes desnecessárias, aumentando assim as chances de cura para o CM.

Identificaram ainda que a educação a respeito desse exame seja dificultada pela falta de material demonstrativo para sua prática nas UBS.²⁵ Nesta pesquisa foi identificado que 100% dos enfermeiros da ESF orientam o AEM a partir de 20 anos no momento do exame de Papanicolaou; 50% fazem sua demonstração às usuárias; e 50% afirmaram que raramente, confirmando neste estudo que também 100% dos enfermeiros afirmaram não disporem de material demonstrativo para a prática do AEM.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros nas consultas do exame de Papanicolaou atuam em ações preventivas de forma educativa com orientações a respeito do AEM e de forma prática o ECM. No que diz respeito ao conhecimento dos enfermeiros sobre as condutas e exames que detectam precocemente o CM, a resposta foi satisfatória quanto à indicação do ECM em mulheres assintomáticas, quais condutas devem ser tomadas diante dos casos de risco para o desenvolvimento do CM; orientações quanto ao AEM e prática do ECM durante as consultas, no entanto revelou lacunas no conhecimento dos enfermeiros quanto ao melhor período para o ECM; idade recomendada para mamografia e qual exame mais indicado ao diagnóstico precoce do CM. Embora se tenha detectado deficit no conhecimento desses enfermeiros sobre prevenção do CM, esses profissionais afirmam sentirem-se preparados para a prática do ECM durante as consultas no exame de Papanicolaou.

As UBS não têm material educativo necessário para ações de prevenção como mamas artificiais que possibilitem demonstração às usuárias da técnica correta para o AEM. Sendo assim, entende-se que é premente aquisição desse material nos municípios estudados.

Há necessidade de investimentos por parte desses municípios na educação permanente para os enfermeiros, tendo em vista que esses profissionais devem estar atualizados quanto às normas e rotinas dos programas preconizados pelo MS, além de fornecerem condições de trabalho que atendam às necessidades das usuárias.

Propõe-se desenvolvimento de oficinas de estudo com os enfermeiros sujeitos deste estudo a fim de apresentar e discutir os resultados encontrados, como também desencadear sentimentos de reflexão e, consequentemente, mudanças na prática assistencial, tornando-se a grande diferença, já que a atenção básica em saúde trabalha, sobretudo, com prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2014. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2014 [cited 2016 June 15]. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer de mama. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2012 [cited 2016 June 14]. Available from: <https://www.google.com.br/?ion=1&espv=2#q=C%C3%A2ncer+de+Mama>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2013 [cited 2016 June 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf
4. Molina L, Dalben I, Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2003 [cited 2016 June 15];49(2):185-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n2/16215.pdf>
5. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev Saúde Públ [Internet]. 2005 [cited 2016 July 13];39(3):340-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf>
6. Sales CACC, Paiva L, Scanduzzi D, Anjos ACCY. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2001 [cited 2016 July 13];47(3):263-72. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo2.pdf
7. COFEN. Resolução nº 381/2011. DOU nº 140 p. 229 - Seção 1. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3812011_7447.html
8. Padovani C, Pinto KRTF, Laqui IS, Bernardy F, Carreira CM. Risk factors of breast cancer: knowledge by a group of obese women. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 July 12];10(7):2319-27. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7931/pdf_10490 doi: [10.5205/reuol.20-8786-1-LE.0101200715](https://doi.org/10.5205/reuol.20-8786-1-LE.0101200715)

9. Batiston PA, Tamaki ME, Souza AL, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 13];11(2):163-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n2/a07v11n2.pdf>
10. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Factors associated with lack of mammograms and clinical breast examination by women: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2016 July 13];24(11):2623-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100017
11. Calonge N, Petitti DB, DeWitt TG, Gregory KD, Grossman D, Isham G, et al., Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med* [internet]. 2009 [cited 2016 July 26]; 151(10):716-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920272%20?tool=bestpractice.bmj.com>
12. Jeanne S, Mandelblatt MD, Kathleen AC, Stephanie B, Donald AB, Harry J, et al., Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* [internet]. 2009 [cited 2016 July 26]; 151(10):738-47. Available from: <http://annals.org/article.aspx?articleid=745257>
13. Giordano DL, Von KL, Tomatis M, Majek O, Wolf C, Lacucki L et al. Mammography screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. *J Med Screen* [internet]. 2012 [cited 2016 July 26]; 19 suppl 1:72-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972813>
14. Molassiotis A, Sticker CT, Eaby B, Velders L, Coventry PA. Understanding the concepts of chemotherapy-related nausea: the patient experience. *Eur J Cancer Care* [Internet]. 2008 [cited 2016 July 12];17(5):444-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18637116>
15. Santos RS, Melo ECP. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro; câncer de mama e colo de útero. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 23]; 15(2):410-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200026&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Nigenda G, Caballero M, Gonzáles-Robledo ML. Access barriers in early diagnosis of breast cancer in the Federal District and Oaxaca. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2009 [cited 2016 July 12];51(2):254-62. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342009000800016&script=sci_arttext&tlng=es
17. Oliveira DFL, Valente GSC. The nurse in educational practice together with the family of clients with breast cancer submitted to chemotherapy. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2016 July 12];8(supl.3):4071-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5200/pdf_6621 doi: [10.5205/reuol.20-8786-1-LE.0101200715](https://doi.org/10.5205/reuol.20-8786-1-LE.0101200715)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA). Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [Internet]. 2004 [cited 2016 July 25]. Available from: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>
19. Prolla, CMD, Silva OS, Oliveira Netto CB, Goldim JR, Ashton-Prolla P. Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 23]; 23(1):90-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf
20. Lima ALP, Rolim NCOP, Gama MEA, Pestana AL, Solva EL, Cunha CLF. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 12];27(7):1433-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000700018&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Jácome EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 12];57(2):189-98. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conheciment_o_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf

22. Bervian PI, Girardon-Perlini NMO. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após mastectomia. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2006 [cited 2016 July 23];52(2):121-8. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf

23. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2008 [cited 2016 July 23];50(1):55-63. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf

24. Garcia SN, Galdino C, Castro GC, Jacowski M, Guimarães PRB, Kalinke LP. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 July 23];36(2):89-96. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaDeEnfermagem/article/view/45718/34194>

25. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2016 July 23];27(5):888-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500007

Submissão: 09/03/2016

Aceito: 01/09/2016

Publicado: 01/10/2016

Correspondência

Rejane Marie Barbosa Davim
Avenida Amintas Barros, 3735
Condomínio Terra Brasilis
Bloco A, Ap. 601
Bairro Lagoa Nova
CEP 59056-215 – Natal (RN), Brasil