



MULHERES COM ALTERAÇÕES MAMOGRÁFICAS: TRAJETÓRIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

WOMEN WITH MAMMOGRAPHIC CHANGES: JOURNEY ON A BASIC HEALTH UNIT

MUJERES CON ALTERACIONES MAMOGRÁFICAS: TRAYECTORIA EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD

Manoela Mendes Sousa¹, Elisabeth Niglio de Figueiredo², Valterli Conceição Sanches Gonçalves³, Maria Gaby Rivero Gutiérrez⁴

RESUMO

Objetivo: descrever a trajetória de usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que apresentaram mamografia alterada. **Método:** estudo descritivo, realizado em amostra de 20 mulheres com mamografia alterada, dentre as 664 que realizaram esse exame de janeiro de 2013 a junho de 2014, em uma UBS da região Sudeste do município de São Paulo (SP), Brasil. **Resultados:** 12 mulheres apresentaram resultado mamográfico BI-RADS[®]0; cinco BI-RADS[®]3 e três BI-RADS[®]4. Delas, três tiveram diagnóstico de câncer e, no seguimento, duas não retornaram para consulta. O tempo transcorrido entre a realização dos exames, encaminhamento ao mastologista, biópsia e tratamento variou de 1 a 3 meses em cada etapa. O início do tratamento deu-se após 1 a 3 meses do diagnóstico. **Conclusão:** há necessidade de controle mais eficaz para diminuir o tempo de espera para consultas ou encaminhamentos a fim de possibilitar tratamentos menos agressivos e aumentar as chances de cura. **Descritores:** Neoplasias da Mama; Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the journey of users of a Basic Health Unit (BHU) that presented abnormal mammogram results. **Method:** descriptive study conducted in a sample of 20 women with abnormal mammograms among the 664 who underwent this examination from January 2013 to June 2014 in a BHU in southeastern São Paulo (SP), Brazil. **Results:** twelve women had BI-RADS[®]0 mammographic results; five had BI-RADS[®]3 results, and three, BI-RADS[®]4. Among them, three were diagnosed with cancer and during follow-up two did not return for consultation. The time between the exams, referral to breast cancer specialist, biopsy and treatment varied from 1 to 3 months in each step. Initiation of treatment occurred after 1 to 3 months of diagnosis. **Conclusion:** there is need for more effective control to reduce the waiting time for consultations or referrals in order to allow less aggressive treatments and increase the chances of cure. **Descriptors:** Breast Neoplasm; Delivery of Health Care; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: describir la trayectoria de usuarias de una Unidad Básica de Salud (UBS) que presentaron mamografía alterada. **Método:** estudio descriptivo, realizado en muestra de 20 mujeres con mamografía alterada, entre las 664 que realizaron ese examen de enero de 2013 a junio de 2014, en una UBS de la región Sudeste del municipio de São Paulo (SP), Brasil. **Resultados:** 12 mujeres presentaron resultado mamográfico BI-RADS[®]0; cinco BI-RADS[®]3 y tres BI-RADS[®]4. De ellas, tres tuvieron diagnóstico de cáncer y, en el seguimiento, dos no retornaron para consulta. El tiempo transcurrido entre la realización de los exámenes, enviado al mastólogo, biópsia y tratamiento varió de 1 a 3 meses en cada etapa. El inicio del tratamiento fue después de 1 a 3 meses del diagnóstico. **Conclusión:** es necesario el control más eficaz para disminuir el tiempo de espera para consultas o envíos para posibilitar tratamientos menos agresivos y aumentar las chances de cura. **Descriptores:** Neoplasias de la Mama; Prestación de Atención de Salud; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeira, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Bolsista de Iniciação Científica/PIBIC. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: manoela_sp@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Administração e Saúde Coletiva, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: elisabeth.niglio@unifesp.br; ³Enfermeira, Mestre, Doutoranda em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: valterlisanches@unifesp.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: gaby.gutierrez@unifesp.br

INTRODUÇÃO

O rastreamento mamográfico é uma das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a detecção precoce do câncer de mama.¹ Os percentuais de diagnóstico tardio,²⁻⁴ bem como as elevadas taxas de incidência e mortalidade por essa doença no Brasil,⁵ sugerem que devem existir falhas nas estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama em nosso país e reforçam a importância de a instituição tomar medidas preventivas para seu controle, com ênfase na atenção primária de saúde. Estudos apontam que os desafios enfrentados pelas mulheres, na busca por cuidados de saúde, têm sido de diversas naturezas, podendo estar associados aos itinerários terapêuticos utilizados pelas mulheres, à dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, baixa capacitação de profissionais, falta de capacidade do sistema público no atendimento devido à demanda e não direcionamento do fluxo de mulheres nos diferentes níveis de atenção.⁶⁻⁸

Nesse contexto, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) delineou estratégias de rastreamento e controle do câncer de mama divulgadas na publicação do documento oficial Controle do câncer de mama, Documento do Consenso,⁹ que previa para a população feminina acesso a procedimentos de detecção precoce dessa neoplasia. Mais tarde, em 2006, no contexto das metas do Pacto pela Vida, estipulou-se, na dimensão do Pacto pela Saúde, o controle dessa doença como uma das prioridades das políticas públicas de saúde, recomendando a realização periódica de mamografia (MMG) e do exame clínico das mamas (ECM) cujos resultados deveriam nortear a conduta médica.¹⁰

Quanto à realização de MMG pelo Sistema Único de Saúde (SUS), há referência que, em São Paulo, em 2013, a frequência desse exame na faixa etária alvo de 50 a 69 anos foi de 79%.¹¹ Por outro lado, estudo referenciando dados da Fundação Oncocentro do Estado de São Paulo, publicado no mesmo ano, ressalta que se as estratégias de rastreamento e detecção precoce fossem realizadas adequadamente, mais de mil óbitos por diagnóstico tardio de câncer de mama poderiam ser evitados no período estudado.¹²

A partir do pressuposto de que o rastreamento não abrange de forma geral toda a população feminina, a educação em saúde se torna uma grande aliada na detecção precoce de mulheres que apresentam sintomas. Dessa forma, a capacitação para o autoexame das mamas (AEM), a prática do

ECM pelos profissionais da saúde, com a conscientização da população acerca do assunto, facilita o diagnóstico precoce, incentiva a mulher a procurar os serviços de saúde na presença de alteração e, consequentemente, diminui custos com o diagnóstico e tratamento, que passa a ser curativo, e não somente paliativo.¹²

Esforços devem ser empreendidos para a efetiva detecção precoce do câncer de mama, de modo a aumentar a cobertura dos exames indicados e atenuar os fatores que interferem para o alcance dessa meta, como os relacionados à mulher, aos profissionais da saúde e ao sistema de saúde do país.¹²

Diante do exposto, acredita-se que o conhecimento da trajetória das mulheres com alterações mamográficas, na rede de saúde, pode contribuir para identificar os aspectos a serem melhorados, no que diz respeito ao fluxo de encaminhamentos para a realização dos exames de controle do câncer de mama nos diferentes níveis de atenção.

OBJETIVO

- Descrever a trajetória de usuárias de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que apresentaram mamografia alterada.

MÉTODO

Estudo descritivo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana e Jabaquara, da Coordenadoria de Saúde Sudeste do Município de São Paulo, no período de janeiro de 2013 a junho de 2014. A unidade foi selecionada por ser um dos locais onde a UNIFESP desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão dos estudantes de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia, integrando o objetivo proposto pelo Pró-Saúde.

O bairro do Jabaquara está distribuído em uma área de 14,10 km², com população de aproximadamente 223.780 habitantes, sendo que 95.976 correspondem ao número de mulheres na faixa etária entre 30 e 59 anos.¹³ Na UBS estão matriculadas 3.800 mulheres de todas as idades.

A população do estudo foi constituída por 664 mulheres que realizaram MMG no período anteriormente mencionado, das quais foram selecionadas todas aquelas que apresentaram resultado mamográfico BI-RADS® (Breast Imaging Reporting and Data System) 0, 3, 4 ou 5. Esse critério para inclusão na amostra teve por base a classificação do Colégio Americano de Radiologia, conforme exposto a seguir: 0- A avaliação incompleta, demandando realização

de novo exame; 1- Nenhuma alteração; 2- Achados benignos; 3- Achados provavelmente benignos; 4- Anomalias suspeitas, indicada biópsia; 5- Achado altamente sugestivo de malignidade, indica-se biópsia e esclarecimento definitivo.¹⁴

Para a obtenção dos dados da população, tomou-se como referência o protocolo de entrega das MMG, no qual se encontrava a relação das mulheres que haviam realizado esse exame no período estudado. Após a verificação desses protocolos foram encontrados 42 resultados que atendiam ao critério de inclusão adotado e, a seguir, foram consultados os prontuários dessas usuárias para verificar a consistência dos dados identificados. Como resultado excluíram-se 15 prontuários de mulheres que anteriormente haviam apresentado BI-RADS® 0 e que, na verificação, encontrou-se registro de um novo exame com BI-RADS® 1 ou 2. Dessa forma, a amostra foi composta por 27 mulheres a serem entrevistadas no domicílio, sendo que durante as visitas constatou-se que três delas haviam mudado de endereço, outras três não foram encontradas nos diversos horários em que foram realizadas as visitas e uma recusou-se a participar da pesquisa. Após essas sete perdas, a amostra final do estudo foi constituída por 20 mulheres.

Para coleta de dados, elaborou-se um instrumento que foi pré-testado e aperfeiçoado, contendo questões que pudessem responder ao objetivo proposto no estudo. A aplicação do questionário foi feita durante visitas domiciliares realizadas após agendamento prévio com a equipe de enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) da UBS, as quais ocorreram no período de janeiro a abril de 2015. Quando a usuária não se encontrava no domicílio, era feito

contato telefônico para solicitar seu comparecimento à unidade, em dia e horário marcados, explicando o objetivo da solicitação. Os dados foram analisados de forma descritiva, sendo as variáveis categóricas resumidas como número e porcentagem, e para as quantitativas calculou-se a média e o desvio padrão.

A pesquisa obedeceu aos preceitos emanados da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece critérios para a pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE nº 34498314.6.0000.5505).

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 mulheres com alterações do exame mamográfico, sendo doze (60%) BI-RADS® 0, cinco (25%) BI-RADS® 3 e três (15%) BI-RADS® 4. A faixa etária variou entre 37 e 72 anos, com média de 55 anos de idade (desvio-padrão $\pm$ 8,37). A cor predominante foi parda (40%), estado civil casada (60%), escolaridade Fundamental II incompleto (65%), classe social C2 (55%), segundo o Critério Brasil¹⁵, e 90% não possuíam plano de saúde privado. Quanto à condição de trabalho, 45% referiram trabalhar fora de casa, sendo a maioria (65%) sem registro em carteira.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas das mulheres com alterações mamográficas. São Paulo (SP), Brasil (20150

Variáveis	BI-RADS®0 n= 12 (60%)	BI-RADS®3 n= 5 (25%)	BI-RADS® 4 n= 3 (15%)
Idade, anos			
Mín./Máx., anos	54,3 $\pm$ 7,6 37-67	53,4 $\pm$ 4,0 47-60	61,7 $\pm$ 7,2 46-72
Estado Civil			
Solteira	4 (33%)	2 (40%)	3 (100%)
Casada	7 (58%)	2 (40%)	-
Divorciada	1 (8%)	1 (20%)	-
Escolaridade			
Analfabeto/Fundamental I incompleto	1 (8%)	2 (40%)	-
Fundamental I completo/Fundamental II	9 (75%)	2 (40%)	2 (67%)
Incompleto	1 (8%)	1 (20%)	1 (33%)
Fundamental II completo/Médio incompleto	1 (8%)	-	-
Médio completo/Superior incompleto			
Ocupação			
Aposentada	1 (8%)	-	-
Dona de casa	5 (42%)	1 (20%)	2 (67%)
Atividade fora do lar	4 (33%)	3 (60%)	1 (33%)
Afastada	2 (17%)	1 (20%)	-

O histórico familiar de câncer de mama foi referido por cinco mulheres (25%), sendo que em duas delas o grau de parentesco era a mãe, diagnosticada após os 50 anos. Das que foram diagnosticadas com câncer, apenas uma referiu histórico familiar, sendo parente feminino de 3º grau, com diagnóstico depois dos 50 anos de idade. O sedentarismo foi referido por 90% das mulheres e 60% se encontravam com sobrepeso e obesidade. A idade da menarca foi entre 12 e 15 anos (70%). O uso de anticoncepcional foi relatado por 80% das entrevistadas, sendo 76% entre aquelas com alterações benignas na mama, com tempo médio de uso de 12 anos e, nas com câncer de mama, o uso foi relatado por 100% delas, com tempo médio de 18 anos. A média de idade do nascimento do primeiro filho foi de 22,5 anos e a média de tempo de amamentação de 9,1 meses. Das mulheres na menopausa (60%), 25% fizeram reposição hormonal com média de uso de um ano.

O hábito da realização do AEM foi referido por 70% das entrevistadas, com idade de início entre 19 e 46 anos (média de 36,2 anos). A realização do ECM pelo profissional de saúde foi mencionada por 65% das usuárias, tendo ocorrido pela primeira vez entre 17 e 70 anos de idade e nunca realizado por sete (35%) das mulheres entrevistadas. Com relação à frequência desse exame, executado pelo profissional, apenas 25% afirmaram ser realizado ao menos uma vez ao ano.

Todas as mulheres referiram ter realizado a MMG e ultrassonografia das mamas (USG), sendo a média da idade de início 40 e 46,4 anos respectivamente.

Quanto ao seguimento, duas (11%) mulheres não haviam retornado à consulta para conhecimento do resultado da primeira MMG. Para as 18 restantes, o tempo decorrido entre a realização da MMG até a avaliação do médico da UBS foi de 1 a 3 meses. Delas, nove (50%) foram encaminhadas para USG, cinco (28%) para nova MMG, duas (11%) para ambulatório de Mastologia e duas (11%) para controle na UBS.

No que diz respeito ao tempo entre a solicitação dos exames e o retorno à UBS para avaliação médica, sua distribuição foi a seguinte: de 1 a 3 meses para o resultado da nova MMG (40%); de 1 a 3 meses para resultado do USG de mama (57%); e de 1 a 3 meses para encaminhamento ao mastologista (33%). As cinco mulheres (27,8%) encaminhadas ao mastologista fizeram biópsia, tendo como resultado o diagnóstico de câncer de mama em três (16,7%) delas. O início do tratamento dessas três mulheres deu-se após 1 a 3 meses do diagnóstico, sendo duas em hospital público e uma em hospital privado, mediante convênio. Assim sendo, para as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, o tempo transcorrido entre a primeira MMG e o início do tratamento variou de 4 a 9 meses.

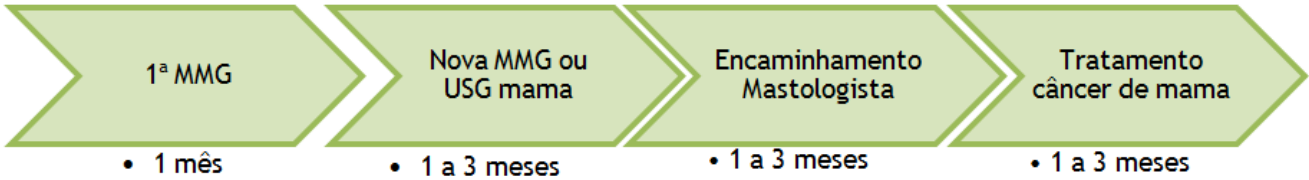


Figura 1. Percurso das mulheres com diagnóstico de câncer de mama e o tempo demandado. São Paulo (SP), Brasil (2015).

Das mulheres com diagnóstico de câncer, duas afirmaram que essa doença não é evitável e o fato de ter conhecimento sobre os fatores de risco antes do diagnóstico não as mobilizou a adotar práticas mais saudáveis voltadas à prevenção da doença. No entanto, após a descoberta, todas referiram que haviam diminuído e/ou eliminado hábitos considerados fatores de risco e relataram, também, que a descoberta precoce do câncer e tratamento diminui a gravidade da doença.

Para a maioria das mulheres (92%), a equipe da UBS foi importante, com destaque para o ACS, considerado por 45% delas como o principal profissional para o esclarecimento de dúvidas.

Durante a trajetória das mulheres para o controle da saúde, oito delas apresentaram

intercorrências no percurso. Das mulheres com BI-RADS®0, duas não deram continuidade por falta de tempo, duas aguardavam consulta na UBS para darem seguimento, uma buscou atendimento via convênio devido ao extravio da MMG na UBS e outra procurou atendimento em outra UBS em virtude da demora no encaminhamento. Das cinco mulheres com BI-RADS®3, uma aguardava consulta no serviço de Mastologia havia mais de 6 meses. Quanto às três mulheres com BI-RADS®4, uma deu continuidade via convênio pela demora no encaminhamento.

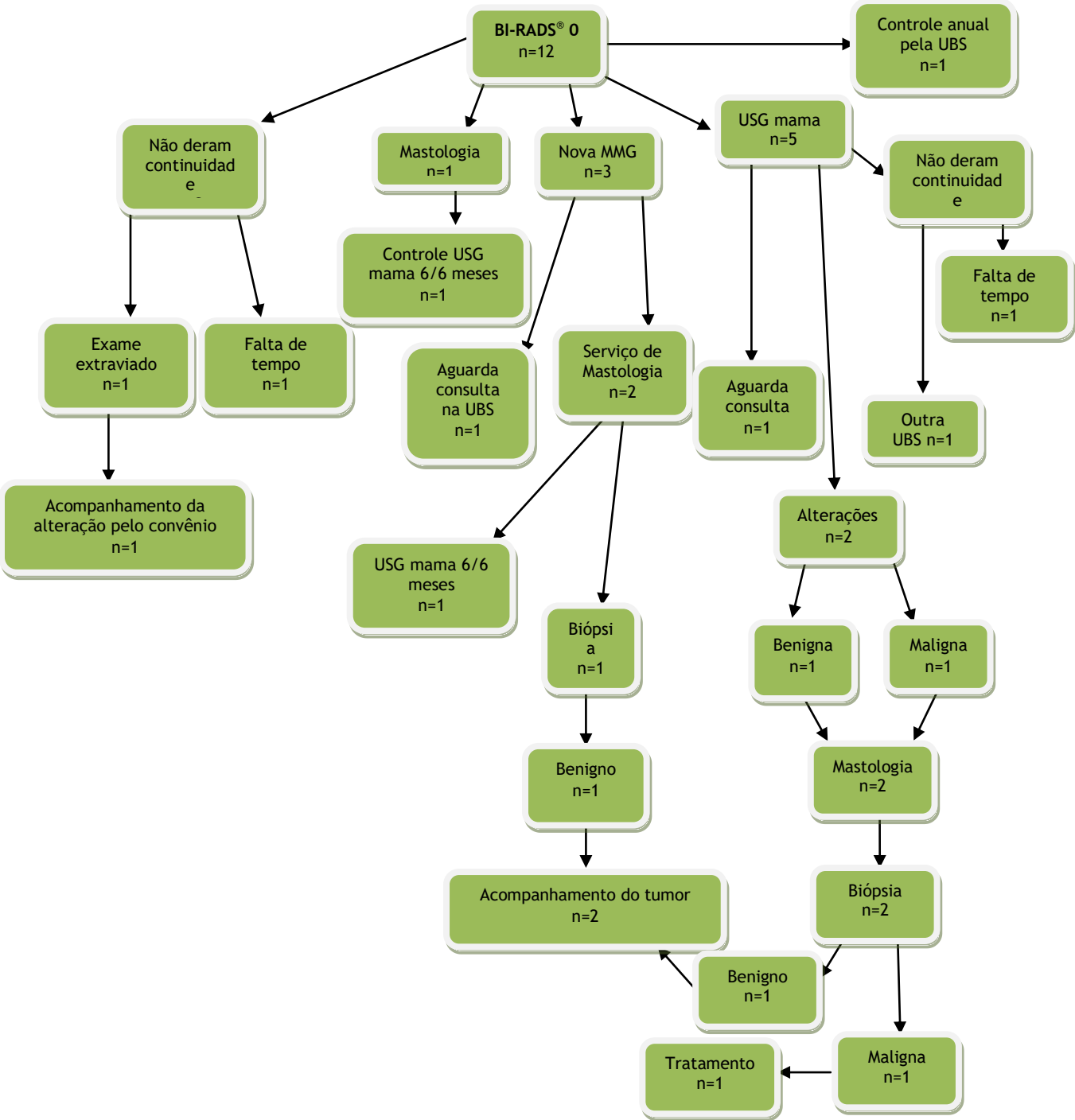


Figura 2. Trajetória das mulheres com primeira mamografia BI-RADS® 0. São Paulo (SP), Brasil (2015)

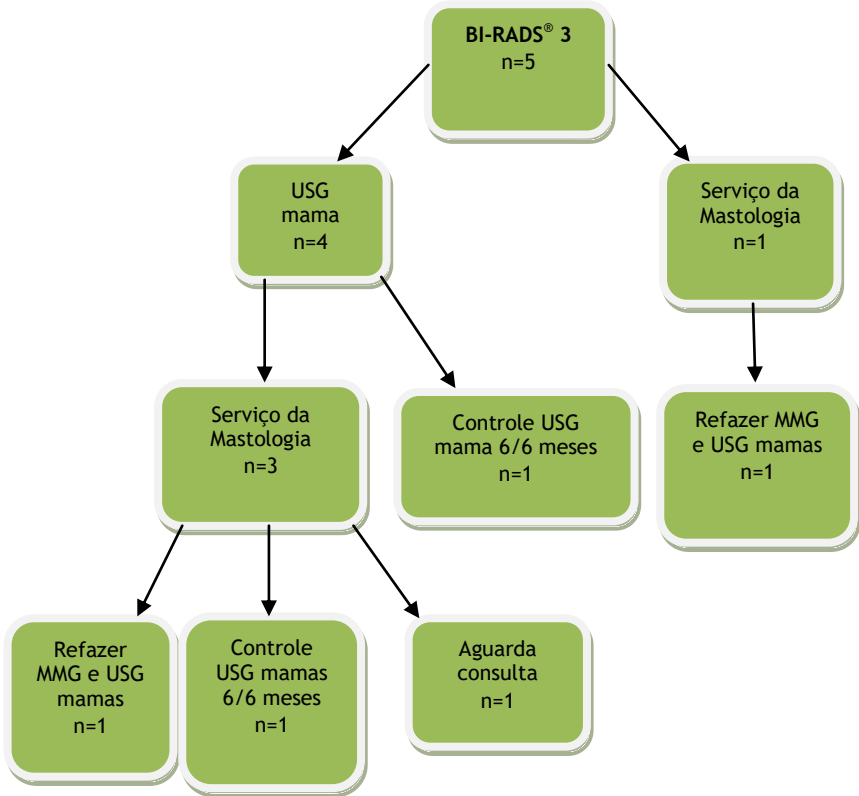


Figura 3.Trajetória das mulheres com primeira mamografia BI-RADS® 3. São Paulo (SP), Brasil (2015)

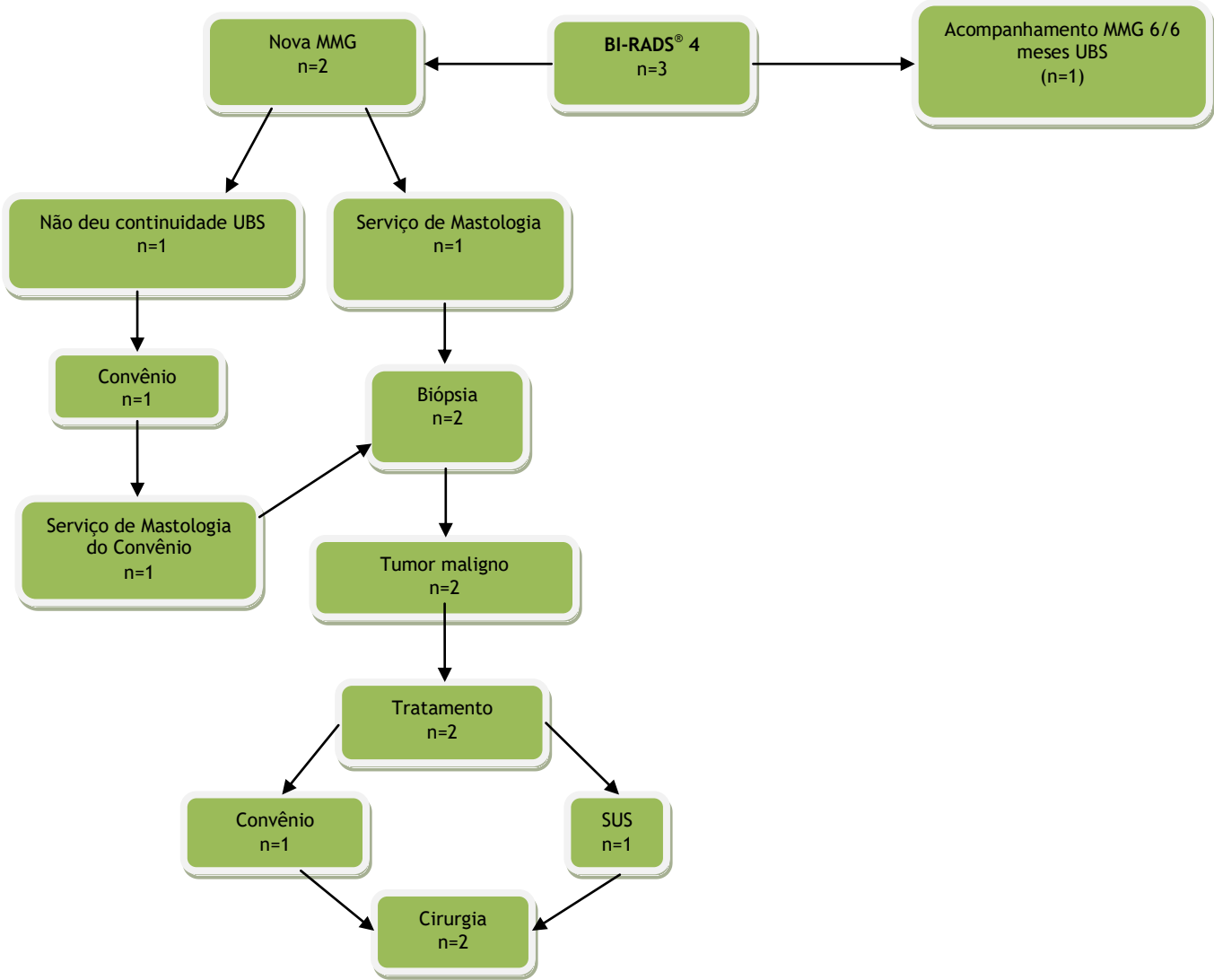


Figura 4. Trajetória das mulheres com primeira mamografia BI-RADS® 4. São Paulo (SP), Brasil (2015)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sobre a trajetória de mulheres com alterações mamográficas atendidas no sistema público de saúde mostram que, em relação aos dados sociodemográficos, algumas características

como cor, escolaridade, ausência de plano de saúde privado e classe social são semelhantes às de outros estudos realizados com usuárias do SUS.¹⁶⁻¹⁷ Tais características são mencionadas como determinantes das dificuldades enfrentadas por essas mulheres na busca por resolução do problema de saúde,

ocasionando a demora no diagnóstico e reforçando a necessidade de intervenções que visem à promoção da equidade.¹⁶⁻¹⁸

Em relação à idade, a média foi de 55 anos, com predomínio de mulheres entre 50-59 anos (45%) e ≥ 60 anos (30%), o que pode estar relacionado à faixa etária de maior incidência do câncer de mama⁷, corroborando com dados de outros estudos.^{2,19}

Outro aspecto a ser destacado é o de que, nesta pesquisa, dos fatores de risco identificados entre as usuárias, os modificáveis foram os mais mencionados, uma vez que o sedentarismo foi citado por 90% das entrevistadas e o sobrepeso/obesidade por 60% delas. O aumento do Índice de Massa Corpórea (IMC) na fase adulta e o sedentarismo aumentam as chances de desenvolvimento do câncer de mama²⁰ e sugerem que a população do estudo está mais propensa a desenvolver alterações mamárias. Outro fator de risco relatado por 80% das entrevistadas foi o uso de anticoncepcional hormonal por um tempo médio de 18 anos entre as com diagnóstico de câncer de mama. Embora essa condição seja incluída entre os fatores de risco para câncer de mama e, segundo os dados coletados, o tempo de uso de método hormonal seja consideravelmente superior entre as mulheres com câncer, existe controvérsia, uma vez que, segundo estudos,²¹⁻²² não há evidências suficientes que comprovem a relação entre esse agravo e o uso de anticoncepcionais hormonais, visto que nos dias atuais existe uma grande diferença na dosagem e formulação.²²

Dentre os fatores de risco não modificáveis, o histórico familiar de câncer de mama é o mais importante para o desenvolvimento dessa doença, além do fator idade.²³ Segundo os dados coletados neste estudo, 25% do total de mulheres entrevistadas afirmaram ter casos de câncer de mama na família e se encontravam na faixa etária de 46 a 62 anos. No entanto, entre aquelas diagnosticadas com câncer de mama, apenas uma referiu histórico familiar, porém não de parente de primeiro grau.

Ao analisar as respostas das duas mulheres com câncer de mama que afirmaram que essa doença não é evitável e que o conhecimento dos fatores de risco antes do diagnóstico não as incentivou à prevenção, pode-se inferir que existem barreiras pessoais, culturais e sociais que influenciam a percepção do processo do seu adoecer. Esse dado contrapõe-se a estudo que aponta que a percepção de suscetibilidade por fazer parte de um grupo de risco e acreditar que existem fatores que a

tornam suscetível à doença leva à busca por saúde.²⁴

Por outro lado, a constatação de que após a confirmação do diagnóstico essas mesmas mulheres referiram que haviam adotado comportamentos para diminuir ou eliminar fatores considerados de risco para o câncer revela que, para a aceitação da suscetibilidade e vulnerabilidade, a mulher, mesmo tendo conhecimento da doença, necessita de estímulos mais intensos para desencadear uma resposta de enfrentamento dessa situação.²⁴

Os profissionais da saúde, dentre eles os enfermeiros, são agentes fundamentais na orientação e sensibilização das mulheres quanto à necessidade da adoção de hábitos saudáveis, bem como da realização de exames para controle da saúde das mamas. Neste estudo, para a maioria das entrevistadas, a equipe da UBS foi importante nesse processo, com destaque para o ACS, mencionado por elas como o principal membro da equipe de saúde para o esclarecimento de dúvidas. Destaca-se que a esse profissional são atribuídas funções de integração e educação da comunidade.²⁵

Dentre os exames para rastreio e diagnóstico precoce do câncer de mama, o ECM e a MMG são destacados pelo MS como as principais ações voltadas para essa finalidade. A este respeito, chama atenção que, no presente estudo, 35% das usuárias com alterações mamárias referiram que o ECM nunca havia sido realizado nelas. Essa situação se contrapõe à recomendação do MS que preconiza que a prática da realização do ECM pelos profissionais da saúde deve ser feita em qualquer tipo de consulta clínica, independente da faixa etária da mulher.⁹ Tal resultado pode ter sofrido influências do próprio sistema de gestão da unidade, em que existe um tempo predeterminado para realização das consultas.

Outro olhar sobre esse problema é apontado em estudo sobre o atraso no diagnóstico de alterações mamárias, no qual os autores mostraram que essa situação pode estar relacionada à dificuldade da mulher na identificação dos sinais e sintomas ou na procura por atendimento. Entretanto, esses pesquisadores enfatizam que apenas um quarto dos atrasos no diagnóstico foi atribuído à paciente, demonstrando que o sistema de saúde faz uma diferença relevante na detecção precoce de alterações mamárias.¹⁷

Outra medida que pode auxiliar na descoberta acidental de alterações mamárias é o AEM, o qual, apesar de não ser indicado como método diagnóstico e não substituir os

exames de imagem que podem detectar lesões não palpáveis, é uma importante ação para autoconhecimento do corpo pela própria mulher.²⁶

No que se refere ao seguimento das pacientes, o intervalo entre a realização dos exames de MMG, nova MMG diagnóstica e/ou USG, bem como o tempo para consulta com o mastologista, considerados aqui entre a primeira consulta e início do tratamento, variou de quatro a nove meses. De acordo com um estudo, o maior de tempo gasto pelas mulheres com alterações mamárias se dá na etapa entre o início da busca e o diagnóstico, apontando, também, o sistema de saúde como o principal fator de atraso no diagnóstico do câncer de mama.²⁷

Um dado que chamou atenção foi o fato de que sete usuárias referiram dificuldades na realização dos exames de rastreamento e diagnóstico ou de consulta especializada para continuidade desse rastreamento, tais como extravio do exame na UBS, demora no encaminhamento para novos exames ou para o especialista e falta de tempo para retornar à unidade para conhecimento dos resultados dos exames, evidenciando pontos de estrangulamento no fluxo dessas ações, bem como deficiência na busca ativa de faltosas. Essa situação aponta a necessidade de maior controle, por parte da UBS, das mulheres nos seus diferentes fluxos de encaminhamento visando manter e promover a cobertura total sobre as usuárias de sua área de abrangência.

As dificuldades de acesso à detecção precoce podem ser ocasionadas pela demanda reprimida, principalmente em consultas especializadas e exames, próprios dos níveis secundários e terciários de atenção. Compete à secretaria municipal de saúde fazer o planejamento de sua rede de atenção a fim de possibilitar maior agilidade de fluxo para os usuários²⁶. Autores discutem que não basta disponibilizar a solicitação de exames na atenção primária de saúde, mas é necessário garantir o acesso a sua realização.²⁸

O tempo entre a confirmação do diagnóstico até o início das diversas modalidades de tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) variou de um a três meses, demonstrando que o fluxo de atendimento nessa etapa está relativamente adequado, tendo como parâmetro o estipulado na Lei dos 60 dias.²⁹ O maior atraso se encontra entre a realização da primeira MMG e o diagnóstico da lesão, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado no Rio Grande do Sul com usuárias do SUS, indicando que embora esteja estipulado tempo de início do tratamento

efetivo, tal determinação é viabilizada em apenas parte do sistema, apesar das estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama, com maior acessibilidade aos exames, e da instituição do tratamento efetivo ser realizada dentro do tempo esperado.^{24, 30} Essa situação sugere que ainda existem lacunas em toda a trajetória da mulher que atrasa o processo de busca por saúde, provavelmente em decorrência das dificuldades na articulação dos diferentes níveis da rede de atenção à saúde. A falta de um sistema de controle para as mulheres com exames de rastreamento alterados, encaminhamentos demorados, desistência do encaminhamento e até mesmo de atendimento às mulheres em tratamento para o câncer de mama dificultam uma atenção à saúde mais eficaz e limitam as opções de solução.

CONCLUSÃO

Os aspectos relacionados à trajetória das mulheres com alterações mamográficas deste estudo evidenciam que, apesar das estratégias existentes para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, ainda são encontradas barreiras no fluxo de encaminhamentos que ocasionaram atrasos no diagnóstico e tratamento, sugerindo a necessidade de controle mais eficaz com vistas a possibilitar a intervenção oportuna com melhores resultados. Considera-se, ainda, que são necessários mais estudos a respeito dos diversos impactos da trajetória das mulheres com alterações mamárias, de modo a subsidiar a formulação de novas estratégias que sejam mais eficazes para a detecção precoce do câncer, bem como melhorar o suporte para atendimento da população que as UBS modelo estratégia da família são responsáveis.

FINANCIAMENTO

CNPq, Bolsa de Iniciação Científica e fomento de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [cited 2016 Apr 12]. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf.
2. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para sua redução. *Femina on line* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 12];40(1):32-6. Available from:

http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/.../05/Femina-v40n1_31-36.pdf.

3. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barriers in the breast cancer screening and the role of nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 17];66(4):585-91. Available

from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.

4. Silva GA. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 17];28(1):4-6. Available

from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104...lng=en.

5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016 [cited 2016 Apr 12]. Available

from:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>.

6. Rosa LM, Radünz R. Itinerário Terapêutico no Câncer de Mama: Uma Contribuição para o Cuidado de Enfermagem. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 16];21(1):84-9. Available

from:<http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a14.pdf>.

7. Ferrazza A, Muniz RM, Pinto BK, Viegas AC, Matos MR. Survival from Cancer in the Family Perspective J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 16];10(3):1022-8. Available

from:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7021/pdf_9844.

8. Jácome EM, Silvia RM, Gonçalves MLC, Collares CPM, Barbosa IL. Breast Cancer Detection: Knowledge, Attitude and Practices of Doctors and Nurses from the Family Health Strategy of Mossoró, RN, Brazil *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 12];57(2):189-198. Available

from:http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf.

9. Ministério da Saúde (BR). Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. 2004 [cited 2016 Apr 14]. Disponível em: www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegr.a.pdf.

10. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Mamografia: da prática ao controle. 2007 [cited 2016 Apr 14]. Available from:<http://www.ebah.com.br/content/.../livro-mamografia-pratica-ao-controle>.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Apr 14]. Available

from:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf.

12. Tiezzi, DG. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 15];35(9):285-7. Available

from:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n9/v35n9a01.pdf>.

13. Prefeitura de São Paulo (SP). Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras. 2010 [cited 2016 Apr 13]; Available

from:http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.

14. Nascimento JHR, Silva VD, Maciel AC. Acurácia dos achados mamográficos do câncer de mama: correlação da classificação BI-RADS e achados histológicos. *Radiol Brás* [Internet]. 2010 Mar/Apr [cited 2016 Apr 13];43(2):91-96. Available

from:<http://www.scielo.br/pdf/rb/v43n2/a08v43n2.pdf>.

15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2015 [Internet]. Brasil, 2015 [cited 2015 Jan 12]; Available from: Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

16. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM, Guimarães, AMDN, Gois CFL. Barriers in health care to breast cancer: perception of women. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 13];48(3):394-400. Available

from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300394&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300002>.

17. Paiva CJK, Cesse EAP. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma unidade hospitalar de Pernambuco. *Rev bras de cancerol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 16];61(1):23-30. Available

from:http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf.

18. Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc saúde Coletiva*

[Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 13];16(9):3649-64. Available from: www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a02v16n9.pdf.

19. Borges GS, Rebelo JR, Maman KAS, Zabel MCJ, Almeida AM, Custodio GS et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de mama atendidos em um ambulatório de mastologia da região do Vale do Itajaí. Rev Bras Onco Clini [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 12];9(33):88-92. Available from: <http://sboc.org.br/revista-sboc/edicoes/33.html>.

20. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowicz AM, Rosa DD. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do sul do Brasil. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 11];56(3):303-309. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/index.asp?conteudo=n_56/v03/sumario.asp&volume=56&numero=3.

21. Junior ES, Souza RT, Dôria MT. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. FEMINA, 2011 [cited 2016 Apr 12];39(4):231-235. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2488.pdf>.

22. Samson M, Porter N, Orekoya O, Hebert J R, Adams SA, Bennett CL, Steck SE. Progestin and breast cancer risk: a systematic review. Breast Cancer Res Treat [Internet] 2016 [cited 2016 Apr 12];155:3-12. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F10549-015-3663-1>.

23. Leite FMC, Gonçalves CRA, Amorim MHC, Bubach S. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 12];17(2):342-347. Available from: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=534.

24. Medeiros RM, Silva G, Corrêa D, Luz EL, Schmidt PC. Câncer de mama: análise situacional em uma cidade do norte do Rio Grande do Sul. Revista Inova Saúde [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 12];2(2):44-57. Available from: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1221>.

25. Bornstein VJ, Morel CM, Pereira IDF, Lopes MR. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. Interface [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 17];18(supl.2):[about 5 p].. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1327.pdf>

26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do câncer de mama

[Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama.

27. Rezende MCR, Koch HÁ, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referencia do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 17];31(2):75-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/05.pdf>.

28. Costa FML, Enders BC. Actions of professionals of the family health strategy in early detection of breast cancer [online]. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 18];7(8):2061-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4387/pdf_5515

29. Código Civil (BR).Lei nº 12.732, de 22/11/2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2012 [cited 2015 Sept 07];p.1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm.

30. Mendes EV. Health care networks. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 15];5(15): 2297-2305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.

Submissão: 12/05/2016

Aceito: 08/02/2017

Publicado: 01/03/2017

Correspondência

Valterli Conceição Sanches Gonçalves
Rua Capistrano de Abreu, 199

Bairro Jordanópolis

CEP: 09892-260— São Bernardo do Campo (SP), Brasil