



## Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde\*

Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care

Rastreo oportunista del cáncer de mama desarrollado por enfermeros de la atención primaria de salud

Débora Cherchiglia de Moraes<sup>1</sup>, Ana Maria de Almeida<sup>2</sup>, Elisabeth Niglio de Figueiredo<sup>3</sup>, Edilaine Assunção Caetano de Loyola<sup>4</sup>, Marislei Sanches Panobianco<sup>5</sup>

### Como citar este artigo:

Moraes DC, Almeida AM, Figueiredo EN, Loyola EAC, Panobianco MS. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):14-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100002>

\* Extraído da dissertação "Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2014.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care units in Ribeirão Preto, São Paulo. **Method:** Cross-sectional study with 60 nurses from 28 units, who had been working for at least one year in the public municipal health care network. Data were collected between December 2013 and March 2014, by means of a questionnaire, using descriptive analysis and the software IBM SPSS version 20 and Microsoft Excel 2010. **Results:** The results showed that 71.7% of the participants questioned their female patients as for risk factors for breast cancer, mainly during nursing consultation; 70.0% oriented users about the age to perform clinical breast exam, whereas 30.0% did not due to lack of knowledge and time; 60.0% explained about the age to perform mammogram; 73.3% did not refer patients with suspicious breast exam results to the referral department, citing scheduling as the main obstacle to referral. Educational activities were not performed by 78.3% of participants. **Conclusion:** Investment is needed in professional training and management of breast cancer screening.

### DESCRIPTORS

Breast Neoplasms; Primary Health Care; Nurse's Role.

### Autor correspondente:

Débora Cherchiglia de Moraes  
Av. dos Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre  
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil  
[deboracherchiglia@hotmail.com](mailto:deboracherchiglia@hotmail.com)

Recebido: 09/03/2015  
Aprovado: 06/10/2015

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama, conforme mostra o GLOBOCAN 2012, é o segundo mais comum em relação aos sítios de localização, com uma incidência de 1,7 milhões de novos casos, ou 11,9% de todos os cânceres. Ocupa a quinta posição como causa de morte por câncer, com 522.000 ou 6,4% das mortes, por ter um prognóstico relativamente favorável<sup>(1)</sup>. No Brasil, as estimativas apontam, para o biênio 2014-2015, 57.120 casos novos da doença, com a taxa de mortalidade se mantendo em elevação em decorrência dos tumores serem detectados em estágios avançados<sup>(2)</sup>.

No município paulista em que este estudo foi realizado, o coeficiente de mortalidade por câncer de mama mantém-se em ascensão, segundo informações da Secretaria Municipal da Saúde. Os últimos dados publicados apontam que, em 2004, o coeficiente foi de 17,30 por 100 mil mulheres, enquanto no estado de São Paulo foi de 14,08<sup>(3)</sup>.

Para o controle desta neoplasia, são fundamentais as ações de rastreamento, que consistem na realização sistemática e periódica de exames em mulheres assintomáticas, bem como a detecção precoce para mulheres sintomáticas com vistas ao diagnóstico em estágios iniciais, quando os tratamentos são considerados mais eficientes e são maiores as chances de cura da doença<sup>(4)</sup>.

Entretanto, a falta de estrutura nos serviços públicos de saúde no Brasil dificulta a implementação de programas de rastreamento organizado, gerando gastos elevados com procedimentos referentes à mamografia mesmo com baixa cobertura deste exame na população-alvo. Diante dessas dificuldades, as ações de controle do câncer de mama ocorrem de forma isolada no território nacional<sup>(5)</sup>.

É evidente a importância dessa neoplasia no contexto das políticas públicas de saúde, com destaque para a necessidade de capacitação dos profissionais, organização dos serviços de saúde e ações educativas às usuárias. Investimentos em ações de prevenção, detecção precoce e implementação de programas efetivos no controle da doença são apontados como medidas fundamentais<sup>(1,6)</sup>. Sabe-se que os programas de rastreamento organizado, predominantes nos países desenvolvidos, apresentam maiores potenciais de redução da morbimortalidade e evitam triagens desnecessárias<sup>(6)</sup>. Entretanto, o controle e a certificação dos programas de rastreamento implantados no país ainda não apresentam informações consistentes sobre sua eficácia<sup>(7)</sup>.

O município de Curitiba, capital do estado do Paraná, implantou um projeto piloto de rastreamento organizado que se encontra em processo de avaliação. Para tal segue as diretrizes do "Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso", que recomenda a realização anual do rastreamento para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, por meio do exame clínico das mamas (ECM); mamografia, com intervalo de no máximo dois anos entre os exames para mulheres entre 50 e 69 anos; e, para aquelas de grupos populacionais com risco elevado de desenvolver a patologia, o documento preconiza, a partir dos 35 anos de idade, a realização anual do ECM e da mamografia. Deve, ainda, ser garantido o acesso ao diagnóstico, tratamento e

acompanhamento para as mulheres com alterações nos exames realizados<sup>(4)</sup>. No restante do território nacional adota-se o rastreamento oportunístico, que busca implementar as ações conforme preconizado pelo Documento do Consenso, mas não segue a periodicidade e nem todas as ações recomendadas são sistematizadas.

A Atenção Básica (AB), cenário estruturante para o desenvolvimento de várias ações no controle da neoplasia mamária maligna, constituiu-se na porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, caracteriza-se como um local privilegiado para a realização de ações educativas<sup>(8)</sup>. Desse modo, os profissionais da AB têm um papel fundamental no desenvolvimento dessas ações, especialmente o enfermeiro, considerado o principal articulador entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços<sup>(9-10)</sup>.

Este estudo teve como objetivo identificar as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama realizadas por enfermeiros de unidades básicas de saúde (UBS) de Ribeirão Preto.

## MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, desenvolvido nas UBS do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, inserido no projeto *Ações no controle do câncer de mama: identificação das práticas na Atenção Básica*, um estudo multicêntrico realizado em parceria entre a Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A população foi composta por enfermeiros das UBS, de ambos os sexos, sem restrição etária, que atuassem há pelo menos um ano na rede municipal de saúde, com experiência em AB. Foram excluídos aqueles que tinham cargo de gerente da unidade de saúde.

Inicialmente foram selecionados 30, das 42 unidades do município, nas quais atuavam 96 enfermeiros. A seleção das unidades de saúde foi aleatória, de acordo com a produção em saúde levantada anteriormente e com o cuidado de contemplar unidades dos tipos: UBS Tradicional, Programa Saúde da Família (PSF) e UBS Mista. Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros das unidades selecionadas que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos 36 deles e duas unidades de saúde, nas quais os enfermeiros nelas atuantes também não se encaixavam nesses critérios. Dessa forma, compuseram a amostra final 60 enfermeiros de 28 unidades de saúde, os quais foram convidados e aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a março de 2014, nos horários de atendimento das unidades de saúde e de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário constituído por 30 questões, construído segundo as ações determinadas à Atenção Primária à Saúde (APS) no Programa de Controle de Câncer de Mama, contendo questões acerca de: informações gerais, tempo de atuação na rede e na unidade

de saúde, dados de formação profissional, capacitação profissional, e ações no controle do câncer de mama. O formulário foi validado em conteúdo por *experts* na temática e, posteriormente, foi realizada a validação semântica junto a enfermeiros da atenção básica da região sudeste de São Paulo<sup>(11)</sup>.

As entrevistas ocorreram em horário previamente agendado pelos enfermeiros, com duração média de 40 minutos, mediante a aplicação do formulário, disponibilizado via web aos pesquisadores, com acesso nas unidades de saúde. Nas unidades que não contavam com acesso à internet, a coleta foi realizada em formulário de papel e, em seguida, os dados foram digitados no sistema web. Nestes casos, foi feita a dupla digitação em 10% dos formulários, após uma seleção aleatória dos mesmos. A concordância entre as duas digitações foi considerada excelente.

Foi realizada a análise descritiva dos dados, resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais), e a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%), calculado a partir de 1000 réplicas pelo método de reamostragem bootstrap<sup>(12)</sup>. Esse processo foi realizado com apoio computacional dos softwares IBM SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Foram respeitados os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos na Resolução 466/2012, com a aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP (protocolo CAAE: 16982513.7.1001.5393), após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

As 28 UBS dividiam-se em: 20 (71,4%) UBS Tradicionais; seis (21,4%) de Programa Saúde da Família (PSF) e duas (7,1%) UBS mistas. Dos 60 enfermeiros, 42 (70,0%) trabalhavam em UBS Tradicional, 12 (20,0%) em PSF e seis (10,0%) em UBS mista. A maioria (32 - 53,3%) trabalhava há mais de 10 anos na rede municipal de saúde, e 22 (36,7%) atuavam entre cinco e dez anos na unidade de saúde; 44 (73,3%) eram especialistas, com destaque para Saúde Pública, 13 (21,7%) eram mestres, e apenas três (5,0%) não continuaram os estudos após concluir a graduação. Alguns realizaram mais de um tipo de especialização na área da saúde.

Com relação à capacitação profissional acerca das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para o controle do câncer de mama, após 2004, metade deles (29 - 48,3%) não recebeu capacitação, e, dos 20 que mencionaram ter recebido, 13 (65,0%) realizaram há mais de dois anos. Muitos não souberam informar acerca da disponibilidade de documentos oficiais para consulta sobre ações de rastreamento da neoplasia mamária, como o Caderno de Atenção Básica nº 13 (27 - 45,0%) e o Documento de Consenso do Câncer de Mama (33 - 55,0%).

A maioria (43 - 71,7%) realizava a investigação sobre os fatores de risco do câncer de mama, principalmente durante a consulta de enfermagem. Entre eles destacam-se: histórico de câncer de mama pessoal ou familiar, em ambos os sexos (43 - 100%); histórico de câncer de ovário pessoal ou

familiar (34 - 79,1%); tabagismo (38 - 88,4%); exposição a agrotóxico e à radiação (30 - 69,8%); terapia de reposição hormonal (39 - 90,7%); etilismo (28 - 65,1%) e sedentarismo (15 - 34,9%). A periodicidade de acompanhamento dessas mulheres, por meio do retorno, citada pela maioria (22 - 51,2%) foi *entre seis meses a um ano*.

Quanto à periodicidade e à faixa etária para incluir o ECM nas práticas da AB, observou-se que: 28 (46,7%) referiram a inexistência de estabelecimento de intervalo de tempo para realização do exame, e 33 (55,0%), a inexistência de uma idade determinada para esse início. Apesar disso, 42 (70,0%) relataram orientar a mulher acerca da idade que ela deve se submeter ao exame, e o fazem principalmente durante a consulta de enfermagem. 40 (95,2%) informaram que solicitam a avaliação médica ao encontrar alteração no ECM. Dos 18 enfermeiros que não realizam o ECM, os principais motivos foram: deficiência de conhecimento e a falta de tempo, entre outras razões.

Acerca da mamografia (MMG), 36 (60,0%) entrevistados relataram orientar as usuárias sobre a idade em que devem iniciar a realização do exame, e metade deles indicam esse exame após os 40 anos. Quanto à periodicidade, 27 (45,0%) citaram a anual como a mais indicada.

Sobre a busca ativa, 39 (65,0%) enfermeiros afirmaram que a realizam para usuárias com laudo de MMG suspeito para malignidade, mas 46 (76,7%) não realizam a busca daquelas que faltaram ao dia agendado para a MMG. A maioria (44 - 73,3%) não encaminha usuárias com resultado de MMG suspeito para câncer de mama à unidade de referência.

Com relação ao tempo de demora entre a solicitação da MMG e o retorno do resultado do exame à unidade básica, a maioria dos enfermeiros (33 - 55,0%) citou o período de um a três meses como o mais frequente.

Parte dos entrevistados (28 - 46,7%) declarou ainda a existência de entraves para a execução da MMG, destacando-se aqueles relacionados ao agendamento (20 - 71,4%). Já acerca da solicitação deste exame, 59 (98,3%) referiram não solicitar, uma vez que pelo protocolo municipal essa atividade cabe ao médico (Tabela 1).

No que se refere à ultrassonografia (USG) das mamas, a maioria (38 - 63,3%) dos enfermeiros afirmou que não há estabelecimento de intervalo para realização do exame, enquanto 20 (33,3%) não souberam informar. Mais da metade deles (34 - 56,7%) relatou a demora do agendamento e retorno do resultado do exame superior a seis meses.

Ao mencionar as dificuldades para a realização deste exame, eles incluíram: dificuldade de agendamento (21 - 80,8%), a falta de aparelho (3 - 11,5%), a falta de médico para a realização do exame (4 - 15,4%) e a falta de comparecimento da usuária (8 - 30,8%). Acerca das dificuldades na avaliação do resultado da USG pelo médico, seis (10%) citaram a demora da entrega do resultado do exame na unidade de saúde.

Quanto às ações acerca do autoexame das mamas (AEM), estas estão detalhadas na Tabela 2.

**Tabela 1** - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio da MMG - Ribeirão Preto, SP, Brasil, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Periodicidade indicada para a primeira MMG				
Anual	27,0	45,0	31,6	58,8
Bienal	8,0	13,3	5,4	23,1
Não há estabelecimento de intervalo	6,0	10,0	3,2	18,2
Outra periodicidade	19,0	31,7	18,6	43,6
Idade indicada para a primeira mamografia				
< 35 anos	2,0	3,3	0,0	8,8
35  - 40 anos	7,0	11,7	3,9	19,4
40  - 50 anos	30,0	50,0	37,0	63,0
> 50 anos	3,0	5,0	0,0	11,5
Sem restrição etária	10,0	16,7	8,0	26,9
Não recorda	8,0	13,3	5,3	22,2
Orientação quanto à idade para primeira mamografia				
Não	24,0	40,0	27,9	53,1
Sim	36,0	60,0	46,9	72,1
Tempo de demora entre a solicitação da MMG e retorno do resultado				
<1 mês	7,0	11,7	3,8	20,8
1 a 3 meses	33,0	55,0	42,1	68,1
3 a 6 meses	7,0	11,7	3,6	20,7
Outro – especificar	1,0	1,6	0,0	5,7
Não recorda	12,0	20,0	10,6	30,6

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de bootstrap.  
 Fonte: Dados da pesquisa  
 Nota: n=60.

**Tabela 2** - Ações para o controle do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros, segundo ações de rastreamento por meio do AEM - Ribeirão Preto, SP, Brasil, dez. 2013 a mar. 2014.

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Orienta como a usuária deve examinar as mamas (n = 60)				
Não	18,0	30,0	17,9	41,8
Sim	42,0	70,0	58,2	82,1
Momento da orientação				
Coleta de Papanicolaou (n = 42)				
Não	19,0	45,2*	30,2	60,5
Sim	23,0	54,8*	39,5	69,8
Consulta de enfermagem (n = 42)				
Não	5,0	11,9*	2,9	22,7
Sim	37,0	88,1*	77,3	97,1
Em caso de queixa específica (n = 42)				
Não	1,0	2,4*	0,0	7,9
Sim	41,0	97,6*	92,1	100

continua...

...continuação

Variável	Frequência Absoluta	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Visita domiciliar (n = 42)				
Não	27,0	64,3*	50,0	78,4
Sim	15,0	35,7*	21,6	50,0
Faixa etária para iniciar o AEM (n = 42)				
Ao menstruar	22,0	52,3	36,8	66,7
< 35 anos	2,0	4,8	0,0	13,2
35 a 40 anos	2,0	4,8	0,0	12,5
> 40	2,0	4,8	0,0	11,1
Sem restrição etária	14,0	33,3	20,0	47,8
Periodicidade em que a mulher é orientada a realizar o AEM (n = 42)				
Não há estabelecimento de intervalo	8,0	19,0	7,5	31,2
Mensal	33,0	78,6	66,7	90,6
Bimestral	1,0	2,4	0,0	8,3
Motivo de não orientar				
Deficiência de conhecimento (n = 18)				
Não	17,0	94,4*	81,2	100
Sim	1,0	5,6*	0,0	18,8
Falta de local apropriado (n = 18)				
Não	13,0	72,2*	50,0	93,3
Sim	5,0	27,8*	6,7	50,0
Falta de tempo (n = 18)				
Não	14,0	77,8*	57,9	95,0
Sim	4,0	22,2*	5,0	42,1
Outra razão (n = 18)				
Não	1,0	5,6*	0,0	17,6
Sim	17,0	94,4*	82,4	100,0

IC: intervalo de confiança baseado em 1.000 amostras de bootstrap.  
 Fonte: Dados da pesquisa.  
 \* Nota: Cada frequência foi calculada sobre total de respostas.

Quanto aos sistemas informatizados implantados nas unidades de saúde, 47 (78,3%) enfermeiros citaram o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e 43 (71,7%), o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN). Já em relação ao planejamento de ações de rastreamento organizadas, a partir de dados gerados nos sistemas, 19 (31,7%) responderam negativamente, 25 (41,7%) afirmativamente, enquanto 16 (26,7%) não souberam informar. Os 25 (41,7%) enfermeiros que responderam afirmativamente relataram que utilizam os dados gerados pelos sistemas para: estimar cobertura; prover recursos para as ações; conhecer as características das mulheres atendidas; fazer busca ativa e prover ações educativas.

Apenas sete (11,7%) enfermeiros afirmaram que a unidade de saúde dispunha da Agenda da Mulher, cujo oferecimento e preenchimento são importantes no cuidado integral à saúde da mulher, fornecendo o histórico de

saúde, resultados de exames e tratamentos realizados, além de agendamento de consultas e exames.

Todos os enfermeiros afirmaram realizar consultas de enfermagem, incluindo ações de rastreamento do câncer de mama, sendo que 54 (90,0%) realizam menos de dez consultas diárias. A respeito da realização de atividades educativas sobre câncer de mama na unidade, 47 (78,3%) relataram não as realizar.

## DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados apresentava experiência profissional na AB, atuando há mais de dez anos, e havia cursado especialização, com destaque para Saúde Pública.

Resultados semelhantes foram identificados em pesquisas realizadas com enfermeiros atuantes na AB de municípios brasileiros. Apesar de poucos profissionais cursarem pós-graduação em nível *stricto sensu*, alguns deles têm buscado a especialização em cursos *lato sensu*, sendo a maioria em Saúde Coletiva e PSF<sup>(14-15)</sup>.

Acrescem-se estudos internacionais que ratificaram que o maior grau de conhecimento do enfermeiro está associado à experiência profissional e à realização de cursos após a graduação em enfermagem e destacaram a importância da capacitação profissional e da constante atualização para o controle efetivo da neoplasia mamária<sup>(16-18)</sup>.

Apesar das evidências de que o conhecimento dos enfermeiros está relacionado à experiência profissional e realização de cursos, para este estudo, cuja maioria dos participantes cursou pós-graduação com ênfase em Saúde Pública e apresentou experiência profissional, observou-se uma lacuna no conhecimento sobre as ações de rastreamento do câncer mamário, temática que consta nas prioridades das políticas públicas que definem as ações pactuadas pelos municípios para a AB.

Essa lacuna no conhecimento pode estar relacionada ao fato de que os enfermeiros das unidades básicas de saúde do município ainda privilegiam o cuidado às mulheres no ciclo gravídico puerperal em detrimento das ações de controle do câncer de mama. Observou-se, ainda, que esses profissionais mostram insegurança em executar ações de rastreamento nas unidades em que atuam, seja por desconhecimento das mesmas, seja pelo modelo assistencial ainda preponderante no município que privilegia a queixa-conduta.

A falta de conhecimento acerca das ações de rastreamento foi também encontrada em estudo realizado com enfermeiros de um hospital público no Rio Grande do Sul, fato que levou os autores a inferir que os enfermeiros não estão familiarizados com os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, mesmo em programas prioritários, como é o controle do câncer de mama<sup>(19)</sup>.

Além disso, foram observadas lacunas no processo de capacitação profissional, visto que vários enfermeiros não participaram de cursos de atualização e desconhecem a disponibilidade dos documentos preconizados pelo MS, como o *Caderno de Atenção Básica nº 13* e o *Documento de Consenso do câncer de mama*. Apesar de muitos serem especialistas em Saúde Pública, ainda há desconhecimento acerca das ações preconizadas para o controle da neoplasia mamária. De acordo com as determinações do MS, esses documentos

devem estar acessíveis para consulta visando à efetivação das ações na rotina diária desses trabalhadores<sup>(4)</sup>.

Sobre os fatores de risco para a neoplasia mamária, a maioria dos enfermeiros afirma investigá-los, principalmente durante as consultas de enfermagem. As ações desses profissionais constituem-se num passo importante para a identificação das mulheres com risco elevado da doença, o que permite a priorização das mesmas nas ações de rastreamento e/ou detecção precoce<sup>(8)</sup>.

A maioria dos enfermeiros do presente estudo, que investiga os fatores de risco, mencionou que o seguimento de mulheres com alto risco para o câncer de mama é realizado com retorno entre seis meses e um ano. Cabe ressaltar que se recomenda o acompanhamento anual para as mulheres com alto risco para neoplasia mamária<sup>(4)</sup>.

Ao serem questionados acerca do ECM, grande parte dos entrevistados relatou orientar a mulher sobre a idade em que ela deve se submeter ao exame. No entanto, uma parcela representativa deles desconhecia a periodicidade com que se deve realizar o ECM e a faixa etária para iniciá-lo. Assim, observa-se que a falta de capacitação leva-os a implementar ações que não estão em consonância com o preconizado nas políticas públicas para o rastreamento do câncer de mama.

Pesquisas revelaram falhas ou desconhecimento dos profissionais atuantes na AB em relação às práticas e execução do ECM<sup>(20-23)</sup>.

Já sobre a mamografia, estudos internacionais afirmam que é essencial uma relação satisfatória entre profissionais e usuários dos serviços de saúde na adesão aos exames de rastreio do câncer de mama, e que a qualidade da assistência prestada pelo profissional enfermeiro mostra-se relevante para motivar a adesão das mulheres<sup>(17-18)</sup>.

No presente estudo, destaca-se que a maioria dos enfermeiros realiza busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado. No entanto, não realizam a busca daquelas que faltaram à mamografia, pois os entrevistados relataram não conseguir acompanhar o comparecimento das usuárias, visto que o exame é realizado fora da UBS.

Ainda mencionando a adesão aos exames de rastreio do câncer de mama, a busca ativa é uma estratégia importante para ampliar essa adesão, e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro aponta que, para a eficácia das ações do programa de controle dessa neoplasia, há necessidade de se cumprir as metas de cobertura da população-alvo e o aprazamento adequado dos exames, além de um seguimento adequado das usuárias dos serviços de saúde<sup>(23)</sup>.

Nesse sentido, um aspecto importante apontado neste estudo é que 44 (73,3%) entrevistados não fazem o encaminhamento das mulheres com laudo suspeito de malignidade às unidades de referência, mas reforçaram que esta conduta, no município, é da competência do profissional médico. Este fato pode ocasionar a perda da oportunidade de receber um diagnóstico em estágio inicial, pois, dessa forma, a complementação do diagnóstico e a avaliação com especialista podem ser proteladas.

Em continuidade às informações sobre a MMG, a maioria dos enfermeiros entrevistados referiu que orienta a

mulher acerca da idade em que ela deve iniciar sua realização. Metade deles mencionou que a primeira MMG deve ocorrer entre 40 e 50 anos, enquanto 27 (45,0%) mencionaram orientar a execução anual do exame.

A orientação sobre iniciar a MMG a partir dos 40 anos de idade pode estar relacionada ao fato de que o protocolo municipal amplia a faixa etária de realização da MMG bial para todas as mulheres entre 40 e 69 anos. Destaca-se que este protocolo está de acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Mastologia, que apresenta divergência em relação ao MS, havendo, assim, controvérsias em relação à faixa etária para iniciar o exame<sup>(24)</sup>.

Estudo randomizado, de publicação recente, com 89.835 mulheres, em 25 anos de seguimento, desenvolvido no Canadá, comparou a mortalidade por câncer de mama, em mulheres com idades entre 40 e 59 anos, que foram ou não submetidas ao rastreamento por mamografia. A conclusão foi de que o rastreamento mamográfico a partir dos 40 anos de idade deve ser revisto, uma vez que não há diferença significativa na mortalidade das mulheres que realizaram a mamografia nessa faixa etária, em comparação com aquelas que não realizaram. A pesquisa identificou ainda que a realização regular da MMG, a partir dos 40 anos, aumenta o número de diagnósticos da doença e conseqüentemente a mulher se submete a tratamentos agressivos, muitas vezes desnecessários, visto que, daquelas que foram analisadas no estudo, em uma de cada cinco que descobriram a neoplasia mamária, por meio da MMG, a doença tinha poucas chances de progredir. Apesar disso, os autores afirmam que os achados de seu estudo não devem ser generalizados a todos os países<sup>(25)</sup>.

Frente a essas controvérsias, devem-se envidar esforços no intuito de se implantar programas de rastreamentos organizados, visto que nessa modalidade há uma maior sistematização das ações com priorização das mulheres com alto risco para a doença.

A maioria dos enfermeiros desta pesquisa orienta as usuárias dos serviços de AB sobre o AEM; entretanto, o período adequado para essa prática é desconhecido por muitos deles. Considera-se que apesar de o AEM não ser uma ação efetiva para o rastreamento do câncer de mama, em países cujas ações não são sistematizadas ainda é uma prática necessária para que as mulheres sintomáticas busquem os serviços de saúde assim que identifiquem algum sinal ou sintoma em suas mamas.

Observa-se, ainda, que os enfermeiros devem orientar as usuárias sobre a periodicidade e o início do AEM, e também ensinar e observar se elas realizaram adequadamente a técnica, na intenção de que descubram alguma alteração na mama, e, conseqüentemente, ocorra a detecção do tumor mais precocemente<sup>(26)</sup>. Estudo mexicano destaca a importância dos enfermeiros, com presença majoritária no ensino do AEM e na realização do ECM. Ressalta que estes têm papel de destaque no desenvolvimento de programas de prevenção, sugerindo que o AEM e o ECM seriam estratégias importantes entre a detecção e o diagnóstico do câncer de mama em países com recursos escassos para ampliar a cobertura da MMG<sup>(27)</sup>.

Além dessas ações de rastreamento da neoplasia mamária, a implementação e a correta manipulação de sistemas de informação nas UBS são essenciais no monitoramento da patologia e no intuito de proporcionar o controle da doença<sup>(28)</sup>.

O MS afirma que esses sistemas são fundamentais no planejamento de ações para o diagnóstico precoce e rastreamento da neoplasia mamária, por serem uma ferramenta – “chave” – de articulação entre os serviços de saúde<sup>(8)</sup>. No entanto, foi observada no presente estudo a falta de capacitação e de conhecimento dos enfermeiros em relação à disponibilidade desses sistemas nas unidades de saúde e manipulação dos mesmos, com destaque para a utilização apenas do SIAB e do SISCAN.

Cabe destacar, ainda, o fato de alguns dos profissionais entrevistados desconhecerem a disponibilidade da Agenda da Mulher nas unidades em que atuam, assim como de a maioria não realizar atividades educativas relacionadas ao câncer de mama. E, somado a outras questões já apontadas, isso denota algumas falhas na assistência à saúde da mulher na rede básica de saúde do município por parte dos enfermeiros, contrariando as determinações do MS, e que podem prejudicar as ações de prevenção e controle do câncer de mama.

## CONCLUSÃO

Os resultados mostraram aspectos positivos e negativos em relação às ações de rastreamento desenvolvidas pelos enfermeiros da AB entrevistados para este estudo. A maioria (71,7%) afirma investigar fatores de risco, mas desconhece que o seguimento de mulheres com alto risco para o câncer de mama deve ser realizado anualmente. Todos orientam a periodicidade com que se deve realizar o ECM e a faixa etária para iniciá-lo, mas muitos (75,0%) orientam a periodicidade inadequadamente, assim como a faixa etária para início do exame (93,3%). A maioria (65,0%) realiza busca ativa das mulheres com laudo de MMG suspeito para malignidade e sem retorno para buscar o resultado, mas 76,7% não realizam daquelas que faltaram à mamografia. Metade deles (50,0%) orienta que a primeira MMG deve ocorrer entre 40 e 50 anos, enquanto 27 (45,0%) orientam a execução anual do exame. A maioria (70%) orienta as usuárias dos serviços de AB sobre o AEM, entretanto, o período adequado para essa prática é desconhecido por 21,4% dos que fazem essa orientação. Faltam capacitação e conhecimento dos enfermeiros em relação à disponibilidade dos sistemas de informação e manipulação dos mesmos, e sobre a disponibilidade da Agenda da Mulher nas unidades de saúde em que atuam.

Diante disso, para que se possam adequar as ações dos enfermeiros ao rastreamento oportunístico do câncer de mama são necessários investimentos em uma educação permanente desses profissionais, assim como em uma avaliação contínua das ações de rastreamento nas unidades de saúde do município.

**RESUMO**

**Objetivo:** Identificar as ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama realizadas por enfermeiros de unidades básicas de saúde (UBS) de Ribeirão Preto. **Método:** Estudo transversal, com 60 enfermeiros de 28 Unidades, atuantes há um ano na rede municipal de saúde. Os dados foram coletados entre dezembro de 2013 e março de 2014, por meio de formulário, analisado descritivamente, utilizando os softwares IBM SPSS 20 e Excel 2010. **Resultados:** Apontaram que 71,7% realizam investigação sobre os fatores de risco do câncer de mama, principalmente durante a consulta de enfermagem; 70,0% orientam a mulher acerca da idade para realizar Exame Clínico das Mamas; 30,0% deles não o realizam por falta de conhecimento e tempo; 60,0% explicam sobre a idade para realização da mamografia; 73,3% não encaminham as usuárias com resultado suspeito à unidade de referência, alegando o agendamento como principal entrave para sua execução. As atividades educativas não são realizadas por 78,3% dos profissionais. **Conclusão:** Há necessidade de investimentos em capacitação profissional e gerenciamento dos serviços de saúde.

**DESCRITORES**

Neoplasias da Mama; Atenção Primária à Saúde; Papel do Profissional de Enfermagem.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar las acciones de rastreo oportunista del cáncer de mama llevadas a cabo por enfermeros de unidades básicas de salud (UBS) de Ribeirão Preto. **Método:** Estudio transversal, con 60 enfermeros de 28 Unidades, actuantes desde hace un año en la red municipal de salud. Los datos fueron recogidos entre diciembre de 2013 y marzo de 2014, mediante formulario, analizado descriptivamente empleándose los softwares IBM SPSS 20 y Excel 2010. **Resultados:** Señalaron que el 71,7% realizaron investigación acerca de los factores de riesgo del cáncer de mama, especialmente durante la consulta de enfermería; el 70,0% orientan a la mujer con respecto a la edad para realizar el Examen Clínico de las Mamas; el 30,0% de ellos no lo realizan por falta de conocimiento y tiempo; el 60,0% explican sobre la edad para la realización de la mamografía; el 73,3% no derivan a las usuarias con resultado sospechoso a la unidad de referencia, alegando la programación como principal obstáculo para su ejecución. Las actividades educativas no las llevan a cabo el 78,3% de los profesionales. **Conclusión:** Existe necesidad de inversiones en capacitación profesional y gestión de los servicios sanitarios.

**DESCRIPTORES**

Neoplasias de la Mama; Atención Primaria de Salud; Rol de la Enfermera.

**REFERÊNCIAS**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
3. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto: período 2005-2008 [Internet]. Ribeirão Preto: PMRP; 2005 [citado 2013 abr. 15]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
5. Silva TB, Mauad EC, Carvalho AL, Jacobs LA, Shulman LN. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. *Rural Remote Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 28];13: 2321. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2321>
6. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Santos-Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1537-50.
7. Tiezzi DG. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(6):257-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília; 2013.
9. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fraccolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 28]; 48(n. spe): 122-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-126.pdf>.
10. Lourenço TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):585-91.
11. Marques CA, Figueiredo EM, Gutiérrez MG. Validação de instrumento para identificar ações de rastreamento e detecção de neoplasia de mama. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):183-9.
12. Efron B, Tibshirani RJ. An introduction to the bootstrap. New York: Chapman & Hall/CRC; 1993.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 set. 22]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Beck CLC, Prochonow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção a saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(3):490-5.

15. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2015 mar. 22];14(1):171-80. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>
16. Andsoy II, Gul A. Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(5):2267-72.
17. Alipour S, Jannat F, Hossdeini L. Teaching breast cancer screening via text messages as part of continuing education for working nurses: a case-control study Bangkok. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(14):5607-9.
18. Fotedar V, Seam RK, Gupta MK, Guota M, Vats S, Verma S. Knowledge of risk factors & early detection methods and practices towards breast cancer among nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;4(1):117-20.
19. Prolla CMD, Silva OS, Oliveira Netto CB, Goldim JR, Ashton-Prolla P. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Rev Latino Am Enferm*. 2015;23(1):90-7.
20. Cavalcante SAM, Silva FB, Marques CAV, Figueiredo EN, Gutiérrez MGR. Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(3):459-66.
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. *Rev Bras Cancerol*. 2011;57(2):189-98.
22. Oluwatosin O. Primary health care nurse`s knowledge practice and client teaching of early detection measures of breast cancer in Ibadan. *BMC Nursing*. 2012;11:22.
23. Barreto ASB, Mendes MFM. Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2):86-91.
24. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher [Internet]. Ribeirão Preto: PMRP; 2013 [citado 2014 jun. 20]. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/mulher/i16indice.php>
25. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod Steven A. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366.
26. Nichols M. The nurse's role in self-breast examination education. *Plast Surg Nurs*. 2012; 32(4):143-5.
27. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2014 [citado 2015 Jun. 28];56(5):538-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a21.pdf>
28. Vidor CA, Fisher PD, Bordin R. Use of health information systems in small municipalities in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):24-30.