



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUAN PAULO VELOSO DE MENEZES

**RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: PERFIL E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS. SALVADOR 2014**

**SALVADOR
2018**

LUAN PAULO VELOSO DE MENEZES

**RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: PERFIL E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS. SALVADOR 2014**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia para avaliação

Orientadora: Dra. Lilian Fátima Barbosa Marinho
Coorientadora: Dra. Maria da Conceição Chagas de Almeida

**SALVADOR
2018**

Universidade do Estado da Bahia

Sistema de Biblioteca

Ficha Catalográfica - Produzida pela Biblioteca Edivaldo Machado Boaventura

Menezes, Luan Paulo Veloso de.

Rastreamento de câncer de mama: perfil e variáveis associadas. Salvador 2014: / Luan Paulo Veloso de Menezes.-- Salvador, 2018.
47 fls.

Orientador: Prof. Dra. Lilian Fátima Barbosa Marinho Coorientador: Prof. Dra. Maria da Conceição Chagas de Almeida .

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida, 2018

1. Neoplasias da mama. 2. Rastreamento. 3. Saúde da mulher. I. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida.

CDD: 610.73



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Luan Paulo Veloso de Menezes

**RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: PERFIL E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS. SALVADOR 2014**

A comissão examinadora abaixo assinada aprova o trabalho de conclusão de curso apresentado em sessão pública como critério ao Bacharelado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia.

Data da defesa: 03 de Dezembro de 2018
Banca Examinadora:

Dra. Lilian Barbosa Fátima Marinho - Orientadora

Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Dra. Greice Maria de Souza Menezes

**Salvador
2018**

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete mulheres em todo o mundo, porém, mesmo sendo considerada de bom prognóstico, caso diagnosticada e tratada precocemente. As taxas de mortalidade no Brasil continuam elevadas, provavelmente devido ao diagnóstico tardio. Apesar de ser uma doença imprevisível, o conhecimento sobre os fatores de risco relacionados a ela pode contribuir para a detecção precoce, melhorando consecutivamente o rastreamento da doença. Este estudo visa descrever o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas no serviço de rastreamento mamográfico do SUS e suas características relacionadas a fatores de riscos para o câncer de mama.

METODOLOGIA: Estudo de corte transversal, sendo parte de um amplo projeto intitulado “Saúde das mulheres e prevenção do câncer de mama na Bahia”, desenvolvido juntamente com um grupo de pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A amostra é composta de 85 mulheres entre 50 a 69 anos atendidas no programa de rastreamento realizado na campanha “Outubro Rosa” pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio de uma unidade móvel locada no Campus I da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em Salvador, no período de outubro de 2014. Os dados foram obtidos mediante entrevista face a face, por meio da aplicação de um questionário composto por questões estruturadas, simples, objetivas e curtas. As variáveis pesquisadas englobam características sócio-demográficas, história reprodutiva e hormonal, hábitos de vida e história familiar, classicamente associadas ao aumento do risco de câncer de mama. **RESULTADOS:** A idade média das mulheres foi de 58,2 anos. A maioria (92,9%) era negras (pretas ou pardas) e tinha ensino fundamental (54,1%). A renda era inferior a um salário mínimo para 34,1% delas, Entre as variáveis associadas a história reprodutiva, destacam-se: idade da menopausa de 51 a 60 anos (26,7%), uso de reposição hormonal (20%), paridade superior a 3 filhos ou mais (60,8%) e uso de anticoncepcionais hormonais oral (72,9%). Variáveis associadas a hábitos de vida: Consumo de tabaco (38,8%) e álcool (32,9%). **CONCLUSÃO:** Os dados deste estudo apontam para a presença de características associadas a fatores de risco para câncer de mama. São necessárias medidas para promoção do diagnóstico precoce desta neoplasia, levando-se em conta, a importância sobre o conhecimento dos fatores de risco garantindo às mulheres informações a respeito da doença e acesso à avaliação das mamas, além da realização da mamografia de rastreio na faixa etária correta.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias da mama. Rastreamento. Saúde da mulher.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	5
2.1 OBJETIVO GERAL	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1 Neoplasias da mama: aspectos epidemiológicos	6
3.3 Importância do rastreamento e diagnóstico da neoplasia mamária	9
3.4 Tratamento e compromisso dos serviços de saúde	12
4 MATERIAL E MÉTODOS	15
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	23
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	30
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete mulheres em todo o mundo; sua incidência tem crescido rapidamente durante as últimas décadas em diversos países emergentes, enquanto em países desenvolvidos o número de novos casos cresce mais lentamente (BOYLE, 2008).

No Brasil, o câncer de mama é o mais frequente em todas as regiões, excetuando a região Norte (Brasil, 2017). Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, para o ano de 2018, tendo como referência os registros de câncer de base populacional do país, foi de 59.700 novos casos, sendo 33,4% nas capitais e 66,6% nas cidades do interior (BRASIL, 2017). As taxas de mortalidade, por sua vez, continuam elevadas, provavelmente devido ao diagnóstico tardio (KEMP et al., 2002), mesmo a neoplasia mamária sendo considerada de bom prognóstico, se diagnosticada e tratada precocemente.

Apesar de ser uma doença imprevisível, o conhecimento sobre os fatores de risco relacionados a ela pode contribuir para a detecção precoce, melhorando o rastreamento da doença (PINHO; COUTINHO, 2007).

Diferenças socioeconômicas no perfil de pessoas diagnosticadas com câncer alteram as chances de sobrevivência, sendo desfavorecidas as pessoas mais carentes, lembrando que a região Nordeste tem uma população que apresenta precários indicadores sociais e econômicos (WÜNSCH; MONCAU, 2002).

Estudar os perfis das mulheres com ênfase num contexto local propicia a prevenção, a detecção prévia e o melhor uso dos recursos localmente disponibilizados pelos programas de saúde (GONÇALVES et al., 2010). Do ponto de vista normativo, o Ministério da Saúde propõe levar em consideração o perfil da população feminina, como faixa etária, fatores étnicos, culturais, tipos de ocupações que exerce, localidade que reside, condições psicossociais, tipo de moradia (se vivem nas ruas ou são mantidas em situação prisional), entre outros (BRASIL, 2013).

A maior incidência ou risco para as neoplasias mamárias está relacionada com a faixa etária das mulheres, a duração de atividade ovariana, a hereditariedade, os hábitos de vida, as mutações genéticas, a exposição aos hormônios endócrinos, os fatores reprodutivos, uso de hormônios, sendo a idade o fator predominante de maior risco para o desenvolvimento do câncer (YOSHIDA; MIKI, 2004).

Cerca de 60% de portadoras de neoplasia mamária não apresentam nenhum dos fatores de risco identificados como principais, evidenciando a necessidade de mais pesquisas na área em questão (PINHO; COUTINHO, 2007).

Escrever um parágrafo ponte sobre estratégias de controle

- programas organizados de rastreamento-

Autores como Chala e Barros (2007) consideram que métodos de imagem desempenham papel primário na detecção, diagnóstico e na conduta a ser tomada diante das doenças mamárias. Contudo, outros autores destacam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde relacionadas ao perfil socioeconômico e étnico, isolamento geográfico, além de características individuais, entre outras, como fatores prejudiciais ao rastreio precoce dessas neoplasias (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

Escrever paragrafo sobre Programa de Rastreamento na Bahia e a Estratégia Itinerante

O presente objetiva propiciar o conhecimento sobre o perfil das mulheres que realizaram o rastreamento do câncer de mama em uma das unidades móveis da Estratégia Itinerante, em Salvador-Bahia, correlacionando os dados obtidos aos determinantes sociais e fatores de risco para o surgimento da patologia, descritos na literatura científica.

A oportunidade de analisar dados de uma pesquisa realizada em parceria entre a Universidade Federal da Bahia e a Universidade Estadual da Bahia, a partir de uma iniciativa de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte da estratégia nacional denominada “Outubro Rosa”, busca contribuir para suprir lacuna da investigação do tema em Salvador para além da iniciativa de aproximação do autor com a atividade de pesquisa.

Estudos na área podem vir a contribuir para atualizações particularmente oportunas, uma vez que, contribuem para analisar “concepções errôneas persistentes, controvérsias recentes e fenômenos novos”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico e características associadas a fatores de risco para câncer de mama de mulheres participantes de um programa de rastreamento do SUS em Salvador.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de um programa de rastreamento do SUS.

Identificar as características das mulheres relativas à história reprodutiva e hábitos de vida, associadas aos fatores de risco de desenvolvimento das neoplasias da mama.

Descrever o padrão de utilização do serviço de rastreamento do câncer de mama.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Neoplasias da mama: aspectos epidemiológicos

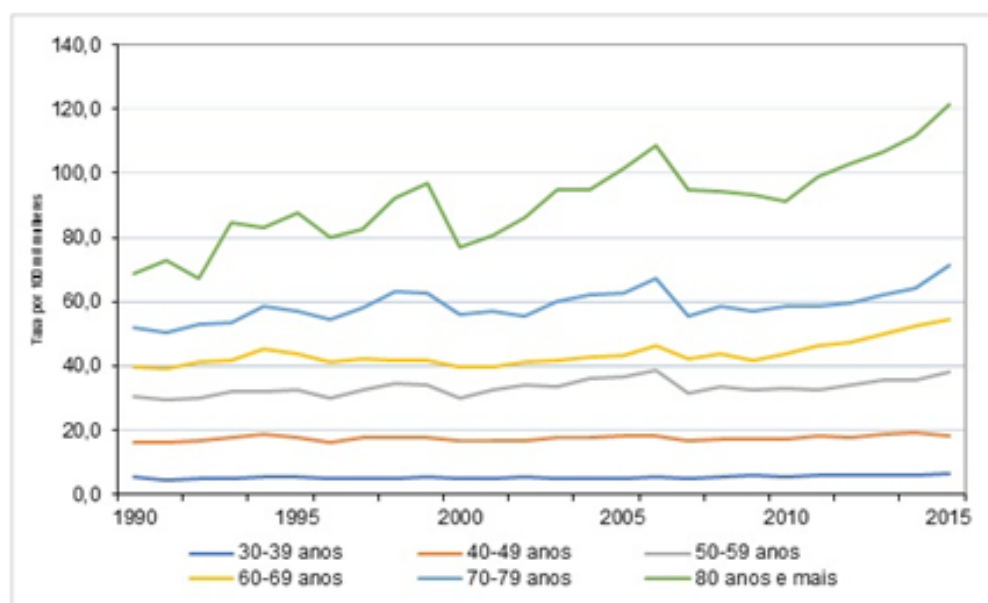
A cada ano mais de seis milhões de óbitos estão ligados ao câncer no mundo, sendo que esta estimativa representa cerca de 12% das causas de morte, o que justifica o câncer ser um problema de saúde pública, independentemente do nível de desenvolvimento de cada país (GUERRA et al., 2005).

A taxa de mortalidade por câncer de mama no Brasil em 2015 foi de 13,68 óbitos por 100 mil mulheres. As regiões Sul e Sudeste são aquelas que apresentaram as maiores taxas, com 15,26 e 14,56 óbitos por 100 mil mulheres em 2015, respectivamente. A neoplasia de mama representa a primeira causa de óbito por câncer nas mulheres brasileiras (BRASIL, 2018).

Analisando-se as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil entre 1990 e 2015, nota-se que estas, são baixas entre mulheres entre 30 e 49 anos, assumem valores intermediários entre 50 e 59 anos e são mais expressivas a partir dos 60 anos. As taxas crescem progressivamente com a faixa etária, ou seja, quanto maior a idade há concomitantemente progressão da mortalidade pelo câncer de mama como demonstrado no gráfico 1.

Pode-se notar uma simetria nas alterações das taxas de mortalidade nas mulheres com idade a partir dos 50 anos, sejam progredindo ou regredindo, enquanto, as de 30 a 49 anos não possuem alterações significativas no decorrer dos anos, além de ser discrepante o aumento das taxas em mulheres.

Gráfico 1. Taxas de mortalidade por câncer de mama feminina, específicas por faixas etárias, por 100.000 mulheres. Brasil, 1990 a 2015



Fonte Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS

Na Bahia, entre 2006 a 2010, foi constatado um aumento na Taxa de Mortalidade Específica (TME) por neoplasia da mama feminina, passando de 7,2/100.000 mulheres no ano de 2006, para 8,9/100.000 mulheres, em 2010 entre as faixas etárias a partir dos 40 anos, nas quais os valores foram mais elevados (BAHIA, 2016).

O câncer de mama é, portanto responsável pela alta mortalidade entre mulheres adultas, o que indica a necessidade de políticas públicas de saúde, tendo como objetivo rastrear, diagnosticar o mais precocemente possível e reduzir as mortes relacionadas à neoplasia (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

3.2 Fatores de Risco para acometimento por câncer de mama

O conhecimento sobre os fatores de risco relacionados ao câncer de mama pode contribuir para a detecção precoce, melhorando o rastreamento da doença (PINHO; COUTINHO, 2007).

Contribuir para o fornecimento de informações de mulheres de determinada região torna possível catalogar e evidenciar dados que demonstrem localmente possíveis índices da patologia, podendo assim fomentar a prevenção, melhorar as estratégias de detecção, além de

garantir o investimento e uso de recursos localmente disponibilizados pelos programas de saúde (GONÇALVES et al., 2010).

Desde a década de 1990 estuda-se a relação das desigualdades socioeconômicas presentes na população brasileira e as dificuldades no acesso a um atendimento e aos cuidados de saúde, tornando vulnerável parte da população desprovida de recursos socioeconômicos e dependente do Estado, que tem menos chances de se prevenir como também de sobreviver após o diagnóstico de câncer, comparadas às pessoas economicamente mais favorecidas, (KARJALAINEN; PUKKALA, 1990).

As chances de vir a desenvolver um câncer de mama dependem de diversos fatores tanto genéticos, como biológicos e outros externos. Entre os primeiros, há fatores de risco hereditários associados a mutações genéticas dos genes BRCA1/BRCA2 (YOSHIDA; MIKI, 2004).

Entre os fatores biológicos temos as exposições hormonais oriundas dos ciclos menstruais das mulheres e fatores reprodutivos associado à atividade ovariana. Assim a menarca precoce e a menopausa tardia são descritas. Além disso, fatores relacionados ao estilo de vida podem atuar como protetores para a doença, como bons hábitos alimentares e realização regular de atividades físicas (YOSHIDA; MIKI, 2004).

Alguns desses fatores não são passíveis de intervenção. Assim atualmente, ainda, não é possível modificar fatores congênitos, como genes, que, como já referido, são marcadores de pré-disposição genética para o desenvolvimento do câncer. Estima-se que os genes BRCA1 e BRCA2 decorrentes de herança familiar, quando alvos de mutação implicam maior risco cumulativo desenvolver neoplasias de mama de chances no decorrer da vida, da ordem de 50-85% (MONTEIRO et al., 2011).

A identificação de fatores externos, como uso de hormônios e hábitos de vida acima mencionados que expõem as mulheres ao risco aumentado de vir a desenvolver a patologia têm orientado ações educativas voltadas para evitar o uso desses medicamentos e intervir em hábitos alimentares saudáveis e na prática de atividades físicas na vertente da promoção da saúde (PINHO; COUTINHO, 2007).

Quanto ao diagnóstico do câncer entre mulheres assintomáticas, o Ministério da Saúde preconiza que mulheres com faixa etária a partir dos 50 anos devem ser priorizadas em programas de rastreamento do governo (REFERENCIA MINISTERIO DA SAÚDE). Considerando que muitas destas mulheres podem pertencer a faixas desfavorecidas da população e apresentar baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo fatores que influenciam o

grau de conhecimento acerca dos riscos de neoplasias mamárias, a possibilidade de investir na própria saúde e adotar práticas de autocuidado, há a necessidade de oferecer a estas mulheres uma atenção especial para que possam ter acesso à prevenção e ao diagnóstico precoce, dadas as dificuldades que enfrentam ao acesso aos serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2010).

3.3 Importância do rastreamento e diagnóstico da neoplasia mamária

O aprimoramento das técnicas de exames de mama através do uso de Raio-X ocorreu ao longo do século XX, o que tornou possível o rastreamento precoce de anormalidades através das imagens (KALAF, 2014). Através do aperfeiçoamento das técnicas de imagem tornou-se possível avaliar individualmente as características mamárias e identificar precocemente possíveis achados mamográficos que levem à suspeição de neoplasia (CHALA; BARROS, 2007).

O rastreio por mamografia começou a ser amplamente adotado no final da década de 1980 após a demonstração de sua efetividade em dois grandes ensaios randomizados (BOYLE, 2008). Duas décadas depois ocorreu o incremento da radiologia digital, por meio do qual o diagnóstico por imagem utiliza de sistemas computadorizados para adquirir, processar, apresentar e gerenciar as imagens obtidas, através da transformação de sinais físicos em informações numéricas através de um dispositivo eletrônico chamado conversor analógico digital (KALAF, 2014).

Para Boyle (2008) a mamografia está entre os avanços tecnológicos mais significativos para o rastreamento precoce de neoplasias de mama, que vêm trazendo melhorias da sua detecção em fase precoce, em fases nas quais os tratamentos são mais efetivos para o câncer. Segundo o autor, a realização de mamografias em programas organizados de rastreio foi responsável pelo aumento da sobrevivência de mulheres em países desenvolvidos, alcançando 85% de sobrevivência, enquanto em países emergentes foi constatada a sobrevivência menor (50-60%).

Em países desenvolvidos, as menores taxas de mortalidade têm sido observadas pelo melhor aporte tecnológico e mais facilidade em diagnosticar precocemente as lesões nos países emergentes, uma importante razão para as taxas elevadas de mortalidade é evidenciada principalmente pelo diagnóstico tardio. A realidade nesses últimos países, como o Brasil, é a descoberta da doença em estágios clínicos mais avançados, como os III e IV, nos quais as taxas de sobrevivência são menores do quando detectada nos estágios iniciais I e II (HEGG, 2000).

Sendo diagnosticado precocemente, o câncer de mama tem favoráveis chances de um potencial tratamento e cura. Para atingir este objetivo existem dois tipos de abordagens, sendo uma delas o *downstaging* que visa garantir que a doença clinicamente detectável seja diagnosticada em estágio inicial, e o rastreamento que objetiva detectar precocemente através da realização da mamografia em mulheres assintomáticas, buscando achados potencialmente predisponentes a desenvolver o câncer (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

O rastreamento é uma ferramenta importante, mas está longe de ser considerada perfeita, além dos benefícios estarem concomitantemente associados a danos, que envolvem desde os casos falso-positivos, até o sobrediagnóstico e sobretratamento, além da exposição à radiação ionizante emitida pelo mamógrafo potencialmente indutor de cânceres (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

A grande proporção de mulheres diagnosticadas em estágios avançados da doença limita as possibilidades terapêuticas, razão suficiente para se recomendar a urgência do diagnóstico precoce entre mulheres que apresentam lesões suspeitas, o *downstaging*¹, medida a ser preconizada como prioridade nas políticas de controle do câncer de mama em países como o Brasil.

Garantir um diagnóstico precoce do câncer de mama sintomático aumenta significativamente a sobrevida das mulheres, a exemplo do que se constatou no Estado de São Paulo. Alia sobrevida de cinco anos foi de 30% quando a doença foi diagnosticada no estágio IV, e quando diagnosticada no estágio II, este valor se elevou para 82% (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

As diretrizes nacionais brasileiras, recentemente publicadas pelo Ministério da Saúde preconizam o rastreamento como ferramenta de busca ativa para identificar o câncer em indivíduos que ainda não apresentam sintomas, ou seja, realização de mamografias em mulheres sadias, com a finalidade de encontrarem sua fase pré-clínica (BRASIL, 2015).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) do Ministério da Saúde, em outubro de 2015, publicou o Relatório de Recomendação N° 178, em que destaca, com base em evidências científicas, os benefícios do rastreamento, ainda que, como já mencionado, haja aumento do risco por resultados falsos positivos, resultando em biopsias e tratamentos desnecessários para as mulheres, e o aumento do risco radiológico por exposições repetidas durante os rastreamentos (BRASIL, 2015a).

¹As estratégias de diagnóstico precoce contribuem para a redução do estágio de diagnóstico do câncer, sendo uma delas conhecida como *downstaging*. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

As “Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama” preconizadas pelo Ministério da Saúde indicam a realização da mamografia em todas as mulheres com idade entre os 50 e 69 anos. Igualmente fraca é a recomendação, no documento citado, para sua realização entre mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos, com o diferencial de que nessa faixa etária “os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos”. É importante destacar a recomendação de não realização da mamografia entre mulheres na faixa etária de 50 a 59 anos, pois, com base em evidências científicas, os “prováveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes” (MIGOWSKI A, et al, 2018).. Apesar das controvérsias, o rastreamento organizado segue sendo uma prioridade nas ações de detecção precoce.

Contudo, o Brasil, país de dimensão continental, carece de serviços de saúde, sem equidade no acesso à mamografia, implicando que uma ampla parte da população não se beneficie de programas que possam vir a contribuir para a diminuição de casos avançados de câncer (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006).

O Brasil não tem garantido a universalização do uso da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em todas as mulheres assintomáticas com risco habitual dentro da faixa etária preconizada atualmente, ainda que a identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial seja crucial para o encaminhamento rápido e adequado para o atendimento especializado (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

Na Bahia, por exemplo, o número de estabelecimentos credenciados no Estado para realizar este procedimento aumentou de 80 em , para 126 em 2014. Também vem sendo implementados outros mecanismos para atendimento da população através de contratos de serviços terceirizados. A quantidade atual de mamógrafos existentes no estado, de aproximadamente 59 equipamentos, é superior aquela considerada necessária para o atendimento de toda população-alvo, estimada pelo último Censo de 2010 de 14.016.906 mulheres. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a Bahia possui 126 mamógrafos sendo, quase o dobro do número estimado para cobrir a população.

Apesar dessa quantidade de mamógrafos no SUS, em funcionamento na Bahia, ser superior à demanda populacional existente, a gestão estadual identifica não só a concentração de mamógrafos na capital do estado, mas também a ocorrência de falhas na distribuição e capacidade de utilização dos mesmos. A cobertura de mamografias entre mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde no Estado da Bahia em 2010 foi de 44,82%. Esta cobertura revela um déficit de 55,18% na realização das mamografias em 2010 e de 63,07 em 2011. (BAHIA, 2016).

Uma estratégia mais rentável economicamente e menos invasiva para as mulheres, é atribuída por Dos-Santos-Silva (2018), às ações da Atenção Básica, ao considerar seu papel fundamental e essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico, através dos exames clínicos das mamas e ações de educação em saúde.

Além do acesso à mamografia, é importante o diagnóstico precoce. Assim é importante identificar a trajetória das mulheres, desde o reconhecimento dos sintomas até o diagnóstico e tratamento do câncer de mama em diferentes contextos, E identificar as razões da demora, bem como as principais barreiras modificáveis para o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer. Estas informações deverão contribuir para o desenvolvimento, avaliação e implementação de abordagens localmente apropriadas e culturalmente sensíveis para o diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama no Brasil (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

O conhecimento do perfil populacional é um fator importante que deve ser incluso nos programas de saúde para favorecer o princípio da equidade, podendo assim garantir o acesso aos serviços de saúde (MARCHI; GURGEL; FONSECHI-CARVASAN, 2006). O princípio da equidade visa diminuir as desigualdades, sendo o Estado responsável por reconhecer que todos têm direito à saúde, respeitando a diversidade entre povos e regiões. Entretanto, podemos ver que a equidade pode ser compreendida como uma forma de tratamento diferente oferecida a pessoas que têm necessidades diferentes, isto é, dar mais a quem mais precisa (BRASIL, 1990).

3.4 Tratamento e compromisso dos serviços de saúde

As estratégias de controle do câncer de mama começaram no Brasil desde meados do século passado por meio de ações implementadas de forma isolada. Nas últimas décadas foram incluídas no contexto de programas de controle do câncer, nos quais são previstas, de maneira sistemáticas e integrada, ações para reduzir a incidência, a mortalidade e a morbidade do câncer na população, contemplando assim: prevenção primária, com redução ou eliminação dos fatores de risco; detecção precoce do câncer ou de lesões precursoras; tratamento; reabilitação; e cuidados paliativos (BRASIL, 2015).

Segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, do Ministério da Saúde, as pessoas com diagnóstico de câncer mamário devem ser atendidas em hospitais habilitados em oncologia com aporte tecnológico adequado para diagnóstico, tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2015a). Os hospitais devem identificar o estadiamento da

doença, fornecendo assim o tratamento adequado, o manejo das doses e o controle dos efeitos adversos, além de possuir toda a estrutura necessária para internamento, vagas de UTI, disponibilidade de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados (BRASIL, 2015a).

O diagnóstico precoce é a estratégia de identificação das pessoas com sinais e sintomas iniciais do câncer mama o mais precocemente possível, sendo atualmente, a forma mundialmente mais aceita, buscando por meio de três pilares: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica com qualidade e garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 2015).

Indiscutivelmente, os sistemas de saúde nos países de renda baixa e média são deficientes, sem a infraestrutura ou os recursos humanos e financeiros para programas de rastreamento organizados e em grande escala. As tentativas de implementação do rastreamento mamográfico nesses contextos têm resultado em iniciativas oportunistas que são desiguais e muito menos eficazes em comparação ao rastreamento organizado (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

Dos Santos Silva (2018) alerta que a maioria das mulheres rastreadas nunca irá desenvolver um câncer de mama, além de que os elementos necessários aos cuidados de saúde no diagnóstico da doença clinicamente detectável são muito menos complexos do que aqueles exigidos para diagnosticar a doença assintomática, sendo o acesso ao tratamento precoce o princípio fundamental para salvar vidas e não a detecção precoce propriamente dita (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

Dessa maneira o rastreamento mamográfico teria uma eficácia mais significativa, investigando com rapidez as mulheres nas quais são detectadas lesões suspeitas, e caso confirmado diagnóstico de câncer de mama, prover o tratamento adequado, pois para a autora o tratamento salva vidas. Apenas um sistema de cuidados oncológicos forte e bem organizado que consiga tratar a doença sintomática de maneira apropriada será capaz de lidar com a demanda adicional associada ao volume grande de mulheres com lesões suspeitas detectadas pelo rastreamento (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

Os tratamentos para os casos de câncer de mama consistem em abordagem cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, podendo estar associados ou não, sendo que a escolha do tratamento irá depender de diversos fatores como: tipo, tamanho, idade, status menstrual, estado geral da pessoa e entre outros (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

Após o tratamento adequado, as pacientes devem ser acompanhadas durante cinco anos, ser clinicamente seguidas através de exames físicos num prazo de três a seis meses nos primeiros três anos, e a cada seis a doze meses para os seguintes anos, até completar cinco anos, com a finalidade de garantir que a doença não reincida. Após este prazo, devem ser acompanhadas anualmente (BRASIL, 2015a).

Desde o final do século XIX é realizado o processo de remoção parcial ou total da mama denominado de mastectomia, que consiste em uma das principais medidas para o tratamento ou prevenção do câncer, sendo que a mastectomia é um procedimento agressivo, mutilador e traumatizante para a vida das mulheres, podendo ser evitado se diagnosticado previamente (MONTEIRO et al., 2011).

Além da função da amamentação, os seios são representativos da feminilidade e elemento importante para o prazer sexual. Em casos em que é necessária a mastectomia, as mulheres têm que lidar com sentimentos de rejeição e culpa, perda de feminilidade, o que termina por afetar a autoestima, com repercussões para a sua saúde mental (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

As estratégias adotadas para o combate do câncer de mama envolvem assim um conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados com base em orientações epidemiológicas, assegurando-se a regionalização dos recursos. A linha de cuidado envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos, com diferentes ações da atenção à saúde visando atingir resultados positivos e garantir maior qualidade de vida às mulheres (BRASIL, 2013).

Serviços de saúde devem se comprometer em realizar o rastreamento com garantia de tratamento das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, além de se responsabilizar a desenvolver ações educativas com as mulheres, principalmente aquelas que sofrem com sequelas do tratamento, além de prevenir as que não foram acometidas, orientando para a adoção de hábitos saudáveis de vida e de cuidado da saúde (GONÇALVES et al., 2010). Estas ações poderão gerar uma maior conscientização das mulheres, o incentivo à procura por serviços de saúde, e consecutivamente a redução da morbidade e mortalidade (KEMP, 2002).

4 MATERIAL E MÉTODOS

“Saúde das mulheres e prevenção do câncer de mama na Bahia”² é um estudo desenvolvido juntamente com o Programa Integrado em Gênero e Saúde-MUSA que faz parte do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A Universidade do Estado da Bahia (UNEB) integrou a equipe desta pesquisa, assumindo o trabalho de campo na própria UNEB. Por meio do programa da FABESB, como bolsista de Iniciação Científica do Instituto Gonçalo Moniz – FIOCRUZ/BA foi possível realizar esta pesquisa.

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com mulheres que participaram do programa de rastreamento de câncer de mama, realizado na campanha “Outubro Rosa” pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio de uma unidade móvel locada no Campus I da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) localizada em Salvador, em outubro de 2014.

Fizeram parte do estudo mulheres atendidas no serviço de rastreamento da campanha de mamografia itinerante em parceria público-privado do governo do estado da Bahia, com uma clínica particular de imagem. Neste estudo foram incluídas apenas mulheres que estavam na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para realização da mamografia – entre 50 e 69 anos. Deste modo, foram excluídas mulheres que realizaram o procedimento, mas estavam fora desta faixa etária (BRASIL, 2015).

Os dados foram coletados no período de outubro do ano de 2014, durante o período da campanha intitulada “Outubro rosa”.

A amostra do estudo original foi selecionada por conveniência e baseada na dinâmica de atendimento da demanda espontânea das mulheres que chegavam ao serviço para realizar a mamografia, oriundas de diversos bairros da cidade de Salvador.

Os dados foram obtidos mediante entrevista, sendo aplicado um questionário composto por questões estruturadas, simples, objetivas e curtas. Esse instrumento foi construído com base no questionário do *International Pooling Project on Mammographic Density* (<http://mdpool.iarc.fr/>), cujos itens foram vertidos para português, objetivando a comparabilidade com dados nacionais. Foram incluídas questões sobre trabalho e família provenientes do questionário do Censo Brasileiro e adicionalmente questões relacionadas à

² Programa de Pesquisa para o SUS: gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – BA (0019/2013)

utilização prévia de serviços de saúde para detecção e tratamento precoces do câncer de mama selecionadas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

A seleção das variáveis compreenderam características sócio-demográficas, história reprodutiva, uso de hormônios e hábitos de vida. Além dessas, foram avaliadas características de utilização do serviço. Foram consideradas categorias associadas ao aumento para o risco de câncer de mama aquelas assinaladas abaixo com asteriscos:

- Menarca (antes de 12 anos*; 12 anos ou mais).
- Nuliparidade (sim*; não).
- Idade da primeira gestação a termo (até 30 anos; após os 30 anos*).
- Idade da menopausa (até 54 anos; 55 anos ou mais*).
- Amamentação (amamentaram; não amamentaram*).
- Uso de contraceptivos hormonais para evitar a gravidez (sim*; não).
- Uso de terapia de reposição hormonal (sim*; não).
- Ingestão de bebidas alcoólicas (sim*; não).
- Tabagismo (sim*; não).
- Antecedente pessoal de câncer de mama (sim*; não).
- Intervalo de realização de mamografias (menos de um ano*; dois anos).

Os questionários foram aplicados por meio de entrevistas face-a-face, por entrevistadoras de nível superior da área de saúde, treinadas e certificadas para tal fim. As entrevistas ocorreram no mesmo local onde estava localizada a Unidade Móvel. Para resguardar a confidencialidade, as entrevistadoras buscavam um lugar mais reservado para sua realização. A abordagem inicial das mulheres era feita enquanto aguardavam a realização do exame.

Os dados das entrevistas oriundos dos questionários foram categorizados, codificados e digitados em bancos de dados criados com o uso do software EpiData 3.1, e posteriormente convertidos e analisados estatisticamente através do uso do Software estatístico STATA versão 13.

As análises descritivas consistem no cálculo das frequências absolutas e relativas do perfil sociodemográfico das mulheres, história reprodutiva, hábitos de vida e dificuldade ao acesso ao serviço.

As seguintes variáveis contínuas foram assim recategorizadas: Idade (de 50 a 60 anos; de 61 e mais), Idade da menarca (até 14 anos; mais de 14 anos), Idade da menopausa (30 a 40 anos; 41 a 50 anos; 51 a 60 anos); Número de filhos (até dois filhos; três a cinco filhos; mais de cinco filhos).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, número do Parecer: 804.699. Todas as mulheres leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo explicações sobre o estudo e autorização para acesso aos dados e resultados das mamografias realizadas. A elas foi garantido o direito de recusa a responder qualquer questão, a interromper a entrevista, além do sigilo e confidencialidade das informações.

5 RESULTADOS

Fizeram parte do estudo original 143 mulheres atendidas no serviço de rastreamento investigado, Neste estudo foram incluídas apenas 85 delas, por atenderem ao critério de inclusão – estar na faixa etária entre 50 e 69 anos – preconizada pelo Ministério da Saúde para realização da mamografia (BRASIL, 2015), estando excluídas 40,5% delas, por estarem fora da faixa etária, mesmo tendo sido submetidas ao procedimento.

Analisando-se as características sociodemográficas, identifica-se que a média de idade das participantes foi de 58,2 anos (DP=5,0) (dados não apresentados). Elas se auto declararam majoritariamente pretas e pardas (93%) e mais da metade delas referiu ter cursado até o ensino fundamental (54,1 %). Quase a metade delas informou como situação conjugal estarem casadas (49,4%) (Tabela 1).

Quanto à profissão cerca de 26% eram mulheres do lar, 21,2% atuavam como domésticas, 17,6% estavam aposentadas e outras 35,2% trabalhavam em outras profissões diversas (Tabela 1).

Em relação à renda bruta da família, 11,8% relataram não possuir renda alguma, 34,1% recebem menos que um salário mínimo vigente no ano de 2014 (R\$ 724,00 reais) (Tabela 1). A renda variou de R\$97,00 a R\$722,00 reais (dados não apresentados).

Apenas três participantes relataram ser a primeira vez que fariam o exame: duas achavam desnecessária a sua realização e uma alegou que não conseguia marcar o exame pelo SUS. Para as 82 que referiram mamografia prévia, 69 (84%) a realizaram pelo SUS, e sete (8,5%) por meio de convênio com plano de saúde, enquanto seis (7,3%) informaram que pagaram pela realização do exame (dados não apresentados em tabela).

No quesito intervalo entre exames mamográficos, foi perguntado quanto tempo fazia desde o último exame realizado. Apenas 11% das mulheres relataram tê-lo feito há menos de um ano; pouco mais da metade delas ainda não havia completado dois anos desde a realização do último exame mamográfico e quase um terço (28%) havia mais de dois anos (Tabela 2).

No quesito hábitos de vida quase 40% delas fumavam ou já tiveram o hábito de fumar e não fazem mais uso, enquanto o consumo regular álcool foi relatado por cerca de 30% (Tabela 3).

Como síntese das informações relacionadas à vida reprodutiva das participantes: aproximadamente 75% tiveram sua primeira menstruação até os 14 anos, e a quase totalidade delas (90%) já não menstruava mais, sendo que, cerca de 30% tem como motivo do fim dos

ciclos menstruais algum procedimento cirúrgico que resultou na menopausa (Tabela 2). Dentre as mulheres que menopausaram, pouco mais da metade tinham à época a idade entre 41 a 50 anos, e $\frac{1}{5}$ delas informaram fazer uso de hormônios para o tratamento dos sintomas da menopausa (Tabela 4).

Apenas cerca de 7% não tiveram filhos; das que tiveram filhos, das quais, quase 61% tiveram de três a mais de cinco filhos (Tabela 4). Cerca de 40% delas tiveram o primeiro filho antes de completar 20 anos, enquanto 5% das que pariram tinham mais de 30 anos quando tiveram o primeiro filho, (Tabela 4). Entre as mulheres que pariram, menos de 10% relataram não ter amamentado qualquer dos filhos que tiveram (Tabela 4).

Tabela 1. Número e proporção de mulheres participantes de programa de rastreamento mamográfico, segundo características sociodemográficas. Salvador BA, 2014

Características	N (85)	%
Faixa etária		
de 50 a 60 anos	59	69,4
De 61 e mais	26	30,6
Cor/Raça		
Preta	34	40,0
Parda	45	52,9
Branca	4	4,7
Amarela	2	2,4
Indígena	-	0
Escolaridade		
Nenhuma	4	4,7
Alfabetização	4	4,7
Educação jovens e adultos	2	2,4
Ensino fundamental	46	54,1
Supletivo fundamental	5	5,9
Ensino Médio	18	21,2
Supletivo Médio	3	3,5
Nível técnico	3	3,5
Situação conjugal		
Casada	42	49,4
Viúva	12	14,1
Divorciada	19	22,4
Solteira	12	14,1
Renda Familiar Bruta		
Sem renda	10	11,8
< 1 salário	29	34,1
até 2 salários	26	30,6
> 2 salários	20	23,5
Profissão		
Do lar	22	25,9
Domésticas	18	21,2
Aposentadas	8	9,4
Desempregadas	11	12,9
Outras	26	30,6

Tabela 2. Número e proporção de mulheres participantes de programa de rastreamento mamográfico, segundo intervalo de tempo entre o exame mamográfico atual e o último realizado realizados e o último feito. Salvador BA, 2014

Características	N (82)	%
Intervalo de tempo		
Menos de 1 ano	9	11,0
de 1 a < 2 anos	50	61,0
2 a < 3 anos	7	8,5
3 anos ou mais	16	19,5

Tabela 3. Número e proporção de mulheres participantes de programa de rastreamento mamográfico, segundo hábitos de vida. Salvador BA, 2014

Características	N (85)	%
Fuma ou já fumou		
Não	52	61,2
Sim	33	38,8
Consumo de álcool		
Não	57	67,1
Sim	28	32,9

Tabela 4. Número e proporção de mulheres participantes de programa de rastreamento mamográfico, segundo história reprodutiva. Salvador BA, 2014

Características	N (85)	%
Idade da menarca		
Até os 14 anos	64	75,3
Mais de 14 anos	21	24,7
Menstruação atual		
Não	76	89,4
Sim	9	10,6
Motivo de não menstruar		
Menopausa natural	49	65,3
Cirurgia	26	34,7
Idade da menopausa		
30 a 40 anos	13	17,3
41 a 50 anos	42	56,0
51 a 60 anos	20	26,7
Uso de hormônios para tratamento da menopausa		
Não	60	80,0
Sim	15	20,0
Tiveram filhos		
Não	6	7,1
Sim	79	92,9
Número de filhos		
Até 2 filhos	29	39,2
Entre 3 a 5 filhos	27	36,5
Mais de 5 filhos	18	24,3
Idade que tiveram o 1º filho		
14 a 19 anos	32	40,5
20 a 30 anos	43	54,4
31 anos ou mais	4	5,1
Amamentaram o filho		
Não	7	8,9
Sim	72	91,1

6 DISCUSSÃO

A média de idade das mulheres investigadas no presente estudo foi de 58,2 anos, convergente com a literatura que refere como fator principal de risco do câncer de mama a idade elevada, geralmente após os 50 anos. Este é considerado o fator mais importante a ser levado em conta, e, na maioria dos casos, é o único encontrado em mulheres diagnosticadas (PINHO; COUTINHO, 2007).

De acordo com WARNER et al. (1999) a faixa etária para o aparecimento do câncer de mama é dos 45 aos 65 anos, e pouco menos de 5,0% dos casos, ocorrem em mulheres abaixo de 30 anos. A curva de incidência têm assim dois picos, aos 50 e aos 70 anos. Já KELSEY (1993) assinala que quanto maior a expectativa de vida, maior o risco para o câncer de mama.

Os dados sociodemográficos deste estudo mostram um grupo composto em sua maioria por mulheres casadas, que se autodeclararam pretas e pardas (92,9%). Em estudo feito por Chor e Lima (2005) na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, a magnitude da mortalidade por neoplasia maligna de mama foi equivalente entre mulheres brancas (28/ 100 mil mulheres) e pretas (22/ 100 mil mulheres), e menor entre mulheres pardas (14/ 100 mil habitantes). Para as autoras, é evidenciado que as discrepâncias socioeconômicas perpetuadas ao longo da vida de sucessivas gerações corroboram para as desigualdades étnico-raciais em saúde no Brasil.

Nosso estudo evidenciou que pouco mais da metade (54,1%) delas tinham apenas o ensino fundamental e algumas (4,7%) nunca frequentaram a escola. Sabe-se que o nível de escolaridade exerce grande influência no acesso e na utilização de serviços de saúde, além de possuir forte associação com a renda, pois, pessoas com maior escolaridade tendem a ter maior facilidade em reconhecer uma necessidade de saúde e buscar atendimento (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Quase metade das participantes ou eram do lar, ou seja, se dedicavam exclusivamente a cuidar da casa sem prover renda ou atuavam como trabalhadoras domésticas, o que se reflita diretamente na renda bruta da família; 34,1% delas possuíam renda inferior ao salário mínimo vigente no período da coleta de dados e 11,8% relataram não possuir renda alguma. É sabido que características socioeconômicas influenciam nos padrões

de utilização de serviços de saúde, pois as pessoas com melhores condições socioeconômicas possuem mais facilidade em obter cuidado de saúde do que as mais pobres (VAN DOORSLAER; MASSERIA; KOOLMAN, 2006).

O estudo de Azevedo e Silva et al. (2017) que teve como objetivo analisar se as ações de detecção precoce para o câncer de mama iniciadas com o pedido médico de mamografia diferem entre usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e aquelas que possuem plano de saúde privado, mostrou que ter plano de saúde privado, maior nível de escolaridade e ser de cor branca se associaram positivamente a ter o pedido médico e acesso para rastreamento mamográfico, diferentemente das mulheres dependentes exclusivamente do SUS. Em nosso estudo poucas foram as mulheres com plano privado de saúde e que realizaram a mamografia por este meio ou pagando o procedimento particular.

Dessa forma, a desvantagem econômica e social é um dos mecanismos que, no Brasil, contribui para potencializar as desigualdades raciais de saúde, posto que negros e pardos são mais expostos a substâncias tóxicas em ambientes menos saudáveis, à assistência à saúde inadequada ou degradante e às experiências diretas de atos ou atitudes de discriminação racial que exercem maior impacto nas desigualdades.

Evidências científicas apontam que por meio do rastreamento mamográfico inserido em programas organizados, realizados a cada dois anos, há uma redução de 20 a 25% na mortalidade. Entretanto, fora da faixa etária e do período preconizado para intervalo entre mamografias de rastreio, não há evidências científicas de benefício pois os danos os superam, tais como: falsos-positivos, sobrediagnóstico, sobretratamento, punções, biopsias desnecessárias e exposição das mulheres a radiações ionizantes (DOS-SANTOS-SILVA, 2018).

Quanto à periodicidade da realização indicada atualmente para rastreamento mamográfico pelas mulheres, constatou-se que apenas aproximadamente 8% das entrevistadas haviam realizado o exame no período de intervalo preconizado desde a realização do último, ou seja, cerca de 72% fizeram antes do prazo estabelecido, se expondo assim a radiações ionizantes. Cerca de 19% já estavam atrasadas com relação ao período preconizado, estando descobertas pelo rastreio.

No Brasil, a despeito da indicação do rastreio a cada 2 anos, como consta das Novas Diretrizes (Migowski et al., 2018). Há discordâncias com a posição de entidades de especialistas. O presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia, Antônio Frasson, enfatiza

que a entidade preconiza a realização da mamografia anualmente para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade (SBM, 2018), mesmo sem que haja evidências de benefícios e face aos riscos apontados. Isto gera um conflito de informações para a população.

Como repercussão da inobservância do cumprimento da realização da mamografia fora da faixa etária preconizada pelo INCA/MS, na Bahia, o Conselho Estadual de Saúde, por iniciativa da representação da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, fez uma recomendação³ destinada à Secretaria de Saúde do Estado para que se observasse e cumprisse as normas ministeriais.

O câncer de mama tem um grande impacto na vida das mulheres e conseqüentemente torna-se um dos tipos de tumores mais estudados do mundo, entretanto, ainda se carece de evidências científicas sólidas sobre seus determinantes. Grande parte das pesquisas é realizada com grupos que já desenvolveram a doença, em contrapartida, sendo ainda insuficientemente pesquisada a prevalência dos determinados fatores em grupos de mulheres assintomáticas, que são particularmente a população alvo dos programas de rastreamento.

Os autores Robles e Galanis (2002) em pesquisa com países da América latina e caribe que são membros da OPAS e têm mais de 300.000 habitantes, no ano 2000, com mulheres de 25 a 74 anos, concluíram que o tabagismo aumenta a incidência de câncer de mama aumentando o risco relativo, principalmente quando existe a predisposição de fatores associados. Entre as participantes, mais da metade fumava ou já tinham fumado em alguma fase da vida. Na nossa pesquisa, quase 40% das entrevistadas disseram que faziam ou fizeram uso de cigarros.

Aproximadamente 67% da amostra do nosso estudo informaram fazer consumo de álcool, sendo que a ingestão de bebida alcoólica representa um fator de risco para o câncer de mama, tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa (AICR, 2008). Um estudo de coorte, realizado por Zhang et al. (2007) nos Estados Unidos com uma amostra de 38.454 mulheres, constatou o efeito danoso da ingestão de bebidas com teor de álcool: o consumo de 10 gramas de etanol diariamente provocou um aumento de 7% no risco de desenvolvimento da doença *in situ* e de 9% no tipo de câncer de mama invasivo.

Em outro estudo de coorte, também, realizado nos Estados Unidos por DUFFY et al. (2009), composto por 88.530 mulheres em pós-menopausa, mostrou que mesmo com uma

³<http://www5.saude.ba.gov.br/portalcas/RECOMENDACAODIRETRIZESCANCERDEMAMAOUTUBROROSA.pdf>

baixa consumo de bebida alcoólica (5,6 gramas de etanol/dia), esta foi considerada um fator de risco para a doença.

O consumo de álcool pode aumentar o risco da doença por diversos mecanismos, seja ele, dependente de hormônio ou não dependente. A substância pode tanto agir como fator cocarcinogênico, quando aumenta a permeabilidade da membrana celular a fatores carcinógenos, ao inibir a detoxificação pelo fígado, que fica prejudicado de metabolizar os nutrientes, desenvolvendo estresse oxidativo, ou também, pela atuação como fator mutagênico, através do acetaldeído, que resulta no aumento dos níveis séricos de estrógenos e a atividade de transcrição do receptor deste hormônio, potencializando o efeito de resposta celular à ação hormonal (AICR, 2008).

No presente estudo a idade da menarca até os 14 anos foi referida por 75,3% das mulheres. Quanto mais precocemente se estabelecer um ciclo menstrual regular, mais cedo começa a exposição aos hormônios do ciclo ovulatório, aumentando assim o risco de câncer de mama, quando comparadas mulheres com menarca precoce com aquelas com menarca tardia com ciclos ovulatórios irregulares. Os níveis elevados de estrogênios durante a fase lútea normal e o índice de exposição ao hormônio são acumulativos no decorrer da vida (PINHO; COUTINHO, 2005).

No estudo de LAMAS & PEREIRA (1999) com mulheres em Brasília, Distrito Federal, contatou-se entre participantes que de 29,3% delas tiveram idade da menarca precoce e, enquanto PINHO; COUTINHO (2007) em Teresópolis, no Rio de Janeiro, encontrou que ¼ de sua amostra informou esta condição.

O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam o risco ao câncer de mama, tornando assim, os fatores endócrinos relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno um risco, principalmente entre mulheres que tendem a menopausar tardiamente, em geral, a partir dos 55 anos de idade (PINHO; COUTINHO, 2005).

Nesta pesquisa 26,7% das mulheres menopausaram entre 51 a 60 anos, além do que, 10,6% delas ainda menstruam à época da pesquisa, estando expostas aos seus próprios hormônios.

Considerando os fatores de risco para câncer de mama passíveis de modificação, é então recomendado para reduzir os riscos de desenvolver este câncer evitar o consumo de

tabaco, manter o peso adequado, evitar exposição a radiações iônicas e a pesticidas (THULER, 2003).

Cerca de 1/3 das entrevistadas relataram fazer uso de reposição hormonal como tratamento dos sintomas referentes à menopausa, fator associado ao aumento da incidência de câncer de mama quando utilizado por um período prolongado. Pesquisas com metanálise confirmam que o uso superior a 10 anos aumenta a incidência da doença (MAHON, 1998).

Em outro estudo realizado em um Centro de Avaliação Mastológica envolvendo uma amostra de 157 mulheres foi constatado que 61,8% daquelas diagnosticadas com câncer de mama nunca fizeram tratamento de reposição hormonal, entretanto, as outras 38,2% faziam e relataram depois de diagnosticadas que fizeram uso durante um período médio de 4,5 a 5,3 anos (CANTY, 1997).

Em pesquisa realizada por COLDITZ et al. (2000) tendo objetivo de conhecer as características epidemiológicas sobre os fatores de risco para o câncer de mama, os autores identificaram a nuliparidade dentre os fatores de risco mais frequentes. Em nosso estudo cerca de 7% das participantes eram nulíparas e 60,8% das entrevistadas tiveram entre três a cinco filhos.

A multiparidade é descrita por alguns autores (ABREU; KOIFMAN, 2002) como sinônimo de maior proteção contra a predisposição para a patologia, mas outros (MEISTER; MORGAN, 2000) não encontraram diferenças significativas entre mulheres nulíparas ($p = 0,222$) e múltíparas (quatro ou mais gestações), não sendo a maior paridade um fator de proteção, contudo, porém encontram que a primeira gravidez tardia é um fator de risco significativo para o câncer de mama.

O câncer de mama está associado a fatores de risco ligados à vida reprodutiva sendo um dos fatores associados a idade da primeira gestação após os 30 anos (PINHO; COUTINHO, 2005).

Na presente amostra, apenas 5,1% das mulheres tiveram filhos após os 30 anos. Entretanto, nas sociedades ocidentais modernas, cada vez mais as mulheres têm tido filhos em idades mais avançadas; o número de gestações acima dos 35 anos tem aumentado consideravelmente, sendo explicado por vários fatores que envolvem o uso de métodos contraceptivos; a postergação do matrimônio; a maior incidência de divórcios; o desejo de atingir um nível educacional e profissional mais elevado; de conquistar estabilidade e

independência financeira; e o aprimoramento de técnicas de fertilização artificial (GOMES et al., 2008).

Usar ou já ter usado anticoncepcionais hormonais orais como método contraceptivo foi relatado por 72,9% das nossas entrevistadas. Tal achado permite dialogar com a literatura que considera como a maioria dos casos de câncer de mama são tumores estimulados pela presença dos hormônios circulando pelo corpo (ABREU; KOIFMAN, 2002). Ademais, segundo os autores, além das mulheres serem expostas aos hormônios naturais do seu ciclo ovariano, a utilização de anticoncepcionais orais que combinam os hormônios estrógeno e progesterona, em geral, por 21 dias, acaba promovendo um estímulo hormonal mais prolongado do que o fisiológico, e teoricamente resulta no aumento ao risco para o câncer mamário, pois os hormônios interagem com o epitélio ductal mamário principalmente durante a última fase do ciclo menstrual, na qual apresentam sua atividade mitótica em altas taxas (ABREU; KOIFMAN, 2002).

A epidemiologia e a observação clínica apontam a presença de avariáveis denominadas fatores de risco que aumentam as chances de desenvolvimento da doença, mas, em contrapartida, também existem fatores de proteção, como hábitos de vida saudável, praticar atividades físicas regulares, cuidar da alimentação com alimentos pobres em gordura (BRASIL, 2004).

A amamentação é considerada fator de proteção, quando prevalece por um período de no mínimo um ano. O Instituto Americano para Pesquisa do Câncer (AICR, 2008) explica que o efeito protetor da amamentação pode estar fortemente associado à diferenciação completa das células mamárias e à diminuição do período de exposição à ação dos hormônios sexuais, que estão baixos durante a amenorreia induzida pela lactação. Concomitantemente, ocorre uma intensa esfoliação do tecido mamário e a apoptose em massa de células do epitélio mamário decorrentes da própria amamentação, resultando assim, na possibilidade de reduzir o risco por acometimento de câncer nas mamas ao eliminar células que possam ter sofrido mutação do DNA.

No nosso estudo, quase todas as mulheres referiram ter amamentado seus filhos (91%). O aleitamento natural apesar de fornecer nutrição adequada, proteção contra infecções no bebê, modulação da resposta imune, fortalecimento do vínculo mãe-filho, benefícios para o desenvolvimento da criança e outros, se constata principalmente nos países ocidentais que a duração da amamentação é, em geral, curta. No Brasil, por exemplo, menos da metade das

crianças é amamentada pelo menos até os 12 meses de idade, e apenas 1/4 é amamentada na faixa etária entre 18 e 23 meses (BRASIL, 2009).

Em uma revisão de 47 estudos, realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com câncer de mama e 97 mil controles, evidenciou-se que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama (CHIARA; SICHERI, 2001). Em estudo desenvolvido na Índia com amostra de 1.866 casos e 1.873 controles, foi observado que o efeito protetor da amamentação esteve presente entre mulheres na pré-menopausa, a partir do período de dois anos de lactação total, comparado à amamentação igual ou inferior ao período de um ano (GAJALAKSHMI, 2009).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte transversal, o que implica a impossibilidade de se estabelecer relações causais por não se poder garantir a sequência temporal dos eventos, tornando assim, limitadas as informações produzidas, já que só é possível medir a prevalência dos eventos e estimar a associação entre eles, sem indicar uma natureza causal.

A amostra utilizada não permite inferir os resultados para toda a população de Salvador já que foi obtida através da amostragem por conveniência, buscando as participantes que estavam acessíveis no momento da coleta. Quando as informações são obtidas através da técnica de amostragem não probabilística há a limitação de não se possuir a lista completa de mulheres que formam a população, impossibilitando generalizar os resultados com precisão estatística.

A coleta foi realizada apenas no espaço ocupado pelo programa itinerante localizado apenas nas instalações da Universidade Estadual da Bahia, o que leva a uma predominância de participantes que em sua maioria residem próximas à região da universidade, não favorecendo a obtenção de uma amostra que refletisse a diversidade de população oriunda de outras regiões da cidade.

Entretanto a pesquisa, mesmo com um recorte pontual das usuárias que foram atendidas pelo serviço, propicia a descrição de características individuais e coletivas da população da qual há uma lacuna na bibliografia, tornando possível o conhecimento parcial da realidade das mulheres que dependem do serviço, suas características sociais, história reprodutiva e acesso aos serviços de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil das mulheres estudadas que realizaram a mamografia em um dos locais de oferta itinerante, por ocasião do “Outubro Rosa” em Salvador, Bahia, revela descumprimento das normas em relação ao intervalo de tempo, para mais ou para menos. Em se tratando de uma população majoritariamente negra, de baixa renda e escolaridade, as dificuldades de acesso podem ser relevantes uma vez que Salvador tem uma baixa cobertura da atenção básica.

Apesar de bases científicas sólidas para a tomada de decisões em prol da saúde, do direito das mulheres e da atenção integral, é evidente, a continuidade das más práticas de cuidado voltadas à prevenção do câncer de mama. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), do Ministério da Saúde, no cumprimento de seu papel normatizador como referência para o ensino e pesquisa oncológica, elabora políticas públicas para prevenção e controle do câncer, e recentemente divulgou as diretrizes para a detecção precoce desta doença (Migoswki et al., 2018). Entretanto, os dados da pesquisa demonstram que os recursos vêm sendo utilizados, em parte, para mulheres que se encontram fora da faixa etária devida para rastreamento, ao mesmo tempo que uma parcela delas está realizando as mamografias fora do prazo mínimo de intervalo indicado, sendo um risco para as mulheres.

Em que pese à divulgação das diretrizes no nível estadual e municipal do SUS, os dados do presente estudo contribuem para fornecer evidências de que as normas não estão sendo rigorosamente cumpridas no que diz respeito à mamografia. Ao que tudo indica a pressão das sociedades de mastologistas pode estar se somando a interesses diversos, a exemplo da alocação de mamógrafos sem considerar os vazios assistenciais, que tem levado ao desvio de recursos para rastreamento de mulheres fora da faixa etária prioritária,

Entre aquilo que o Ministério da Saúde informa e as sociedades de mastologia, estão as mulheres que buscam a mamografia como se fosse “a única ferramenta de prevenção” do câncer, gerando uma desinformação. Como visto nesta pesquisa, mulheres buscam o serviço sem saber que existem requisitos para que a mamografia seja realizada e, utilizada corretamente, possa ser uma aliada, ao invés de um potencial fator causador de câncer.

Esses dados demonstram que apesar do fornecimento do recurso da mamografia, seu uso indevido pode gerar sérias repercussões tanto individuais quanto coletivas, sendo que o rastreamento fora do preconizado tem seus riscos superando os benefícios, podendo gerar

danos às mulheres em longo prazo e dificultar o acesso da população alvo destinada ao programa.

Além do efeito danoso à saúde das mulheres, fica assim evidente a má distribuição e uso de recursos públicos voltados para o rastreamento das mulheres, pois apesar dos mesmos serem destinados aos grupos que estão em maior risco, acabam sendo desperdiçados em procedimentos que ainda não deveriam ser realizados, resultando assim, na carência do serviço dirigido para as mulheres que deveriam ser contempladas.

Na Bahia, a distribuição desigual de mamógrafos no estado resulta na deficiente cobertura de mulheres que deveriam ser rastreadas, sendo apontada a concentração de mamógrafos na capital, entretanto, as regiões mais isoladas da capital, como as ilhas carecem de cobertura do programa. Entretanto, o rastreamento itinerante, com recursos públicos, tem sido realizado através da campanha “Outubro Rosa”, como foi o caso da prestação do serviço dentro da UNEB, localizada na capital do estado, onde já existe a oferta do serviço, quando seria mais oportuno aumentar a cobertura em lugares desprovidos do serviço, evitando que a população os busque na capital, justamente pela carência do município em realizar o procedimento. Isto resulta na necessidade de deslocamento desnecessário das mulheres em busca do serviço, distante de sua região.

Um registro interessante é o fato da prefeitura de Salvador, através da Secretaria de Comunicação, ter lançado uma nota, em 28 de setembro de 2018, alegando que a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) pretendia intensificar as ações de diagnóstico precoce e prevenção ao câncer de mama, justificada pelos 217 óbitos decorrentes da doença registrados de janeiro a setembro de 2018. A prefeitura alegava que apesar de 65 mil vagas disponíveis para a realização de mamografias, apenas 25 mil foram preenchidas, teoricamente deixando 40 mil vagas disponíveis e muitas mulheres descontempladas pelo rastreamento.

Com o atual congelamento dos gastos na área de saúde instituídos pela Emenda Constitucional 95 (EC95/2016), fica para os/as usuários(as) do SUS a incerteza da continuidade e da melhoria dos serviços, já que a atual situação impacta diretamente nos municípios onde acontece a execução da política pública de saúde.

Os dados deste estudo apontam para a existência de algumas características relativas a fatores de risco para o câncer de mama, como o consumo de drogas lícitas como cigarro e bebidas alcoólicas, percentualmente expressivos (38,8% e 32,9% respectivamente), dados que merecem a atenção dos profissionais da saúde, indicando a necessidade de implementação de

programas educativos e ações de promoção à saúde, com orientação sobre o uso e os efeitos maléficos destas substâncias e medidas de prevenção ao consumo destas drogas, que apesar de danosas têm seu uso legalizado.

O Ministério da Saúde com a finalidade de assegurar o acesso da população à educação em saúde, à melhoria da qualidade de vida, visando o envelhecimento saudável busca implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde, através do planejamento de ações de prevenção aos fatores de risco, como má alimentação, sedentarismo e tabagismo, entre outros, além de destinar investimentos para a qualificação da atenção e da assistência. Entretanto tais ações estão em risco com a adoção atual de medidas econômicas que visam congelar verbas da saúde e educação.

Deve ser considerada a necessidade iminente de articulações de políticas públicas que incentivem e promovam o diagnóstico precoce do câncer de mama, com a facilidade no acesso a solicitação e realização da mamografia na idade preconizada pelo Ministério da Saúde ou em mulheres com histórico de câncer de mama na família, além da realização periódica do exame clínico das mamas durante as consultas ginecológicas ou de rotinas. São medidas que valorizariam a detecção precoce de patologias mamárias. Isto pressupõe que as mulheres acometidas pela doença tivessem mais chances de um tratamento menos invasivo e recuperação menos traumatizante. Entende-se que são diversos os fatores de riscos associados ao câncer de mama, entretanto o diagnóstico precoce favorece que a doença seja tratável e curável sem gerar sequelas físicas ou abalar emocionalmente as mulheres.

Apesar da prevenção primária do câncer de mama não ser totalmente possível, uma vez que os fatores de riscos associados à vida reprodutiva e às características genéticas ligados à sua etiologia não são modificáveis, entretanto, outros fatores de risco são passíveis de intervenção por meio de políticas públicas. O dado de que muitas mulheres com câncer de mama não apresentam qualquer dos fatores de risco identificados como principais, demonstra ainda mais a necessidade de pesquisas nesta área.

O cenário político atual aponta para redução dos gastos públicos com saúde colocando em risco a sustentação do SUS através de seu financiamento. Observa-se um eminente processo de revogação de direitos na saúde conquistados com muita luta. O congelamento de gastos ameaça qualquer tipo de incorporação de novos avanços tecnológicos, tanto em equipamentos quanto em medicamentos. Com a fragilização do SUS haverá perdas significativas tanto na atenção básica quanto em outros níveis de complexidade

da atenção, dificultando tratamentos, a exemplo, a quimioterapia necessária para alguns casos mais avançados de câncer.

Apesar do cenário devastador que se anuncia, é preciso que a gestão pública, em consonância com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e participação social, possa enfrentar o câncer que mais mata as mulheres no país. No Brasil, as ações voltadas ao controle do câncer de mama estão circunscritas em um quadro de desigualdades no acesso aos serviços pelas grandes desigualdades sociais presentes na sociedade. Cabe ao Estado por meio de políticas públicas reduzir tais desigualdades e superar as dificuldades que se colocam para as mulheres, quando há alterações suspeitas detectadas pelo rastreamento, de modo a garantir, em caso de confirmação diagnosticada, o tratamento dentro do prazo previsto em lei, a reconstrução mamária (se necessário) e os cuidados paliativos para quem estiver fora de possibilidade terapêutica.

REFERÊNCIAS

ABREU, Evaldo de; KOIFMAN, Sérgio. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Rev. bras. cancerol**, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.

AICR. **World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research**. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: A Global perspective. 2008.

AZEVEDO E SILVA, Gulnar; Souza-Júnior, Paulo Roberto Borges; DAMACENA, Giseli Nogueira, SZWARCOWALD, Célia Landmann. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Saúde Pública**. 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 2016.

BOYLE, Peter et al. **World cancer report 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama. **Documento de consenso**. Rio de Janeiro: Instituição Nacional de Câncer; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>>. Acesso em: 03.out.2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>>. Acesso em: 15.ago.2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em: 03.out.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas da mortalidade**. [s.l.]: atlas on-line de mortalidade, 2014. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb>>. Acesso em: 03.out.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 03.out.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de recomendação**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS n178. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Rastreamento_Mamografia_final.pdf>. Acesso em: 03.out.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 21. set.2018

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Controle do câncer de mama, 2018**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso: 21.set.2018

CANTY, Lucille. Breast cancer risk: Protective effect of an early first full-term pregnancy versus increased risk of induced abortion. In: **Oncology nursing forum**. 1997. p. 1025-1031.

CHALA, Luciano Fernandes; BARROS, Nestor de. **Avaliação das mamas com métodos de imagem**. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 4-6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v40n1/001.pdf>>. Acesso em: 24.abr.2018.

CHIARA, Vera Lucia; SICHIERI, Rosely. Food consumption of adolescents. A simplified questionnaire for evaluating cardiovascular risk. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 77, n. 4, p. 337-341, 2001.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1586-1594, 2005.

COLDITZ, G. A.; ATWOOD, K.A.; EMMONS, R.R; MONSON, W.C.; WILLET, D.; TRICHOPOULOS, D.J.; HUNTER. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. **Cancer causes & control**, v. 11, n. 6, p. 477-488, 2000.

CONCEIÇÃO, Leila Luiza; LOPES, Regina Lucia Mendonça. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 26-31, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a04.pdf>>. Acesso em 24.abr.2018.

DOS-SANTOS-SILVA, Isabel. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos?. **Cad. de Saúde Pública**, 2018.

DUFFY, Christine M. et al. **Alcohol and folate intake and breast cancer risk in the WHI Observational Study. Breast cancer research and treatment**, v. 116, n. 3, p. 551-562, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4104749/>. Acesso em 17.nov.2018

GAJALAKSHMI, Vendhan et al. Breastfeeding and breast cancer risk in India: A multicenter case-control study. **International journal of cancer**, v. 125, n. 3, p. 662-665, 2009.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Risco de câncer no Brasil:tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 24.abr.2018.

GOMES, Aline Grill; DONELLI, Tagma Marina Schneider; PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita de Cássia. Sobreira Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 1, 2008.

GONÇALVES, Leila Luíza Conceição et al. **Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia**. Revista de enfermagem UERJ, Rio de janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a23.pdf>>. Acesso em: 24.abr.2018.

HEGG, Roberto. Câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina**, [s.l.], v. 57, n. 5, p. 463-74, 2000.

KALAF, José Michel. Mamografia: uma história de sucesso e de entusiasmo científico. **Radiologia Brasileira**, v. 47, n. 4, p. VII-VIII, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v47n4/en_0100-3984-rb-47-04-0VII.pdf>. Acesso em: 24.abr.2018.

KARJALAINEN, Sakari; PUKKALA, Eero. Social class as a prognostic factor in breast cancer survival. **Cancer**, Helsinki, v. 66, n. 4, p. 819-826, 1990. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/1097-0142%2819900815%2966%3A4%3A%3AAID-CNCR2820660437%3E3.0.CO%3B2-E>>. Acesso em: 24.abr.2018.

KELSEY, Jennifer L. Breast cancer epidemiology: summary and future directions. **Epidemiologic Reviews**, v. 15, n. 1, p. 256-63, 1993.

KEMP, C. et al. **Câncer de mama: prevenção secundária**. Brasília: Associação Médica Brasileira, 2002. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cancer-de-mama-prevencao-secundaria.pdf>. Acesso em: 24.abr.2018

LAMAS, Janice Magalhães; PEREIRA, Maurício G. Fatores de risco para o câncer de mama e para lesões pré-malignas em mulheres assintomáticas no Distrito Federal. **Rev. bras. mastologia**, v. 9, n. 3, p. 108-14, 1999.

MARCHI, Ailton A.; GURGEL, Maria Salete C.; FONSECHI-CARVASAN, Gislaine A. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 4, p. 214-9, 2006.

MEISTER, K.; MORGAN, J. **Risk factors for breast cancer**. New York: American Council on Science and Health; 2000. 2002.

MIGOWSKI A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000600502&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2018

MONTEIRO, Gabriela Alves et al. O dilema da decisão de Mastectomia Bilateral como prevenção do Câncer de Mama: aspectos éticos e bioéticos. **Revista Bioethikos**. São Paulo, 2011, v. 5, n. 4, p. 443-450.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro Silva Freire. **Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde**. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1061-1069, 2007. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/6cf9/7aea70e1a295eb81c8d70471bfe4d0645f63.pdf>>. Acesso em: 24.abr.2018.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2005.

ROBLES, Sylvia C.; GALANIS, Eleni. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. **Revista panamericana de salud publica**, v. 11, p. 178-185, 2002.

SBM. Mamografia no Brasil: o pior cenário dos últimos cinco anos. **Sociedade Brasileira de Mastologia**. Rio de Janeiro . 2018. Disponível em : <http://www.sbmastologia.com.br/noticias/mamografia-no-brasil-o-pior-cenario-dos-ultimos-cinco-anos/>. Acesso em 17.nov.2018.

THULER, Luiz Claudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s.l.], v. 49, n. 4, p. 227-38, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 24.abr.2018.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 14.out.2018

VAN DOORSLAER, Eddy; MASSERIA, Cristina; KOOLMAN, Xander. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. **Canadian medical association journal**, v. 174, n. 2, p. 177-183, 2006.

WARNER, Ellen et al. Hereditary breast cancer. Risk assessment of patients with a family history of breast cancer. **Canadian Family Physician**, v. 45, p. 104, 1999.

WÜNSCH, Filho V.; MONCAU, J. E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 250-7, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11825.pdf>>. Acesso em: 24.abr.2018.

YOSHIDA, Kiyotsugu; MIKI, Yoshio. Role of BRCA1 and BRCA2 as regulators of DNA repair, transcription, and cell cycle in response to DNA damage. **Cancer science**, Tokyo, v. 95, n. 11, p. 866-871, 2004. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1349-7006.2004.tb02195.x>>. Acesso em: 24.abr.2018.

ZHANG, Shumin M. et al. Alcohol consumption and breast cancer risk in the Women's Health Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 165, n. 6, p. 667-676, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UNEB

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde das mulheres e prevenção do câncer de mama na Bahia

Pesquisador: Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30596114.1.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 804.699

Data da Relatoria: 29/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório com descrição de padrão de ocorrência de fatores de risco para o câncer de mama e de aspectos ligados a utilização de serviços de saúde para a detecção e o tratamento precoces da doença.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Investigar o padrão de ocorrência de fatores de risco conhecidos para o câncer de mama e aspectos ligados à utilização do exame mamográfico na Bahia

Objetivo Secundário:

(i) Examinar o perfil das usuárias e a existência de fatores de risco conhecidos para o câncer de mama (ii) Descrever o perfil de densidade mamográfica (iii) Identificar o padrão de utilização de serviços de saúde públicos e privados para realização de exame mamografia, bem como as razões para a realização do exame para rastreamento da doença no SUS. (iv) Desenvolver protótipo de questionário para aplicação entre mulheres "sadias" que buscam realizar a mamografia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os desconfortos decorrentes da pesquisa serão mínimos e os riscos praticamente nulos. A entrevista envolve questões relacionadas ao procedimento buscado pelas usuárias, qual seja a ocorrência de problemas mamários prévios e as motivações para a realização de mamografia. As medidas de peso e altura não são invasivas e não oferecem riscos ou

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepiso@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 804.899

desconforto. O exame de mamografia não será efetuado pela equipe de pesquisa mas pela própria instituição que responde pelo encaminhamento de casos eventualmente detectados.

Os benefícios da pesquisa incluem a geração de conhecimentos que possam embasar ações de controle do câncer de mama adequadas às necessidades das mulheres. Pretende-se ter como produto recomendações para gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, sobretudo grupos organizados de mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal com entrevista, medidas antropométricas e leitura padronizada de mamografia – esta última realizada como parte de programa de rastreamento da SESAB. Considerando como população alvo mulheres com idade entre 50 e 69 anos do ano de 2013 (em cidades do interior do Estado da Bahia 90% delas são usuárias do Sistema Único de Saúde), foi calculada uma amostra de conveniência com tamanho amostral mínimo de 360, assumindo uma estimativa de prevalência de 50% com um erro relativo de 5% e intervalo de confiança de 95%. Para produção de dados foi feita uma adaptação do questionário estruturado do International Pooling Project on Mammographic Density que inclui questões sobre história pessoal de problemas mamários, história reprodutiva e familiar. Alguns quesitos sobre contracepção, uso de hormônios e menopausa foram substituídos por outros já testados no estudo de linha de base do ELSA-Brasil para uma maior adequação ao contexto cultural. Questões sobre trabalho e família foram trazidas do Censo brasileiro para permitir a comparabilidade com dados nacionais. Serão obtidas as medidas de peso e estatura para determinar o Índice de Massa Corpórea, indicador clássico de obesidade. A leitura do peso será feita com o auxílio de uma balança digital portátil. A estatura será aferida por estadiômetro portátil. Questionários serão aplicados em entrevista face-a-face por mulheres com ensino superior, treinadas e certificadas para este fim.

Critério de Inclusão:

Mulheres com idade entre 50 e 69 anos que busquem realizar mamografia de rastreamento de câncer de mama em serviços de saúde da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB).

Critério de Exclusão:

Não serão incluídas mulheres fora da faixa etária e aquelas com problemas cognitivos e/ou deficiências físicas que as impeçam de conceder a entrevista e realizar as medidas antropométricas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Às mulheres será solicitada a autorização por escrito para obtenção de cópia das imagens

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
 Bairro: Canela CEP: 40.110-040
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepiso@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA**

Continuação do Parecer: 804.699

produzidas pela mamografia realizada pela SESAB para leitura padronizada por profissional da equipe de pesquisa. Também será solicitada autorização por escrito para acesso aos dados clínicos nos registros de saúde, particularmente aqueles que integram o SISCAN ("Requisição de mamografia" e "Resultado da mamografia").

Todas as mulheres assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual concordem em participar do estudo, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas, que serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 13 de maio de 2014, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 804.699

SALVADOR, 24 de Setembro de 2014

Assinado por:
Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepiso@ufba.br